

# Effet du comportement des patients sur l'acceptation du test et la compliance au traitement antirétroviraux chez les personnes vivants avec le VIH/SIDA au centre DREAM. Etude menée à Kenge, Province du Kwango en République Démocratique du Congo

Anicet KIKIBO KIKANDA<sup>1,2\*</sup>, Jean Jacques KISAKA NGIMBI<sup>3</sup>, Bernard NTOTO KUNZI<sup>4</sup>, Emery KAFINGA LUZOLO<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Section Sciences Infirmières, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Marie Reine de la Paix de Kenge, République Démocratique du Congo

<sup>2</sup>Ecole Doctorale des Sciences de la Santé, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, République Démocratique du Congo Apprenant en Master complémentaire

<sup>3</sup>Secrétaire Exécutif Provincial du Programme National Multisectoriel de lutte contre le SIDA (PNMLS/Kwango), République Démocratique du Congo

<sup>4</sup>Section Santé Communautaire, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, République Démocratique du Congo.

## RESUME:

La lutte contre le VIH/SIDA reste un enjeu majeur de santé publique en République Démocratique du Congo, notamment dans la province du Kwango. Cette étude, transversale descriptive et analytique a été menée auprès de 185 personnes vivant avec le VIH, dans le but d'évaluer l'effet du comportement des patients sur l'acceptation du test de dépistage et la compliance au traitement antirétroviral (ARV) au Centre DREAM de Kenge. Les données ont été analysées avec SPSS 26 via des statistiques descriptives, le test du Chi carré et une régression logistique multivariée. Parmi les participants, 62,2 % avaient accepté le dépistage et 67 % respectaient correctement leur traitement ARV. L'âge et le statut socio-économique étaient associés à l'acceptation du test ( $p < 0,05$ ). Les facteurs comportementaux tels que l'influence des pairs, la peur de la stigmatisation, la connaissance des risques, le soutien social, la peur des effets secondaires, l'accès à l'information et un counseling approprié étaient significativement liés à l'acceptation du test ( $p = 0,001$ ). L'analyse multivariée a identifié le counseling approprié comme facteur protecteur contre la non-acceptation ( $OR = 0,001$  ;  $p = 0,001$ ) et la connaissance des risques liés au VIH comme facteur favorisant fortement l'adhésion au traitement ( $OR = 5616$  ;  $p = 0,001$ ). Ces résultats soulignent que la qualité du counseling, la sensibilisation et le soutien social sont essentiels pour améliorer le dépistage et la compliance thérapeutique.

Mots clés : VIH/SIDA, éducation thérapeutique, stigmatisation, Province du Kwango, courbe ROC.

## ABSTRACT :

The fight against HIV/AIDS remains a major public health issue in the Democratic Republic of Congo, particularly in the Kwango province. This cross-sectional, descriptive and analytical study was conducted among 185 people living with HIV, with the aim of evaluating the effect of patient behavior on acceptance of screening tests and compliance with antiretroviral (ARV) treatment at the DREAM Center in Kenge. Data were analyzed with SPSS 26 using descriptive statistics, the Chi-square test, and multivariate logistic regression. Among the participants, 62.2% had accepted screening and 67% were correctly adhering to their ARV treatment. Age and socioeconomic status were associated with acceptance of the test ( $p < 0.05$ ). Behavioral factors such as peer influence, fear of stigma, knowledge of risks, social support, fear of side effects, access to information, and appropriate counseling were significantly related to test acceptance ( $p = 0.001$ ). Multivariate analysis identified appropriate counseling as a protective factor against non-acceptance ( $OR = 0.001$ ;  $p = 0.001$ ) and knowledge of HIV risks as a factor strongly promoting treatment adherence ( $OR = 5616$ ;  $p = 0.001$ ). These results highlight that quality counseling, awareness, and social support are essential to improve testing and treatment compliance.

Keywords : HIV/AIDS, therapeutic education, Stigma, Kwango Province, ROC curve.

## \*Adresse des Auteur(s)

Anicet KIKIBO KIKANDA, Section Sciences Infirmières, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Marie Reine de la Paix de Kenge & Ecole Doctorale des Sciences de la Santé, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, République Démocratique du Congo Apprenant en Master complémentaire ;

E-mail : [kikobo65@gmail.com](mailto:kikobo65@gmail.com)

Téléphone : +243-815-205-988

Jean Jacques KISAKA NGIMBI, Section Sciences Infirmières, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Moanza & Secrétaire Exécutif Provincial du Programme National Multisectoriel de lutte contre le SIDA (PNMLS/Kwango), République Démocratique du Congo ;

Bernard NTOTO KUNZI, Section Santé Communautaire, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, République Démocratique du Congo ;

KAFINGA LUZOLO Emery, Section Santé Communautaire, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, République Démocratique du Congo.

## I. INTRODUCTION

L'adhésion au traitement antirétroviral (TAR) constitue un enjeu majeur de santé publique, car elle permet de prévenir l'émergence de résistances médicamenteuses, de réduire la charge virale, de renforcer le système immunitaire et d'améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH [1]. Une observance thérapeutique supérieure à 95 % est essentielle pour maintenir une charge virale indétectable et prévenir la transmission du virus [2]. Pourtant, divers travaux soulignent que cette observance reste difficile à atteindre et demeure marquée par des taux élevés de non-conformité [3].

En République Démocratique du Congo (RDC), une étude menée à Kinshasa a révélé un taux de non-observance de 25,5 %, influencé notamment par le paiement de la consultation, les effets secondaires et le manque de perception des risques liés à l'oubli d'une dose, tandis que le soutien d'une personne de confiance s'avérait protecteur [3]. A l'échelle mondiale, l'expansion du TAR a permis d'éviter environ 6,6 millions de décès entre 1996 et 2012, dont 5,5 millions dans les pays à revenu faible et intermédiaire [4]. Ces résultats confirment

que le développement de stratégies adaptées aux contextes locaux demeure indispensable pour améliorer l'adhésion.

Toutefois, les études montrent que seule une proportion limitée des patients suit correctement la prescription thérapeutique, malgré la conscience des conséquences de la non-observance [5]. La situation est d'autant plus critique que, contrairement à d'autres pathologies chroniques, le VIH, du fait de sa vitesse de répllication et de mutation, exige un niveau très élevé de conformité thérapeutique pour éviter l'échec virologique [6].

Les enquêtes menées en Afrique subsaharienne confirment cette problématique, avec des taux de non-observance variables selon les pays : 22 % en Côte d'Ivoire [7], 13 % au Cameroun [8], 32 % en Ouganda [9], 46 % au Nigéria [10] et 37 % en Afrique du Sud [11]. En RDC, l'épidémie reste relativement stable, mais la couverture thérapeutique demeure limitée, puisque seuls 12,3 % des patients éligibles avaient accès aux ARV en 2012 [2].

Ainsi, l'ensemble de ces constats souligne la complexité multidimensionnelle de la non-observance, influencée à la fois par des facteurs individuels, thérapeutiques, socio-économiques et liés au système de santé [6]. Dans ce contexte, l'étude menée à Kenge se propose d'analyser l'effet du comportement des patients sur l'acceptation du test et sur la compliance au traitement, afin d'identifier les leviers prioritaires pour améliorer la prise en charge des personnes vivant avec le VIH.

## II. MATERIEL ET METHODES

### II.1. Type d'étude

Cette recherche est une étude quantitative de type transversal, descriptive et analytique. Elle a permis de recueillir, à un moment donné, des informations sur le comportement des patients vivant avec le VIH/SIDA afin d'évaluer les facteurs influençant l'acceptation du test de dépistage et la compliance au traitement antirétroviral.

### II.2. Population et Echantillonnage

La population cible était constituée de l'ensemble des patients vivant avec le VIH/SIDA suivis au centre DREAM de Kenge. L'échantillon retenu comprenait les patients présents au centre durant la période de collecte, remplissant les critères de sélection et ayant accepté de participer à l'étude.

### II.3. Echantillonnage

Un échantillonnage accidentel (ou de convenance) a été utilisé. Ce choix repose sur la disponibilité et l'accessibilité des patients rencontrés lors des consultations au centre DREAM. Bien que non probabiliste, cette méthode

permettait de recruter un nombre suffisant de participants en tenant compte des contraintes de temps et de ressources.

### II.3.1. Taille de l'échantillonnage et justification

L'étude a porté sur un total de 185 patients, un effectif jugé représentatif du flux moyen de fréquentation du centre durant la période considérée. Ce nombre a été déterminé à partir de la disponibilité des patients au moment de l'enquête, tout en tenant compte de la faisabilité logistique et de la nécessité d'obtenir une taille minimale permettant d'assurer la validité statistique des analyses, notamment la régression logistique multivariée.

### II.4. Critères

#### • Inclusion

Ont été inclus dans l'étude les patients âgés de 18 ans ou plus, ceux ayant un diagnostic confirmé de séropositivité au VIH, les sujets suivis au centre DREAM depuis au moins trois mois, les patients présents physiquement au centre au moment de la collecte et les personnes capables de répondre à un entretien structuré et ayant donné leur consentement éclairé.

#### • Exclusion

Ont été exclus, les patients présentant des troubles cognitifs ou un état de santé critique empêchant la participation, ceux ayant refusé explicitement de participer à l'étude et les personnes dont les réponses étaient incomplètes ou incohérentes.

### II.5. Technique et instrument de collecte des données

La collecte des données a reposé principalement sur un questionnaire structuré, administré en face à face par des enquêteurs formés. Le questionnaire, élaboré en français et traduit en kikongo pour s'adapter au contexte local, comportait plusieurs sections portant sur les caractéristiques sociodémographiques, la perception des bénéfices du dépistage du VIH, les normes subjectives et sociales, le contrôle comportemental perçu, la recherche de soutien social, l'acceptation du dépistage, l'adhésion au traitement antirétroviral et les facteurs favorisant ces comportements.

Avant sa mise en œuvre, l'outil a été pré-testé auprès de dix patients suivis au centre DREAM afin d'en vérifier la clarté, la pertinence et l'adaptabilité culturelle. Les corrections nécessaires ont été apportées à la suite de ce pré-test. La validité de contenu a été confirmée par une revue documentaire approfondie et par la consultation d'experts en santé publique et en VIH/SIDA. La fiabilité interne de l'outil a été vérifiée à l'aide du coefficient  $\alpha$  de Cronbach, attestant d'une cohérence satisfaisante des items.

En complément du questionnaire, des entretiens semi-structurés ont été réalisés auprès de certains patients

afin de recueillir des informations plus nuancées sur les perceptions, les obstacles rencontrés et les motivations liées à l'acceptation du test et à la compliance au traitement. La confidentialité des données a été rigoureusement respectée. Les réponses ont été recueillies de manière anonyme, sans mention de noms, et stockées de façon sécurisée. Un suivi quotidien de la qualité de la collecte a été assuré par l'équipe de supervision afin de garantir la fiabilité et la complétude des informations enregistrées.

## II.6. Précautions méthodologiques pour limiter les biais

Afin de garantir la validité et la fiabilité des résultats, plusieurs précautions méthodologiques ont été prises pour réduire les biais potentiels. Le biais de sélection a été limité en incluant tous les patients éligibles présents au centre DREAM durant la période de collecte et en veillant à une diversité en termes d'âge, de sexe et de statut socio-économique. Le biais d'information a été atténué par l'utilisation d'un questionnaire standardisé, administré dans la langue comprise par le répondant (français ou kikongo), et par la formation préalable des enquêteurs pour assurer l'uniformité dans la collecte.

Pour limiter le biais de désirabilité sociale, les participants ont été rassurés sur la confidentialité et l'anonymat de leurs réponses, ce qui visait à favoriser l'honnêteté des déclarations. Enfin, un contrôle quotidien de la complétude et de la cohérence des questionnaires a été réalisé par l'équipe de supervision afin de minimiser les erreurs de saisie ou les omissions.

## II.7. Traitement et analyse des données

Les données collectées ont été codifiées puis saisies dans une base électronique sécurisée. Après vérification de leur complétude et correction des éventuelles incohérences, elles ont été analysées à l'aide de logiciels statistiques (SPSS version XX et Microsoft Excel). L'analyse a comporté plusieurs étapes :

- Une analyse univariée, visant à décrire les caractéristiques sociodémographiques et comportementales des patients à travers des fréquences, des pourcentages et des moyennes ;
- Une analyse bivariée, réalisée au moyen du test du Khi-deux pour déterminer les associations entre l'acceptation du dépistage, la compliance au traitement et certaines variables explicatives ;

Une analyse multivariée, fondée sur la régression logistique, afin d'identifier les facteurs indépendamment associés à l'acceptation du test et à l'adhésion au traitement. Les résultats ont été présentés sous forme de tableaux et graphiques pour une meilleure lisibilité, accompagnés des intervalles de confiance à 95 % et de la valeur p pour évaluer la significativité statistique.

## II.8. Considérations d'ordre éthique

Cette étude a scrupuleusement respecté les principes éthiques de la recherche impliquant des êtres humains. Le protocole a été approuvé par le comité d'éthique de l'Institut Supérieur des Techniques Médicales (ISTM) de Kinshasa sous le numéro 0214/CBE/ISTM/KIN/RDC/PMBBL/2024 du 15 novembre 2024. Une autorisation officielle a également été obtenue auprès de la Division Provinciale de la Santé du Kwango ainsi que de la coordination du centre DREAM de Kenge.

Les participants ont été informés, dans une langue accessible, des objectifs, de la méthodologie, des avantages et des risques potentiels de l'étude. Leur participation était volontaire et un consentement éclairé verbal a été obtenu avant l'entretien. L'anonymat et la confidentialité ont été strictement respectés : aucune donnée nominative n'a été collectée, et les questionnaires ont été codifiés et conservés dans des conditions sécurisées.

Les résultats ont été présentés de manière globale, sans possibilité d'identifier individuellement les participants, garantissant ainsi la protection de leur vie privée et leur dignité.

## III. RESULTATS

### III.1. Analyse univariée

**Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques des patients vivant avec le VIH/SIDA**

Paramètres	Modalité	Fréquence=185	%
Age x=50,6 ans	22 à 44 ans	51	27,6
	45 à 67 ans	134	72,4
Sexe	Féminin	121	65,4
	Masculin	64	34,6
Niveau d'éducation	Primaire	51	27,6
	Secondaire	88	47,6
	Supérieur	46	24,9
Statut socio-économique	Faible	78	42,2
	Moyen	107	57,8

**Tableau 2. Perceptions des bénéfices au dépistage du VIH**

Perceptions	Bénéfices au dépistage du VIH	Fréquence=185	%
Je crois que le dépistage précoce du VIH peut améliorer ma santé	D'accord	51	27,6
	Neutre	2	1,1
	Tout à fait d'accord	132	71,4

## Effet du comportement des patients sur l'acceptation...

Je pense que connaître mon statut sérologique est important	D'accord	79	42,7
	Neutre	4	2,2
	Tout à fait d'accord	102	55,1
	<b>Risques au dépistage du VIH</b>		
Je suis conscient(e) des risques associés à l'absence de dépistage du VIH	D'accord	89	48,1
	Neutre	4	2,2
	Pas d'accord	8	4,3
	Tout à fait d'accord	84	45,4
Je crois que le traitement ARV peut réduire le risque de transmission du VIH	D'accord	66	35,7
	Tout à fait d'accord	119	64,3

**Tableau 3. Normes subjectives : Influence sociale**

Normes subjectives	Influence sociale	Fréquence = 185	%
Ma famille pense que je devrais me faire tester pour le VIH	D'accord	108	58,4
	Neutre	8	4,3
	Pas d'accord	58	31,4
	Pas du tout d'accord	2	1,1
	Tout à fait d'accord	9	4,9
Mes amis soutiennent l'idée de se faire dépister	D'accord	134	72,4
	Neutre	6	3,2
	Pas d'accord	31	16,8
	Tout à fait d'accord	14	7,6
	<b>Stigmatisation</b>		
J'ai peur d'être stigmatisé(e) si je me fais tester pour le VIH	D'accord	53	28,6
	Neutre	8	4,3
	Pas d'accord	116	62,7
	Tout à fait d'accord	8	4,3
Je pense que d'autres personnes de ma communauté me jugeraient si je parlais de mon statut VIH	D'accord	74	40
	Neutre	8	4,3
	Pas d'accord	93	50,3
	Pas du tout d'accord	2	1,1
	Tout à fait d'accord	8	4,3

**Tableau 4. Contrôle comportemental perçu : facteurs facilitants**

Comportement perçu	Facteurs facilitants	Fréquence = 185	%
J'ai accès à des informations sur le VIH et les traitements disponibles	D'accord	122	65,9
	Pas d'accord	4	2,2
	Pas du tout d'accord	5	2,7
	Tout à fait d'accord	54	29,2
Je peux facilement accéder à des services de dépistage du VIH près de chez moi.	D'accord	117	63,2
	Pas d'accord	51	27,6
	Tout à fait d'accord	17	9,2
	<b>Obstacles perçus</b>		
Je pense que le coût du dépistage ou du traitement est trop élevé pour moi	D'accord	18	9,7
	Neutre	2	1,1
	Pas d'accord	163	88,1
	Pas du tout d'accord	2	1,1
Je crains que les effets secondaires des ARV soient trop difficiles à gérer	D'accord	75	40,5
	Neutre	23	12,4
	Pas d'accord	87	47

**Tableau 5. Recherche de soutien social**

Recherche de soutien social	Modalité	Fréquence = 185	%
Je recherche souvent du soutien auprès de ma famille ou de mes amis concernant le VIH	D'accord	147	79,5
	Neutre	2	1,1
	Pas d'accord	24	13
	Tout à fait d'accord	12	6,5
Je pense que le soutien social peut m'aider à prendre la décision de me faire tester	D'accord	158	85,4
	Pas d'accord	6	3,2
	Tout à fait d'accord	21	11,4

**Tableau 6. Acceptation du test de dépistage chez les personnes vivantes avec le VIH/SIDA au centre DREAM**

Acceptation du dépistage VIH	Modalité	Fréquence	%
	Oui	185	62,2
	Non	170	47,8
	<b>Total</b>	<b>355</b>	<b>100</b>

**Tableau 7. Adhésion au traitement aux ARV**



Adhésion au traitement aux ARV	Modalité	Fréquence	%
	Oui	124	67
	Non	61	33
	<b>Total</b>	<b>185</b>	<b>100</b>

**Tableau 8. Facteurs favorisant l'acceptation de dépistage de VIH/SIDA**

Facteurs favorisant l'acceptation de dépistage de VIH/SIDA	Modalité	Fréquence=185	%
	Influence des amis	157	84,9
	Peur de la stigmatisation	33	17,8
	Connaissance des risques	40	21,6
	Soutien social	144	77,8
	Peur des effets secondaires	125	67,6
	Accès à l'information	149	80,5
	Counseling approprié	145	78,4

### III.2. Analyse bivariée : test de Khi-carré

**Tableau 9. Acceptation du dépistage VIH et les caractéristiques sociodémographiques**

Caractéristiques sociodémographiques		Acceptation du dépistage VIH		Total	Khi-carré	p
		Oui	Non			
Age	22 à 44 ans	34	17	51	4,785	0,029
	45 à 67 ans	111	23	134		
Sexe	Féminin	93	28	121	0,252	0,615
	Masculin	52	12	64		
Niveau d'éducation	Primaire	43	8	51	3,239	0,198
	Secondaire	70	18	88		
	Supérieur	32	14	46		
Statut socio-économique	Faible	65	13	78	1,954	0,12
	Moyen	80	27	107		
<b>Total</b>		<b>145</b>	<b>40</b>	<b>185</b>		

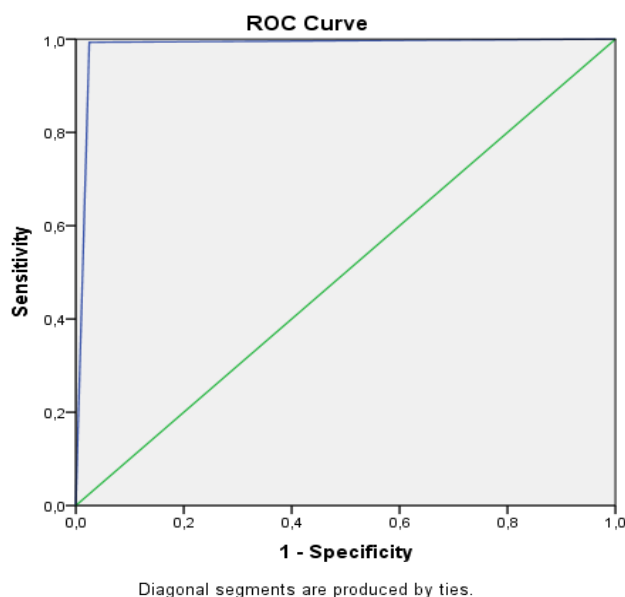
**Tableau 10. Acceptation du dépistage VIH et les facteurs favorisants**

Facteurs favorisant		Acceptation du dépistage VIH		Total	Khi-carré	p
		Oui	Non			
Influence des amis	Oui	137	20	157		
	Non	8	20	28	44,896	0,001
Peur de la stigmatisation	Oui	14	19	33	28,110	0,001
	Non	131	21	152		
Connaissance des risques	Oui	1	39	40	167,721	0,001
	Non	144	1	145		
Soutien social	Oui	122	22	144	13,787	0,001
	Non	23	18	41		
Peur des effets secondaires	Oui	113	12	125	30,717	0,001
	Non	32	28	60		
Accès à l'information	Oui	128	21	149	23,371	0,001
	Non	17	19	36		
Counseling approprié	Oui	144	1	145	167,721	0,001
	Non	1	39	40		
<b>Total</b>		<b>145</b>	<b>40</b>	<b>185</b>		

### III.3. Analyse multivariée : régression logistique

**Tableau 11. Facteurs favorisant l'acceptation de traitement VIH**

Acceptation de traitement VIH	B	p	OR ajusté	IC 95%	
				<	>
Counseling approprié	-8,633	0,001	0,001	0,001	0,003
Connaissance des risques	8,123	0,001	5616,000	343,463	91827,907
<b>Constant</b>	<b>13,603</b>	<b>0,001</b>	<b>808704,0</b>		



**Tableau 12. Variable(s) du résultat du test : probabilité prédite**

Zone sous la courbe			
Zone	IC 95%		p
	<	>	
0,984	0,955	1,000	0,001

## IV. DISCUSSION

### IV.1. Résultats de l'analyse univariée

#### • Caractéristiques sociodémographiques des PVVIH

L'étude menée au centre DREAM de Kenge révèle que les patients vivant avec le VIH/SIDA ont une moyenne d'âge de 50,6 ans, majoritairement de sexe féminin (65,4 %). Près de la moitié sont diplômés d'Etat (47,6 %) et plus de la moitié appartiennent à un niveau socio-économique moyen (57,8 %). Ces données rejoignent celles de Kighoma [12] et Muninga [13], qui soulignent une prédominance féminine et une moyenne d'âge plus jeune dans d'autres contextes.

#### • Perception du dépistage du VIH

La majorité des répondants reconnaissent les bénéfices du dépistage précoce : 71,4 % y adhèrent pleinement, et 55,1 % considèrent essentiel de connaître leur statut sérologique. La conscience des risques liés à l'absence de dépistage est également élevée (93,5 % d'accord ou tout à fait d'accord), tout comme la croyance en l'efficacité du traitement ARV pour réduire la transmission (100 % d'adhésion).

#### • Influence sociale et stigmatisation

L'influence familiale et amicale joue un rôle significatif dans la décision de se faire dépister. Toutefois, la peur de la stigmatisation reste présente : 28,6 % craignent d'être jugés,

et 40 % redoutent le regard de la communauté. Ces tensions sociales peuvent entraver l'acceptation du dépistage.

#### • Facteurs facilitants et obstacles

L'accès à l'information (95,1 %) et aux services de proximité (63,2 %) est perçu comme favorable. En revanche, le coût du dépistage et les effets secondaires des ARV ne sont pas considérés comme des obstacles majeurs par la majorité. Le soutien social est largement recherché (86 %), et jugé déterminant dans la prise de décision.

#### • Acceptation du dépistage et adhésion au traitement

La prévalence de l'acceptation du test de dépistage est de 62,2 %, tandis que l'adhésion au traitement ARV atteint 67 %. Ces taux sont comparables à ceux observés dans d'autres études, bien que la non-observance reste préoccupante, jusqu'à 43 % selon [12].

### IV.2. Analyse bivariée

Le test du Khi-carré révèle des associations significatives entre l'acceptation du dépistage et les variables suivantes : l'âge ( $p = 0,029$ ), le statut socio-économique ( $p = 0,012$ ), l'influence des amis, la peur de la stigmatisation, la connaissance des risques, le soutien social, les effets secondaires, l'accès à l'information et le counseling (tous  $p = 0,001$ ).

### IV.3. Analyse multivariée

La régression logistique confirme que le counseling approprié ( $OR = 0,001$ ) et la connaissance des risques ( $OR=5616$ ) sont les principaux déterminants de l'acceptation du traitement. Ces facteurs augmentent significativement la probabilité d'adhésion thérapeutique. D'autres études identifient également des obstacles tels que l'oubli, les effets secondaires, l'anxiété, et le manque de confidentialité [3,12,13].

En conclusion, l'étude met en évidence que l'acceptation du dépistage et du traitement ARV chez les PVVIH est influencée par des facteurs sociaux, informationnels et psychologiques. Pour améliorer la lutte contre le VIH dans le Kwango, il est impératif de renforcer l'éducation thérapeutique, de réduire la stigmatisation, et d'assurer un accompagnement psychosocial et institutionnel adapté.

## V. CONCLUSION

Cette étude, menée au centre DREAM de Kenge, visait à identifier les facteurs influençant l'acceptation du test de dépistage et la compliance au traitement antirétroviral chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA. Sur un échantillon de 185 patients, l'acceptation du dépistage a été estimée à

62,2 % et l'adhésion thérapeutique à 67 %. Les principaux facteurs favorables identifiés sont l'influence sociale, le soutien familial et communautaire, l'accès à l'information, le counseling approprié et la connaissance des risques.

En revanche, la stigmatisation et les effets secondaires des ARV constituent des freins importants. Ces résultats soulignent la nécessité de renforcer l'éducation thérapeutique, d'améliorer la prise en charge des effets indésirables et de promouvoir un environnement social et institutionnel favorable afin d'optimiser la lutte contre le VIH dans la province du Kwango.

Au regard de ces résultats, plusieurs pistes d'action peuvent être envisagées :

- **Renforcer le counseling et l'éducation thérapeutique** par le développement des séances régulières d'information et de sensibilisation, adaptées aux réalités locales, pour améliorer la compréhension des patients sur les bénéfices du dépistage et l'importance d'une observance stricte.
- **Promouvoir le soutien social et communautaire** en impliquant davantage les familles, les pairs et les associations de patients dans l'accompagnement psychosocial, afin de réduire l'isolement et la stigmatisation.
- **Améliorer de l'accessibilité à l'information et aux services** en mettant à la disposition des supports d'éducation (brochures, radios communautaires, téléphones mobiles) et rapprocher les services de dépistage et de suivi thérapeutique des communautés les plus éloignées.
- **Assurer la prise en charge des effets secondaires des ARV** tout en renforçant la formation du personnel soignant sur la gestion des effets indésirables et assurer une communication claire avec les patients sur les conduites à tenir face à ces complications.
- **Assurer la réduction de la stigmatisation** en menant les campagnes communautaires de sensibilisation pour déconstruire les préjugés liés au VIH et favoriser un environnement favorable au dépistage et à l'adhésion thérapeutique.
- **Encourager l'engagement des autorités sanitaires** provinciales et nationales à travers l'allocation de ressources suffisantes, le suivi-évaluation des programmes PTME et ARV, et la mise en œuvre de politiques inclusives et adaptées au contexte local.

## REFERENCES

DOI: <https://doi.org/10.71004/rss.025.v4.i1.34>

Journal Website: [www.rss-istm.net](http://www.rss-istm.net)

Reçu le 10/12/2024 ; Révisé le 10/01/2025 ; Accepté le 15/02/2025

1. Organisation mondiale de la Santé. *Directives sur le diagnostic du VIH, la charge virale et les ARV*. Genève: OMS; 2013.
2. ONUSIDA. *Rapport de situation sur l'épidémie de sida dans le monde*. Genève: ONUSIDA; 2013.
3. Izizag B, Mbula M, Kakesa M, Ilunga V. Adhésion au traitement antirétroviral à Kinshasa, RDC: obstacles et facteurs de soutien. *Rev Med Trop Afr*. 2020;25(3):45–52.
4. Floyd S, Molesworth A, Dube A. The effect of antiretroviral therapy on mortality in HIV-infected adults in developing countries. *Lancet Infect Dis*. 2010;10(9):597–601.
5. Bastard M, Pinoges L, Balkan S, Szumilin E, Ferreyra C, Pujades-Rodriguez M. Timeliness of clinic attendance is a good predictor of virologic and immunologic failure among HIV-infected patients on antiretroviral therapy in resource-limited settings. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2012;60(3):e27–30.
6. Mills EJ, Nachega JB, Buchan I, Orbinski J, Attaran A, Singh S, et al. Adherence to antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa and North America: a meta-analysis. *JAMA*. 2006;296(6):679–90.
7. Eholié SP, Tanon A, Polneau S, Ouattara I, Djadji A, Kangah-Koffi C, et al. Field adherence to highly active antiretroviral therapy in HIV-infected adults in Abidjan, Côte d'Ivoire. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2007;45(3):355–8.
8. Marcellin F, Boyer S, Protopopescu C, Koulla-Shiro S, Ongolo-Zogo P, Abega SC, et al. Determinants of unplanned antiretroviral treatment interruptions among people living with HIV in Cameroon. *Trop Med Int Health*. 2008;13(12):1470–8.
9. Byakika-Tusiime J, Oyugi JH, Tumwikirize WA, Katabira ET, Mugenyi PN, Bangsberg DR. Adherence to HIV antiretroviral therapy in HIV+ Ugandan patients purchasing therapy. *Int J STD AIDS*. 2005;16(1):38–41.
10. Iliyasu Z, Kabir M, Abubakar IS, Babashani M, Galadanci HS. Compliance to antiretroviral therapy among AIDS patients in Aminu Kano Teaching Hospital, Kano, Nigeria. *Niger J Med*. 2005;14(3):290–4.
11. Orell C, Kaplan R, Bekker LG, Wood R. Adherence is not a barrier to successful antiretroviral therapy in South Africa. *AIDS*. 2005;19(12):1369–75.
12. Kighoma DK, Kamundu A, Mandro CN, Mosomo TK, Kibendelwa ZT, Bitwe R, Wembonyama SO. Déterminants

de la non observance au traitement antirétroviral chez les patients adultes suivis à l'unité de prise en charge du VIH/SIDA, de l'Hôpital Général de Référence de Mweso. *Journal of Medicine, Public Health and Policy Research* 2024;4(1):39-52.

I. 13. MUNINGA AA, ATUNGALE SC, LUNKAMA OO, INIA SA, NGALAFELE EO, ET AL. FACTEURS ASSOCIÉS À LA NON-OBSERVANCE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH À LA THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE / FACTORS ASSOCIATED WITH NON-ADHERENCE TO ANTIRETROVIRAL THERAPY AMONG PEOPLE LIVING WITH HIV. *LES ANNALES AFRICAINES DE MÉDECINE* 2023 ;6(4),. [HTTPS://DX.DOI.ORG/10.4314/AAMED.V16I4.8](https://dx.doi.org/10.4314/AAMED.V16I4.8)