

Améliorer l'Accessibilité Financière des Services d'Accueil des Urgences (SAU) dans les 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



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 **l'accessibilité financière des services hospitaliers d'accueil des urgences.**

Pourquoi cette NIS a-t-elle été rédigée?

Cette Note d'Information Stratégique a été préparée pour **éclairer les délibérations** autour des politiques de santé, en fournissant une **synthèse des données probantes** relatives au problème ainsi qu'aux options pour y faire face.

Qu'est-ce qu'une NIS?

La Note d'Information Stratégique 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 relatives aux politiques et programmes 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 exécutif

Les données probantes présentées dans ce Rapport Complet sont disponibles sous la forme d'un **Résumé exécutif**, plus succinct.

Auteurs

Ndongo Jean Serge, MD, MPH
Chercheur, Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé
Hôpital Central de Yaoundé, Cameroun
Email: njserge@yahoo.fr

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

JSN et POZ ont conçu la démarche, JSN 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

Aucun.

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 pour 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 préparation de cette Note d'Information Stratégique : *l'équipe de recherche du Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé: Dr David Yondo, Dr Laurence Mbuagbaw et Dr Habiba Garga.*

Référence suggérée

Ndongo JS, Ongolo-Zogo P. Améliorer l'accessibilité financière des services d'accueil des urgences (SAU) dans les hôpitaux nationaux et régionaux au Cameroun. Note d'Information Stratégique de 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 des décideurs et des 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'accessibilité financière des services d'accueil des urgences dans les hôpitaux nationaux et régionaux du Cameroun.

Cette note a été rédigée pour servir de document de travail lors du forum délibératif regroupant les responsables du développement de politiques de santé et les parties concernées par ces politiques. En plus, ce rapport a pour finalité d'informer d'autres parties prenantes désirant prendre part aux délibérations politiques. Il ne fait pas de recommandation ni ne proscrit une ou des options ou stratégies de mise en œuvre. Son but ultime est plutôt de permettre aux parties prenantes d'examiner de manière systématique et transparente les données probantes disponibles sur les effets éventuels de différentes options stratégiques, *pour améliorer l'accessibilité financière des services d'accueil des urgences*.

Comment ce rapport est structuré

Le résumé exécutif 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'accessibilité financière des services d'accueil des urgences*. 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 principalement 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 de ce rapport 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. Deuxièmement, 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 terme de rendre compte à ceux qui finance le système, ou éthique, en terme 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) des hôpitaux régionaux et nationaux (1^o, 2^o et 3^o catégories) autant que les soignants se plaignent de manière récurrente de leur inaccessibilité financière, plaintes abondamment relayées par les médias.
- Une enquête dans les SAU de Yaoundé en 2010-2011 a révélé que près de 60% des usagers trouvent les frais exigés avant les soins très élevés (109.237FCFA en moyenne).
- Les usagers et les soignants identifient comme facteurs sous jacents : (i) la pauvreté monétaire des usagers, (ii) le faible taux de pénétration des mécanismes assurantiels, (iii) la faillite du système actuel de préfinancement des soins en urgences par les ressources propres de l'hôpital, (iv) la rupture fréquente des stocks de médicaments qui impose le recours aux officines privées et, (v) la multiplicité des prescriptions du fait de l'absence de protocoles standardisés.
- Les conséquences sont entre autres : l'allongement des délais de prise en charge et des durées d'hospitalisation (plus de 24h pour 65% des usagers) ; une augmentation des coûts directs médicaux; l'appauvrissement de nombreux ménages au décours d'une véritable urgence médicale ou chirurgicale ; de nombreuses complications et séquelles ainsi qu'une forte mortalité.

Options stratégiques

- **Option 1** : Remplacer le paiement préalable pour les soins d'urgence par un système public de préfinancement : une assurance « urgences » universelle à travers un Fonds National pour les Urgences Hospitalières (FNUH).
- **Option 2** : Instaurer une taxe santé indépendante des salaires et adossée à la consommation afin de financer le FNUH.

Considérations relatives à la mise en œuvre

- **Acceptabilité** : les options sont alignées à la légitimité de l'autorité publique à corriger les défaillances observées dans le fonctionnement des services publics.
- **Obstacles** : (i) lenteurs administratives et législatives pour faire accepter la nouvelle taxe ; (ii) résistances au changement des gestionnaires d'hôpitaux
- **Stratégies** : (i) recyclage des gestionnaires d'hôpitaux ; (ii) plaidoyer auprès des administrations publiques et des partenaires sociaux ; (iii) approche participative lors de la conception de la réforme
- **Coûts** : les faiblesses du système d'information sanitaire de gestion ne permettent pas d'estimer les coûts de la réforme.

Le problème : l'inaccessibilité financière des Services d'Accueil des Urgences (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 (DOSTS) dans le but d'informer les délibérations sur la réforme des services hospitaliers d'accueil des urgences (SAU) prescrite par Monsieur le Premier Ministre, Chef du Gouvernement et matérialisée dans les feuilles de route 2011 et 2012 du Ministère de la Santé Publique qui prescrivent d'engager des actions visant à humaniser l'accueil des patients et améliorer leur prise en charge précoce adéquate dans les SAU. Ces derniers sont objet de récriminations récurrentes de la part des usagers en raison entre autres de la conditionnalité financière pour toute prise en charge, des longs délais d'attente, d'un accueil déshumanisé et des pratiques d'extorsion de fonds de la part de certains personnels soignants. Les soignants se plaignent des conditions de travail, des difficultés rencontrées par les usagers à s'acquitter des frais préalables à toute prise en charge, de l'absence de médicaments essentiels d'urgence dans les pharmacies hospitalières, de l'absence des protocoles de soins, et de la mauvaise qualité des soins délivrés. Cette note décrit l'ampleur, les facteurs sous jacents et les conséquences de l'inaccessibilité financière des SAU pour la large majorité des usagers ainsi que deux options fondées sur les bases factuelles et les considérations de mise en œuvre de ces options.

Quel est le problème ?

Le système de subvention croisée à partir des cessions onéreuses payées par les patients venant à l'hôpital pour les soins programmés est non fonctionnel. L'utilisateur des SAU est obligé de payer des frais préalablement à toute prise en charge quelque soit son état de santé (Balique, 2003). De plus, la prise en charge effective des patients en situation d'urgence est subordonnée à la présence de la famille ou tiers pour payer les frais de consultations, les frais d'examens diagnostiques et acheter les médicaments d'urgence à la pharmacie de l'hôpital ou en officine privée. Les frais exigés pour les soins en urgence ne sont pas prévisibles car les démarches diagnostiques et thérapeutiques dépendent de l'équipe soignante en service et il n'existe pas de protocoles standardisés (CDBPS, 2011).

Comment est-il venu au devant de la scène ?

À la suite de nombreuses interpellations, le Premier Ministre, Chef du Gouvernement a prescrit au Ministère de la santé publique dans ses feuilles de route 2011 et 2012 d'engager des actions pour humaniser l'accueil des usagers dans les SAU. L'insatisfaction des usagers et de leurs familles est explicite dans la presse grand public (Minsanté, 2009 ; Cameroon Tribune, 2010,

2011, 2012), les magazines, les enquêtes de satisfaction effectuées dans les SAU (Habiba, 2011), les rapports d'activités et de gestion des catastrophes (MINADT, 2006).

Par ailleurs, l'amélioration de la qualité de la prise en charge des urgences constitue une priorité de la réforme hospitalière engagée depuis 2003 (Baliq, 2003) et de la stratégie sectorielle de santé 2001-2015 actualisée qui retiennent comme priorités l'amélioration de la prise en charge des urgences et le 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).

Quelle est l'ampleur du problème ?

Les frais requis pour accéder aux SAU sont jugés inaccessibles par 59,9% des usagers des SAU selon une enquête menée à Yaoundé (Habiba, 2011). Le coût financier direct moyen des soins dans les SAU de la ville de Yaoundé est de 109.237 FCFA alors que moins de 60% des ménages vivent avec plus de 98.794 FCFA par mois (Habiba, 2011 ; INS, 2007 ; INS 2010). Ce coût moyen des soins représente quatre fois le salaire minimum garanti au Cameroun et 12 fois le prix observé dans le SAU d'un hôpital de référence au Burkina Faso (Habiba, 2011). Ces coûts sont considérés catastrophiques pour une large majorité de ménages qui doivent en assumer quasi exclusivement la charge en l'absence d'une assurance maladie. De plus, peu de patients sont capables de bénéficier d'un transport en urgence adéquat pour arriver au SAU puisque les coûts de recours à une ambulance sont jugés eux aussi élevés par les patients (au minimum 5000 FCFA). Plus de 5% s'avouent incapables de payer près de la moitié de leurs prescriptions (Habiba, 2011).

Les conséquences du problème

Sur le plan humain, les catastrophes sont physiques, mentales et financières. Les délais de prise en charge et les complications subséquentes prolongent les durées d'hospitalisation qui à leur tour accroissent les coûts financiers et rendent leur maîtrise impossible. 75,3% des usagers sont consultés dans l'heure suivant leur arrivée et 47,9% bénéficient d'un traitement dans cet intervalle de temps. Le taux de mortalité à 10 jours est de 20,3% (Binam et al, 2002a]. Les délais de prise en charge et l'absence de normes et protocoles standardisés accroissent les coûts accentuant la vulnérabilité des ménages. Les coûts à supporter par les ménages sont volatiles et la qualité des soins variable selon les soignants en service. Trente cinq conditions cliniques fréquentes et graves identifiées à l'issue de la consultation organisée par la DOSTS en 2011 constituent les principales causes de mortalité en l'absence de soins urgents obligeant ainsi les familles à déboursier d'importantes sommes d'argent cash. Le risque est accru de plonger ces dernières dans la pauvreté au décours d'un séjour dans un SAU.

Le manque de prévisibilité de la dépense liée aux soins est un facteur de stress qui influence négativement sur la satisfaction du patient ou de sa famille. La crainte engendrée par ces coûts exorbitants conduit certains ménages démunis à retarder (le cas des femmes enceintes) ou à

abandonner le recours à l'hôpital pour privilégier l'automédication ou le recours à la médecine traditionnelle (Commeyras & Ndo, 2002).

En l'absence d'analyses rigoureuses de la mortalité dans les SAU au Cameroun, les statistiques hospitalières révèlent un nombre croissant de décès dans les SAU. La mortalité maternelle est illustrative avec pour cause première les retards de recours aux soins appropriés pour les hémorragies, les infections et les complications de l'hypertension artérielle; une femme meure toutes les deux heures de suites des complications d'une grossesse ou d'un accouchement (UNFPA, 2011).

Quels sont les facteurs sous jacents ?

En effet, les arrêtés 005/MINSANTE du 15 Juillet 1994 et 030/MINSANTE/CAB du 21 Septembre 1999 prescrivent de manière tacite qu'une partie des cessions onéreuses payées par les usagers des hôpitaux, les recettes affectées soient allouées au fonctionnement des formations sanitaires notamment la prise en charge des urgences (consultations, examens complémentaires, médicaments d'urgence) mais ce système n'est que rarement opérationnel (Balique, 2003).

La pauvreté monétaire touche 39,9% de la population générale [12,2% en ville - 55% en zone rurale] qui vit en dessous du seuil de pauvreté estimé à 269 444 FCFA par an et par équivalent adulte (INS, 2010).

Le taux de pénétration des mécanismes de couverture du risque maladie est négligeable - moins de 1% de la population dispose d'une assurance maladie ou une mutuelle de santé (Nkoa & Ongolo-Zogo, 2009).

Les paiements directs au point de délivrance des soins sont la règle et représentent 94,8% des dépenses de santé par les ménages qui constituent plus de 75% des dépenses nationales de santé. Le paiement direct en tant que mécanisme d'achat des services au point de délivrance des soins limite fortement l'accès des populations aux soins de santé.

L'enquête menée auprès d'une quinzaine d'hôpitaux nationaux et régionaux montre une disparité des circuits du malade, une disparité des protocoles de soins voire leur absence, renforçant l'imprévisibilité des dépenses de soins ce qui favorisent le développement des « paiements en dessous de la table ».

Outre les dysfonctionnements structurels et opérationnels techniques, les conditionnalités financières apparaissent comme le principal motif de désagrément pour les patients et leurs familles. La prise en charge effective des patients parvenus dans les SAU est retardée car subordonnée à l'acquittement préalable des frais exigés et la nécessité d'une présence de la famille ou d'un tiers pour payer les frais pour examens diagnostiques et aller chercher les médicaments et consommables en pharmacie hospitalière ou en officine privée en raison des ruptures de stock fréquentes.

Cadre conceptuel du financement d'un service d'accueil des urgences

Le SAU est chargé d'accueillir et de fournir les premiers soins à tout patient qui s'y présente avec une urgence médicale ou chirurgicale. Cependant, au Cameroun comme partout ailleurs, les SAU connaissent une augmentation du nombre d'usagers ne présentant pas toujours une véritable urgence car nombre d'usagers choisissent souvent d'y aller pour être rapidement consultés pour diverses conditions sanitaires allant des soins non programmés, aux urgences ressenties en passant par de simples demandes de conseil médical.

L'urgence médicale ou chirurgicale se définit comme toute condition sanitaire aiguë - de survenance ou d'évolution brutale- qui induit ou laisse supposer un risque vital si un traitement n'est pas entrepris rapidement. Ces conditions sanitaires comportent entre autres les infections, les maladies non transmissibles, les complications obstétricales et les traumatismes. La prise en charge des urgences peut nécessiter des gestes de réanimation, une intervention médicale et/ou chirurgicale.

Quelque soit sa nature, l'urgence exige un délai court de réaction : immédiat pour les extrêmes urgences, 6 heures pour la première urgence et 24 heures pour la deuxième urgence. (Guegen, 1995 ; Huguenard & Larcan, 1988). Le bon circuit de prise en charge des urgences comporte à la fois les interventions rationnelles rapides aux phases extrahospitalière et hospitalière.

L'intervention extrahospitalière répond au mieux à la préoccupation du délai de la prise en charge dans les conditions optimales ; elle recourt aux services d'aide médicale urgente (transport médicalisé, premiers soins diagnostiques et thérapeutiques, matériel d'assistance cardio-respiratoire et pharmacie dotée de médicaments essentiels) pour gérer les urgences majeures et les détresses vitales. La notion de « golden hour » dans la prise en charge du traumatisé est essentielle à cette phase ; « l'heure d'or » détermine la suite de l'évolution du patient traumatisé. Otteni & Kempft constataient déjà en 1986 une augmentation significative de la mortalité des polytraumatisés du fait de l'absence des soins à cette phase. Quand le transport pré-hospitalier est approximatif ou manque de professionnalisme, les décès évitables avec des mesures simples et des procédures peu coûteuses surviennent inexorablement [Mock et al, 1998].

La collaboration pré-hospitalière et hospitalière est essentielle à la qualité des soins d'urgence et la préservation de la santé des usagers. À la phase hospitalière, le droit de tout patient à recevoir les soins de qualité dans les meilleurs délais et à un coût abordable devrait prévaloir en tant que finalité ultime du système médico-chirurgical d'urgence dont l'équité (la santé est considérée comme un bien public) et la satisfaction des usagers sont des valeurs cardinales. Il est de la responsabilité de l'Etat de garantir ce droit - l'accès universel - à tous les citoyens et à chaque citoyen selon ses besoins sans exclusion pour motif financier selon la Constitution de 1996.

Dans le contexte camerounais, les textes régissant les recettes affectées des hôpitaux prescrivent une subvention des soins d'urgence à partir des cessions onéreuses issus des consultations et des soins programmés mais progressivement les cessions onéreuses se sont imposées également dans

les SAU. Ce préalable financier et la récurrence des ruptures de stock dans les pharmacies hospitalières entravent le déroulement optimal de la prise en charge des vraies urgences médico-chirurgicales puisque par définition, l'urgence ne laisse pas le temps à la victime de se procurer suffisamment d'argent liquide ni à la famille de faire le tour de ville pour chercher les médicaments nécessaires au traitement spécifique.

En bref

Au Cameroun, l'accès aux services d'accueil des urgences et aux soins de qualité est devenu un bien de luxe. Seuls les nantis peuvent recevoir des soins urgents qui sont souvent retardés par les fréquentes ruptures de stock des médicaments et consommables dans les pharmacies hospitalières obligeant les familles à recourir aux officines privées.

Selon les usagers et les soignants, les facteurs sous jacents sont : la pauvreté monétaire, le faible taux de pénétration des mécanismes d'assurance maladie, l'imprévisibilité des coûts en relation avec l'absence de protocoles de soins.

Les conséquences sérieuses sont: l'allongement des durées d'hospitalisation (plus de 24h pour 65% des usagers), l'augmentation du coût des soins avec des coûts directs médicaux estimés à 109.237FCFA en moyenne dans la ville de Yaoundé, des complications et séquelles et un taux de mortalité élevé.

Deux options stratégiques

Les options stratégiques suivantes découlent de la description du problème et de ses facteurs sous-jacents, des délibérations de la consultation sur les urgences en 2011 (CDBPS, 2011) et des données probantes issues des revues systématiques et des études de cas disponibles dans la littérature scientifique. Les principes ayant guidé notre recherche documentaire étaient : l'accès universel et équitable en temps opportun au paquet de soins urgents essentiels, l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients dans les SAU, la protection individuelle contre le risque financier i.e. les dépenses catastrophiques de santé, l'appauvrissement des patients et des ménages à la suite des soins de santé ainsi que l'amélioration des indicateurs de santé (mortalité, morbidité, etc.) populationnelle. Nous avons revu les études de cas et les revues systématiques sur les stratégies ayant permis l'amélioration de l'accès universel aux soins urgents tout en assurant la protection des usagers contre le risque financier lors du recours aux soins.

Option stratégique 1

Remplacer le paiement préalable pour les soins d'urgence par un système public de préfinancement : une assurance «urgences » universelle à travers un Fonds National pour les Urgences Hospitalières (FNUH).

Abolition des frais préalables

Les études évaluant les effets des frais préalables sur le recours aux services de santé dans les pays à revenus faibles et intermédiaires (Lagarde & Palmer, 2006 ; Ridde & Morestin, 2010) concordent sur leur caractère délétère et les bénéfices de leur suppression dont l'amélioration de l'accès et du recours aux services préventifs et curatifs avec une évidence de qualité faible à modérée. Cette stratégie a été expérimentée avec succès en Afrique du Sud, au Cameroun, au Ghana, à Madagascar et en Ouganda (Mwabu & Wang'ombe, 1997 ; Witter et al, 2007 ; Nabyonga-Orem et al, 2008). Dans certains de ces pays, l'abolition des frais était partielle, concernant les soins aux enfants de moins de 5ans, les soins maternels, les soins en urgences ou les examens médicaux et paramédicaux. La décision d'abolir les frais a été à chaque fois de nature politique et la justification était l'amélioration de l'accès aux soins. Cette stratégie a permis de réduire la mortalité évitable dans l'urgence lorsque les soins de santé adéquats étaient fournis en temps opportun (Walker & Gilson, 2004).

L'abolition des frais exempte en effet le patient de tout paiement pendant les heures critiques et contribue de ce fait à l'amélioration de la qualité des soins et la réduction de la mortalité ainsi que de l'incidence des dépenses catastrophiques dans les services des urgences (Asante et al, 2007 ; Fafchamps & Minten, 2007). De plus, l'effet est positif sur la satisfaction des patients lorsque que la qualité des soins est maintenue. Cette dernière dépend de la capacité des acteurs à prévenir les ruptures de stocks.

L'abolition des frais des usagers a induit une augmentation de l'utilisation des services de santé de l'ordre de 17% à 80% : soins de première ligne, consultations en urgence, soins en hospitalisations et accouchements (Yates, Cooper & Holland, 2006 ; Burnham et al, 2004). Cette augmentation est par ailleurs équitable et bénéfique pour les pauvres (Levine et al, 2007 ; Asante et al, 2007 ; Fafchamps & Minten, 2007 ; Burnham et al, 2004 ; Yates, Cooper & Holland, 2006) et les groupes vulnérables tels les enfants et les femmes. Le nombre d'accouchements a fortement augmenté dans les structures publiques et les accoucheuses traditionnelles ont vu leur clientèle baisser de façon drastique. La mise en œuvre de l'abolition des frais peut revêtir trois aspects : (a) la gratuité individuelle ciblée en direction des familles les plus pauvres ; (b) la gratuité collective ciblée selon l'âge ou le sexe des patients; (c) la gratuité sectorielle ciblée selon les pathologies. La gratuité sectorielle pourrait concerner la liste de trente-cinq conditions sanitaires exigeant une prise en charge adéquate et appropriée en urgence sans exigence financière préalable.

L'effet de l'abolition des frais est mitigé pour les services gratuits tels la vaccination et la planification familiale. L'un des risques de la suppression ou la réduction des frais est la détérioration de la qualité des services du fait d'une charge de travail accrue pour le personnel (47% de consultations en plus). En Afrique du Sud par exemple, les infirmières affirmaient pouvoir y faire face mais déploraient l'absence de mesures compensatrices ; 70 à 80% de ces infirmières se sentaient exploitées, surmenées et envisageaient de démissionner (Walker & Gilson 2004). Cette stratégie présente aussi l'inconvénient que les activités de promotion de la santé sont parfois délaissées du fait de la surcharge de travail imposée au personnel soignant ; d'autres acteurs du système de santé tels les membres des comités de gestion et les mutuelles de santé associées aux formations sanitaires publiques peuvent voir leurs tâches disparaître (Kajula et al, 2004 ; Walker & Gilson, 2004). La mise en œuvre de cette stratégie dans la plupart des pays s'est accompagnée d'une baisse des revenus des formations sanitaires avec comme conséquences des ruptures de stock de médicaments et consommables et des comportements pervers telle la vente des médicaments par le personnel hospitalier et des paiements informels pour être consulté rapidement (Kajula et al, 2004 ; Witter et al, 2007b) ; autant de sources possibles d'une dégradation de la qualité des soins. Un nombre accru de visites et de consultations signifie moins de temps accordé à chaque patient (Walker & Gilson, 2004) et parfois augmentation des dépenses de santé des ménages.

S'il est éprouvé que l'abolition des frais des usagers impacte de manière positive l'utilisation des services et réduit l'inaccessibilité financière des services et soins (Ridde & Morestin, 2010 ; Lagarde & Palmer, 2006 ; Sekabaraga, Diop, & Soucat, 2011), sa mise en œuvre requiert un processus participatif et un cadre de suivi-évaluation rigoureux car peu de données probantes sont disponibles (Chen, 2004).

Mise en place d'un préfinancement public : une assurance « urgences » universelle à travers un fonds national pour les urgences hospitalières (FNUH)

La mise en place d'un mécanisme de solidarité nationale face aux urgences médico-chirurgicales permet d'affranchir les familles et les soignants de la barrière financière et des retards de prise en charge. Cette option non documentée par une revue systématique a été suggérée par le Bureau régional Afrique de l'Organisation Mondiale de la Santé lors de sa soixante et unième session du Comité Régionale de l'Afrique en juin 2011 (AFRO, 2011).

La mission du FNUH serait de garantir la prise en charge rapide et efficace des urgences médico-chirurgicales en achetant à posteriori les soins d'urgence délivrés par les SAU accrédités qui respectent les normes et procédures de prise en charge sur la base de leurs performances.

Le Fonds serait alimenté par une taxe santé adossée sur la consommation et non les salaires en raison de la forte prévalence de l'activité dans le secteur informel mais aussi à partir d'autres ressources nationales et internationales.

Se fondant sur plusieurs recherches, le rapport mondial 2010 sur la santé recommande que la couverture sanitaire universelle devienne la finalité de tout système de santé i.e. la fourniture, à toute personne nécessitant un accès aux services de santé, de soins de qualité suffisante pour être efficaces sans difficulté financière préalable avant toute utilisation (WHO, 2010 ; Garrett, Chowdhury & Pablos-Mendez, 2009). Le but essentiel est de réduire les obstacles financiers pour accéder aux soins de santé nécessaires ; la forte propension des paiements directs est en effet associée à un risque accru d'appauvrissement des ménages et de renoncement aux soins de santé du fait de l'incapacité à payer.

Trois mécanismes éprouvés de prépaiement et de mutualisation du risque maladie incluent : (i) les mutuelles de santé, (ii) l'assurance maladie volontaire privée et, (iii) l'assurance maladie obligatoire (Moreno-Serra, 2012) qui partagent la particularité de supprimer les paiements directs au point de délivrance des soins. Les avantages de ces mécanismes dans les pays à revenu faible et intermédiaire sont la protection des personnes vulnérables, l'atténuation des contraintes financières à l'accès aux services de santé, l'amélioration de l'accès et de l'utilisation des services de santé, l'amélioration de l'état de santé des populations dont la réduction des taux de mortalité maternelle et infantile.

Les précautions et conditions préalables à la mise en place de ces mécanismes comportent entre autres : (i) la mise en commun des fonds et (ii) une augmentation de l'enveloppe budgétaire pour la santé. L'efficacité de ces mécanismes dépend de la qualité des institutions et de la gouvernance ; meilleure la gouvernance meilleurs seront les effets bénéfiques sur la santé maternelle et infantile (Wagstaff & Claeson, 2004). Ceci implique que l'introduction d'une couverture universelle doit s'accompagner de réforme de l'administration publique pour un plus grand sens des responsabilités et de respect du bien public (Moreno-Serra, 2012).

Le tableau ci-après résume les options possibles de préfinancement avec les caractéristiques de chaque fonction, les avantages et les inconvénients.

Options de préfinancement des SAU	Fonds National des Urgences Hospitalières	Assurance Maladie Universelle	Budget Général de l'Etat
Collecte des ressources	Taxe adossée à la consommation des produits avec externalités négatives sur la santé et l'incidence des urgences (alcool, tabac, carburant, véhicules) Assurances transport et péage.	Cotisations Primes Budget de l'Etat Taxes diverses	Impôts et taxes Dons et prêts Subventions Ticket modérateur
Achat des services	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Budget global : montant forfaitaire alloué à priori à chaque SAU avec contrôle à posteriori de la gestion et de la qualité des soins produits, ✓ Paiement basé sur les groupes homogènes des malades : regroupement des pathologies d'urgence et achat par capitation pour chaque type selon la performance ✓ Paiement à l'acte : achat des soins selon la quantité d'actes réalisés (consultations, bilans, gestes, etc.) 		Budget global : achat à priori des soins d'urgence
Avantages	Tiers payeur créant une régulation tacite de la qualité des soins, une incitation pour l'harmonisation des protocoles et la maîtrise des coûts de soins en urgence.	Socle de solidarité nationale pour la couverture sanitaire universelle	Gestion moins complexe
Inconvénients	Système complexe : acheteur – prestataires – usagers Nécessité de nouvelles administrations avec des coûts fixes Pénurie de compétences pour la gestion d'un tel système		Vulnérable à la mauvaise gouvernance
Barrières à la mise en œuvre	Lenteurs administratives et législatives Impréparation du système : absence de protocoles de soins et disparité des coûts des soins Résistance au changement : la gratuité fait peur Économie informelle fortement développée Pénurie de compétences		Pauvreté Corruption Gouvernance approximative du secteur santé
Stratégies de mise en œuvre	Plaidoyer auprès des administrations et des partenaires Information, éducation, communication Sanctions contre les contrevenants Renforcement des capacités		

Option stratégique 2

Instaurer une taxe santé indépendante des salaires et adossée à la consommation.

La taxe santé pourrait être une contribution adossée à la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) déjà existante ou une taxe additionnelle sous forme de vignette adossée à la consommation des biens et services ayant des externalités négatives sur la santé d'une manière général ou responsables de la

recrudescence des situations nécessitant des soins en urgences tels les boissons alcoolisées, les cigarettes, les véhicules motorisés, les aliments riches en matières grasses etc. (Mytton, 2007).

Une contribution adossée à la consommation comme la TVA présente l'avantage d'être progressive, ceux qui consomment le moins - les pauvres - sont moins taxés. La forte proportion (80%) de l'emploi dans le secteur informel (INS, 2010) fait de cette stratégie l'une des meilleures pour s'assurer que tout le monde contribue. Une taxe santé renforce la solidarité nationale et le sentiment d'appartenance tout en améliorant l'état de santé des populations. Au Ghana par exemple, la National Health Insurance Fund perçoit une taxe de 2,5% adossée à la consommation des biens et services et un prélèvement de 2,5% sur le salaire des employés du secteur formel et reçoit une allocation budgétaire du gouvernement à partir des recettes fiscales générales et de l'aide des bailleurs de fonds. Le NHIF alloue à chaque mutuelle de santé de district des ressources collectées selon sa population (The Rockefeller Foundation, 2010).

En bref

Option 1 : Remplacer le paiement préalable pour les soins d'urgence par un système public de préfinancement : une assurance « urgences » universelle à travers un Fonds National pour les Urgences Hospitalières (FNUH).

Option 2 : Instaurer une taxe santé indépendante des salaires et adossée à la consommation afin de financer le FNUH.

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 une spécification d'une source de revenus pour assurer la pérennité du FNUH, cet exemple est mis en œuvre au Ghana et permet de collecter des ressources de manière régulière. Une vignette est déjà collectée sur les boissons alcoolisées et pourrait être étendue aux autres produits avec externalités négatives sur la santé.

Barrières

Les options proposées sont des réformes opérationnelles qui sont potentiellement sujettes à la résistance au changement et la peur de la nouveauté. Les SAU sont partie intégrante des hôpitaux et donc source de revenus pour ceux-ci. L'impréparation des hôpitaux à la séparation des rôles et responsabilités de prestations, de facturation et de post paiement ainsi que l'absence d'un code de procédures pour la facturation à postérieur des actes médicaux et médicosanitaires et l'absence d'une infrastructure d'homologation et d'accréditation des SAU; l'absence d'un cadre d'homologation des prix des actes et des médicaments sont autant d'obstacles à considérer (Preker & Velenyi, 2006) autant que l'ignorance et la corruption (Minsanté, 2010). Les gestionnaires des hôpitaux et les bureaucrates sont susceptibles de s'opposer à la proposition de réforme. La pénurie des ressources financières et humaines pour mener à bien la réforme et les nouveaux organismes pourrait freiner la mise en œuvre de la réforme.

Coûts

Les insuffisances du système national d'information sanitaire de gestion ne permettent pas d'estimer les coûts de cette réforme à priori. Une étude primaire pourrait fournir des éléments d'orientation.

Stratégies

L'opérationnalisation des options implique des réformes administratives clarifiant les fonctions de prestations des soins de celles de facturation et d'achat des soins par un tiers payeur. Il s'agira de créer un cadre réglementaire relatif à : (i) l'homologation et l'accréditation des SAU ; (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 urgents; (v) la formation et l'exercice des professions de la santé afin de contenir les dépenses de santé (Preker & Velenyi, 2006).

Assurer la réussite de cette réforme structurelle considérable exige une volonté politique claire caractérisé par un leadership marqué, une sensibilisation patiente et une mobilisation systématique des acteurs, une collaboration multisectorielle gouvernementale et une approche partenariale public-privé en raison de la diversité des acteurs et des enjeux.

La régionalisation de la gestion des opérations comporte l'avantage de s'articuler autour de l'unité territoriale optimale de la déconcentration des plateaux techniques hospitaliers. La mise en œuvre d'un système d'homologation et d'accréditation des formations sanitaires, des soignants et des technologies sanitaires devrait permettre une mise en cohérence des modes opératoires et améliorerait le système de référence – contre référence si crucial à l'efficacité des SAU. La définition objective et pertinente des soins, services et médicaments essentiels et des modalités de leur remboursement avec leurs corollaires l'inspection, l'audit et la supervision du respect des normes de qualité des pratiques professionnelles et des prix des médicaments et actes médicaux sont des ressources de valeur lors de la mise en œuvre.

Bibliographie

AFRO - Organisation Mondiale de la Santé (2011). Fonds Africain pour les urgences de santé publique, 61^{ème} session du comité régional Afrique, Juin 2011.

Asante FA (2007) Evaluating the economic outcomes of the policy of fee exemption for maternal delivery care in Ghana. *Ghana Medical Journal* 41(3): 110-117.

Baeza C, Packard T. (2006). Beyond survival: protecting households from health shocks in Latin America. Washington, DC: World Bank

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.

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.

Burnham G (2004) Discontinuation of cost sharing in Uganda 82 (3)

Cameroon Tribune (2010 a). Comment intervenir en urgence, pp 21 ; n°9797/5998-37^{ème}année/ Mercredi 02 Mars pp 9-12, Sopecam, Yaoundé.

Cameroon Tribune (2010b) Urgences : l'hôpital Central est débordé, n°9696/5897-37^{ème}année/ Jeudi 07 Octobre pp 16-17, Sopecam, Yaoundé.

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 (2008) Integrated audit as a means to implement unit protocols: a randomized and controlled study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 14 : 847–853.

Commeyras C, Ndo R (2002) Etude de l'accessibilité et des déterminants de recours aux soins et aux médicaments pour les populations du Cameroun. Ministère de la santé publique, Yaoundé

Fafchamps M, Minten B (2007) Public service provision, user fees and political turmoil. *Journal of African Economies* 16(3): 485-518.

Garrett L, Chowdhury AMR, Pablos-Méndez A (2009) All for universal health coverage. *Lancet* 374: 1294–99.

Habiba G (2011) Perception de l'accueil aux urgences. Etude exploratoire du recours aux soins et de la perception de la qualité des services aux urgences des hôpitaux de Yaoundé. Mémoire pour le Mastère de Santé Publique, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé 1.

Huguenard P, Larcen A, Noto R. (1988). Médicalisation de l'avant et situation de catastrophe. *Rev Prat* 38 : 648- 656.

INS (2007) Enquête de consommation auprès des ménages, ECAM III. pp 15

INS (2010) Rapport Principal Volet Santé: Enquête PETS 2. Yaoundé: Institut National de la Statistique.

INS (2011) 4^{ème} Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples EDS-MICS 4. Yaoundé: Institut National de la Statistique.

Lagarde M, Palmer N (2007). The impact of health financing strategies on access to health services in low and middle income countries (protocol). *Cochrane Collaboration*

MINADT (2006) Rapport sur l'état de la protection civile au Cameroun.

MINEPAT (2010) Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi. Yaoundé: MINEPAT.

Minsanté (2009) Stratégie Sectorielle de la Santé actualisée 2001-2015. Yaoundé: Minsanté.

Minsanté (2010) Evaluation de la stratégie nationale de promotion des mutuelles de santé. Yaoundé: Minsanté.

Mock CN, Jurkovich GJ, nii-Amon-Kotei D, Arreola-Risa, Maier RV (1998) Trauma mortality patterns in three nations at different economic levels: implications for global trauma system development. *Journal of trauma* 44: 804-12.

Mohamed H, Altom A. (2005). Costumers' satisfaction with health services provided by emergency departments of federal teaching hospitals, Khartoum

Moreno-Serra R, Smith P (2012) Does progress towards universal health coverage improve population health? *Lancet* 380: 917-23.

Mwabu G, Wang'ombe J (1997) Health service pricing reforms in Kenya. *International Journal of Social Economics* 24: 282-293.

Mytton O, Gray A, Rayner M, Rutter H (2007) Could targeted food taxes improve health? *J Epidemiol Community Health* 61: 689-694.

Nabyonga-Orem J (2008) Maintaining quality of health services after abolition of user fees: a Uganda case study. *BMC Health Services Research* 8(1): 102.

Nkoa F, Ongolo-Zogo P (2009) Accélérer l'adhésion aux mutuelles de santé au Cameroun. Yaoundé: Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé - CDBPSH.

OSERPAC. Prudence sur la route : le Haro sur les accidents au Cameroun! les statistiques qui hurlent..., Organisation pour la Sécurité routière et la prévention des accidents de la circulation pp 7-11 ; Yaoundé.

Otteni JC, Kempff L (1986) Le polytraumatisé. Généralités. In « Otteni JC, le polytraumatisé diagnostic- réanimation- chirurgie » Masson ed, Paris, pp 1-11.

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.

Rajkumar A, Swaroop V (2008) Public spending and outcomes: does governance matter? *J Dev Econ* 86: 96–111.

Ridde V, Morestin F (2010) A scoping review of the literature on the abolition of users fees in health care services in Africa. *Health policy and planning*

Savedoff WD, Ferranti D, Smith L, Fan V (2012) Political and economic aspects of the transition to universal health coverage. *Lancet* 380: 924-32.

Sekabaraga C, Diop F, Soucat A (2011) Can innovative health financing policies increase access to MDG-related services? Evidence from Rwanda. London School of Hygiene and Tropical Medicine

The Rockefeller Foundation (2010) Case studies : health insurance reform in Ghana 2004-2009 and health systems reform in Rwanda 1999-2005. New York: Rockefeller Foundation.

Tolmie C (2007) Public spending, governance, and development: a review of the literature. Development Institute Working Paper Washington, DC.

Wagstaff A, Claeson M (2004) The Millennium Development Goals for health: rising to the challenges. Washington, DC: World Bank.

Walker L, Gilson L (2004) "We are bitter but we are satisfied": Nurses as street-level bureaucrats in South Africa *Social Science & Medicine* 59: 1251-1261

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.

WHO (2010) The World Health Report 2010. Health systems financing: the path to universal coverage. Geneva: World Health Organization, 2010.

Witter S (2007) The experience of Ghana in implementing a user fee exemption policy to provide free delivery care. *Reproductive Health Matters* 15(30): 61-70.

Witter S (2012) Paying for performance to improve the delivery of health interventions in low- and middle-income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2: 83.

Xu K, Evans D, Carrin G, Aguilar-Rivera A, Musgrove P, Evans T (2007) Protecting households from catastrophic health spending. *Health Aff (Millwood)*; 26: 972–83

Yates J, Cooper R, Holland J (2006) Social protection and health: experiences in Uganda. *Development Policy Review* 24: 339-356.

Yondo D (2004). Circuit standard du malade : hôpitaux de district, centre de santé intégré et centre médical d'arrondissement. 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.