



MMS Bulletin #154

Les soins palliatifs ne sont pas un luxe mais un droit de l'homme et un élément essentiel d'une couverture sanitaire universelle (CSU)

Analyse de la stratégie de soins palliatifs au Cameroun : cas du Programme national de lutte contre le cancer (PNLCa)

Une étude révèle de nombreux déficits

De Jim Nemy Hervé, Marie-José Essi et Paul Ndom

Depuis leur création, les soins palliatifs qui ont été intégrés dans les services d'oncologie ont permis à l'échelle mondiale d'améliorer les conditions de fin de vie des patients atteints de maladie potentiellement mortelle (Bagnoud, 2009). En Afrique, avec le soutien de l'association africaine des soins palliatifs (APCA), plusieurs pays ont amélioré cet accompagnement. Au Cameroun, il a été créé en 1990 un comité national de lutte contre le cancer qui a également pour mission d'accompagner les patients cancéreux (OMS, 2002). S'interroger 29 ans après sa création sur son efficacité en ce qui concerne cette orientation s'avère nécessaire.



Méthodologie

Afin d'y parvenir, nous avons réalisé une étude situationnelle au sein du PNLCa sur les différents documents stratégiques proposés par ce dernier de 2002 à 2019 que nous avons évalué à partir des orientations proposées par l'organisation mondiale de la santé (OMS) pour les soins palliatifs.

Le besoin de soins palliatifs est souvent diagnostiqué trop tard

Au regard de la croissance du nombre de personnes souffrant de pathologie chronique tant à l'échelle mondiale qu'en Afrique, la demande en soins d'accompagnement a également augmenté. Ces soins qui ont pour objectif d'améliorer le quotidien des malades et de leurs proches doivent être introduits dès que le diagnostic de la pathologie chronique est posé afin de permettre un vieillissement de la population et la satisfaction de celle-ci (Mazzocato et al., 2002). Selon le PNLCa du Cameroun, ces soins sont introduits dans la prise en charge des patients atteints de cancer lorsqu'ils sont en phase terminale.

Ce retard s'explique par un diagnostic tardif du cancer, un manque de personnel qualifié en soins palliatifs, l'absence d'un guide de soins palliatifs.

Ce retard s'explique par un diagnostic tardif du cancer, un manque de personnel qualifié en soins palliatifs, l'absence d'un guide de soins palliatifs. Ces différents déficits développés démontrent l'ampleur du problème que pose la prise en charge en soins d'accompagnement au Cameroun, de même, rend son approbation et son appréciation difficiles car les bénéficiaires n'auront pas le temps de jouir de ces soins. Cette situation déplorable est également retrouvée dans plusieurs pays d'Afrique et pour y pallier, l'APCA favorise l'approvisionnement des Etats membres en ressources matérielles, humaines et en médicaments à travers le financement des projets d'amélioration des soins et de l'accompagnement ainsi que le financement des travaux de recherches (Fraser et al., 2018).



Dying from Malaria. (...) The hospital, staffed with two employees and looted during attacks a few months ago, had no drugs or surgical and delivery facilities.
Photo: © hdptcar

Les facteurs psychologiques, sociaux et culturels ne sont guère pris en compte

Faisant suite au diagnostic, l'annonce du caractère incurable de sa maladie à un cancéreux et son entourage est difficilement acceptée par ces derniers. Ils ont tendance à chercher la solution chez les religieux, au sein de la communauté ou chez les tradipraticiens (Pouhè Nkoma, 2011). Ces différents recours qui représentent les aspects psychologiques, sociaux et culturels de la vie du patient sont pris en compte dans la nouvelle définition des soins palliatifs proposée en 2002 par l'OMS, leur pratique améliorant le suivi de ces derniers (Association africaine des soins palliatifs, 2011). Bien que la rédaction d'un guide de prise en charge et de bonne coordination de ces soins soit développée par le PNLCA lors de l'élaboration des documents stratégiques, l'augmentation considérable de la demande en soins d'accompagnement avec comme indication courante la gestion des symptômes physiques tel que la douleur a favorisé l'orientation primordiale du PNLCA vers cet axe de la prise en charge palliative des patients cancéreux au détriment des aspects psychologiques sociaux et culturels de la maladie.

Ces manquements expliqueraient les difficultés que rencontrent les acteurs des soins palliatifs lors de la prise en charge globale des bénéficiaires parce qu'ils réduisent le champ d'action de ces différents acteurs ainsi que la satisfaction des bénéficiaires et altèrent les orientations des différentes sollicitations de ces derniers. Afin d'y pallier, il est important d'intégrer tous les acteurs de la chaîne des soins dans le processus de rédaction du plan stratégique et du guide de prise en charge, de favoriser une communication adéquate sur les soins d'accompagnement.

La communication centrée sur le patient doit être plus centrale dans leur prise en charge

Avec pour but ultime de réduire les incertitudes et de clarifier les questions, la communication en soins palliatifs prend plusieurs aspects à savoir une communication centrée sur le malade et une communication orientée vers les responsables des soins d'accompagnement. Une communication centrée sur le patient permet à ce dernier de se sentir concerné par les soins qui lui sont prodigués car après être informé sur son état de santé et les différents aspects de sa prise en charge, c'est à lui de décider de la procédure, du lieu et des soins à administrer (German guideline program in oncology, 2015). Cette gestion de la prise en charge par le malade lui permet de garder son autonomie et sa dignité, éléments importants à l'adhésion aux soins d'accompagnement. De même, cette personne à qui on a annoncé qu'elle souffre d'une maladie qui ne guérira peut-être jamais, a besoin de comprendre ce qui lui arrive, de partager cette douleur. L'objectif premier du personnel de soins étant le bien être de son malade, il est donc important pour lui de mieux communiquer avec son patient afin d'améliorer son suivi (Ventura et al., 2014).

L'absence d'instructions du PNLCa développant l'implication du patient et de ses proches dans le processus de prise en charge réduit considérablement les efforts consentis par le personnel de soins pour prodiguer des soins adéquats et adaptés aux bénéficiaires.

L'absence d'instructions du PNLCa développant l'implication du patient et de ses proches dans le processus de prise en charge réduit considérablement les efforts consentis par le personnel de soins pour prodiguer des soins adéquats et adaptés aux bénéficiaires. Ceci est dû à l'absence de données probantes à l'échelle nationale démontrant l'importance de la communication centrée sur le patient lors de la prise en charge. De même, les processus de collecte de données non développés dans nos différents documents stratégiques réduisent les possibilités de réaliser des plaidoyers pouvant aboutir à l'amélioration des soins d'accompagnement et l'application des quatre piliers des soins palliatifs proposés par l'OMS qui sont :

- des politiques appropriées,
- la formation des prestataires de soins de santé et du public,
- la disponibilité des médicaments adéquats, et
- la mise en œuvre des soins palliatifs (Association africaine des soins palliatifs, 2010).



A doctor looks over a patients medical records. Photo: © World Bank Photo Collection

La politique devrait être améliorée de toute urgence en ce qui concerne le PNLCa

Selon l'OMS, les soins palliatifs sont une approche qui s'applique aux maladies engageant le pronostic vital, destinée à être mise en œuvre précocement au cours de la maladie, en conjonction avec d'autres thérapies visant à prolonger la vie (Institut canadien d'information sur la santé, 2018). Une meilleure organisation de la prise en charge globale des patients et de leurs proches intégrerait alors tous les aspects du suivi en soins palliatifs, du diagnostic à la gestion du deuil, ce qui débiterait par une bonne planification puis une meilleure application de ces soins. Ces bénéficiaires devraient être pris en considération lors de la planification et de la mise en œuvre des différents soins à administrer (Association canadienne de soins palliatifs, 2013).

Or le PNLCa propose parmi ses orientations un suivi partiel qui n'intègre que la gestion des symptômes physiques et ne tient pas compte de leur avis. Cependant il a été démontré que les malades qui ont intégré la maladie et la mort comme un processus normal de la vie sont ceux qui sont fortement attachés à la religion et à leur culture qui les définissent ainsi. Cette prise en charge consisterait à créer une zone de confort où ils trouveront des réponses à leurs inquiétudes qui ne sont pas toujours liées aux produits administrés (Balboni *et al.*, 2013) ; elle ne nécessite la plus part du temps qu'une écoute, des activités récréatives, de l'attention. Il serait donc souhaitable que tous les aspects du suivi en soins d'accompagnement des bénéficiaires soient pris en considération par le PNLCa et se fassent d'un commun accord entre ces derniers et les prestataires de soins afin d'améliorer leur adhésion au continuum des soins (Institut canadien d'information sur la santé, 2018).



Care at Home with Dementia, Tigray. Photo: © Rod Waddington/flickr, CC BY-SA 2.0

De même, ce suivi peut être réalisé avec le soutien des aidants faisant partir de la communauté à laquelle appartiennent les bénéficiaires des soins d'accompagnement or ils ne sont pas pris en compte lors de l'élaboration des politiques des soins palliatifs. Selon cette politique, les soins palliatifs devraient être introduits dans le système de soins de santé existant. Cette action seule ne saurait relever des soins palliatifs s'il n'existe au préalable une législation qui les régleme, qui régle également la disponibilité et l'usage des produits telle que la morphine, car ces produits, bien que nécessaires, peuvent être utilisés comme stupéfiant comme l'a soulevé l'OMS (OMS, 2014). En ce qui concerne les moyens mis en jeu, un personnel formé et disponible à tous les niveaux de la prise en charge est une bonne initiative proposée par le programme mais, la population ciblée ne pourrait en bénéficier si elle ne possède aucune information concernant les soins d'accompagnement. De plus, les différents moyens cités ne se limitent qu'au niveau central de la pyramide sanitaire du Cameroun ce qui délaisse les populations de l'arrière-pays en ce qui concerne les soins d'accompagnement.

Conclusion

La réalisation des soins d'accompagnement est possible grâce à la participation collective des différents acteurs, la mise à disposition des moyens nécessaires pour leur mise en œuvre, l'existence d'un cadre adéquat pour exercer. Cette pratique serait meilleure si tous les acteurs de la chaîne des soins sont pris en compte lors de la rédaction des différents documents stratégiques. Il est également impératif de vulgariser ces soins à travers des outils et moyens de communication adéquats propres à une population multivariée ; de multiplier des études sur les soins palliatifs ce qui favoriserait un meilleur plaidoyer et une application des soins palliatifs adaptés à la demande.

Références

- Association africaine des soins palliatifs (2010) *Un manuel de soins palliatifs en Afrique*. Kampala.
- Association africaine des soins palliatifs (2011) *Plaidoyer Réussi pour les Soins Palliatifs: Manuel de travail*. Kampala.
- Association canadienne de soins palliatifs (2013) *Modèle de soins palliatifs: Fondé sur les normes de pratique et principes nationaux*. Ottawa.
- Bagnoud, X. (2009) 'Histoire des soins palliatifs 20', pp. 1–31. Disponible sur: <https://www.palliative.ch/fr/soins-palliatifs/histoire-des-soins-palliatifs/> (cité le: 9 Septembre 2018).
- Balboni, T. A. et al. (2013) 'Provision of Spiritual Support to Patients With Advanced Cancer by Religious Communities and Associations With Medical Care at the End of Life', *JAMA Internal Medicine*, 173(12), p. 1109. doi: 10.1001/jamainternmed.2013.903. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23649656/>
- Fraser, B. A. et al. (2018) 'Palliative Care Development in Africa: Lessons From Uganda and Kenya', *Journal of global oncology*. American Society of Clinical Oncology, 4(4), pp. 1–10. doi: 10.1200/JGO.2017.010090. <https://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC6180772&blobtype=pdf>
- German guideline program in oncology (2015) *Evidenced-based Guideline: Palliative care for patients with incurable cancer, short version 1.1*. Available at: https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/_migrated/content_uploads/Guideline_Palliative_Care_Short_Version_01.pdf
- Institut canadien d'information sur la santé (2018) *Accès aux soins palliatifs au Canada*. ON. Edited by ICIS. Ottawa.
- López-Sierra, H. E. and Rodríguez-Sánchez, J. (2015) 'The supportive roles of religion and spirituality in end-of-life and palliative care of patients with cancer in a culturally diverse context', *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 9(1), pp. 87–95. doi: 10.1097/SPC.0000000000000119. https://www.researchgate.net/publication/271023734_The_supportive_roles_of_religion_and_spirituality_in_end_of-life_and_palliative_care_of_patients_with_cancer_in_a_culturally_diverse_context_A_literature_review
- Mazzocato, C. et al. (2002) *Réseaux... vers une généralisation des soins palliatifs?*, *Revue Médicale Suisse*. Available at: <https://www.revmed.ch/RMS/2002/RMS-2398/22287> (Accessed: 15 June 2019).
- OMS (2002) *Résumé d'orientation de programmes nationaux de lutte contre le cancer*. Edited by Organisation mondiale de la Santé. Genève. Available at: <http://www.who.int/cancer/media/en/424.pdf>.
- OMS (2014) *OMS Le premier Atlas mondial répertorie les besoins non satisfaits en soins palliatifs*, OMS. World Health Organization. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/palliative-care-20140128/fr/> (Accessed: 9 September 2018).
- Pouhè Nkoma, P. (2011) *Itinéraires thérapeutiques des malades au Cameroun: les déterminants du recours à l'automédication*. Available at: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01339418/document> (Accessed: 7 November 2017).
- Ventura, A. D. et al. (2014) 'Home-based palliative care: A systematic literature review of the self-reported unmet needs of patients and carers', *Palliative Medicine*, 28(5), pp. 391–402. doi: 10.1177/0269216313511141. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269216313511141>



Dr Jim Nemy Hervé. MD, MPH, Médecin Généraliste - Hôpital Régional de Garoua ; Nord-Cameroun; Master en santé publique au Centre de Recherche et de Formation Doctorale - Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales / Université de Yaoundé I. Email **Marie-José Essi, PHD, Professeur titulaire des Universités, Anthropologie médicale ; santé publique Promotion de la santé & Evidence based policy; R&D- Propriété intellectuelle en recherche médicale - Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales / Université de Yaoundé I. **Paul Ndom**, Professeur titulaire des Universités, Oncologie médicale - Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales / Université de Yaoundé I. Comité National de Lutte contre le Cancer - Cameroun.**

Kontakt

Deutschschweiz

Medicus Mundi Schweiz
Murbacherstrasse 34
CH-4056 Basel
Tel. +41 61 383 18 10
info@medicusmundi.ch

Suisse romande

Route de Ferney 150
CP 2100
CH-1211 Genève 2
Tél. +41 22 920 08 08
contact@medicusmundi.ch