

## Intégration des soins palliatifs dans les hôpitaux de la ville de Lubumbashi: Avis du personnel infirmier

Astrid M. Katumbo <sup>1</sup>, Narcisse K. Mwinkeu <sup>1</sup>, Michel N. Kabamba <sup>2</sup>, Henri T. Mundongo <sup>3</sup>,  
Abel M. Ntambue <sup>3</sup>, Julien N. Ilunga <sup>4</sup>, Oscar N. Luboya <sup>1,3</sup>, Françoise K. Malonga <sup>3</sup>

<sup>1</sup> Institut Supérieur des Techniques Médicales de Lubumbashi, Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

<sup>2</sup> Département de Santé Publique, Faculté de Médecine, Université de Kamina, Kamina, République Démocratique du Congo.

<sup>3</sup> Département de Santé Publique, Faculté de Médecine, Université de Lubumbashi, Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

<sup>4</sup> Département de Sciences de base, Faculté de Médecine, Université de Lubumbashi, Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

### Résumé

**Objectif.** Relever les compétences requises pour pratiquer l'approche palliative et les freins à l'intégration de cette approche dans les différentes structures sanitaires de la ville de Lubumbashi ainsi que le niveau d'intégration dans le système sanitaire de la République Démocratique du Congo.

**Matériel et méthodes.** Il s'agit d'une étude descriptive transversale multicentrique, réalisée dans les quatre grands hôpitaux de la ville de Lubumbashi durant la période allant de novembre 2016 à juillet 2017. La collecte des données a été faite sur la base d'un questionnaire et l'ensemble des données collectées a été saisi avec Epi Info 7.1 puis analysé avec SPSS 23.

**Résultats.** Cette étude a révélé que 100% des infirmiers avaient reconnu la non intégration des services de soins palliatifs, 64,3% disent qu'il n'existait pas d'approche palliative comme stratégie de prise en charge, trois causes avaient constitué un frein à l'intégration de l'approche précitée : la nécessité de modifier le système de santé actuel qui est focalisé sur les soins curatifs et préventifs (49,1%), les pesanteurs culturelles et financières (25,9%) ainsi que le fait que le curriculum d'enseignement n'aborde pas les aspects des soins palliatifs. Près de 100% avaient proposé que l'intégration des soins palliatifs se fasse au niveau du deuxième et troisième échelon.

**Conclusion.** Vu l'émergence des pathologies chroniques en Afrique en général et en RDC en particulier, il serait souhaitable de créer une culture où les soins palliatifs seraient considérés comme une partie nécessaire de tous les systèmes de soins de santé.

**Mots-clés :** Intégration, Soins palliatifs, Personnel infirmier, Lubumbashi.

### Introduction

Les soins palliatifs (SP) ont été définis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme «une approche qui améliore la qualité de vie des patients et de leurs familles face aux problèmes associés aux maladies potentiellement mortelles, par la prévention et le soulagement de la souffrance par identification précoce et évaluation impeccable et traitement de la douleur et

d'autres problèmes, physiques, psychosociaux et spirituels [1].

Il y a une centaine d'années, la mort était plutôt soudaine, et ses principales causes étaient les infections, les accidents et les accouchements. Or, aujourd'hui, les morts soudaines sont bien moins courantes. Vers la fin de leur vie, la plupart des gens sont frappés d'une maladie grave et progressive : maladie cardiaque, cancer, trouble respiratoire, etc. — qui nuit de plus en plus à leurs activités, et ce, jusqu'au décès [2].

### Correspondance:

Michel N. Kabamba, Département de Santé Publique, Faculté de Médecine, Université de Kamina, Kamina, Rép. Dém. du Congo.

Téléphone: +243978467432 - Email: michelnzaji@yahoo.fr

Article reçu: 23-12-2017      Accepté: 22-01-2018

Publié: 20-02-2018



Copyright © 2018. Astrid M. Katumbo *et al.* This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Pour citer cet article: Katumbo AM, Mwinkeu NK, Kabamba MN, Mundongo HT, Ntambue AM, *et al.* Intégration des soins palliatifs dans les hôpitaux de la ville de Lubumbashi: Avis du personnel infirmier. Revue de l'Infirmier Congolais. 2018 ; 2: 32-37.

Au cours des dernières années, un certain nombre de contextes de soins et de groupes de maladie ont testé l'incidence de l'intégration de l'approche palliative aux soins des maladies chroniques. Or, les constats issus de ces essais ont fermement démontré que, lorsqu'elle est combinée à la gestion de la maladie et aux traitements visant à nuire à la progression de la maladie, l'approche palliative entraîne de meilleurs résultats pour les patients et leurs aidants, dont les suivants: l'amélioration du traitement des symptômes, de la qualité de vie et de la satisfaction des patients; la diminution du fardeau pour les aidants; des aiguillages vers les établissements de soins palliatifs et une utilisation de ces services plus appropriés; et la diminution d'un recours futile aux soins intensifs [3] aussi, la planification préalable des soins favorise le choix et améliore la qualité des soins [4].

Les soins palliatifs vont au-delà du modèle médical traditionnel puisqu'ils tiennent compte des préoccupations psychosociales et spirituelles, de la prise de décisions médicales et du soulagement de la souffrance dans toutes ses dimensions, et ce, tout au long de la progression de la maladie [5]. Comme cette philosophie cible la personne dans son ensemble, de plus en plus d'experts maintiennent que l'approche palliative pourrait et devrait être intégrée aux soins de toutes les personnes souffrant d'une maladie chronique grave, y compris le cancer [5], et ces soins devraient être accessibles beaucoup plus tôt dans la progression de la maladie afin de mieux combler les besoins des patients. Les soins palliatifs constituent une discipline relativement nouvelle en Afrique et son développement est entravé par le fait que le concept de gestion de la douleur n'est pas intégré dans les systèmes de santé. Seuls quatre des 53 pays africains ont intégré les soins palliatifs dans la politique de santé ou l'ont utilisée dans le cadre d'un plan stratégique axé sur le traitement du cancer. Il s'agit notamment du Kenya, de l'Afrique du Sud, de la Tanzanie et de l'Ouganda, tandis que le Rwanda et le Swaziland ont adopté une approche différente en élaborant des politiques nationales autonomes en matière de soins palliatifs [6,7].

Les soins palliatifs représentent un défi mondial, tous les ministères de la santé étant surchargés de patients dans la douleur modérée à sévère. Cela est particulièrement vrai en Afrique subsaharienne, où environ 24,7 millions de personnes vivaient avec le virus de l'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise (VIH/Sida) en 2013, ce qui représente 70% du fardeau mondial de la maladie, avec plus de 1,4 million nouvelles infections signalées en 2013 seulement [7]. Il y avait plus de 700 000 nouveaux cas de cancer et près de 600 000 décès liés au cancer en

Afrique en 2007 et les taux de cancer sur le continent devraient augmenter de 400% au cours des 50 prochaines années.

La volonté d'intégrer la philosophie palliative aux soins des maladies chroniques s'explique par trois tendances constatées dans le secteur de la santé : les progrès en santé ont entraîné des changements dans la trajectoire des maladies, les gens atteints d'une maladie chronique grave vivent désormais de nombreuses années, mais bien souvent dans la douleur, aux prises avec d'autres symptômes ou en perdant certaines de leurs fonctions; les soins palliatifs sont de plus en plus reconnus comme étant une approche holistique centrée sur la personne qui procure de la valeur à tous ceux touchés par une maladie grave; de solides faits scientifiques confirment que des soins palliatifs de grande qualité peuvent améliorer la santé et la qualité de vie et réduire le recours à des services de santé plus coûteux.

La recherche fondée sur des données probantes démontre clairement qu'il existe un besoin et une forte demande pour une approche holistique des soins palliatifs sur le continent. Il est alors primordial de montrer à tous les Africains pourquoi il s'agit d'un problème mondial et comment les soins palliatifs peuvent améliorer la qualité de vie de millions de patients atteints de cancer et de VIH/Sida qui, du reste, souffrent de douleurs modérées à sévères. Le manque de résultats validés et d'études comparatives entre différents systèmes de soins fait que les expériences des soignants sur les soins palliatifs sont peu documentés pour le contexte africain. La République Démocratique du Congo (RDC) en général et la ville de Lubumbashi en particulier ne déroge pas à la règle dans ce domaine. Promouvoir et intégrer les soins palliatifs dans le système des soins de santé à différents échelons reste un défi majeur. De tout ce qui précède, nous nous sommes posés la question de savoir quel est l'avis du personnel infirmier sur l'intégration des soins palliatifs dans les structures sanitaires de la ville de Lubumbashi. Cette étude a pour objectifs de relever les compétences requises pour pratiquer l'approche palliative et les freins à l'intégration de cette approche dans les différentes structures sanitaires de la ville de Lubumbashi ainsi que le niveau d'intégration dans le système sanitaire de la RDC.

## Matériel et méthodes

### *Type d'étude, période et cadre d'étude*

Il s'agit d'une étude descriptive transversale multicentrique, réalisée dans la ville de Lubumbashi durant la période allant de novembre 2016 à juillet 2017 dans les quatre grands hôpitaux de la ville de Lubumbashi :

l'hôpital Sendwe, les Cliniques Universitaires, l'hôpital GCM/Sud et le complexe médical SNCC de Lubumbashi.

#### *Population d'étude, critères d'inclusion et d'exclusion*

La population concernée par cette étude était constituée par le personnel infirmier œuvrant dans les structures sanitaires précitées. A été inclus dans l'étude, tout infirmier retrouvé au jour J sur le lieu de recherche et ayant donné aussi son consentement éclairé, et tout personnel infirmier ayant refusé de participer à l'étude, mais également absent le jour J sur le lieu de recherche a été exclu.

#### *Taille de l'échantillon*

Le calcul de la taille de l'échantillon pour le personnel infirmier a été faite à l'aide du logiciel Epi Info 7 dans sa fonction StatCalc pour une étude descriptive. La détermination de la taille de l'échantillon était basée sur une puissance de 80%, l'alpha de 5%, et une précision (taille de l'effet) de 3%, avec une proportion de base de 0,5 (utilisée lorsque la proportion n'est pas connue). La taille calculée de l'échantillon était de 112.

Collecte, traitement et analyse des données

La collecte des données a été faite sur la base d'un questionnaire élaboré à cet effet, testé et standardisé. L'ensemble des données collectées a été saisi avec Epi Info puis analysé avec IBM SPSS Statistics version 23.

#### *Considérations éthiques*

Les personnels infirmiers qui ont répondu aux critères d'inclusion ont été informés des objectifs de l'étude et des conditions de participation. Leur consentement éclairé oral a été obtenu avant de commencer le remplissage des fiches. La participation à l'étude a été libre. Cette étude a reçu l'approbation du comité d'éthique de l'Université de Lubumbashi.

## Résultats

La majorité des répondants (60,7%) avaient un âge de 36-57 ans. Les jeunes (25-35ans) représentaient 26,8% et les plus âgés (58-68 ans) 12,5%. En rapport avec l'institution hospitalière, 42,9% de nos enquêtés provenaient de l'hôpital SNCC de Lubumbashi et les trois autres hôpitaux avaient des effectifs très voisins, 20, 21 et 23 correspondant respectivement à 17,9% (GCM/Sud), 18,8% (Sendwe) et 20,5% (CUL). Concernant la résidence et le niveau d'études des infirmiers, environ les deux-tiers d'entre eux (66,1%) résidaient à la commune de Lubumbashi, et dans 93,7% des cas, ils étaient du niveau A1 (50,9%) et du niveau A2 (42,8%). Comme cela est montré dans la figure ci-dessous, le personnel infirmier des quatre grands hôpitaux de la

ville de Lubumbashi est très majoritairement féminin (87%), soit un sexe ratio F/H de 7/1 (*tableau 1*). Cinquante virgule neuf pourcent des infirmiers interrogés avaient plus de 16 ans d'ancienneté, et pour 17% des cas cette dernière était inférieure à 5 ans. Par ailleurs, en ce qui concerne les soins palliatifs (SP), 51,8% des enquêtés avaient moins de deux ans d'expérience dans la prise en charge des malades en phase terminale, contre 48,2% qui avaient au moins deux ans d'expérience et 9,8% avaient eu une formation en soins palliatifs (*tableau 1*).

**Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des répondants**

Variable	Effectif (n=112)	Pourcentage
<b>Age</b>		
25-35 ans	30	26,8
36-46 ans	30	26,8
47-57 ans	38	33,9
58-68 ans	14	12,5
<b>Sexe</b>		
Féminin	98	87,5
Masculin	14	12,5
<b>Institution hospitalière</b>		
Hôpital Sendwe	21	18,8
CUL	23	20,5
Hôpital SNCC	48	42,9
Hôpital GCM / Sud	20	17,9
<b>Résidence</b>		
Lubumbashi	74	66,1
Katuba	12	10,7
Kenya	4	3,6
Ruashi	6	5,4
Kampemba	16	14,3
<b>Niveau d'études</b>		
A0	7	6,3
A1	57	50,9
A2	48	42,8
<b>Expérience professionnelle</b>		
<5 ans	19	17,0
5-10 ans	22	19,6
11-15 ans	14	12,5
≥16 ans	57	50,9
<b>Expérience de soins aux malades en phase terminale</b>		
<2 années	58	51,8
≥ 2 années	54	48,2
<b>Formation en soins palliatifs</b>		
Non	101	90,2
Oui	11	9,8

Le *tableau 2* montre que la majorité infirmier (100%) aurait reconnu la non intégration des services de soins palliatifs ; 67 infirmiers (soit 59,8%) n'ont jamais entendu parler des unités de soins palliatifs, 73 sujets (65,2%) ont proposé l'intégration des unités de soins palliatifs dans notre pays et 59 (52,7%) ont soutenu l'idée de faire participer les proches du patient à la prise de décision. En outre, quoique la proportion ait été faible, il a été proposé la création des équipes mobiles des soins palliatifs (20,5%) et la capacité de gérer les angoisses, les diverses difficultés et problèmes des proches des malades (29,5%).

Du *tableau 3*, nous constatons que presque tous les sujets infirmiers soumis à nos investigations (99,1%) ont

proposé que l'intégration des SP se fasse au niveau du deuxième et du troisième échelons, c'est-à-dire dans les hôpitaux généraux de référence (43,8%) et aux Cliniques Universitaires (55,3%). Après avoir reconnu à 64,3% qu'il n'existait pas d'approche palliative comme stratégie de prise en charge dans leurs structures hospitalières respectives, ils ont épinglé trois causes qui constituent un frein à l'intégration de l'approche précitée : la nécessité de modifier le système de santé actuel qui est focalisé sur les soins curatifs et préventifs (49,1%), les pesanteurs culturelles et financières (25,9%) ainsi que le fait que le curriculum d'enseignement n'aborde pas les aspects des SP.

**Tableau 2. Répartition des infirmiers selon qu'ils ont déjà entendu parler des unités de soins palliatifs, la structure adaptée et compétences requises pour pratiquer l'approche palliative**

Paramètres étudiés	Effectif (n=112)	Pourcentage
<b>Avoir déjà intégrer les services en soins palliatifs</b>		
Non	112	100
Oui	0	0,0
<b>Avoir déjà entendu parler des unités de soins palliatifs</b>		
Non	67	59,8
Oui	45	40,2
<b>Structures la plus adaptée à la situation de notre pays (ville)</b>		
Unités de soins palliatifs	73	65,2
Equipes mobiles de soins palliatifs	23	20,5
Lits identifiés au sein d'un service pour la pratique des soins palliatifs	16	14,3
<b>Compétences requises pour pratiquer l'approche palliative dans votre structure</b>		
Faire participer les proches à la prise de toute décision, encourager, accompagner, motiver et organiser le retour à domicile du malade en fin de vie	59	52,7
Gérer les angoisses, les diverses difficultés et problèmes des proches des malades	33	29,5
Compétence relationnelle et communicationnelle entre soignants, le malade et la famille	7	6,3
Je ne sais pas	13	11,6

**Tableau 3. Répartition des infirmiers selon l'existence d'une approche palliative comme stratégie de prise en charge, freins à l'intégration de l'approche palliative et le niveau d'intégration des soins palliatifs dans le système de santé.**

Paramètres étudiés	Effectif (n=112)	Pourcentage
<b>Existence dans votre structure de l'approche palliative comme stratégie de prise en charge des malades cancéreux</b>		
Non	72	64,3
Oui	40	35,7
<b>Freins à l'intégration de l'approche palliative dans votre système local de santé</b>		
Modification du système de santé focalisé sur les soins curatifs et préventifs	55	49,1
Freins culturels et financiers	29	25,9
Curriculum d'enseignement n'aborde pas les aspects des soins palliatifs	24	21,4
Je ne sais pas	4	3,6
<b>Niveau d'intégration des soins palliatifs dans le système de santé</b>		
Centre de santé	1	0,9
Hôpital général de référence	49	43,8
Cliniques universitaires	62	55,3

## Discussion

En rapport avec l'intégration des services en soins palliatifs, notre étude a relevé qu'aucune structure sanitaire n'a intégré ces services. Comme le souligne l'étude menée par Ntizimira, deux des 53 pays (Rwanda, Swaziland) ont une politique nationale autonome, un plan stratégique et un plan de mise en œuvre tandis que quatre pays (Ouganda, Kenya, Tanzanie, Afrique du Sud) ont intégré les soins palliatifs dans les services de santé publique. Ainsi, des lois solides sont nécessaires pour faire des soins palliatifs un impératif pour les patients qui ont une maladie chronique ou en fin de vie [7]. Qu'il s'agisse de l'absence de l'intégration des SP dans les structures sanitaires ou de la grande progression des maladies non-transmissibles dans beaucoup de pays, l'OMS n'a cessé d'exhorter ces pays à adopter des politiques nationales tenant compte de l'intégration des SP et de la prévention et le contrôle des maladies non-transmissibles.

En dépit de ces recommandations au niveau mondial, la disponibilité des soins palliatifs dans plusieurs pays africains est pratiquement inexistante. Et c'est le cas de la RDC qui figure parmi les pays de l'Afrique francophone considérés par l'association mondiale de SP comme n'ayant « aucune activité de soins palliatifs connue ». Il y a donc du chemin à parcourir dans ce domaine. Tenant compte du droit à la santé qui exige que les États prennent les mesures nécessaires à la « création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie.

Trois grands freins à l'intégration de l'approche palliative dans notre système local de santé ont été cités : la focalisation du système sur les soins curatifs et préventifs (49,1%), les pesanteurs culturelles et financières (25,9%), l'inexistence des aspects des SP dans le curriculum d'enseignement (21,4%). Après avoir reconnu à 64,3% qu'il n'existait pas d'approche palliative comme stratégie de prise en charge, notre étude a épinglé trois causes qui constituent un frein à l'intégration de l'approche précitée : la nécessité de modifier le système de santé actuel qui est focalisé sur les soins curatifs et préventifs (49,1%), les pesanteurs culturelles et financières (25,9%) ainsi que le fait que le curriculum d'enseignement n'aborde pas les aspects des SP. D'après l'étude menée à Kinshasa, les médecins et infirmiers enquêtés avaient cité majoritairement le facteur culturel, le manque de financement et l'inexistence dans le curriculum d'enseignement des aspects relatifs aux soins de qualité en fin de vie comme les freins potentiels des SP dans les hôpitaux à Kinshasa (RDC) [8]. Ces observations rejoignent également celles

d'autres études qui ont montré que les questions politiques et la rareté des ressources pour la formation de base et continue semblent être les facteurs communs limitant les soins palliatifs dans la plupart des pays [9].

En rapport avec les compétences requises pour pratiquer l'approche palliative, 52,7% du personnel infirmier ont soutenu l'idée de faire participer les proches du patient à la prise de décision. Diverses études antérieures menées auprès des professionnels de santé sur les soins en fin de vie montrent que la communication serait une compétence particulière et doit être abordée d'une manière sensible [10]. Une communication efficace est considérée comme essentielle pour la prestation de soins de qualité en fin de vie. La médecine palliative est une approche de grand intérêt à venir et qui appelle à valoriser la communication pour les soins de qualité [11].

Les résultats de la présente étude ont montré aussi que plus de la moitié (55,3%) du personnel infirmier pensaient qu'il fallait intégrer les soins palliatifs au niveau du troisième échelon, c'est-à-dire au niveau des cliniques universitaires, au moment où 43,8% de l'effectif ramenaient cette intégration au niveau du deuxième échelon, c'est-à-dire l'hôpital général de référence, et pour 0,9% au niveau du premier échelon, le centre de santé (tableau 3). Il a été aussi observé que 65,2% des infirmiers pensaient que les unités de soins palliatifs constituaient la structure la plus adaptée à la situation de la RDC ou la ville de Lubumbashi (tableau 3). En outre, la création d'unités fixes est privilégiée dans les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) qui, dans le cadre de leur triple mission de soins/enseignement/recherche, doivent contribuer à la diffusion des connaissances en soins palliatifs comme l'a souligné Aunier [12].

Il faut signaler enfin aussi que l'avantage d'intégrer de telles unités de soins au sein des hôpitaux accueillant des patients dans le cadre d'une hospitalisation conventionnelle, réside dans l'offre d'une prise en charge pluridisciplinaire, de la personne malade et de son entourage. Elles assurent également la prise en charge des fins de vie particulièrement difficiles et le contrôle des symptômes rebelles. En plus, elles forment les professionnels de santé à cette approche globale du patient en fin de vie et de sa famille, pour qu'ils puissent appliquer ces connaissances sur leurs lieux d'exercice habituels. Elles développent une recherche spécifique en soins palliatifs et la formation, l'aménagement des locaux, l'utilisation de matériels spécifiques font de ces unités des structures pilotes pour la formation des professionnels et la recherche. Etant complémentaires des services hospitaliers qui accueillent des patients, ces unités sont susceptibles de relever de ce type de soins.

Ce qui constitue un apport important dans l'allègement de la douleur [12].

### Conclusion

La mise en œuvre des soins palliatifs est un défi de santé mondiale, qui a des implications non seulement pour les systèmes de soins de santé, mais pour diverses couches de notre société. Des millions de patients, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire, éprouvent des souffrances et des douleurs inutiles sans accès à la morphine. Cela a des effets sociaux et psychologiques sur les familles qui s'occupent des soins de fin de vie d'un être cher. Cette étude a révélé que la majorité des infirmiers (100%) aurait reconnu la non intégration des services de soins palliatifs, 64,3% disent qu'il n'existait pas d'approche palliative comme stratégie de prise en charge dans leurs structures hospitalières respectives, trois causes ont constitué un frein à l'intégration de l'approche précitée : la nécessité de modifier le système de santé actuel qui est focalisé

sur les soins curatifs et préventifs (49,1%), les pesanteurs culturelles et financières (25,9%) ainsi que le fait que le curriculum d'enseignement n'aborde pas les aspects des soins palliatifs. Presque tous les sujets infirmiers soumis à nos investigations (99,1%) ont proposé que l'intégration des SP se fasse au niveau du deuxième et du troisième échelons, c'est-à-dire dans les hôpitaux généraux de référence (43,8%) et aux Cliniques Universitaires (55,3%).

Les soins palliatifs ont beaucoup à offrir aux gens et aux familles aux prises avec une maladie chronique limitant l'espérance de vie. Étant donné les progrès réalisés en médecine, beaucoup de gens vivent de longues années avec ce type de maladie, et la plupart en meurent, et tous devraient recevoir un soutien approprié et avoir le droit de prendre des décisions éclairées en ce qui concerne leurs soins de fin de vie.

---

*Conflicts d'intérêt:* Aucun.

### Références

1. Katumbo AM, Mwinkeu NK, Kabamba MN, Mundongo HT, Ntambue AM, Ilunga JN, Luboya ON, Malonga FK. Assessment of Nurses' Knowledge, Attitude and Associated Factors towards Palliative Care in Lubumbashi's Hospitals. *International Journal of Science and Research* 2017; 6 (10): 922–928.
2. Murray SA, Kendall M, Boyd K, Sheikh A. Illness trajectories and palliative care. *British Medical Journal* 2005; 330(7498): 1007.
3. Bakitas M, Bishop MF, Caron P, Stephens L. Developing successful models of cancer palliative care services. *Seminars in oncology nursing* 2010; 26 (4): 266-284.
4. Sanders C, Rogers A, Gately C, Kennedy A. Planning for end of life care within lay-led chronic illness self-management training: The significance of "death awareness" and biographical context in participant accounts. *Social Science & Medicine* 2008; 66(4): 982-993.
5. Smith TJ, Temin S, Alesi ER, Abernethy AP, Balboni TA, Basch EM, al. American Society of Clinical Oncology Provisional Clinical Opinion: The Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care. *Journal of Clinical Oncology* 2012; 30(8): 880–887.
6. Fraser BA, Powell RA, Mwangi-powell FN, Zimmermann C, Mwangi FN, Hannon B. Palliative Care Development in Africa: Lessons From Uganda and Kenya. *Journal of Global Oncology* 2018; 4:1-10.
7. Ntuzimira CR, Nkurikiyimfura JL, Mukeshimana O, Ngizwenayo S, Mukasaha D, Clancy C. Palliative care in Africa: a global challenge. *e-Cancer medical science* 2014; 8 : 1-4.
8. Masumbuku JL, Coppieters Y. Analyse des connaissances des infirmiers sur les soins palliatifs et d'accompagnement à Kinshasa, RDC. *Médecine Palliative: Soins de Support-Accompagnement-Éthique* 2013; 12(1): 12-17.
9. Zeinah GFA, Al-Kindi SG, Hassan AA. Middle East experience in palliative care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine* 2013; 30(1): 94-99.
10. Galushko M, Romotzky VVR. Challenges in end-of-life communication. *Curr Opin Support Palliat Care*, 2012 ; 6(3) : 355–64.
11. Slort W, Deliens L. Facilitators and barriers for GP – patient communication in palliative care: a qualitative study among GPs, patients, and end-of-life consultants. *British Journal of General Practice* 2011; 61(585): e167–e172.
12. Aunier CA, Bernard MF, Besse M, Bourdil MJ, Cozzi P, Dayde MC, Deberge C, et al. Soins palliatifs en équipe: le rôle infirmier. 6e édition. Institut UPSA de la Douleur : Paris ; 2006.