

Les activités de veille nouveaux enjeux dans les organisations en réseaux du secteur de la santé

Christian BOURRET, Elisabeth SCARBONCHI
christian.bourret@univ-mlv.fr, elisabeth.scarbonchi@univ-mlv.fr

Université de Marne-la-Vallée
ISIS (Ingénierie des Systèmes d'Information Stratégiques) IFIS - IUT
Cité Descartes, Champs-sur-Marne, 77454 Marne-la-Vallée Cedex 2, France

Mots-clés :

Veille, information partagée, systèmes d'information, organisations en réseaux, gestion de la santé.

Keywords:

Watch, information sharing, information systems, networked organisations, healthcare management.

Palabras claves :

Previsión, información compartida, sistemas de informaciones, organizaciones en redes, gestión de la salud.

Résumé

Avec l'essor des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC), notamment Internet, de nouvelles organisations transversales en réseaux se sont affirmées dans le secteur de la santé, à la fois pour maîtriser les coûts des systèmes de santé et pour assurer un meilleur suivi des soins et de leur coordination.

Les réseaux de santé ont ainsi été expérimentés en France depuis les années 1980 pour décloisonner le système de santé et pour améliorer les coopérations entre la médecine de ville et l'hôpital. La loi du 4 mars 2002 voudrait en faire un levier de réorganisation du système de santé. D'autres expériences ont été menées, notamment en Catalogne espagnole, au Royaume-Uni, en Suisse, en Belgique et aux Etats-Unis.

Parvenus au stade d'une certaine pérennisation, les réseaux de santé élargissent leurs domaines d'activités et commencent à s'intéresser aux aspects de veille, notamment sanitaire. Dans le cadre de la mise en place d'un maillage régionalisé de la santé, d'une nouvelle culture du partage de l'information (en particulier autour du dossier médical informatisé) et d'une évolution des systèmes de santé vers la prévention et l'anticipation, ils peuvent constituer des capteurs d'information efficaces.

Le développement des activités de veille dans la santé en réseaux va de pair avec la régionalisation de la gestion de la santé et du nouveau positionnement de tous les acteurs, en particulier de l'Etat par rapport aux collectivités territoriales et aux initiatives du secteur privé. Il repose en priorité sur une meilleure utilisation de l'information, la définition de nouveaux outils de création d'information élaborée et l'application des outils de veille aux spécificités des réseaux de santé.

1 Introduction

Notre société est devenue une société en réseaux [10]. L'e-santé (électronique) et m-santé (mobile) se sont affirmées [1]. Les Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) ont favorisé l'apparition de nouvelles organisations coopératives en réseaux dans le secteur de la santé [5, 23]. La France a notamment expérimenté la voie des réseaux de santé [23] et de l'hospitalisation à domicile (HAD). D'autres expérimentations sont menées, notamment en Catalogne espagnole, au Royaume-Uni, au Canada, aux Etats-Unis, en Belgique et en Suisse.

Après une mise en perspective du développement de la santé en réseaux, nous analyserons les enjeux de la veille, indissociables de ceux du partage de l'information, d'une meilleure utilisation d'une information à forte valeur ajoutée (information élaborée) et du nouveau positionnement de tous les acteurs des systèmes de santé.

2 La santé en réseaux

De nouvelles organisations en réseaux sont apparues dans le secteur de la santé. Elles veulent notamment favoriser l'échange puis le partage de l'information. Elles relèvent de l'économie de la connaissance [15] et reposent sur l'affirmation de nouvelles compétences [41] et de nouveaux métiers de coordination, notamment en information-communication [4]. L'objectif essentiel de la mise en réseaux de la santé est avant tout une gestion plus efficiente (efficacité au meilleur coût dans un contexte de ressources limitées) et notamment la non redondance, la transparence des soins par leur meilleure coordination dans une perspective de proximité, en assurant aussi, si possible, une meilleure qualité des prestations et une baisse des coûts.

Avec l'effacement des médiateurs traditionnels en santé (médecins de famille), l'essor de ces nouvelles organisations en réseaux répond aussi à un profond besoin d'intermédiation. Il entre dans le cadre du développement des organisations intermédiaires de l'économie sociale et du besoin de « reliance » de toute notre société [33]. Ce besoin d'intermédiation se situe dans un contexte de proximité et de nouveau rapport au territoire [30]. Il s'appuie sur les TIC dont le développement a été accéléré par Internet [6, 34].

Ces nouvelles organisations coopératives basées sur la coordination et l'intermédiation permettent de mieux appréhender le management de la complexité [16] à travers une approche « dialogique » [26], essayant de rendre complémentaires des approches très longtemps considérées comme opposées : individuel / collectif, local / global, public / privé, innovation / normalisation ... en s'appuyant sur les méthodologies de management par projet et par la qualité pour avoir une vision globale et stratégique de l'évolution de l'ensemble de l'organisation.

En France, depuis les années 1980, la mise en réseaux de la santé a notamment correspondu à l'affirmation des réseaux de santé [23]. Elle s'est réalisée selon deux approches très différentes : celle de médecins de terrain voulant développer de nouvelles pratiques coopératives en articulation avec l'hôpital (tout en récusant sa rigidité hiérarchique et l'« hospitalo-centrisme ») et celles d'organisations d'assurance maladie ou de mutuelles voulant mieux maîtriser les dépenses en améliorant également les services à des usagers responsabilisés, devenus acteurs de leur santé et de plus en plus considérés comme des « clients ». Il convient de mettre en relief la spécificité et le développement, mais encore trop limité (en France, 4800 lits pour un total de 490 000 lits dans les hôpitaux et cliniques), des activités d'hospitalisation à domicile (HAD).

La mise en réseaux de la santé pousse à la définition d'un nouveau maillage territorial de la santé avec, en premier niveau, les réseaux de santé, les maisons médicales, les cabinets de groupe ... puis les différentes catégories d'hôpitaux et cliniques et enfin les CHR et les CHU. Le *National Health Service* britannique a depuis 2002 mis en place des *Primary Care Trusts* (PCT) qui gèrent la santé de 80 à 300 000 personnes [35]. En Espagne, la gestion de la santé a été progressivement dévolue à l'ensemble des 17 Communautés Autonomes. A partir de 1985, le service catalan de la santé de la Généralité de Catalogne a mis en place la *Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública* (XHUP) qui a organisé la mise en réseaux des établissements publics ou affiliés : au premier niveau, les 360 centres d'attention primaire (cellules de base / territoire), puis les hôpitaux et, enfin, les centres d'excellence, notamment de Barcelone [28]. Le service catalan de la santé (*CatSalut*) mise beaucoup sur le

développement de son système d'information pour mieux partager l'information avec les producteurs de soins avec qui il passe contrat.

L'utilisation des TIC permet d'améliorer les relations entre autorités sanitaires, organisations de réseaux de vigilance et d'alerte sanitaire, professionnels de santé, établissements de santé et gestionnaires de l'assurance maladie [40]. Les activités de télémédecine constituent des aspects spécifiques de la mise en réseaux de la santé (téléchirurgie, télédiagnostic, mais aussi télésurveillance à domicile notamment des personnes âgées ...). La Communauté Autonome d'Andalousie est en pointe dans le domaine [36].

3 Les enjeux des activités de veille

Dans le secteur de la santé, le champ des activités de veilles possibles est particulièrement vaste. Il s'agit à la fois de veille technologique : nouveaux équipements, notamment d'instrumentation et de visualisation (qui impliquent le traitement d'importants volumes de données), mais aussi veille brevet pour les équipements comme pour les médicaments, veille sanitaire et sociale (aux différents niveaux : local, régional, national) ... Dans cette communication, nous nous intéressons plus particulièrement aux spécificités que peuvent prendre les activités de veille dans les organisations en réseaux du secteur de la santé (réseaux de santé, établissements d'HAD). Elles constituent des organisations « hologrammatiques » [26] ou « holographic organizations » [37] où le tout est inclus dans chaque partie. Elles sont donc intéressantes pour la convergence en leur sein des défis de maîtrise de l'information et de veille auxquels sont confrontés tous les systèmes de santé.

Une prise de conscience des insuffisances du système de santé français (et pas seulement de ses coûts et des déficits qu'ils occasionnent) s'est développée. Pour E. Couty [38], la protection de la santé repose sur le triptyque : veille et prévention, prise en charge thérapeutique, sécurité sanitaire. La France a principalement - pour ne pas dire uniquement - insisté sur le second aspect : les soins. Le rapport Fieschi insiste lui aussi sur l'insuffisance de la veille [13]. Les évolutions envisagées se situent dans un triple contexte de maîtrise des coûts (déficits abyssaux de l'assurance maladie), de vieillissement de la population et d'affirmation du rôle des patients devenus davantage acteurs de leur santé et qui sont aussi davantage responsabilisés (coûts, prévention, observance).

La loi du 4 mars 2002 sur les *Droits des malades et la qualité du système de santé* et les décrets consécutifs [24], les mesures pour l'amélioration du financement et la structuration des réseaux de santé : Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (2001), Dotation Régionale pour le Développement des Réseaux (2003), permettent désormais à certains réseaux et organisations d'HAD d'élargir leurs objectifs et de réfléchir à des activités de veille à plusieurs niveaux :

- veille technologique, pour pouvoir mieux intégrer l'extraordinaire foisonnement des solutions techniques proposées.

- et, surtout, veille sanitaire, correspondant à chaque fois à la spécificité des populations concernées par les différents réseaux : diabète, hépatite C, cancer, VIH, bronchiolite, asthme, santé mentale ...

La canicule de l'été 2003 en France (15 000 personnes décédées, principalement âgées), si elle a débouché sur la polémique sur les dysfonctionnements de l'Institut de Veille Sanitaire, a aussi permis de mettre en évidence la très grande efficacité des réseaux de santé et des organisations d'HAD (pas de surmortalité).

L'idée d'utiliser des réseaux de santé comme « capteurs » d'information dans le cadre d'une politique de veille sanitaire commence à faire son chemin. Elle repose sur l'adaptation des outils de veille à la spécificité des réseaux de santé.

Les activités de veille peuvent être aussi intégrées dans les expériences de coordination des réseaux de santé et des ateliers santé-ville (maison de la santé de Saint-Denis). Se pose aussi la question de l'articulation des activités de veille des nouvelles organisations en réseaux du secteur de la santé avec d'autres structures d'information et d'orientation comme, par exemple, les centres d'appels : *NHS Direct* (Royaume-Uni) et *Sanitat Respon* (Barcelone). Elles entrent aussi dans le cadre de programmes transfrontaliers relevant des incitations de l'Union européenne comme *Interreg* entre la Belgique et les régions Nord et Picardie avec la mise en place d'un observatoire commun implanté à Lille.

Les activités de veille peuvent aussi constituer un outil privilégié d'organisation de la convergence des représentations des différents acteurs et des activités publiques et privées. Ainsi, certaines entreprises

comme en Pays Basque espagnol le groupe coopératif *Mondragon*, très tourné vers le *Knowledge Management*, commencent à appliquer ces méthodologies à des activités de veille sanitaire pour l'ensemble de leurs personnels, considérés par ailleurs comme des travailleurs de la connaissance [39], les activités de veille ne concernant pas uniquement les institutions mais aussi les individus eux-mêmes dans leurs activités quotidiennes, individus qui sont de plus en plus responsabilisés.

Les nouvelles activités de veille traduisent l'extension des activités de santé en réseaux : évolution du simplement curatif (soins) à une vision beaucoup plus globale de la santé. Elles s'insèrent dans une problématique plus vaste d'aide à la décision en santé : management par projet, management par la qualité, intelligence compétitive et territoriale [11]. Elles reposent sur une meilleure utilisation de l'information et d'appréciation de sa valeur ajoutée (information élaborée).

4 L'information élaborée élément central du dispositif de veille

Les services spécialisés dans les organismes de soins (hôpitaux, cliniques..), les structures de gestion des réseaux de santé, l'assurance maladie, ... doivent pouvoir disposer des informations utiles à la prise de décision, notamment en matière de stratégie de recherche et de développement.

Dans cette perspective, nous travaillons à différents dispositifs de fourniture d'information élaborée. En particulier, ces dispositifs doivent, à partir de l'information brute ouverte disponible dans les grandes banques de données comme Medline, aider à constituer une chaîne de traitement permettant d'obtenir, grâce à des traitements mathématiques et linguistiques, des informations à valeur ajoutée présentées sous forme de graphes, de réseaux, de cartes etc... immédiatement utilisables par les décideurs.

Les techniques et les méthodes mathématiques ou linguistiques opérationnelles, développées dans différents laboratoires comme le CRRM à Marseille, l'IRIT à Toulouse et également commercialisées par un certain nombre de sociétés (IMCS...) permettent d'obtenir des séries d'indicateurs selon les sources d'informations traitées. Parmi l'ensemble des sources d'information médicale, la banque de données en ligne Medline constitue une source incontournable pour l'information des différents acteurs de la santé en général. L'application des différents traitements possibles à l'aide des logiciels disponibles offre des perspectives pour créer des indicateurs de manière automatique et interactive. La production de tels indicateurs a été de nombreuses fois validée dans les systèmes de veille technologique et scientifique.

Si l'on choisit par exemple d'étudier le domaine de la cardiologie, on peut obtenir à partir de l'exploitation d'un corpus documentaire issu de la banque de données Medline :

- Des listes d'auteurs donnant accès aux différents acteurs professionnels (médecins cardiologues, opérationnels des différents laboratoires de médecine ou de recherche...).
- Des listes d'organismes, laboratoires privés ou universitaires, hôpitaux...
- De même des listes des mots-clés donnant accès à des visions thématiques

Ces listes classées par ordre de fréquence décroissante peuvent également être présentées sous forme d'histogrammes, de sectogrammes, de sociogrammes ...

Ces traitements peuvent être généralisés pour toutes entités d'informations disponibles et convenablement structurées dans les différentes sources.

Les méthodes de calcul des paires ou de cooccurrence d'entités d'informations permettent de créer des relations représentées par des réseaux, des cartes ou des clusters [8, 31].

Par exemple, le traitement d'entités d'informations homogènes comme les paires d'auteurs fournit des informations sur les équipes de recherche ou médicales et permet de détecter des coopérations inattendues.

Le traitement d'informations hétérogènes, comme les paires « auteur – organisme », donne des informations sur les équipes médicales ou de recherche appartenant à une même entité. Les paires

« organisme – mot clé » donneront des indications sur la spécialisation et les spécificités thématiques d'un laboratoire ou d'un service.

Ces possibilités offertes par des traitements mathématiques de type bibliométrique ou linguistique sont directement utilisables pour la maîtrise des informations disponibles.

Les résultats obtenus sont directement liés à l'organisation et à la bonne structuration des sources d'information accessibles.

A ce propos, il convient de signaler que l'optimisation de ces traitements sera dépendante du capital accumulé des sources d'information dont nous disposons, de leur accessibilité et de leur coût.

La mise en œuvre et la généralisation des méthodes de la veille technologique ainsi que leur intégration dans des systèmes d'information pour la gestion des réseaux de santé, ne pourra être effective que si nous nous donnons les moyens financiers pour payer l'accès aux sources (banque de données en ligne) et que si une politique nationale pour la production de banques de données cohérentes et convenablement structurées est rapidement engagée. En complément, l'accès à Internet (forum, sites Web ...) pourra fournir des informations et des indicateurs sur les activités, les localisations, les domaines de compétence et sur les organismes intéressant le secteur de la santé [11, 12].

Ce n'est qu'à cette condition que l'on pourra envisager la création de banques d'information à valeur ajoutée, permettant de renseigner des indicateurs pertinents.

Les résultats obtenus devront être normalisés dans le but de créer des Banques d'Information Elaborée (BIE). La réalisation de ce type de banques constitue une étape indispensable du processus de traitement de l'information. En homogénéisant et en standardisant la présentation des résultats dans des structures multimédia, on disposera de nouvelles sources d'information directement utilisables dans le management des connaissances (*Knowledge Management*).

L'utilisation des sources à partir desquelles les banques de données thématiques ont structuré leurs éléments d'information devra intégrer la composante multimédia.

Ces nouvelles BIE pourront être disponibles sous forme d'un site Web accessible aux professionnels des réseaux de santé concernés.

L'application des outils de veille aux réseaux de santé est envisagée dans le cadre spécifique du réseau bronchiolite Ile-de-France en relation avec l'URCAM (Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie) Ile-de-France. Nous étudions aussi l'extension de cette problématique avec les responsables de la Coordination Nationale des Réseaux de Santé et de la Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile (FNEHAD).

D'autres expériences d'organisations en réseaux développées à l'étranger : réseau tuberculose du *National Health Service* (NHS) à Londres, programme spécifique de surveillance des urgences pendant l'hiver (étendu à partir de cette année à l'été) mis en place par *CatSalut* en Catalogne espagnole, veille et santé de proximité en Catalogne espagnole : réseau Osona (Vic) et *Serveis de Salut integrata del Baix Empordà* (Palamos), système de veille sanitaire et sociale *Optim@* à Seraing (Belgique), posent toutes les défis du traitement de l'information et de la réactivité.

5 Partage de l'information et repositionnement des acteurs

Le développement des activités de veille est indissociable de la mise en place de systèmes d'information informatisés qui, après la phase pionnière et foisonnante de l'affirmation de réseaux de santé très différents, correspond à la capitalisation des savoirs et à la formalisation des expériences réussies si l'on veut que les réseaux de santé deviennent, entre la médecine de ville individualiste et l'hôpital hiérarchique, la troisième voie d'exercice coopératif de la médecine.

Les enjeux majeurs sont ceux de la coordination des soins et du suivi des patients (importance de la notion de trajectoire) au sein du labyrinthe des systèmes de santé, mais aussi de la prévention, de l'anticipation et de la responsabilisation de tous les acteurs, des professionnels aux patients. Le premier défi à relever est celui de l'interopérabilité des systèmes [17], notamment en France : chaque hôpital et même pour les plus grands, parfois chaque service, a son propre dossier médical patient voire son propre système d'information ! Le rapport Fieschi insiste sur la nécessité de créer une

véritable culture de l'information pour ensuite promouvoir l'échange des données et enfin leur partage [13]. Auparavant, les rapports Beuscart [3] et Gros [18] avaient insisté sur la spécificité des données en santé et sur les impératifs de leur collecte, de leur diffusion et de leur stockage (métier d' « hébergeur » de données et décret en préparation pour encadrer cette activité) en accord avec la CNIL (Commission Nationale Informatique et Libertés).

Une bonne partie des défis de la gestion de l'information en santé converge désormais sur la mise en place des dossiers informatisés des patients. En France, au printemps 2004, le nouveau ministre de la santé en a fait une priorité. Il ne fait que suivre le chemin également envisagé par le Royaume-Uni (Projet ERDIP : *Electronic Record Development and Implementation Programme*) après avoir insisté sur l'importance de la maîtrise de l'information [21] et les Etats-Unis (création d'une *National Health Information Technology Coordination* au sein de l'*US Ministry of Health*), pour essayer de surmonter les nombreux échecs des vingt dernières années, relevant à la fois de problèmes techniques mais aussi de la résistance au changement et du refus de transparence de certains acteurs essentiels.

Le développement des activités de veille des nouvelles organisations en réseaux du secteur de la santé se situe dans un contexte global de repositionnement des acteurs des systèmes de santé. Elles entrent dans le cadre beaucoup plus vaste des pratiques collectives distribuées ou CSCW (*Computer Supported Cooperative Work*), de l'organisation apprenante et du travailleur de la connaissance [20, 39].

Depuis 1996, la France, traditionnellement dirigiste et centralisée, a entamé une certaine régionalisation de son système de santé : confirmation du rôle des URML (Unions Régionales des Médecins Libéraux), des ORS (Observatoires Régionaux de la Santé), création des ARH (Agences Régionales de l'Hospitalisation), des URCAM ... L'Etat dirigiste fordien-keynésien est en crise et, en santé, son principal support, l'hôpital, qui voit converger l'essentiel des problèmes. Il fait progressivement place à un Etat incitateur, régulateur et évaluateur, coordonnant ses nouvelles missions avec les activités des collectivités territoriales, de l'assurance maladie, des mutuelles ... mais aussi des acteurs privés (cliniques, assurances, entreprises). En France, l'évolution des missions de l'Etat correspond à la création d'agences qui intègrent progressivement des activités de veille : Institut de veille Sanitaire, Agence du Médicament devenue AFSSAPS, ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation et en Santé ...).

6 Conclusion

Enjeu devenu majeur de l'aménagement du territoire, la santé est aussi un des enjeux fondamentaux de la « nouvelle » économie [32]. Avec les progrès de l'interopérabilité, Kun [22] envisage un « global health network » au niveau mondial.

Les activités d'ingénierie des réseaux de santé constituent des activités de management par projet et par la qualité, dans un contexte de gestion de ressources limitées (nécessité de choix et d'arbitrages), dont les aspects veille commencent à émerger. Dans une perspective de management de la complexité, de coordination des soins (suivi de la trajectoire des patients), les activités d'ingénierie de la santé en réseaux supposent une vision globale du patient et de son environnement. Elles se développent également dans le contexte de la régionalisation de la santé pour un meilleur service personnalisé à partir de supports standardisés (*customization*). Elles sont indissociables de la responsabilisation des patients et de tous les acteurs des systèmes de santé.

Essentielles pour la prévention, les activités de veille prennent aussi de plus en plus d'importance pour améliorer la prise de décision et la planification à long terme. Elles reposent sur une meilleure utilisation partagée de l'information disponible et sur l'émergence de nouveaux outils, notamment d'information élaborée. Elles supposent au préalable le développement d'une culture du partage de l'information [13] et de son utilisation pour l'évaluation-amélioration [19] et la prise de décision et non plus seulement à des fins statistiques et administratives.

Remerciements

Nous remercions Gilles Poutout, directeur adjoint de l'URCAM (Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie) d'Ile-de-France.

7 Sources

7.1 Bibliographie

- [1] « *Aspects de l'e-santé* », n° 81, Numéro spécial, The IPTS report, produit par l'Institut de Prospective Technologique, European Commission, Séville, février 2004, 56 p.
- [2] BALMISSE G., *Gestion des connaissances. Outils et applications du knowledge management*, Vuibert, 2002, 266 p.
- [3] BEUSCART R., *Les enjeux de la Société de l'Information dans le domaine de la Santé*, rapport, 2000, 37 p., <http://www.telemedecine.aphp.fr/doc/beuscdrapport.pdf>
- [4] BOURRET C., *Réseaux de santé et nouveaux métiers de l'information*, Documentaliste – Sciences de l'information, vol. 41, n° 3, juin 2004, pp. 174 - 181.
- [5] BOURRET C., « *La santé en réseaux* », Etudes, septembre 2003, pp. 175 - 190.
- [6] BOURRET C. et TORT i BARDOLET J., *Maîtrise de l'information, amélioration des systèmes de santé et aménagement du territoire. L'exemple de la Catalogne et de la région Midi-Pyrénées*, Les journées d'études des systèmes d'informations élaborées, L'île Rousse, octobre 2002, numéro spécial, International Journal of Information Sciences for Decision Making (ISDM), n° 6, mars 2003, pp. 162-172
- [7] BOURRET C., *Les réseaux de santé : un champ de recherches prometteur pour les Sciences de l'Information et de la Communication*, Actes du 13^e Congrès national des sciences de l'Information et de la communication, Marseille, octobre 2002, pp. 345 – 352.
- [8] BOUTIN E., DUMAS P., QUONIAM L., ROSTAING H., DOU H., *Génération automatique de réseaux en bibliométrie*, Actes des Journées sur l'information Elaborée, Ile Rousse, 31 Mai 1995
- [9] CARRÉ D. et LACROIX J.-G. sous la direction de, *La santé et les autoroutes de l'information. La greffe informatique*, L'Harmattan, juillet 2001, 312 p.
- [10] CASTELLS M., *La société en réseaux*, 2^e éd., Paris, Fayard, 2001, 671 p.
- [11] DOU H. and MANULLANG S., *Competitive Intelligence, Technology Watch and Regional Development*, Editor MUC, December 2003, Jakarta, Indonesia ISBN 979-98236-0-9
- [12] DOU H., *Benchmarking R&D and companies through patent analysis using free databases and special software: a tool to improve innovative thinking*, World Patent Information WPI article 739, 21 April 2004
- [13] FIESCHI M. sous la direction de, *Les données du patient partagées : la culture du partage et de la qualité des informations pour améliorer la qualité des soins*, Rapport remis au ministre de la santé, janvier 2003, 55 p., <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/fieschi/sommaire.htm>
- [14] *Filières & réseaux. La lettre du disease management à la française.*
- [15] FORAY D., *L'économie de la connaissance*, Repères-La Découverte, 2000, 124 p.
- [16] GENELOT D., *Manager dans la complexité*, INSEP Consulting éd., 2001, 357 p.
- [17] GRIMSON J., GRIMSON W., HASSELBRING W., *The SI challenge in Health Care*, Communications of the ACM, juin 2000, vol. 43, n° 6, pp. 49 – 55.
- [18] GROS J. sous la dir. de, *Santé et nouvelles technologies de l'information*, rapport adopté par le Conseil Economique et Social, avril 2002, <http://www.ces.fr/rapport/rapsec/RS013910.pdf>
- [19] *Guide d'évaluation des réseaux de santé*, ANAES, juin 2004.
- [20] GUILHON B. et LEVET J.-L. sous la direction de, *De l'Intelligence Economique à l'Economie de la Connaissance*, Economica, 2003, 199 p.

- [21] *Information for Health. An Information Strategy for the Modern NHS 1998 – 2005*, NHS Executive, London, 1998, 123 p.
- [22] KUN L. G., *Telehealth and the global health network in the 21st century. From homecare to public health informatics*, Computers Methods and Programs in Biomedicine, 64, 2001, pp. 155 – 167.
- [23] LARCHER P., POLOMÉNI P., *La santé en réseaux. Objectifs et stratégie dans une collaboration ville-hôpital*, Masson, 2001, 187 p.
- [24] Loi du 4 mars 2002 sur *Les droits des malades et la qualité du système de santé* et décrets d'application, Journal Officiel, Paris, n° 54, 5 mars 2002, p. 4118, www.legifrance.gouv.fr/citoyen/jorf_nor.ow?numjo=MESX0100092L
- [25] MINTZBERG H., *Le Management. Voyage au centre des organisations*, Editions d'Organisation, juillet 2001, 570 p.
- [26] MORIN E., *Introduction à la pensée complexe*, ESF, 1990, 158 p.
- [27] MUCCHIELLI A., *Approche systémique et communicationnelle des organisations*, Paris, Dunod, 1998, 160 p.
- [28] *Noves perspectives des model sanitari català. Les línies estratègiques del CatSalut*, Barcelona, 2002, http://www10.gencat.net/catsalut/cat/coneix_quees_lin.htm
- [29] PRAX J.-Y., *Le Guide du Knowledge Management. Concepts et pratiques du management de la connaissance*, Dunod, mai 2000, 266 p.
- [30] *Quel système de santé à l'horizon 2020 ?*, Rapport sous la direction de POLTON (Dominique), La Documentation française, octobre 2000, 358 p.
- [31] QUONIAM L., ROSTAING H., BOUTIN E., DOU H., *Treating bibliometric indicators with caution: their dependence on the source database*, Research Evaluation, December 1996, pp. 177-181
- [32] RIFKIN J., *L'âge de l'accès. La révolution de la nouvelle économie*, La Découverte, Paris, 2000, 396 p.
- [33] SAINSAULIEU R., *Des sociétés en mouvement. La ressource des institutions intermédiaires*, Desclée de Brower, 2001, 228 p.
- [34] *SANTETIC : Les Technologies de l'Information et de la Communication dans le domaine de la Santé au sein du grand Sud-Ouest*, Mission Interministérielle Interrégionale d'Aménagement du Territoire, Inter-Images, juin 2000, 139 p. + annexes.
- [35] *Shifting the Balance of Power within the NHS. Securing Delivery*, Department of Health, London, July 2001, 46 p.
- [36] SILBER D., *The Case for eHealth*, presented at the European Commission's conference on eHealth, Brussels, May 2003, 32 p.
- [37] SHORTELL S.M. et al., *Remaking Health Care in America. Building Organized Delivery Systems*, San Francisco, 1996, 369 p.
- [38] THIEL M.-J. sous la direction de, *Où va la médecine ? Sens des représentations et pratiques médicales*, Presses Universitaires de Strasbourg, 2003, 325 p.
- [39] UGARTE L., CALZADA I., BETI I., *Memoria del estado del arte sobre el trabajador del conocimiento*, Mondragon Unibertsitatea, 2003, 20 p.
- [40] VILLAC M., « La "e-santé": Internet et les TIC au service de la santé », *La société de l'information*, rapport sous la direction de CURIEN N. et MUET P.-A., La Documentation française, 2004, pp. 277-299.
- [41] ZARIFIAN P., *Le modèle de la compétence*, Editions Liaisons, 2001, 114 p.

7.2 Principaux sites Internet consultés

Ministère de la Santé et de la Protection Sociale : <http://www.sante.gouv.fr>

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) : <http://www.anaes.fr>

Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) : <http://www.ameli.fr>

CREDES (Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé) devenu IRDES : <http://www.credes.fr>

Coordination Nationale des Réseaux de Santé : <http://www.cnr.asso.fr>

Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile : <http://www.fnehad.asso.fr>

Institut de veille sanitaire : <http://www.invs.sante.fr>

Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) Ile-de-France : <http://www.urml.idf.org>

Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) Ile-de-France : <http://www.urcamif.fr>

Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM) Nord – Picardie : <http://www.cram-nordpicardie.fr>

EHTEL : Association European Health Telematics : <http://www.ehtel.org>

CatSalut (Catalogne espagnole): <http://www.gencat.net/catsalut/cat/es>

Andalousie : <http://www.juntadeandalucia.es/salud>

National Health Service: <http://www.nhs.uk>,

Electronic Record Development and Implementation Programme (ERDIP), NHS Information

Authority: <http://www.nhsia.nhs.uk/erdip>,

<http://www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/InformationPolicy/fs/en>

Réseau Canadien de la Santé : <http://www.canadian-health-network.ca>

American Medical Association : <http://www.ama.org>

Kaiser Foundation : <http://www.kaiserpermanente.org>

MEDLINE (site de la National Library of Medicine américaine) : <http://www.nlm.nih.gov/databases>

Healthcare Information and Management Systems Society : <http://www.himss.org>

Organisation pour la Coopération et le Développement Economiques : <http://www.ocde.org>