



Intégration des soins palliatifs, gage de la couverture santé pour tous au Cameroun

Réalisé et rédigé par

MESSING Bernard Pierre

Membre d'APCA -Uganda & membre de IAHPC/USA
Certifié de la 7^{ème} Promotion de HOSPICE AFRICA
UGANDA –Directeur exécutif de l'association Care for the
Hopeless Impact Missions - CHIMISSIONS -

Avec la collaboration de

Dr Esther DINA BELL épouse MBASSI
CANCÉROLOGUE
Présidente Volunteers for Palliative Care (VOPACA)

CHI LAVET LUM MAHBI.
Social Worker:
HIV/AIDS Counselor

Relecture et coordination par

MBATAKA Jean-Louis Aimé

Chef de Service Affaires Sociales et Culturelles à la Préfecture de Bafia
Écrivain/Consultant
Coordonnateur association culturelle Wissûmatê



Sommaire

MESSAGES CLÉS	i
LE PROBLÈME	3
PRÉSENTATION DU PROBLÈME :	4
SITUATION DES PERSONNES ÂGÉES AU CAMEROUN	4
LES MALADIES CHRONIQUES AU CAMEROUN	5
CAS DU VIH/SIDA	6
CAS DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES	7
DÉVELOPPEMENT DES SOINS PALLIATIFS.....	10
CADRE GENERAL	11
LES PRINCIPES DIRECTEURS :	12
LES PRIORITÉS STRATÉGIQUES :	12
IMPLÉMENTATION DES MESURES STRATÉGIQUES :	13
CONCLUSION	22
Bibliographie.....	24



MESSAGES CLÉS

DESCRIPTION DU PROBLÈME :

Lors du 3^{ème} Recensement Général de la Population et de l'Habitat du Cameroun qui s'est déroulé en 2002, il est ressorti s'agissant des maladies chroniques que, environ deux personnes sur mille ont déclaré souffrir du diabète ou de la tuberculose ; six personnes sur mille de l'hypertension, alors que quatre personnes sur mille souffrent de l'asthme. Les prévalences du cancer, de la drépanocytose et de l'épilepsie étaient respectivement de **1,4%**, **1,3%** et **0,6%**. La plupart des maladies chroniques touchaient aussi bien les hommes que les femmes dans les proportions plus ou moins différentes, mais les malades surtout les personnes âgées, ne bénéficiaient pas des soins qu'ils désiraient et finissaient parfois leur vie dans des circonstances difficiles. En effet, « le nombre de personnes âgées ne cesse de s'accroître d'année en année ; même si leur poids démographique, autour de **5%** (*près de 1.000.000 de personnes en 2005 lors du 3^{ème} RGPH*) au Cameroun reste encore assez faible. Les personnes âgées constituent, autant que les femmes et les enfants, un groupe vulnérable de la population ». Voilà pourquoi il y a urgence en la matière pour atténuer la situation.

OPTIONS POLITIQUE :

Les options politique envisagées pouvant être mises en œuvre pour faire face au problème sont :

- la mise sur pied d'un cadre légal de prestation des soins palliatifs et de fin de vie,
- le renforcement des capacités des professionnels de santé sur les soins palliatifs,
- la sensibilisation et l'intéressement des populations aux soins palliatifs,
- la mise sur pied d'un **Fonds National de Solidarité**,
- la création de réseaux en soins palliatifs en faveur des malades et leurs proches.

STRATÉGIE DE MISE EN ŒUVRE :

Pour appliquer efficacement les options ci-dessus, il est nécessaire de :

- effectuer des plaidoyers auprès des gouvernants et législateurs pour l'érection d'une législation et d'une réglementation sur les soins palliatifs,
 - mettre sur pied un cadre incitatif de recyclage des professionnels de la santé en soins palliatifs,
 - ériger des réseaux d'offre en soins palliatifs à partir des Aires de Santé dès les Comités de Santé de District existant,
 - créer un **Fonds National de Solidarité** afin de soutenir les personnes indigentes dans la prise en charge des maladies chroniques ;
 - créer une **Commission Nationale de Soins Palliatifs** qui devra régulièrement évaluer la réalisation des mesures relatives à l'intégration et aux prestations en soins palliatifs dans les structures sanitaires du pays.
-

LE PROBLÈME

PRÉSENTATION DU PROBLÈME :

SITUATION DES PERSONNES ÂGÉES AU CAMEROUN

En 2005, le Cameroun comptait **870.642** personnes âgées, soit **418.843** hommes et **455.799** de femmes. Ces personnes âgées étaient en majorité des femmes (**52,4%**).

L'évolution des effectifs de personnes âgées entre **1976** et **2005**, montre que le nombre de celles-ci a presque doublé en 29 ans, passant de **441.450** en **1976** à **870.642** en **2005** (cf. tableau 1).

Tableau 1 : Évolution des effectifs des personnes âgées selon le sexe entre 1976 et 2005

Années	Sexe		Total	Rapport de masculinité (%)	Taux d'accroissement annuel moyen
	Masculin	Féminin			
1976	219 271	222 179	441 450	98,69	-
1987	270 396	284 757	555 153	94,96	2,15
2005	414 843	455 799	870 642	91,01	2,99

Source : RGPH, 2005

Selon la catégorie d'âge, les personnes âgées sont en majorité des personnes du **3^{ème} âge**. Elles représentent à elles seules, **86,4%** de l'ensemble.

Le tableau 2 ci-après montre par ailleurs, que ces dernières résident davantage en campagne. En effet, **66,5%** des personnes âgées résident en milieu rural contre seulement **33,5%** en milieu urbain.

Tableau 2 : Effectifs de personnes âgées par catégorie d'âge selon le sexe et le milieu de résidence

Catégorie d'âge	Milieu de résidence		Sexe		Ensemble
	Urbain	Rural	Masculin	Féminin	
3^{ème} âge	256 700	495 932	362 983	389 649	752 632
4^{ème} âge	34 547	83 463	51 860	66 150	118 010
Total	291 247	579 395	414 843	455 799	870 642

Source : RGPH, 2005

L'effectif de la population du Cameroun au 1^{er} janvier 2010 s'élève à **19 406 100** habitants. En 2005, les résultats définitifs du 3^{ème} RGPH indiquaient **17.463.836** habitants. Cette évolution démographique confirme le maintien d'un fort potentiel humain dans le pays, avec un taux annuel moyen de croissance démographique évalué à **2,8%** au cours de la période 1987-2005 et à **2,6%** entre 2005-2010. En se fondant sur les tendances démographiques ainsi dégagées, il s'avère une augmentation du nombre des personnes âgées dont la situation face aux maladies chroniques et aux handicaps s'accroît. Chez elles, la prévalence déclarative de l'hypertension est relativement plus importante (**49,1%**) (cf. tableau). Cette prévalence est plus élevée en milieu urbain où elle est **55,9%** contre **43,8%** en milieu rural et chez les femmes où elle est de **54,8%** contre **42,9%** chez les hommes âgés.

L'on note par ailleurs que **5,7%** des personnes âgées présentent au-moins un handicap. La cécité constitue le handicap majeur auquel sont confrontées les personnes âgées au Cameroun : **10.318** per-

sonnes âgées sont aveugles. Ces problèmes visuels sont aggravés dans un contexte où la cuisson des aliments se fait le plus souvent à l'aide du bois de chauffe ou du charbon (EYINGA DIMI). L'infirmité des membres inférieurs tout comme la surdité, sont également d'une relative importance.

Tableau 3 : Taux de prévalence déclarative par type de maladie chronique chez les personnes âgées selon le milieu de résidence et le sexe

Type de maladie chronique	Milieu de résidence		Sexe		Ensemble
	Urbain	Rural	Masculin	Féminin	
<i>Cancer</i>	4,8	9,3	8,2	6,4	7,3
<i>Diabète</i>	20,1	12,7	18,5	13,7	16
<i>Drépanocytose</i>	3	6,3	5,4	4,3	4,8
<i>Hypertension</i>	55,9	43,8	42,9	54,8	49,1
<i>Tuberculose</i>	4,7	10,6	9,4	6,7	8
<i>Asthme</i>	11	15,4	14,1	13	13,5
<i>Epilepsie</i>	0,5	1,9	1,5	1,1	1,3
Total	100	100	100	100	100

Source : Recensement Général de la Population et de l'Habitat 2005.

LES MALADIES CHRONIQUES AU CAMEROUN

S'agissant des maladies chroniques, la prévalence issue des déclarations des recensés lors du 3^{ème} Recensement Général de la Population et de l'Habitat de **2005** pour l'ensemble des deux sexes est la suivante :

- deux personnes sur mille (**2‰**) ont déclaré souffrir du **diabète** ou de la **tuberculose** ;
- six personnes sur mille (**6‰**) souffrent de *l'hypertension*
- quatre personnes sur mille souffrent de **l'asthme**.

Les prévalences du *cancer*, la *drépanocytose* et *l'épilepsie* sont respectivement de **1,4‰**, **1,3‰**, et **0,6‰**. On note qu'en dehors de l'hypertension qui semble affecter plus les femmes et du diabète qui lui, semble toucher plus les hommes, la plupart des maladies chroniques touchent aussi bien les hommes que les femmes pratiquement dans les mêmes proportions.

Selon le milieu où l'on réside, la prévalence de certaines maladies diminue alors que celle des autres augmente. C'est ainsi qu'en milieu urbain, la *prévalence* de *l'hypertension* (**7,2‰**), de *l'asthme* (**4,6‰**) et du diabète (**2,2‰**) est plus importante qu'en milieu rural, alors que la prévalence de la *tuberculose* (**2,3‰**), du *cancer* (**1,7‰**), de la *drépanocytose* (**1,4‰**) et de *l'épilepsie* (**0,9‰**) est plus importante en zone rurale.

Ainsi, en valeur absolue l'on a :

- **48.000** personnes souffrant du diabète ou de la tuberculose,
- **146.160** personnes souffrant de l'hypertension,
- **34.104** personnes souffrant du cancer,
- **31.668** personnes souffrant de la drépanocytose,

- **14.616** souffrant d'épilepsie.
- Soit **274.548** personnes environ souffrant d'une maladie chronique.

CAS DU VIH/SIDA

Selon l'Unicef dans son site internet, le Cameroun souffre d'une prévalence élevée du **VIH/SIDA** avec un taux d'infection de 4,3 pour cent. Les femmes sont plus vulnérables avec un taux de prévalence de 5,6 pour cent par rapport à 2,9 pour cent pour les hommes. Des progrès ont été accomplis pendant ces cinq dernières années grâce aux services de prévention de transmission de la maladie de la mère à l'enfant - disponibles dans 70 pour cent de services de santé. Toutefois, l'assimilation de la prévention de transmission de la maladie de la mère à l'enfant reste encore largement inférieure aux prévisions.

560.300 personnes vivent avec le **VIH** dont 55,8 pour cent des femmes et 8,5 pour cent des enfants de moins de 14 ans. La prévalence du **VIH** chez les femmes enceintes atteint les 7,6 pour cent. Il existe une forte disparité régionale des taux de prévalence. Les régions Sud (7,2 pour cent), Nord Ouest (6,3 pour cent), Est (6,3 pour cent) et du Centre (6,1 pour cent) présentent des taux de prévalence au-dessus du taux national, alors que les régions Nord (2,4 pour cent) et Ouest (2,8 pour cent) sont parmi celles qui ont des taux de prévalence relativement faibles.

Dans un article de Monica **NKODO** paru dans le quotidien camerounais Cameroun Tribune du 04 décembre 2017, on peut relever que le taux de prévalence du **VIH/SIDA** est de **3,9 %**. Le Ministère de la Santé Publique camerounais, l'**ONUSIDA**, le Système des Nations Unies et l'ONG Synergies africaines contre le sida ont tous reconnu que près de **21 millions** de personnes vivent avec le sida dans le monde et que ce nombre devrait passer à **30 millions** en **2020**.

Pour le Ministre de la Santé Publique, les principaux axes sur lesquels il convient d'orienter les actions dans cette lutte sont définis et il s'agit de :

- intensifier les actions de prévention afin de réduire le nombre des nouvelles infections, renforcer le dépistage volontaire,
- mettre immédiatement sous traitement toutes les personnes testées positives,
- renforcer la dispensation communautaire des **ARV**, la lutte contre la stigmatisation et la discrimination

Dans un article de Flore **EDIMO** paru dans le quotidien **le Jour édition** du **27 juin 2016**, il ressort que : sur environ **20 millions** d'habitants que compte le Cameroun, **3,9%** de la population active est porteuse de VIH, soit **620.000** personnes vivant avec le virus du sida. C'est du moins le taux de prévalence estimé à l'heure actuelle au Cameroun grâce au logiciel Spectrum. Ce nouveau pourcentage, bien que

régressif par rapport à **4,3%** estimé en **2011** par la dernière enquête démographique et de santé, indique tout de même que la maladie « résiste » au Cameroun.

En **2015**, **625.564** femmes enceintes ont été vues en première consultation prénatale, **562.473** ont bénéficié du test de dépistage, **31.596** ont été testées positives. **26.678** femmes enceintes séropositives ont été mises sous traitement.

Parmi les enfants exposés au **VIH**, **9.756** ont bénéficié du dépistage à la naissance et **529** ont été positifs à la Polymérase Chain Reaction (Pcr), un traitement pour nouveaux nés.

En juin 2017, **1.614.578** personnes ont été dépistées et **19.461** personnes vivant avec le **VIH** ont été recrutées pour le traitement aux **ARV**.

La lutte contre le sida continue de buter à des obstacles comme :

- les décès de malades suite à leur désistement au traitement **ARV**,
- l'apparition de nouvelles maladies liées au **VIH**,
- la transmission de la mère à l'enfant...

CAS DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES

Les maladies cardiovasculaires (**MCV**) sont devenues la plus grande cause de décès dans le monde.

L'Organisation Mondiale de la Santé (**OMS**) estime à **17,3 millions**, le nombre de décès liés aux **MCV** dans le monde et ce chiffre devrait atteindre **23,6 millions** en **2030**.

La morbidité cardiovasculaire à laquelle devront faire face les pays africains en **2020** aura doublé. Les répercussions socioéconomiques auront probablement un impact négatif sur le développement de ces pays.

En effet les pays en développement connaissent depuis quelques années une transition épidémiologique avec une augmentation rapide des maladies cardiovasculaires qui prennent progressivement le pas sur les maladies infectieuses. Un rapport de la Banque Mondiale sur la période de **1990** à **2001** montre que, de tous les décès survenus dans les pays à revenus faible et intermédiaire, ceux liés aux **MCV** ont augmenté de **26%** à **28%**.

Cette situation risque de submerger les systèmes de santé encore fragiles dans ces pays à bas niveau socioéconomique.

L'impact en termes de santé publique des maladies cardiovasculaires peut être évalué en prenant en compte les données sur la mortalité et la morbidité elle-même estimée par différentes sources de données comme les hospitalisations, les recours aux soins de ville, les admissions en affection de longue durée, les enquêtes sur la morbidité déclarée et les registres.

Plus des trois quarts des décès liés aux maladies cardiovasculaires interviennent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire.

En **2008** au Nigeria, les maladies non transmissibles dont l'hypertension artérielle, l'obésité et leurs complications ont été responsables de **27%** des décès.

L'OMS estime le taux de décès lié aux maladies cardiovasculaires au Cameroun à **11%** en **2011**. Cependant il n'existe pas de données précises sur la morbidité et la mortalité liées aux **MCV** dans notre pays. C'est pour répondre à ce besoin que l'étude « Prévalence et mortalité des maladies cardiovasculaires en milieu hospitalier camerounais : Cas de deux hôpitaux de référence de la ville de Yaoundé » a été initiée. Celle-ci a concerné **1821** dossiers de patients dont **886** hommes et **935** femmes soit un sex-ratio de **0,95**. La morbidité hospitalière évaluée par les hospitalisations et ré-hospitalisation pour maladies cardiovasculaires était de **77%** dans les deux services étudiés. L'hypertension artérielle était la pathologie la plus fréquente en hospitalisation avec **79,4%** des patients. L'HTA était le facteur de risque cardiovasculaire le plus retrouvé. Les patients avec AVCH avaient une durée moyenne d'hospitalisation de $12,8 \pm 8,5$ jours. Ceux souffrant d'embolie pulmonaire avaient une durée moyenne d'hospitalisation de $11,2 \pm 8$ jours.

La pathologie arthrosique était la comorbidité la plus fréquemment associée aux MCV avec 60 patients (3,3%), suivie de l'infection à VIH avec 43 patients (2,4%). La mortalité hospitalière globale pour maladies cardiovasculaires était de 12% soit **328** décès sur les **1821** patients recensés. Cette mortalité était la plus élevée dans la tranche d'âge de 80-89 ans avec 41 décès (21,6%), suivie de la tranche d'âge de 70-79 ans avec 52 décès (14,9%). Elle était dominée par l'HTA et ses complications ; en effet elles étaient responsables de 68,1% des décès et cette mortalité était plus élevée chez les hommes (53,8%) par rapport aux femmes (42,2%) avec une différence statistiquement significative ($p = 0,042$). Les femmes étaient les plus représentées dans notre étude avec 51,2% soit un sex-ratio H/F à 0,95.M.

Jingi et al dans un travail en **2008** dans la région de l'Ouest Cameroun avaient également trouvé une prédominance féminine avec 60,4% (7). Ce résultat corrobore celui trouvé par F. Damarou et al (8) à Lomé avec une prédominance féminine (56,6%) ; par contre Mboulley Kotto et al (9) à l'Hôpital Laquintinie avaient trouvé une prédominance masculine avec 52,8% d'hommes ; de même que M.Touré à Bamako qui avait trouvé 54,5% d'hommes. Mais cette différence n'était pas significative.

La tranche d'âge de 60-69 ans était la plus représentée. L'âge moyen des patients était de $60,45 \pm 14,8$ ans avec des extrêmes de 8 et 99ans, superposable aux résultats trouvés par M. Touré à Bamako (tranche d'âge 60 à 74ans) et Findibe et al à Lomé (âge moyen $55,1 \pm 15,7$ ans et 40 à 69 ans la tranche la plus touchée). Dans cette série plusieurs patients étaient exposés aux facteurs de risque cardiovasculaires, notamment l'hypertension artérielle (70,1% d'hommes et 71,6% de femmes), l'obésité (25,9% d'hommes et 29,1% de femmes), dyslipidémie (17,04% d'hommes et 19,3% de femmes).

Dans cette étude les **MCV** représentaient 77% des hospitalisations avec notamment : Hypertension artérielle avec 79,4%, cardiopathies hypertensives avec 20,6%, **AVCI** avec 19,5%. On notait 55 cas soit 3,02% de patients atteints de **SCA** et seulement 8 patients (0,44%) porteurs de cardiopathies congénitales.

Au Togo Findibé et al (8) ont retrouvé en 2006 au premier rang les maladies hypertensives qui représentaient 66,5%. Au second rang arrivaient les maladies thromboemboliques 9,2% et au troisième rang les **SCA** qui comptaient pour 7,4% ; Par contre Mboulley Kotto et al (9) dans leur série en 1995-1996 à Douala avaient également trouvé une prédominance de l'hypertension artérielle mais au second rang on retrouvait plutôt les valvulopathies rhumatismales avec 22,5% et au troisième rang les myocardiopathies diverses. On notait ici une rareté des maladies coronaires et des endocardites infectieuses. On notait aussi une diminution des valvulopathies rhumatismales qui peut s'expliquer par une augmentation des structures de prise en charge, une meilleure éducation des populations sur la pathologie rhumatismale et les méthodes de prévention. Par ailleurs on notait une augmentation exponentielle de l'hypertension artérielle et des autres maladies cardiovasculaires. Ceci peut être lié au changement de comportement, au non-respect des règles diététiques, à l'obésité, à la sédentarité, à la consommation de tabac, bref à une exposition accrue et permanente aux **FRCV**. La rareté des pathologies congénitales pourrait être justifiée par l'existence de centres de référence mieux adaptés pour leur prise en charge.

Les maladies cardiovasculaires sont en croissance dans notre environnement et on rencontre principalement les femmes en milieu hospitalier. Les sujets du troisième âge sont les plus touchés. La pathologie la plus fréquemment retrouvée est l'hypertension artérielle. La morbidité cardiovasculaire est importante. La mortalité globale est élevée et la mortalité spécifique liée à l'hypertension artérielle et de ses complications prédomine, ce qui nécessite des mesures pour prendre en charge les personnes âgées souffrant de maladies chroniques autant qu'il faudrait voir comment faire bénéficier la mesure à plusieurs ; ainsi faut-il mettre sur pied un cadre de prestations de soins holistiques ou soins palliatifs.

DÉVELOPPEMENT DES SOINS PALLIATIFS

CADRE GENERAL

Le rapport sur la mission effectuée par l'équipe de Hospice Africa Uganda au Cameroun en Janvier 2017, relative à l'évolution des soins palliatifs dans le pays, dont l'assise s'est tenue dans la salle de conférence du Comité National de Lutte contre le Cancer ressort que :

- Sur les **24.36** millions d'habitants que compte le Cameroun, le besoin en soins palliatifs des personnes ayant développé un cancer est supérieur à **48,720%** et celui des personnes vivant avec le **VIH/SIDA** est de **30,960%** soit un total de **79,6%** ;
- L'estimation des besoins en soins palliatifs basée seulement sur les patients vivant avec le **VIH** et ceux décédés des suites d'un cancer est insuffisante.

Les faiblesses et menaces importantes identifiées dans l'implémentation des soins palliatifs mentionnés dans ledit rapport sont :

- l'engagement très limité du gouvernement,
- l'inexistence d'une structure nationale au sein du **MINSANTE** pour coordonner les activités en soins palliatifs,
- la faible accessibilité et disponibilité des médicaments essentiels en soins palliatifs,
- l'insuffisance du développement du modèle des visites à domicile,
- l'inexistence d'une spécialité à part entière en soins palliatifs, justifiant le non développement de ce secteur,
- la non intégration d'un module sur les soins palliatifs dans les cursus de formation des paramédicaux.
- les difficultés d'accès aux soins pour cause de pauvreté par la majorité de la population.

Les options qui suivent ont pour principal objectif d'assurer à la personne souffrant d'une maladie de longue durée ainsi qu'à ses proches des soins accessibles et de qualité à cette étape déterminante de leur vie, ceci dans le respect des choix de la personne, notamment par la mise en place d'une organisation intégrée et hiérarchisée des services en soins palliatifs et de fin de vie.

La vision sur laquelle s'appuie les présentes options s'inscrit dans la perspective voulant que toute personne ayant un pronostic médical réservé, quel que soit son âge et sa maladie, ait accès à des soins d'accompagnement de qualité, adaptés à ses besoins, de nature à prévenir et à apaiser ses souffrances, dans le respect de sa volonté pendant toute la période des soins.

La vision ci-dessus s'appuie aussi sur des valeurs de base qui devront guider l'ensemble des services offerts en soins palliatifs et de fin de vie (**SPFV**) ; il s'agit de :

- la sacralisation de la vie humaine, autrement dit si l'on a droit à la vie, on a aussi droit à la mort, à une mort digne, le malade et sa famille doivent y être préparés et accompagnés ;

- la participation du malade à toute prise de décision le concernant, autant que toute décision le concernant devra recevoir le consentement libre et éclairé de ce dernier et se faire dans le respect de son autonomie. Selon sa volonté, le malade doit être informé de tout ce qui le concerne y compris de son état véritable et du respect qui sera accordé à ses choix ;
- le droit à des services empreints de compassion de la part du personnel soignant, qu'ils soient respectueux des valeurs conférant un sens à l'existence de la personne et qui tiennent compte de sa culture, de ses croyances, pratiques religieuses sans oublier celle de ses proches,
- la participation de la famille ou des proches comme un réconfort considérable pour le malade, car les attentions et parfois l'implication du malade à la vie familiale ou sociale contribue à améliorer sa qualité de vie restante ;

LES PRINCIPES DIRECTEURS :

Des options politiques ci-dessus, découlent cinq principes directeurs qui permettront de mettre en œuvre de façon concrète les actions dictées par le présent plan de développement à savoir :

- la personne présentant une maladie à pronostic réservé doit pouvoir compter sur le soutien du réseau de la santé et des services de proximité au sein de sa communauté,
- les soins palliatifs et de fin de vie s'inscrivent dans la permanence ou la continuité de soins où les besoins et les choix des personnes sont placés au cœur de la planification, de l'organisation et de la prestation des services, afin d'assurer un accompagnement de qualité adapté à la condition de la personne en fin de vie dans une approche collaborative ;
- le maintien et l'accompagnement des malades de longue durée jusqu'à la fin de leur vie dans leur communauté, si elles le souhaitent et si leur condition le permet, doivent être privilégiés, aussi devrait t'on tenir compte de la prise en charge :
 - à domicile,
 - au lieu de travail,
 - dans les lieux publics,
 - en milieu hospitalier.
- la solidarité nationale par la mise sur pied d'un **fonds national de solidarité** pour accompagner les malades et familles indigentes ne pouvant pas, par leurs moyens propres supporter la prise en charge financière des soins palliatifs et de fin de vie réalisés sur leur malade.

LES PRIORITÉS STRATÉGIQUES :

Le plan de développement en soins palliatifs peut tourner autour des six priorités suivantes :

1. créer des réseaux d'offre et d'accompagnement en soins palliatifs.
2. déterminer les soins palliatifs et de fin de vie à offrir,
3. élaborer un cadre légal et réglementaire d'offre des soins palliatifs et de fin de vie,

4. former continuellement les professionnels, les populations et identifier les capacités et les besoins en soins palliatifs,
5. créer un **Fonds National de Solidarité** pour pouvoir offrir un accompagnement financier aux demandeurs indigents de soins palliatifs,
6. mettre sur pied une **Commission Nationale des Soins Palliatifs (CNSP)** dont le rôle sera de veiller et d'évaluer la mise en application de la loi ou la réglementation sur les soins palliatifs et de prendre les mesures correctives nécessaires.

Ceci a pour objectifs définitifs :

- i. l'érection des soins palliatifs comme un droit humain,
- ii. l'amélioration de l'offre des soins palliatifs et de la qualité de vie des malades.

IMPLÉMENTATION DES MESURES STRATÉGIQUES :

Priorité 1 – Création d'une plate forme intégrative et participative en soins palliatifs et de fin de vie.

Au Cameroun, la promotion de la santé commence dans les communautés avec les aires de santé, qui existent dans quasiment tous les villages ou les quartiers où on a les **COSA** (Comité de Santé Local), au niveau du District de santé, il y a le **COSADI** (Comité de Santé de District). C'est des structures de dialogue pour l'implémentation de la politique sanitaire de l'État.

Selon le **Guide national de fonctionnement des structures des districts de santé**, le **COSADI** est l'organe de délibération et de mobilisation des communautés en matière de santé ; composé des autorités municipales, administratives, des responsables des organisations sanitaires publics et privés, des organisations de la société civile liées au Ministère de la santé public, et il intègre aussi les traitants traditionnels et les élites.

Dans ledit Guide, il ressort que le rôle du **COSADI** est de :

- d'identifier les interventions prioritaires en matière de santé,
- valider le plan d'action sanitaire et le budget du District de santé,
- mobiliser les ressources nécessaires au financement des activités de santé dans le District,
- désigner les représentants de la communauté au Comité de Gestion du District et au Comité de Gestion de l'Hôpital de District et au Fonds Spécial Régional pour la Promotion de la Santé,
- prendre des mesures pour assurer la mobilisation sociale des populations pour la santé dans le District ;
- assister le où les formations sanitaires dans la recherche des solutions aux problèmes de santé,
- valider les mesures pour l'amélioration de la qualité des prestations de santé et la promotion des activités sanitaires dans la communauté

Concernant la Promotion de la Santé(PS), il faut noter à cet effet que, pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la PS est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et de l'améliorer. De façon opérationnelle, Green et Kreuter, cités par

O'Neill, la définissent comme « toute combinaison d'actions planifiées de type éducatif, politique, législatif ou organisationnel appuyant les habitudes de vie et des conditions de vie favorables à la santé d'individus, de groupes ou de collectivités ».

La spécificité des soins palliatifs nécessite l'intervention de plusieurs acteurs dans la communauté et les interventions y afférentes doivent prendre en compte les domaines de la santé physique, mentale et de la spiritualité. Cela nécessite la redynamisation des **COSADI**, dans la prise en charge des personnes souffrantes de maladies de longue durée qui sont en recrudescence.

En effet avec l'amélioration de l'espérance de vie et la recrudescence des maladies de la bonne vie, les individus sont de plus en plus vieux autant que les maladies nécessitant un accompagnement permanent émergent avec le changement de la qualité de vie des populations. Tous les intervenants dans l'amélioration de la santé des populations doivent pouvoir, après sensibilisation, mobilisation et formation, synchroniser leurs actions pour améliorer la qualité de vie des personnes nécessitant les soins palliatifs ainsi que leurs proches.

Priorité 1	
Mesures	<p>01- Créer des plates formes en soins palliatifs et de fin de vie par District de santé, afin de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • encadrer, sensibiliser, mobiliser, former ou renforcer les capacités des organisations de la société civile intervenante dans la santé • fédérer les apports de toute la chaine d'intervenants ; • mettre sur pied les soins palliatifs mobiles pour pouvoir intervenir partout où nécessaire ; • permettre la mobilité professionnelle en soins palliatifs en permettant à chaque professionnel de la santé, dans le cadre des politiques de formation continué d'acquérir des connaissances et techniques en soins palliatifs préparer le malade et sa famille à accueillir paisiblement une fin inéluctable En permettant aux diverses associations religieuses existantes d'accéder aux h • pour cela il est nécessaire de redynamiser ou de remettre sur pied les Comités de Santé de District sur toute l'étendue du territoire et de les sensibiliser dans la prise en compte des soins palliatifs.
	<p>02- Promouvoir le bénévolat en soins palliatifs afin de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • prendre en charge gracieusement ou à un faible coût les malades afin d'alléger les coûts aux familles et permettre aux proches des malades grabataires de vaquer à leurs occupations professionnelles et pouvoir subvenir aux besoins des leurs. Pour cela, recenser tous les malades pour savoir leur nombre et leur répartition géographique, • augmenter le nombre d'organisations partenaires du Ministère de la Santé Publique dans les Districts de Santé pour une prise ad hoc des malades et modifier leurs cahiers de charges. • offrir un soutien moral et social au malade et ses proches.
	<p>03- Partager les expériences et pratiques dans le cadre de réunions de concertations et coordination sanitaire au niveau, du District, de la Région et National pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> • enrichir et harmoniser les diverses interventions et pratiques, • enrichir réciproquement les modes opératoires de nouvelles approches.
	<p>04- Pouvoir se porter assistance facilement en cas de nécessité.</p>

Le risque majeur ici est que, la majorité de la population étant pauvre et soucieuse d'assurer le quotidien, la culture du bénévolat ne soit pas véritablement dans les habitudes, elle est même une forme

de luxe. Du moins, grâce aux APES (*Associations de Promotion de l'Épargne et de la Solidarité*) qui ont toute un volet d'assistance mutualiste, il est possible de mettre sur pied un cadre de promotion de l'assistance mutuelle et de solidarité dans un partenariat entre ces APES et le MINSANTE, pour qu'à la fin la pratique du tiers payant puisse avoir effet.

Pour pallier à cela, il faut procéder à la sensibilisation et la mobilisation des élèves, étudiants, travailleurs, chômeurs, bref toutes les populations, en langues officielles et nationales afin de permettre une meilleure appropriation des populations rurales et ne maîtrisant pas une langue officielle en utilisant les médias et outils de communication comme :

- les dépliants,
- les prospectus,
- les cours pour cela il est nécessaire de revoir les programmes scolaires et de faire des soins palliatifs un devoir en l'introduisant dans les cours d'éducation civique et/ou d'éducation à la vie et l'amour,
- les séminaires,
- les causeries éducatives par diverses associations,
- les affiches,
- les spots radios,
- les spots vidéo,
- les livres (manuels scolaires),
- des ouvrages (roman, nouvelle etc.).

Dans :

- les écoles,
- les lycées et collèges,
- les universités et instituts de formation supérieurs.
- les Formations professionnelles,
- les associations,
- les clubs,
- les entreprises,
- les administrations,
- les quartiers,
- les diverses organisations de la société civile,

Priorité 2 - Détermination des soins palliatifs et de fin de vie à offrir

En effet, sans limiter l'offre des soins palliatifs sur une fin imminente de vie, le malade diagnostiqué souffrir d'une maladie évolutive létale peut, avant sa fin avoir besoin d'une assistance à son domicile, au travail, dans un milieu public ou hospitalier.

Il est nécessaire dès lors de faire tout un inventaire des structures offrant ou formant en soins palliatifs, autant qu'il est nécessaire de connaître le nombre de malades présentant une affection de longue durée auprès d'une formation sanitaire et nécessitant des soins palliatifs, cela permettra de produire un carte des structures offrant les soins palliatifs afin d'y orienter facilement les malades ou leur famille.

Priorité 2		
M	05-	Sous la houlette du Ministère de la Santé Publique, les COSADI doivent effectuer un état

	des besoins en soins palliatifs et de fin de vie repérable. Cela est nécessaire pour : <ul style="list-style-type: none">• l'identification d'affections nécessitant l'offre en soins palliatifs,• la détermination des soins à offrir.
06-	Formaliser et catégoriser les soins palliatifs pour : <ul style="list-style-type: none">• produire des guides pratiques cliniques et publics,• déterminer les soins pouvant être offerts à domicile, au travail, dans les milieux publics ou hospitaliers,• déterminer les outils ou appareillage nécessaires pour la prestation de certains soins.• offrir une assistance permanente et de proximité,

Le risque ici est de ne pas pouvoir mettre identifier tous les cas nécessitant les soins palliatifs même dans les formations hospitalières, parce que les médecins et autres intervenants dans ces milieux hospitaliers n'ont pas été formés ni sensibilisés à le faire, aussi leur passent-ils entre les doigts plusieurs cas jamais répertoriés.

Mais il va s'avérer nécessaire de revoir les fiches de suivi des malades dans toutes les formations sanitaires, si possible de mettre sur pied pour chaque malade un dossier sanitaire électronique qui pourrait être utilisé par toute formation sanitaire où il se rendra à partir d'une base de données centrale. À partir de là, il serait facile de trier la base de données pour avoir un état des pathologies et la situation spatiale des malades. Cela nécessite l'appropriation, l'initiation et la connexion de toutes les formations sanitaires à l'usage de la plate forme numérique de l'observatoire nationale de la santé et l'exigence à celles-ci d'y créer un compte et renseigner les dossiers des malades d'une manière précise.

Il s'avère nécessaire pour le Ministère de la Santé Publique de porter l'information de l'existence de ces outils numériques auprès des intervenants et des populations par lettres administratives ou communiqués radios.

Il faut noter que dans le souci de rapprocher d'avantages les médecins et les patients, le Ministère de la Santé Publique a mis sur pied un ensemble de solutions digitales appelé « CamerooneHealth ». Il permet au médecin de se focaliser sur les soins et de se défaire du fardeau des charges administratives contribuant ainsi à améliorer son efficacité ainsi que la qualité des soins.

Il est construit pour répondre aux besoins de tous les hôpitaux et cliniques au Cameroun avec un environnement de développement bien adapté qui assure à la solution « CamerooneHealth » la portabilité et la connectivité pour fonctionner virtuellement et sur toutes les plateformes matérielles standard, avec la sécurité des données rigoureuses et la récupération facile en cas d'une défaillance du système. Cameroon eHealth est aussi doté d'un puissant module de gestion du dossier médical électronique qui permet à chaque patient de créer gratuitement son compte à partir de l'adresse www.cameroonehealth.com et d'avoir accès à une large gamme de fonctionnalités telles que la prise de rendez-vous, le feedback relatif à une visite médicale, le calculateur de risque, le rapport médical, la seconde opinion, ...

C'est une plateforme web et mobile, français et anglais, qui marque la révolution dans le système de gestion de soins au Cameroun.

Priorité 3 - Élaboration d'un cadre légal et réglementaire d'offre de soins palliatifs et de fin de vie accessible à tous.

L'évolution de certaines maladies transmissibles ou non et le vieillissement de la population sont liés à des maux physiques et sociaux divers parmi lesquels : la stigmatisation, marginalisation abandon, maltraitance physique, morale et psychologique qui finissent par flétrir la sacralité humaine et de la vie. D'où la nécessité d'encadrer légalement ces moments de la vie qui ont aussi toute leur importance. Et la prestation des soins de palliatifs devrait être intégrée dans la **Stratégie Sectorielle de Santé** (SSS). Dans la préface du draft de la SSS 2016-2027, le MINSANTE déclare :

L'Assemblée Générale des Nations Unies, a adopté le 12 décembre 2012, la résolution A/67/L.36, en faveur de la couverture sanitaire universelle. Cette résolution " *Invite les États Membres à adopter une démarche multisectorielle et à traiter les déterminants de la santé par secteur en intégrant, au besoin, la santé dans toutes les politiques, tout en tenant compte de ses déterminants sociaux, environnementaux et économiques, afin de réduire les inégalités dans ce domaine et de favoriser le développement durable*".

L'objectif global de cet axe stratégique selon la **SSS 2016-2027** est de développer des capacités institutionnelles dans 80% des districts pour un accès durable et équitable des populations aux soins et services de santé. Pour y parvenir, il sera nécessaire :

- (i) de réduire d'au moins un tiers les paiements directs des ménages à travers une politique de financement équitable et durable ;
- (ii) d'assurer la disponibilité des infrastructures, des équipements et des paquets de services selon les normes dans 80% des districts de santé, des régions, ainsi qu'au niveau central d'ici 2027 ;
- (iii) d'augmenter de 50% la disponibilité des médicaments et autres produits pharmaceutiques de qualité ainsi que leur utilisation d'ici 2027 ;
- (iv) d'ici 2027, de renforcer le SNIS et la recherche opérationnelle en santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Priorité 3	
Mesures	<p>07- Établir un cadre légal et réglementaire des soins palliatifs et de fin de vie, ceci afin :</p> <ul style="list-style-type: none"> • de rendre contraignant la prestation des soins palliatifs et de fins de vie, • de classifier les soins palliatifs selon le milieu et le prestataire, • de normaliser l'offre de soins palliatifs, • bâtir un cadre éthique d'offre de soins palliatifs, • rendre les soins palliatifs accessibles pour tous, hommes, femmes, enfants, jeunes, personnes âgées.
	<p>08- Mettre à la disposition des intervenants en soins palliatifs des guides pratiques cliniques ainsi que des outils nécessaires pour l'identification des besoins et l'offre des soins indispensables.</p>
	<p>09- Que la Commission Nationales des Soins Palliatifs ou son équivalent si il existe déjà s'assure au niveau des districts de santé de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la création d'un service de soins palliatifs et de fin de vie, • l'élaboration d'un programme local des soins palliatifs, • la mise à jour et l'application d'un code éthique,

	<ul style="list-style-type: none"> • du développement et la capacitation des compétences du personnel médical sont réguliers.
10-	Définir les modalités nécessaires pour que les directives médicales anticipées soient accessibles et les faire connaître.

Les points faibles enregistrés en recherche opérationnelle dans le cadre de l'évaluation interne de la **SSS 2001-2015** en santé sont :

- le non-respect du cadre réglementaire légal existant régissant la pratique de la recherche en santé au Cameroun ;
- l'insuffisance des ressources financières allouées au fonctionnement des instances de régulation et le sous-financement des activités de recherche par les structures publiques et privées ;
- la faiblesse dans la planification, la coordination, le suivi et l'évaluation des activités de recherche en santé au MINSANTE ;
- l'absence d'une liste nationale des priorités de recherche en santé ;
- une faible culture de la recherche, du suivi et de l'évaluation ; la faiblesse en matière de diffusion des résultats de la recherche, de disponibilité des bases factuelles fiables et d'utilisation des résultats de recherche dans la prise de décision en santé.

Pour cela, il faudrait :

- le renforcement du cadre institutionnel de la recherche opérationnelle en santé ;
- le renforcement de la régulation par la création d'un Comité National d'Éthique en Santé Humaine et d'un cadre de concertation en matière de recherche en santé à travers la CCSSRS (Commission Consultative Scientifique et Stratégique pour la Recherche en Santé Humaine);
- l'existence de structures et outils de mise à disposition et de vulgarisation des données sanitaires et résultats de la recherche en santé, notamment le CDBPS (Centre de Développement de Bonne Pratique en Santé) et le CDNSS (Centre de Documentation Numérique du Secteur Santé).
- Et c'est dans cette logique que rentre la présente priorité.

Priorité 4 – Assurer la formation continue des professionnels de santé et la sensibilisation des populations dans l'encadrement et le suivi des personnes désirant les soins palliatifs.

Toute personne sachant lire est potentiellement capable d'offrir des soins palliatifs basiques. Et le milieu où les soins palliatifs sont le plus réalisés c'est dans la famille, à domicile. La contribution à l'offre des soins palliatifs doit être intégrative et participative. Ainsi, tout le monde devrait être sensibilisé, formés dans l'identification des besoins en soins palliatifs, autant il devrait être apte à offrir les soins palliatifs basiques.

L'objectif ici est d'augmenter de 50% la disponibilité et la qualité des **RHS** de qualité dans 80% des districts de santé, des régions, ainsi qu'au niveau central d'ici 2027 ;

Priorité 4		
Me	11-	L'amélioration des compétences passe par : <ul style="list-style-type: none"> • la définition des paramètres permettant d'ajuster la formation initiale aux besoins ac-

	<p>tuels et concevoir cette formation en tenant compte des différents profils,</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'introduction de l'initiation en soins palliatifs dans les programmes des Ministères en Charges de la Formation Professionnelle, la Santé Publique, l'Enseignement Supérieur, les Enseignements Secondaires, l'Éducation de Base etc... • la mise en œuvre d'un plan de développement des compétences dans tous les établissements hospitaliers. • La transcription des stratégies en soins palliatifs en langues nationales pour sensibiliser la majorité des populations.
12-	<p>Promouvoir l'excellence des pratiques pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> • mettre à la disposition des équipes de soins palliatifs et de fin de vie des guides pratiques cliniques et d'autres outils normalisés, • s'assurer que des ordonnances collectives et des protocoles relatifs au domaine des soins palliatifs et de fin de vie sont élaborés, • s'assurer que tous les intervenants professionnels s'approprient les normes en soins palliatifs, • inclure dans les programmes des formations sanitaires une procédure permettant de déterminer le niveau d'intensité de soins de concert avec le malade et ses proches. • s'assurer que les intervenants en soins palliatifs bénéficient du soutien approprié dans leur pratique professionnelle.
13-	<p>Le développement de la recherche afin de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • ressortir les caractéristiques des personnes désirant les soins palliatifs, • encourager et soutenir les projets sur l'organisation des services en soins palliatifs, • faire des soins palliatifs un domaine de recherche prioritaire, • susciter les collaborations entre formations sanitaires, district de santé etc.

Le risque ici serait la réticence des professionnels intervenant dans des formations hospitalières à rentrer se faire former, car en le faisant, ils subissent des contraintes et certaines des pertes du fait de n'être pas présent à leur lieu de travail, ou alors de n'être pas libre du tout, sans oublier que leur équilibre familial peut pâtir de leur absence. Par conséquent il faudrait trouver des mesures compensatoires pour inciter les professionnels à renforcer leurs capacités en soins palliatifs.

Priorité 5 – Créer un Fonds National de Solidarité.

La prestation des soins palliatifs est couteuse pour l'achat des médicaments, la rémunération des personnels de santé qui parfois sont des prestataires privés, la prise en charge des bénévoles et parfois l'acquisition d'appareillage.

Or tout le monde n'a pas toujours les moyens financiers nécessaires pour couvrir ces différents besoins financiers. D'où la nécessité d'offrir un appui financier aux personnes désirant les soins palliatifs et leurs proches.

Priorité 5	
Mesures	<p>14- Faciliter la prise en charge financière des soins palliatifs et de fin de vie, pour cela il faut :</p> <ul style="list-style-type: none"> • élaborer des stratégies d'approvisionnement du Fonds (Entreprises, agent public ou privé, impôts, commune, etc. • classifier les catégories de personnes pouvant être assistés, • classifier les affections pour lesquels les appuis peuvent être donnés, • rendre accessible les soins palliatifs à tous.
	<p>15- S'assurer de la fluidité et de la traçabilité des appuis accordés,</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • en produisant un canevas d'études des dossiers d'appui, • pour s'assurer que les bénéficiaires sont véritablement ceux qui en ont besoin,
	16-	Ériger des antennes locales du Fonds dans tous les districts de santé afin de : <ul style="list-style-type: none"> • décentraliser l'étude et la sélection des dossiers des personnes nécessitant les soins palliatifs à accompagner, • suivre facilement les appuis accordés, • inclure les services sociaux locaux dans l'octroi des appuis.
	17-	Produire un canevas procédurier pour l'octroi des appuis afin de : <ul style="list-style-type: none"> • préciser les intervenants et les délais d'études des dossiers, • apporter un appui financier efficace au malade et leurs proches.

La difficulté qui peut se présenter ici est la réticence des uns et autres à contribuer volontairement au Fonds National de Solidarité, alors, celui-ci étant une structure étatique, l'État peut consacrer son existence et sa création par voie légale autant que la contribution et le bénéfice des avantages dudit Fonds. Il sera question d'effectuer un bon plaidoyer.

Priorité 6 – Créer une Commission Nationale des Soins Palliatifs.

La particularité des soins palliatifs et de fin de vie impose un suivi tout particulier, ainsi, au-delà de l'implication de la communauté, il est nécessaire de suivre et d'évaluer au quotidien l'implémentation des soins palliatifs et de veiller au respect des normes et règles y afférentes.

La faiblesse du système de suivi-évaluation : les progrès dans le système de santé ont été peu documentés. L'absence d'un plan intégré de suivi-évaluation en est l'une des causes. Par ailleurs, les valeurs de départ et certaines valeurs cibles des indicateurs de suivi de la SSS échue n'ont pas été renseignées, ce qui a rendu leur suivi difficile. En outre, leur nombre était pléthorique. *Le déficit dans l'anticipation et la gestion des risques du fait de l'absence d'un plan de gestion des risques* : il n'a pas été possible d'anticiper les entraves structurelles et conjoncturelles à l'atteinte des résultats de la stratégie ; cela a entraîné une attitude plus réactive que proactive des acteurs de mise en œuvre de la stratégie échue. *Le déficit de la mise en œuvre des mécanismes de redevabilité* : peu de mécanismes de redevabilité des acteurs étaient mis en place ou étaient fonctionnels ; ce qui a constitué l'une des causes d'inefficacité. D'où la présente stratégie prioritaire.

Priorité 6		
Mesures	18-	S'assurer de l'application et du suivi des normes relatives aux soins palliatifs,
	19-	Veiller et s'assurer à l'implémentation des soins palliatifs dans tous les districts de santé
	20-	Veiller à l'implication des populations dans l'offre basique des soins palliatifs.
	21-	Publier périodiquement un état sur la qualité, les types et la catégorie des soins palliatifs basé sur des indicateurs de suivis clairement définis.

Celle-ci peut rencontrer des difficultés dans son opérationnalisation et même dans sa création ; cela doit se faire par voie réglementaire, tout comme sa composition, son organisation et son fonctionnement. Du moins, elle devrait comporter toutes les catégories de personnes intervenant dans l'offre des

soins palliatifs, des antennes locales. Ses membres pouvant être des personnes physiques ou morales qui interviennent dans l'offre, l'élaboration ou la planification des soins palliatifs et de fin de vie.

CONCLUSION

Le présent plan de développement des soins palliatifs et de fin de vie représente une composante cruciale d'un plan visant l'amélioration des services et des soins offerts en ce qui concerne les soins palliatifs au Cameroun.

Ses objectifs sont l'érection d'une politique nationale des soins palliatifs, ces derniers étant désormais considérés comme un droit humain et l'amélioration de l'offre des soins palliatifs et de la qualité de vie des malades un devoir.

Avec l'évolution l'amélioration de l'espérance de vie et l'accroissement des maladies liées à la modernité, les besoins en soins palliatifs, si pour l'instant ne sont pas encore tellement perceptibles par le commun des camerounais va tout de même croissant au vu des personnes vivant avec les maladies chroniques lors du 3^{ème} recensement général de la population et de l'habitat. Il y a donc lieu de faire des projections nécessaires pour la prise en charge future des besoins en soins palliatifs et de fin de vie, autant sur les plans financiers et sanitaires, en érigeant les règles et principes y afférents.

Les mesures proposées dans le présent plan de développement s'inscrivent dans le cadre de la planification stratégique pour mieux répondre aux besoins des populations. Ces mesures visent également à soutenir les intervenants qui travailleront dans le domaine des soins palliatifs, à préciser le cadre de l'offre des soins palliatifs dans le respect de la dignité et du choix des personnes ayant un besoin y relatif ou approchant à la fin de leur vie.

L'atteinte des objectifs poursuivis ne sera possible qu'avec la prise en compte de la participation de toutes les populations, le Cameroun devrait offrir à celles-ci une gamme de soins et de services d'une qualité optimale, prenant en compte les aspects sanitaires, moraux, sociaux, spirituels, psychologiques, en favorisant la participation des citoyens à l'amélioration des soins palliatifs et de fin de vie. Afin que «le Cameroun, soit un pays où l'accès universel aux services de santé de qualité soit assurée pour toutes les couches sociales à l'horizon 2035, avec la pleine participation des communautés». L'objectif général est de contribuer au développement d'un capital humain sain, productif et capable de porter une croissance forte, inclusive et durable.

À cet effet, trois objectifs spécifiques ont été identifiés :

- (i) Renforcer les capacités institutionnelles, communautaires et la coordination dans le domaine de la promotion de la santé ;
- (ii) Améliorer le cadre de vie des populations dans les districts de santé ;
- (iii) Renforcer les aptitudes des individus et des communautés.

Il sera question de réduire, la proportion des personnes présentant les facteurs de risque des maladies. Pour ce faire, l'accent sera mis sur :

- (i) le renforcement de la surveillance et de la prévention des maladies dans les districts de santé ;
- (ii) la réduction d'au moins de l'incidence/prévalence des principales maladies non-transmissibles.

Bibliographie

- (s.d.). Récupéré sur scores2000.info: <http://www.scores2000.info/article-dr-ananfah-que-pensez-vous-des-soins-palliatifs-au-cameroun-108932331.html>
- BUCREP. www.bucrep.cm.
- Cardiologie tropicale*. (s.d.). Consulté le 02 15, 2018, sur <http://tropical-cardiology.com/Accueil/index.php/en/2013-08-10-06-44-55/volume-n-145/177-prevalence-et-mortalite-des-maladies-cardiovasculaires-en-milieu-hospitalier-camerounais-cas-de-deux-hopitaux-de-referenc-de-la-ville-de-yaounde>
- DIMI, E. C. (2011, Mars 17 - 19). Vieillessement de la population dans les pays du sud. *Situation socioéconomique des personnes âgées au Cameroun*. Meknès, Maroc.
- http://poledfn.org/wp-content/uploads/2013/08/dossier_interventions.pdf. (s.d.). Consulté le 3 19, 2018
- Ministère de la Santé Publique. (2016). *STRATEGIE SECTORIELLE DE SANTE 2016-2027*. Yaoundé: MINSANTE.
- Ndjepel, J., Ngangue, P., & Elanga, E. V. (2014). *CAIRN.INFO*. (S.F.S.P, Éditeur) Consulté le Mai 13, 2018, sur <https://www.cairn.info>: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2014-HS-page-35.htm>
- onsp.minsante*. (s.d.). Consulté le Mai 05, 2018, sur Observatoire National de la Santé Publique: <http://onsp.minsante.cm/eHealth-mHealth>
- Québec, G. d. (2015). *Soins palliatifs et de fin de vie (Plan de développement 2015-2020)*. Québec: La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- UNICEF (Éd.). (s.d.). unicef.org/cameroon. Consulté le mai 16, 2018, sur unicef.org: https://www.unicef.org/cameroon/french/hiv_aids.html