

Douleurs du cancer en Afrique francophone : recherche et analyse des freins à la prise en charge et à l'accès aux analgésiques opioïdes

Cancer Pain Management in French-Speaking African Countries: Assessment of the Current Situation and Research into Factors Limiting Treatment and Access to Strong Opioid Analgesic Drugs

Y. Hadjati^{1,2}, A. El Azhari³, B. Burucoa⁴, E. Treillet^{5,6,7}, C. Ntizimira⁸, S. Perrot^{9,10}

¹ Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), laboratoire physiopathologie et pharmacologie clinique de la douleur, U987, hôpital Ambroise Paré, 9, avenue Charles de Gaulle, F-92100, Boulogne-Billancourt, France

² EDSP Université Paris-Saclay, hôpital Paul Brousse - CESP Inserm UMR-S 1018, 16, avenue Paul Vaillant Couturier F-94276 Villejuif, France

³ Unité des soins palliatifs du Centre Mohammed VI pour le Traitement des Cancers, centre hospitalier universitaire Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

⁴ Président de la Fédération internationale des soins palliatifs (FISP), 2, Rue Cramer, S-1202 Genève, Suisse

⁵ Vice-Président Douleurs Sans Frontières, 2, Rue Ambroise Paré, F-75010 Paris, France

⁶ Unité de prise en charge de la douleur et de soins palliatifs, Hôpital Civil de Colmar, Colmar, France

▼ Résumé

Introduction. Le contrôle insuffisant de la douleur cancéreuse est un problème de santé publique qui s'aggrave en Afrique, notamment francophone, alors même que l'incidence du cancer augmente. L'objectif de cette étude est d'améliorer la compréhension des freins à la prise en charge par les analgésiques opioïdes de la douleur cancéreuse en Afrique francophone qui est peu documentée dans la littérature scientifique en comparaison au reste du monde, notamment anglophone.

Méthodes. Enquête en deux temps auprès d'experts et de cliniciens spécialisés dans la prise en charge de la douleur cancéreuse : 1) questionnaire experts : état des lieux actualisé du contexte organisationnel, législatif et sociétal, à l'échelle nationale ou régionale ; 2) questionnaire cliniciens : pratiques, besoins et freins perçus, leviers identifiés pour améliorer cette prise en charge au niveau local.

Résultats. Douze experts et soixante cliniciens de quinze pays ont complété les questionnaires. Un consensus fort s'est dégagé concernant quatre types de freins : la carence en ressources humaines compétentes et en structures dédiées, les contraintes liées à la prescription des antalgiques opioïdes, leur manque de disponibilité et les difficultés pour accéder à ces traitements, et enfin leur coût pour les patients.

Conclusion. Pour améliorer une situation souvent dramatique en Afrique francophone, un effort multidimensionnel est nécessaire, dont les principales composantes sont : la formation à la prise en charge de la douleur et aux soins palliatifs, l'amélioration de la disponibilité des médicaments et des réseaux de distribution, l'élaboration de recommandations cliniques adaptées à l'Afrique francophone, l'allègement des contraintes de prescription et enfin, une sensibilisation de tous les acteurs concernés.

Mots clés : Douleur cancéreuse ; Afrique ; Afrique francophone ; Soins palliatifs ; Analgésiques opioïdes ; Morphiniques

Pour citer cet article : Hadjati Y, El Azhari A, Burucoa B, Treillet E, Ntizimira C, Perrot S (2024) Douleurs du cancer en Afrique francophone : recherche et analyse des freins à la prise en charge et à l'accès aux analgésiques opioïdes. *Douleur Analg* 37:87-103. doi: 10.1684/dea.2024.0288

⁷ Unité de prise en charge de la douleur et de soins palliatifs, Hôpital Lariboisière, Paris, France

⁸ African Center for Research on End-of-Life Care, KK 394, KK 43 Av, Kicukiro Niboye, PO Box 00000, Kigali, Rwanda

⁹ Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), laboratoire physiopathologie et pharmacologie clinique de la douleur, U987, hôpital Ambroise Paré, 9 avenue Charles de Gaulle, F-92100 Boulogne-Billancourt, France

¹⁰ Unité de lutte contre la Douleur, hôpital Cochin, université Paris Cité, Paris, France

▼ Abstract

Introduction. *Inadequate control of cancer pain represents an escalating public health concern in Africa, particularly within francophone regions, amidst a concurrent surge in cancer incidence. This study aims to enhance comprehension of the impediments to effective cancer pain management utilizing opioid analgesics in francophone Africa which is sparsely documented in the scientific literature compared to the rest of the world, particularly in the English-speaking countries.*

Methods. *A double phased Survey engaged experts and field clinicians specialized in cancer pain management: 1) Expert questionnaire: a contemporary assessment of the organizational, legislative, and societal landscape at the national or regional scale; 2) Clinician questionnaire: an exploration of practices, identified needs, perceived barriers, and strategies to improve Pain management at local level.*

Results. *A cohort of twelve experts and sixty clinicians from 15 countries diligently completed the surveys. A robust consensus emerged delineating four primary barriers: insufficient human resources with requisite competencies and dedicated facilities, constraints entailing opioid analgesic prescription, limited drug availability compounded by challenges in accessibility, and the economic burden borne by patients.*

Conclusion. *Remediating the often-dire scenario in francophone Africa necessitates a multidimensional endeavour. Critical components encompass training in pain management and palliative care and safe opioids prescription, optimizing drug availability, affordability, and distribution networks, formulating clinical recommendations tailored to the specifics of francophone Africa taking in consideration local contexts and socio-cultural aspects, mitigating prescription constraints, and fostering heightened awareness across all pertinent stakeholders while always minimizing the risks related to opioids.*

Keywords: *Cancer pain; Africa; Francophone Africa; Palliative care; Opioid analgesics; Morphine*

Reçu le 02 décembre 2023 ; accepté le 20 mars 2024

© JLE 2024

✉ Correspondance : Y. Hadjiat
yacine.hadjiat@inserm.fr

Introduction

Alors que l'incidence du cancer progresse partout à travers le monde, l'Afrique, où le cancer représente actuellement la cinquième cause de décès [1], fait face à une situation particulièrement alarmante : en effet, les projections prévoient un quasi-doublement des taux de cancer sur le continent entre 2020 et 2040 [2], et une augmentation de l'incidence plus rapide que dans les autres régions du monde d'ici 2040 [3]. En Afrique, comme dans la majorité des pays en voie de développement, la maladie est généralement découverte à un stade avancé, faute de moyens pour la prévention et la détection précoce [4]. Au cours de la phase terminale, 80 % des patients présenteront une douleur d'intensité modérée à sévère [5], rendant nécessaire le recours aux opioïdes forts (OF), tant pour leur efficacité que pour leur rapport coût/efficacité [6-7]. Or, il existe une énorme disparité dans l'accès à ces traitements : les données

recueillies par l'Organisme international de contrôle des stupéfiants (OICS) et analysées par Berterame et al [7], montrent que, si la consommation des opioïdes a doublé en Amérique du Nord et triplé en Europe occidentale et centrale en 10 ans (entre 2001-2003 et 2011-2013), elle est restée très faible, voire a régressé, dans la plupart des pays africains, et ce, malgré l'augmentation de l'incidence du cancer sur ce continent (tableau 1). En 2011-2013, près de 96 % de la consommation mondiale d'opioïdes sont concentrés dans trois régions à haut revenu, qui ne constituent que 15 % de la population mondiale : l'Amérique du Nord, l'Europe centrale et de l'ouest et l'Océanie [7]. Ces données soulignent la fracture entre des zones de surconsommation d'opioïdes, (due à une prescription excessive dans des indications inappropriées) et d'autres qui souffrent d'un accès très insuffisant à ces mêmes opioïdes. Parmi ces dernières, l'Afrique est dans la position la plus défavorisée, seule l'Afrique du Sud dépasse le niveau de

TABLEAU 1 • Évolution de l'utilisation mondiale des analgésiques opioïdes. D'après Fellah N et al [8], Berterame S [7].

	S-DDD / million d'individus / jour		
	2001-2003	2011-2013	Changement absolu
Au niveau mondial	1417	3027	1610
Amérique du Nord	16046	31453	15407
États-Unis	22554	43879	21325
Canada	8310	22941	14631
Europe (Ouest et Centrale)	3079	9320	6241
Allemagne	7465	23352	15887
France	3216	7042	3826
Océanie	2275	9136	6861
Asie (Est et Sud-Est)	56	189	133
Afrique	50	41	-9

consommation d'opioïdes jugé « suffisant » par l'OICS [7-8] (figure 1). Par la suite, de 2015 à 2019, la consommation d'opioïdes diminue dans les pays du monde où elle était la plus élevée, mais reste inchangée dans les pays à faible revenu, l'Afrique de l'Ouest se situant au dernier rang de l'échelle [9-10].

Or, peu de recherches ont été réalisées sur le traitement de la douleur du cancer en Afrique [6], et la majorité des données publiées sont relatives aux pays de la zone sub-saharienne, d'expression anglophone. Selon l'association Human Rights Watch [11], pour les régions francophones, il n'existe que peu, voire pas du tout, de données [6]. La profonde disparité entre « excès et accès » se retrouve aussi dans le volume des publications scientifiques : entre 1990 et 2021, 92 % des articles ont pour sujet l'abus et le mésusage, contre seulement 8 % consacrés à l'accès aux opioïdes [12]. Le principal objectif de ces travaux est, en mettant en lumière la situation des pays africains dits francophones, d'enrichir la littérature internationale de données à ce jour peu ou pas disponibles. Il en résultera une vision plus complète et représentative de la diversité des contextes et des barrières à l'échelle continentale, qui pourra servir de base à l'élaboration de solutions adaptées.

Méthodes

Cette étude est la deuxième et dernière phase d'un protocole global qui comprenait une première phase quantitative. Celle-ci, basée sur l'analyse des données de l'OICS, portait sur la consommation d'opioïdes dans les différents pays d'Afrique francophone pendant les 20 dernières années [6] (figure 2). Les résultats de cette analyse feront l'objet d'une publication séparée.

Pour chaque pays d'Afrique francophone, un état des lieux actualisé des structures de prise en charge de la douleur liée au cancer et des contextes organisationnel, réglementaire, législatif et sociétal a été effectué, en recueillant, auprès de praticiens impliqués dans la prise en charge de la douleur liée au cancer, des données de terrain concernant les pratiques, les besoins, les freins perçus organisationnels ou sociétaux, et les leviers identifiés pour améliorer cette prise en charge.

Élaboration et déploiement de l'enquête

L'enquête s'est déroulée en quatre étapes de juin 2021 à décembre 2022 (figure 2) :

1. **Mise en place d'un comité scientifique** : avec l'aide de la Fédération internationale des soins palliatifs, de l'association Douleurs sans frontières, et de l'*African Center for Research on End Of Life*, des experts nationaux et internationaux impliqués dans la prise en charge de la douleur cancéreuse en Afrique ont été sollicités pour apporter leur vision des problématiques organisationnelles, pour définir la liste des pays à cibler en tenant compte des possibilités de toucher un échantillon de professionnels de santé dans chaque pays, pour valider les différents questionnaires et diffuser l'enquête auprès de cliniciens via des structures locales, enfin, pour valider l'analyse des résultats.

2. **Réalisation d'une analyse qualitative** auprès d'experts et de professionnels de terrain dans différents pays d'Afrique francophone (résultats non présentés) : cette phase était destinée à identifier les domaines à explorer dans notre étude, et à servir de base à l'élaboration des deux enquêtes.

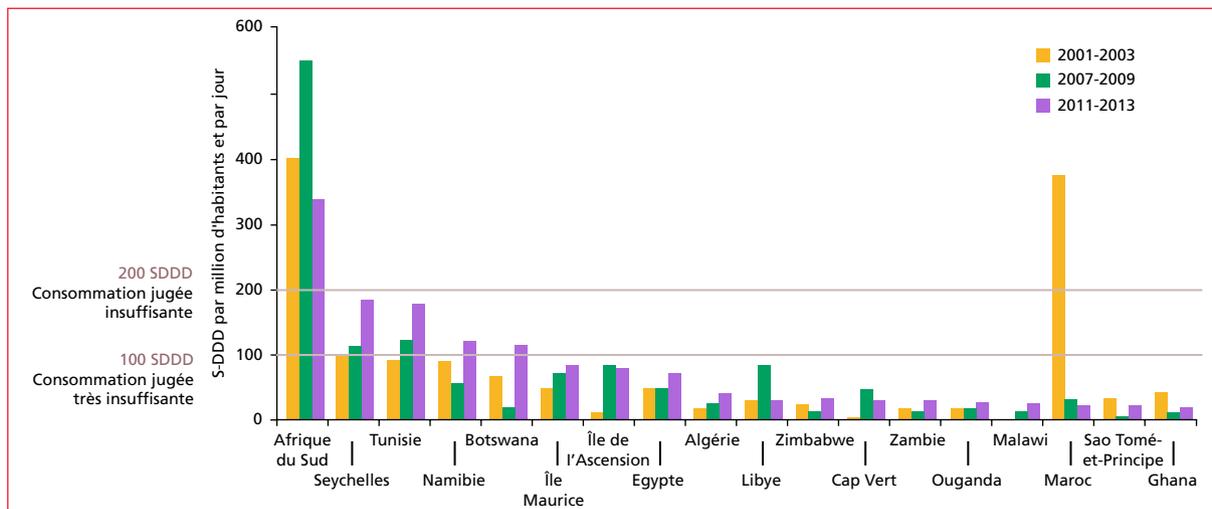


Figure 1 • Consommation moyenne d'analgésiques opioïdes dans les pays et territoires africains où elle est la plus élevée.

Note : Les lignes horizontales font ressortir certains niveaux de consommation ; une consommation inférieure à 200 S-DDD est considérée comme insuffisante, et une consommation inférieure à 100 S-DDD comme très insuffisante. D'après Fellah N, *et al* [8]. S-DDD : Defined Daily Doses for Statistical Purposes (Utilisation annuelle divisée par 365 jours, divisée par la population en millions du pays ou du territoire durant une année, divisée par la dose quotidienne définie).

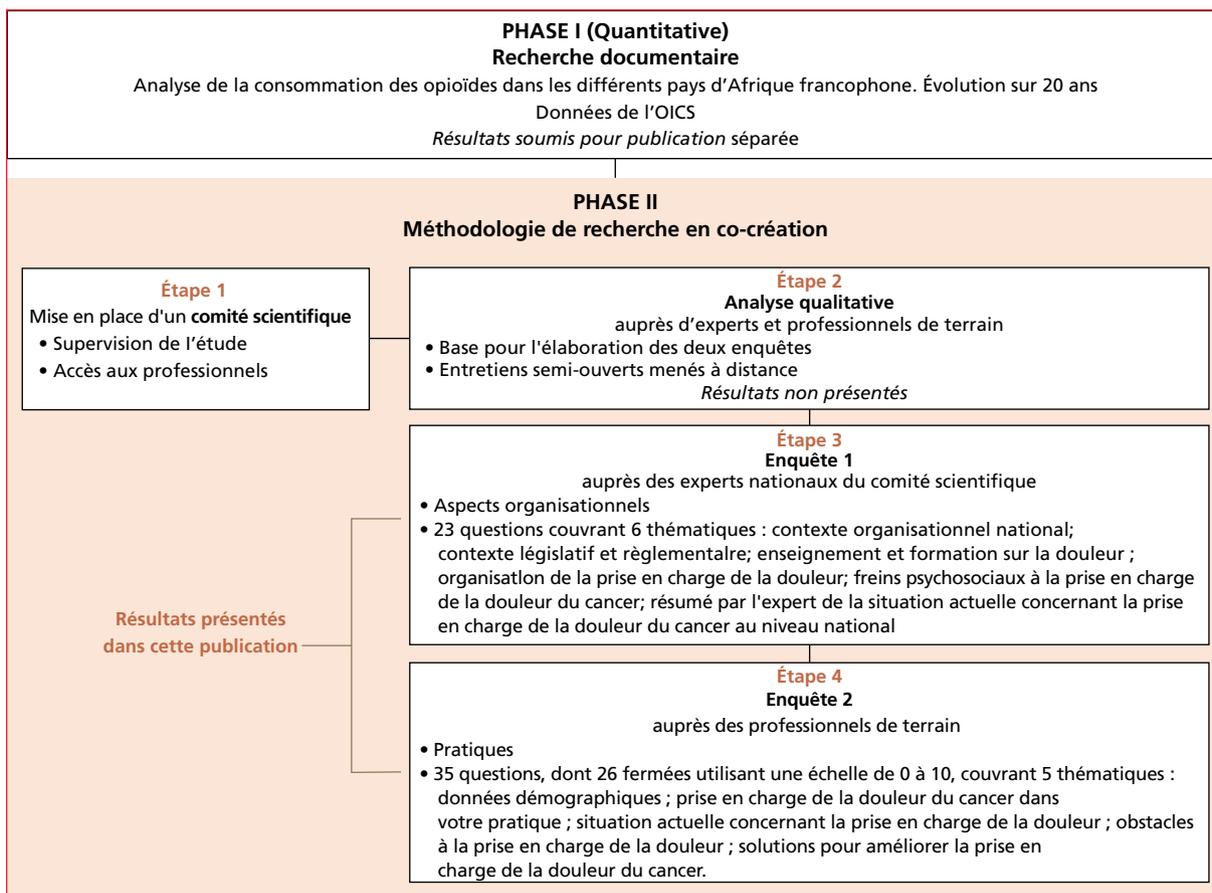


Figure 2 • Structure et déroulement du protocole de recherche.

3. **Réalisation d'une enquête auprès des experts nationaux du comité scientifique**, portant sur les aspects organisationnels.

4. **Réalisation d'une enquête auprès de professionnels de terrain**, impliqués dans la prise en charge de la douleur cancéreuse, exerçant dans des structures variées et identifiés par le Comité scientifique, portant sur les aspects de terrain et l'offre de soins.

Les questionnaires des étapes 3 et 4 (*tableaux 2 et 3*) étaient réalisés avec le créateur de formulaires en ligne Google Forms et auto-administrés par internet. Les experts répondants ont été identifiés par échantillonnage dirigé grâce au comité scientifique, puis ils ont cascadié l'enquête par échantillonnage en boule de neige jusqu'aux professionnels de terrain, afin d'obtenir un échantillon le plus large possible.

TABLEAU 2 • Questionnaire adressé au comité scientifique (Enquête 1).

Titre, prénom, nom, affiliation, pays d'exercice	
1	Existe-t-il dans votre pays une ou plusieurs Société(s) savante(s) nationale(s) dédiée(s) à l'évaluation et la prise en charge de la douleur ? Si oui, indiquez les noms
2	Existence d'autre(s) structures impliquées dans la prise en charge de la douleur liée au cancer au niveau national ou régional ? Si oui, indiquez les noms et précisez leurs principales missions
3	Existence d'autre(s) structures impliquées dans les soins palliatifs au niveau national ou régional ? Si oui, indiquez les noms et précisez leurs principales missions
4	Existence de guidelines nationales concernant l'évaluation et la prise en charge de la douleur ? Si oui, précisez titre et date
5	Existence de guidelines nationales concernant l'évaluation et la prise en charge de la douleur cancéreuse spécifiquement ? Si oui, précisez titre et date
6	Modalités de prescriptions des opioïdes forts
7	Durée maximale de prescription
8	Nécessité d'un agrément pour pouvoir prescrire des antalgiques opioïdes forts ? (si oui, précisez type et modes d'obtention)
9	Nécessité d'une formation pour pouvoir prescrire des antalgiques opioïdes forts (si oui, précisez type et modes d'obtention)
10	Remarques ou précisions éventuelles concernant le contexte législatif et réglementaire concernant les antalgiques opioïdes forts
11	Existence d'un module spécifique d'enseignement du traitement de la douleur lors des études médicales initiales (hors spécialités) ? Si oui, précisez (nombre d'heures...)
12	Existence d'un module de formation douleur lors des études pour les spécialistes ? Si oui, précisez (nombre d'heures, spécialités concernées...)
13	Existence d'une formation complémentaire spécialisée au traitement de la douleur ? Si oui, précisez : type (Diplôme universitaire, Diplôme interuniversitaire,...), titre et nombre d'heures d'enseignement
14	Existence d'une formation complémentaire spécialisée aux soins palliatifs ? Si oui, précisez : type (Diplôme universitaire, Diplôme interuniversitaire,...), titre et nombre d'heures d'enseignement
15	Quel est le nombre total de spécialistes de la douleur, et les spécialités représentées (oncologues, chirurgiens, neurologues,...) ?
16	Quel est le nombre total de spécialistes des soins palliatifs, et les spécialités représentées ?
17	Quelles sont les structures permettant une prise en charge spécialisée de la douleur liée au cancer ?
18	Quelles sont les structures permettant une prise en charge spécialisée de la douleur chronique non liée au cancer ?
19	Pensez-vous que certaines peurs ou croyances erronées sont un facteur de prise en charge insuffisante de la douleur du cancer dans votre pays ? (notez de 0 à 10)
20	Pouvez-vous indiquer les aspects de croyances et psycho-sociaux qui vous paraissent les freins les plus importants à la prise en charge
21	Pouvez-vous indiquer les aspects de croyances et psycho-sociaux qui vous paraissent les freins les plus importants à la prise d'antalgiques opioïdes quand ils sont indiqués
22	Existe-t-il à votre connaissance des initiatives ou des programmes éducatifs, visant à dépister et/ou limiter l'impact de ces peurs et croyances erronées ? (si oui, précisez)
23	Comment résumeriez-vous la situation actuelle dans votre pays concernant la prise en charge de la douleur liée au cancer (accès aux soins, qualité de la prise en charge, disparités, obstacles rencontrés, améliorations en cours ou envisagées,...)

TABLEAU 3 • Questionnaire adressé aux cliniciens de terrain (Enquête 2).

Questions ouvertes	
1.	Pays dans lequel vous exercez
2.	Lieu(x) de votre pratique clinique concernant la prise en charge de la douleur (plusieurs réponses possibles)
3.	Quelle est votre spécialité ? (plusieurs réponses possibles)
4.	Quel(s) type(s) de douleur prenez-vous régulièrement en charge dans votre pratique clinique ? (plusieurs réponses possibles)
5.	D'une façon générale quelles recommandations/guidelines appliquez-vous dans votre pratique antalgique ? (plusieurs réponses possibles)
6.	Si vous suivez des recommandations spécifiques, précisez lesquelles
Questions fermées (échelle de 0 à 10) sauf questions 19, 27, 35	
7.	Dans votre propre pratique, estimez-vous disposer des conditions et des moyens adaptés et suffisants pour prendre en charge la douleur liée au cancer chez tous vos patients douloureux ?
8.	Au niveau national, estimez-vous que les professionnels de santé disposent des conditions et des moyens adaptés et suffisants pour prendre en charge la douleur liée au cancer chez tous les patients douloureux ?
9.	Au niveau national, estimez vous que les pouvoirs publics soutiennent / promeuvent la prise en charge de la douleur ?
10.	Niveau de réglementation concernant la prescription et la délivrance des médicaments opiacés
11.	Manque de services disponibles en médecine de la douleur ou palliative
12.	Nombre insuffisant de médecins spécialistes de la douleur
13.	Possibilité d'obtenir un rendez-vous avec un spécialiste de la douleur
14.	Disponibilité des médicaments non opioïdes utilisables dans la prise en charge de la douleur
15.	Disponibilité des antalgiques opioïdes forts, de la morphine
16.	Prix des médicaments utilisables dans la prise en charge de la douleur
17.	Réticences culturelles concernant la douleur et sa prise en charge
18.	Réticences culturelles concernant les antalgiques opioïdes, la morphine
19.	Autres (lister les obstacles généraux à la prise en charge optimale de la douleur et indiquer une note pour chacun)
20.	La douleur n'est pas suffisamment reconnue comme un enjeu important par les médecins
21.	Évaluation inadéquate de la douleur par les médecins et/ou le personnel soignant
22.	Réticence des professionnels de santé concernant les antalgiques opioïdes
23.	Réticence du médecin à prescrire des opiacés par peur due à des croyances
24.	Les médecins généralistes et spécialistes estiment ne pas avoir besoin de recourir à un spécialiste de la douleur
25.	Formation insuffisante des médecins à l'évaluation et la prise en charge de la douleur
26.	Contraintes liées à la prescriptions des antalgiques opioïdes forts (telles que : carnet à souche, limitation à certains spécialistes...)
27.	Autres (lister les obstacles au niveau des professionnels de santé à la prise en charge optimale de la douleur liée au cancer et indiquer une note pour chacun)
28.	Réticence du patient à rapporter la douleur
29.	Coût pour le patient de la consultation avec un spécialiste de la douleur
30.	Coûts des traitements pour le patient
31.	Réticence du patient à prendre des opiacés par peur des effets secondaires
32.	Réticence du patient à prendre des opiacés par peur de la dépendance
33.	Réticence du patient à prendre des opiacés par peur due à des croyances
34.	Difficultés à se procurer les médicaments en pharmacie
35.	Autres (lister les obstacles au niveau des patients à la prise en charge optimale de la douleur et indiquer une note pour chacun)

Consentement éclairé des participants

Chaque questionnaire comportait une information concernant l'anonymisation des résultats, leur exploitation à des fins d'étude et de publication scientifique, l'absence de rémunération ou de contrepartie.

Analyse

L'analyse présentée ici est essentiellement descriptive pour les réponses textuelles aux questions ouvertes. Les réponses chiffrées (utilisation d'une échelle de 0 à 10) sont décrites par des effectifs/moyennes/pourcentages.

Résultats

Sur les vingt-quatre pays d'Afrique francophone (où le français représente la première ou la deuxième langue) sélectionnés pour participer à l'enquête, quinze pays au total ont été représentés à travers un ou plusieurs experts ou cliniciens de terrain (treize pays dans l'enquête 2, et deux pays supplémentaires dans l'enquête 1).

La composition du comité scientifique ainsi que de l'échantillon des cliniciens de terrain est présentée dans le [tableau 4](#).

Enquête 1 (Comité scientifique)

● Contexte organisationnel national

Parmi les huit pays, seuls l'Algérie, la Tunisie, le Maroc et le Rwanda ont mis en place une société savante d'évaluation et de traitement de la douleur. Les centres anticancéreux ou les unités d'oncologie des centres hospitaliers universitaires (CHU) sont, dans les pays où ils existent, les principales structures impliquées dans la prise en charge de la douleur du cancer. Ils sont présents dans une seule ou plusieurs grandes villes selon les pays : sept centres anticancéreux et un centre antidouleur sont cités pour la Tunisie, huit pour le Maroc, trois pour l'Algérie et le Rwanda, un seul pour la Guinée, la République Démocratique du Congo (RDC) et Madagascar (organisation de type Comité de lutte contre la douleur (CLUD) présente à Antananarivo), zéro pour le

TABLEAU 4 • Répartition par pays des répondeurs à chacune des 2 enquêtes : nombre, qualification et lieu d'exercice ou affiliation.

	Enquête 1 Experts : qualité (lieu d'exercice ou affiliation) N = 12	Enquête 2 Cliniciens : qualité (lieu d'exercice ou affiliation) N = 60
Algérie	1 Médecin PU (CLD) 1 Médecin Maître assistant	8 oncologues (2 CHU, 3 HC, 3 CAC) 1 hématologue (CAC) 2 onco-pédiatres (CHU) 2 pédiatres (CHU) 1 chirurgien pédiatrique (HC)
Bénin	1 Médecin PU (Programme National de SP)	-
Burkina Faso	-	1 oncologue (CHU)
Burundi	-	1 MG (Polyclinique de lutte contre la douleur : structure associative)
Cameroun	-	1 résidente de médecine interne et spécialités (CHU) 1 médecin généraliste (HC)
Congo Brazzaville	-	2 oncologues (CHU)
Côte d'Ivoire	-	3 oncologues (2 CHU, 1 CAC) 2 MG (1 Hôpital communautaire, 1 centre de santé des armées)
France	1 médecin (Président de la FFISP- perspective continentale)	1 infirmière (CHU)
Madagascar	1 Médecin (Vice-Président de DSF - perspective continentale)	3 MG, spécialistes douleur (1 CHU, 2 CLD) 1 infirmier (CHU, CLD)
Mali	-	1 MG, spécialiste douleur et SP (CHU, ambulatoire)
Maroc	1 Médecin (CAC)	14 oncologues (9 CHU, 1 HC, 4 CAC) 1 spécialiste en SP (HC) 1 spécialiste en santé familiale (Centre de santé publique) 1 MG (Cabinet privé)

République Démocratique du Congo	1 Infirmier, master en gérontologie et SP (Association congolaise des SP) 1 Pharmacien (Unité d'oncologie pédiatrique) 1 Expert en santé communautaire et kinésithérapie (Association Palliafamili)	2 oncologues (CHU) 1 spécialiste SP (HC) 1 oncopédiatre (CHU) 1 chirurgien pédiatrique (CHU) 1 MG (HC) 1 pharmacien (HC)
République de Guinée	1 Médecin PU (Neurologie)	-
Rwanda	1 Médecin (Président de L'African Center for Research on End-of-Life Care – Perspective continentale)	1 psychologue spécialiste en SP (Palliative Care Organisation)
Sénégal	-	1 oncologue (Cabinet privé, HC) 1 interne en oncologie (HC)
Tunisie	1 Médecin PU (CAC)	2 oncologues (CHU, CAC)

SP : soins palliatifs ; PU : Professeur des Universités ; MG : Médecin généraliste ; CHU : Centre Hospitalo-Universitaire ; HC : Hôpital communautaire/Public ; CLD : Centre de lutte contre la douleur ; CAC : Centre anticancéreux ; FFISP : Fédération francophone internationale de soins palliatifs ; DSF : Douleurs Sans Frontières.

Copyright © 2024, JLE. Téléchargé par Shakeel Ahmed Tegginmani le 23/08/2024.

Bénin. Concernant les soins palliatifs (SP), une association nationale de SP est citée pour le Maroc, le Bénin (mise en place d'un programme national de SP depuis 2018), le Rwanda (mise en place d'un programme national depuis 2014 et présence d'associations locales), et la RDC. Sur le terrain, les situations apparaissent très diverses : au Maroc, chaque centre anticancéreux est doté d'une unité ou d'une équipe mobile de SP, soit un total de huit unités et vingt équipes mobiles. En revanche, deux structures spécifiques seulement sont citées pour Madagascar, une pour la Tunisie et la RDC et aucune pour l'Algérie, le Bénin, la Guinée. Les ONG (Pallia Famili, Partners in Health, Clair Horizon, Douleurs sans Frontières) apparaissent comme des acteurs incontournables dans plusieurs pays. Seules la Tunisie, en 2008, et le Maroc, en 2018, ont élaboré de véritables recommandations pour la prise en charge de la douleur du cancer. L'Algérie dispose de recommandations, mais uniquement pour la douleur postopératoire, ainsi que d'une citation encourageant les SP et les soins de support dans le Plan Cancer 2023-2030.

● Contexte législatif et réglementaire

Dans la majorité des pays, à l'exception du Rwanda et de la Guinée où il n'existe pas de contrainte particulière, la prescription des opioïdes se fait via un carnet à souches ou une ordonnance sécurisée pour une durée limitée à 28 j (14 j si forme injectable en Tunisie). Le prescripteur doit être un médecin, sauf au Rwanda où des infirmiers ou des sage-femmes peuvent prescrire sous réserve de formation à la prescription des OF, et au Bénin, où des chirurgiens-dentistes, vétérinaires et sage-femmes y sont autorisés. En Algérie, le médecin prescripteur doit avoir reçu l'accord du chef de service, du directeur d'établissement et de la Direction de la Santé.

● Enseignement et formation sur la douleur

Un module spécifique sur la prise en charge de la douleur, de durée variable, est intégré dans la formation médicale initiale en Algérie (4 h), au Maroc, au Rwanda (30-45 h) et à Madagascar. Un module de 10 à 25 h est intégré aux cursus de spécialités en Algérie (oncologie et anesthésie-réanimation), en Guinée (neurologie) et au Bénin (médecine interne et anesthésie-réanimation). Enfin, une formation complémentaire spécialisée en SP est proposée au Maroc (certificat en 120 h ou cours intensif de 30 h, et DU douleur et SP), en Tunisie (certificat en 75 h), au Bénin (master de SP pour sage-femmes et infirmières), en RDC (master de SP infirmiers), et à Madagascar (module de 26 h dans le cadre d'un DU en évaluation et traitement de la douleur). Des congrès ou journées nationales de formation sont cités pour l'Algérie, la Tunisie, le Maroc (Congrès international de SP organisé en 2022 et 2023) et la RDC.

● Organisation de la prise en charge de la douleur

Le nombre de spécialistes de la douleur exerçant dans les différents pays apparaît difficile à estimer. Il semble très variable, de la Tunisie, qui en compterait 1500, à la RDC qui n'en compterait aucun. Une vingtaine seraient présents en Algérie, trente à cinquante au Rwanda, quatre en Guinée et au Bénin. À Madagascar, il existe une soixantaine de praticiens ayant validé un DU Douleur, sans pour autant exercer comme spécialistes, et douze experts nommés par le ministère de la santé, ayant formé quatre-vingts-trois référents douleur. Les principaux spécialistes cités dans les différents pays sont oncologues, neurologues, internistes, anesthésistes. Concernant les SP, les pays les moins bien pourvus en

spécialistes sont la Guinée et Madagascar (aucun spécialiste), le Rwanda (4), la RDC (4-5 infirmiers, et 1 expert en santé communautaire). L'Algérie en compte dix, le Maroc quinze, la Tunisie vingt et le Bénin vingt-et-un (dont seulement six médecins). La prise en charge de la douleur du cancer s'effectue pour tous les pays dans les CHU et/ou les centres anticancéreux. Pour certains pays, mais de façon variable, elle peut avoir lieu également en hôpital communautaire et/ou en cabinet privé et/ou en centre de SP ou centre de lutte contre la douleur. La douleur non cancéreuse est, elle aussi, principalement traitée dans les CHU.

● Freins psychosociaux à la prise en charge de la douleur du cancer

La majorité des experts considère les peurs ou croyances erronées comme le facteur psychosocial majeur de prise en charge insuffisante, qu'ils ont coté entre 8 et 10 sur une échelle de 0 à 10. Seuls les experts du Maghreb (Maroc, Tunisie, et l'un des deux experts Algériens) l'ont coté en-dessous de 5. Les autres facteurs mis en avant sont : la peur de l'addiction, le fétichisme, la sorcellerie ou la religion, et l'association entre opioïdes et phase terminale. En dehors des congrès, très peu d'initiatives ou de programmes éducatifs sont évoqués pour lutter contre ces croyances : seule une formation des personnels soignants est citée pour le Rwanda, et des Journées Nationales pour la Tunisie.

● Résumé par l'expert de la situation actuelle concernant la prise en charge de la douleur du cancer par les opioïdes au niveau national

Deux experts soulignent les énormes progrès accomplis par leur pays dans la prise en charge de la douleur, grâce à des politiques nationales volontaristes. Au Maroc, depuis plus de 10 ans, les SP sont devenus un axe stratégique à travers deux plans cancer (2010-2019 et 2020-2029), qui ont abouti à l'implantation d'unités mobiles de SP dans les centres d'oncologie, et au renforcement de la formation des professionnels de santé à la prise en charge de la douleur. Au Rwanda, un programme de SP a été adopté et développé depuis 2014, facilitant l'accès gratuit à la morphine en solution orale, à l'instar de l'Ouganda. Mais selon les répondants, dans un cas comme dans l'autre, des obstacles majeurs subsistent : l'absence de budget alloué aux SP et l'accès difficile aux OF cantonnent la prise en charge à quelques régions urbaines au Maroc, alors que le manque de formation des professionnels de santé constitue le principal frein au Rwanda. Dans les autres pays, la situation est qualifiée de « moyenne » (Tunisie), « médiocre » (Guinée), « sous-optimale » (Bénin),

« très insuffisante » (Algérie), « catastrophique » (Madagascar), « insuffisante, avec des problèmes redoutables, mais en voie d'amélioration » (RDC). Le manque de professionnels de santé formés à la prise en charge de la douleur est une problématique mise en avant partout. S'y ajoutent un accès aux soins difficile, un nombre très insuffisant de structures spécialisées, une disponibilité limitée des OF et leur coût financier. La peur des soignants vis-à-vis des OF est relevée en Algérie et au Bénin, les contraintes législatives encadrant la prescription sont citées pour la Guinée et la RDC. Alors qu'au Bénin, un programme national de SP se développe depuis fin 2018, à Madagascar, la situation économique désastreuse, l'instabilité politique permanente et un système de santé inefficace rendent l'accès aux soins particulièrement problématique, qu'il s'agisse des maladies infectieuses ou du traitement de la douleur.

Enquête 2 (Cliniciens)

Soixante cliniciens, issus de treize pays différents sur les vingt-quatre contactés, ont répondu au questionnaire ([tableau 4](#)).

Les résultats sont présentés dans les [figures 3 à 6](#).

Un consensus très fort se dégage autour de quatre grands types d'obstacles à la prise en charge optimale de la douleur du cancer.

- La carence en ressources humaines compétentes et en structures dédiées : sur une échelle de 0 à 10, où 10 est un obstacle majeur, 87 % des cliniciens notent la formation insuffisante des médecins à l'évaluation et la prise en charge de la douleur entre 6 et 10, dont près de 90 % entre 8 et 10. On retrouve des scores de même ordre concernant le manque de médecins spécialistes de la douleur, le manque de services dédiés douleur ou SP, la difficulté à obtenir un rendez-vous avec un médecin spécialiste douleur et l'évaluation inadéquate de la douleur par les médecins et soignants.
- Les contraintes liées à la prescription des antalgiques opioïdes : 87 % des cliniciens situent le niveau de l'obstacle entre 6 et 10, dont 70 % entre 8 et 10.
- Le manque de disponibilité et d'accessibilité aux opioïdes forts : Il est noté au-dessus de 5 par 73 % des cliniciens ; et la difficulté pour le patient à se les procurer en pharmacie, par 82 %.
- Le coût des traitements opioïdes pour le patient, noté entre 6 et 10 par 75 % de l'échantillon.

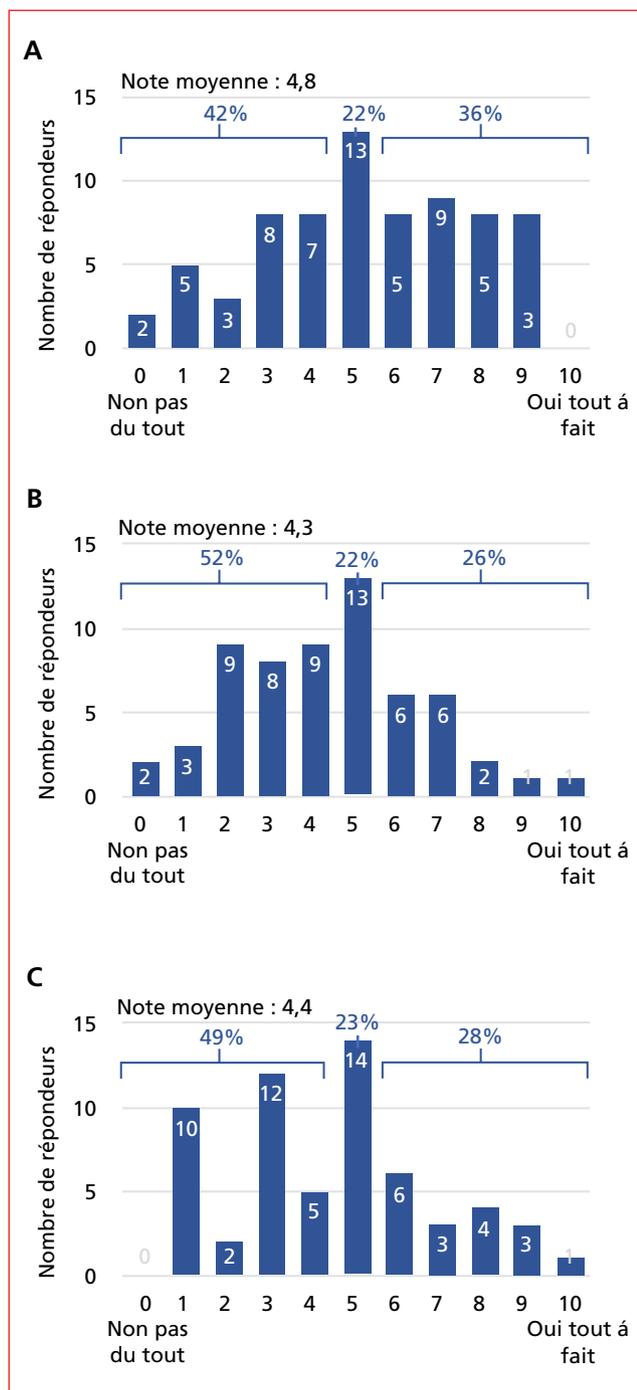


Figure 3 • Situation actuelle concernant la prise en charge de la douleur liée au cancer (pour chaque réponse, notez de 0 : Non pas du tout, à 10 : Oui tout à fait). A. Question 1 : Dans votre propre pratique, estimez-vous disposer des conditions et des moyens adaptés et suffisants pour prendre en charge la douleur liée au cancer chez tous vos patients douloureux ? B. Question 2 : Au niveau national, estimez-vous que les professionnels de santé disposent des conditions et des moyens adaptés et suffisants pour prendre en charge la douleur liée au cancer chez tous les patients douloureux ? C. Question 3 : Au niveau national, estimez-vous que les pouvoirs publics soutiennent / promeuvent la prise en charge de la douleur ?

Il ne se dégage pas de consensus en revanche concernant l'importance des freins suivants : les réticences culturelles relatives aux OF ou les peurs dues à des croyances chez les médecins ou les patients, la réticence du patient à rapporter sa douleur, la non-disponibilité des moyens et des conditions pour prendre en charge la douleur de façon optimale au niveau personnel ou national.

Dans les deux enquêtes, les questions ouvertes ont permis de recueillir des verbatims relatifs aux freins à la prise en charge, présentés dans la *figure 7*.

Discussion

Alors que très peu d'informations sont disponibles de manière consolidée dans la littérature scientifique concernant la prise en charge de la douleur du cancer dans les pays d'Afrique francophone [6], ces deux enquêtes ont généré des données en provenance de quinze pays, permettant de dresser un tableau plus précis de la situation dans cette partie du continent. La méthodologie d'échantillonnage a conduit au recrutement de 72 experts et cliniciens, ce qui constitue un chiffre élevé au regard de l'extrême difficulté à identifier les cliniciens localement. Celle-ci s'est traduite par la lenteur du processus, une année ayant été nécessaire, avec des relances incessantes et très rapprochées, pour compléter l'échantillon et récupérer les questionnaires. La discussion porte principalement sur l'identification de grandes catégories de freins à la prise en charge optimale de la douleur du cancer. Certaines font l'objet d'un fort consensus inter et intrapays, permettant d'envisager un socle commun de mesures.

Le manque de formation initiale et continue des professionnels de santé à la prise en charge de la douleur et à la prescription des opioïdes apparaît comme un obstacle généralisé et majeur. Ce résultat est cohérent avec les données de la littérature concernant les pays en voie de développement [13-16] et avec le rapport de l'OICS de 2014, qui en fait le principal responsable de la sous-utilisation des opioïdes [17]. Le manque de formation conduit logiquement à une évaluation inadéquate de la douleur, et à d'autres freins notables relevés dans l'enquête : la douleur insuffisamment reconnue comme enjeu important par les médecins, leur sentiment de ne pas avoir besoin de recourir à un spécialiste douleur, et les réticences des professionnels de santé concernant les opioïdes. Étendue aux décideurs et à la population, la méconnaissance des OF génère deux autres freins importants relevés dans l'enquête : une législation trop restrictive, et la réticence des patients à prendre des opiacés par peur des effets indésirables ou de la dépendance. Pour améliorer la formation initiale et continue, l'Assemblée

mondiale de la santé (AMS), a émis différentes recommandations en 2014 [18]. D'autre part, le Cancer Pain Management in Resource-limited Settings (CAPER) [19], afin de faciliter l'implémentation des recommandations

internationales, a élaboré des algorithmes de prise en charge simplifiés adaptables aux contextes de ressources restreintes, assortis d'un programme éducatif pour leur implémentation. Ces outils sont en cours d'évaluation.

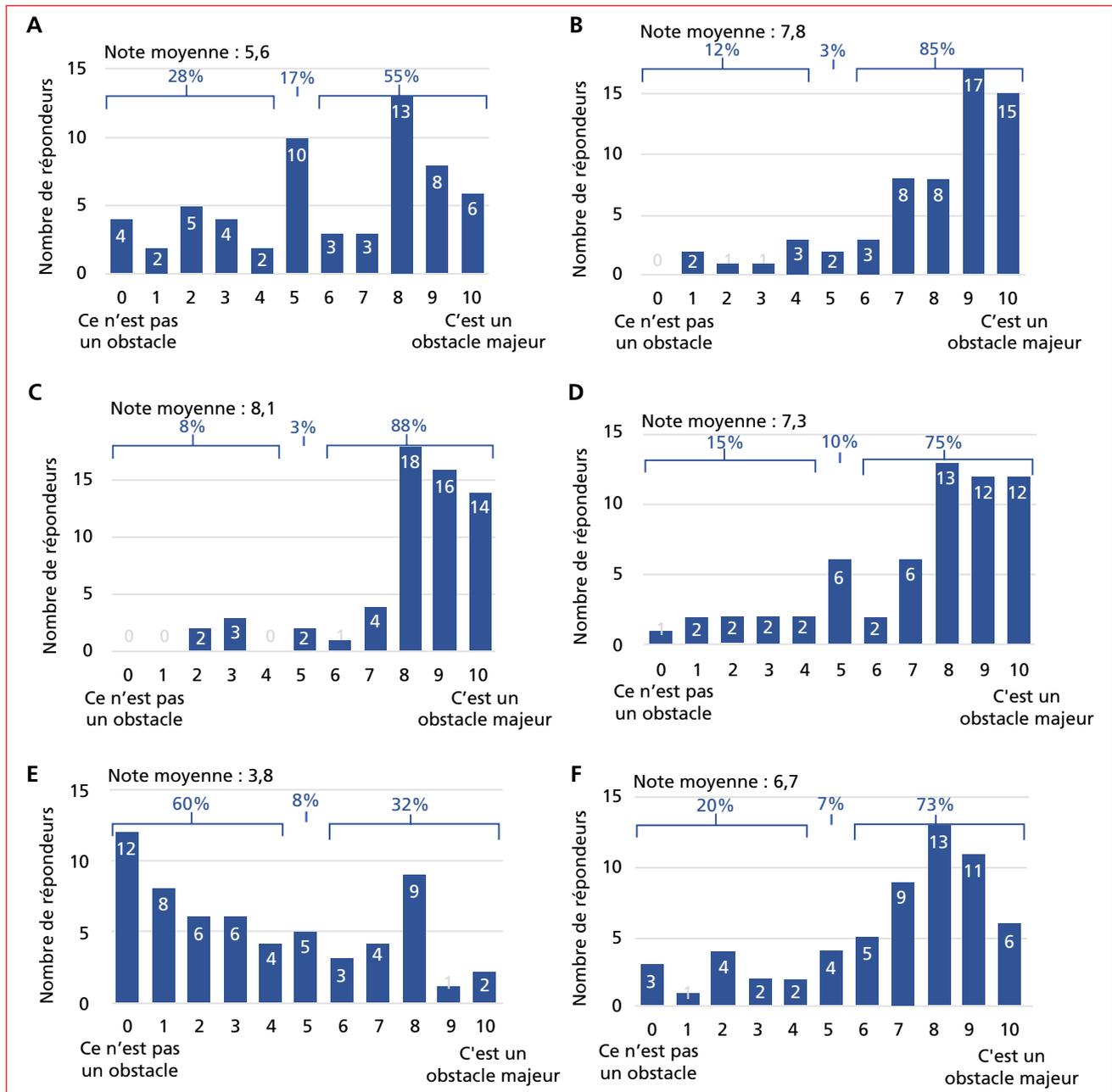


Figure 4 • Obstacles à la prise en charge de la douleur liée au cancer : au niveau général (contexte national, organisation, réglementation...). Selon votre expérience, évaluez l'importance de chacun des obstacles potentiels suivants à une gestion optimale de la douleur liée au cancer (de 0 à 10 : des chiffres élevés indiquent un obstacle plus important à la prise en charge optimal de la douleur). A. Question 4 : Niveau de réglementation concernant la prescription et la délivrance des médicaments opiacés. B. Question 5 : Manque de services disponibles en médecine de la douleur ou palliative. C. Question 6 : Nombre insuffisant de médecins spécialistes de la douleur. D. Question 7 : Possibilité d'obtenir un rendez-vous avec un spécialiste de la douleur. E. Question 8 : Disponibilité des médicaments non opioïdes utilisables dans la prise en charge de la douleur. F. Question 9 : Disponibilité des antalgiques opioïdes forts, de la morphine. G. Question 10 : Prix des médicaments utilisables dans la prise en charge de la douleur. H. Question 11 : Réticences culturelles concernant la douleur et sa prise en charge. I. Question 12 : Réticences culturelles concernant les antalgiques opioïdes, la morphine.

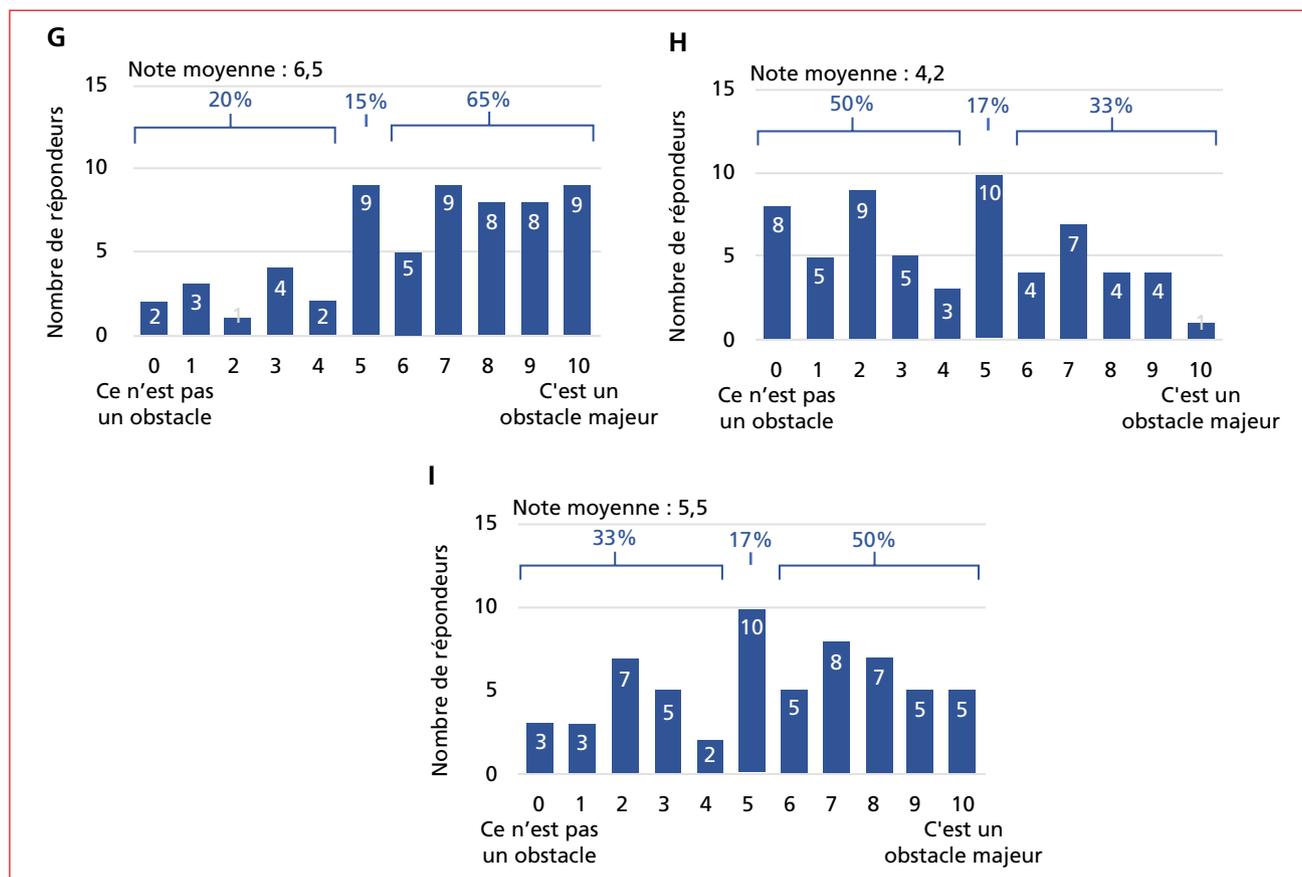


Figure 4 • Suite

La place accordée selon notre enquête au manque de structures dédiées conforte les données du Worldwide Hospice Palliative Care Alliance (WHPCA) de 2017 montrant que les structures de SP font cruellement défaut dans toute l'Afrique francophone [20]. À l'exception de la Côte d'Ivoire, la totalité des pays pour lesquels des données sont disponibles ne dispose en effet que de structures isolées, alors qu'il est reconnu que l'intégration d'un accès universel au contrôle de la douleur passe par un accès universel aux soins palliatifs [21]. Cet obstacle est considéré comme majeur y compris dans les pays qui ont progressé dans le domaine, comme la Tunisie [22] ou plus récemment le Maroc : alors qu'en 2016, l'Human Rights Watch rapportait qu'au Maroc, seuls deux hôpitaux publics, tous deux spécialisés en oncologie, intégraient une unité de SP [8], aujourd'hui il existe une association nationale de SP, et chaque centre anticancéreux est doté d'une équipe ou d'une unité mobile. La Tunisie comme le Maroc proposent d'ailleurs des certificats de SP. Ce type d'évolution, condition essentielle à l'utilisation optimale des OF [8,10], est néanmoins insuffisante dans les pays où elle a eu lieu, et reste à réaliser dans la quasi-totalité des pays

d'Afrique francophones [20]. L'instabilité politique dans certains pays a été évoquée comme facteur limitant (par exemple en Tunisie depuis la révolution) ou empêchant (par exemple à Madagascar) le développement du traitement de la douleur et des SP [8].

Concernant les **contraintes de prescription des OF**, il peut s'agir de restrictions de prescription à un petit nombre de spécialistes ou de médecins ayant reçu un agrément, d'utilisation de carnets à souches impossibles à obtenir, ou de difficile suivi des flacons délivrés. L'OICS en 2016 [7], soulignait également la quasi-impossibilité pour les patients de nombreux pays d'accéder aux analgésiques opioïdes en raison de réglementations excessivement contraignantes. La résurgence de l'opiophobie, conséquence de la crise des opioïdes survenue dans certains pays occidentaux, a aggravé l'opiophobie des pays déjà démunis [23-24]. Un assouplissement de certaines dispositions législatives ou réglementaires, notamment l'ouverture de la prescription à un plus grand nombre de professionnels de santé formés, apparaît donc nécessaire. Il passera par une amélioration de la coopération entre les organismes chargés de la santé et ceux chargés

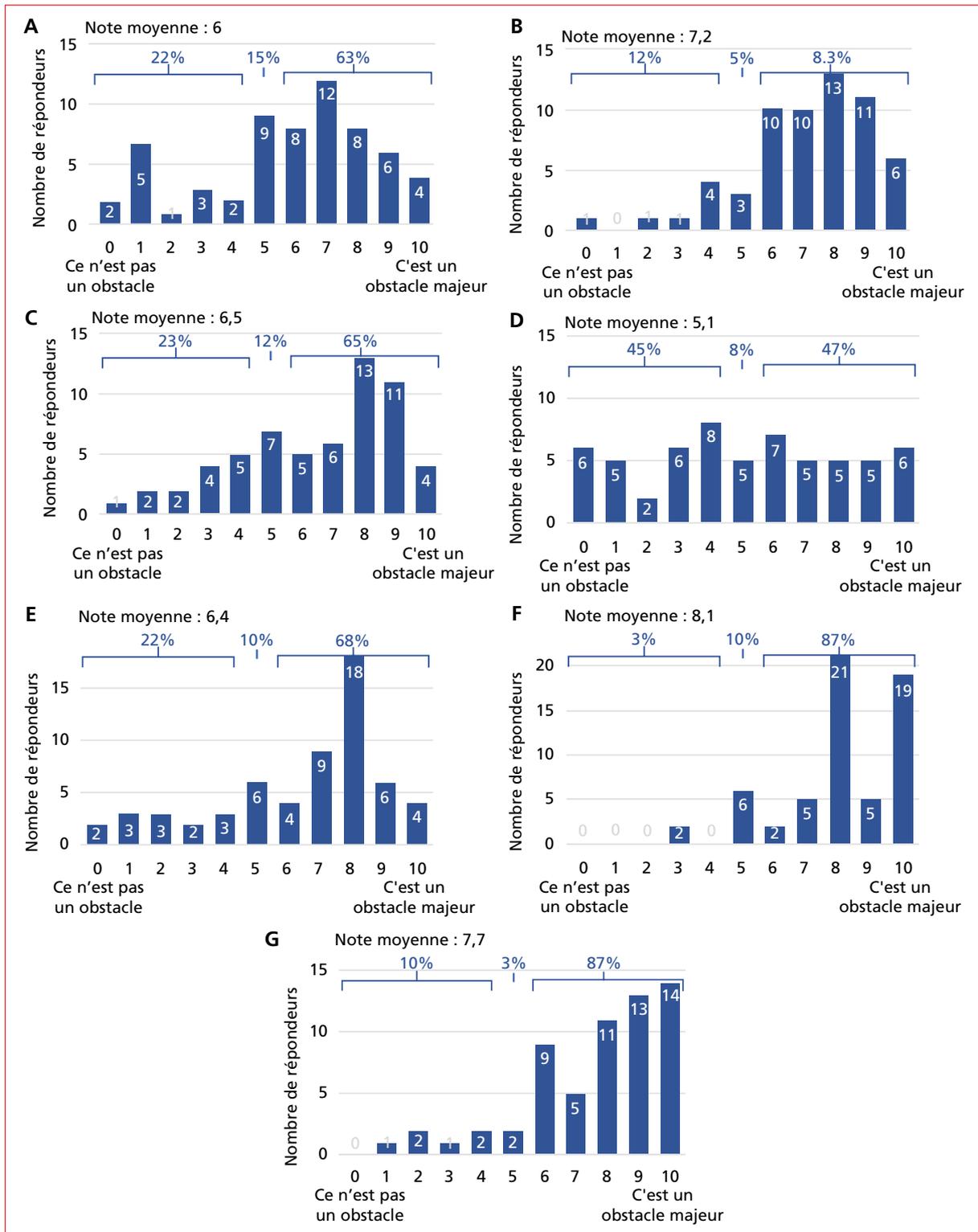


Figure 5 • Obstacles à la prise en charge de la douleur liée au cancer : au niveau des professionnels de santé. Selon votre expérience, évaluez l'importance de chacun des obstacles potentiels suivants à une gestion optimale de la douleur liée au cancer (de 0 à 10 : des chiffres élevés indiquent un obstacle plus important à la prise en charge optimale de la douleur). **A.** Question 13 : La douleur n'est pas suffisamment reconnue comme un enjeu important par les médecins. **B.** Question 14 : Évaluation inadéquate de la douleur par les médecins et/ou le personnel soignant. **C.** Question 15 : Réticence des professionnels de santé concernant les antalgiques opioïdes. **D.** Question 16 : Réticence du médecin à prescrire des opiacés par peur due à des croyances. **E.** Question 17 : Les médecins généralistes et spécialistes estiment ne pas avoir besoin de recourir à un spécialiste de la douleur. **F.** Question 18 : Formation insuffisante des médecins à l'évaluation et la prise en charge de la douleur. **G.** Question 19 : Contraintes liées à la prescriptions des antalgiques opioïdes forts (telles que : carnet à souche, limitation à certains spécialistes...).

du contrôle des stupéfiants, pour faciliter l'accès tout en évitant les détournements [7-8].

D'autres freins très importants sont le manque de disponibilité des OF, le manque d'accessibilité, et le coût pour le patient en cas d'absence de couverture sociale. Dans son rapport, l'OICS souligne la nécessité pour les pays de se doter d'infrastructures permettant la délivrance des OF jusque dans les zones rurales. La levée des freins financiers pourrait passer par des financements publics, le remboursement des traitements et la commercialisation par l'industrie pharmaceutique de formes peu coûteuses d'OF, voire la fabrication locale de solution de morphine orale suivant l'exemple de l'Ouganda, qui l'utilise depuis plus de 10 ans [7]. Le LCPCPR (Lancet Commission on Palliative Care and Pain Relief Study Group) souligne la faillite à la fois médicale, de santé publique, et morale,

représentée par le non accès des populations démunies à des traitements aussi peu coûteux que les opioïdes dans leurs indications légitimes ; il propose un ensemble de ressources essentielles pour le soulagement de la douleur et les SP, évalué à 2,16 dollars par personne et par an dans les pays à faible revenu [25].

Limites de l'enquête

Malgré les efforts de relance, neuf pays, sur les vingt-quatre que compte l'Afrique francophone, n'ont pas répondu à notre enquête. La représentation des cliniciens était très inégale au sein des pays répondeurs, avec parfois une seule personne pour un pays. Par ailleurs, qu'il s'agisse des questions fermées (via l'échelle de 0 à 10) ou des questions ouvertes, il a été constaté parfois une grande disparité dans les réponses, aussi bien entre

Copyright © 2024 JLE. Téléchargé par Shakeel Ahmed Tegginmani le 23/08/2024.

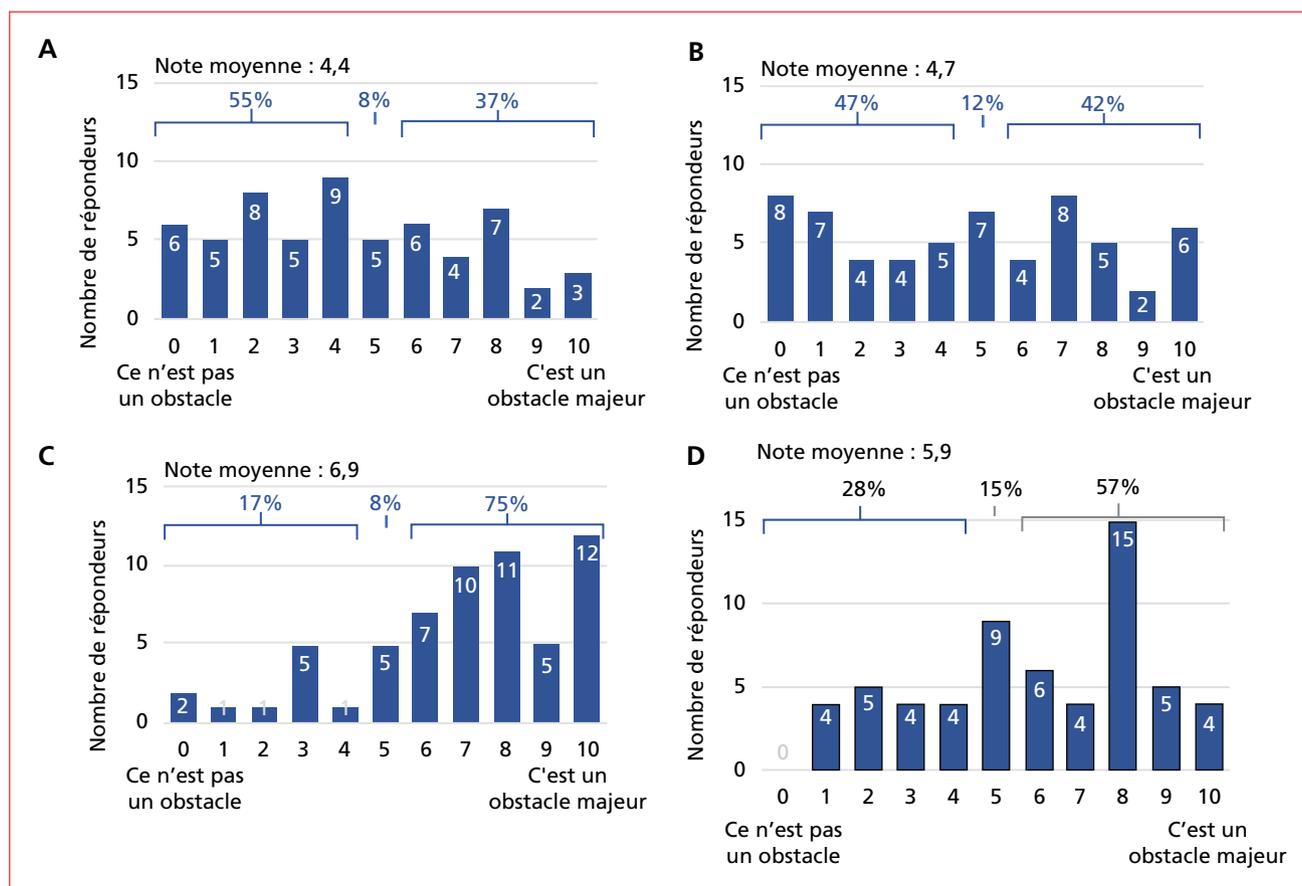


Figure 6 • Obstacles à la prise en charge de la douleur liée au cancer : au niveau des patients. Selon votre expérience, évaluez l'importance de chacun des obstacles potentiels suivants à une gestion optimale de la douleur liée au cancer (de 0 à 10 : des chiffres élevés indiquent un obstacle plus important à la prise en charge optimal de la douleur). A. Question 20 : Réticence du patient à rapporter la douleur. B. Question 21 : Coût pour le patient de la consultation avec un spécialiste de la douleur. C. Question 22 : Coûts des traitements pour le patient. D. Question 23 : Réticence du patient à prendre des opiacés par peur des effets secondaires. E. Question 24 : Réticence du patient à prendre des opiacés par peur de la dépendance. F. Question 25 : Réticence du patient à prendre des opiacés par peur due à des croyances. G. Question 26 : Difficultés à se procurer les médicaments en pharmacie.

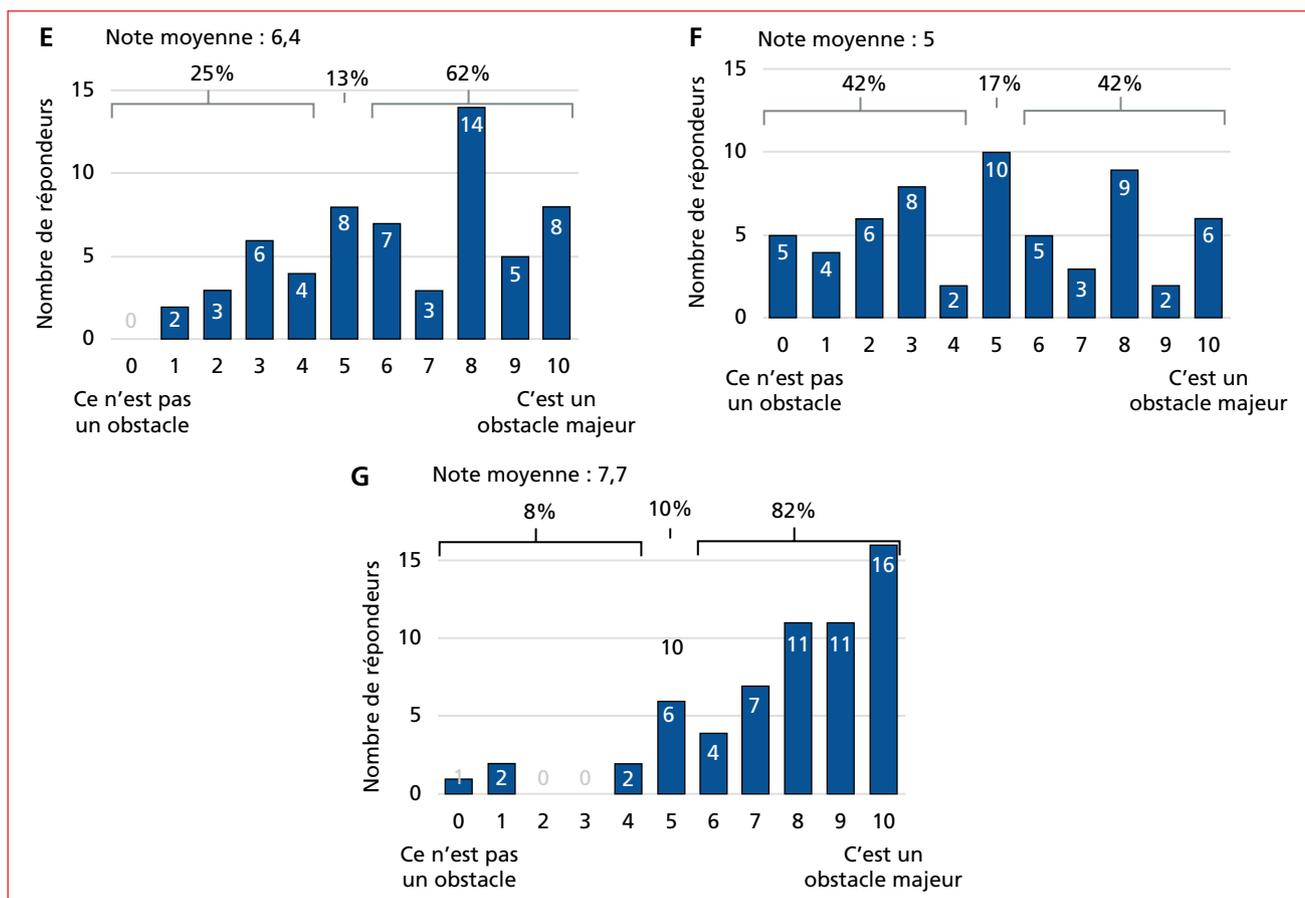


Figure 6 • Suite

les pays qu'au sein d'un même pays. Pour la RDC, par exemple, les trois experts n'étaient en phase sur quasiment aucune question, rendant difficile l'interprétation des réponses. Les résultats de l'enquête 2 révèlent parfois une répartition des réponses quasi-équilibrée sur tous les chiffres de l'échelle de 0 à 10. Cette hétérogénéité dans les réponses doit néanmoins être considérée comme un enseignement de l'étude, reflétant potentiellement des situations très hétérogènes dans le même pays, des écarts importants de ressources selon les localités et les régions, des différences de qualification des répondants, de niveau d'expertise, de lieu d'exercice (hôpital universitaire versus communautaire par exemple), ou de culture. Il n'était pas possible par ailleurs de contrôler le niveau d'expertise et d'expérience des cliniciens interrogés, de même que leurs caractéristiques démographiques, telles que l'âge et le sexe. Les résultats doivent donc être interprétés avec prudence, et ne peuvent prétendre représenter l'ensemble de l'Afrique francophone. Néanmoins, même si ces variables constituent un potentiel facteur de confusion, elles restent des éléments d'enseignement à prendre en compte pour analyser les situations [6].

Enfin, il manque à ce stade la vision des patients, qu'il est prévu de recueillir dans un second temps.

Conclusion

Les informations recueillies à travers ces deux enquêtes permettent de compléter, pour l'Afrique francophone, les données disponibles concernant la prise en charge de la douleur du cancer en Afrique, qui portent aujourd'hui majoritairement sur les pays anglophones ou autres. Elles confirment la situation dramatique du continent vis-à-vis du recours aux opioïdes dans leurs indications légitimes tel que le cancer. Un consensus fort se dégage au sein de l'échantillon autour de grands types de freins à la prise en charge optimale de la douleur, permettant de prévoir un socle commun de mesures, à adapter ensuite en fonction des situations locales. Un effort multidimensionnel sera nécessaire, dirigé en priorité vers la formation initiale et continue des professionnels de santé à la prise en charge de la douleur, la mise en place de structures dédiées à la prise en charge de la douleur cancéreuse et des

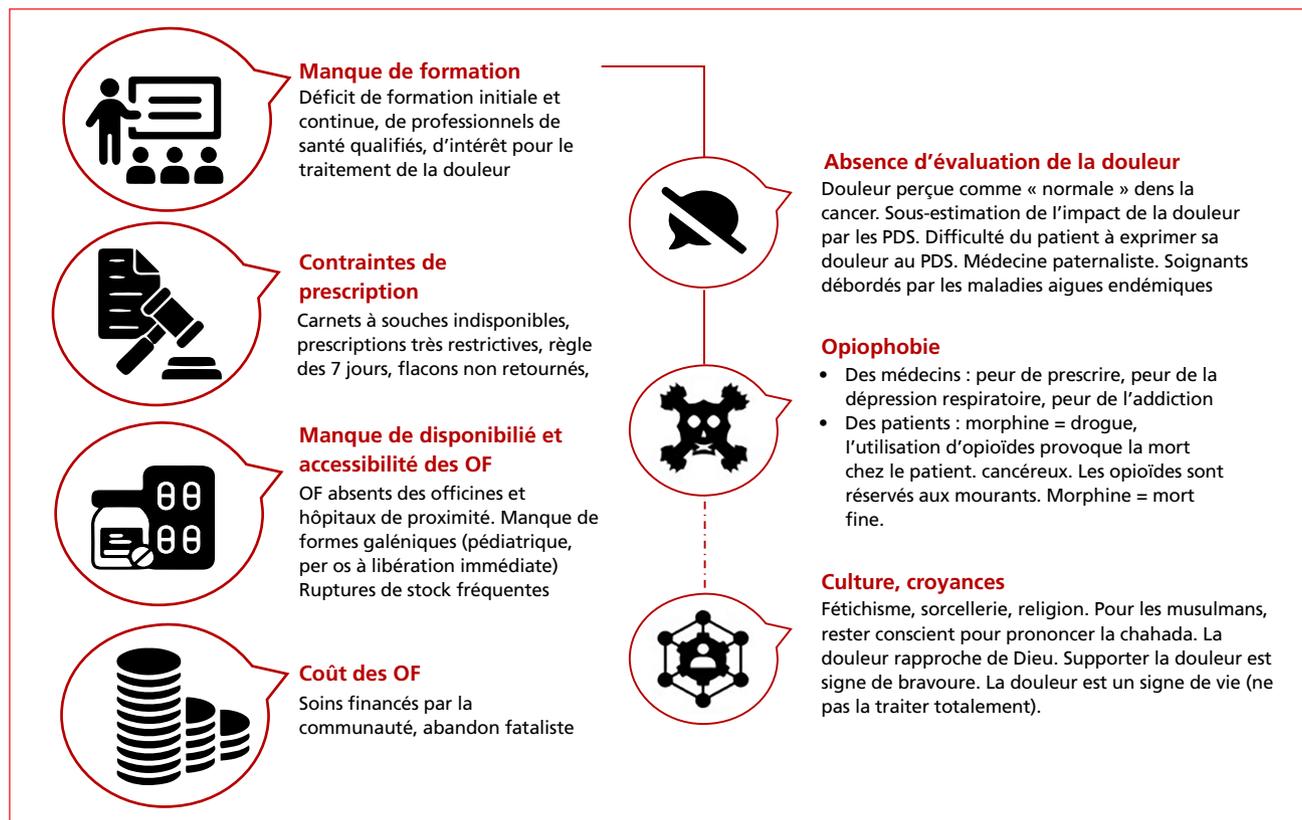


Figure 7 • Verbatims associés aux freins à la prise en charge optimale de la douleur du cancer évoqués dans les questions ouvertes des 2 enquêtes. SP : soins palliatifs ; PDS : professionnels de santé ; OF : opioïdes forts.

Pictos : A. Coquet, L. Meiertoberens, Ferifrey, Turkub, Fahmionline, S. Fahrudin (The Noun Project)

SP ou l'augmentation de leur nombre dans les pays où elles existent, et la rationalisation de l'encadrement de la prescription. Devront être envisagées également : la rédaction et la diffusion de recommandations adaptées aux pays francophones et à la pratique en contexte de ressources limitées, ainsi que l'amélioration des réseaux de distribution des opioïdes forts et leur remboursement. Des campagnes de sensibilisation et d'éducation des patients et de leurs proches permettront de faciliter la compréhension du traitement et de sa balance bénéfice/risque. Enfin, la mobilisation des décideurs politiques constituera une étape incontournable pour mener à bien ces mesures et assurer un accès aux soins légitimes en minimisant les risques.

Remerciements :

Merci à tous les experts et cliniciens qui ont rendu ce résultat possible ainsi qu'aux organisations partenaires de cet effort : FISP (Fédération francophone internationale de soins palliatifs), DSF (Douleurs Sans Frontières) et ACREOL (African Center for Research on End of Life).

Liens d'intérêts :

les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- Roth GA, Abate D, Abate KH et al (2018) Global, regional and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet* 392(10159):1736-88
- Ferlay J, Laversanne M, Ervik M et al (2020). *Global Cancer Observatory: Cancer Tomorrow*. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Available from: <https://gco.iarc.fr/tomorrow>, accessed [08/11/2023]
- Sharma R, Aashima, Nanda M, Fronterre C, Sewagudde P, Ssentongo AE et al (2022) Mapping Cancer in Africa: A Comprehensive and Comparable Characterization of 34 Cancer Types Using Estimates From GLOBOCAN 2020. *Front Public Health* 10: 839835
- Unger-Saldana K (2014) Challenges to the early diagnosis and treatment of breast cancer in developing countries. *World J Clin Oncol* 5:465-77
- Global Alliance to Pain Relief Initiative (GAPRI) (2010) *Access to Essential Pain Medicines Brief*. Available from: *Global-Access-to-Pain-Relief-Evidence-for-Action*. pdf (esmo.org), accessed [27/11/2023]
- Hadjjat Y, Perrot S (2022) *Cancer Pain Management in French-Speaking African Countries: Assessment of the Current Situation and Research Into Factors Limiting Treatment and Access to Analgesic Drugs*. *Front Public Health* 10:846042
- Berterame S, Erthal J, Thomas J, et al (2016) Use of and barriers to access to opioid analgesics: a worldwide, regional, and national study. *Lancet* 387(10028):1644-56

- 8 • Fellah N, Nejmi M, Rais H, Hadjiat Y, Serrie A (2017) Accès aux analgésiques opioïdes pour les douleurs cancéreuses : des inégalités majeures - la situation en Afrique. *Douleurs* 18:127-39
- 9 • Jayawardana S, Forman R, Johnston-Webber, et al. (2021) Global consumption of prescription opioid analgesics between 2009-2019: a country-level observational study. *EClinicalMedicine* 42:101198
- 10 • Ju C, Wei L, Man KKC, Wang Z, Ma T, Chan AYL, Brauer R, et al (2022) Global, regional, and national trends in opioid analgesic consumption from 2015 to 2019: a longitudinal study. *The Lancet Public Health* 7:e335-46
- 11 • Human Rights Watch (2015) Ending Needless Suffering in Francophone Africa. Available from: [Ending Needless Suffering in Francophone Africa | Human Rights Watch \(hrw.org\)](https://www.hrw.org) accessed [08/11/2023]
- 12 • Knaul F (2022) Closing the global pain divide: balancing access and excess. *The Lancet Public Health* 7:e296
- 13 • Javier F, Irawan C, Mansor M, et al (2016) Cancer pain management insights and reality in Southeast Asia: expert perspectives from six countries. *J Global Oncology* 2:235-43
- 14 • ACHEON Working Group, Kim YC, Ahn JS, Calimag MMP, Chao TC, Ho KY, Tho LM et al (2015) Current practices in cancer pain management in Asia: a survey of patients and physicians across 10 countries. *Cancer Med* 4(8):1196-1204
- 15 • Pastrana T, Centeno C, De Lima L (2015) Palliative care in Latin America from the professional perspective: a SWOT analysis. *J Palliat Med* 18(5):429-37
- 16 • Silbermann M, Arnaout M, Daher M, et al (2012) Palliative cancer care in Middle Eastern countries: accomplishments and challenges. *Ann Oncol* 23(Suppl 3):15-28
- 17 • INCB, International Narcotic Control Board (2016) Availability of Internationally Controlled Drugs: Ensuring Adequate Access for Medical and Scientific Purposes. Available from: https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2015/English/Supplement-AR15_availability_English.pdf, accessed [28/01/2024]
- 18 • Organisation Mondiale de la Santé (2014) Soixante-septième assemblée mondiale de la santé. Available from: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67-REC1/A67_2014_REC1-fr.pdf, accessed [28/01/2024]
- 19 • Ahmedzai SH, Bautista MJ, Bouzid K, et al (2019) Optimizing cancer pain management in resource-limited settings. *Support Care Cancer* 27(6):2113-24
- 20 • WHPCA, Worldwide Hospice Palliative Care Alliance (2020) Global Atlas of Palliative care. Available from <https://thewhpc.org/resources/global-atlas-of-palliative-care-2nd-ed-2020/>, accessed [28/01/2024]
- 21 • Krause R, Nyakabau A, Gwyther LG, et al. (2020) Calling for advocacy, education and public policy actions on pain control for patients with cancer in Africa. *ESMO Open* 2020 ; 5. Available from [https://www.esmoopen.com/article/S2059-7029\(20\)32646-6/pdf](https://www.esmoopen.com/article/S2059-7029(20)32646-6/pdf), accessed [30/01/2024]
- 22 • Boumelha J (2007) Tackling cancer the Tunisian way. *Cancer World*. Available from https://archive.cancerworld.net/wp-content/uploads/2017/07/1701_CW16_34-39_masterpieceOK.pdf, accessed [28/01/2024]
- 23 • Mohanti BK (2022) Opioid plenitude versus pittance. *Natl Med J India* 35(5) :303-3
- 24 • Calónego MAM, Sikandar S, Ferris FD, Moreira de Barros GA (2020) Spread the Word: There Are Two Opioid Crises! *Drugs* 80(12):1147-1154
- 25 • Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, et al (2018) Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief-an imperative of universal health coverage. *Lancet* 391:1391-454