

Résumé

Cette étude vise à comprendre les freins à l'observance au traitement antirétroviral et à porter un regard critique sur la qualité d'alliance thérapeutique Infirmier-patient. Il s'agit d'une étude qualitative phénoménologique réalisée dans deux hôpitaux ruraux de la province du Kongo-central en République Démocratique du Congo (RDC). Des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de patients. Deux grands groupes de freins ont été relevés : L'un lié au patient (manque de nourriture, le ressenti (peur, doute)) et l'autre en rapport avec son environnement (rupture des antirétroviraux, influence des médias, des religieux et autres croyances traditionnelles...). Ces freins généraient des forces antagonistes influençant négativement l'observance au traitement antirétroviral. Cette étude met en évidence l'existence des écarts sur la qualité d'alliance thérapeutique dans le circuit de soins. Ainsi, surmonter les forces négatives, renforcer les capacités infirmières et revisiter les programmes de formation Infirmière sur les questions du VIH semblent une nécessité.

Mots-clés freins, observance, République Démocratique du Congo, traitement antirétroviral

Freins à l'observance au traitement antirétroviral en milieu rural de la République Démocratique du Congo et regard sur l'Alliance thérapeutique dans le circuit de soins

SIMON-DECAP MABAKUTUVANGILANGA NTELA, JEAN-MANUEL MORVILLERS, NATHALIE GOUTTE, CYRIL CROZET, MATHIEU AHOVAH, MARIE-CLAIRE OMANYONDO-OHAMBE, BERNARD NTOTO-KUNZI, FÉLICIEN TSHIMUNGU KANDOLO & MONIQUE ROTHAN-TONDEUR

Introduction

La prise en charge de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en général et l'observance au traitement antirétroviral en particulier est une situation qui

continue à préoccuper les chercheurs. En fin 2017, environ 36,9 millions de personnes vivaient encore avec le VIH dans le monde.[1] Les progrès remarquables réalisés jusqu'à ce jour notamment « en termes de vies sauvées et d'arrêt de nouvelles infections par le VIH » restent insuffisants pour atteindre les objectifs 90-90-90 fixés par l'ONUSIDA (90% de patients diagnostiqués, 90% de patients sous traitement et 90% de patients avec charge virale supprimée).[2] Des efforts nécessitant une combinaison à la fois des différentes mesures préventives éprouvées et des stratégies pour améliorer cette observance thérapeutique sont recommandés.[1]

S'agissant particulièrement de la thérapie antirétrovirale, l'ONUSIDA[1] souligne qu'elle reste « un outil puissant non seulement de la prévention du VIH, mais aussi de l'amélioration de la qualité de vie des patients » influencée par de nombreuses.[3] Le progrès sur l'accroissement du nombre de patients sous traitement antirétroviral constaté actuellement dans le monde (de 7,5 millions en 2010, à 21,7 millions en 2017) est un aspect encourageant, mais reste encore insuffisant. Toutefois, la bonne observance est

la condition de réussite du traitement antirétroviral à travers un suivi médical régulier et durable.[4] Trocmé ajoute que parler de la notion de l'observance seule sans l'associer à une alliance thérapeutique est une erreur.[5] Cette alliance thérapeutique correspond au lien relationnel, de collaboration et de partenariat qui se développe entre le thérapeute et le patient.[6] Par cette notion, il s'agissait de comprendre sur base des avis de patients la qualité de relation infirmière-patient fondée sur la confiance, très importante sur la stabilité mentale du patient. Celle-ci est importante dans le sens qu'elle joue un rôle central au sein du processus de changement en favorisant la persévérance et l'engagement dans le suivi régulier du traitement.[5]

En Afrique, plus précisément en Afrique Subsaharienne, certaines études montrent que l'observance au traitement antirétroviral serait influencée par de nombreuses contraintes liées aux médicaments, à l'organisation du traitement, aux habitudes de vie... [7] Elle reste la région ciblée où le taux d'observance au traitement antirétroviral est très faible. Par exemple, en République Démocratique du Congo, l'un des pays d'Afrique Subsaharienne où la prévalence nationale du VIH semble être faible (1,3% en 2016),[8] il est un pays où l'observance au traitement antirétroviral pose toujours question.[9] Pourtant, certains auteurs émettent l'hypothèse de « l'existence d'une épidémie cachée, en particulier en milieu rural ».[10]

Les travaux de Masumbuku[11] montrent qu'en RDC, les Infirmiers sont responsables d'environ 80% des soins de première ligne. Dans le contexte de cette étude menée en milieu rural, il a été constaté qu'au-delà des compétences attendues d'un infirmier, d'autres compétences spécifiques sont dévolues à ces professionnels de santé par délégation d'activités dans la prise en charge du VIH. Il s'agit, entre autres, d'effectuer le counseling pré et post test, de prescrire et renouveler les prescriptions d'antirétroviraux, de reconnaître l'échec thérapeutique, l'expliquer au patient et d'en référer au médecin, superviser les activités de suivi. Dans ce contexte, l'observance devrait corroborer avec la bonne qualité de l'alliance thérapeutique par la création d'une relation de confiance entre les infirmiers et les patients.

Cependant, les rapports annuels de suivi de patients (2016) (données non publiées) montraient que seule la moitié des patients étaient observant au traitement antirétroviral. Mais ce constat ne va pas plus loin et souligne qu'il existe peu d'informations sur les déterminants de l'irrégularité des patients, comme par exemple celui de la non venue au rendez-vous.[12] Ce manque d'informations constitue un obstacle majeur pour l'organisation de la prise en charge et

en particulier pour les Infirmiers qui jouent un rôle de pivot dans la dispensation des soins directs.

Cette étude vise avant tout à comprendre les différents freins à l'observance au traitement antirétroviral et cherche à dégager les obstacles rencontrés par les patients dans la construction d'une alliance thérapeutique avec les infirmiers. Afin de tenir compte du contexte transculturel, le modèle des soins Infirmiers de Giger et Davidhizar a servi de cadre de référence à cette étude.[13] Ce modèle prend en compte « la dimension communicationnelle, l'espace, le temps, l'organisation sociale, le contrôle de l'environnement et les variations biologiques ». Il a permis de décrypter les représentations socioculturelles qui restreignent l'adhésion des patients infectés par le VIH vis-à-vis de leur traitement.

Méthodologie

Contexte de l'étude

Cette étude a été menée dans deux services de suivis de patients sous traitement antirétroviral durant la période allant de mai à juillet 2016. Il s'agissait des points focaux VIH au sein de deux hôpitaux (l'hôpital Nsona-Nkulu de la cité de Mbanzangu et l'hôpital Saint-Luc de la cité de Kisantu) qui sont situés dans la province du Kongo Central, en RDC. Ces services coordonnés par des infirmiers (avec supervision médicale), assurent par délégation d'activités comme le recommande l'OMS, des soins de base pour les personnes vivant avec le VIH telles que nous les avons décrit ci-dessus.[14] En plus, ils s'impliquent aussi à l'organisation des associations pour les PVVIHs au niveau communautaire. Les patients y arrivent sur rendez-vous généralement après un mois. Ce délai est parfois plus rapproché pour les patients à problème. Ces points focaux collaborent avec le service de médecine interne de chaque Hôpital où sont transférés les patients pour des examens approfondis ou une prise en charge adéquate (en cas de résistance au traitement antirétroviral, des infections opportunistes graves...). Trois critères ont été pris en compte dans la sélection des sites d'étude, à savoir : Prendre en charge plus de 50 personnes vivant avec le VIH, disposer d'un point focal VIH confié à la charge des Infirmiers et obtenir le consentement des autorités des établissements sanitaires.

Type d'étude et recrutement de patients

Il s'agissait d'une étude qualitative de type phénoménologique réalisée dans le souci d'explorer la signification expérientielle du vécu du processus thérapeutique par les patients.[15] Un choix raisonné des patients basé sur un échantillon de saturation de contraste a été réalisé.[16] Cette saturation a

été atteinte lorsqu'aucune nouvelle information n'enrichissait encore l'étude après une série d'entretiens. Toutefois, un nombre élevé de sujets a été pris en compte afin de multiplier les avis pour éviter le biais induit par une surestimation chez les patients (biais de désirabilité).[17] L'avis de Pires[18] qui conseille de se limiter entre 50 et 60 entretiens au regard de la complexité que cela implique dans l'analyse des données a été retenue. Les critères de sélection suivants ont été pris en compte : être irrégulier dans la prise du traitement (vérification dans le dossier ou après reconnaissance par le patient de son inobservance au moins partielle), être âgé de 18 ans ou plus, consentir librement de participer à l'enquête, avoir commencé le traitement antirétroviral depuis au moins trois mois (période après laquelle beaucoup de patients commencent à devenir des perdus de vue[19] et au regard de l'observance qui diminue avec la durée du traitement),[20] parler au moins une des langues retenues pour l'étude (français : langue officielle et kikongo ou lingala : langues locales).

Collecte de données

Des entretiens semi-directifs individuels ont été menés par un infirmier enquêteur spécialiste en Santé Publique, maîtrisant les langues précitées, vivant en dehors des sites d'étude et n'ayant aucun lien avec les patients.[21] Six principaux thèmes se rapportant au cadre de référence figuraient dans la grille d'entretien : la distance et les mouvements des patients (espace), leurs relations et/ou communications avec les autres (communication et relation avec les soignants), les réactions de l'environnement culturel (religion, croyances, familles...), le vécu de leur moment au lieu de soins (temps), les stratégies pour surmonter les obstacles (organisation sociale) et la recherche des variations biologiques influençant son traitement (parent VIH, alimentation suffisante...). Pour limiter les préjugés liés à l'enquêteur, une procédure a été mise en place. En effet, à chaque entretien, l'infirmier responsable des soins présentait l'enquêteur auprès du patient et expliquait le motif de sa présence et, ce n'est qu'après cette étape que le patient rencontrait l'enquêteur dans un cadre dédié. Une grille d'entretien accompagnée d'un formulaire de recueil du consentement présentée en français et traduite en langues locales était prévue. L'enquêteur procédait aux entretiens enregistrés à l'aide d'un dictaphone. Entre-temps, des notes ont été également prises. Pour les patients refusant l'enregistrement, seules les informations écrites ont été recueillies. Aucune autre personne n'était impliquée dans cette démarche, seul l'investigateur principal en garde le contenu afin de respecter le caractère confidentiel et anonyme de l'étude.

Retranscription et traduction des entretiens

Les informations enregistrées ont été retranscrites fidèlement sur un document informatisé dans la langue d'expression du patient par l'enquêteur lui-même. Après plusieurs écoutes de tous les entretiens enregistrés, une fiche de résumé de chaque entretien était préparée. Sur cette fiche ont été mentionnés : l'heure de l'entretien, la durée de celui-ci, le lieu où l'entretien a été réalisé ainsi que les grandes lignes du contenu de l'entretien. Les entretiens enregistrés en langues locales (lingala et Kikongo) ont été traduits en français par deux experts ayant la maîtrise de ces langues. Chaque expert a réalisé la traduction de façon indépendante et une comparaison des textes traduits a été réalisée de manière à déceler les points divergents qui ont été discutés.

L'analyse des données

À partir des retranscriptions de chaque entretien, une analyse du contenu a été réalisée selon la méthode décrite par.[21] Cette méthode de recherche a permis d'objectiver le phénomène recherché. Des codes dégagant le sens du verbatim ont été identifiés et regroupés en sous-thèmes. Ensuite, une analyse thématique et comparative a été menée de façon manuelle puis automatique à l'aide du logiciel « Sphing Lexica V5 ». Des codages exprimant les aspects recherchés dans l'étude ont été établis.

Aspects éthiques

Avant la réalisation de cette étude, l'autorisation du Comité National d'Éthique de Santé (CNES) de la République Démocratique du Congo a été sollicitée. Cette dernière à travers sa décision N° 017/CNES/BNPMMF/2016 du 08 janvier 2016 a émis un avis favorable. Par la suite, les autorités de chaque site retenu pour la recherche ont été préalablement informées avant le démarrage effectif de l'étude. Tout patient était libre d'interrompre l'entretien, ce qui équivalait à un retrait de consentement. Les données brutes ont été stockées anonymement, non seulement pour en assurer une bonne gestion, mais aussi et surtout pour des raisons éthiques.

Résultats

Caractéristiques des répondants et des entretiens

Au total 50 entretiens ont été réalisés auprès de patients âgés de 19 à 79 ans, dont 18 hommes et 32 femmes, mariés dans 44% des cas. Les deux sites ont enregistré un nombre d'entretiens pratiquement comparable (26 vs 24). Ces entretiens étaient généralement réalisés en langues locales (22 en lingala et 21 en Kikongo) et chaque entretien a duré

Tableau 1 : caractéristiques des participants

Sites	Age moyen	Sexe		Etat matrimonial				Langues d'entretien		
Sexe		M	F	Célibataire	Marié	Veuf	Divorcé	Kikongo	Lingala	Français
Hôpital Nsona-nkulu	45 ans (21-72)	6	20	2	11	1	12	10	11	3
Hôpital Saint-luc	46 ans (19-62)	12	12	4	11	6	3	11	11	4
Total		18	32	6	22	7	15	21	22	7

entre 10 et 34 minutes. Tableau 1 : caractéristiques des participants

Freins à l'observance au traitement antirétroviral

Deux grands groupes de freins à l'observance ont été identifiés. Le premier concerne l'environnement du patient et le deuxième est lié au patient lui-même.

Freins liés à l'environnement du patient

Ce groupe a généré plusieurs thèmes dont la crédulité qui est une « Tournure de l'esprit portant quelqu'un, par manque de jugement ou par naïveté, à croire facilement aux affirmations d'autrui portant sur des faits ou des idées sans fondement sérieux ou sans vraisemblance ».[22] La crédulité était exploitée par certains médias (la radio et la presse), par des religieux (l'influence des confessions religieuses) et par certaines croyances culturelles. Les pénuries d'antirétroviraux étaient également un thème relatif à ce groupe.

Crédulité exploitée par certains médias locaux

Pour les patients, les messages diffusés dans certains médias locaux encouragent pour les uns la prise des antirétroviraux et d'autres ne sont pas en faveur de la continuité du traitement antirétroviral. En effet, des messages d'encouragement du traitement traditionnel de l'infection par le VIH sont très souvent diffusés dans certaines voies des ondes locales désorientant parfois un groupe des patients déjà sous traitement antirétroviral.

J'ai arrêté de prendre mes antirétroviraux à cause des messages diffusés dans certains médias locaux qui soulignaient que le traitement traditionnel était le seul qui pouvait guérir vite le sida... », « Bien sûr il y a des encouragements à la prise du traitement. Cependant, en suivant régulièrement à travers la radio des gens qui faisaient la promotion du traitement traditionnel pour soigner le Sida. Comme tout le monde, j'ai aussi interrompu la prise de mon traitement antirétroviral ... »

La crédulité exploitée par certains religieux

Certains messages des Églises dites de « réveil » prônent la guérison miracle considérant l'infection par le VIH comme le fruit de jeteurs de mauvais sort. Quelques-uns recommandent même l'arrêt des antirétroviraux au profit de la guérison

spirituelle ou exorcisation.

...Mon pasteur a commencé à prophétiser et m'avait mis sous une cure d'eau bénite pendant beaucoup de mois. J'ai dû d'abord abandonner les antirétroviraux,

...Pour moi, les infirmiers avaient fait des efforts pour me convaincre à continuer le traitement antirétroviral. Mais après avoir suivi les prédications de mon Diacre, j'ai arrêté momentanément le traitement antirétroviral... .

Les croyances culturelles

Un groupe de patients continuait à croire que les croyances selon lesquelles les maladies chroniques à l'instar de l'infection par le VIH, ne guérissent qu'avec le traitement traditionnel, le fétichisme...

uhhh le tradipraticien m'avait dit que seul le traitement traditionnel peut donner satisfaction à mon problème de santé...J'ai alors abandonné les antirétroviraux au profit des incantations traditionnelles ».

Conséquence de cette crédulité

Dans la plupart de cas, les patients ont souligné qu'ils ont en face d'eux des forces antagonistes au regard des messages diffusés. D'une part, les messages qui fortifient les patients à continuer le traitement antirétroviral. D'autre part, les messages qui fragilisent sinon qui découragent les patients à le continuer.

...moi je ne sais pas quelle voix suivre : continuer le traitement au regard des encouragements des certains chefs religieux, des Infirmiers ou l'arrêter au profit des guérisseurs traditionnels ou des prières des pasteurs. La décision n'est pas facile... .

Ruptures des stocks des antirétroviraux

Quelques patients ont souligné que l'irrégularité au traitement antirétroviral est occasionnée parfois par les ruptures de stocks d'antirétroviraux.

... je constate que souvent les stocks de produits s'épuisent. Dans ce cas, nous arrêtons le traitement en attendant l'arrivée des molécules d'antirétroviral manquantes... .

Freins liés au patient

Plusieurs thèmes ont été générés dont le manque de

nourriture, le déplacement régulier du patient, les sentiments du patient (doute sur l'existence réelle du VIH / SIDA et peur de prendre des comprimés de drogue en public), la méfiance vis-à-vis des soignants.

Manque de nourriture

Pour les patients, le manque récurrent de nourriture constituait l'obstacle majeur. Très souvent, les patients ont souligné qu'ils évitent de prendre les médicaments lorsqu'ils n'ont pas de nourriture. Dans ce contexte où la population est en général de faible niveau socioéconomique, il est difficile pour certains patients de trouver régulièrement à manger.

...très souvent je ne trouve pas à manger...j'arrête momentanément la prise d'antirétroviraux...

... Le grand problème chez moi est le manque régulier de nourriture. Et comme on n'a pas de moyens, il faut d'abord chercher la nourriture avant de penser à la prise médicamenteuse. Et si je n'en trouve pas, je ne prends pas non plus ma cure d'antirétroviraux...

... tous mes collègues et moi savons que ces médicaments sont trop forts. Voilà pourquoi nous évitons de les prendre sans d'abord manger... .

Se déplacer régulièrement

Très souvent lorsque les patients sont en voyage, ils interrompent la prise d'antirétroviraux.

...Je connais souvent l'interruption de mon traitement quand je me déplace pour le marché de Lufu où j'achète des marchandises afin d'assurer notre survie, de payer les frais d'études de mes enfants... .

Les sentiments du patient (doute et peur)

Les patients ont souligné qu'ils ont encore de doutes sur l'existence réelle du VIH. Ce doute constitue très souvent un élément de démotivation à poursuivre le traitement antirétroviral, favorisant ainsi leur abandon régulier au traitement antirétroviral.

uhhh moi je doute de l'existence du sida, cela me démotive pour continuer le traitement des antirétroviraux.

D'autres patients confient avoir honte de prendre les antirétroviraux en public. Il convient de souligner que les points focaux qui constituent les structures de suivi de patients sous traitement antirétroviral au sein des hôpitaux sont très proches des autres services hospitaliers. Les patients craignent de s'y rendre régulièrement par peur d'être ciblés et rejetés dans la communauté. De ce fait, ils choisissent de ne pas se présenter au lieu de rendez-vous pour se ravitailler en antirétroviraux acceptant la rupture du traitement.

Les gens sont très curieux. C'est pourquoi, pour moi, je préfère interrompre ma cure que de prendre les

antirétroviraux en public...

...Les gens viennent s'asseoir tout prêt de notre lieu de soins pour voir qui en réalité visite le point focal VIH et en parlent à la cité. Moi je suis témoins des amis qui ont été rejetés par leur famille et ne sont plus revenus...ça fait peur...

Sentiment de confiance ou de méfiance envers les soignants

Les patients ont confiance aux infirmiers de la cellule de suivi mais s'inquiètent de l'attitude des Infirmiers du pavillon où ils sont transférés en cas de graves infections opportunistes. Ils dénoncent le nombre trop élevé des Infirmiers du pavillon. De plus, certains vivent avec eux dans la communauté, ils craignent et dénoncent donc la divulgation de leur état à la cité. D'où la préférence à l'automédication ou à l'abandon du traitement en cas de transfert au service de médecine interne pour un suivi particulier...

Les infirmiers qui nous reçoivent au point focal VIH sont très bonnes, très accueillantes et très respectueuses. Mais quand nous sommes transférés au service de médecine interne, beaucoup d'infirmiers nous connaissent parce qu'ils vivent avec nous à la cité. Très souvent après une hospitalisation dans ce service, les gens nous pointent des doigts à la cité. Moi je crains que mon état soit divulgué. Je préfère donc l'automédication que d'être transféré au pavillon même si l'infection opportuniste que je développe exige des soins spécifiques... ».

Discussion

Choix de la méthode et du cadre de référence

L'approche phénoménologique utilisée dans cette étude a permis la compréhension de l'essence de l'expérience des patients et des phénomènes.[23] Par ailleurs, le modèle transculturel de Giger et Davidhizar's adopté a permis aussi de considérer la personne malade dans son milieu, dans sa globalité et de comprendre ses interactions avec son environnement et sa culture.[24]

Freins liés à l'environnement du patient

Crédulité exploitée par certains médias

Elle constitue l'une des informations majeures révélées en matière de l'observance au traitement dans le contexte de cette étude. En effet, depuis longtemps Royne et Myers[25] soulignaient que les messages diffusés à travers certains médias créent des divergences d'interprétations. Mais cela n'avait jamais été révélé comme barrière à l'observance au traitement chez les patients sous traitement antirétroviral suivis dans les deux hôpitaux de cette étude. C'est à ce titre que Royne et Myers[25] insistaient sur les effets bénéfiques et

négatifs que peut produire la publicité. Il a donc été démontré que les stratégies de communication modernes (médias) et traditionnelles (religion et croyances traditionnelles), constituent de véritables barrières sociales et culturelles à l'observance au traitement antirétroviral. Dans le cadre de l'infection par le VIH, les croyances qu'ont les patients sur la qualité du message diffusé dans certains médias locaux sur leur maladie influencent leur comportement en termes du respect au traitement antirétroviral. Très souvent, dans quelques médias locaux, plusieurs intervenants y passent et diffusent des messages qui encouragent le recours aux religieux ou au traitement traditionnel dans le processus thérapeutique du VIH.

La crédulité exploitée par certains religieux

La religion en Afrique en général et en République Démocratique du Congo en particulier est un élément incontournable de lutte contre le sida.[26] En effet, l'influence des églises dans les soins aux PVVIHs a été soulignée depuis des années par Hermann-Mesfen.[27] Ces résultats sont similaires à ceux trouvés dans 30 pays africains par Trinitapoli[28] dans une étude qui a impliqué 200 congrégations de chefs religieux, laïcs et paroissiens. Elle a révélé que les religions ont certes de bonnes influences dans la lutte contre le Sida en Afrique, mais certaines de leurs actions peuvent s'avérer néfastes pour les malades. Ces offices religieux célébrés selon les rituels adaptés à leur coutume sont comparables à ceux de l'Église éthiopienne qui mettait en avant la guérison miraculeuse du VIH / SIDA à travers le rituel de l'eau bénite.[27]

Les croyances culturelles

La culture apparaît souvent en matière de traitement antirétroviral en Afrique comme une stratégie d'échanges et de valeurs, indissociables des contextes.[29] Les avis des patients confirment encore la place prépondérante de la médecine alternative à laquelle plus de 80 % de la population africaine a recours.[7] Selon Kagee[30], la médecine alternative reste l'un des facteurs qui entravent l'adhésion au traitement. Dans ce contexte, Il s'agit surtout du recours au guérisseur traditionnel et au fétichisme dans les soins au VIH. M'Bemba-Ndoumba[31] a souligné cet aspect dans son livre intitulé "Le Bakongo et les pratiques de sorcellerie : ordre ou désordre social". Ce dernier explique comment pendant des années, la sorcellerie est restée une valeur qui favorise les visites aux guérisseurs traditionnels en République démocratique du Congo.

Le recours au fétichisme reste aussi l'une des trajectoires de la maladie chronique en RDC.[32] Le « Nganga-nkisi », féticheur est l'un des acteurs impliqués dans la guérison du Sida. En

RDC en général et particulièrement en milieu rural, la maladie est souvent prise comme la résultante d'une perturbation des équilibres relationnels au sein du clan. Le féticheur est toujours considéré comme doté d'un pouvoir de délivrance. [32] L'intérêt de mettre en place des stratégies pouvant modifier le comportement des patients semble majeur.

La rupture des antirétroviraux

La rupture de stock des médicaments est déjà bien documentée dans la littérature comme facteur d'inobservance aux antirétroviraux dans les pays du sud.[33] Les responsables au niveau du système de santé devraient en tenir compte sur l'organisation du processus thérapeutique.

Freins liés au patient

Manque de nourriture

Elle est une autre information majeure qui ressort de ce groupe de freins à l'observance. Il s'agit d'une difficulté pour le patient à pourvoir régulièrement à son alimentation. En effet, l'alimentation reste l'un des grands éléments pris en considération dans les soins chez les personnes vivant avec le VIH sous antirétroviraux dans les pays à faibles revenus.[34] Le manque d'aliments, entraîne des carences en éléments nutritifs et les complications métaboliques chez la personne vivant avec le VIH.[30] Ces résultats corroborent avec ceux trouvés par Tshingani[35] qui soulignent qu'en République Démocratique du Congo, un grand nombre de PVVIH n'a pas accès à des quantités suffisantes d'aliments. Dans d'autres contextes, pour maintenir le bénéfice obtenu du traitement antirétroviral, des interventions visant à améliorer l'état nutritionnel sont souvent encouragées.[36] Des stratégies pouvant améliorer non seulement la sécurité alimentaire mais aussi l'autonomie financière sont nécessaires.

Mouvement régulier des patients

Les mouvements réguliers demeurent une autre difficulté à l'observance aux antirétroviraux.[37] Il s'agit surtout de la mobilité des patients dans le cadre de l'exercice de leurs activités génératrices de revenus (commerce) vers la frontière RDC - Angola « Lufu ». Une étude soulignait qu'un déplacement pour un événement social exceptionnel favorise l'inobservance aux antirétroviraux dans 26% des cas.[38] De même, une autre étude menée par Alibhai A en Ouganda[39] a souligné que les patients sous antirétroviraux qui avaient voyagé mourraient plus que les autres et avaient toujours des charges virales détectables par rapport aux autres catégories. Au Congo Brazzaville, pays voisin de la RDC, l'absentéisme en consultation ou en séance d'éducation thérapeutique était souvent rapporté à un déplacement imprévu. Les

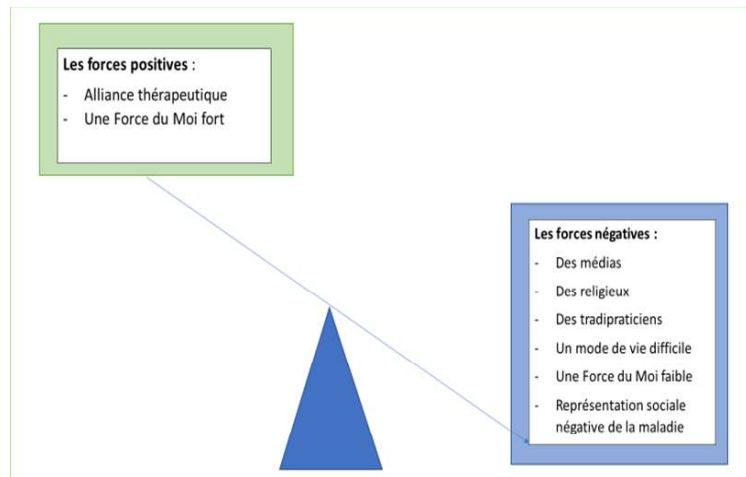


Figure 1: Illustration des forces antagonistes influençant négativement l'observance

patients devraient donc bien informés et sensibilisés à cette problématique avant tout début du processus thérapeutique.

Peur et doute sur le VIH

La peur du public et / ou de la maladie et les doutes sur l'existence du VIH restent des éléments importants de la stigmatisation dans les soins aux PVVIHs.[40] En effet, la peur occasionnée par la prise des médicaments en public est un facteur de stigmatisation et le lien avec l'inobservance a été prouvé.[41]

De même, à ce jour, il existe encore des patients qui doutent encore de l'existence réelle de ce virus dans le contexte de cette étude. Cela peut s'expliquer par un manque d'informations convenables et par les croyances traditionnelles considérant toute maladie chronique comme d'origine mystique. Les infirmiers devraient donc améliorer la qualité du counseling qui précède non seulement le dépistage, mais aussi le début du traitement. Ce ressenti est une variable dont le lien avec l'inobservance a été prouvé. Il met en évidence la manière dont la stigmatisation nourrit, renforce et reproduit les inégalités car ils limitent le recours aux traitements antirétroviraux. Il s'agit d'une réelle difficulté pour intégrer le traitement dans la vie quotidienne.[42]

Le manque de confiance avec les soignants

Les expériences négatives avec le personnel soignant restent aussi un aspect non négligeable dans l'inobservance aux antirétroviraux.[30] En effet, Les patients soulignent l'aspect d'indiscrétion, de stigmatisation dont ils sont victimes de la part des infirmiers des services de médecine interne. Ils soulignent qu'ils ont une perte de confiance non pas à l'égard des infirmiers des services spécifiques de prise en charge du VIH, mais plutôt dans d'autres services non spécifiques où le patient peut être suivi dans le cadre de sa prise en charge. Un

nombre élevé de sujets a été pris en compte afin de multiplier les avis pour éviter le biais induit par une surestimation chez les patients (biais de désirabilité). Cela peut être en lien avec le manque de connaissances et de formation des infirmiers qui favoriserait de leur part l'adoption d'un comportement inapproprié. La plupart de formations continues s'adressent aux Infirmiers des services spécifiques. Au regard du suivi des PVVIHs qui peut s'organiser dans différents services des Hôpitaux, des actions visant à élever les connaissances théoriques et pratiques ainsi que le renforcement de capacités devraient cibler l'ensemble des Infirmiers. Cela montre donc l'intérêt de faire bénéficier de formations suffisantes et de qualité à l'ensemble des Infirmiers tant en formation initiale qu'en formation continue.

Forces antagonistes constatées sur base des freins

Au regard des freins relevés, il ressort que les patients sont confrontés à des forces antagonistes. D'un côté les patients restent soumis à certains messages de soutien à l'observance favorisant le développement d'une bonne alliance thérapeutique et « une force du moi fort » chez les patients. Ceux-ci constituent des faits positifs favorisant l'adhérence au traitement antirétroviral. D'autre part, la forte pression négative générée par les médias, les religieux, les tradipraticiens, les représentations sociales négatives de la maladie, entraînent « une force du moi faible » chez les patients. Les conséquences de la vision négative de la médication peuvent induire la méfiance.[43] Ces différentes forces antagonistes sont représentées dans la figure 1 ci-dessous.

Critique sur la qualité de l'alliance thérapeutique infirmier-patient

Il s'agit ici d'une construction de la relation entretenue dès

le premier contact Infirmier-patient, le premier supposé être un soutien pour l'autre, qui reste un véritable levier de l'observance tout au long du processus thérapeutique. Dans le contexte de cette étude, les participants louent le bon accueil, les bons conseils, l'accompagnement dont ils bénéficient de la part des infirmiers pendant les soins au niveau des services spécifiques de soins au VIH. Ce comportement des infirmiers peut se traduire par une bonne alliance thérapeutique qui favorise l'observance. Cela rejoint certaines études réalisées sur le point de vue des patients afin de déterminer les éléments qui amélioreraient l'observance au traitement. Elle mettent en avant l'impact positif de l'alliance thérapeutique tout au long du processus thérapeutique.[44]

Cependant, les patients soulignent l'aspect d'indiscrétion, de stigmatisation dont ils sont victimes de la part des infirmiers du service de médecine interne lorsqu'ils sont pris en charge pour des infections opportunistes. Ce comportement des Infirmiers altère la confiance entre le soignant et le patient. [41] Or Cator[45] privilégie les bonnes relations patient-soignants. Dans ce contexte, la relation thérapeutique développée au cours de la procédure d'accès au traitement antirétroviral est entamée. Campéro souligne que l'inefficacité de la communication soignant-patient à la phase initiale de leur rencontre met ce dernier dans une situation de manque de confiance pour la suite du traitement.[46] C'est pourquoi Dufour[47] met en avant la nécessité de bonnes relations de confiance entre les soignants et PVVIH, lesquelles relations influencent le parcours de soins. D'autre part, ces attitudes des infirmiers peuvent confirmer comme l'a souligné Buletti D[48] l'écart qui pouvait exister entre la formation des Infirmiers et les compétences requises pour prodiguer des soins aux personnes vivant avec le VIH. Certaines études se sont concentrées sur le point de vue des patients afin de déterminer les éléments qui les amèneraient à adhérer à leur traitement et à le respecter.[44] Pour Buletti D[48], il est donc primordial de renforcer la formation de l'Infirmier Congolais sur la prise en charge du VIH. Cette étude peut aussi donner une occasion de revoir la formation en amont sur les questions du VIH. Ainsi, l'OMS[49] insiste sur la nécessité de former et recycler davantage les soignants afin que leur aide aux populations vulnérables soit de bonne qualité et adaptée. Malheureusement, une relation patient-médecin/Infirmier problématique engendre des conséquences négatives chez les PVVIH (isolement, abandon, automédication...) comme le montrent les résultats de cette étude et entravent la prise en charge adéquate.[47] De manière générale, selon Wallace, les infirmiers constituent le premier contact entre les peuples autochtones et le système de santé dans la plupart de contextes.[50] « Ils devraient donc prodiguer des soins

compétents et sécuritaires sur le plan culturel. Pour cela il conviendrait que ces derniers disposent des habiletés, des connaissances et des attitudes nécessaires à la prestation des soins à des populations issues de diverses cultures ».

Limites de l'étude

La traduction des langues locales en français pouvait réduire l'exactitude des commentaires des participants. Cette limite a été réduite en engageant au maximum deux traducteurs et en confrontant leurs résultats. De plus, l'élimination des patients parlant la langue portugaise bien que de faible proportion (2%) pouvait aussi-être un autre aspect à souligner. Ce biais a été contrôlé en orientant les interviews aux patients ne parlant que les langues exigées.

Conclusion

L'objectif de cette étude était de comprendre les différents freins à l'observance au traitement antirétroviral et donner un avis sur la qualité d'alliance thérapeutique dans la relation infirmiers -patients chez les PVVIH suivies dans les milieux ruraux de la République Démocratique du Congo. Les résultats ont mis en lumière les images négatives, raisons cognitives de non-observance aux antirétroviraux manifestes. Il s'agit d'abord de la crédulité des patients qui se trouvent exploitée par certains médias locaux, religions et croyances locales mettant les patients en situation d'insécurité. Cet aspect de choses constitue l'une des informations importantes de cette étude. Les interventions visant le changement des représentations sociales à l'origine des images négatives doivent être privilégiées. D'autre part, l'écart sur la qualité des relations Infirmier-patient constaté dans le circuit de soins, exige non seulement le renforcement des capacités comme il en est l'habitude, mais aussi doit introduire l'idée de la revisitation en amont du programme de formation des Infirmiers congolais sur les questions de la prise en charge du VIH.

Références

- 1.ONUSIDA. Un long chemin à parcourir : Comblent les écarts, rompre les barrières, réparer les injustices. Mise à jour des données mondiales du Sida 2018-Synthèse. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) [Internet]. 2018 ; Disponible sur: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/miles-to-go_fr.pdf
- 2.McNairy, M. L., Lamb, M. R., Gachuhi, A. B., Nuwagaba-Biribonwoha, H., Burke, S., Mazibuko, S., ... El-Sadr. Effectiveness of a combination strategy for linkage and retention in adult HIV care in Swaziland: The Link4Health

- cluster randomized trial. *PLoS Medicine*. 2017;(14):11.
- 3.Mbopi-Kéou F-X, Djomassi LD, Monebenimp F. Etude des facteurs liés à l'observance au traitement antirétroviral chez les patients suivis à l'Unité de Prise En Charge du VIH/SIDA de l'Hôpital de District de Dschang, Cameroun. *Pan African Medical Journal [Internet]*. 1 janv 2012 [cité 25 avr 2018];12(1). Disponible sur: <https://www.ajol.info/index.php/pamj/article/view/82689>
- 4.Trocmé N, Courcoux M-F, Tabone M-D, Hervé F, Bui E, Faucher P, et al. Échec virologique chez les nourrissons infectés par le VIH par transmission périnatale : une double peine. *Archives de Pédiatrie*. 1 avr 2017 ;24(4):317-26.
- 5.Trocmé N, Courcoux M-F, Tabone M-D, Hervé F, Bui E, Faucher P, et al. Échec virologique chez les nourrissons infectés par le VIH par transmission périnatale : une double peine. *Archives de Pédiatrie*. 1 avr 2017;24(4):317-26.
- 6.Martin DJ, Garske JP, Davis MK. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2000 ;68(3):438-50.
- 7.Yaba W, Chippaux JP, Obiang-Ndong GP, Msellati P. Médecines alternatives, croyances et prise en charge des personnes vivant avec le VIH au Gabon. *Médecine et Santé Tropicales*. 1 oct 2013 ;23(4):403-11.
- 8.Kiyombo M, Konde N, Mimboro L, Munyanga M, Pero A, Coolen A, Tiendrebeogo G. VIH et renforcement des systèmes de santé: l'expérience de la République Démocratique du Congo. *Health System Research Serie [Internet]*. 2011;(5). Disponible sur: <http://docplayer.fr/10282958-Vih-et-renforcement-des-systemes-de-sante.html>
- 9.Kiyombo M, Konde N, Mimboro L, Munyanga M, Pero A, Coolen A, et al. VIH et renforcement des systèmes de santé : L'expérience de la République Démocratique du Congo. 2011.
- 10.Masumbuku, J. Lofandjola, and Y. Coppieters. Approche Qualitative Sur Les Soins Palliatifs et d'accompagnement Dans Les Pratiques Médicales En République Démocratique Du Congo. *Médecine et Santé Tropicales*. 2014 ;24(1):83-88.
- 11.Kautako-Kiambi M, Aloni-Ntetani M, Pululu P, Luyinduladio L, Ezinga-Atshitsha F, Lema-Landu P, et al. Profil sociodémographique, biologique et clinique de patients suivis dans un Centre de conseil et dépistage volontaire du VIH en zone rurale dans la province du Bas-Congo (RDC) 2006-2011. *Bull Soc Pathol Exot*. 1 août 2013;106(3):180-3.
- 12.Newman Giger Joyce et Davidhizar Ruth Elaine. Soins infirmiers interculturels, recueil de données et actions de soins-Paris. Lamarre et Gaetan Morin éditeur. 1991;308 p.
- 13.OMS. Lignes directrices pour la prise en charge du stade avancé de la maladie à VIH et l'initiation rapide du traitement antirétroviral. 2017 ; Disponible sur: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255886/WHO-HIV-2017.18-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 14.Gaudet S, Robert D. L'aventure de la recherche qualitative : Du questionnement à la rédaction scientifique. University of Ottawa Press; 2018. 396 p.
- 15.Drapeau M. Réflexion épistémologique sur la recherche qualitative et la psychanalyse : refaire une place au rêve et à l'imaginaire. *Le Coq-héron*. 2004; no 177(2):124-9.
- 16.Lee Z, Woodliffe L. Donor Misreporting: Conceptualizing Social Desirability Bias in Giving Surveys. *Voluntas*. 1 déc 2010 ;21(4):569-87.
- 17.Pires A. "Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique". 1997;88.
- 18.Touré A, Cissé D, Kadio K, Camara A, Traoré F, Delamou A, et al. Facteurs associés aux perdus de vue des patients sous traitement antirétroviral dans un centre de traitement ambulatoire du VIH à Conakry, Guinée. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 1 juill 2018; 66(4):273-9.
- 19.Amraoui N, Gallouj S, Berraho MA, Najjari C, Mernissi FZ. L'observance thérapeutique dans les dermatoses chroniques: à propos de 200 cas. *Pan African Medical Journal [Internet]*. 1 janv 2015 [cité 21 nov 2018];22(1). Disponible sur: <https://www.ajol.info/index.php/pamj/article/view/132952>
- 20.Amyot J-J. Travailler auprès des personnes âgées-4e éd. Dunod; 2016.
- 21.Hsieh H-F, Shannon SE. Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qual Health Res*. 1 nov 2005 ;15(9):1277-88.
- 22.Tresor de la langue Française. In: *Tresor de la langue Française [Internet]*. Disponible sur: <http://atilf.atilf.fr/>
- 23.Corbin, J., & Strauss, A. Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory. Thousand Oaks, CA: Sage. 2007;
- 24.Leininger M. Culture Care Theory: A Major Contribution to Advance Transcultural Nursing Knowledge and Practices. *J Transcult Nurs*. 1 juill 2002;13(3):189-92.
- 25.Royne MB, Myers SD. Recognizing Consumer Issues in DTC Pharmaceutical Advertising. *Journal of Consumer Affairs*. 1 mars 2008;42(1):60-80.
- 26.Kendrick D, Young B, Mason-Jones AJ, Ilyas N, Achana

- FA, Cooper NJ, et al. Home safety education and provision of safety equipment for injury prevention (Review). *Evid Based Child Health*. mai 2013;8(3):761-939.
- 27.Hermann-Mesfen J. L'implication du christianisme éthiopien dans la lutte contre le sida : une socio-anthropologie de la « guérison » [Internet] [phdthesis]. Aix-Marseille Université ; 2012 [cité 25 avr 2018]. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00762029/document>
- 28.Trinitapoli J. Love, Money, and HIV: Becoming a Modern African Woman in the Age of AIDS. *Contemp Sociol*. 1 mai 2016 ;45(3):332-4.
- 29.Desclaux A. Les antirétroviraux en Afrique : De la culture dans une économie mondialisée. *Anthropologie et Sociétés*. 2003;27(2):41.
- 30.Kagee A, Delpont T. Barriers to Adherence to Antiretroviral Treatment: The Perspectives of Patient Advocates. *Journal of Health Psychology*. oct 2010;15(7):1001-11.
- 31.Hecquet V. M'Bemba-Ndoumba, Gaston. — Ces Noirs qui se blanchissent la peau. La pratique du « maquillage » chez les Congolais. Paris, Le Harmattan, 2004, 124 p. Cahiers d'études africaines. 15 sept 2006 ;46(183):676-8.
- 32.M'Boukou S. Trajectoires du soin en Afrique. *Le Portique Revue de philosophie et de sciences humaines* [Internet]. 14 juin 2007 [cité 31 déc 2016]; Disponible sur: <http://leportique.revues.org/944>
- 33.Eholié S-P, N'Dour C-T, Cissé M, Bissagnéné E, Girard P-M. L'observance aux traitements antirétroviraux : particularités africaines. *Médecine et Maladies Infectieuses*. 1 sept 2006;36(9):443-8.
- 34.Tomlinson M, Rohleder P, Swartz L, Drimie S, Kagee A. Broadening psychology's contribution to addressing issues of HIV/AIDS, poverty and nutrition: structural issues as constraints and opportunities. *Journal of health psychology*. 2010 ;15(7):972-981.
- 35.Tshingani K, Mukumbi H, Lubangi Muteba G, Donnen P, Wilmet-Dramaix M. Profil comparatif et évolutif des personnes infectées par le virus de l'immunodéficience humaine traitées aux antirétroviraux à Kinshasa, République Démocratique du Congo. *Pan African Medical Journal*. 18 déc 2014;19.
- 36.ONUSIDA. Évaluation nutritionnelle, conseils et soutien pour les adolescents et les adultes vivant avec le VIH. 2014 ; Disponible sur: <http://documents.wfp.org/stellent/groups/public/documents/newsroom/wfp273031.pdf>
- 37.Benjaber K, Rey JL, Himmich H. Étude sur l'observance du traitement antirétroviral à Casablanca (Maroc). *Medecine et Maladies Infectieuses*. 2005;7-8(35):390-5.
- 38.Nam SL, Fielding K, Avalos A, Dickinson D, Gaolathe T, Geissler PW. The relationship of acceptance or denial of HIV-status to antiretroviral adherence among adult HIV patients in urban Botswana. *Social Science & Medicine*. 1 juill 2008;67(2):301-10.
- 39.Alibhai A, Kipp W, Saunders LD, Rubaale T, Mill J, Konde-Lule J. Relationship between characteristics of volunteer community health workers and antiretroviral treatment outcomes in a community-based treatment programme in Uganda. *Global Public Health*. 2 sept 2017;12(9):1092-103.
- 40.Neuman M, Obermeyer CM, Group TMS. Experiences of Stigma, Discrimination, Care and Support Among People Living with HIV: A Four Country Study. *AIDS Behav*. 1 juin 2013;17(5):1796-808.
- 41.Ky-Zerbo O, Desclaux A, Somé J-F, Asmar KE, Msellati P, Obermeyer CM. La stigmatisation des PVVIH en Afrique: analyse de ses formes et manifestations au Burkina Faso, HIV/AIDS stigma in Africa: analysis of its forms and manifestations in Burkina Faso. *Santé Publique*. 24 juill 2014;26(3):375-84.
- 42.Link BG, Phelan JC. Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*. août 2001;27(1):363-85.
- 43.Santone G, Rucci P, Muratori ML, Monaci A, Ciarafoni C, Borsetti G. Attitudes toward medication in inpatients with schizophrenia: A cluster analytic approach. *Psychiatry Research* [Internet]. 15 avr 2008 [cité 7 déc 2018];158(3):324-34. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016517810600401X>
- 44.Yamada K, Watanabe K, Nemoto N, Fujita H, Chikaraishi C, Yamauchi K, et al. Prediction of medication noncompliance in outpatients with schizophrenia: 2-year follow-up study. *Psychiatry Research* [Internet]. 30 janv 2006 [cité 7 déc 2018];141(1):61-9. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178105002118>
- 45.Cator S. Les représentations du VIH, des personnes vivant avec le VIH et des soins dans le matériel pédagogique en sciences infirmières : une analyse de contenu [Internet] [Thesis]. Université d'Ottawa / University of Ottawa ; 2017 [cité 23 nov 2018]. Disponible sur: <http://ruor.uottawa.ca/handle/10393/36471>
- 46.Campero L, Herrera C, Kendall T, Caballero M. Bridging the Gap Between Antiretroviral Access and Adherence in Mexico. *Qual Health Res*. 1 mai 2007 ;17(5):599-611.
- 47.Dufour C. La relation patient-médecin dans le contexte

des effets secondaires : une théorisation ancrée auprès des personnes vivant avec le VIH [Internet] [Thésis]. Université d'Ottawa / University of Ottawa ; 2017 [cité 23 nov 2018]. Disponible sur: <http://ruor.uottawa.ca/handle/10393/36189>

48. Buetti D, Negura L, Gervais M-H. L'intervention sociale auprès des hommes gais : Considérations émergentes de la théorie des représentations sociales. *cswr* [Internet]. 2017 [cité 23 nov 2018] ;34(1):101-22. Disponible sur: <http://www.erudit.org/en/journals/cswr/2017-v34-n1-cswr03182/1040997ar/abstract/>

49. Organisation Mondiale de la Santé. Education thérapeutique du patient. Programme de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques Recommandations d'un groupe de travail de l'OMS [Internet]. 1998 ; Disponible sur: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/145296/E93849.pdf

50. Wallace I. L'intégration de la compétence culturelle autochtone en sciences infirmières : l'expérience des professeurs [Internet] [Thésis]. Université d'Ottawa / University of Ottawa ; 2018 [cité 23 nov 2018]. Disponible sur : <http://ruor.uottawa.ca/handle/10393/38265>

Remerciements

Nous remercions toutes les autorités de « Global Health Action Columbia University Mailman's School of Public Health » qui ont financé cette recherche dans le cadre du projet de partenariat de formation des enseignants Infirmiers de l'Institut Supérieur des techniques médicales de Kinshasa, en République démocratique du Congo (2016-2017).

Pour contacter les auteurs :

Simon-Decap Mabakutuvangilanga Ntela RN, MPH
Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa
Section des Sciences Infirmières
BP. 774/ Lemba Kinshasa
République Démocratique du Congo

Université Paris 13
Sorbonne Paris Cité
Chaire recherche en Sciences Infirmières
Laboratoire Education et Pratique de Santé (LEPS) (EA 3412)
UFR SMBH, F-93017, Bobigny
France
courriel : decapntela@gmail.com

Jean-Manuel Morvillers RN, PhD
Sorbonne Paris Cité
Chaire recherche en Sciences Infirmières
Laboratoire Education et Pratique de Santé (LEPS) (EA 3412)
UFR SMBH, F-93017, Bobigny
France

Nathalie Goutte RN, PhD
Hôpital Universitaire Sud de Parisien
Hôpital Paul Brousse
INSERM 1193, DHU Hépatinov
France

Cyril Crozet PhD
Université Paris 13
Sorbonne Paris Cité
Laboratoire Education et Pratique de Santé (LEPS) (EA 3412)
UFR SMBH, F-93017, Bobigny
France

Mathieu Ahouah MD
Université Paris 13
Sorbonne Paris Cité
Chaire recherche en Sciences Infirmières
Laboratoire Education et Pratique de Santé (LEPS) (EA 3412)
UFR SMBH, F-93017, Bobigny
France

Marie-Claire Omanyondo-Ohambe RN, PhD
Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa
Section des Sciences Infirmières
BP. 774/ Lemba Kinshasa
République Démocratique du Congo

Bernard Ntoto-Kunzi PhD
Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa
Section des Sciences Infirmières
BP. 774/ Lemba Kinshasa
République Démocratique du Congo

Félicien Tshimungu Kandolo PhD
Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa
Section des Sciences Infirmières
BP. 774/ Lemba Kinshasa
République Démocratique du Congo

Monique Rothan-Tondeur, RN, PhD.
Université Paris 13
Sorbonne Paris Cité
Chaire recherche en Sciences Infirmières
Laboratoire Education et Pratique de Santé (LEPS) (EA 3412)
UFR SMBH, F-93017, Bobigny
France

Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP HP)
Chaire recherche Sciences Infirmières
Paris
France.