

Améliorer l'Accueil et la Prise en Charge dans les Services d'Accueil des Urgences (SAU) des Hôpitaux Nationaux et Régionaux au Cameroun

Rapport complet

+ Cette note d'information comprend:

- Une description d'un problème du système de santé
- Des options viables pour résoudre ce problème
- Des considérations de mise en œuvre de ces options

✗ Cette note ne contient pas de recommandations

- Cette note ne donne pas de recommandations quant à l'option à adopter

Février 2013

For Best Practices in Health

CDBPS-H

Pour des Bonnes Pratiques en Santé

SURE
Supporting the Use of Research Evidence

EVIPNet
EVIDENCE-INFORMED POLICY NETWORK

Cette Note d'Information Stratégique a été rédigée par le Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé (CDBPS), l'équipe camerounaise de l'initiative EVIPNet - Evidence Informed Policy Networks - de l'Organisation Mondiale de la Santé.

Audience de la Note d'Information Stratégique (NIS)

Les décideurs et gestionnaires, leurs collaborateurs et les autres parties prenantes intéressées par la prise en charge des urgences en milieu hospitalier.

Pourquoi cette NIS a-t-elle été rédigée?

Cette NIS a été préparée pour éclairer les délibérations sur la réforme de l'accueil et de la prise en charge des urgences en milieu hospitalier, en fournissant une **synthèse des données probantes** relatives à l'accueil approximatif et à la mauvaise qualité des soins dans les services d'accueil des urgences dans les hôpitaux ainsi qu'aux options pour y faire face.

Qu'est-ce qu'une NIS?

La NIS synthétise les **données probantes globales** issues de la recherche (des revues systématiques *) et les **données locales** pour éclairer la prise de décision et les délibérations sur la réforme des urgences de santé.

*Qu'est-ce qu'une revue systématique ?

Un résumé d'études qui répond à une question clairement formulée et qui utilise des méthodes systématiques et explicites pour identifier, sélectionner et juger de manière critique les études pertinentes. Les données de différentes études sont extraites et peuvent être analysées ensemble grâce aux techniques de méta-analyses.

Résumé d'orientation

Les données probantes présentées dans ce Rapport Complet sont disponibles sous la forme d'un [Résumé d'orientation](#), plus succinct.

Auteurs

Habiba Garga, MD, MPH
Chercheure, Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé
Hôpital Central de Yaoundé, Cameroun
Email: habyg@yahoo.com

Pr Pierre Ongolo-Zogo, MD, MSc
Chef du Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé
Hôpital Central de Yaoundé, Cameroun
Email: pc.ongolo@gmail.com

Adresse pour le courrier

Pr Pierre Ongolo-Zogo, B.P 5604 Yaoundé – Cameroun

Contributions des auteurs

HG et POZ ont conçu la démarche, HG a recherché les données probantes et formulé le contexte et les options et les considérations de mises en œuvre. POZ a révisé les versions successives du document.

Conflits d'intérêts

HG et POZ sont auteurs d'une des études ayant fourni des données de contexte. Un atelier consultatif initial, la recherche systématique de données probantes et les échanges avec le demandeur ont permis de garantir l'objectivité de la description du problème et du choix des options de cette note.

Remerciements

Cette Note d'Information Stratégique a été préparée avec l'appui du projet SURE - Supporting the Use of Research Evidence (SURE) for policy in African health systems project. SURE est financé par le 7ème programme-cadre de la Commission Européenne, subvention de recherche n° 222881 de l'Union Européenne. Le sponsor n'avait pas de responsabilité dans la rédaction, la révision ni la validation du contenu de cette Note d'Information Stratégique.

Les personnes suivantes ont apporté des commentaires utiles lors de la rédaction de cette Note d'Information Stratégique : *l'équipe de recherche du Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé: Dr David Yondo, Dr Marie-José Essi, Dr Lawrence Mbuagbaw et Dr Jean Serge Ndongu.*

Nous aimerions remercier également les personnes suivantes, pour leurs suggestions et commentaires : *Dr Pierre Malongté, Association des Médecins Urgentistes du Cameroun ; Dr Rhona Mijumbi, REACH ; Dr André Zida, Burkina-Faso ; Dr Jean Chrysostome Gody, République Centrafricaine.*

Référence suggérée

Habiba Garga, Ongolo-Zogo P. Améliorer l'accueil et la prise en charge des urgences dans les hôpitaux nationaux et régionaux au Cameroun. Note d'Information Stratégique SURE. Yaoundé, Cameroon : CDBPS, 2013.

www.evipnet.org/sure



SURE – Appuyer l'utilisation des bases factuelles de la recherche (SURE) dans la stratégie des systèmes de santé en Afrique – est un projet concerté qui se fonde sur et vient en appui au Réseau **EVIPNet** en Afrique ainsi qu'à l'Initiative stratégique **REACH** relative à la santé communautaire en Afrique de l'Est. SURE est financé par le 7ème programme-cadre de la Commission Européenne.

www.evipnet.org/sure



CDBPS - Le Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé est une unité de recherche créée en 2008 au sein de l'Hôpital central de Yaoundé. Il vise à promouvoir l'application et l'échange des connaissances en vue d'améliorer la santé en Afrique. Le CDBPS a pour missions de permettre aux chercheurs en santé de collaborer avec les décideurs. Cette initiative souhaite aider les chercheurs en collectant, synthétisant, et disséminant les synthèses de bases factuelles pertinentes sous forme plus digeste, accessible et utilisable pour la plupart des intervenants à divers niveaux. Le CDBPS se propose également de soutenir les décideurs en offrant des opportunités de renforcement des capacités, en mettant à leur disposition des synthèses de bases factuelles et en identifiant les besoins ainsi que les lacunes des bases factuelles dans la pratique.

www.cdbph.org



Le Réseau **EVIPNet** favorise l'utilisation des résultats de la recherche en santé dans la formulation des politiques et programmes. En s'intéressant davantage aux pays à revenus faibles et moyens, EVIPNet favorise – au niveau local - les partenariats entre les décideurs, les chercheurs et la société civile dans le but de faciliter le développement et la mise en œuvre des stratégies par l'utilisation des meilleures bases factuelles scientifiques disponibles.

www.evipnet.org

Préface

L'objectif de cette note d'information stratégique

L'objectif de cette note est d'informer les délibérations entre décideurs et parties prenantes. Elle résume les meilleures données probantes disponibles, au sujet des options stratégiques et des considérations de leur mise en œuvre, pour améliorer l'accueil et la prise en charge des urgences dans les hôpitaux nationaux et régionaux au Cameroun.

Cette note a été rédigée pour servir de document de travail lors d'un forum délibératif regroupant les personnes *responsables* du développement de politiques de santé, ainsi que les parties concernées par ces politiques. De plus, ce rapport a pour finalité d'informer d'autres parties prenantes intéressées. Son but n'est pas de recommander ou de proscrire des options ou des stratégies de mise en œuvre mais plutôt de permettre aux parties prenantes *d'examiner* de manière systématique et transparente les données probantes disponibles sur les effets éventuels des options stratégiques *pour améliorer l'accès aux soins d'urgence de qualité*.

Comment ce rapport est structuré

Le résumé d'orientation de ce rapport présente les messages-clés et fait la synthèse de chaque section du rapport complet. Bien que ceci engendre une certaine redondance d'information, le résumé adresse la contrainte que toutes les cibles de cette note n'auront pas forcément assez de temps pour lire le rapport complet.

Comment ce rapport a été rédigé

Cette note d'information stratégique rassemble les données probantes globales (des revues systématiques) et les données probantes locales pour informer les délibérations sur *l'amélioration de l'accès aux soins d'urgence de qualité*. Nous avons recherché des données probantes pertinentes pour décrire le problème, les effets des options pour adresser le problème, les barrières à leur mise en œuvre, et les stratégies pour surmonter ces barrières. Nous avons particulièrement recherché des revues systématiques pertinentes sur les effets des options et des stratégies de mise en œuvre. Nous avons combiné les informations extraites des revues systématiques incluses et des données d'autres études et documents pertinents.

Limites de ce rapport

Cette note d'information stratégique est basée sur les revues systématiques disponibles. Pour les options pour lesquelles nous n'avons trouvé de revues systématiques récentes, nous avons essayé de combler les lacunes grâce à d'autres documents, à des recherches ciblées, des échanges avec des experts, et la validation par des relecteurs externes.

Synthétiser des données probantes requiert des jugements critiques sur les données à inclure, sur leur qualité, sur la manière de les interpréter et de les présenter. Bien que nous ayons essayé d'être transparents sur ces jugements, ce rapport comporte inévitablement des jugements provenant des auteurs des revues incluses et des auteurs de cette note.

Pourquoi nous nous focalisons sur les revues systématiques

Les revues systématiques des données de recherche constituent une source de données probantes plus appropriée pour la prise de décision que se fonder sur les études les plus récentes ou les plus célèbres.^{1,2} Nous définissons les revues systématiques comme des revues de la littérature scientifique qui ont une question explicite, une description claire de la stratégie de recherche *documentaire*, une précision sur les types d'études inclus et exclus, une évaluation critique de la qualité des études incluses, et un processus critique et transparent d'interprétation des résultats des études incluses dans la revue.

Les revues systématiques présentent de nombreux avantages.³ Premièrement, ils réduisent les risques de biais lors de la sélection et de l'interprétation des résultats d'études. Ils réduisent le risque d'erreurs dues au hasard lors de l'identification des études à inclure, ou le risque de se limiter à une portion de données probantes pertinentes. Troisièmement, les revues systématiques fournissent une évaluation critique des études disponibles et place les études individuelles ou les sous-groupes d'études dans le *contexte* de toutes les données probantes pertinentes. Enfin, elles permettent aux *lecteurs* d'évaluer les jugements faits pour la sélection des études, ainsi que la collecte, l'analyse et l'interprétation des résultats.

Bien que l'expérience pratique et les données anecdotiques puissent également aider à informer les décisions, il est important de garder à l'esprit les limites des descriptions de succès (ou d'échecs) de cas isolés. Ils pourraient être utiles pour comprendre le problème, mais ils ne fournissent pas de données fiables sur les effets probables des options stratégiques.

Doute n'implique pas indécision ou inaction

Beaucoup des revues systématiques incluses dans cette note concluent qu'il n'y a « pas assez de données ». Malgré tout, les décideurs doivent prendre des décisions. Les doutes sur les effets potentiels des décisions stratégiques n'impliquent pas que les décisions et des actions ne peuvent ou ne devraient pas être prises. Cependant, ceci suggère la nécessité de planifier rigoureusement le suivi et l'évaluation lors de la mise en œuvre des politiques.⁴

“Que ce soit d'un point de vue politique, en termes de rendre compte à ceux qui financent le système, ou d'un point de vue éthique, en termes de s'assurer que vous faites la meilleure utilisation possible des ressources disponibles, l'évaluation est absolument essentielle.”

(Julio Frenk, 2005, ancien Ministre de la Santé, Mexico)⁵

Messages-clés

Le problème

- Au Cameroun, les usagers des services d'accueil des urgences (SAU) notamment dans les hôpitaux régionaux et nationaux (1^o, 2^o et 3^o catégories) autant que les soignants se plaignent de la faible accessibilité et de la mauvaise qualité des soins qui y sont délivrés ; ces plaintes sont régulièrement relayées par les médias.
- Une enquête dans les SAU de Yaoundé montrait un taux de satisfaction de 51,5% en 2011.
- Les usagers et les soignants identifient entre autre facteurs sous jacents : (i) les insuffisances et la démotivation du personnel hospitalier affecté dans les SAU, (ii) une organisation approximative des procédures de travail responsable d'un surmenage du personnel et, (iii) la faible valeur accordée à la qualité des soins traduisant les insuffisances dans la formation du personnel.
- Les conséquences sont : (i) l'allongement des délais de prise en charge et des durées d'hospitalisation (plus de 24h pour 65% des usagers) ; (ii) une augmentation des coûts directs médicaux (109.237FCFA en moyenne à Yaoundé) ; (iii) de nombreuses complications et séquelles ainsi qu'une forte mortalité.

Options stratégiques

- **Option 1** : Mettre en place un programme national de gestion coordonnée des SAU et une instance nationale de régulation des SAU pour améliorer l'efficacité et l'efficacé.
- **Option 2** : Mettre en œuvre la Démarche Qualité dans les SAU après l'adoption d'un référentiel pour les soins d'urgence.
- **Option 3** : Améliorer les compétences, les conditions de travail et la motivation du personnel des SAU.

Considérations relatives à la mise en œuvre

- **Acceptabilité** : les options sont légitimes, elles relèvent de la responsabilité de l'autorité publique de corriger les défaillances décriées par les usagers et les soignants.
- **Obstacles** : (i) rareté de ressources financières ; (ii) résistances au changement ; (iii) rareté des ressources humaines formées ; (iv) impréparation des acteurs à séparer les fonctions de régulation, de prestation, de facturation et d'inspection/audit.
- **Coûts** : les faiblesses du système national d'information sanitaire de gestion ne permettent pas d'estimer les coûts de cette réforme.
- **Stratégies** : (i) élaboration participative de la réforme et communication ciblée pour sensibiliser les usagers et les soignants sur la réforme ; (ii) plaidoyer auprès des administrations concernées et des partenaires pour la mobilisation des ressources financières additionnelles ; (iii) renforcement du système d'information sanitaire de gestion.

Le problème : le mauvais accueil des usagers dans les SAU

Contexte

Cette note d'information stratégique a été préparée à la demande de la Direction de l'Organisation des Soins et de la Technologie Sanitaire dans le but d'informer les délibérations sur la réforme des Services d'Accueil des Urgences (SAU) des hôpitaux, prescrite par Monsieur le Premier Ministre, Chef du Gouvernement à la suite de nombreuses plaintes des usagers et matérialisée dans les feuilles de route 2011 et 2012 du Ministère de la Santé Publique sous forme d'actions visant à humaniser l'accueil des patients et améliorer leur prise en charge précoce adéquate dans les SAU. Cette entreprise requiert d'accroître à la fois leur accessibilité géographique, financière et socioculturelle ainsi que la qualité des soins et services. Si les patients parvenant dans les SAU ont vaincu l'obstacle de la distance, la barrière financière et les défis de l'interaction avec l'équipe soignante demeurent des points d'achoppement. La présente note d'information stratégique se focalise sur les aspects humains de l'accès et de la qualité des soins d'urgence, et une autre aborde l'accessibilité financière des SAU.

Quel est le problème ?

L'accès aux soins de qualité est l'un des défis majeurs de tout système de santé, et le besoin devient plus patent et pressant en situation d'urgence lorsque le pronostic vital est en jeu. Au Cameroun, les populations se plaignent régulièrement des conditions d'accueil et de soins dans les SAU : ces plaintes mettent en exergue la remise en question du droit à la santé inscrit dans la Constitution de 1996 et de l'accès universel aux soins urgents. L'écoute des usagers des SAU de Yaoundé révélait en 2011 un taux de satisfaction globale de l'ordre 51% et de 54,7% quant à l'accueil. Les délais d'accueil et de prise en charge sont longs. L'état de santé de l'utilisateur ne préoccupe que très peu les soignants tant que les frais de cession n'ont pas été acquittés. L'accueil manque de chaleur humaine, les agressions verbales sont fréquentes de la part des soignants avec parfois même des cas de refus de consulter ou de traiter des patients (Habiba, 2011). La présence de la famille ou d'un tiers est absolument nécessaire pour payer les frais ou aller acheter les médicaments en pharmacie hospitalière ou en officine privée. L'information sur les procédures et les capacités d'accueil des SAU n'est ni disponible ni accessible aux usagers. Le séjour aux urgences représente pour près d'un usager sur cinq (18,9%) une expérience franchement désagréable, au point où un quart des usagers ne prévoit pas retourner dans le même SAU (Habiba, 2011). La qualité des soins offerts est jugée médiocre par les soignants eux-mêmes et les conduites diagnostiques et thérapeutiques sont laissées à l'initiative des personnels soignants en l'absence de normes ou de protocoles (CDBPS, 2011).

Comment est-il venu au devant de la scène ?

Si l'insatisfaction des usagers et de leurs familles est explicite dans la presse grand public, les magazines, les enquêtes de satisfaction effectuées dans les SAU, les rapports d'activités et de gestion des catastrophes, le problème n'est pas nouveau. La Stratégie Sectorielle de la Santé 2001-2015 actualisée en 2009 prescrit d'améliorer la prise en charge des urgences et assurer de manière proactive un développement des infrastructures et équipements pour la riposte contre les urgences, épidémies et catastrophes y compris la prise en charge des accidents liés au transport (Minsanté, 2009). De même, l'amélioration des soins d'urgence constitue une priorité de la réforme hospitalière engagée depuis 2003 (Balique, 2003). Le diagnostic posé sur les hôpitaux camerounais concernait particulièrement les SAU, qui sont des unités des plus visibles et des plus sensibles. La prise en compte du problème par le Premier Ministre, par sa prescription d'engager des actions visant à humaniser l'accueil des patients et améliorer leur prise en charge précoce adéquate dans les SAU constitue une circonstance favorable à sa résolution.

Quelle est l'ampleur du problème ?

Dans les SAU de Yaoundé, 21% des patients sont reçus immédiatement, 41,1% le sont dans les 30 minutes et 80% dans l'heure suivant leur arrivée. Seulement 70,3% bénéficient d'un traitement dans cet intervalle de temps (Habiba, 2011). Ces retards contribuent au taux élevé (20,3%) de mortalité à 10 jours (Binam, 2001).

La durée de séjour dans les SAU est prolongée : 10% des usagers y passent moins d'une heure contre 65% qui y restent plus de 24 heures. Dans un CHU tunisien, les patients attendaient en moyenne 14 minutes pour être reçus, 73% des patients n'y passaient pas plus d'une heure et 97%, pas plus de quatre heures (Jarrar, 2005).

La satisfaction des usagers des SAU de Yaoundé varie entre 31 et 100% avec une moyenne de 51,5%. Les hôpitaux publics, et surtout de référence qui devraient produire les meilleurs soins sont les moins bien perçus contrairement à la plupart des hôpitaux privés et hôpitaux de district. Les récriminations portent notamment sur : (1) la lenteur dans les soins ou la négligence (36%), (2) le comportement désagréable et insolent (28%), (3) l'indisponibilité (10%), (4) le coût élevé des soins et la conditionnalité du paiement préalable à la prise en charge (12%), (5) l'insalubrité des locaux (8%) et, (6) le manque d'information (7%) (Habiba, 2011). Ces constats n'ont presque pas variés depuis 2003, date de l'initiation de la réforme hospitalière : retards à la prise en charge des urgences, insuffisances de qualité quant à l'accueil, relations humaines à l'égard des usagers et coûts des soins élevés, alourdis par des cas de paiements illicites (Balique, 2003).

D'une manière générale, l'organisation de l'offre de soins d'urgence est approximative, les référentiels de soins n'existent pas, et le système de référence est non fonctionnel. Les usagers ayant recours aux SAU ne sont pas toujours des patients présentant de véritables urgences médicales ou chirurgicales.

Les conséquences du problème

Sur le plan physique, les entraves à l'accès effectif aux soins d'urgence précoces et adéquats engendrent des complications et séquelles et augmentent la mortalité. L'absence d'un triage systématique permettant une évaluation objective du degré de gravité rend impossible la priorisation optimale des patients. En l'absence de normes ou de protocoles, les conduites diagnostiques et thérapeutiques manquent d'homogénéité et deviennent approximatives et dépendantes de l'expérience des personnels en service ; cette variabilité et cette subjectivité peuvent occasionner des délais et des errements diagnostiques et thérapeutiques. Les délais de prise en charge entraînent des complications et allongent les durées d'hospitalisation qui à leur tour accroissent les coûts financiers inscrivant ainsi les usagers dans une véritable spirale vicieuse.

La majorité des usagers (59,9%) trouve le coût des soins élevés, avec plus de 5% qui avouent n'avoir pas pu couvrir près de la moitié de leurs prescriptions (Habiba, 2011). En l'absence d'un système d'assurance maladie (moins de 1% de la population dispose d'une assurance maladie), ces coûts sont à la charge quasi-exclusive des familles et ménages. Le niveau de ces coûts est tel que les dépenses de soins dans un SAU sont considérées catastrophiques pour une large majorité de ménages.

Cadre conceptuel des soins d'urgence de qualité dans les SAU

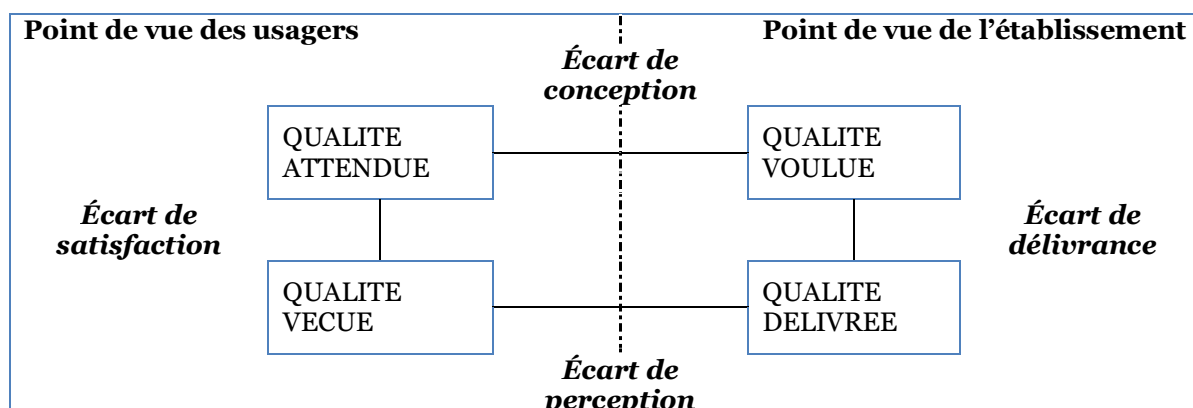
L'urgence est toute circonstance médicale aiguë, qui, par son apparition brutale ou son évolution rapide, induit ou laisse supposer un risque vital ou pour l'intégrité physique du patient si un traitement n'est pas entrepris rapidement (Carpentier, 2001). Porte d'entrée des patients dans le système hospitalier et relai de la phase pré-hospitalière de prise en charge des urgences, le SAU est chargé d'accueillir et de procurer les premiers soins à tout patient présentant une urgence médicale ou chirurgicale, réelle ou ressentie. Il évalue les patients puis les stabilise et les oriente vers les services adaptés pour des soins plus spécifiques.

Des soins d'urgence de qualité intègrent la notion de délai d'accueil et de prise en charge : immédiat pour les extrêmes urgences, 6 heures pour la première urgence et 24 heures pour la deuxième urgence. Le respect des délais suppose l'absence de préalable financier aux soins en urgence. En plus de la diligence, la qualité de l'accueil et de la prise en charge dans les SAU comporte des composantes objectives et subjectives.

La qualité des soins est la capacité de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques, lui assurant le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science, au meilleur coût, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, résultats et contacts humains à l'intérieur du système de soins (OMS, 1982 ; Hurlimann, 2001). Ainsi, la satisfaction des usagers et la qualité des services sont fondamentalement liées, et les six dimensions des soins de qualité

comprennent : efficacité, efficience, accessibilité, acceptabilité, centré-patient, équité et sécurité (Flodgren, 2011).

En tenant compte des points de vue des acteurs – patients, familles et soignants, il est important de distinguer quatre types de qualité : (1) la qualité attendue par le patient, qui traduit ses besoins et son expérience antérieure du service ; (2) la qualité perçue ou vécue, qu’expérimente le patient et qui dépend à la fois de la qualité attendue et de la qualité délivrée ; (3) la qualité voulue, formulée par l’établissement de santé sous forme de critères explicites qui permettent d’apprécier la conformité des prestations et ; (4) la qualité délivrée, celle que reçoit réellement le patient.



Schématisme de la qualité dans le domaine des services et adaptée à la santé
Adaptation du cycle de la qualité, AFNOR, (Sambuc, 2005)

L'écart de conception [Attendue -Voulue], l'écart de perception [Perçue - Délivrée] et l'écart de satisfaction [Perçue - Attendue] peuvent être réduits par l'écoute des patients. Quant à l'écart de délivrance [Délivrée - Voulue] relevant du domaine de la recherche de conformité, il peut être assuré par les démarches d'amélioration des processus et de résolution de problèmes (Grenier, 1998 ; ANAES, 2002). Pour cela, l'existence d'un référentiel et de données de mesure de la qualité sont indispensables.

Quels en sont les facteurs sous-jacents ?

Les raisons évoquées sont entre autres : (i) la gestion approximative des faibles effectifs de ressources humaines formées à la prise en charge des urgences ; (ii) les conditions de travail déplorables notamment l'indisponibilité des médicaments et consommables et l'état du plateau technique qui concourent à la démotivation et sont des sources de frustration des soignants affectés dans les SAU. La faible rémunération, l'insuffisance de la supervision et la rareté des incitations sont également à prendre en compte.

En ce qui est de la gestion approximative des faibles effectifs de personnel formé à la prise en charge des urgences, le Cameroun comptait 24 médecins urgentistes en 2002 tous regroupés à Yaoundé et Douala (Binam, 2002), cette situation a évolué quelque peu avec la formation diplômante mise en place à la faculté de médecine et des sciences biomédicales de l'université de Yaoundé 1 mais interrompue par manque de financement. La grande majorité des personnels

exerçant en SAU, tant médicaux que paramédicaux, n'a pas toujours reçu de formation spécifique. L'effectif limité des soignants ploie sous la charge de travail du fait de la disparité voire l'absence d'organisation, de référentiels et de procédures de travail notamment de triage et circuits du malade, de protocoles d'accueil et de soins. Ceci aggrave le surpeuplement relatif des SAU, l'inefficience et la démotivation du personnel.

Enfin, l'insuffisante prise en compte du patient serait liée à la médiocrité de la communication, à l'absence de formation aux notions de qualité des soins, à l'absence de normes de conduites et de système d'évaluation des pratiques.

Idéalement, l'accès universel aux soins d'urgence est garanti à tous les usagers par un personnel qualifié et motivé, des infrastructures et équipements appropriées, des médicaments disponibles, et une coordination et un management orientés vers la prise en charge opportune des principales urgences médicochirurgicales.

Deux axes de changements susceptibles d'améliorer la satisfaction des patients et mieux répondre à leurs attentes sont la transformation des services et/ou du comportement des professionnels vis-à-vis des patients (Grenier, 1998 ; ANAES, 2002).

En bref

Au Cameroun, **problème d'accès aux soins de qualité, surtout en urgence**. De nombreuses plaintes relayées par les média concernent les conditions d'accueil et de prise en charge des urgences, notamment dans les hôpitaux nationaux et régionaux. Le taux de satisfaction des usagers pour les SAU de Yaoundé de 51,5% et de 54,7% pour l'accueil.

Selon les usagers et les soignants, **les principaux facteurs sous jacents sont** : l'insuffisance et attitudes du personnel hospitalier - Personnel démotivé ; les problèmes d'organisation des procédures de travail - Personnel débordé ; et la faible notion de qualité des soins - Personnel peu outillé.

Les conséquences sérieuses sont: l'allongement des durées d'hospitalisation : plus de 24h pour 65% ; une augmentation des coûts directs médicaux: 109.237FCFA en moyenne dans la ville de Yaoundé ; des complications et séquelles ainsi qu'une mortalité élevée.

Trois options stratégiques

Les trois options stratégiques suivantes découlent de la description du problème et de ses facteurs sous-jacents, des délibérations de la consultation sur les urgences organisés par la DOSTS en 2011 (CDBPS, 2011) et des données probantes issues des revues systématiques et des études de cas disponibles dans la littérature scientifique.

Les options sont interdépendantes et consistent chacune à une association d'interventions. Elles répondent à l'absence de référentiels pour les SAU, aux insuffisances du personnel des SAU et à la nécessité de prendre en compte au quotidien la notion de qualité de l'accueil et des soins dans les SAU.

Option stratégique 1

Mettre en place un programme national de gestion coordonnée des SAU et une instance nationale de régulation pour améliorer l'efficacité et l'efficience.

Le programme national de gestion coordonnée des SAU

Il s'agit d'une réforme du cadre réglementaire et opérationnel des SAU qui permettrait une standardisation et une normalisation de la gestion des SAU prenant en compte les six fonctions essentielles du système de santé définies par l'Organisation Mondiale de la Santé : la gouvernance, le financement, les ressources humaines, l'information sanitaire, la technologie sanitaire et la prestation des soins et services afin de garantir l'accès universel à un paquet de soins urgents dans les hôpitaux de référence régionale et nationale sans exigence financière préalable. En pratique, la réforme redéfinirait la structuration administrative, technique et financière des services de prise en charge des urgences à la fois dans leurs composantes extrahospitalière et hospitalière. Ce cadre renouvelé de gouvernance définirait la liste des urgences médico-chirurgicales, l'organisation, le fonctionnement des SAU et la qualité des prestations i.e. l'opérationnalisation de la phase pré hospitalière, des SAU- entités spécialisées ancrées dans les hôpitaux mais avec une autonomie de gestion : planification des ressources, approvisionnement, financement, évaluation, assurance qualité, régulation, système de référence et contre référence tenant compte de la pyramide sanitaire.

Le programme organiserait ainsi l'approvisionnement en technologies et médicaments nécessaires pour la prise en charge des urgences pour en réduire les prix d'achats et réduire les ruptures de stock. Le programme disposerait d'un système d'information sanitaire de gestion propre et assurerait ainsi la gestion des ressources mobilisées pour améliorer la performance des SAU à travers une mutualisation des ressources et une rationalisation des efforts notamment en

termes de renforcement des capacités humaines, de relèvement des plateaux techniques et d'approvisionnement groupé en médicaments et consommables essentiels.

Le programme pourrait être organisé avec des agences régionales, unités opérationnelles avec une structure centrale légère chargée de la définition des normes et procédures, des achats et de répartition des ressources financières soit par capitation (un montant alloué per capita) afin de contenir la dépense soit sur la base de la performance (nombre de cas pris en charge).

L'agence de régulation des SAU

Il s'agit de créer une structure scientifique autonome chargé de l'élaboration et du suivi de la stratégie nationale de gestion technique des soins d'urgence pour en garantir les normes et standards de qualité. Cette option se fonde sur l'expérience de la Haute Autorité de Santé française (HAS, 2011) et l'ex-Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) en France.

La mission de l'agence de régulation serait de : (i) définir et d'actualiser la qualité voulue pour les soins d'urgence par l'élaboration d'un référentiel de l'accueil et des soins dans les SAU, véritable manuel de normes et procédures spécifiques fondées sur les données probantes, qui précisera les missions des SAU et les rôles de chaque intervenant, les moyens mis à leur disposition, et leur fonctionnement ; (ii) contrôler la conformité de la qualité délivrée dans les SAU en évaluant leur fonctionnement et l'observance par le personnel des protocoles grâce aux audits et supervisions ; (iii) veiller à la coordination avec le système de référence et la prise en charge extrahospitalière et (iv) accréditer les SAU.

Cette agence devrait jouir d'une autonomie financière et d'une indépendance scientifique avec des procédures explicites de gestion de conflits d'intérêts, de rigueur scientifique dans la prise de décision fondée sur les données probantes, et de transversalité (HAS, 2011). Constituée d'un collège d'experts et de comités spécialisés comprenant des représentants des usagers, à l'instar des équipes Systemic Quality Improvement (SQI), l'agence pourra solliciter l'expertise de collaborateurs ou d'agences externes en cas de besoin.

Option stratégique 2

Mettre en œuvre la Démarche Qualité au sein des SAU après l'adoption d'un référentiel pour les SAU et les soins d'urgence

Pour garantir et maintenir une qualité optimale de l'accueil et des soins dans les SAU, il est impératif de créer une dynamique permanente d'évaluation et d'amélioration de leur fonctionnement. La mise en œuvre de la Démarche Qualité ou Amélioration Continue de la Qualité au sein des SAU permettrait de résoudre les problèmes de qualité spécifiques à chaque SAU. En articulant le fonctionnement des SAU autour de la roue de Deming et en mettant en

place des équipes Qualité, il est possible d'organiser l'écoute des usagers et d'auditer la qualité des soins et services à l'échelle locale. De plus, la systématisation du triage, le développement et l'adoption de protocoles d'accueil, de diagnostic et de soins en urgence permettent d'améliorer la satisfaction des usagers et des soignants.

La Démarche Qualité est une stratégie de gestion de la qualité basée sur l'amélioration des processus et des systèmes. Il s'agit d'une approche recourant de manière systématique à la « roue de Deming » ou « cycle PDCA »: Planifier-Développer-Contrôler-Ajuster (Engels, 2006), pour résoudre les causes locales d'une détérioration de la qualité des soins (Brennan, 2009) dans le but d'une plus grande satisfaction des patients « en termes de procédures, résultats et contacts humains » (Hurlimann, 2001).

Cette démarche comporte des préalables qui sont notamment : (i) une définition claire de la qualité voulue afin de servir de base lors de la mesure des améliorations et permettre de prendre en compte tous les aspects de l'organisation des SAU et les spécificités techniques de la prise en charge médicochirurgicale sous forme de normes, de procédures et de protocoles, c'est-à-dire un référentiel définissant les normes en matière de ressources humaines, infrastructurelles, matérielles, financières et temporelles - personnel soignant et d'appui, équipements et infrastructures minimum, médicaments et consommables essentiels ; (ii) la mise en place d'équipes Qualité multidisciplinaires au niveau national et au sein de chaque SAU pour initier et soutenir les projets d'amélioration (Engels, 2006). Un état des lieux spécifique du SAU identifie alors ses forces et faiblesses, en mesurant la qualité grâce à l'écoute de la « patientèle » et un audit qualité (Fourcade, 2000), la phase « Planifier » définit les objectifs et les interventions d'amélioration selon la nature du problème, les priorités et les ressources du service, d'où la flexibilité de la Démarche Qualité ; la phase « Développer » met en œuvre et monitore la mise en œuvre ; la phase « Contrôler » évalue l'atteinte des objectifs et la phase « Ajuster » analyse les conclusions permettant de faire évoluer les objectifs et/ou les méthodes (Glasgow, 2010).

La mise en œuvre de la Démarche Qualité est porteuse d'effets positifs. L'expérience dans les SAU parisiens soutient la faisabilité et l'efficacité de l'audit qualité. Sur la base d'une série préétablie de critères et normes et en un jour, une équipe de trois enquêteurs formés – médecin, directeur d'hôpital, gestionnaire de qualité – a évalué chaque SAU par des entrevues, l'analyse du circuit du patient, des procédures et de la documentation (Fourcade, 2000). De même, la mise en place d'un Comité Qualité grâce à des sessions de formation et de coaching par un facilitateur améliore de manière significative la gestion des soins de santé primaires au bout une période d'un an aux Pays Bas (Engels, 2006). Une autre stratégie efficace de changement de comportement est l'association d'une auto-évaluation de la pratique à une formation du personnel sur l'amélioration de la qualité.

Un contexte organisationnel favorable et une stratégie de mise en œuvre rigoureuse sont nécessaires pour faciliter l'adoption de la Démarche Qualité, la continuité de son utilisation et l'atteinte de ses résultats (Brennan, 2009). Le contexte organisationnel peut constituer un

handicap à sa mise en œuvre, dans ses dimensions stratégique, technique, culturelle ou structurelle (Wardhani, 2008).

Une revue systématique confirme l'efficacité de la Démarche Qualité et identifie entre autres stratégies pour faciliter sa mise en œuvre, quelque soit le cadre de soins : l'implication de l'équipe dirigeante, le travail d'équipe et la participation, l'adoption de processus de gestion, la satisfaction et la focalisation sur le patient, la gestion des ressources, une culture et un comportement favorables au sein de la formation sanitaire, l'amélioration continue, et la formation et l'éducation (Taliba, 2011). Selon l'expérience turque, la plupart de ces éléments sont significativement corrélés à la performance technique et financière (Dilber, 2005).

L'évaluation du coût de la mise en place d'une Démarche Qualité dépend des stratégies utilisées. Pour une enquête de satisfaction, le calcul devrait tenir compte de l'investissement en temps et des coûts matériels pour la planification, l'élaboration, l'administration et l'analyse du questionnaire, pour l'incitation des collaborateurs à participer, et le cas échéant, du soutien externe pour l'évaluation des questionnaires (Nikolic, 2010). Ces coûts supplémentaires d'une démarche d'Amélioration Continue de la Qualité efficace se justifient par son utilité, l'amélioration de la satisfaction des soignants et des patients.

Les lacunes en information quant à l'application de la Démarche Qualité dans notre contexte requièrent qu'une attention particulière soit portée au suivi - évaluation aux fins d'opportuns réajustements, partie intégrante du cycle PDCA.

La définition des procédures et protocoles adaptés aux urgences permettra de mieux gérer la charge de travail en fluidifiant le flux des usagers. Les stratégies prouvées efficaces sont : (1) la systématisation du triage, (2) la simplification du circuit du malade et des procédures administratives, (3) le développement et l'adoption de protocoles d'accueil, de diagnostic et de soins en urgence.

La systématisation du triage

Le triage est cardinal dans un SAU car il permet de donner la priorité aux cas graves et de diminuer l'attente initiale (Jarrar, 2003). Plusieurs outils standardisés d'évaluation du degré de gravité i.e. Classification Clinique des Malades des Urgences (CCMU), Echelle de Triage et de Gravité (ETG), Cape Triage Score (CTS) sont validés. La mise en œuvre du CTS en Afrique du Sud a permis par exemple de relever la satisfaction des soignants quant à la qualité du triage de 53,3% à 93,3%. Le succès des outils de triage exige plus d'infirmières dans les SAU, une amélioration de la communication entre médecins et infirmières et le soutien clair de la direction de l'hôpital (Augustyn, 2009). Il est essentiel d'adopter un outil identique au sein d'un système de santé afin de garantir une définition uniforme des cas.

Le triage peut être réalisé par un médecin généraliste et/ou une infirmière. Des revues systématiques de bonne qualité, réalisées dans des pays développés, ont prouvé l'efficacité de

renforcer le poste de triage. Une infirmière de triage pour réaliser les demandes d'examens a permis par exemple de réduire la durée de séjour de 37 minutes notamment devant les suspicions de fractures. De plus, le recours à une infirmière améliore la satisfaction des patients et des médecins, la qualité des soins et le travail en équipe. En termes de coût-efficacité, le triage est avantageux : le recours aux infirmières déjà en place, la formation complémentaire très courte (1-4 heures) sur le triage avancé et l'absence de risque particulier (Rowe 1, 2011).

Le recours à un médecin de liaison au poste de triage s'est révélé efficace avec une réduction identique de la durée de séjour, ainsi qu'un gain de 30 minutes par patient sur le temps d'évaluation médicale, permettant ainsi de fluidifier le circuit du patient et la décongestion des SAU. La qualification et le rôle du médecin étaient variables. Il pouvait dans certains cas présenter l'avantage du « see and treat » : examiner et traiter d'emblée les cas mineurs (Rowe 2, 2011). Le coût de cette intervention n'est pas connu, mais une évaluation économique a jugé qu'adjoindre un médecin généraliste dans les SAU était une intervention coût-efficace pour réduire de manière significative la durée de la prise charge et accroître la satisfaction des patients sans incidence sur la qualité diagnostique (Bosmans, 2012).

Pour faire face à la pénurie de médecins urgentistes, la substitution par des infirmières formées est une stratégie viable et efficace permettant de gérer les cas peu urgents et peu graves dans les SAU urbains surchargés. Une revue systématique américaine de qualité acceptable montre que la substitution a permis de réduire de manière significative les délais d'attente de 56 à 30 minutes et la durée moyenne de séjour tout en améliorant la qualité de la communication avec les usagers. De plus, la substitution accroît la satisfaction des usagers sans altération de la qualité des soins en comparaison avec les résidents notamment pour le respect de protocoles, les références, la tenue des dossiers. Toutefois, dans le contexte des études, cette substitution revenait plus chère que l'emploi des résidents, et pouvait empêcher le remboursement du coût des soins par les assureurs (Carter, 2007).

Fixer une limite formelle à la durée de séjour et/ou aux temps d'attente dans les SAU a été adopté dans certains pays développés comme mesure accompagnatrice ou stratégie d'amélioration de la qualité et de la performance des SAU publics (Tenbenseel, 2009). Ceci pourrait également être intégré comme indicateurs de performance dans les normes et protocoles des SAU.

Les interventions rapportées ci-dessus ayant été menées dans des pays développés, une vérification de leurs effets et coûts dans le contexte camerounais par un suivi - évaluation rigoureux s'avère indispensable.

Le développement et l'introduction de protocoles d'accueil, de diagnostic et de soins en urgence

Malgré le faible niveau des preuves, une revue systématique a montré que le développement et l'introduction des protocoles de soins améliore la pratique clinique et les résultats des soins

(Barton, 1999). L'utilisation systématique des protocoles des soins a notamment permis une forte régression de la mortalité et d'autres complications (Marinopoulos, 2007 ; Rotter, 2010), de la durée du séjour et du coût des soins (Barton, 1999 ; Rotter, 2010), ainsi qu'une amélioration de la tenue des dossiers (Rotter, 2010).

L'élaboration de protocoles doit être méticuleuse, pour garantir leur qualité, leur applicabilité et leur coût-efficacité. Ces protocoles peuvent être développés sous forme d'itinéraires cliniques, plans structurés de soins pluridisciplinaires basés sur les données probantes et précisant les étapes essentielles de la prise en charge de patients ayant un problème clinique spécifique (Rotter, 2010). La mise en place de telles méthodes dans les SAU, notamment pour les 35 conditions urgentes fréquentes identifiées (CDBPS, 2011), améliorerait la qualité des soins, en termes de rapidité et de sécurité, et la maîtrise des coûts de prise en charge (WHO/EHT/CPR, 2007), tout en posant les jalons d'une démarche d'Amélioration Continue de la Qualité.

Quant au protocole d'accueil, il guide les actions et attitudes du personnel en vue d'améliorer l'écoute, la communication et l'assistance aux usagers, et de prévenir ainsi les écarts de conduite et les situations d'agressivité. Il est assorti d'une affiche/ dépliant à l'attention des usagers qui précise le fonctionnement d'un SAU (Cuenin, 2011), tels que les étapes du circuit du malade, la priorisation selon la gravité, les facteurs influant sur les délais et l'orientation vers les lieux de prise en charge ou d'attente. Des modèles de circuit de malade et des descriptions de tâches existent pour les Hôpitaux de District camerounais et pourraient être adaptés aux hôpitaux nationaux (Yondo, 2004).

L'adoption des guidelines est partie intégrante de tout système organisé, et leur dissémination est efficace pour améliorer la performance des professionnels de santé avec des effets modérés. Une revue systématique (Grimshaw, 2004) de qualité acceptable a identifié entre autres stratégies efficaces de mise en œuvre de protocoles l'audit avec feedback, la distribution de documents de formation ou la combinaison des deux. En plus des bénéfices attendus, le choix d'une stratégie devra tenir compte des besoins identifiés, des ressources nécessaires, de sa faisabilité, des contraintes et facilitateurs attendus.

La distribution de documents de formation imprimés requiert le moins de ressources et est éprouvée efficace auprès de médecins de pays développés (Farmer, 2008). Quant à l'audit de la performance clinique suivi d'un feedback au personnel, son efficacité est avérée avec des effets faibles à modérés. Son efficacité est d'autant plus grande que le niveau d'observance de base aux protocoles est faible, le feedback intensif et impliquant activement les professionnels, tout en leur donnant une responsabilité dans le changement souhaité (Jamtvedt, 2006 ; Prior, 2008). Des réunions formatives peuvent également améliorer ces effets.

Option stratégique 3

Améliorer les compétences, les conditions de travail et la motivation du personnel des SAU

Renforcer les capacités du personnel des SAU

Il s'agit d'accroître les compétences spécifiques de prise en charge des urgences du personnel affecté dans les SAU depuis la formation initiale jusqu'aux sessions de recyclage en passant par la supervision formative.

La carence actuelle en personnel spécialisé est criarde. Des formations diplômantes de prise en charge des urgences ainsi que l'introduction de modules de prise en charge des urgences lors de la formation initiale des professionnels de santé sont nécessaires au même titre que leur recrutement et le recyclage du personnel déjà en service dans les SAU.

Les recyclages sont jugés efficaces pour améliorer les connaissances, la compétence et la qualification du personnel (WHO, 2006). Les approches de formation basée sur la pratique et appuyée par des supervisions cliniques régulières ou des audits avec feedbacks sont recommandées (Forsetlund, 2009 ; Jamtvedt, 2006 ; Charrier, 2008), pour leur efficacité technique et la réduction induite du temps de formation. Les stages intensifs courts (Marinopoulos, 2007 ; Forsetlund, 2009) renforcent les capacités du personnel en service à gérer les urgences les plus fréquentes et les priorités locales telles que les protocoles et procédures de travail rapides et efficaces, l'écoute et l'éthique. Tout le personnel des SAU est concerné : médecins, infirmiers, personnel d'appui (brancardiers, ambulanciers, vigiles). A titre d'exemple, la formation des personnels paramédicaux et assimilés, dans le Nord de l'Irak et au Cambodge, a permis une réduction significative de la mortalité des suites d'accidents de la route (Husum, 2003).

La supervision formative faisant suite aux stages intensifs permet, lorsqu'elle est régulière et réalisée par des cadres compétents, de consolider les acquis, de promouvoir les Bonnes Pratiques, et de booster le moral des personnels (van Lonkhuijzen, 2010 ; Bosch-Capblanch, 2011 ; PATH, 2003).

Améliorer les conditions de travail et la motivation du personnel des SAU

L'amélioration des conditions de travail dans les SAU comprend des aspects matériels de l'environnement physique de travail et des incitations financières ainsi que des aspects immatériels de l'ambiance au sein de l'équipe soignante.

Dans les SAU, la mise à disposition d'un équipement diagnostique et thérapeutique adéquat ainsi que la disponibilité permanente et sans conditions des médicaments et consommables essentiels est incontournable pour que les soins d'urgence soient délivrés dans les plus courts délais. Un

cadre de travail avec des espaces de prise en charge adaptés (zones de triage et d'évaluation, salle de déchoquage, salles d'observation) et des zones d'attente réservées aux usagers sont nécessaires pour des soins optimaux. En plus, l'aménagement de salles de convivialité, de salles de gardes et de pauses permet au personnel des urgences d'avoir des moments de repos et de restauration bénéfiques.

La durée du temps de travail aux urgences est associée de manière proportionnelle à la mortalité et aux infections nosocomiales (Kane, 2007) et des conditions de travail « plus humaines » améliorent la performance et la motivation du personnel des SAU (CDBPS, 2011) tout en garantissant la sécurité des soins, en réduisant les taux d'erreurs médicales et en améliorant certains résultats des soins (Hickam, 2003).

Des incitations non financières renforcent également la motivation et l'éthique professionnelle des médecins et des infirmières. La sensibilisation du personnel par IEC ou feedback est coût-efficace notamment pour l'accueil, la communication et l'éthique (Harrington, 2004). De même, l'entretien du staff travaillant dans les SAU par une prise en charge médicale gratuite et un suivi psychologique régulier serait une motivation supplémentaire significative (CDBPS, 2011), en plus de réduire les absences pour maladie et la frustration du personnel. Les outils de management efficaces comprennent la supervision, un système de reconnaissance et de valorisation du travail accompli, et le développement de plans de carrière, avec opportunité de qualification supplémentaire, et l'octroi de bourses conditionnelles (Mathauer, 2006).

Selon une synthèse de revues systématiques, les motivations financières sont globalement efficaces dans l'amélioration des processus des soins, des références et admissions et même du coût des prescriptions (Flodgren, 2011) sans que ces résultats soient forcément généralisables ni pérennes (Scott, 2011).

Une revue systématique portant sur les pays à revenu faible et intermédiaire suggère que le mode de paiement des médecins affecte leur comportement, notamment leur performance quantitative (Witter, 2012). Les effets de cette intervention dépendent entre autres de la nature de l'intervention, du montant du paiement additionnel, du soutien technique, et du contexte organisationnel. Ainsi, pour compenser la pénibilité, la charge de travail, le coût réel de la vie et lutter contre la corruption « de survie », un système de primes d'exercice peut être envisagé (Mba, 2011), sous forme de rémunération au rendement.

En bref

Option stratégique 1: *Mettre en place un programme national de gestion coordonnée et une instance de régulation des SAU*

Option stratégique 2: *Mettre en œuvre la Démarche Qualité au sein des SAU après l'adoption d'un référentiel pour les SAU et les soins d'urgence*

Option stratégique 3: *Améliorer la compétence, les conditions de travail et la motivation du personnel des SAU*

Considérations de mise en œuvre

Acceptabilité des options

L'option n°1 est alignée à la légitimité de l'autorité publique à prendre des actions pour corriger les défaillances observées dans le fonctionnement des services publics. Les acteurs de l'accueil et de la prise en charge des urgences se plaignent du laisser-faire actuel. Certains qui profitent de la situation actuelle pourraient s'y opposer puisqu'elle signifie une restriction et un signal d'arrêt pour leurs activités déviantes propices aux abus et escroqueries.

L'option n°2 est techniquement viable puisque cette démarche constitue une approche déjà éprouvée dans les services hospitaliers notamment pour la planification familiale, les laboratoires etc.

L'option n°3 est une spécification des missions de renforcement des capacités déjà assumées par la direction des ressources humaines donc en continuité avec la politique gouvernementale actuelle, il s'agit par ailleurs d'une stratégie validée de renforcement du système de santé.

Barrières

Les options 1 et 2 sont des réformes opérationnelles qui sont potentiellement sujettes à la résistance au changement et la peur de la nouveauté. La méconnaissance de la régulation indépendante et autonome et la méfiance vis-à-vis de nouvelles institutions sont réelles. L'impréparation du secteur public de la santé à la séparation des rôles et responsabilités de régulation, inspection et de prestation ainsi que l'absence d'un code de normes et procédures pour les actes médicaux et médicosanitaires ; l'absence d'un système de facturation des actes médicaux et médicosanitaires à jour et l'absence d'une infrastructure d'homologation et d'accréditation des formations sanitaires et des soignants ; l'absence d'un cadre d'homologation des prix des actes et des médicaments sont autant d'obstacles (Preker & Velenyi, 2006). Les croyances locales privilégiant le recours à la médecine traditionnelle, l'ignorance et la corruption constitue des obstacles à considérer (Minsanté, 2009).

Coûts

Les options comportent des coûts fixes pour leur mise en œuvre qu'il est difficile d'estimer à priori en raison des insuffisances du système d'information sanitaire de gestion.

Stratégies

L'opérationnalisation des options 1 et 2 implique une réforme administrative clarifiant les fonctions de prestations des soins, d'inspection et de régulation. Assurer la réussite de cette réforme structurelle exige une sensibilisation patiente des acteurs, une collaboration multisectorielle gouvernementale et une approche partenariale public-privé en raison de la diversité des acteurs et des enjeux. Il s'agira de créer un cadre règlementaire relatif à : (i)

l'homologation et l'accréditation des formations sanitaires, des soignants et des technologies sanitaires ; (ii) la définition objective et pertinente des soins, services et médicaments essentiels et des modalités de leur remboursement ; (iii) la définition des normes et procédures de pratiques ; (iv) l'inspection du respect des normes de qualité de pratique et des prix des médicaments et actes médicaux ; (v) la formation et l'exercice des professions de la santé afin de contenir les dépenses de santé (Preker & Velenyi, 2006).

Tableau 1: Principales barrières à l'amélioration de l'accueil et des soins dans les SAU et stratégies pour les surmonter

Barrières éventuelles	Stratégies pour les surmonter
Option 1 : Mettre en place un programme national de gestion coordonnée des SAU et une agence de régulation des SAU pour améliorer l'efficacité et l'efficience	
Conflit de leadership avec les hôpitaux Absence de ressources financières Pénurie de ressources humaines	Elaboration participative de la réforme et sensibilisation des acteurs Plaidoyer auprès des administrations concernées et des partenaires Mobilisation des ressources additionnelles et renforcement des capacités
Option 2 : Mettre en œuvre la Démarche Qualité au sein des SAU après l'adoption d'un référentiel pour les SAU et les soins d'urgence	
Disparité de normes et référentiels Résistances aux changements Ignorance, Indiscipline Faible motivation du personnel Coûts additionnels en temps et en ressources financières	Adaptation consensuelle des modèles existants Elaboration participative de la réforme et sensibilisation des acteurs Renforcement des capacités Engagement du leadership hospitalier Responsabilisation des soignants Sanctions contre les indisciplinés
Option 3 : Améliorer la compétence, les conditions de travail et la motivation du personnel des SAU	
Pénurie des médecins urgentistes Pénurie des ressources financières	Recrutement ciblé Formation initiale Substitution des médecins par des infirmiers formés Plaidoyer et mobilisation de ressources additionnelles Suivi et évaluation rigoureux

Bibliographie

- ANAES (2002) Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé.
- Augustyn JE, Ehlers VJ & Hattingh SP (2009) Nurses' and doctors' perceptions regarding the implementation of a triage system in an emergency unit in South Africa, *Health SA Gesondheid* 14(1) DOI: 10.4102/hsag.v14i1.464
- Baker R, Camosso-Stefinovic J, Gillies C, Shaw EJ, Cheater F, Flottorp S, Robertson N (2010) Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 3:CD005470*.
- Balique H (2003) Rapport d'étape de la consultation d'appui à la réforme hospitalière au Cameroun. Yaoundé. Organisation Mondiale de la Santé, Ministère de la Santé Publique du Cameroun.
- Barton B (1999) Standardized perioperative care protocols and reduced length of stay after colon surgery. (V. M. Departments of Anesthesia and Surgery, Éd.)
- Binam F(2002) La carte sanitaire au Cameroun est elle compatible avec une prise en charge rationnelle des urgences ? *Med Trop*, 62 (3) : 251-255.
- Binam F(2001) Circuit de prise en charge des urgences au Cameroun: état des lieux dans un hôpital de la ville de Yaoundé. *Journal Européen des Urgences* 14 (4): 233-239.
- Boonyasai RT(2007) Effectiveness of teaching quality improvement to clinicians: a systematic review. *JAMA*, 298 (9): 1023-37.
- Bosch-Capblanch X (2011) Managerial supervision to improve primary health care in low- and middle-income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 9*
- Bosmans JE, Boeke AJ, Randwijck-Jacobze ME, et al (2012) Addition of a general practitioner to the accident and emergency department: a cost-effective innovation in emergency care. *Emergency Medicine Journal* 29(3):192-196.
- Brennan S, McKenzie J, Whitty P, Buchan H, Green S (2009) Continuous quality improvement: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 4*
- Carpentier F, Bleichner G. Critères d'évaluation des services d'urgences. Référentiel SFUM (2001) Société Francophone d'Urgences Médicales. www.sfmu.org/documents/ressources/referentiels/ref_mars2001.pdf] Consulté le 16.11.12
- Carter AJ, Chochinov AH (2007) A systematic review of the impact of nurse practitioners on cost, quality of care, satisfaction and wait times in the emergency department. *Canadian Journal of Emergency Medical Care* 9:286-95.
- CDBPS (2011) Rapport final - Atelier consultatif sur l'amélioration et l'humanisation de la prise en charge des urgences dans les Services d'Accueil des Urgences. DOSTS – MINSANTE, Yaoundé
- Charrier L et al (2008). Integrated audit as a means to implement unit protocols: a randomized and controlled study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 14, 847–853.
- Dilber M Bayyurt N, Zaim S, Tarim M. Critical factors of total quality management and its effect on performance in health care industry: a Turkish experience problems and perspectives in management (4), 2005 220-235.
- Engels Y (2006). The effects of a team-based continuous quality improvement intervention on the management of primary care: a randomized controlled trial. *Br J Gen Pract*, 56 (531): 781–787.
- Farmer AP, Légaré F, Turcot L, Grimshaw J, Harvey E, McGowan JL, Wolf F (2008). Printed educational materials: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 3:CD004398*.
- Flodgren G, Eccles MP, Shepperd S, Scott A, Parmelli E, Beyer FR (2011) An overview of reviews evaluating the effectiveness of financial incentives in changing healthcare professional behaviours and patient outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 7 CD009255*.
- Forsetlund L (2009) Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 2*.
- Fourcade A, Durieux P. (2000). Mise en place d'une démarche d'audit qualité des services d'accueil des urgences à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris. *Réanimation Urgences* 9 (3) : 162–168.
- Giani A (2011) Démarche qualité: l'élaboration de recommandations au sein d'un réseau de médecins. *Primary Care* 11 (16): 282-284.
- Glasgow JM, Scott-Caziewell JR, Kaboli PJ (2010) Guiding inpatient quality improvement: a systematic review of Lean and Six Sigma. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 36(12):533-40

- Grenier R (1998) La qualité des soins sous l'angle de la satisfaction des patients. Université de Montréal. 1998 [URL: <http://www.scinf.umontreal.ca/Cours/SOI6230/Documents/Grenier/201998.pdf>]
- Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, et al. (2004) Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technology Assessment* 8 (6):iii-iv.
- Habiba, G. (2011). Etude exploratoire du recours aux soins et de la perception de la qualité des services aux urgences des hôpitaux de Yaoundé. Mémoire de Santé Publique, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Yaoundé.
- Handel D (2011) Interventions to improve the timeliness of emergency care, consensus breakout session. *Academic Emergency Medicine* 18: 1295–1302.
- Harrington JN L (2004) Improving patients' communication with doctors: a systematic review of intervention studies. *Patient Educ Couns* 52 (1) : 7-16.
- HAS, Présentation de la HAS. 2011. [URL : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_452559/présentation-de-la-has] Consulté le 12.11.2012
- Hickam DH (2003) The effect of health care working conditions on patient safety. (O. H. 290-97-0018, Éd.) Evidence Report/Technology Assessment, AHRQ Publication (74).
- Hurlimann (2001). Approche conceptuelle de la qualité des soins. *ADSP*, 35:23-28.
- Husum H (2003) Rural prehospital trauma improve trauma outcome in low income countries: a prospective study from North Iraq and Cambodia. *Journal of trauma* 54: 1188-96
- Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brien MA, Oxman AD (2006) Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 2*. CD000259.
- Jarrar MS, Khlifi S, Ben Amor W, El afrit S, Ghannouchi S (2005) L'accueil et la durée de la prise en charge des patients au service des urgences du CHU Farhat Hached – étude prospective. *J Magh A Réa Méd Urg* 15 : 251-257. URL: <http://www.efurgences.net>
- Kane RL, Shamliyan T, Mueller C, Duval S, Wilt TJ. Nurse staffing and quality of patient care. 2007.
- Kobusingye OC (2005). Emergency medical systems in low and middle Income countries: recommendations for actions. 83, pp. 626-6.
- Marinopoulos SS (2007) Effectiveness of continuing medical education. Evidence report / technology assessment AHRQ Publication No. 07-E006. Agency for Healthcare Research and Quality (149), 590.
- Mathauer I, Imhoff I (2006) Health worker motivation in Africa: the role of non-financial incentives and human resource management tools. *Human Resources for Health* 4:24 doi: 10.1186/1478-4491-4-24
- Mba RM (2011). Maintenir la présence de personnels soignants dans les formations sanitaires rurales enclavées au Cameroun. Policy Brief, CDBPS, Yaoundé.
- Ministère de la Santé Publique. (2009). Stratégie Sectorielle de la Santé 2001-2015. Yaoundé.
- Mohamed HA (2006) Costumers satisfaction with health services provided by emergency departments of federal teaching hospitals, Khartoum 2005. *Sudanese Journal of Public health* 1 (3), 207-212.
- Nikolic V, Herren D (2010) Vue d'ensemble sur le rapport entre coûts et utilité pour les démarches qualité : Qu'apporte aux patients et aux médecins la démarche qualité? *Bulletin des médecins suisses* 91: 43 1679
- PATH. (2003). Programme pour la vaccination des enfants. Lignes directrices pour la mise en œuvre d'une supervision formative : un guide point par point accompagné d'outils d'aide à la vaccination. Seattle.
- Peikes D, Chen A, Schore J, Brown R. (2009). Effects of care coordination on hospitalization, quality of care, and health care expenditures among Medicare beneficiaries: 15 randomized trials. *JAMA* 301(6):603-618.
- Prior M, Guerin M, Grimmer-Somers K (2008). The effectiveness of clinical guideline implementation strategies—a synthesis of systematic review findings. *J Eval Clin Pract* 14(5):888-97
- Rotter TKL. (2010). Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs (Review). The Cochrane Collaboration.
- Rowe BH, Villa-Roel C, Guo X et al. (2011). The role of triage nurse ordering on mitigating overcrowding in emergency departments: A systematic review. *Academic Emergency Medicine* 18(12):1349-1357.
- Rowe BH, Guo X, Villa-Roel C, Schull M, Holroyd B, Bullard M, et al. (2011) The role of triage liaison physicians on mitigating overcrowding in emergency departments: A systematic review. *Academic Emergency Medicine*. 18(2):111-120.
- Sambuc R, Gentile S. Principes d'une démarche d'assurance qualité et évaluation des pratiques professionnelles. Faculté de Médecine de Marseille – Université de la Méditerranée. 2005. [URL : <http://medidacte.timone.univ-mrs.fr/webcours/Comite->

etudes/ItemsENC/sitelocal/disciplines/ niveaudiscipline/niveaumodule/Item11/Item11.htm] . Consulté le 16.11.12

Scott A (2011). The effects of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians. *Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 9*

Taliba F, Rahman Z, Azam M (2011) Best practices of total quality management implementation in health care settings. *Health Marketing Quarterly [Abstract] 28 (3):232-252. DOI:10.1080/07359683.2011.595643*

Tenbenschel T. Emergency department waiting time targets. Gütersloh, Germany: Health Policy Monitor; 2009.

van Lonkhuijzen L, Dijkman A, van Roosmalen J, Zeeman G, Scherpbier A (2010) A systematic review of the effectiveness of training in emergency obstetric care in low-resource environments. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology 117(7): 777-87.*

Wardhani V, Utarini A, van Dijk JP, Post D, Joan Groothoff JW (2008) Determinants of quality management systems implementation in hospitals. *Health Policy 18752866*

White DE, Straus SE, Stelfox HT et al (2011) What is the value and impact of quality and safety teams? A scoping review. *Implementation Science 6:97.*

WHO. (2006). Working together for health: World Health Report 2006. Geneva: World Health Organisation.

WHO/EHT/CPR. (2007). Best Practice Protocols Clinical Procedures Safety: WHO Surgical Care at the District Hospital 2003.reformatted. Recommendations, World Health Organization, Clinical Procedures Unit, Department of Essential Health Technologies, Geneva.

Witter S (2012). Paying for performance to improve the delivery of health interventions in low- and middle-income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*

Yondo D (2004). Circuit standard du malade : Hôpitaux de District, Centre de Santé Intégré et Centre Médical d'Arrondissement. Capitalisation. GTZ, Éd.)

Yondo D (2004). Processus des activités des Hôpitaux de Districts et assimilés, capitalisation. GTZ, Éd.

¹ Mulrow 1994. Mulrow CD. Rationale for systematic reviews. *BMJ 1994; 309:597-9*

² Bero 1997. Bero LA, Jadad AR. How consumers and policymakers can use systematic reviews for decision making. *Ann Intern Med 1997; 127:37-42.*

³ Lavis JN, Posada FB, Haines A, Osei E. Use of research to inform public policymaking. *Lancet 2004; 364:1615-21.*

⁴ Oxman AD, Bjørndal A, Becerra-Posada F, Gibson M, Gonzalez Block MA, Haines A, et al. A framework for mandatory impact evaluation to ensure well informed public policy decisions. *Lancet 2010; 375:427-31*

⁵ Moynihan R, Oxman AD, Lavis JN, Paulsen E. Evidence-Informed Health Policy: Using Research to Make Health Systems Healthier. Rapport Nr 1-2008. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2008.