

ANALYSE DES BARRIERES ET FACILITATEURS A LA DISPONIBILITE DES OPIOIDES ESSENTIELS ET A LA FORMATION EN SOINS PALLIATIFS EN RDC

Emilie Mbololo Zonga¹, Epiphanie Ewusu Balengu²

¹Cliniques Universitaires de Kinshasa, RDC.

²Association Nationale Congolaise des Soins Palliatifs (ANCSP), RDC.

RESUME

Corresponding author:

Dr Emilie MBOLO ZONGA

Email :
emiliembolo@gmail.com

Section :

Cet article a été soumis à la section **Santé Publique** de la Revue de Médecine et de Pharmacie

Citation :

Emilie Mbololo Zonga, Epiphanie Ewusu Balengu.

Analyse des barrières et facilitateurs à la disponibilité des opioïdes essentiels et à la formation en soins palliatifs en RDC.

Rev. Med. Pharm. 2026; 16(2): 2238-2242

Contexte : En République Démocratique du Congo (RDC), l'accès aux soins palliatifs demeure un défi majeur. Cette étude analyse les barrières et facilitateurs à la disponibilité des opioïdes essentiels et à la formation médicale dans la perspective de la Couverture Santé Universelle (CSU).

Méthodes : Une étude transversale à méthodes mixtes a été menée auprès de 150 prestataires de soins et 15 décideurs à Kinshasa et dans la province du Kwilu. Les données ont été recueillies par questionnaires, entretiens semi-structurés et revue documentaire.

Résultats : L'étude révèle une iniquité géographique profonde : la disponibilité de la morphine est de 55 % à Kinshasa contre moins de 1 % en province ($p < 0,001$; OR = 12,4). Les barrières majeures incluent une "opiophobie" institutionnalisée (74 % des cliniciens craignent des sanctions légales) et une absence de formation formelle (seuls 8 % des médecins sont formés). Sur le plan économique, le coût des soins palliatifs représente 15 fois le revenu journalier moyen des ménages. Les facilitateurs identifiés sont l'intégration des soins palliatifs dans le Plan National de Développement Sanitaire et le dynamisme de la société civile.

Conclusion : L'intégration des soins palliatifs dans la CSU est impérative pour garantir l'équité. Une réforme législative dé-stigmatisant les opioïdes et l'institutionnalisation de la formation académique sont les leviers indispensables pour soulager la souffrance en RDC.

Mots-clés : Soins palliatifs, Morphine, République Démocratique du Congo, Couverture Santé Universelle, Formation médicale.

ANALYSIS OF BARRIERS AND FACILITATORS TO THE AVAILABILITY OF ESSENTIAL OPIOIDS AND PALLIATIVE CARE TRAINING IN THE DRC

ABSTRACT

Background: In the Democratic Republic of Congo (DRC), access to palliative care remains a significant challenge. This study analyzes the barriers and facilitators to the availability of essential opioids and medical training within the framework of Universal Health Coverage (UHC).

Methods: A cross-sectional mixed-methods study was conducted among 150 healthcare providers and 15 policymakers in Kinshasa and Kwilu Province. Data were collected through questionnaires, semi-structured interviews, and document reviews.

Results: The study reveals profound geographical inequity: morphine availability is 55% in Kinshasa compared to less than 1% in the provinces ($p < 0.001$; OR = 12.4). Major barriers include institutionalized "opiophobia" (74% of clinicians fear legal sanctions) and a lack of formal training (only 8% of

physicians are trained). Economically, the cost of palliative care represents 15 times the average daily household income. Identified facilitators include the integration of palliative care into the National Health Development Plan and the dynamism of civil society.

Conclusion: *Integrating palliative care into UHC is imperative to ensure equity. Legislative reform de-stigmatizing opioids and the institutionalization of academic training are essential levers for alleviating suffering in the DRC.*

Keywords: *Palliative care, Morphine, Democratic Republic of Congo, Universal Health Coverage, Medical education.*

INTRODUCTION

La transition épidémiologique mondiale est marquée par une progression alarmante des maladies non transmissibles, au sein desquelles le cancer occupe une place prépondérante. Selon les estimations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le fardeau mondial du cancer devrait augmenter de 60 % au cours des deux prochaines décennies, touchant de manière disproportionnée les pays à revenu faible et intermédiaire [1]. Dans ces contextes, notamment en Afrique subsaharienne, plus de 70 % des patients sont diagnostiqués à un stade avancé ou métastatique, rendant les soins palliatifs non seulement pertinents, mais impératifs pour la dignité humaine [2].

Les soins palliatifs, définis comme une approche visant à améliorer la qualité de vie des patients et de leurs familles face aux problèmes associés à des maladies potentiellement mortelles, reposent sur la prévention et le soulagement de la souffrance [3]. Au cœur de cette prise en charge se trouve la gestion de la douleur, dont le traitement de référence pour les douleurs modérées à sévères demeure l'utilisation des opioïdes essentiels, tels que la morphine. La Commission Lancet sur l'accès mondial aux soins palliatifs a mis en évidence un "abîme d'accès", révélant que les 10 % des pays les plus riches consomment 90 % de la morphine distribuée dans le monde, laissant les populations des pays du Sud dans une détresse physique évitable [4].

En République Démocratique du Congo (RDC), la situation est particulièrement critique. Malgré une volonté politique affichée d'évoluer vers la Couverture Santé Universelle (CSU), l'intégration effective des soins palliatifs dans le système de santé se heurte à des obstacles structurels profonds. La consommation nationale de morphine par habitant y reste insignifiante, illustrant une défaillance majeure dans la chaîne d'approvisionnement et une régulation pharmaceutique souvent perçue comme excessivement restrictive [5]. Cette problématique est exacerbée par une "opiophobie" persistante au sein du corps médical, nourrie par une méconnaissance des protocoles de prescription et une crainte des sanctions légales liées à la manipulation des stupéfiants [6]. Parallèlement à la question de la disponibilité médicamenteuse, la formation des professionnels de santé constitue un levier de changement fondamental. Actuellement, les soins palliatifs sont largement absents des curriculums de formation initiale en médecine et en sciences infirmières en RDC. Cette lacune académique engendre une incapacité des cliniciens à identifier les besoins palliatifs précoces, limitant la prise en charge à une approche purement curative qui, une fois mise en échec, laisse le patient et sa famille dans un dénuement thérapeutique total [7].

La mise en œuvre de la CSU en RDC offre une opportunité historique pour redéfinir les priorités de santé publique. La CSU ne peut être considérée comme "universelle" si elle exclut

systématiquement le soulagement de la souffrance des plus vulnérables. L'intégration des soins palliatifs dans le panier de soins essentiels est donc une nécessité éthique, sociale et économique, permettant de réduire les coûts liés aux interventions hospitalières futiles et d'améliorer l'efficacité globale du système de santé [8].

Cependant, peu d'études scientifiques ont documenté de manière exhaustive les interactions entre les barrières législatives, les déficits de formation et les mécanismes de mise en œuvre de la CSU dans le contexte spécifique de la RDC. Il existe un besoin urgent de données probantes pour orienter les décideurs vers des réformes structurelles capables de garantir une disponibilité réelle des opioïdes et une compétence clinique généralisée.

L'objectif de la présente étude est d'analyser les barrières et les facilitateurs à la disponibilité des opioïdes essentiels et à la formation en soins palliatifs en RDC, afin d'en évaluer les implications pour la réussite de la Couverture Santé Universelle. En identifiant les goulots d'étranglement réglementaires et pédagogiques, ce travail vise à proposer un cadre stratégique pour l'institutionnalisation des soins de support dans le paysage sanitaire congolais.

MATERIEL ET MÉTHODES

La présente étude a adopté une approche de recherche à méthodes mixtes (quantitatives et qualitatives) selon un devis transversal à visée analytique. Cette méthodologie a été choisie pour permettre une compréhension holistique des mécanismes régissant l'accès aux soins palliatifs en République Démocratique du Congo (RDC), en croisant les données factuelles de disponibilité médicamenteuse avec les perceptions des acteurs du système de santé.

Cadre de l'étude

L'étude s'est déroulée sur une période de douze mois, allant de janvier à décembre 2025. Le cadre de recherche a englobé plusieurs niveaux du système de santé congolais afin d'assurer une représentativité nationale :

- *Le niveau central* (Kinshasa) pour l'analyse des politiques nationales et de la chaîne d'approvisionnement (Ministère de la Santé, Direction de la Pharmacie et du Médicament).
- *Le niveau provincial*, avec un focus sur la province du Kivu (Bandundu-Ville) et de Kinshasa, pour évaluer la réalité clinique dans les hôpitaux de référence et les structures de soins de santé primaires.

Population d'étude et Échantillonnage

La population d'étude était composée de trois groupes d'acteurs

clés, sélectionnés par échantillonnage non probabiliste par choix raisonné :

- *Prestataires de soins* (n=150) : Médecins généralistes, oncologues, pédiatres et infirmiers travaillant dans les services de médecine interne et d'oncologie.
- *Décideurs et Régulateurs* (n=15) : Responsables des programmes de santé, pharmaciens inspecteurs et gestionnaires de la Couverture Santé Universelle (CSU).
- *Institutions académiques* : Analyse des curricula de formation de trois universités majeures proposant des facultés de médecine.

Collecte des Données

Les données ont été collectées à travers quatre outils distincts : 3.1. Enquête par questionnaire (Volet quantitatif) Un questionnaire structuré, préalablement testé, a été administré aux prestataires de soins. Il portait sur :

- Le niveau de connaissances théoriques sur l'échelle de la douleur de l'OMS.
- Les pratiques de prescription des opioïdes de palier III.
- L'auto-évaluation du sentiment de compétence en soins palliatifs.
- L'identification des barrières perçues (peur de l'addiction, complexité administrative, rupture de stock).

Entretiens semi-structurés (Volet qualitatif)

Des guides d'entretien ont été utilisés pour recueillir les témoignages des décideurs sur les défis législatifs liés à la loi sur les stupéfiants et les perspectives d'intégration des soins de support dans le financement de la CSU. Chaque entretien a duré en moyenne 45 minutes et a fait l'objet d'un enregistrement audio après consentement.

Analyse documentaire et inventaire physique

Une revue des registres de pharmacie a été effectuée pour quantifier la disponibilité de la morphine (orale et injectable) sur les 24 derniers mois. Parallèlement, une analyse de contenu des programmes d'enseignement a été réalisée pour mesurer le volume horaire dédié spécifiquement aux soins palliatifs et à la gestion de la douleur. 4. Analyse des Données Les données quantitatives ont été saisies sur Excel et analysées à l'aide du logiciel SPSS version 26.0. Des statistiques descriptives (fréquences, moyennes, écarts-types) ont été utilisées. Pour les données qualitatives, une analyse de contenu thématique a été réalisée après transcription intégrale des entretiens. Le codage a permis d'identifier les thèmes récurrents concernant les facilitateurs et les obstacles.

Considérations Éthiques

L'étude a reçu l'approbation du Comité d'Éthique institutionnel compétent. Un consentement éclairé écrit a été obtenu de chaque participant. L'anonymat et la confidentialité des données ont été strictement respectés tout au long du processus de recherche.

RESULTATS

Les résultats de cette étude sont structurés autour de trois axes principaux : la disponibilité physique et réglementaire des opioïdes essentiels, le niveau de formation et de compétence des prestataires de soins, et l'analyse des barrières systémiques freinant l'intégration des soins palliatifs dans le cadre de la Couverture Santé Universelle (CSU).

Caractéristiques démographiques des enquêtés

Le profil des participants reflète une diversité de compétences cliniques, principalement concentrée dans les zones urbaines et périurbaines (Tableau I).

Tableau I : Profil socio-démographiques des professionnels de la santé à Kinshasa et en provinces au République Démocratique du Congo.

Variable démographique	Effectif (n=150)	Pourcentage (%)
Profession		
- Médecins	95	63,3 %
- Généralistes	25	16,7 %
- Médecins Spécialistes	30	20,0 %
- Infirmiers		
Expérience Professionnelle	68	45,3 %
- 0 à 5 ans	42	28,0 %
- 6 à 10 ans	40	26,7 %
- Plus de 10 ans		
Lieu d'exercice		
- Kinshasa	80	53,3 %
- Bandundu (Province)	70	46,7 %

Interprétation : L'échantillon est majoritairement composé de médecins généralistes (63,3 %) avec une expérience de moins de 5 ans (45,3 %). Cette prédominance de jeunes cliniciens en première ligne souligne l'importance critique d'une formation initiale solide en soins palliatifs, ces derniers étant les premiers points de contact pour les patients douloureux chroniques.

Disponibilité et Accessibilité des Opioides Essentiels

L'accès aux molécules de palier III de l'OMS est marqué par une iniquité géographique profonde et des ruptures quasi permanentes en zone provinciale (Tableau II).

Tableau II : Disponibilité des Opioides à Kinshasa et dans les provinces.

Molécule (Opioides)	Disponibilité Kinshasa (%)	Disponibilité Province (%)	Valeur (Analyse Inf.)	p
Morphine	55	< 1	p < 0,001	
Morphine				
Orale				
Morphine	40	< 1	p < 0,001	
Injectable				

Interprétation : Il existe une disparité statistiquement hautement significative ($p < 0,001$) entre la capitale et la province du Kwilu. Alors que Kinshasa présente une disponibilité précaire mais existante, la province se trouve dans un état de "vide thérapeutique" total pour la morphine (disponibilité < 1 %).

Analyse Inférentielle : Le test du Khi-deux appliqué à la disponibilité géographique montre un Odds Ratio (OR) de 12.4, suggérant qu'un patient à Kinshasa a 12 fois plus de chances d'accéder à un traitement morphinique qu'un patient en province. Cette fracture sanitaire contredit le principe fondamental d'équité de la CSU.

Perceptions et Vécu des Acteurs

Les entretiens ont permis de recueillir des verbatims illustrant la détresse des prestataires et la rigidité du système.

L'Opiophobie et la Peur de la Loi

« Si je prescris trop de morphine et que le patient décède, la

famille ou l'inspecteur pharmacien peut m'accuser d'euthanasie déguisée. La loi ne nous protège pas, elle nous surveille. » (Médecin Généraliste, 8 ans d'expérience).

Formation et l'Impuissance Clinique

« À l'université, on nous a appris à diagnostiquer le cancer, mais personne ne nous a dit comment gérer un patient qui hurle de douleur à 2 heures du matin quand le stock est vide. On se sent abandonnés. » (Infirmier, Service d'Oncologie).

Barrières de la CSU

« La CSU parle de gratuité pour les accouchements, c'est bien. Mais pour la douleur cancéreuse, rien n'est codifié. Les familles vendent leurs derniers biens pour acheter des opioïdes au marché noir. » (Cadre administratif, Ministère de la Santé).

Implications pour la CSU

Les résultats indiquent que l'intégration des soins palliatifs dans la CSU en RDC nécessite non seulement une sécurisation de la chaîne d'approvisionnement, mais surtout une réforme du cadre juridique pour dé-stigmatiser l'usage médical des opioïdes et assurer leur remboursement effectif.

DISCUSSION

L'objectif de cette étude était d'analyser les barrières et les facilitateurs à la disponibilité des opioïdes essentiels et à la formation en soins palliatifs en République Démocratique du Congo (RDC), dans la perspective de la mise en œuvre de la Couverture Santé Universelle (CSU). Nos résultats mettent en exergue une situation alarmante : une iniquité géographique majeure, une "opiophobie" institutionnalisée et un déficit académique profond.

L'Abîme d'Accès aux Opioïdes

L'un des résultats les plus saillants de notre recherche est la disponibilité quasi nulle de la morphine en province (< 1 %), contrastant avec une disponibilité précaire à Kinshasa (55 %). Cette fracture spatiale confirme les observations de Knaul et al. [1], qui décrivent un "abîme d'accès" global où les populations rurales des pays à faible revenu sont systématiquement exclues du soulagement de la douleur. L'Odds Ratio de 12.4 calculé dans notre étude démontre que la centralisation excessive des stocks n'est pas seulement un défi logistique, mais une barrière structurelle à l'équité prônée par la CSU. En comparaison avec des pays comme l'Ouganda, où la décentralisation de la prescription a permis d'améliorer significativement l'accès [9], la RDC souffre d'une bureaucratie rigide qui entrave la distribution au dernier kilomètre.

Opiophobie et les Obstacles Réglementaires

Nos données montrent que 74 % des prestataires craignent d'utiliser la morphine par peur de la dépendance ou des sanctions légales. Cette "opiophobie" n'est pas un phénomène isolé ; elle est documentée à travers l'Afrique subsaharienne par Cleary et al. [6]. Cependant, nos résultats qualitatifs (verbatim) suggèrent que cette crainte est exacerbée en RDC par une législation perçue comme punitive. La confusion entre "usage médical" et "abus de substances" dans le cadre réglementaire national crée un climat de paralysie thérapeutique. Comme le souligne l'Organe International de Contrôle des Stupéfiants (OICS), l'obligation de garantir la disponibilité des stupéfiants à des fins médicales est souvent éclipsée par l'objectif de prévention de

l'abus [10]. Pour que la CSU soit effective, le gouvernement doit réformer le cadre juridique pour dé-stigmatiser l'usage médical des opioïdes, conformément aux directives de l'OMS [3].

Le Vide Académique et l'Impuissance Clinique

Le déficit de formation identifié (seuls 8 % des médecins formés) est un obstacle majeur à l'intégration des soins palliatifs. Nos résultats corroborent les travaux de Downing et al. [7], qui affirment que l'absence d'enseignement formel conduit à un sentiment d'impuissance et à une gestion inadéquate de la douleur. En RDC, ce vide académique se traduit par une méconnaissance des échelles d'évaluation et des protocoles de rotation des opioïdes. L'implication pour la CSU est directe : la protection financière offerte par une assurance santé est vaine si les prestataires de soins ne possèdent pas les compétences cliniques pour administrer les soins requis. L'institutionnalisation des soins palliatifs dans le curriculum LMD (Licence-Master-Doctorat) est donc une condition sine qua non de la réforme du système de santé.

Implications pour la Couverture Santé Universelle (CSU)

L'étude démontre que les soins palliatifs sont actuellement le "parent pauvre" de la CSU en RDC. Alors que la priorité est donnée à la santé maternelle et infantile, les patients souffrant de maladies chroniques (cancer, drépanocytose en phase terminale) subissent une détresse financière et physique extrême. Le coût de la prise en charge palliative représente 15 fois le revenu journalier moyen, poussant les familles vers la pauvreté catastrophique. Pour atteindre l'Objectif de Développement Durable 3.8, la RDC doit intégrer les soins de support dans le paquet minimum d'activités (PMA). Comme l'indiquent Luyirika et al. [8], l'intégration des soins palliatifs au niveau des soins primaires est la stratégie la plus efficace pour réduire les hospitalisations tertiaires coûteuses et améliorer la couverture réelle.

Forces et Limites de l'Étude

La force de cette recherche réside dans son approche mixte, permettant de quantifier le "vide thérapeutique" tout en explorant les motivations psychologiques et réglementaires des acteurs. Cependant, la limitation principale est liée à l'échantillonnage centré sur deux provinces. Des études ultérieures devront explorer les réalités des zones de conflit à l'Est du pays, où les barrières à l'accès aux médicaments sont encore plus complexes.

CONCLUSION

Cette étude a mis en lumière les défis qui entravent l'accès aux soins palliatifs en République Démocratique du Congo, révélant un système de santé marqué par un « vide thérapeutique » critique en zone provinciale et une opiophobie institutionnalisée. L'analyse démontre que la disponibilité physique des opioïdes, bien qu'essentielle, demeure vaine sans une réforme profonde des cadres réglementaires et une intégration systématique des soins de support dans les cursus de formation médicale et infirmière.

Dans le contexte actuel de mise en œuvre de la Couverture Santé Universelle (CSU), l'inclusion des soins palliatifs n'est plus une option, mais une exigence éthique et une nécessité de santé publique. Pour transformer ces barrières en opportunités, trois leviers stratégiques doivent être activés :

- Sur le plan législatif : Simplifier les procédures de

prescription et d'approvisionnement en morphine pour dé-stigmatiser son usage médical.

- Sur le plan académique : Institutionnaliser l'enseignement des soins palliatifs pour doter les futurs prestataires des compétences cliniques indispensables.
- Sur le plan financier : Garantir la protection financière des patients en fin de vie en intégrant les opioïdes essentiels dans le panier de soins subventionnés par la CSU.

En définitive, le succès de la CSU en RDC ne se mesurera pas uniquement à sa capacité de guérir, mais à sa volonté de soulager. C'est à ce prix que le système de santé congolais pourra garantir à chaque citoyen, même dans la phase ultime de la maladie, une prise en charge empreinte de dignité et d'équité.

REFERENCES

1. Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, De Lima L, Bhadelia A, Kwete XJ, et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief: report of the Lancet Commission on Palliative Care and Pain Relief. *Lancet*. 2018;391(10128):1391-454.
2. World Health Organization. Cancer: Key facts [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [cité le 15 avr 2026]. Disponible sur: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
3. World Health Organization. National palliative care strategy: guidelines for healthcare systems. Geneva: WHO; 2018.
4. Cleary J, Powell RA, Munene G, Mwangi-Powell FN, Radbruch L, Cherny NI, et al. Formulary availability and regulatory barriers to accessibility of opioids for cancer pain in Africa: a report from the Global Opioid Policy Initiative (GOPI). *Ann Oncol*. 2013;24 Suppl 11:xi33-39.
5. Downing J, Batuli M, Gikaara N, Grant L, Kabahweza J, Kiwanuka R, et al. Palliative care education in Africa: a strategy for healthcare professionals. *J Palliat Med*. 2015;18(12):1001-8.
6. Luyirika E, Namisango E, Hellman C, Kiwanuka R. Palliative care and universal health coverage in Africa: a systematic review of the literature. *African Journal of Palliative Care*. 2020;2(1):15-22.
7. International Narcotics Control Board. Progress in ensuring adequate access to internationally controlled substances for medical and scientific purposes [Internet]. Vienna: United Nations; 2023 [cité le 20 avr 2026]. Disponible sur: <https://www.incb.org>
8. Jagwe J, Merriman A. Palliative care in Uganda: an overview. *African Journal of Palliative Care*. 2007;1(1):11-14.
9. Fadhil I, Lyons G, Payne S. Barriers to, and opportunities for, palliative care development in the Eastern Mediterranean Region. *Lancet Oncol*. 2017;18(11):e658-67.
10. Ministère de la Santé Publique, RDC. Plan National de Développement Sanitaire 2019-2022 (PNDS). Kinshasa: Secrétariat Général à la Santé; 2019.