



Article original

Apport de l'informatisation dans la gouvernance de l'hôpital : Perception des prestataires de soins au Mali

Contribution of computerization in hospital governance: Perception of healthcare providers

O Dembélé*¹, CO Bagayoko²

Résumé

Introduction : Les prestataires jouent un rôle de 1er plan dans l'amélioration de la qualité des soins offerts aux patients. La place des technologies de l'information et de la communication n'est plus à démontrer dans ce cadre. La détermination de la perception des prestataires est porteuse de solutions permettant de recadrer l'usage des technologies de l'information et de la communication.

L'étude a concerné les prestataires de soins dans 02 établissements :

- Le Centre Nationale d'Odonto Stomatologie (CNOS)
- L'Hôpital Mère-enfant « le Luxembourg » (HME)

Objectif : Déterminer la perception des prestataires de soins sur les apports de l'informatisation dans la gouvernance hospitalière.

Méthodologie : Il s'agit d'une enquête visant à recueillir le point de vu des prestataires de soins sur l'apport de l'informatisation dans la gouvernance des hôpitaux

Résultats : Les prestataires estiment en moyenne que l'utilisation de l'outil informatique est avantageuse à 73%, qu'elle a un effet sur la qualité des soins à 74%

et qu'elle améliore le pilotage à 72%. De même, 71% des prestataires admettent que l'informatique aide à la prise de décision et qu'elle leur permet de gagner du temps.

Discussion : La perception des prestataires reste liée aux possibilités offertes par le système, la facilité d'utilisation des différentes fonctions du logiciel et les contraintes liées à leur utilisation. Le niveau d'informatisation n'est pas le même dans les deux structures. Au CNOS tous les services sont connectés alors qu'à l'HME l'informatisation n'a pas encore couvert tout l'hôpital. Dans les 2 cas, certains prestataires ont souligné les difficultés de connexion et le déficit de formation.

Conclusion : Les prestataires estiment en moyenne que l'utilisation de l'outil informatique est avantageuse à 73%, qu'elle a un effet sur la qualité des soins à 74% et qu'elle améliore le pilotage à 72%.

Mots-clés : Informatisation des hôpitaux, gouvernance hospitalière, qualité des soins, système d'information.

Abstract

Introduction: Providers play a key role in improving the quality of care provided to patients. The place

of information and communication technologies is well established in this context. Determining the perception of service providers provides solutions for reframing the use of information and communication technologies.

The study involved healthcare providers in 02 establishments:

- The National Center for Odonto-Stomatology (CNOS)

- The "Luxembourg" Mother-Child Hospital (MCH)

Objective: Determine the perception of healthcare providers on the contributions of computerization in hospital governance.

Methodology: This is a survey to collect the point of view of healthcare providers on the contribution of computerization in the governance of hospitals.

Results: Providers estimate on average that the use of the IT tool is advantageous at 73%, that it has an effect on the quality of care at 74% and that it improves management at 72%. Similarly, 71% of service providers admit that it helps decision-making and saves them time.

Discussion: The perception of service providers remains linked to the possibilities offered by the system, the ease of use of the various functions of the software and the constraints linked to their use. The level of computerization is not the same in the two structures. At the CNOS all the services are connected whereas at the HME computerization has not yet covered the whole hospital. In both cases, some service providers highlighted connection difficulties and a lack of training.

Conclusion: Providers estimate on average that the use of the IT tool is advantageous at 73%, that it has an effect on the quality of care at 74% and that it improves management at 72%.

Keywords: Computerization of hospitals, hospital governance, quality of care, information system.

Introduction

L'informatisation des hôpitaux au Mali a toujours

été une question récurrente depuis les années 1999. Les expériences significatives en la matière ont commencé avec l'avènement de la Mission d'appui à la Réforme Hospitalière (MARH). Cette mission a réfléchi sur la restructuration des hôpitaux en vue de placer le malade au cœur de l'activité hospitalière. Pour cela, elle a ouvert 10 chantiers parmi lesquels figurait en bonne place le système d'information et l'informatisation des hôpitaux. Dans ce cadre, deux logiciels tests ont été conçus, le logiciel de gestion du bureau des entrées et de la pharmacie hospitalière. En mars 2005, une mission d'évaluation de l'Agence Nationale d'Evaluation des Hôpitaux (ANEH) a sillonné les hôpitaux de Kati, Point G, Gabriel Touré, Centre National d'Odonto-Stomatologie (CNOS), et Institut d'Ophthalmologie Tropicale d'Afrique (IOTA) pour apprécier la fonctionnalité de ces logiciels et se prononcer sur la généralisation de leur utilisation dans les autres hôpitaux. La mission a relevé certaines insuffisances dans la fonctionnalité des deux logiciels. Notamment, des modules non fonctionnels (gestion des gratuités, de l'occupation des lits, des statistiques), la redondance dans certains modules ralentissant considérablement le fonctionnement du logiciel et l'absence de normalisation de la structure des bases de données utilisées rendant difficile l'utilisation de ces applications.

Les prestataires de soins jouent un rôle de 1er plan pour l'amélioration de la qualité des soins offerts aux patients. La place des technologies de l'information et de la communication n'est plus à démontrer dans ce cadre. La détermination de la perception des prestataires est porteuse de solutions permettant de recadrer l'usage des technologies de l'information et de la communication.

Un processus d'informatisation bien conduit doit profiter à toutes les parties prenantes de l'hôpital.

Pour le patient :

- bénéficier d'une meilleure qualité de sa prise en charge ;
- faciliter l'accès à son dossier ;
- assurer un meilleur accès aux soins dans les zones de faible densité médicale ;

- garantir une plus grande proximité en améliorant la relation médecin-patient.

Pour les professionnels de santé :

- faciliter l'accès aux données du patient et permettre de retrouver à tout moment tous les éléments historiques concernant son parcours. Ce qui permet donc une meilleure utilisation du temps purement médical qui peut être renforcée avec des outils d'aide à la décision et au diagnostic ;
- assurer la continuité des soins entre les différents services à travers le dossier médical commun accessible par les différents intervenants des services lors de la prise en charge du patient ;
- mettre en commun des outils de travail en équipe et en réseau ;
- assurer un plus grand accès aux connaissances médicales validées grâce à des bases de données communes partagées ;
- permettre la traçabilité de chaque action (aspects médico-légaux) ;
- améliorer les conditions de travail.

Pour l'hôpital :

- améliorer la perception du service rendu ;
- favoriser l'harmonisation des pratiques entre professionnels ;
- constituer un support pour la formation des professionnels et l'évaluation de leurs pratiques ;
- améliorer la qualité et la sécurité des soins ;
- évaluer les activités des services.

Pour la tutelle de l'hôpital :

- disposer en temps réel et à distance des données fiables et consolidées pour un meilleur pilotage du système hospitalier ;
- disposer en temps réel d'un tableau de bord des indicateurs de performances des hôpitaux.

L'étude a concerné les prestataires de soins dans 02 établissements :

- Le Centre Nationale d'Odonto Stomatologie (CNOS)
- L'Hôpital Mère-enfant « le Luxembourg » (HME)

L'état de la gouvernance hospitalière

Selon J. M. Budet, la gouvernance hospitalière peut être définie comme l'ensemble des « systèmes et

pratiques qui permettent aux acteurs de développer une représentation plausible de leur devenir, de connecter et d'implanter des stratégies efficaces de changements et de s'appuyer sur des valeurs productrices de confiance et de solidarité. La gouvernance se rapporte au design organisationnel du système de soins et au partage des responsabilités et des capacités d'influence parmi les différentes entités qui le composent, aux systèmes et mécanismes de production et de diffusion des informations et aux modalités de financement des organisations et des professionnels. »

Ainsi, a contrario de la gouvernance d'entreprise où les objectifs sont le contrôle des dirigeants et la primauté de l'intérêt des actionnaires, la gouvernance hospitalière doit être une gouvernance stratégique, une gouvernance de projets, et par conséquent associer les acteurs pertinents. De nombreux acteurs au sein de l'hôpital sont concernés par la gouvernance. On peut différencier deux types d'agents [1,2]

- les shareholders : collectivités locales, l'Etat, les tutelles, les fondateurs ou propriétaires (mutuelles, assurances...), les réseaux sociaux, les détenteurs du know how (universités)
- les stakeholders : la direction, les médecins pour l'investissement, le personnel infirmier, les représentants des patients, les réseaux quand ils sont associés etc.

En fonction de ces deux types, deux modes de gouvernance peuvent être définis dans le monde hospitalier :

- un mode de gouvernance externe, qui se traduit par une contractualisation entre la tutelle et l'hôpital, et qui permet de gérer les relations entre shareholders et stakeholders ;
- un mode de gouvernance interne, qui détermine le partage des responsabilités entre la direction de l'hôpital et les sphères opérationnelles (sphères médico-soignantes) et qui organise le fonctionnement de ces dernières.

La nouvelle gouvernance hospitalière est considérée comme un nouveau pilotage pragmatique du pouvoir dans les établissements hospitaliers [3] D'après J.

M. Budet, elle peut être définie par l'ensemble des systèmes et des pratiques qui permettent aux acteurs hospitaliers de développer une représentation plausible de leur devenir et de dresser des stratégies de changements efficaces. Donc, la nouvelle gouvernance hospitalière doit être stratégique et fondée sur des projets pertinents associant tous les acteurs hospitaliers (stakeholders et shareholders) pour permettre une amélioration durable des activités et des prestations hospitalières [4]

Selon G. Dechamp et C. Romeyer, la contractualisation (Pivot de la nouvelle gouvernance hospitalière) doit satisfaire certaines exigences pour réussir l'instauration d'une vraie gestion de proximité dans le milieu hospitalier. Elle doit ainsi :

- refléter la volonté exprimée par les acteurs hospitaliers ;
- permettre l'adaptation du système aux exigences de l'environnement ;
- permettre la définition des objectifs et des ressources pour les atteindre ;
- reposer sur un cadre législatif bien déterminé (Arsenal juridique).

Aujourd'hui, la nouvelle gouvernance hospitalière s'intéresse particulièrement à la qualité des soins et à la satisfaction des patients qui sont devenus comme des clients dans les hôpitaux [5].

Selon la Haute Autorité de Santé (France) « Il n'y a pas de qualité sans mesure, mais à elle seule, la mesure ne fait pas la qualité »

« Ce qui ne se mesure pas ne peut pas se gérer » [6]

Les différentes crises sanitaires (sang contaminé, hormones de croissance, encéphalopathie spongiforme bovine) ont démontré l'importance de mettre en place des démarches qualité et de renforcer la qualité et la sécurité des soins. Le contexte réglementaire a évolué pour prendre en considération cette nouvelle dimension qui, aujourd'hui, occupe une place prépondérante dans l'organisation et le fonctionnement des hôpitaux. Les relations entre les usagers et les établissements de santé ont changé. Les patients et leurs familles revendiquent plus de sécurité, une maîtrise des risques, des prestations

de qualité. Ces attentes ont amené les institutions à initier des démarches qualité validées, codifiées et formalisées. Compte tenu des évolutions du secteur de la santé, les établissements de santé ont dû mettre en place des outils de pilotage de la qualité et de la sécurité des soins. Les outils de pilotage sont devenus indispensables à la gouvernance des établissements de santé, car ils contribuent à l'amélioration de la performance hospitalière [5,7].

Selon Alain FERNANDEZ « Décider, c'est déclencher le passage à l'action après avoir choisi une direction d'évolution. Si les informations initiales sont incomplètes et le parcours mal identifié, il faudra quand même décider. Il n'existe pas de décision sans prise de risques.»

Ces constats obligent les directeurs d'hôpitaux à évaluer en continu à l'aide d'outils de pilotage, de suivi de la qualité et de la sécurité des soins en intégrant les données d'activité et financières.

L'utilisation des outils de suivi et de pilotage par les managers hospitaliers permet de suivre en continu l'activité et d'évaluer la performance de l'établissement. Le pilotage présente de nombreux avantages pour le manager et l'institution :

- une cohérence et une pertinence entre les objectifs et l'organisation permettant d'orienter la prise de décision du directeur des soins.
- l'élaboration du tableau de bord se réalise dans une démarche participative avec l'ensemble des acteurs hospitaliers.

Pour répondre à ces nouveaux enjeux, les établissements adaptent leur stratégie grâce à la mise en place d'outils de pilotage pour répondre aux exigences des tutelles.

Les indicateurs servent de base à la construction du tableau de bord. L'indicateur permet d'objectiver les données que l'on veut suivre. Pour y parvenir un tableau de bord doit permettre d'avoir une vision sur les différents champs de la direction des soins. Cette vision ne doit pas être seulement rétrospective, elle doit avoir une dimension dynamique permettant de se projeter et d'anticiper. La qualité de la prise de décision est en lien avec la qualité de la mesure et de

la pertinence des indicateurs choisis.

La gouvernance des hôpitaux compte parmi les plus complexes en ce qui concerne les entreprises de services. Les patients attendent la fourniture d'un service individualisé, où les soins, les traitements, que ce soit dans la vie ou dans la mort, sont exigeants. La sécurité et la qualité des soins doivent être maximales. Tout cela se conjugue avec des ressources humaines et financières limitées, qui doivent être optimisées. Dans ce contexte, l'introduction dans le domaine de la santé de méthodes provenant du monde de l'entreprise, telles que les tableaux de bord, peut être un atout majeur. Cette transformation ne doit pas seulement viser à accroître l'efficacité et la productivité, mais également prendre en compte des objectifs sociaux. Dans cette perspective, l'introduction des tableaux de bord peut aider à associer productivité et solidarité. Ceux-ci ne sont pas uniquement orientés sur les résultats financiers, mais aussi sur la satisfaction du patient.

Par définition, un tableau de bord est un document écrit composé d'une série d'indicateurs synthétiques, qui concernent une même entité (l'hôpital dans son ensemble ou un pôle en particulier) organisé de façon cohérente à des fins de connaissance, de maîtrise des performances et de suivi des objectifs. Les tableaux de bord remplissent deux fonctions, qui interagissent et s'enrichissent toutes les deux :

- Suivre l'action et l'état d'avancement de l'activité ou de projets plus précis. Le tableau est alors un outil d'information et de dialogue entre les différents niveaux hiérarchiques ;

Servir au pilotage de chaque pôle ou de l'hôpital en aidant au diagnostic, puis à l'évaluation des résultats d'une action [7,8].

L'amélioration de la qualité des soins est un processus continu et complexe. Plusieurs phénomènes contribuent à l'intérêt porté à la qualité des soins :

- les progrès accomplis par la médecine lui ont rendu plus efficace, mais aussi plus complexes et plus dangereuse et les récits de mésaventures, erreurs et autres résultats défavorables se multiplient ;
- l'augmentation des coûts des soins attire

inévitamment l'attention des organismes payeurs et des familles ;

- la médecine a perdu son prestige, et une attitude critique du public envers la médecine est désormais considérée comme légitime. Les patients d'aujourd'hui questionnent les décisions de leur médecin, en changeant-s'ils ne sont pas contents, exigent de la disponibilité et des résultats, forment des associations pour défendre leurs intérêts, bref, se comportent en clients [9].

Les pouvoirs publics sont les plus grands promoteurs des technologies de l'information dans le monde hospitalier. L'exemple américain est à ce titre plus remarquable. L'Office National de Coordination des Technologies de l'Information pour la santé a été créé en 2004 pour coordonner les efforts fédéraux, aux quelque 27 milliards de dollars alloués en 2009 par le Président Barack Obama dans le cadre de la loi sur les technologies de l'information pour la santé. Les dépenses publiques pour la mise en œuvre et l'utilisation des technologies de l'information en santé sont considérables. Le cas français n'est pas en reste. Depuis 2012, s'inspirant de l'expérience américaine, le Ministère de la Santé a mis en place le programme « Hôpital Numérique ». S'étalant sur cinq ans, les investissements qui en découlent sont également très importants.

Devant ces dépenses publiques de grande ampleur, reflétant les enjeux véhiculés par ce sujet, la question de l'objectivation de la valeur créée par les technologies de l'information dans les hôpitaux est sensible. Pour les décideurs publics, il s'agit d'évaluer et justifier leurs investissements par la démonstration de gains potentiels et mesurables. Pour la recherche, il s'agit de contribuer à une théorie de l'évaluation des technologies de l'information. Dans le cas du système hospitalier, la théorie dominante identifie la qualité, la sécurité et l'efficacité comme les paramètres principaux à mesurer. Mais cette approche dominante de la valeur des technologies de l'information à l'hôpital tend à être de plus en plus critiquée en pratique, comme en théorie. [10].

En pratique, si les estimations de « gains potentiels »

ont parfois rejoint les espérances des décideurs publics, la plupart des travaux constate un important hiatus entre la valeur escomptée et la réalité des gains dégagés, notamment en raison d'un faible niveau d'adoption des technologies sur le terrain [11, 12,13]. Face à ce constat, la recherche mentionne un ensemble de « facteurs organisationnels » parmi les éléments explicatifs de ces échecs répétés (Black et al. 2011). D'autres travaux se focalisent ainsi sur l'usage des technologies de l'information en situation, ouvrant à une variété d'analyses organisationnelles, par exemple : la structuration des connaissances, la disparition des savoirs portés par l'oral, la rigidité du système d'information, confronté au caractère coopératif du travail soignant, ou les difficultés posées par la coordination entre ces différents acteurs [14].

Informatisation des hôpitaux

La diminution continue du coût du matériel informatique, l'apparition de micro-ordinateurs puissants et la généralisation de l'utilisation des logiciels ont permis l'entrée des ordinateurs dans les hôpitaux avant que les plans clairs pour leur utilisation aient été élaborés. Cette situation a entraîné le développement d'application autonome et la création d'îlots d'information dans les hôpitaux. En outre, elle a favorisé la création de bases de données incompatibles ne permettant pas le partage de données entre elles. En fonction des applications verticales existantes et le coût des investissements en informatique, la création d'un environnement informatique unifié peut être une étape vers un système d'information harmonisé. Les principaux avantages d'un tel environnement sont :

- la possibilité de combiner une variété de données sources dans l'environnement de l'hôpital;
- la capacité de mettre en relation les liens entre toutes les bases de données;
- la capacité de transférer des données entre des applications et de partager les données communes;
- la capacité de recueillir de l'activité des médecins une gamme complète de données

médicales requises pour les différentes phases du traitement du patient [15].

Le développement rapide des technologies de l'information et de la communication a un impact certain sur l'informatisation des hôpitaux. En 2002, plus de cent millions d'Américains ont recherché des informations médicales sur Internet et plus de 40% ont affirmé que cela a affecté les décisions qu'ils ont prises [16]. A côté d'Internet, il y a certaines applications qui ont fait l'objet de beaucoup de littérature sur leurs retombées possibles notamment l'informatisation des dossiers médicaux, la télésurveillance ou le télémonitoring de patients à domicile, et la téléconsultation. Ces applications ont été classées suivant deux logiques, la logique des activités médicales et celle des relations qu'elles construisent. Selon la logique des activités médicales [17] on distingue sept familles d'utilisation :

- échanger des avis entre professionnels ;
- assister à distance les patients ;
- surveiller à domicile ;
- pratiquer des actes médicaux à distance ;
- organiser la circulation de données dans un réseau de santé ;
- délivrer des enseignements ;
- participer à la gestion des systèmes de santé.

Selon la logique des relations [18], les applications sont réparties en trois catégories :

- interactions entre patients et professionnels ;
- relations et échanges de données entre professionnels;
- échanges entre patients seuls.

Les besoins en informatisation des hôpitaux ont été plus ou moins négligés en fonction des contextes. Le développement tardif des systèmes d'information, l'incapacité du personnel pour se tenir au courant des progrès technologiques, les plaintes des utilisateurs sur les logiciels ont contribué à cette situation. Les

questions sur la façon dont le système d'information doit remplir ses fonctions pour l'atteinte des objectifs ont un intérêt certain pour les décideurs. Par conséquent, la compréhension de l'apport du système d'information sur la qualité de service, la satisfaction au travail et la performance de l'établissement sont des indices qui déterminent la capacité du système d'information à améliorer la gestion de l'hôpital et la prise de décision. Tout hôpital aspire à un système capable de recueillir une grande quantité de données, les traiter, les archiver et les mettre à la disposition des services pour la réalisation des activités.

Les systèmes d'information doivent migrés vers un système d'information hospitalier complète par la réalisation de l'équilibre entre la technologie et l'humanité en prenant en compte les besoins des utilisateurs grâce à un mécanisme de communication efficace.

La pratique médicale porte sur la production, l'échange et l'utilisation d'informations relatives au patient. Se faisant, l'informatique, dont l'objet est le traitement automatique de l'information, y trouve une place de choix. La façon de traiter l'information permet d'accroître la technicité de la prise en charge des patients. La place de l'informatique devient de plus en plus prépondérante qu'il est possible de considérer les systèmes informatiques comme des acteurs ubiquitaires de la prise en charge du patient que ça soit le cas de systèmes de gestion des dossiers médicaux ou le cas de systèmes embarqués contrôlant les dispositifs techniques. Dans tous les cas, leur rôle d'acteur entre dans une société homme-machine dans laquelle ils ont avant tout la mission d'aider l'humain dans ses besoins de traitement de l'information. Ce dernier en profite pour largement se décharger sur ces systèmes une fois que sa confiance dans la collaboration est acquise. C'est pour cela que ces outils numériques ne peuvent être dissociés de leurs utilisateurs, des activités pour lesquelles ils sont conçus et de leurs contextes d'utilisation, au-delà de leurs performances techniques et informatiques. L'introduction des technologies de l'information dans

les systèmes de travail¹ a un impact sur les activités professionnelles courantes. Elle implique pour les professionnels d'apprendre à utiliser des systèmes, qui sont plus ou moins faciles d'utilisation, et de modifier, parfois de façon radicale, leurs pratiques et leurs organisations. Les changements suscités vont se porter non seulement sur les individus et leurs tâches journalières mais aussi sur la répartition de ces tâches au sein d'une équipe, modifiant parfois les rôles et les fonctions des uns et des autres.

Les logiciels ont un impact sur l'écologie et l'organisation des processus métiers. Par exemple, la construction du tableau clinique de l'état du patient peut être assistée par les fonctionnalités du logiciel : le médecin peut accéder plus rapidement aux antécédents, à l'historique des consultations et des examens, à des recommandations, etc. La complétude du dossier numérique permet ainsi de cibler plus précisément les questions à poser au patient, donc d'améliorer le diagnostic et la prise en charge lors de la consultation. Cependant, les difficultés d'apprentissage de certains logiciels, les échecs de manipulation d'interfaces ou de mise en œuvre de procédures inadaptées, les pannes et difficultés d'accès à un réseau ou d'autres difficultés d'usages peuvent être un handicap dans l'utilisation de l'outil informatique [19].

L'intégration des 7 principes peut s'avérer complexe dans le cadre d'un système d'information hospitalier. Cependant, certains principes sont en adéquation avec l'informatisation des hôpitaux. La prise en compte des principes de Proactivité, Protection par défaut, Protection par construction, Visibilité et transparence, sont porteurs de valeurs dans l'implémentation du système d'information hospitalier. La proactivité permet de prévenir les risques d'atteinte à la vie privée plutôt que d'essayer d'en corriger les conséquences à posteriori ; la protection par défaut consiste à protéger la vie privée de l'individus en toutes circonstance, même sans action préalable de sa part ; la Protection

1 Un système de travail implique une combinaison de personnes et d'équipements dans un espace et un environnement donnés, ainsi que les interactions entre ces composants dans une organisation de travail

par construction, intègre le respect de la vie privée dès la conception du système plutôt que d'apporter des correctifs à un système conçu sans prise en compte de cette dimension ; la visibilité et transparence, permettent de contrôler l'exactitude des informations stockées ainsi que d'auditer le comportement du système [20].

La qualité de l'information, son accessibilité et sa fiabilité constituent une nécessité vitale dans le domaine de la santé. Il s'agit d'améliorer la prise en charge des patients, la rendre plus sûre au quotidien, mais aussi pour leur permettre de réagir efficacement, en cas d'urgence, de pandémie, de mise en œuvre des plans nationaux de lutte contre les crises sanitaires graves. En plus, désormais, l'information médicale doit être à la disposition du patient, pour le responsabiliser, le rendre acteur de sa santé et contribuer à la qualité des soins, mais aussi pour lui permettre d'accéder à son dossier médical, de faire jouer son droit de regard sur les actes diagnostiques et thérapeutiques réalisés et le cas échéant de contester le bien-fondé ou la qualité de ces actes. Aujourd'hui les regards se tournent donc vers les outils qui vont pouvoir simplifier l'accès à ces informations, le rendre plus rapide, tout en assurant la confidentialité des données. Un effort considérable a porté sur l'informatisation, l'indexation, la sécurisation des données. On peut cependant regretter que la qualité même du contenu informatif, au cœur du processus de communication, ne trouve encore que très peu d'échos dans les préoccupations actuelles. Pourtant, une réflexion en amont de la mise en place de ces outils pourrait non seulement améliorer leur fiabilité, mais aussi permettre à l'information diffusée d'être aisément et correctement comprise, ce qui n'est pas toujours le cas. La dimension linguistique n'est pas toujours prise en compte dans le processus d'informatisation entraînant certains risques communicationnels avec le patient. Le risque a toujours fait partie du paysage médical. Mais le risque a augmenté en même temps que les techniques médicales se sont perfectionnées, et les patients en sont de plus en plus conscients. Par conséquent, la production de documents écrits

est devenue incontournable. On consigne par écrit les recommandations de sécurité, les procédures d'intervention, etc. pour faciliter l'apprentissage et pour diminuer le risque d'erreur médicale. On fait signer des consentements éclairés aux patients pour s'assurer qu'ils sont pleinement conscients des risques encourus et pour se protéger d'éventuelles poursuites en cas d'erreur médicale. Les soignants remplissent une check-list avant toute opération pour s'assurer que tout a été fait dans les règles. Aujourd'hui les soignants sont noyés dans une masse d'informations qu'ils doivent soit assimiler, soit produire, et souvent les deux. Si l'on se préoccupe de leur faciliter la tâche en mettant à disposition la bonne information au bon moment à travers l'informatisation des processus, on se préoccupe peu de la forme textuelle que revêt cette mise à disposition de l'information. Le contenu textuel est a priori considéré comme de bonne qualité ; il est rarement remis en cause par les organismes, y compris nationaux, qui le produisent. Or, l'analyse approfondie de textes d'instructions largement diffusés révèle qu'ils comportent des ambiguïtés qui peuvent nuire à la bonne exécution de ces instructions. Malgré les progrès importants réalisés dans ce cadre, comme la certification "Honcode", la qualité de l'information donnée peut occasionner des erreurs de compréhension qui peuvent devenir dramatiques quand il s'agit de prescriptions ou d'automédication [21].

Selon Danziger et al. (1987), Larsen (1987) et Hamelin-Brabant (1987) cité par Georgette Béliveau et al [22], les conséquences de l'informatisation sont multidimensionnelles et difficilement visibles. Elles se manifestent de manières variées, subtiles et évoluent en fonction du temps. L'informatisation peut entraîner des changements positifs, négatifs prévus ou imprévus.

Objectif

Déterminer la perception des prestataires de soins sur les apports de l'informatisation dans la gouvernance hospitalière.

Méthodologie

Matériels

Le matériel utilisé dans le cadre de cette étude a été le questionnaire adressé aux prestataires de soins.

Méthodes

Les prestataires concernés ont été ceux qui utilisent le logiciel de gestion de l'hôpital pour faire toutes ou partie de leur activité. Tous les prestataires concernés ont été interviewés en tenant compte de leur consentement éclairé. Ces interviews ont été réalisés à travers un guide. Le guide comporte un préambule explicatif sur le but de l'étude et son caractère anonyme. L'interview a été structuré sur les points suivants :

- Gain de temps
- Sécurise plus les données
- Facilite le travail
- Attentes comblées
- Réduction de la file d'attente
- Rapidité de la prise en charge
- soins réalisés sur la base du dossier du patient
- Aide à la décision
- Générer des statistiques pour la prise de décision
- Facilite le calcul des indicateurs de l'ANEH
- Besoins de formation
- Amélioration de la connexion

Les points ont été regroupés dans les thèmes suivants :

- les avantages liés à l'utilisation de l'outil informatique ;
- les attentes comblées par rapport à leur utilisation ;
- les effets sur la qualité des soins ;
- les effets sur le pilotage des activités ;
- les suggestions ou attentes par rapport à l'informatisation ;
- une partie signature pour marquer le consentement de l'enquêté.

Les avantages ont concerné :

Au total 60 prestataires ont été interviewés et 51 ont répondu aux questions.

Résultats

Appréciation des prestataires sur les bénéfices de l'informatisation des hôpitaux

Tableau I : Appréciation des prestataires sur les bénéfices de l'informatisation des hôpitaux

Elément d'appréciation	Fréquence du oui en %
Gain de temps	71
Sécurise plus les données	65
Facilite le travail	84
Attentes comblées	71
Réduction de la file d'attente	73
Rapidité de la prise en charge	75
Soins réalisés sur la base du dossier du patient	76
Aide à la décision	71
Générer des statistiques pour la prise de décision	78
Facilite le calcul des indicateurs de l'ANEH	65
Besoins de formation	22
Amélioration de la connexion	8

Les prestataires estiment en moyenne que l'utilisation de l'outil informatique est avantageuse à 73%, qu'elle a un effet sur la qualité des soins à 74% et qu'elle améliore le pilotage à 72%.

Le coefficient de corrélation entre les avantages procurés par l'utilisation de l'outil informatique et ses effets sur la qualité des soins est égal à 0,40.

Discussion

Les prestataires estiment en moyenne que l'utilisation de l'outil informatique est avantageuse à 73%, qu'elle a un effet sur la qualité des soins à 74% et qu'elle améliore le pilotage à 72%. De même, 71% des prestataires admettent que l'informatique aide à la prise de décision. Ces résultats corroborent avec ceux obtenus par L.Fayolle-Pivot et al qui ont démontré dans leur étude que L'outil informatique a permis une amélioration des pratiques et de l'adéquation aux

protocoles dans leur établissement de 55 à 81 % [23]. Les prestataires admettent à 71% que l'informatisation leur permet de gagner du temps. Cette tendance a été confirmée par les travaux de Mathias Béjean et al. En effet, dans une étude visant à documenter la variété des changements organisationnels liés à l'informatisation de dossier patient en France, ils ont obtenus des résultats qui montrent que le personnel infirmier, malgré des difficultés lors de la mise en œuvre, ne pourrait plus s'en passer, estimant majoritairement gagner du temps (consultations fréquentes du dossier et alimentation du dossier patient informatisé pour tout ce qui concerne le dossier de soins) ; le secrétariat estime en gagner davantage encore (pré-rédaction du compte rendu de sortie par des médecins, recherche d'informations etc.) et aucun des interviewés ne souhaite revenir en arrière, certains disant même « la tutelle a bien fait de nous forcer la main » [24].

Selon 65% des prestataires l'informatisation sécurise plus les données. La sécurité des données peut avoir des conséquences sur la sécurité du patient. Certaines études donnent l'ampleur des erreurs liées à l'informatisation. Par exemple une étude portant sur l'analyse de 99 536 prescriptions, 2636 erreurs induites par l'informatisation ont été recueillies [25]. De même, Une étude menée dans 02 établissements de soins de santé tertiaires du secteur public en Afrique du Sud sur les perceptions des utilisateurs finaux, a démontré que Plus de 75% du personnel infirmier et des administrateurs d'hôpitaux étaient convaincus que l'information est plus sûre et confidentielle sous forme électronique que dans un système [26].

La perception des prestataires reste liée aux possibilités offertes par le système, la facilité d'utilisation des différentes fonctions du logiciel et les contraintes liées à leur utilisation. Le niveau d'informatisation n'est pas le même dans les deux structures. Au CNOS tous les services sont connectés alors qu'à l'HME l'informatisation n'a pas encore couvert tout l'hôpital. Dans les 2 cas, certains prestataires ont souligné les difficultés de connexion et le déficit de formation.

Il faut noter que le déficit de formation peut être un handicap majeur pour l'utilisation de

l'outil informatique. Pour tirer tous les profits de l'informatisation, un processus permanent d'accompagnement des utilisateurs doit être instauré dans les deux cas.

La formation doit être vue comme un moyen de développement économique et social. Elle contribue à l'amélioration de la quantité et de la qualité du travail fourni, à la motivation par les possibilités de promotions offertes. Elle constitue une assurance contre le chômage par manque de qualification, contre la sclérose due à l'obsolescence du savoir, et contre l'inadaptation résultant de l'évolution des métiers. La formation est une activité rentable à inscrire dans le temps pour la pérennité de l'organisation. Développer les compétences contribue à faire de l'élément humain, un facteur clé de succès [27].

Compte tenu du caractère évolutif de ces technologies, la question de la formation apparaît primordiale. Elle concerne cependant deux populations différentes et des besoins qui le sont également. Il s'agit, d'une part, de garantir une formation adaptée pour que les salariés puissent utiliser sans difficulté les outils mis à leur disposition, sous peine de risquer une dégradation de leurs conditions de travail. D'autre part, les responsables d'entreprise doivent être suffisamment formés pour pouvoir prendre en compte les impacts sociaux lors de la mise en place d'un système informatique [28].

Les questions de connectivités ont été toujours au cœur des difficultés d'utilisation des systèmes d'information partagés. La performance du système en dépend. Il convient de différencier la connectivité liée au réseau informatique et celle liée à la base de données. La 1^{ère} se situe au niveau de l'infrastructure physique du réseau (câblage et outils d'interconnexion) ou au niveau de l'accès Internet (application informatique Internet). La 2^{ème} se situe au niveau de la performance de la base de données (temps de réponse des requêtes de l'utilisateur). Ces deux phénomènes constituent des facteurs décourageant les utilisateurs du système informatique.

Pour être performant, les hôpitaux doivent structurer leurs activités de façon cohérente. Le système

informatique, en charge de supporter ces activités, a une importance majeure. De son efficacité dépend la performance de l'hôpital.

Malgré la perception positive de l'informatisation dans les deux établissements, ils doivent s'inscrire dans une véritable gouvernance informatique. Le management est un élément très important de la gouvernance informatique car il représente en moyenne plus d'un tiers des actions implicites de gouvernance de l'organisation [29]. En réalité, l'absence d'un service dédié au système d'information, notamment, le cas du CNOS est assez évocateur de ce déficit de gouvernance. Or, le management dans la gouvernance informatique, fait appel à des hommes et des femmes en charge du développement et de l'administration des ressources technologiques et des actifs informationnels.

Conclusion

Les prestataires estiment en moyenne que l'utilisation de l'outil informatique est avantageuse à 73%, qu'elle a un effet sur la qualité des soins à 74% et qu'elle améliore le pilotage à 72%.

En définitive ces établissements doivent s'inscrire dans une véritable gouvernance informatique. Il est important de renforcer l'impact de l'informatisation et consolider les acquis dans les deux hôpitaux visités. Pour cela, il faudrait renforcer l'encadrement des utilisateurs du système informatique par un processus de formation permanente et un mécanisme de maintenance opérationnel. La création ou la restructuration de service informatique étoffé en personnel permettra de garantir la consolidation et le renforcement des acquis.

*Correspondance

Oumar Dembélé

oumar_dembele@yahoo.fr

Disponible en ligne : 31 Mars 2023

1 : Institut National de Formation en Sciences de la Santé

2 : Centre d'Innovation et de Santé Digitale

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2023

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Budet J. M. Les clés de la gouvernance hospitalière, *Gestions Hospitalières*, n°430, novembre, cahier 181, pp. 708-731, 2003
- [2] Limpens, J. M. La gestion d'un hôpital sous l'angle de la 'corporate governance', *Gestions Hospitalières* n° 430, novembre, cahier 181, pp. 719-722, 2003
- [3] J. P. Domin, La nouvelle gouvernance ou le retour en force de l'hôpital-entreprise, *Gestions hospitalières*, N°452, 2006
- [4] Dechamp G. et Romeyer C. Trajectoires d'appropriation des principes de la nouvelle gouvernance hospitalière par les médecins, Association Internationale de Management Stratégique, XVème Conférence Internationale de Management Stratégique, Genève – Suisse, 2006
- [5] Kirimi B. et Chahouati W, Les établissements hospitaliers publics : Vers une nouvelle gouvernance inspirée du management de la qualité, *Revue du contrôle, de la comptabilité et de l'audit* « Numéro 10 : Volume 4 : numéro 2 », p : 321 – 347, Septembre 2019
- [6] Kaplan R. et Norton D, Using the balanced scorecard as a strategic management system. *Harvard Business Review*, janvier-février 1996
- [7] L'Ecole des Hautes Etudes en Santé publique, les outils de pilotage un levier managérial pour le directeur des soins, 2014
- [8] L'École Nationale de la Santé Publique, de l'intérêt des tableaux de bord pour le pilotage dans la nouvelle gouvernance : l'exemple au Centre Hospitalier de Gonesse, 2006
- [9] P. Garnerin, *Bulletin des médecins suisses*;82: Nr 38, 2001
- [10] Béjean Mathias et al, Création de valeur

- organisationnelle et technologies de l'information à l'hôpital : le cas du dossier patient informatisé , Gestion et management public, vol. volume 6 / 4, no. 2, pp. 9-24, 2018
- [11] Hillestad R. et al, Can Electronic Medical Record Systems Transform Health Care? Potential Health Benefits, Savings, and Costs. *Health Aff (Millwood)*, 24(5), pp. 1103-17 Sep-Oct 2005
- [12] Black A.D. et al, The impact of eHealth on the quality and safety of health care : a systematic overview. *PLoS Medicine*, 8(1), pp. 1-15, 2011
- [13] [13]. Koppel R. et Gordon S., *First do less harm. Confronting the inconvenient problems of patient safety*, Cornell University Press, USA, 2012
- [14] Fitzpatrick G. et Ellingsen G. « A Review of 25 Years of CSCW Research in Healthcare : Contributions, Challenges and Future Agendas ». *Computer Supported Cooperative Work (CSCW)*, 22(4-6), pp. 609-665, 2012
- [15] Kame M N, Zviran M., *Proc Annu, Symp Comput Appl. Heterogeneous databases integration in a hospital information system environment : a bottom-up approach. Med Care.:* 363-367, 1991
- [16] Madeleine Akrich, et al, Motivating medical information system performance by system quality, service quality, and job satisfaction for evidence-based practice, *Problematiser les usages. Sciences Sociales et Santé*, John Libbey, 22 (2), pp.5-20. <halshs-00397199>, 2004
- [17] Hazebroucq V., 2003, *Rapport sur l'état des lieux de la télémédecine française*, Paris, Ministère délégué à la recherche et aux nouvelles technologies 2003
- [18] Eysenbach G., 2001, What is e-health?, *Journal of Medical Internet Research*, 3, 2, e2001 ;
- [19] [19] H. Chaudet, F et al, *Informatique médicale, e-Santé*, ISBN : 978-2-8178-0337-1, © Springer-Verlag Paris 2013
- [20] Philippe Pucheral et al, *La Privacy by design : une fausse bonne solution aux problèmes de protection des données personnelles soulevés par l'Open data et les objets connectés ?*. Legicom, Victoires Editions, *Open data : une révolution en marche*, pp.89-99 ff10.3917/legi.056.0089ff. fhal-01427983f, 2016
- [21] Julie Renahy et al *La « langue contrôlée » et l'informatisation de son utilisation au service de la qualité des textes médicaux et de la sécurité dans le domaine de la santé Informatique et Santé*, (18) : 97-108, 2011
- [22] Georgette Béliveau et al, *Service social*, vol. 42, n° 2, p. 103-126, 1993
- [23] *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation* Volume 32, Issue 4, Pages 241-245, April 2013
- [24] Mathias Béjean et al, *Création de valeur organisationnelle et technologies de l'information à l'hôpital : le cas du dossier patient informatisé* Dans *Gestion et management public /2 (Volume 6 / n° 4)*, pages 9 à 24 2018
- [25] *Annales Pharmaceutiques Françaises* Volume 74, Issue 1, , Pages 61-70, January 2016
- [26] Gregory B Cline and John M Luiz, *Information technology systems in public sector health facilities in developing countries: the case of South Africa*, *BMC Medical Informatics and Decision Making* volume 13, Article number: 13, 2013
- [27] Lakhdar Sekiou *Gestion du personnel*, Les Edition d'organisation, Québec 1990
- [28] Moatty F. et Rouard F. « *Lecture et écriture au travail, les enjeux en termes de formation et de conditions de travail* », *Formation Emploi*, n° 106, 2009
- [29] Frédéric Georgel, *IT Gouvernance : Management stratégique d'un système d'information 3ème édition*, DUNOD, 47, Belgique 20

Pour citer cet article :

O Dembélé, O Bagayoko. Apport de l'informatisation dans la gouvernance de l'hôpital : Perception des prestataires de soins au Mali. *Jaccr Africa 2023; 7(1): 298-309*