



EHESP

Directeur d'Hôpital

Promotion : **2007-2009**

Date du Jury : **Décembre 2008**

**La chirurgie oncologique en
Auvergne : une stratégie de groupe
pour conjuguer qualité et proximité**

Anne TRANCHARD

Remerciements

A Monsieur Bernard Belaigues, Directeur Général Adjoint du CHU de Clermont-Ferrand et maître de stage, pour sa disponibilité, son professionnalisme et sa gentillesse

A Monsieur Julien Gottsmann, Directeur du Personnel Médical au siège de l'AP HP et encadrant mémoire, pour son soutien, son esprit critique et ses conseils méthodologiques

A Monsieur Jean Paul Segade, Directeur Général de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille, pour son soutien et sa vision de l'avenir de la stratégie des hôpitaux publics auvergnats

A l'équipe de direction et aux équipes médicales du CHU de Clermont-Ferrand pour leur accompagnement et leurs réflexions sur ce sujet

A Messieurs Jacques Dauplat, directeur du Centre de Lutte contre le Cancer de Clermont Ferrand, Rolland Bugat et Philippe Lasser pour leur contribution au travail sur la qualification et la démographie des chirurgiens oncologues

Aux chefs d'établissement et aux médecins des centres hospitaliers d'Aurillac, de Montluçon, de Moulins, du Puy-en-Velay et de Vichy pour leur accueil, leurs remarques et leur collaboration à ce projet

A Madame le Docteur Longchambon, chargée de la cancérologie à la DRASS d'Auvergne

A Madame Christine Bara et son équipe à l'Institut National du Cancer pour leur aide documentaire et explication des tenants et aboutissants de cette problématique

Sommaire

Introduction	- 1 -
1. Qualité et proximité : les enjeux liés aux seuils d'activité en chirurgie oncologique.....	- 8 -
1.1 Les besoins des patients atteints de cancer au cœur de cette dialectique-	8 -
1.1.1 Une offre graduée de soins recherchée par le Plan cancer et le SROS III Auvergne	- 8 -
1.1.2 Des critères de qualité en complément des seuils d'activité pour une réponse adaptée aux besoins des patients	- 11 -
1.2 Une redéfinition des pratiques médicales engendrée par l'application des seuils en chirurgie oncologique.....	- 13 -
1.2.1 La question de la qualification des chirurgiens oncologues au cœur de l'enjeu des autorisations : quelles conséquences sur la formation initiale et continue des chirurgiens ?	- 13 -
1.2.2 La pluridisciplinarité et le travail en réseaux : une obligation pour une prise en charge optimale et globale des patients	- 17 -
1.2.3 La démographie médicale au cœur des préoccupations sur la qualité et la proximité des soins.....	- 18 -
1.3 L'impact des seuils en chirurgie oncologique sur la stratégie des établissements.....	- 20 -
1.3.1 Des redéploiements d'activité à envisager	- 20 -
1.3.2 Des délais de réorganisation de l'offre de soins à prendre en compte	- 23 -
1.3.3 Un travail en réseau à initier	- 24 -
2 Le jeu des acteurs : analyse des ébauches de la stratégie des établissements publics de santé	- 25 -
2.1 Des centres hospitaliers prêts à coopérer avec le pôle de recours (CHU/CLCC) ?.....	- 25 -
2.1.1 Le G6, structure de réflexion sur la stratégie de groupe en chirurgie oncologique	- 25 -
2.1.2 Du management des identités locales	- 26 -
2.1.3 L'exemple d'une coopération source de progrès : GCS CJP/CHU, fruit d'une coopération réussie	- 28 -
2.2 Des acteurs externes favorisant une réflexion approfondie entre les EPS-	32 -

2.2.1	La FHF : pour une stratégie public/public.....	- 32 -
2.2.2	La DRASS/ARH : pour une coopération sur le territoire de santé.....	- 36 -
2.2.3	L'INCa.....	- 37 -
2.2.4	Le rapport Larcher : pour un pôle régional de recours	- 38 -
2.3	La révision du volet cancer du SROS III en perspective : une contrainte réglementaire nécessitant l'adaptation du projet médical de territoire, du projet d'établissement et du CPOM.....	- 40 -
3	Propositions pour une stratégie de groupe pertinente en matière de chirurgie oncologique : la qualité et la proximité associées au service des patients	- 42 -
3.1	Conditions d'une coopération entre EPS et CLCC fructueuse : comment faire de la coopération une chance supplémentaire de progrès ?	- 42 -
3.1.1	Un but commun : recréer les conditions d'attractivité pour les territoires en perte d'activités avec une qualité accrue des soins et une accessibilité affirmée.....	43 -
3.1.2	Une méthode partagée : principes de subsidiarité, de réciprocité et de mutualisation	- 44 -
3.1.3	Un changement culturel et une dynamique régionale à lancer : rôle du chef d'établissement et du président de CME.....	- 45 -
3.2	Quelles stratégies pour quels objectifs ?	- 46 -
3.2.1	Une stratégie de territoire de proximité : coopération entre CH et cliniques appartenant au même territoire.....	- 47 -
3.2.2	Une coopération interrégionale ou intra-départementale entre établissements publics.....	- 48 -
3.2.3	Une réorganisation totale de la prise en charge du cancer avec un pôle régional de chirurgie oncologique	- 49 -
3.3	Modalités possibles d'une coopération réussie.....	- 51 -
3.3.1	Modalités juridiques.....	- 51 -
3.3.2	Modalités pratiques	- 55 -
	Conclusion.....	- 58 -
	Bibliographie.....	61
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

3C Centre de Coordination en Cancérologie
ARH Agence Régionale de l'Hospitalisation
ATIH Agence de Traitement des Informations Hospitalières
BDHF Base de Données Hospitalières de France
C2RC2 Comité de Coordination de la Recherche Clinique en Cancérologie
CH Centre Hospitalier
CHU Centre Hospitalier Universitaire
CHT Communauté Hospitalière de Territoire
CJP Centre Jean Perrin
CLCC Centre de Lutte Contre le Cancer
CME Commission Médicale d'Etablissement
CSP Code de la Santé Publique
DES(C) Diplôme d'Etudes Spécialisé (Complémentaire)
DIM Département de l'Information Médicale
DHOS Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DMS Durée Moyenne de Séjour
DRASS Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
EPS Etablissement Public de Santé
FHF Fédération Hospitalière de France
GCS Groupement de Coopération Sanitaire
GHM Groupement Homogène de Malades
INCa Institut National du Cancer
IRUCA Institut Régional Universitaire de Cancérologie en Auvergne
PH Praticien Hospitalier
PMSI Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PPS Programme Personnalisé de Soins
RCP Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
RHF Revue Hospitalière de France
RSA Résumé de Séjour Anonymisé
SROS Schéma Régional de l'Organisation des Soins
T2A Tarification à l'Activité
URCC Unité de Reconstitution des Cytostatiques

« Le cancer demeure ce qu'un médecin n'a pas envie de dire à un patient qui n'a pas envie de l'entendre »

Nicole Alby, psychologue à la Ligue Nationale de Lutte contre le Cancer

Introduction

1. Contexte de l'étude :

Depuis quelques années, la société française prend conscience, à travers la médiatisation accrue des risques sources de cancer et des dispositifs de prévention des cancers, de la prégnance du cancer. En effet, le cancer est la première cause de décès prématuré en France et la seconde cause de décès tous âges confondus. Ainsi, « le cancer demeure un enjeu majeur de santé publique avec aujourd'hui, dix millions de familles au minimum concernées par le problème du cancer, 320 000 nouveaux cas par an et une file active de 900 000 patients qui, chaque année, effectuent un séjour à l'hôpital en raison de leur cancer »¹.

Face à ce constat alarmant, l'engagement de la France a été sans précédent, à la fois en termes de communication, d'information et d'actions. Le Président de la République déclarait en 2003, au moment du lancement du Plan Cancer : « le cancer plonge ses racines dans nos modes de vie : nous devons les faire évoluer [...] ; le cancer nous concerne tous. Ce combat pour la vie doit tous nous mobiliser. »

Les causes du cancer sont multiples et résultent de facteurs individuels comportementaux, génétiques et de facteurs environnementaux et inconnus. En 2007, pratiquement tous les cancers sont susceptibles de bénéficier d'un traitement. Un cancer sur deux est vaincu, ce qui constitue un réel progrès.

Le Plan cancer du 24 mars 2003 comporte 70 mesures et constitue une avancée décisive dans la lutte contre le cancer. Il prend en compte l'ensemble des dimensions du cancer : des aspects thérapeutiques, de prévention, sociaux, économiques et de recherche. Le choix du Plan Cancer, piloté par une structure dédiée : l'Institut National du Cancer (INCa créé par la loi de santé publique du 9 août 2004), en matière d'accès aux traitements et de prise en charge des malades, est fondé sur quatre principes fondamentaux :

- libre choix et information du patient
- qualité des soins et équité
- sécurité et accès en proximité
- accès à la recherche clinique

La circulaire du 22 février 2005 pose, tout comme le Plan Cancer, la qualité et la proximité des soins en principes fondamentaux d'organisation territoriale des soins en matière de cancérologie.

¹ La situation du cancer en France, INCa, 2007

Dans ce cadre, la mesure 36 du Plan cancer intitulée « Etablir des critères d'agrément pour la pratique de la cancérologie dans les établissements publics et privés » a pour conséquence l'instauration d'un dispositif d'autorisation applicable à tous les établissements de santé qui prennent en charge des patients atteints de cancer. Les traitements des cancers ne seront pas concentrés dans des structures hautement spécialisées. Néanmoins, les établissements autorisés à prendre en charge les cancers devront répondre à des critères de qualité, considérés aujourd'hui comme obligatoires et respectant un seuil d'activité minimum. Ce référentiel de critères représentera le niveau de qualité standard qui s'imposera à tous les établissements.

Les six critères transversaux de qualité, tels que prédéfinis par l'INCa, sont fondés sur une prise en charge globale dès le diagnostic initial. Ce sont le dispositif d'annonce, la concertation pluridisciplinaire, le respect des référentiels de pratique clinique, la remise d'un programme personnalisé de soins, l'accès aux soins de support et l'accès aux innovations et à la recherche clinique.

Le dispositif de traitement du cancer s'articule en premier lieu autour de deux décrets et d'un arrêté puis de la production par l'INCa des critères d'agrément.

Les décrets du 21 mars 2007 et l'arrêté du 29 mars 2007 portent notamment sur l'organisation des soins en matière de chirurgie oncologique. En effet, pour chaque chirurgie par organe, des seuils d'activité ont été établis par le ministère de la santé sur proposition de l'INCa selon une méthodologie de mesure des activités soumises à seuils. L'activité minimale annuelle s'entend par site et son analyse porte sur les trois dernières années disponibles validées. « Le seuil s'applique, sur la moyenne résultant de l'analyse de ces trois années, par site, pour chacune des six spécialités »².

Ainsi, les seuils fixés par l'arrêté du 29 mars 2007 sont les suivants :

- pathologies mammaires : 30 interventions
- pathologies digestives : 30 interventions
- pathologies urologiques : 30 interventions
- pathologies thoraciques : 30 interventions
- pathologies gynécologiques : 20 interventions
- pathologies oto-rhino-laryngologiques et maxillo-faciales : 20 interventions

Le dispositif d'autorisation prévoit que les établissements dont l'activité annuelle se situe entre 80% et 100% du seuil seront « autorisables » au regard des seuils sous réserve d'atteindre le seuil dans un délai de 18 mois.

² Circulaire n° DHOS/O/INCa/2008/101 du 26 mars 2008 relative à la méthodologie de mesure des seuils de certaines activités de soins de traitement du cancer

En outre, les ARH sont tenues de réviser le volet cancérologie des SROS et délivreront les premières autorisations au plus tôt en avril 2008 et jusqu'en novembre 2009.

L'ensemble de ces dispositions et de ces constats concerne l'Auvergne avec une situation actuelle qui soulève des interrogations. En effet, l'analyse des cartes par chirurgie thérapeutique élaborées par l'INCa en 2005 et en 2006 et publiées dans la Revue Hospitalière de France de mai-juin 2007 dans le dossier consacré à la réorganisation de la cancérologie, permet d'anticiper une réorganisation territoriale de l'offre de soins en matière de chirurgie oncologique. Ainsi, si le CHU de Clermont Ferrand n'est pas a priori « menacé » par l'établissement de seuils d'activité minimale en matière de chirurgie oncologique, il est susceptible d'être appelé à coopérer avec les établissements de la région Auvergne et à anticiper des éventuels problèmes de démographie médicale sur le territoire auvergnat.

Sur le plan épidémiologique, la région Auvergne dénombre chaque année 1000 nouveaux cancers du sein et de la prostate, 700 à 800 nouveaux cancers du digestif, 500 à 600 nouveaux cancers du poumon et 300 nouveaux cancers gynécologiques. Dès lors, l'Auvergne constitue une région particulièrement touchée par le cancer et une approche transversale de cette pathologie multiforme est indispensable à l'amélioration de la prise en charge des patients.

En outre, la révision du volet cancer du SROS III Auvergne est prévue pour le 22 septembre 2008 au plus tard. Celle-ci est susceptible de bouleverser les stratégies anticipées par les acteurs et donc de ne pas coïncider avec la volonté des acteurs de terrain.

Enfin, cette réorganisation devra être accompagnée sur les plans financier et méthodologique. Cela représentera le premier acte de coopération de grande envergure et confirmera la tendance actuelle d'un service public inter établissement. Les enjeux en T2A apparaissent parfois limités concernant la chirurgie carcinologique mais ils sont emblématiques d'une réorganisation des territoires telle qu'évoquée par le rapport Larcher de 2007 sur l'avenir de l'hôpital. A titre d'exemple, sur le plan financier, les crédits fléchés pour les transports sanitaires devront être abondés. Le secteur privé se positionne clairement sur les activités dites rémunératrices et considérées comme valorisantes : les établissements publics de santé devront donc se mobiliser afin d'éviter la fuite vers le secteur privé des séjours des établissements dont l'activité se situera en dessous des seuils. Selon la Fédération Hospitalière de France, « la totalité des activités à redéployer

représente parfois dans certaines régions un effectif supérieur à l'activité annuelle d'un CHU »³.

Afin de ne pas compromettre l'accessibilité aux soins pour les patients et de ne pas accroître les délais de prise en charge, il paraît opportun d'élaborer une stratégie de groupe entre établissements publics de santé, appelée de ses vœux par la Fédération Hospitalière de France (FHF) qui tente de sensibiliser l'ensemble des offreurs publics, menacés ou non par les seuils d'activité, afin d'instaurer une collaboration étroite entre les centres hospitaliers universitaires et les centres hospitaliers.

Dans ce contexte de refonte de l'offre hospitalière de soins en chirurgie oncologique, une analyse de la situation auvergnate basée sur une approche pluridimensionnelle intégrant l'ensemble des acteurs permettra de révéler les leviers et les obstacles soulevés par ces nouvelles dispositions réglementaires sur les stratégies des établissements de la région.

Aujourd'hui, des coopérations médicales et territoriales existent en cancérologie, notamment entre le CHU et le CLCC. Le renforcement de ces coopérations et la mise en place de nouvelles sont des objectifs prioritaires du volet cancer du SROS III afin de construire des filières graduées de prise en charge en lien avec le pôle clermontois constitué par l'alliance entre le CHU de Clermont Ferrand et le Centre de lutte contre le cancer : le Centre Jean Perrin (CJP). L'établissement des seuils d'activité en cancérologie appelle à une réabsorption de l'activité à redistribuer sur l'ensemble de la région. En outre, la chirurgie appelle à une pluridisciplinarité dans la prise en charge des patients puisqu'elle s'effectue en lien avec la radiothérapie, la chimiothérapie, la médecine, les soins de support ... Par exemple, la chirurgie radio interventionnelle nécessite les deux compétences : le radiologue et le chirurgien. Le plateau technique doit donc être avancé et complet pour une optimisation de la prise en charge.

Néanmoins, la collaboration et la stratégie de groupe entre établissements ne se décrètent pas. Elles s'instaurent progressivement, au gré des acteurs locaux, du poids de l'histoire, des obstacles géographiques et des choix des patients. Le CHU de Clermont Ferrand est perçu à la fois comme un établissement de recours et comme le centre de la région (à la fois géographique et pour les activités importantes). Cette double appréhension laisse apparaître des craintes quant au « CHU – centrisme » et à la concentration des activités attractives pour la démographie médicale vers un seul lieu.

³ Citation extraite de l'article DHORDIAN et NOSSENBAUM 2007

La coopération est, selon la théorie des organisations, le mode de collaboration que des acteurs, en situation d'interdépendance, ont tendance à privilégier mais sous conditions. Ainsi, bien que le CHU de Clermont Ferrand ne soit pas en demande forte auprès des établissements périphériques de la région Auvergne, il ne peut rester indifférent aux problématiques de ces établissements qui l'entourent et avec lesquels il a tissé des liens, sur la base de valeurs communes.

L'analyse proposée exposera les enjeux liés aux seuils d'activité en chirurgie carcinologique en termes de qualité et proximité dans l'accès aux soins. Il s'agira ensuite de dessiner les esquisses de la stratégie des établissements publics de santé de la région Auvergne. Enfin, des propositions pour une stratégie de groupe public/public cohérente et pertinente seront avancées avec des modalités à géométrie variable.

2. Intérêt professionnel et positionnement de l'élève directeur d'hôpital

Cette étude sera l'occasion de rencontrer l'ensemble des directeurs d'hôpital et des chirurgiens oncologues de la région, et notamment ceux appartenant au G6 (groupement rassemblant les six établissements de grande taille de la région Auvergne concernés par la question de la chirurgie oncologique) mais aussi l'agence régionale d'hospitalisation, l'observatoire régional de la santé, le directeur du CLCC, lui-même chirurgien oncologue, les représentants des associations, les élus locaux ... Ces échanges me permettront d'appréhender les différentes postures du métier de directeur d'hôpital ainsi que les relations entre les différentes structures rencontrées. Il s'agira de se positionner en tant qu'auditeur de la situation de la chirurgie oncologique en Auvergne, observateur des jeux de rôle et de positionnement des acteurs et d'être force de propositions.

En outre, ce sujet concerne directement le métier de directeur d'hôpital selon plusieurs aspects :

- le directeur d'hôpital est un acteur de santé publique. L'hôpital évolue dans un environnement sanitaire et social particulier et adopte une stratégie territoriale et médicale selon les données propres à sa région et à son appréhension du problème de santé publique abordé
- les coopérations constituent l'avenir de l'hôpital et des questions essentielles pour les directeurs. De plus, leurs modalités et leur champ constituent une marge de manœuvre à négocier pour les directeurs d'hôpital
- la gestion actuelle et prévisionnelle des personnels médicaux est un enjeu fondamental pour le directeur d'hôpital. Par ailleurs, la mobilisation de ces acteurs autour d'un programme de coopération territoriale de santé publique sera particulièrement intéressante à analyser

- les aspects financiers de cette stratégie territoriale et médicale de coopération sont incontournables dans un contexte de passage à 100% de la tarification à l'activité. La chirurgie des cancers représente près de 15% voire parfois 20% de l'activité chirurgicale programmée, laquelle représente généralement une part importante des recettes des établissements
- la qualité et l'égalité d'accès aux soins, principes fondamentaux du service public hospitalier.

3. Aspects méthodologiques et délimitation du sujet

L'élaboration au cours du premier stage hospitalier du livre blanc en cancérologie du CHU de Clermont Ferrand a permis une première monographie des activités exercées au sein du CHU et des relations entretenues avec le Centre de lutte contre le cancer qui se trouve sur le même site géographique que le principal site du CHU. Une fois cette monographie réalisée, des courriers électroniques ont été envoyés aux chefs d'établissement des cinq autres établissements publics les plus importants de la région à savoir : Aurillac, Montluçon, Moulins, Le Puy en Velay et Vichy. Ceux-ci leur présentaient notre projet d'étude et les sensibiliseraient à la problématique de l'avenir de la chirurgie oncologique en Auvergne.

Des entretiens ont eu lieu fin janvier 2008 dans chaque établissement avec le chef d'établissement et le médecin chargé de la mise en œuvre du Plan cancer au sein de l'hôpital. Ensuite, dans quelques hôpitaux, une rencontre avec les chirurgiens oncologues a été organisée et une discussion sur les différentes options possibles a été menée avec intérêt et ouverture. Ces entretiens ont eu une durée variable : entre une heure et trois heures selon les questions soulevées et les points de vue aguerris des acteurs.

De retour au CHU de Clermont Ferrand, un entretien a été organisé avec le directeur du CLCC : Monsieur Jacques Dauplat, en qualité de chef d'établissement coopérant activement avec le CHU en matière de chirurgie oncologique mais également en tant que chirurgien oncologue s'étant penché sur le sujet depuis quelques années et plus particulièrement sur la question de la qualification des chirurgiens oncologues. Ayant une connaissance pointue de la situation auvergnate des points de vue administratif et médical, cet entretien a permis d'élaborer une vision d'ensemble de la situation des établissements, de confronter différentes pistes de stratégies d'organisation et de prendre en compte les personnalités des acteurs en jeu sur ce sujet. Il a donc été bénéfique et crucial dans la prise de recul sur le sujet.

Enfin, il est devenu indispensable de rencontrer la tutelle et notamment le Docteur Longchambon, en charge de la cancérologie à la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) pour le compte de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation

(ARH). Le Docteur Longchambon a apporté une perspective tout autre au sujet et reciblé les enjeux réels à la fois pour les établissements et pour les patients : elle-même souhaite concilier qualité et proximité des soins dans un souci d'équité permanent pour tous les acteurs. De cet entretien est ressortie une ouverture de la tutelle aux propositions qui seront formulées dans cette étude et la volonté de suivre et de participer sa démarche.

La méthodologie adoptée a conduit à une présentation devant le Directeur de l'ARH, le Docteur Longchambon et l'ensemble des chefs d'établissement des six principaux établissements publics de santé d'Auvergne lors de leur réunion trimestrielle. Les six établissements publics de santé d'Auvergne ont constitué un groupe de travail : le G6, instance de réflexion sur les sujets d'actualité nationale et régionale. La tutelle y est invitée régulièrement. Dès lors, une fois les enjeux exposés, une analyse sur les ébauches de stratégie et les acteurs clés de celle-ci sera présentée. Enfin, des propositions seront formulées avant la révision du SROS III puisque le calendrier ne permet pas d'attendre cette révision avant la rédaction de ce travail. Ainsi, l'avenir de ces partenariats est parfois incertain et il dépendra énormément des personnes qui s'investiront dans ce projet.

Sont à relever une asymétrie d'informations et des discours parfois ambigus voire contradictoires. Le nombre limité d'entretiens menés a été volontaire afin d'éviter d'effrayer les esprits des différents acteurs menacés par les seuils d'activité. Il a été décidé que les chefs d'établissement et les médecins chargés de la mise en œuvre du Plan cancer dans les établissements seraient les relais des réflexions en cours et nous feraient état régulièrement des réactions et suggestions de leurs équipes chirurgicales et paramédicales.

Evidemment une étude complète sur la prise en charge du cancer et sur tous les établissements de santé en Auvergne avait été envisagée mais devant l'amplitude du champ d'étude et pour répondre à la commande il a été décidé d'un commun accord, avec l'encadrant mémoire et le maître de stage, de limiter le sujet aux enjeux territoriaux et médicaux de la chirurgie carcinologique en Auvergne.

La complexité du sujet et l'enchevêtrement de nombreux enjeux liés à cette problématique ont exigé une clarification permanente des objectifs de l'étude et du positionnement de l'auditeur rédacteur du mémoire afin de lever d'éventuelles craintes ou réticences à la participation des acteurs. Ce mémoire n'a pas pour objectif d'être exhaustif puisqu'il paraît délicat de synthétiser la pensée des acteurs en respectant son contenu et ses nuances et il mériterait de prendre en compte les établissements de petite taille de la région également concernés par cette thématique.

1. Qualité et proximité : les enjeux liés aux seuils d'activité en chirurgie oncologique

Les enjeux liés aux seuils d'activité en chirurgie oncologique afin de conjuguer qualité et proximité sont de trois ordres :

- placer les besoins des patients atteints de cancer au cœur de cette dialectique (1.1)
- la redéfinition des pratiques médicales (1.2)
- la réorganisation territoriale de l'offre de soins (1.3)

1.1 Les besoins des patients atteints de cancer au cœur de cette dialectique

L'objectif premier du Plan cancer est de favoriser l'égalité d'accès à des soins de qualité pour tous en matière de cancérologie, quel que soit le domicile du patient. Ainsi la qualité et la proximité des soins sont deux exigences indissociables soutenues par l'Institut National du Cancer (INCa). Ces impératifs permettent donc d'organiser une graduation des soins. Pour atteindre le but d'alliance de la qualité et de la proximité, les réseaux de prise en charge de la cancérologie doivent être intégrés et la prise en charge du malade facilitée par un système de coordination efficient entre les établissements autorisés à traiter les malades atteints de cancer.

1.1.1 Une offre graduée de soins recherchée par le Plan cancer et le SROS III Auvergne

L'ambition du Plan cancer et du volet cancer du SROS III Auvergne est d'offrir une prise en charge de proximité et des soins gradués en fonction des niveaux de besoins liés à la pathologie traitée. Cette réponse adaptée aux besoins des patients doit intégrer les aspects financiers et géographiques.

Dès son introduction, le SROS III Auvergne fixe pour objectif de « poursuivre les objectifs de santé publique prioritaires pour la région et favoriser l'adaptation de l'offre de soins aux principaux enjeux de santé de la population, dans un cadre législatif et

réglementaire rénové (suppression de la carte sanitaire et fixation d'objectifs quantifiés par territoire de santé) »⁴.

L'organisation des soins de cancérologie en Auvergne vise à « garantir la qualité et la sécurité des soins ...poursuivre l'amélioration de la coordination des prises en charge des patients atteints de cancer, quel que soient leur âge et leur lieu de résidence, développer une politique d'évaluation dans chacun des champs d'activité mobilisés par la prise en charge des personnes atteintes de cancer »⁵.

Concernant la chirurgie oncologique en Auvergne, le SROS III insiste sur les pré requis à cette activité à savoir un plateau technique performant, des équipes chirurgicales formées et rompues à ces techniques d'intervention, et des activités en augmentation. Ainsi la notion de seuils d'activité fait son apparition et est définie comme un complément aux critères de qualité et de proximité précédemment énoncés.

L'établissement de proximité constitue le premier relais de la prise en charge des patients. Il est fondamental dans l'orientation du patient vers des structures adaptées à sa pathologie. L'INCa a souhaité « permettre à chaque patient d'être soigné à proximité de son domicile et dans l'établissement de son choix » plutôt que de regrouper les soins en cancérologie dans des centres hautement spécialisés. Dès lors, il n'est pas inconcevable d'envisager des offres chirurgicales de proximité en matière de cancérologie mais celles-ci doivent être organisées dans le cadre d'un réseau garantissant le bénéfice de l'examen pluridisciplinaire pour le patient et la possibilité de recours en cas de besoin. La proximité est une attente forte des patients dont la prise en charge est souvent longue et lourde.

Cependant, si cette solution pouvait être envisagée, les décrets et l'arrêté de mars 2007 conduisent plutôt à restreindre l'accès à la chirurgie oncologique au sein de structures dont les chirurgiens sont, dans le cadre d'un réseau de cancérologie, formés aux protocoles et aux techniques chirurgicales innovantes. En effet, le rapport Larcher d'avril 2008 rappelle qu'en matière de chirurgie, la sécurité prime sur la proximité, malgré la volonté d'instaurer une offre de soins graduée selon les besoins des patients et les exigences de qualité.

La chirurgie oncologique ne représente qu'un acte au sein de la prise en charge globale du patient définie dans son parcours personnalisé de soins élaboré en réunion de concertation pluridisciplinaire. En effet, en matière de cancérologie la notion de prise en

⁴ SROS III Auvergne page 7

⁵ SROS III Auvergne page 73

charge globale a remplacé celle de traitement, ce qui nécessite une complémentarité et une collaboration active des intervenants de la prise en charge.

Une offre graduée de soins en chirurgie oncologique en Auvergne peut donc reposer sur des plateaux lourds de chirurgie universitaire et non universitaire et des plateaux techniques coordonnés dans le cadre de réseaux de soins multidisciplinaires en cancérologie.

Par conséquent, les établissements de proximité auraient vocation à intervenir dans la prise en charge du cancer dans le cadre de leur activité de médecine polyvalente, de soins de suite et de réadaptation ou de soins de longue durée. Ces établissements ou structures devraient ainsi être membres d'un réseau de cancérologie.

Les seuils d'activité proposés par l'INCa et instaurés réglementairement par le ministère de la santé ont donc été perçus comme des menaces pour la proximité de la prise en charge des patients. Le principe de base de ces seuils est de dire qu'on ne fait bien que ce que l'on fait souvent. Ainsi, au-delà des établissements de proximité qui sont menacés par la mise en œuvre pratique de ces textes, quelques hôpitaux généraux sont concernés pour certaines spécialités par l'instauration d'un seuil minimal d'activité requis pour être autorisé à poursuivre cette activité chirurgicale.

L'arrêté du 29 mars 2007, en application du principe prévu dans le décret en Conseil d'Etat, fixe les minima d'activité exigés des établissements autorisés, en chirurgie par spécialité concernée, en radiothérapie et en chimiothérapie. Pour la chirurgie, ces seuils sont de : un minimum de 30 interventions par an dans les cancers du sein, cancers digestifs, cancers urologiques et cancers thoraciques et de 20 interventions par an dans les cancers gynécologiques et les cancers de la sphère ORL et maxillo-faciale. Les critères sont issus d'une part de l'analyse de la littérature internationale et d'autre part d'un travail concerté avec des experts nationaux, des représentants de patients, les fédérations hospitalières et les sociétés savantes.

Une pratique suffisante et régulière est nécessaire à une équipe pour assurer une prise en charge efficace. L'activité minimale requise, traduite dans la notion de seuil, s'intègre dans la démarche de qualité à plusieurs niveaux :

- on ne fait bien que ce que l'on fait souvent ;
- l'atteinte du seuil est un point nécessaire ;
- il s'agit d'un point d'entrée à l'engagement de l'établissement dans la démarche de qualité ;
- le seuil n'a de sens que s'il est associé à l'ensemble des critères de la démarche qualité.

1.1.2 Des critères de qualité en complément des seuils d'activité pour une réponse adaptée aux besoins des patients

L'égalité d'accès aux soins de même qualité dans toutes les régions de France demeure un des objectifs de l'INCa. Chaque patient doit avoir les mêmes chances de guérir quelque soit l'établissement où il est pris en charge. Afin d'aider les patients à avoir le même niveau de soins dans les endroits où ils sont pris en charge, des autorisations vont être délivrées aux établissements de soins en oncologie, qu'ils soient privés ou publics. L'autorisation des établissements va être progressivement mise en œuvre de 2009 à 2012. Elle sera délivrée à un établissement et non à un médecin, pour une durée de cinq ans et elle sera renouvelable après une nouvelle demande d'autorisation. Les seuils d'activité constituent un des éléments de l'autorisation mais ils doivent être mis en regard des critères de qualité énoncés par l'INCa et repris par le ministère de la santé. Ces critères de qualité sont :

- 1- la qualité du dispositif d'annonce au malade et à ses proches
- 2- la mise en place systématiquement de la concertation multidisciplinaire (RCP)
- 3- la remise au malade d'un programme personnalisé de soins (PPS)
- 4- le respect des bonnes pratiques
- 5- le meilleur traitement pour un cancer donné à un stade donné
- 6- l'accès aux équipements et traitements innovants ainsi qu'aux essais thérapeutiques
- 7- la prise en charge de la douleur
- 8- le soutien psychologique
- 9- l'accès aux services sociaux.

Le respect de ces critères de qualité, en sus de ceux qui sont spécifiques à la chirurgie du cancer (délais de prise en charge, respect des marges d'exérèse, représentativité des curages, recours aux techniques mini invasives, recours aux traitements adjuvants) conditionne le risque de perte de chances du patient.

Jusqu'à présent, l'accréditation des établissements de soins traduit leur démarche qualité. La version 2 ou certification évolue vers l'évaluation des pratiques professionnelles. La mesure de la qualité de l'activité chirurgicale s'est longtemps faite au travers de séries évaluant, de manière rétrospective et unicentrique, les résultats d'une technique opératoire ou d'une prise en charge. Le diagnostic et le traitement des cancers se caractérisent par une approche pluridisciplinaire de la maladie et du malade. La qualité d'une indication chirurgicale dépend très largement de la qualité du bilan d'extension préopératoire.

L'assurance qualité est un processus organisationnel continu qui intègre la charte du bloc opératoire, le dossier patient unique et le partage des données, l'application de référentiels et la concertation pluridisciplinaire et, finalement, l'évaluation des pratiques professionnelles. Cette organisation ne peut être pleinement efficace que si elle s'appuie sur une structure dont le "Centre de coordination en cancérologie" (3C) est l'emblème.

Le 3C en Auvergne a succédé à la fédération de cancérologie fondée en 1998. Ce centre opérationnel a pour but de s'assurer que, dans le CHU, il existe des référentiels de bonnes pratiques cliniques cancérologiques, que les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) sont bien organisées conformément au cahier des charges de l'ARH (RCP de base et RCP de recours), qu'un programme personnalisé de soins est remis au patient. Il a également pour rôle d'informer le patient et de s'assurer du bon fonctionnement du dispositif d'annonce. Il participe au respect des contrats de bon usage du médicament, encourage les praticiens pour qu'un maximum de patients soit inclus dans les protocoles de recherche. Enfin, le 3C fournit régulièrement des tableaux de bord permettant d'évaluer la prise en charge cancérologique par établissement et son adéquation par rapport au Plan Cancer. Son rôle est de piloter et de coordonner l'ensemble des actions de lutte contre le cancer sur notre territoire. Dès lors, le centre de coordination en cancérologie est le relais local de l'INCa. C'est une assemblée interne de l'établissement veillant à l'application et au respect du Plan Cancer.

Les objectifs du 3C sont donc très divers : garantir plus de qualité et de sécurité par l'engagement dans une démarche qualité, rendre plus lisible l'organisation interne de la cancérologie et tracer les pratiques, faciliter la coordination des prises en charge des patients et permettre de développer des suivis plus individualisés. En outre, les missions du 3C sont opposables aux contrats d'objectifs et de moyens et énoncées dans la circulaire du 22 février 2005.

Si l'établissement demandeur de l'autorisation n'est pas en mesure de satisfaire aux conditions exposées ci-dessus, il est dans l'obligation d'envisager une nouvelle organisation, en liaison avec d'autres structures titulaires de cette autorisation. Un partenariat entre les centres hospitaliers généraux et locaux avec le centre hospitalier universitaire serait à envisager pour les points suivants : l'accès aux traitements innovants, l'inclusion dans les essais cliniques d'un nombre croissant de malades ... Le CHU doit alors être en mesure de remplir son rôle d'établissement de recours et de soutien aux établissements périphériques de la région. Ce rôle qui lui est attribué est d'ailleurs rappelé dans le SROS III. Toutefois, ce partenariat ne doit pas être au détriment des besoins du patient. Pour le patient, un des premiers critères de qualité est le délai d'obtention de sa prise en charge à 100% et la proximité du lieu de prise en charge.

Les besoins des patients seront certes pris en compte mais la réorganisation territoriale de l'offre de soins pourrait se faire à leur insu.

1.2 Une redéfinition des pratiques médicales engendrée par l'application des seuils en chirurgie oncologique

En 2002, le livre blanc de la chirurgie cancérologique⁶ a été publié. Son but principal était de fournir une évaluation de la situation de la chirurgie cancérologique en France et d'en dégager les forces et les faiblesses des services de chirurgie afin de formuler des propositions pour une organisation optimale de la chirurgie du cancer en France. Ces propositions « peuvent être discutées en fonction des situations très diverses dues à la structure des établissements et à leur mode de fonctionnement, mais en réaffirmant la nécessité de la pluridisciplinarité qui peut s'exercer soit directement à l'intérieur d'un même centre de traitement, soit par l'intermédiaire des réseaux »⁷. Le rapport Vallancien de 2006 sur la démographie médicale et le rapport de l'Observatoire National des Professionnels de Santé (ONDPS) de juin 2008 sur les métiers de la cancérologie apportent un éclairage intéressant sur le sujet.

Ainsi, une redéfinition des pratiques professionnelles des chirurgiens du cancer est nécessaire tant sur le plan d'une qualification professionnelle reconnue que dans leur quotidien par le travail en équipes et en réseaux à renforcer. Enfin, l'avenir de la démographie médicale et la question de l'attractivité de la région Auvergne pour le corps médical doivent être abordés.

1.2.1 La question de la qualification des chirurgiens oncologues au cœur de l'enjeu des autorisations : quelles conséquences sur la formation initiale et continue des chirurgiens ?

La fréquence des cancers augmente et la chirurgie reste un traitement majeur de la plupart des tumeurs solides. La chirurgie des cancers est pratiquée par de nombreux chirurgiens dont la formation actuelle relève essentiellement de la spécialité d'organe. Il ne s'agit pas ici d'opposer chirurgie d'organe et chirurgie du cancer mais aujourd'hui, la chirurgie du cancer nécessite plus que toute autre chirurgie un exercice en

⁶ Bulletin du Cancer Volume 89, 33-40, numéro spécial, février 2002, Le livre blanc de la chirurgie cancérologique

⁷ Propositions pour une organisation optimale de la chirurgie du cancer en France, John Libbey Eurotext, de Jacques Dauplat, François Guillemin, Gérard Depadt, Laurent Borella

pluridisciplinarité auquel les praticiens ne sont pas préparés. Ce sont les chirurgiens qui doivent œuvrer pour une prise en charge en réseau de leurs malades.

Il faut trouver entre la chirurgie d'organe et la chirurgie du cancer des points de convergence avec pour but l'amélioration de la prise en charge globale des patients atteints de cancer. Le développement des réseaux de cancérologie favorisera cette inter pénétration.

En France, la formation universitaire des chirurgiens passe par des diplômes d'études spécialisés (DES) et par des diplômes d'études spécialisés complémentaires (DESC).

Les internes commencent par effectuer un DES de chirurgie générale, puis ils peuvent continuer avec un DESC orienté vers une spécialité d'organe. Les DESC de chirurgie sont des diplômes qualifiants de groupe II.

Le DESC de cancérologie, ouvert aux autres spécialités, est un diplôme de groupe I donnant une compétence. Il n'y a donc pas de spécialité ou de compétence en chirurgie cancérologique.

En Europe, une dizaine de pays ont un enseignement spécifique en chirurgie cancérologique. De plus, la chirurgie oncologique est représentée par des sociétés scientifiques : World Federation of Surgical Oncology Society (WFSOS) et European Society of Surgical Oncology (ESSO). La France fait partie de ces sociétés savantes.

Aujourd'hui, les internes peuvent s'inscrire en même temps à un DESC de spécialité chirurgicale et à un DESC de cancérologie mais la masse de travail nécessite un intérêt accru pour le cancer. La formation est alors théorique et pratique. Néanmoins, le DESC de cancérologie reste majoritairement consacré à l'enseignement de la médecine et de la radiothérapie. Il mériterait donc d'être complété par une option de chirurgie du cancer.

L'objectif n'est pas de créer une nouvelle spécialité chirurgicale mais de « proposer aux chirurgiens d'acquérir plus facilement une valeur ajoutée pour une meilleure prise en charge des patients atteints de cancer »⁸

Il paraît donc indispensable de former les chirurgiens à la prise en charge du cancer via une formation spécifique en cancérologie. Ainsi, Monsieur Dauplat, chirurgien oncologue et directeur du CLCC de Clermont Ferrand, prône « l'identification claire d'une option chirurgie du DESC de cancérologie »⁹ présentée de la manière suivante :

⁸ Propositions pour une organisation optimale de la chirurgie du cancer en France, Bulletin Cancer, volume 89, numéro spécial, février 2002

⁹ Conclusion Bulletin Cancer, volume 89, numéro spécial, février 2002

Encadré 2

DESC de cancérologie, option «chirurgie»

120 h d'enseignement seraient réparties en 9 modules

- 4 modules de cancérologie générale obligatoires → Idem DESC
 - 2 modules de base obligatoires → Différent du DESC :
 - bonnes pratiques en chirurgie cancérologique (à organiser cf. DIU)
 - anatomie pathologique
 - Enseignement optionnel clinique (3 modules au choix):
 - cancérologie cervico-faciale, thoracique et cutanée
 - cancérologie mammaire et gynécologique
 - cancérologie digestive et urologique
 - cancérologie hématologique et onco-pédiatrie
 - cancérologie du système nerveux central, des tumeurs osseuses et des parties molles
 - cancérologie d'organe organisé dans un DESC de spécialités chirurgicales ou DES gynécologiques ou ORL:
- } Idem DESC
- } Différent du DESC

Cette proposition de 2002 a été reprise en 2007. En effet, depuis le 1er mars 2007, le DESC de cancérologie a été remodelé, modifié et une nouvelle maquette est proposée. Il existe 5 options : médecine, chirurgie, biologie, imagerie et réseau.

Ce DESC comporte :

- Un enseignement de base avec 4 modules obligatoires : épidémiologie, biologie, prévention, dépistage, etc.
- Un enseignement optionnel comportant 3 modules dont 2 au choix : chirurgie oncologique et cancérologie digestive.
- Un enseignement spécifique à chaque option incluant 2 modules obligatoires : anatomopathologie et cytologie et chirurgie oncologique.

Il s'y associe une formation pratique pour la chirurgie qui impose 3 semestres dont un comme chef de clinique assistant, effectué dans des services de spécialités chirurgicales agréées ou habilitées pour le DESC de cancérologie.

Cet agrément est demandé par les chefs de service et délivré pour 5 ans. Il est délivré par une commission de la DRASS et le coordonnateur, sur des critères qualitatifs et quantitatifs.

Enfin, il impose au chirurgien un semestre effectué dans un service d'oncologie médicale ou de radiothérapie. Celui-ci peut être scindé en 2 fois 3 mois, et il peut même être fractionné et effectué hors internat sur un programme validé par le coordonnateur. Ainsi cette nouvelle maquette de DESC de cancérologie devait permettre plus facilement une inscription des chirurgiens.

Cependant, reste en suspens la question de la compétence d'un chirurgien exerçant aujourd'hui et n'ayant pas suivi le nouveau DESC cancérologie option chirurgie. La compétence en cancérologie n'existe plus depuis le 1er janvier 2005, en raison des directives européennes.

Cette compétence était délivrée par une commission nationale du conseil de l'ordre des médecins, sur un dossier reposant à la fois sur des critères quantitatifs et qualitatifs, mais sans qu'il y ait véritablement des critères précis d'évaluation. Cette compétence permettait aux spécialistes d'organes (gastro-entérologues, pneumologues...) de prendre en charge les cancers relevant de leur spécialité et d'en assurer les traitements par chimiothérapie. En effet, les cancérologues trop peu nombreux, ne pouvaient prendre en charge toutes les pathologies carcinologiques.

Actuellement, il n'y a plus de compétence et le conseil national des médecins délivre des qualifications à usage exclusif imposant un choix.

Par exemple, un chirurgien qui demande la qualification en cancérologie devra choisir entre la chirurgie et la prescription de chimiothérapie.

De telle sorte que, maintenant, un chirurgien qui a acquis une compétence en cancérologie par l'intermédiaire des diplômes universitaires et interuniversitaires ou de la formation médicale continue, ne peut plus obtenir cette compétence. Il y a actuellement de très nombreux chirurgiens parfaitement compétents en cancérologie, qui n'ont pas la compétence délivrée par le conseil de l'ordre.

Ceci peut avoir des conséquences financières importantes puisque la loi du 13 août 2004 permet aux médecins de la sécurité sociale de bloquer tout remboursement de soins effectués par un médecin n'ayant pas la qualification requise.

C'est pourquoi le conseil national de l'ordre des médecins sous l'action de son président le Dr Legmann veut réhabiliter les compétences. Sur quels critères ? Il va falloir les définir. Il va falloir élaborer une grille d'évaluation pour la future habilitation en cancérologie des chirurgiens spécialistes d'organes.

Cette question nous amène à envisager la notion de seuil d'activité minimale. Il s'agit d'un sujet délicat, sensible, et épidermique. Faut-il réaliser un minimum

d'intervention pour être compétent ? On connaît les adages classiques : « on fait bien ce qu'on fait souvent et ce qu'on connaît bien », « plus on fait, mieux on fait ».

Depuis plusieurs années de nombreuses publications ont démontré le bien fondé de cette notion de seuil. De 1957 à 2002, 163 articles ont été publiés concernant le sujet. Il apparaît que le nombre d'interventions effectuées par chirurgien, et la spécialisation des chirurgiens sont plus importants que l'effet volume des établissements, excepté pour les cancers de l'œsophage, du pancréas et les métastases hépatiques, en raison de la nécessité d'avoir une réanimation performante.

Mais de nombreuses critiques se sont élevées concernant cette notion d'activité minimale. En effet, ce n'est pas toujours le chirurgien qui opère le plus qui a les meilleurs résultats, de même quel chiffre faut il conserver pour parler de seuil minimal. La définition des seuils par établissement sans tenir compte du nombre de médecins intervenant n'a pas beaucoup de sens et manque alors de pertinence.

La question de la démographie médicale en cancérologie est au cœur des préoccupations nationales actuelles comme en témoigne le tome 4 du rapport de l'ONDPS. En effet, « l'état des lieux national et régional des métiers de la cancérologie présenté dans ce tome s'appuie d'abord sur les données des effectifs en activité et en formation. L'attention particulière portée à l'âge des professionnels répond à la nécessité d'anticiper une situation qui, à très court terme, présente pour l'ensemble des médecins trois caractéristiques principales : une part importante de praticiens âgés de 55 ans et plus dans presque toutes les spécialités, des effectifs globalement en diminution dans les dix ans à venir, et une répartition des effectifs et des structures assez fortement inégalitaire sur le territoire. Certains métiers de la cancérologie sont moins concernés que d'autres par le premier constat relatif au vieillissement des effectifs. Il est toutefois évident que la démographie de l'ensemble des médecins a des conséquences sur la prise en charge des patients atteints de cancer. Les disparités qui caractérisent la situation actuelle conduisent donc à porter la plus grande attention aux modalités locales selon lesquelles se produiront les diminutions et les affectations nouvelles d'effectifs »¹⁰.

1.2.2 La pluridisciplinarité et le travail en réseaux : une obligation pour une prise en charge optimale et globale des patients

La chirurgie du cancer est devenue un travail d'orchestre et non plus de soliste. Elle requiert une certaine polyvalence et une transversalité qui doivent se retrouver au

¹⁰ Les métiers de la cancérologie, tome 4 du rapport de l'Observatoire National des Professionnels de Santé, juin 2008

niveau de la formation des praticiens. En effet, la pluridisciplinarité commence dès la réunion de concertation pluridisciplinaire par organe, à laquelle tous les intervenants dans la prise en charge du cancer participent, et qui permet d'élaborer un parcours personnalisé de soins (PPS) pour chaque patient et de favoriser la coordination des acteurs de la prise en charge. Ainsi, la prise en charge devient globale : du pré thérapeutique au post thérapeutique. Tous les aspects de la prise en charge du malade atteint de cancer sont évoqués. Le travail des chirurgiens en réseau et en équipe est fondamental puisque la chirurgie, même régionalement localisée, est souvent aux confins de deux régions anatomiques et/ou nécessite plusieurs appareils. Ainsi, la chirurgie devient aujourd'hui un acte de plus en plus technique de par l'utilisation de nouvelles technologies et de nouveaux instruments. La polyvalence est donc un pré requis à l'exercice efficient de la chirurgie du cancer, tout comme la transversalité.

La transversalité consiste à appliquer pour un domaine donné des stratégies éprouvées pour d'autres. Cette méthode de raisonnement favorise l'approche globale de la pathologie cancer par grand type histologique ou par profil biologique.

Par ailleurs, le travail en équipe joue un rôle fondamental lorsque la chirurgie du cancer est une chirurgie de recours. De ce fait, elle concerne la prise en charge de situations (tumeurs) rares ou complexes pour lesquelles il n'existe souvent pas de standard, mais où des compétences ou des moyens hyper spécialisés et souvent multiples doivent être mis en œuvre autour d'un même patient.

Ainsi, la qualité du geste chirurgical conditionne le pronostic pour le patient.

1.2.3 La démographie médicale au cœur des préoccupations sur la qualité et la proximité des soins

La question de la démographie médicale est complexe puisqu'il s'agit aujourd'hui de gérer simultanément une hausse de la demande de soins et une baisse du temps médical et soignant disponible. Dans ce contexte, la restructuration de l'offre de soins est extrêmement dépendante de la capacité des établissements à attirer et à fidéliser les personnels. Dès lors, pour une région dite « rurale » comme l'Auvergne, l'attractivité de l'établissement et la stabilité du corps médical sont de véritables enjeux d'avenir.

La nouvelle organisation des hôpitaux publics et de la chirurgie oncologique à mettre en œuvre amène à s'interroger sur les modalités d'organisation, les pratiques professionnelles et à intégrer les contraintes démographiques. L'état des lieux de la

démographie hospitalière témoigne d'une progression des effectifs mais également d'un vieillissement de ceux-ci avec une moyenne d'âge de 49 ans. De plus, en chirurgie, le secteur public concentre 47% des lits, le privé 53% ; 17% des places se trouvent dans le public contre 83% dans le privé¹¹.

Dès lors, une réflexion sur la démographie médicale ne doit pas être réduite au comptage des acteurs. Elle doit intégrer la production de soins. Le potentiel de production de soins est en baisse avec une diminution du nombre de médecins, la féminisation et le vieillissement de la profession, la réduction du temps de travail et l'augmentation des tâches administratives.

En outre, les établissements de santé participent à l'offre de soins, notamment spécialisés, et influencent fortement la démographie médicale. On note une répartition inéquitable des professionnels de santé et notamment des chirurgiens sur le territoire national. Les disparités sont réelles avec des régions ou inter régions excédentaires (Ile de France, PACA) et d'autres déficitaires (Alsace, Auvergne, Picardie).

Pour aller plus loin, l'analyse du personnel médical salarié des établissements publics de santé révèle une médecine majoritaire au détriment de la chirurgie. La forte hétérogénéité régionale de l'offre de soins hospitalière explique le déséquilibre de la démographie médicale. En effet, dans un contexte de diminution du nombre de chirurgiens, ces derniers souhaiteront exercer là où se trouveront les plateaux techniques les plus performants. Ainsi, les critères d'attractivité mis en exergue par les chefs d'établissement de santé pour attirer la ressource médicale seront utilisés pour mettre en concurrence les établissements.

L'avenir de la démographie des chirurgiens oncologues en Auvergne passe donc à la fois par leur qualification et par les conditions d'exercice dans les établissements publics de santé (accès à des plateaux techniques performants, intégration d'équipes chirurgicales et médicales suffisantes pour une rotation dans les astreintes assurant une qualité de vie et une prise en charge optimale des patients, conditions de rémunération).

Ainsi la nouvelle organisation à mettre en œuvre pour assurer une offre de qualité et de proximité de chirurgie oncologique en Auvergne doit s'inscrire dans une réflexion autour de la démographie médicale, peu susceptible d'évoluer vers de meilleurs jours.

¹¹ Rapport de la commission « Démographie médicale » présidée par le Professeur Yvon Berland en 2005 au ministre de la santé

1.3 L'impact des seuils en chirurgie oncologique sur la stratégie des établissements

L'établissement des seuils en chirurgie oncologique par les décrets du 21 mars 2007 et l'arrêté du 29 mars 2007 génère une réflexion globale sur l'offre de soins en Auvergne en cancérologie et mobilise l'ensemble des acteurs. En effet, des redéploiements d'activité sont à envisager, en tenant compte des délais de réorganisation fixés par le ministère de la santé et l'agence régionale d'hospitalisation d'Auvergne. Dès lors, il semble nécessaire de mettre en place un travail en réseau entre les différents établissements de la région et entre les secteurs public et privé.

1.3.1 Des redéploiements d'activité à envisager

La Fédération hospitalière de France (FHF) a réalisé sur la base des données PMSI renseignées par les établissements auprès de l'Agence des techniques d'information hospitalière (ATIH) des tableaux présentant pour chaque département et chaque établissement l'impact des seuils en chirurgie carcinologique. En outre, elle a adopté un code de couleurs permettant de visualiser d'emblée les spécialités chirurgicales menacées dans les établissements ou à la frontière des seuils (entre 80 et 100% du seuil d'autorisation). Cette nuance est importante puisque l'arrêté laisse la possibilité pour les établissements dont les activités chirurgicales oncologiques sont très proches des seuils d'autorisation, d'obtenir une autorisation provisoire pour une période de 18 mois au terme de laquelle une nouvelle évaluation quantitative de l'activité sera effectuée. Dès lors, cette chirurgie du cancer sera soit autorisée pour une période de 5 ans soit elle devra cesser.

La circulaire n°2008-101 du 26 mars 2008 relative à la méthodologie de mesure des seuils de certaines activités de soins de traitement du cancer présente les données de départ pour le calcul de l'activité de chirurgie cancérologique. Ces données sont composées de « l'ensemble des résumés de sortie anonymes (RSA) des années de référence produit dans l'établissement de santé pour chaque site concerné par l'autorisation d'activité de soins de traitement du cancer. Les données prises en considération sont celles des trois dernières années disponibles validées. La nature du seuil telle qu'elle est considérée dans l'arrêté (du 29 mars 2007) ne concerne que les prises en charge de patients âgés de dix huit ans au moins.

Les RSA permettant de mesurer l'activité de chirurgie oncologique sont sélectionnés sur la base de trois critères :

- Présence d'un diagnostic principal de cancer (recherche d'un code CIM-10 de tumeur invasive, in situ ou à évolution imprévisible)
- Présence d'un acte opératoire classant, repéré par le caractère chirurgical du groupe homogène de malades (GHM) dans lequel est classé le séjour
- Age du patient égal ou supérieur à 18 ans.

De plus, les RSA correspondant à un séjour de chirurgie ambulatoire ou avec une nuit (CM24) font partie de la sélection dans la mesure où ils correspondent aux critères »¹².

L'impact de ces seuils d'activité au niveau national évalué par l'INCa est le suivant :

Impact de la réforme, en chirurgie

Pathologies	Séjours 2006	Etablissements		% de séjours à redéployer
		concernés	en dessous du seuil	
Mammaires	74 131	872	37%	5 %
Digestives	58 494	906	26%	5 %
Urologiques	48 596	708	34%	5 %
Thoraciques	17 946	386	64%	12 %
Gynécologique	17 696	819	55%	21 %
Orl et maxi facial	23 751	721	53%	12 %

Source : INCa, 2008, hors établissements effectuant moins de 3 interventions/an.

Voici les tableaux de la région Auvergne issus de la base de données hospitalières de France (BDHF) :

Département de l'Allier

Activités passant le seuil
Activités en bordure de seuil [80%-100%]
Activité à redéployer

			30	30	30	30	20	20
			DIG	URO	THOR	SEIN	GYN	ORL
030780092	CH MOULINS YZEURE	CH	57	18	2	28	15	3
030780100	CH MONTLUCON	CH	60	9	4	161	32	18
030780118	CH VICHY	CH	64	36	1	46	13	6
030780548	POLYCL PERGOLA - VICHY	Privé	44	60		24	24	2
030780555	CLIN. JEANNE D ARC VICHY	Privé						
030781116	CL ST-FRANC ST ANT -DESERTINE	Privé	89	259	22	45	31	17
030785430	POLYCL ST-ODILON - MOULINS	Privé	54	57	3	47	11	16

¹² Circulaire n° DHOS/O/INCa/2008/101 du 26 mars 2008 relative à la méthodologie de mesure des seuils de certaines activités de soins de traitement du cancer

Département du Cantal

			<div style="background-color: #00b0f0; color: white; padding: 2px; text-align: center;">Activités passant le seuil</div> <div style="background-color: #ffc000; color: black; padding: 2px; text-align: center;">Activités en bordure de seuil [80%-100%]</div> <div style="background-color: #ff0000; color: white; padding: 2px; text-align: center;">Activité à redéployer</div>					
			30	30	30	30	20	20
			DIG	URO	THOR	SEIN	GYN	ORL
150780088	CH ST-FLOUR	CH	15			2	6	1
150780096	CH HENRI MONDOR AURILLAC	CH	57	3	1	20	15	15
150780120	CL DU HAUT CANTAL - RIOM ES	Privé						
150780468	CH MAURIAC	CH						
150780732	C MC - AURILLAC	Privé	33	201	9	79	25	21

Département de la Haute Loire

			<div style="background-color: #00b0f0; color: white; padding: 2px; text-align: center;">Activités passant le seuil</div> <div style="background-color: #ffc000; color: black; padding: 2px; text-align: center;">Activités en bordure de seuil [80%-100%]</div> <div style="background-color: #ff0000; color: white; padding: 2px; text-align: center;">Activité à redéployer</div>					
			30	30	30	30	20	20
			DIG	URO	THOR	SEIN	GYN	ORL
430000018	CH EMILE ROUX LE PUY	CH	57		1	79	17	38
430000034	CH BRIOUDE	CH						
430000109	CL BON SECOURS - LE PUY	Privé	35	102	1	5	2	1
430000125	CLIN SAINT-DOMINIQUE BRIOUDE	PSPH	12		2	7	3	
430000190	CH DE BRIOUDE	CH						

Département du Puy de Dôme

			<div style="background-color: #00b0f0; color: white; padding: 2px; text-align: center;">Activités passant le seuil</div> <div style="background-color: #ffc000; color: black; padding: 2px; text-align: center;">Activités en bordure de seuil [80%-100%]</div> <div style="background-color: #ff0000; color: white; padding: 2px; text-align: center;">Activité à redéployer</div>					
			30	30	30	30	20	20
			DIG	URO	THOR	SEIN	GYN	ORL
630000479	CENTRE REGIONAL JEAN PERRIN	CLCC	16	19		472	66	43
630005668	CENTRE D HEMODIAL AURA	Privé						
630780120	CLIN. ST ANTOINE CHAMALIERES	Privé						
630780138	CLIN. ST AMABLE CHAMALIERES	Privé						
630780211	POLE SANTE REPUBLIQUE - CLERMONT	Privé	135	67	7	483	17	109
630780245	CLIN. ST JOSEPH CLERMONT FERRAND	Privé						
630780310	CL LES SORBIERS - ISSOIRE	Privé	33	7		2	5	1
630780369	CL DE LA PLAINE - CLERMONT	Privé	128	1		3	1	16
630780989	CHU CLERMONT FERRAND	CHR	308	186	294	8	86	205
630780997	CH AMBERT	CH	12	1		9	3	
630781003	CH ISSOIRE	CH	16			4	19	1
630781011	CH RIOM	CH	17		1	5	8	4
630781029	CH THIERS	CH	38	23		3	6	2
630781110	CLCC PERRIN CLERMONT-F	CLCC						
630781367	HL DE BILLOM	CH						
630781839	CL CHATAIGNERAIE - BEAUMONT	Privé	67	173	2	43	45	34
630783108	CL DES CHANDIOTS - CLERMONT	Privé	1	156	7	8		1
630783330	CLIN. MARIVAUX CLERMONT FERRAND	Privé						
630784742	AURA AUVERGNE	Privé						
630789360	CL DES CEZEAUX - CLERMONT-FD	Privé	1		15			28

Les redéploiements d'activité à envisager en Auvergne par spécialité représentent :

- Digestif : 90 interventions soit 6,7% de l'activité en Auvergne
- Urologie : 81 interventions soit 6% de l'activité
- Thorax : 71 interventions soit 19% de l'activité
- Sein : 76 interventions soit 5% de l'activité
- Gynécologie : 89 interventions soit 20% de l'activité
- ORL : 37 interventions soit 6% de l'activité

Les effets reports attendus seront alors soit à la faveur du CHU de Clermont Ferrand, soit à la faveur d'autres établissements publics ou privés. Néanmoins, une étude sur ces derniers est indispensable afin d'élaborer des propositions pertinentes pour les patients et pour les établissements.

1.3.2 Des délais de réorganisation de l'offre de soins à prendre en compte

Les délais de réorganisation de l'offre de soins varient d'une région à l'autre puisque le ministère de la santé a laissé les agences régionales d'hospitalisation libres de leur organisation mais avec une date limite de révision de leur schéma régional d'organisation des soins (SROS) au 1^{er} octobre 2008. Certaines régions ont déjà beaucoup progressé sur le sujet, notamment la Champagne Ardennes, le Nord Pas de Calais.

La région Auvergne n'est pas en retard pour la révision de son SROS III puisque celle-ci doit intervenir avant le 22 septembre 2008 selon la volonté du directeur de l'ARH. Une fenêtre de dépôt de dossiers d'autorisation sera alors ouverte jusqu'à la fin de l'année 2008 probablement. Une fois de plus, le délai d'ouverture de cette fenêtre n'a pas fait l'objet d'instruction précise mais le ministère et l'Institut National du Cancer (INCa) ont manifesté leur souhait qu'elle soit la plus longue possible. Ainsi elle sera probablement de trois mois.

Après le dépôt du dossier d'autorisation, l'ARH a en moyenne six mois pour donner une autorisation, définitive ou provisoire.

Les établissements ont donc tout intérêt à se mobiliser rapidement sur ce pan de la chirurgie et à faire quelques propositions à l'ARH avant même la modification du SROS III. Ces propositions sont susceptibles « d'éclairer » la tutelle sur ce dossier. Ce travail de mobilisation a fait partie des priorités lors des entretiens avec les chefs d'établissements publics.

Les autorisations pourront être délivrées pour 18 mois pour les activités des établissements se situant en bordure de seuils (80%-100%). Toutefois, elles ne dispenseront pas les établissements d'une réflexion approfondie sur l'organisation de la

prise en charge de la chirurgie oncologique dans leur territoire de santé et plus largement dans la région Auvergne. Au bout de ces 18 mois, trois cas seront possibles :

- soit les établissements atteignent 100% du seuil et l'activité est autorisée pour cinq ans ;
- soit ils n'atteignent toujours pas 100% du seuil exigé et l'ARH pourra soit les mettre en demeure, soit suspendre l'activité, soit fermer l'activité.

1.3.3 Un travail en réseau à initier

La répartition actuelle de l'activité de chirurgie carcinologique auvergnate entre secteurs public/PSPH et privé est la suivante:

- Chirurgie thoracique : 79% réalisée au CHU
- Chirurgie du sein : 52% public ; 48% privé
- Chirurgie digestive : 54% public ; 46% privé
- Chirurgie urologique : 21% public ; 79% privé
- Chirurgie gynécologique : 49% public ; 51% privé
- Chirurgie ORL, maxillo faciale : 50% public ; 50% privé

Dès lors, l'application des seuils d'activité en chirurgie oncologique concerne tous les établissements d'Auvergne, publics et privés. La question des parts de marché sera au cœur des enjeux de réorganisation de l'offre de soins des établissements de santé. Elle va orienter le choix de stratégie de ces derniers. Aucun établissement n'est à l'abri d'une réorganisation de son offre de soins pour une des spécialités. Mis à part pour la chirurgie thoracique où le CHU détient un avantage comparatif sur ses concurrents directs sur le territoire de santé du Grand Clermont, les autres spécialités d'organe ne sont pas l'apanage d'un secteur.

Ainsi, un travail en réseau doit être instauré et une réflexion commune, au-delà des modes d'exercice et des différences de gestion, doit être engagée dans le souci d'une amélioration de la prise en charge du patient. Le patient et la qualité des soins doivent rester la préoccupation première des acteurs de santé et atténuer les divergences d'opinion.

Fort de ces premiers constats quant aux enjeux de qualité, de sécurité et de proximité des soins en matière de chirurgie du cancer, une analyse des premières tendances stratégiques des établissements publics de santé doit être conduite afin de donner quelques perspectives pour la réorganisation de la prise en charge de la chirurgie oncologique en Auvergne.

2 Le jeu des acteurs : analyse des ébauches de la stratégie des établissements publics de santé

La monographie de la situation auvergnate avec intégration de l'impact des seuils en chirurgie carcinologique laisse présager une indispensable restructuration de l'offre de soins dans ce domaine. Celle-ci dépend de nombreux facteurs : la volonté des centres hospitaliers de coopérer avec le CHU / CLCC regroupé en pôle régional de recours ; le soutien d'acteurs externes dynamisant la réflexion qui doit être menée et donnant des impulsions fortes sur le plan stratégique ; enfin, la révision du volet cancer du SROS III annoncée par les autorités de tutelle locale.

2.1 Des centres hospitaliers prêts à coopérer avec le pôle de recours (CHU/ CLCC) ?

La collaboration des établissements de santé de la région Auvergne est le fruit d'une volonté commune de réflexion sur des sujets de santé publique, de démographie médicale et de management hospitalier de la part des six principaux établissements publics de la région Auvergne : CH d' Aurillac, CHU de Clermont Ferrand, CH du Puy en Velay, CH de Montluçon, CH de Moulins et CH de Vichy dont le rassemblement constitue le G6. Toutefois, malgré cette volonté de réflexion commune sur des sujets nationaux et locaux d'une acuité particulière, l'hétérogénéité des situations locales de ces établissements ne doit pas être négligée, au risque d'une uniformisation des éventuelles propositions élaborées ensemble. Enfin, face à l'incertitude d'une collaboration en matière de chirurgie du cancer entre centres hospitaliers et le pôle de recours qui pourrait être créé entre le CHU et le CLCC et face à la frilosité et à la perplexité de certains hôpitaux quant à la plus value d'une telle coopération, la coopération entre le CHU et le CLCC sur la prise en charge du cancer est exemplaire puisque source de progrès pour les deux contractants.

2.1.1 Le G6, structure de réflexion sur la stratégie de groupe en chirurgie oncologique

Le G6 est une structure informelle de réflexion mise en place sous l'impulsion de Monsieur Jean Paul Ségade, Directeur Général du CHU de Clermont Ferrand de l'époque, et comprenant les six principaux établissements publics de santé de la région, à savoir : le CH d'Aurillac, le CHU de Clermont Ferrand, le CH du Puy en Velay, le CH de

Montluçon, le CH de Moulins et le CH de Vichy. L'idée est d'adopter des positions et une logique communes sur des sujets qui touchent de manière différenciée les établissements. Dès lors, une présentation de l'avenir de la chirurgie oncologique en Auvergne a été réalisée lors de la réunion du 20 mai 2008 du G6. En outre, à cette occasion, le directeur de l'agence régionale d'hospitalisation et le médecin en charge de la cancérologie à la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) avaient été invités en tant qu'observateurs des travaux et des échanges de ce groupe de travail informel. Ils ont également formulé des remarques sur leur positionnement sur les différents sujets abordés. Concernant la chirurgie carcinologique, les points de vue ont été sensiblement divergents : certains plaidant pour une coopération entre établissements publics, d'autres envisageant sérieusement une coopération de territoire avec les cliniques privées. Ces différents positionnements résultent principalement de l'hétérogénéité des situations géographiques, historiques et sociologiques (taux de fuite et orientation des patients) des établissements.

2.1.2 Du management des identités locales

L'Auvergne est une région perçue à la fois comme enclavée et comme raccordée à une région dynamique : la région Rhône Alpes. Dès lors, sa situation est stratégique et dynamique puisque selon que l'on se trouve dans l'Allier ou en Haute Loire, le CHU le plus proche n'est pas le même. En effet, le découpage administratif de cette région et la répartition des établissements publics de santé sont particuliers puisqu'ils ne correspondent pas systématiquement à des bassins de santé déterminés par la démographie. Ainsi, la ville du Puy en Velay est à équidistance de celles de Clermont Ferrand et de Lyon. En outre, elle est même plus proche de Saint Etienne que de Clermont Ferrand, qui est pourtant le CHU de recours pour la région Auvergne. De même, l'Allier comprend trois centres hospitaliers d'importance : Montluçon, Moulins et Vichy.

Dès lors, la géographie (région montagnarde, volcanique avec des routes sinueuses) et l'histoire de la région expliquent partiellement les difficultés de réorganisation régionale de l'offre de soins. L'étude des flux des patients, notamment ceux nécessitant une chirurgie pour le traitement de leur cancer, est révélatrice de bassins de vie et de santé différents des territoires de santé définis par l'ancienne carte sanitaire et le SROS.

Toutefois, malgré ces observations, les coopérations entre CH et CHU auraient pour but d'accroître l'attractivité des établissements publics de santé d'Auvergne. Elles seraient bénéfiques pour les patients qui disposeraient de chirurgiens de qualité dans un territoire de proximité, pour les chirurgiens oncologues qui n'hésiteraient plus à venir

s'installer en Auvergne puisque des équipements hautement spécialisés, performants et innovants pourraient être mis à disposition et une pratique chirurgicale partagée et dynamique leur serait offerte sur le territoire. Ces coopérations existent déjà dans d'autres domaines tels que la gynécologie (partage d'un praticien entre l'hôpital de Saint Flour et le CHU de Clermont Ferrand, chef de clinique sac à dos en chirurgie digestive à Vichy mis à disposition par le CHU de Clermont Ferrand ...). Néanmoins, elles auraient besoin d'être approfondies en chirurgie du cancer pour être en adéquation avec les nouvelles réglementations. Ces coopérations sont un objectif du SROS. Un partenariat entre les équipes chirurgicales et médicales exerçant dans le domaine de la cancérologie mérite d'être promu afin d'améliorer et de généraliser ce qui existe déjà grâce à quelques bonnes volontés. Ce partenariat ne sera rendu possible qu'au terme de discussions sur la stratégie à mener en chirurgie oncologique.

Par ailleurs, le rôle des élus locaux et des associations d'usagers (notamment la Ligue Nationale de Lutte contre le Cancer) ne doit pas être sous estimé, particulièrement dans une région en perte de vitesse démographique et pour laquelle de nombreux élus et ministres se sont engagés et s'engagent toujours à maintenir une offre de soins d'excellence à disposition de leur population. Ces derniers sont de fervents défenseurs d'une offre de soins la plus riche et innovante possible, garantissant qualité et proximité à tous les usagers du service public hospitalier. Les activités médicales, chirurgicales et de recherche des établissements auvergnats en pointe au niveau national sont l'occasion de manifester une certaine fierté à l'égard des autres régions de France. De même, les activités menacées font régulièrement l'objet de communication et de défense au plus haut niveau de l'Etat de la part des élus pour être « sauvées ». Le sentiment d'appartenance régionale est ainsi très fort tant parmi les élus que parmi la population. Peut être conviendrait il alors de « donner un rôle plus actif aux élus locaux dans la définition des politiques hospitalières applicables sur le territoire de leurs collectivités, en rapport avec la responsabilité politique qu'ils assument et la légitimité que leur confère le suffrage universel »¹³.

Enfin, il appartient au CHU de Clermont Ferrand de se positionner en qualité de recours mais aussi de soutien pour l'ensemble des établissements de santé de la région. Ainsi, afin de jouer pleinement son rôle de recours et la complémentarité entre structures, il s'est associé avec le CLCC nommé Centre Jean Perrin (CJP) de la région, situé à quelques dizaines de mètres du site principal du CHU. Ce partenariat a pris la forme d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) intitulé Institut régional universitaire de cancérologie en Auvergne (IRUCA).

2.1.3 L'exemple d'une coopération source de progrès : GCS CJP/CHU, fruit d'une coopération réussie

Le CHU de Clermont Ferrand et le Centre Jean Perrin, installés sur le même site, se sont, dès les années 1970, associés pour assurer les missions d'enseignement et de recherche du CHU. Dès lors, le CHU dispose de postes hospitalo-universitaires en cancérologie. En outre, afin de garantir la complémentarité des deux établissements, une répartition des matériels d'équipement a été établie : le CHU détient des techniques d'imagerie conventionnelle lourdes telles que l'IRM, le scanner, l'angiographie ; le Centre Jean Perrin, quant à lui, dispose de la médecine nucléaire et de la radiothérapie. En 2000, une coopération privilégiée a été mise en place pour organiser les échanges de personnels médicaux et la co-utilisation des équipements.

L'ordonnance du 4 septembre 2003 fait du GCS la forme juridique fondamentale en matière de coopération des établissements. De plus, le Plan Cancer préconise la collaboration entre Centre Hospitalier et Centre de Lutte contre le Cancer. Les CHU et les CLCC ont, en 2004, scellé officiellement leur rapprochement. Ainsi, dans cette perspective, le CHU de Clermont Ferrand et le Centre Jean Perrin ont signé le 24 février 2006 une convention constitutive créant l'Institut Régional du Cancer en Auvergne (IRUCA), sous la forme d'un GCS. Celui-ci est la formalisation d'une coopération ancienne entre les deux établissements. Il témoigne de la volonté d'avancer conjointement dans la lutte contre le cancer. La prise en charge des patients se veut alors la plus fluide possible. Cette convention permet de confier une charge de service public à une structure plus souple et plus resserrée, donc une meilleure responsabilisation. En effet, jusqu'à présent, le développement parallèle et concomitant des CRLCC et de la cancérologie dans les CHU a conduit à « une perte d'efficience, à des confrontations stériles du fait d'une insuffisante perméabilité¹⁴ ». Cet accord entre CHU et CLCC est un symbole fort pour le CLCC : il fait le pari de l'ouverture et de la complémentarité puisqu'il considère que pour sa « survie » (difficultés financières importantes), la coopération sera plus fructueuse que l'isolement et le repli sur ses activités. Pour le CHU, cette convention lui offre la chance d'affirmer sa place en matière de traitement des cancers et d'accroître la visibilité de son activité de cancérologie.

¹³ Hôpitaux des petites villes par Martin Malvy, Revue Hospitalière de France n° 510 mai juin 2006

¹⁴ Article Gestion Hospitalières, mai 2004, Présentation de la Fédération nationale de cancérologie des CHR&U par Pr Jean Faivre et Didier Delmotte

Le GCS doit alors faciliter, améliorer et développer les activités de ses membres.

Ses missions générales sont :

1- mettre en cohérence les stratégies médicales du CHU et du CLCC pour l'ensemble des disciplines impliquées dans la prise en charge du cancer ; faciliter la coordination entre l'oncologie transversale et les spécialistes d'organes

2- assurer la mise en œuvre et actualiser en permanence le projet médical unique de développement de la cancérologie

3- favoriser la structuration d'un dossier médical communiquant commun (dans le cadre de la mise en place prochaine du dossier communiquant en cancérologie)

4- coordonner les ressources humaines hospitalo-universitaires

5- valoriser la recherche clinique et fondamentale en cancérologie et favoriser l'interface entre les soins et la recherche dans le cadre du cancéropôle Lyon Auvergne Rhône-Alpes (CLARA)

6- mettre en place des actions communes d'enseignement et de formation en cancérologie

Les activités spécifiques au GCS sont :

1- gérer le pôle fédératif « Hématologie et Thérapie Cellulaire Clinique Adultes » constitué du service Hématologie Clinique de Monsieur le Professeur Bay au CHU et du service de Thérapie-Greffes de Monsieur le Professeur Chollet au Centre Jean Perrin. Ce point a fait l'objet de modifications : l'unité de transplantation médullaire a été intégrée au CHU de Clermont Ferrand. Dès lors, le CHU gère l'activité et le personnel du Centre Jean Perrin. Auparavant, cette tâche incombait au GCS. De plus, le CHU prend en charge toute l'activité de biologie du Centre Jean Perrin hors anapathologie. En contrepartie, le CHU transfère au Centre Jean Perrin la chirurgie thoracique. Ce transfert est prévu en 2011.

2- organiser une co-utilisation du plateau technique d'imagerie

3- assurer en commun des prestations techniques et logistiques

4- toute autre activité décidée d'un commun accord

Le tableau ci-dessous présente l'état de l'organisation actuelle de la coopération hospitalo-universitaire des soins en cancérologie sur le site de Clermont Ferrand. Cette répartition est appelée à évoluer avec les transferts d'activité, notamment pour la chirurgie thoracique.

	RCP	Chirurgie	Chimiothérapie	Radiothérapie
Neurologie	CHU -- CJP	CHU	CJP	CJP
Tête et cou	CHU -- CJP	CHU	CJP	CJP
Thyroïde	CJP -- CHU	CJP -- CHU	•	CJP
Thorax	CJP -- CHU*	CHU	CHU-- CJP	CJP
Digestif	CHU -- CJP	CHU	CHU	CJP
Urologie	CHU -- CJP*	CHU -- CJP	CJP	CJP
Gynécologie	CHU -- CJP*	CHU -- CJP	CJP	CJP
Sein	CJP*	CJP	CJP	CJP
Os et cartilage	CJP -- CHU	CHU -- CJP	CJP	CJP
Hématologie	CJP -- CHU	•	CHU -- CJP	CJP
Dermatologie	CHU -- CJP	CHU	CHU	CJP
Pédiatrie	CHU -- CJP	CHU	CHU	CJP
Greffes	CHU -- CJP	•	CHU enfants CJP adultes	•

- Réunions de concertations pluridisciplinaires (RCP)
- Filières de soins organisées
- + vidéo-concertation avec des hôpitaux de la région
- CHU
- CJP

Des projets communs concernant la recherche sur l'oncologie sont en cours d'élaboration, via l'unité de recherche commune en cancérologie (URCC) dirigée par le comité de coordination de la recherche clinique en cancérologie (C2RC2), témoignant ainsi de la volonté des acteurs d'être une structure dynamique et de premier plan au niveau national en matière de lutte contre le cancer.

En outre, pour favoriser cette activité commune de recherche, les tumorothèques des établissements ont fusionné. Ainsi, aujourd'hui on peut parler d'une tumorothèque de référence sur le site clermontois. Une tumorothèque est une structure permettant le recueil et la conservation d'échantillons congelés de tumeurs. Cette bibliothèque de tissus ou cellule prélevés sur les tumeurs s'enrichit chaque année. La tumorothèque a pour mission la prise en charge de la congélation d'échantillons des tumeurs ayant fait l'objet de biopsie ou de résection chirurgicale. Cette prise en charge comporte l'exigence d'application de règles rigoureuses de congélation, une sécurisation de la conservation, un recueil des données cliniques et un suivi de la maladie.

Cette congélation a actuellement deux objectifs : l'un diagnostique l'autre de recherche et permet soit d'effectuer des examens immédiats pour des thérapeutiques ciblées existantes, soit de reprendre ultérieurement ces échantillons dans un même objectif, soit de rechercher des facteurs pronostiques.

En ce qui concerne l'objectif recherche il s'agit de constituer des cohortes de tumeurs pouvant être partagées dans le cadre de la recherche au niveau du canceropôle ou bien sur le plan national. La tumorothèque permet donc in fine d'affiner les diagnostics des patients atteints de cancer. L'information du patient et son accord sont colligées par les cliniciens.

Le CHU de Clermont Ferrand et le Centre Jean Perrin ont reçu une autorisation conjointe d'ouverture et d'exploitation d'une tumorothèque de la part de l'AFSSAPS en novembre 2003. Deux projets majeurs de recherche sur des échantillons tumoraux sont en cours d'élaboration : le projet Mutacancer et le projet relatif aux cancers thyroïdiens. Le CHU sera associé à ces deux projets. Enfin, est envisagée l'instauration d'un Centre de Ressources Biologiques (CRB) interrégional, dans un objectif d'intégration au sein d'un CRB virtuel national. Le CRB est une infrastructure essentielle pour faciliter la mise à disposition de tumeurs bien caractérisées et de qualité répondant aux besoins des chercheurs académiques et industriels, dans le cadre de projets de recherche.

En conséquence, le CHU et le CLCC de Clermont Ferrand sont les acteurs d'une coopération source de progrès dans la lutte contre le cancer. Ils constituent le pôle régional de recours et d'excellence de la région Auvergne, tant en matière de soins que de recherche. Il est actuellement à l'étude de fusionner les deux centres de coordination en cancérologie (3C) ainsi que les deux unités de reconstitution des cytostatiques du CHU et du CJP. Leur dynamisme pour donner du sens à cette coopération doit servir d'exemple pour engager les établissements publics de santé de la région, particulièrement ceux appartenant au G6, dans une collaboration féconde concernant la chirurgie carcinologique. De cette volonté de coopérer dépendront la qualité des soins prodigués aux patients et la proximité vis-à-vis de dispositifs cliniques et de recherche innovants. Le CHU et le CJP ne sont pas menacés par la mise en place des seuils en chirurgie oncologique puisque la chirurgie du cancer du sein est effectuée au CJP et le digestif et l'urologie au CHU selon un accord tacite entre les équipes médicales des deux structures. Ils souhaitent néanmoins jouer pleinement leur rôle de pôle de recours et d'excellence pour l'ensemble de la région Auvergne.

Au-delà des ambitions des acteurs de terrain, il est à noter l'engagement de nombreux acteurs externes pour encourager la réflexion sur les opportunités et les modalités de coopération entre établissements publics de santé. Ces structures défendent chacune un point de vue sur ce sujet et participent par la communication de ce point de vue à l'émulation autour de l'avenir de la chirurgie carcinologique en Auvergne.

2.2 Des acteurs externes favorisant une réflexion approfondie entre les EPS

L'avenir de la chirurgie oncologique suscite de nombreux débats et des interrogations depuis la parution en mars 2007 de ces décrets et de cet arrêté concernant les seuils d'activité à respecter. Dès lors, de nombreuses structures se sont positionnées sur le sujet et ont mis en exergue leurs propositions de réorganisation de l'offre de soins et de résolution de la question de la qualification du corps médical en matière de chirurgie du cancer. Ces débats et rapports ont enrichi les réflexions des établissements de santé, tout comme les quelques expérimentations de certaines régions, notamment le Pas-de-Calais et la Champagne-Ardenne. Il s'agit ici de retranscrire cet éclairage sur le sujet.

2.2.1 La FHF : pour une stratégie public/public

Depuis juin 2006, la FHF a souhaité anticiper les réorganisations en informant l'ensemble des établissements et a organisé une réunion nationale le 26 septembre 2006 avec la DHOS et l'INCa ainsi que des réunions régionales afin de sensibiliser les chirurgiens et les directions aux changements à venir, de manière à anticiper l'avenant au SROS 3 de cancérologie qui sera en tout état de cause et au plus tard à l'agenda du second semestre 2008. En effet deux principes majeurs constituent l'architecture des textes de 2007 relatifs à la cancérologie : la pluridisciplinarité et l'organisation coopérative de la filière de soins.

S'agissant de la chirurgie, si l'impact en volume d'actes peut paraître faible (entre 7 à 10%), l'enjeu n'en est pas moins considérable à plusieurs titres :

La chirurgie des cancers représente près de 15% voire parfois 20% de l'activité chirurgicale programmée, dont vous savez l'importance pour le secteur public.

Le total des activités appelées à un transfert représente parfois un effectif supérieur à l'activité annuelle du CHRU et/ou du CRLCC (centre de lutte contre le cancer), ce qui induit un risque élevé de fuite de cette activité vers le secteur privé à but lucratif,

Les délais d'attente rencontrés par les patients, déjà élevés parfois, risquent de connaître une forte aggravation, si des conditions d'organisation et de coopération ne sont pas mises en place par les établissements de santé,

L'image des établissements publics de santé qui ne seront plus autorisés à traiter tout ou partie des cancers risque de se dégrader rapidement s'ils ne s'intègrent pas dans

des filières de soins assurant la graduation des soins et la coopération des équipes soignantes. Cela est important pour le public mais aussi pour l'attractivité des établissements pour les praticiens.

La FHF tient à souligner l'importance du dispositif et des textes en matière de réorganisation des établissements et souhaite que ceux-ci puissent avoir une approche coopérative et concertée de ce changement. Il s'agit d'une part d'activité importante pour nos établissements, notamment en chirurgie programmée et structurante pour les autres activités de l'établissement et leur image globale de compétence et de qualité.

La FHF a effectué un travail d'animation et de concertation auprès des régions : celles-ci réfléchissent aux coopérations possibles entre établissements publics, CRLCC et privés. Sont présentées ci-dessous les cartes Nord et Sud de la région Auvergne. Elles transcrivent les enjeux pour chaque organe en matière de chirurgie du cancer et mettent en exergue les limites du découpage géographique des territoires de santé, des bassins hospitaliers et de la région puisque le taux d'emprise révèle l'attractivité de chaque territoire de santé.

Dans ce contexte, il est important que la T2A ne décourage pas les relations coopératives : pour cela il faut définir des règles d'ingénierie financière qui permettent d'éclairer les acteurs qui mettent à disposition des praticiens hospitaliers. Le simple remboursement des émoluments ne compense pas la perte d'activité valorisée en T2A des établissements gérant les praticiens hospitaliers. Les règles de facturation sont encore plus complexes à déterminer pour les prestations entre établissements publics et privés.

REGION AUVERGNE (NORD)

LES ETABLISSEMENTS DANS LEUR ENVIRONNEMENT
SITUATION PAR RAPPORT AUX SEUILS DE CANCEROLOGIE

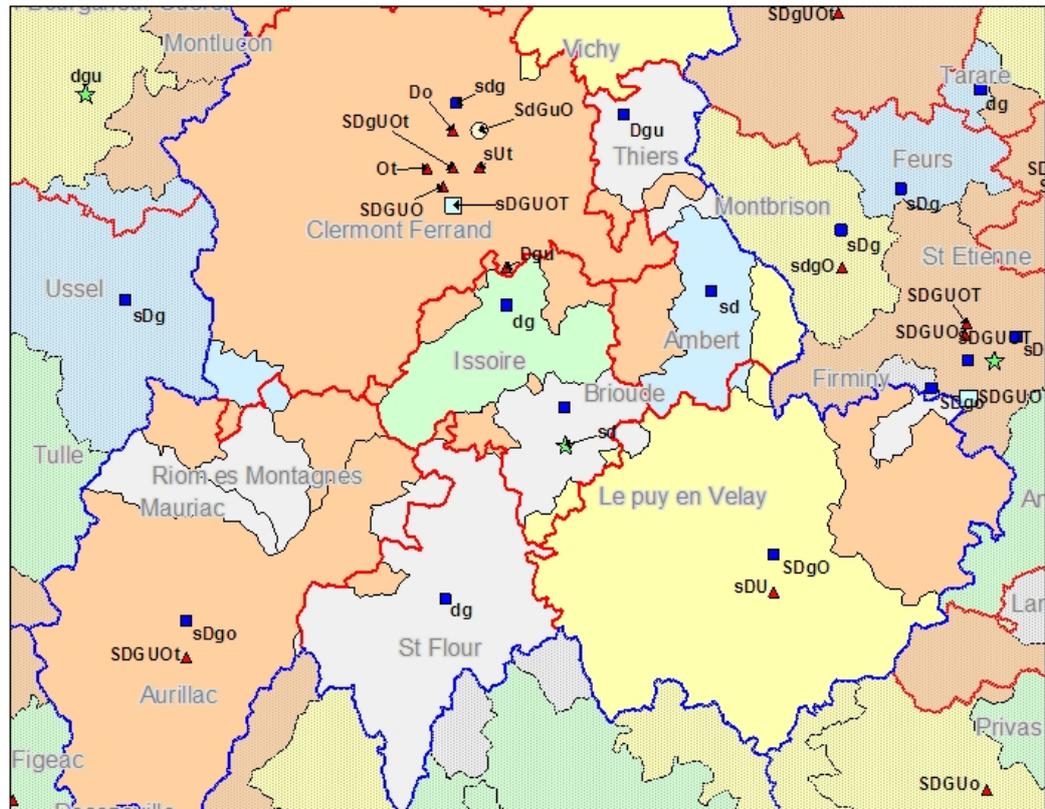


S:nb séjours sein>=30
s :nb séjours sein entre 5 et 29
D:nb séjours digestif>=30
d : nb séjours digestif entre 5 et 29
G :nb séjours gynécologie>=20
g : nb séjours gynécologie entre 5 et 19

U:nb séjours urologie>=30
u :nb séjours urologie entre 5 et 29
O:nb séjours ORL>=20
o : nb séjours ORL entre 5 et 19
T :nb séjours thorax>=30
t : nb séjours thorax entre 5 et 29

REGION AUVERGNE (SUD)

LES ETABLISSEMENTS DANS LEUR ENVIRONNEMENT
SITUATION PAR RAPPORT AUX SEUILS DE CANCEROLOGIE



Etalissements	Limites géographiques	Taux d'emprise(1=100 %)
■ CH	■ Régions	■ 0,66 - 0,96 (96)
■ CHU	■ Territoires de santé	■ 0,5 - 0,66 (88)
○ CLCC	■ Bassins hospitaliers	■ 0,33 - 0,5 (81)
▲ Clinique		■ 0,2 - 0,33 (64)
★ PSPH		■ 0 - 0,2 (60)

S:nb séjours sein>=30
s :nb séjours sein entre 5 et 29
D:nb séjours digestif>=30
d : nb séjours digestif entre 5 et 29
G :nb séjours gynécologie>=20
g : nb séjours gynécologie entre 5 et 19

U:nb séjours urologie>=30
u :nb séjours urologie entre 5 et 29
O:nb séjours ORL>=20
o : nb séjours ORL entre 5 et 19
T :nb séjours thorax>=30
t : nb séjours thorax entre 5 et 29

2.2.2 La DRASS/ARH : pour une coopération sur le territoire de santé

La rencontre avec le médecin référent de la cancérologie à la DRASS a été très enrichissante au sens où le Docteur Longchambon a une connaissance approfondie des établissements de santé de la région Auvergne participant à la prise en charge du cancer. Elle connaît parfaitement les situations locales et les enjeux que la réorganisation de l'offre de soins en chirurgie carcinologique va soulever. En outre, en tant que médecin mis à disposition par la DRASS à l'ARH référent en cancérologie, elle est chargée d'exposer le point de vue qui sera défendu par la tutelle. Dès lors, une fois le constat établi d'un commun accord puisque nous disposons des mêmes données et sources d'information, une discussion sur les différentes stratégies envisageables s'est engagée. De prime abord, l'ARH marque une préférence pour une coopération de territoire entre établissements publics et privés de santé. Elle incite donc à un rapprochement entre les structures d'un même territoire de santé même si elle est intéressée par des propositions autres de collaboration avec des acteurs se situant géographiquement hors du territoire de santé initial. L'ARH craint la création d'une « Assistance Publique – Hôpitaux de Paris » régionale autour du CHU de Clermont Ferrand. L'ARH et la DRASS ne nient pas le rôle de recours et le pôle d'excellence clermontois en matière de chirurgie du cancer, elles le valorisent même souvent mais elles craignent une absorption de l'activité de chirurgie par ce pôle au détriment des centres hospitaliers dits périphériques ou de proximité. Selon ces structures, le pôle de recours en cancérologie de la région Auvergne n'a pas encore atteint son développement optimal. Elles redoutent une « OPA » du CHU sur le CLCC avec récupération des activités intéressantes au profit du CHU.

Au-delà de la question de la chirurgie oncologique, la DRASS se prononce en faveur d'une politique de santé publique et de dépistage du cancer comme indiquée dans le plan régional de santé publique. Elle recherche une prise en charge globale du cancer : du dépistage aux soins de suite et de réadaptation. Elle propose donc, en cas de refus de coopération au sein d'un même territoire entre cliniques et établissements publics pour un partage des activités de chirurgie carcinologique, une gestion globale du cancer sur la région avec instauration d'un recours à la chirurgie carcinologique au niveau du pôle clermontois et mise en place d'une préparation en amont de la chirurgie et d'une suite en aval dans les établissements périphériques.

Néanmoins, la mise en œuvre de cette proposition nécessitera un travail de formation continue des personnels et de conviction des personnels médicaux considérable, sans compter les problèmes financiers liés à la valorisation T2A de la chirurgie. Les établissements périphériques devraient, dans cette logique, laisser partir une activité rémunératrice et considérée comme plus valorisante au profit d'un rôle, certes

tout aussi fondamental mais considéré comme moins gratifiant, d'amont et d'aval de l'acte opératoire. Des négociations financières et de transfert d'activité devraient alors être lancés pour compenser le transfert de la chirurgie. A été ainsi évoquée la possibilité de décentraliser certains programmes de recherche clinique, comme c'est déjà le cas avec le CH d'Aurillac.

2.2.3 L'INCa

Créé par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, l'INCa est une institution principalement destinée à coordonner l'ensemble des acteurs de la cancérologie. En outre, il constitue un centre d'expertise et de ressources. Son objectif est de répondre aux attentes des patients, des chercheurs et des professionnels de santé en délivrant une information fiable et de qualité sur le cancer. En tant que centre d'expertise, il doit contribuer à faire évoluer « la coordination systématique des acteurs de soins » vers une prise en charge globale et centrée sur le patient, dans un système plus transparent, en accroissant l'égalité d'accès aux innovations thérapeutiques»¹⁵.

En 2003, le programme national de lutte contre le cancer avait déjà insisté sur la nécessité de réduire les inégalités régionales d'accès aux soins, en rappelant que la circulaire du 24 mars 1998 relative à l'organisation des soins en cancérologie dans les établissements d'hospitalisation publique et privée visait la création de filières de soins fondées sur une gradation des établissements en fonction de leur activité : «sites de référence», «sites orientés » et « moyens de proximité traitant les patients cancéreux».

Par suite, le Plan Cancer, à travers la mesure 36, avec la circulaire DHOS du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie et un décret de mars 2007, a réactualisé ce classement des établissements en les distinguant comme suit : « établissements de santé, du territoire de santé et de la région, les réseaux constituant le maillage et la coordination transversale entre les acteurs de cette organisation ». Des restructurations majeures sont donc à prévoir.

« Jamais l'autorisation d'une activité de soins concernant potentiellement toute la population n'avait été subordonnée à la fois à la pathologie ou à sa localisation et aux garanties présentées par l'équipe soignante (compétence, volume d'activité et équipement). Ni le régime d'autorisation de jadis ni les premiers SROS ne constituaient des outils de développement de la qualité des soins »¹⁶.

¹⁵ Rapport public de la Cour des Comptes sur la mise en œuvre du Plan Cancer juin 2008

¹⁶ Rapport public de la Cour des Comptes sur la mise en œuvre du Plan Cancer juin 2008

Jusqu'à ce que cette accréditation soit généralisée et témoigne d'une avancée réelle pour la prise en charge des patients, des inégalités de chances de survie pour ces patients opérés demeureront, ce qui engage la responsabilité des auteurs et des acteurs du dispositif. De fait, les conditions d'exercice professionnel devront se renouveler. Celles ci relèvent du conseil national de l'ordre des médecins et il n'est pas usuel de fixer de tels seuils par praticien. « L'INCa a préféré la voie plus consensuelle de l'évaluation des pratiques professionnelles (Epp) conduisant à l'accréditation. Il indique que les futurs critères d'agrément en chirurgie devraient opérer un changement de fond, et que l'ensemble du dispositif vise à lutter contre les inégalités d'accès aux soins en augmentant leur qualité »¹⁷.

2.2.4 Le rapport Larcher : pour un pôle régional de recours

Le rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par le sénateur et ancien ministre Gérard Larcher dresse un constat sur l'état de l'organisation sanitaire en France. Il décrit cette organisation comme insuffisante par rapport aux besoins et déconnectée des exigences d'efficacité. Ce premier état des lieux amène à des propositions pour dynamiser l'hôpital et notamment l'offre de soins hospitalière. Ainsi, sur cet aspect la proposition majeure de la commission est de « favoriser le développement de complémentarités entre hôpitaux publics sous la forme de communautés hospitalières de territoire : projet médical commun intégrant le court séjour, le moyen et long séjour ; incitation forte à des rapprochements volontaires »¹⁸

Dès lors, « l'importance majeure de l'organisation des soins au niveau des territoires doit être affirmée pour permettre un égal accès à des soins de qualité et garantir l'efficacité des financements publics. La planification doit promouvoir des rapprochements d'activité entre hôpitaux publics sur la base d'exigences de qualité et de pertinence économique et prendre en compte le rôle de l'hospitalisation privée »¹⁹.

La planification hospitalière repose sur deux outils : le SROS (et ses déclinaisons : CPOM) et les autorisations portant sur des activités ou des équipements et délivrées par l'ARH pour une durée précise, sous réserve de conformité avec les objectifs du SROS.

¹⁷ Rapport public de la Cour des Comptes sur la mise en œuvre du Plan Cancer juin 2008

¹⁸ Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital présidée par Gérard Larcher avril 2008

¹⁹ idem

Par conséquent, tous les établissements de santé doivent définir leur stratégie d'activité dans le cadre de ce schéma.

Cependant, malgré cette rationalité apparente de l'organisation des soins, des disparités régionales subsistent et des exigences de sécurité et de qualité s'imposent, notamment en chirurgie.

Le rapport Larcher s'inscrit dans la mouvance actuelle qui soutient la logique selon laquelle l'offre de soins doit évoluer selon les besoins de la population, les exigences de qualité et selon les résultats d'une analyse médico – économique. De fait, « pour s'ancrer dans l'avenir, l'hôpital doit répondre à des besoins et s'inscrire dans une offre de soins graduée, ce qui exige une analyse territoriale pertinente, tenant compte des flux de population et des bassins d'emploi, et graduée selon les activités »²⁰.

Ainsi, l'application de ces principes à la chirurgie oncologique en Auvergne conduit aux résultats suivants, présentés par la Fédération Hospitalière de France (cartes région Nord et Sud en annexes)

Les rapprochements d'activité doivent donc prendre en compte les exigences de qualité mais également la pertinence et la performance économique. Il est probable qu'à terme des établissements soient partiellement spécialisés dans certains types de prise en charge comme la chirurgie du cancer puisqu' « en matière de chirurgie, il importe de prioriser clairement les objectifs : la sécurité du patient prime sur la proximité »²¹.

Ces rapprochements entre établissements offrant la chirurgie du cancer, résultats de la réglementation qualitative par normes et seuils d'activités, doivent avoir pour objet la complémentarité entre hôpitaux publics et s'inscrivent dans une logique de stratégie médicale. Les rapprochements public-public, tels que prônés par la FHF et en partie par la commission Larcher, ne vont pas à l'encontre de l'essor des coopérations public-privé. Ils se présentent comme une alternative.

La commission Larcher encourage le rapprochement des hôpitaux publics pour former des « communautés hospitalières de territoire » (CHT) ayant un projet d'activités médicales commun et des compétences déléguées par les établissements membres de ces communautés. La création de ces CHT nécessite une incitation forte des autorités de régulation (ARH ou future Agence Régionale de Santé) via des aides à la contractualisation, à l'investissement ...

²⁰ Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital présidée par Gérard Larcher avril 2008

²¹ idem

Le CHU de Clermont Ferrand s'est déjà inscrit dans cette perspective de réorganisation de l'offre de soins en signant des conventions de direction commune avec les centres hospitaliers de Clémentel, d'Issoire, du Mont Dore et de Riom et en signant une convention avec le CLCC pour adopter avec ces établissements une stratégie médicale commune, évitant les doublons d'équipements et d'activités sur le même territoire de santé. Il s'agit là d'une ébauche de CHT sans en avoir le titre exact. Cette pseudo CHT pourrait constituer pour la chirurgie oncologique le pôle régional de recours, appelé de ses vœux par l'ARH et la DRASS.

2.3 La révision du volet cancer du SROS III en perspective : une contrainte réglementaire nécessitant l'adaptation du projet médical de territoire, du projet d'établissement et du CPOM

Suite aux décrets n° 2007-388 et 2007-389 du 21 mars 2007 et à l'arrêté du 29 mars 2007, une deuxième révision du SROS d'Auvergne 2006-2011 s'est révélée nécessaire. Le document soumis à concertation en septembre 2008, transmis pour information par l'ARH, permet de récapituler la situation de la région après intégration des nouvelles dispositions réglementaires et de repositionner les différents établissements, notamment le CHU, le CJP et le Pôle Santé République qui constituent le pôle régional de référence et de recours. Enfin, il réprecise les enjeux transversaux de la qualité et de la proximité des soins.

Ainsi, les établissements, qui ne seront pas autorisés à effectuer la chirurgie des cancers, seront des établissements dits associés à la prise en charge, notamment pour les thématiques suivantes : médecine, soins de suite et de réadaptation, hospitalisation à domicile. Ces établissements associés participent à la prise en charge de proximité des patients atteints de cancer.

L'ARH d'Auvergne n'as pas établi de cartes prévisionnelles sur l'impact de la réforme en termes de réorganisation de l'offre de soins sur les bassins hospitaliers et les territoires de santé. Néanmoins, elle ne manque pas de signaler que seul l'examen de la moyenne du nombre d'interventions relatives aux années 2005, 2006 et 2007 issu des données PMSI, déterminera les implantations sur le territoire auvergnat de l'activité de chirurgie des cancers. Il n'est donc pas envisagé de rapporter ce nombre d'interventions au nombre de chirurgiens exerçant sur site géographique et par établissement.

Toutes ces dispositions sont soumises à concertation le 22 septembre 2008. Elles auront de nombreuses conséquences sur l'offre régionale de soins en chirurgie des cancers, les CPOM des établissements, leurs projets médicaux de territoire et leurs projets d'établissement. Les établissements devront prendre en compte cette contrainte et

celle des délais pour présenter un dossier d'autorisation à l'ARH pour cette activité, reflet de leur stratégie d'alliance entre qualité et proximité des soins, dans les délais impartis.

La réflexion sur l'avenir de la chirurgie cancérologique en Auvergne est très riche puisqu'elle a fait l'objet de plusieurs études nationales ou locales et a pris en compte les identités locales et les positionnements des différentes structures qui se sont intéressées à ce sujet. Ainsi, plusieurs scénarii peuvent être proposés si les discussions sur les objectifs et les modalités de coopération ont préalablement eu lieu. Ces scénarii tentent autant que possible d'esquisser une stratégie de groupe pertinente et cohérente en matière de chirurgie oncologique pour conjuguer au mieux qualité et proximité des soins.

3 Propositions pour une stratégie de groupe pertinente en matière de chirurgie oncologique : la qualité et la proximité associées au service des patients

L'ébauche du jeu des stratégies des acteurs (2^{ème} partie), en regard des enjeux liés aux seuils d'activité en chirurgie oncologique (1^{ère} partie), nous conduit à esquisser différents scénarii pour l'avenir de la chirurgie oncologique en Auvergne. Cependant, malgré la diversité des propositions envisageables, certaines conditions sine qua non doivent être remplies et les modalités juridiques et pratiques restent variables.

3.1 Conditions d'une coopération entre EPS et CLCC fructueuse : comment faire de la coopération une chance supplémentaire de progrès ?

La coopération est au cœur des fondements de la société. D'origine rationnelle, elle permet à l'individu de penser les moyens dont il dispose et ceux dont il a besoin pour arriver à ses fins. Cette rationalité est très dépendante de son rapport à la collectivité. Dès lors, faire de la coopération une chance supplémentaire de progrès pour tous nécessite une appropriation de l'idée de coopération par l'ensemble des acteurs concernés.

Ainsi, « la coopération résulte de la propension des individus à interagir de manière coopérative, en effectuant des échanges mutuellement avantageux »²². En effet, selon la théorie des avantages comparatifs de Ricardo, chaque acteur est intéressé à coopérer dans la mesure où cette coopération lui apportera autant ou plus que le maintien dans son isolement de départ.

La coopération est toutefois un pari. Elle repose sur une anticipation de l'avenir, source d'incertitude. Elle correspond alors à « la gestion des décalages entre les anticipations et les réalisations effectives... En réalité, la coopération est l'instrument idéal pour dépasser les mondes connus et offrir une chance supplémentaire de progrès »²³.

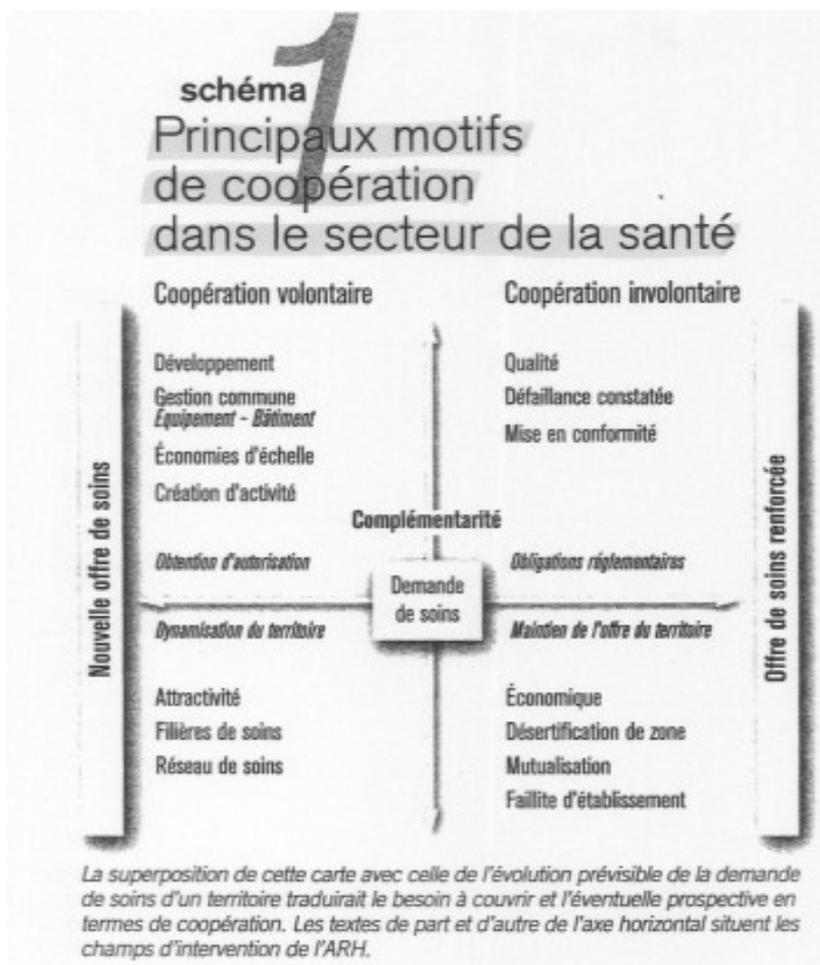
²² La coopération, une chance supplémentaire de progrès, Nadine Blat, Gestions Hospitalières octobre 2007

²³ idem

3.1.1 Un but commun : recréer les conditions d'attractivité pour les territoires en perte d'activités avec une qualité accrue des soins et une accessibilité affirmée

La coopération doit viser un but commun. Les objectifs à atteindre doivent être élaborés collégialement et rassemblés les acteurs de la coopération. Elle peut avoir une durée limitée ou illimitée et doit porter sur un projet partagé. Dans le cas de l'avenir de la chirurgie oncologique en Auvergne, un consensus a rapidement été dégagé sur le but de la coopération : elle doit permettre de recréer les conditions d'attractivité pour les territoires en perte d'activités et pour les hôpitaux exposés à des problèmes de démographie médicale tout en respectant les exigences accrues de qualité des soins et d'accessibilité pour les patients. Face à cet ensemble de critères à satisfaire, une priorisation est indispensable : comme évoqué précédemment, la qualité prime sur la proximité en matière de chirurgie.

Il semblerait que l'ensemble des membres du G6 partagent l'objet de cette action collective potentielle. Néanmoins, les motifs de coopération peuvent varier, malgré un consensus affiché sur son objectif. Voici une présentation des principaux motifs de coopération dans le secteur de la santé :



Devant ces différents motifs de coopération et l'éventualité d'une coopération involontaire, la coopération devient une véritable expédition pour le directeur / manager qui doit élaborer une vision partagée du projet autour de la définition des objectifs à atteindre.

Dès lors, il semble essentiel de fixer une méthodologie partagée afin de faire de cette coopération une opportunité réelle pour tous.

3.1.2 Une méthode partagée : principes de subsidiarité, de réciprocité et de mutualisation

Pour déterminer une méthodologie partagée quant aux modalités de mise en œuvre d'une coopération entre établissements de santé, qu'elle soit public-public ou public-privé, des principes doivent être établis : dans le cas présent, les principes de base sont la subsidiarité, la réciprocité et la mutualisation.

Le principe de subsidiarité vaut pour l'ensemble du territoire auvergnat et précise qu'il ne sert à rien de prévoir un recours à une structure plus importante avec transport si la structure de niveau inférieur est capable d'offrir le soin nécessaire. Ainsi, il semblerait intéressant d'effectuer un découpage hiérarchisé de la région reposant sur une technicité croissante des plateaux techniques avec au sommet la chirurgie de pointe en matière de cancer. Le risque afférent à cette hiérarchisation du territoire est l'engorgement du pôle régional. Une étude sur les moyens matériels et humains supplémentaires devrait alors être menée de concert pour une mise en adéquation des objectifs et des moyens pour les atteindre.

Le principe de réciprocité suppose que le transfert éventuel de la chirurgie oncologique vers un pôle régional de recours et de référence ne se fasse pas sans contrepartie pour le centre hospitalier qui perd cette activité. Dès lors, la négociation sur l'avenir de la chirurgie carcinologique devra intégrer ce principe de réciprocité pour éviter le sentiment de « CHU-centrisme » et de récupération des activités jugées les plus valorisantes et rémunératrices par les structures de taille importante. Bien que la qualité des soins prime sur la proximité en matière de chirurgie du cancer, il ne s'agit pas non plus d'aggraver durablement l'inégalité d'accès aux soins pour les patients.

Le principe de mutualisation coiffe les deux principes précédents. En effet, il permet d'affirmer la subsidiarité et la réciprocité sur le territoire entre les établissements publics de santé. Cette mutualisation porterait alors sur les plateaux techniques et les technologies et thérapeutiques innovantes, missions dévolues au pôle de recours selon le Plan Cancer. Si elle concerne des centres hospitaliers disposant de plateaux techniques

innovants et des hôpitaux de proximité ou des centres hospitaliers dits périphériques (dans le cas auvergnat), la mutualisation serait alors plus économique que la disparition des services de chirurgie du cancer sur une partie du territoire auvergnat.

En outre, la mutualisation peut être le moyen de développer le télé travail et la télé médecine. La mise en place du dossier communiquant en cancérologie, inscrite dans la mesure du Plan Cancer, serait alors une première étape pour renforcer l'utilisation de l'informatique comme moyen d'amélioration de la prise en charge et d'harmonisation des pratiques professionnelles. Ainsi, un avis sur un dossier de patient pourrait être demandé à un spécialiste exerçant à des dizaines voir centaines de kilomètres du lieu de premiers soins où s'est rendu le patient. Le patient ne se déplacerait alors que pour son acte chirurgical et pourrait être pris en charge en amont et en aval dans un établissement proche de son domicile. L'informatisation des process participe à l'amélioration de la qualité de la prise en charge et de la sécurité des diagnostics posés sur des tumeurs cancéreuses à opérer.

Cependant, l'acceptation d'une méthodologie partagée pour atteindre un but commun en matière de chirurgie du cancer implique un changement culturel, notamment au niveau managérial. Les acteurs clés de l'établissement, à savoir le chef d'établissement et le président de la commission médicale d'établissement (CME), doivent être des fers de lance du projet sur l'avenir de la chirurgie oncologique en Auvergne.

3.1.3 Un changement culturel et une dynamique régionale à lancer : rôle du chef d'établissement et du président de CME

La coopération ne pourra véritablement prendre vie que si les acteurs clés des établissements qui sont partie prenante à celle-ci s'investissent dans la promotion du projet. De même, l'institution d'une instance de pilotage stratégique pour « statuer sur la stabilisation et la révision de l'objet de coopération, la définition de l'espace de coopération, la formalisation des validations, les modalités de révision des accords et l'arbitrage face à toutes les alertes »²⁴, est nécessaire à la bonne marche du projet. Des représentants de chaque structure devront être élus ou désignés. Un travail de communication interne à chaque structure doit être mené afin d'entendre les remarques des acteurs de terrain et de lever les éventuels obstacles et craintes à ce projet.

²⁴ La coopération, une chance supplémentaire de progrès, Nadine Blat, Gestions Hospitalières octobre 2007

La coopération ne pourra se concrétiser que si les médecins et chirurgiens des différents établissements se rencontrent, partagent des protocoles.

Le chef d'établissement et le président de la CME de chaque établissement concerné doivent informer et mobiliser leurs interlocuteurs. Ils doivent impulser une dynamique de réflexion de groupe et de collaboration entre établissements. Ce travail est déterminant pour la suite de la stratégie d'alliance des centres hospitaliers.

3.2 Quelles stratégies pour quels objectifs ?

La stratégie de groupe a pour but de conduire les établissements à penser différemment l'optimisation de leurs activités et la maîtrise de leurs coûts. Le maillage territorial des établissements publics de santé révèle de nombreux contrastes, notamment des proximités géographiques, des solitudes de plateau technique et donc parfois un CHU devant affirmer son rôle régional. Dans ce contexte et suite à la réglementation sur les seuils d'activités en chirurgie carcinologique, une mise en congruence des stratégies des établissements publics de santé paraît indispensable sur certains territoires en perte d'attractivité. Une réflexion conjointe sur les moyens de concevoir les complémentarités d'activités cliniques et leurs modalités doit être menée par ces établissements.

Trois scénarii s'offrent alors aux établissements publics de santé : une stratégie de territoire de proximité, une coopération interrégionale ou intra-départementale ou une réorganisation totale de la prise en charge de la chirurgie du cancer autour d'un pôle régional clermontois de référence.

Ces stratégies possibles pour les centres hospitaliers sont présentés par le tableau suivant, issu de l'article « Les stratégies de groupes publics en pratique » de P. Le Jeune de la RHF n° 520 de janvier février 2008 :

>> Stratégies possibles

	Proximité CH n° 2	Proximité CHU	Proximité clinique	Stratégies possibles
CH n° 1	Oui	Oui	Oui	Stratégie de groupe public (SGP) à privilégier
	Non	Non**	Non	Etablissement totalement isolé (voir avec CHU ou CH)
	Oui	Oui	Non	SGP en situation de monopôle
	Oui	Non**	Non	SGP entre CH
	Oui	Non	Oui	SPG entre CH et éventuelle coopération avec clinique
	Non	Oui**	Oui	SGP avec le CHU et éventuelle coopération avec clinique
	Non	Oui**	Non	SGP avec le CHU seul
	Non	Non	Oui	Face-à-face public/privé éventuelle coopération

* De l'ordre de 30 à 40 minutes.

** Le CHU a toujours une place potentielle à prendre dans toute stratégie de groupe « hôpital public ».

Source : Atlas FHF 2007

3.2.1 Une stratégie de territoire de proximité : coopération entre CH et cliniques appartenant au même territoire

Cette stratégie consiste à mettre en place une coopération sur le territoire de proximité entre les cliniques et les centres hospitaliers appartenant au G6. Elle permettrait de maintenir l'activité de chirurgie du cancer de toutes les spécialités d'organe, donc d'offrir des soins de qualité tout en préservant la proximité pour les patients. Cette stratégie est celle soutenue par la DRASS qui y voit une amélioration de l'égalité d'accès aux soins. Néanmoins, elle ne résout pas les problèmes éventuels de démographie médicale et soulève de nombreuses interrogations concernant les modalités de coopération à savoir : sur quel site l'activité chirurgicale est elle maintenue ? Quel partenariat juridique et financier ? En outre des questions générales soulevées au début de cette étude quant à la qualification et la démographie médicales restent en suspens

L'avantage principal serait la mutualisation des plateaux techniques et des équipes chirurgicales. Une fois de plus, la volonté des acteurs sera déterminante et les discussions animées. Cette stratégie est envisagée par les centres hospitaliers de Moulins et d'Aurillac. La position des cliniques n'a pas été clairement énoncée sur ce sujet.

Pour le centre hospitalier d'Aurillac, le pouvoir de négociation risque d'être limité puisque la clinique seule, dépasse largement les seuils d'activité requis dans toutes les spécialités chirurgicales sauf pour le thorax. Néanmoins, la situation du thorax n'est pas spécifique à cette structure puisque tous les cancers du thorax ou presque sont traités au CHU de Clermont Ferrand et le seront à partir de 2011 au Centre Jean Perrin.

Pour le centre hospitalier de Moulins Yzeure, la situation est la même, c'est-à-dire que la clinique atteint déjà 100% des seuils pour chaque spécialité chirurgicale sauf le thorax (cf. ci-dessus) et l'ORL (pour laquelle il est dans les bornes d'autorisation provisoire pour 18 mois). Il existe déjà une coopération avec la clinique pour l'urologie car le centre hospitalier n'a plus qu'un seul urologue en poste.

Le centre hospitalier de Montluçon n'est concerné par ces réorganisations que pour l'ORL, le thorax et l'urologie. Il collabore avec la clinique de Montluçon pour d'autres spécialités (la cardiologie par exemple) et envisage donc une coopération pour la prise en charge chirurgicale du cancer pour l'ORL et l'urologie.

D'autres possibilités de coopération existent toutefois pour les centres hospitaliers de la région Auvergne.

3.2.2 Une coopération interrégionale ou intra-départementale entre établissements publics

La coopération inter régionale est possible pour les centres hospitaliers proches géographiquement mais n'appartenant pas à la même région administrative. C'est le cas du centre hospitalier du Puy en Velay, plus proche du CHU de Saint Etienne que du CHU de Clermont-Ferrand. Le taux de fuite des patients du Puy en Velay vers le CHU de Saint-Étienne alors que le CHU de référence pour la région Auvergne est celui de Clermont-Ferrand est très important. Dès lors, pour les spécialités chirurgicales menacées au Puy-en-Velay comme l'est en particulier la gynécologie il est envisagé soit de coopérer avec la clinique Bon Secours soit avec le CHU de Saint-Étienne, avec lequel il est en étroite collaboration pour la radiothérapie et la chimiothérapie via l'Institut de Cancérologie. Concernant la Haute-Loire, un autre cas problématique a été révélé par l'impact des seuils tel qu'il est présenté dans les tableaux présentés dans la première partie : le centre hospitalier de Brioude ne pourra pas maintenir ses activités de chirurgie du cancer. Il est alors fortement probable que les patients iront au CHU de Clermont-Ferrand plutôt qu'au centre hospitalier du Puy-en-Velay : en effet, pour le même temps de trajet en véhicule, ils préféreront prendre l'autoroute pour aller à Clermont-Ferrand que prendre une nationale dans les monts du Velay.

Les autres possibilités de coopération régionale sont celle entre le centre hospitalier de Roanne (département de la Loire) avec le centre hospitalier de Vichy et celle entre le centre hospitalier de Nevers avec le centre hospitalier de Moulins. Néanmoins, le centre hospitalier de Roanne, proche géographiquement d'une clinique, a abandonné la chirurgie thoracique au profit du CHU de Saint-Étienne sans contre partie apparente et il a abandonné la chirurgie gynécologique au profit de la clinique suite à un conflit il y a deux ou trois ans lors de l'absorption de la maternité de la clinique par le centre hospitalier. Le contexte local est tendu et le centre hospitalier espère tout de même réussir à atteindre le seuil en chirurgie gynécologique du cancer pour faire concurrence à la clinique. Le reste des activités chirurgicales en matière de cancer n'est pas menacé par la mise en place réglementaire des seuils d'activité.

Quant à la coopération entre le centre hospitalier de Nevers et le centre hospitalier de Moulins, elle serait géographiquement possible et les voies d'accès entre les deux centres sont aisées. Toutefois, le centre hospitalier de Nevers s'est plutôt tourné vers la clinique située à quelques minutes. Le CH de Nevers est rattaché au CHU de Dijon donc une coopération intra départementale avec un autre centre hospitalier n'aurait pas été soutenue par l'ARH de Bourgogne. Une coopération avec le CHU de Clermont-Ferrand aurait été possible car il s'agit d'un niveau de recours. Le CH de Nevers transfère ses patients nécessitant une chirurgie du cancer de recours vers les CHU de Tenon à Paris,

de Dijon et de Clermont-Ferrand. Tous ces transferts reposent sur les affinités des communautés médico-chirurgicales.

En ce qui concerne le département de l'Allier, une coopération entre les centres hospitaliers de Moulins et de Vichy est une autre solution pour établir une stratégie de groupe public-public et renforcer mutuellement les modalités de prise en charge du cancer. Ce projet intéresse d'autant plus l'hôpital de Vichy qu'il met en place un pôle de cancérologie à haut degré de qualification. Cette coopération intra départementale ne peut se faire qu'avec la bonne volonté des acteurs clés de ces deux établissements. Le centre hospitalier de Montluçon, de par son isolement géographique dans la région Auvergne, ne peut être associé à ce projet. Il aurait, s'il n'avait pas souhaité se tourner vers la clinique de la même ville, pu contacter les centres hospitaliers du Limousin.

Pour l'ensemble de ces coopérations, les mêmes questions de répartition des activités et de partage éventuel de temps médical entre les coopérants se poseront et feront l'objet de négociations.

3.2.3 Une réorganisation totale de la prise en charge du cancer avec un pôle régional de chirurgie oncologique

Dans un contexte très évolutif des réglementations concernant l'offre de soins, « l'innovation organisationnelle devient un facteur clé de compétitivité »²⁵. Dès lors, la capacité des établissements publics de santé auvergnats à collaborer est fondamentale pour maintenir un service public hospitalier cohérent et de qualité en matière de chirurgie carcinologique. Dans chaque région, certains établissements assurent des missions de recours dans un pôle de référence et de recours appelé pôle régional de cancérologie. « Le pôle régional de cancérologie constitue alors la tête du réseau régional du cancer »²⁶.

La configuration territoriale de l'Auvergne est plus ou moins propice à certaines formes de stratégies de groupes qui, comme évoqué précédemment, peuvent revêtir des aspects variés dont une collaboration avec une clinique privée.

²⁵ Les stratégies de groupes publics en pratique, Patrick Le Jeune, Revue Hospitalière de France n°520, janvier – février 2008

²⁶ Pôles régionaux de cancérologie et groupements de coopération sanitaire, Claudine Esper, Revue Hospitalière de France n° 503, mars - avril 2005

Dans le cas présent, le scénario se fonde sur l'hypothèse d'affirmation de l'existence d'un pôle régional de référence constitué par le CHU de Clermont Ferrand (y compris les établissements en convention de direction commune) et le Centre Jean Perrin pour le domaine de la chirurgie oncologique. Cette hypothèse s'inscrit dans la droite ligne de la mesure 30 du Plan Cancer. Cependant, le Pôle Santé République (clinique clermontoise), qui, selon cette mesure, appartient au pôle régional de référence, n'est pas associé dans les faits à cette mission du fait d'une rivalité trop marquée et pesante avec les deux autres établissements. Cette proposition autour d'un pôle régional de référence se décline en deux versions :

- une première appelée « stratégie de l'étoile » autour du pôle régional de référence représenté par le cercle central et les flèches vers les centres hospitaliers de la région dans la carte n°1 en annexe n°1 (avec le long des flèches les distances à parcourir par voie routière)
- une seconde appelée « stratégie de la toile d'araignée » qui, au-delà du maintien de l'étoile précédente, relie les centres hospitaliers entre eux et associe, s'ils le désirent, les centres hospitaliers extra régionaux (i.e. Nevers et Roanne) ainsi que le CHU de Saint Etienne (carte n°2 en annexe n°2).

Ces deux déclinaisons limitent l'isolement des centres hospitaliers et favorisent une stratégie plus large, intégrant le CHU de référence et les autres établissements publics de la région.

La première déclinaison renforce inévitablement le « CHU centrisme » souvent décrié par la DRASS, qui craint une centralisation trop importante des activités au CHU mais qui, en même temps, demande au CHU de jouer son rôle de référent régional. Les flèches sur la carte n°1 sont à double sens car les modalités de coopération sont à définir et il n'est pas exclu qu'il y ait un partage de temps médical pour maintenir la chirurgie oncologique dans certaines spécialités dans les centres hospitaliers. Une autre possibilité serait que les centres hospitaliers s'occupent de la prise en charge en amont et en aval de la chirurgie du cancer et que l'acte technique soit opéré au pôle de référence. Cette seconde possibilité induit un travail entre équipes médico-chirurgicales avancé, via les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) de recours et l'informatisation des échanges qui faciliteront ce projet. Une étude et une négociation au cas par cas doivent être réalisées pour intégrer l'identité locale décrite précédemment et satisfaire tous les critères d'autorisation de l'activité de chirurgie cancérologique, dont les seuils.

La seconde déclinaison suppose un énorme travail pour la définition des objectifs et des modalités de coopération. Elle n'oblige plus le passage par le pôle de référence pour l'acte technique mais celui-ci demeure essentiel pour la réunion de concertation pluridisciplinaire de recours. Elle favorise l'entraide régionale entre centres hospitaliers

voire la spécialisation des sites. Les limites de ce projet restent la volonté et l'ambition des acteurs mais aussi les distances à parcourir et les infrastructures pour le faire.

Il est à souligner que la RCP de recours de chirurgie de la région Auvergne est labellisée, preuve d'une qualité des échanges et des soins avérée. Elle est considérée comme un exemple pour les autres RCP de recours des spécialités. L'évaluation des RCP et la formation des équipes médico-chirurgicales de cancérologie sont en partie réalisées par le réseau Oncauvergne. Le réseau Oncauvergne a pour objet de créer un référentiel commun de prise en charge du cancer et d'uniformisation des pratiques. Ce réseau n'a pas de moyens personnels dédiés mais il représente une incitation au travail d'équipe et à la collaboration entre les hôpitaux auvergnats.

Les objectifs du réseau sont :

1- Pour les patients : favoriser la généralisation de la prise en charge pluridisciplinaire ; assurer l'égalité des soins par l'homogénéisation des pratiques ; faciliter la coordination et la continuité des soins ; privilégier chaque fois que cela est possible le maintien à proximité du domicile ; fournir une information claire et loyale notamment sur les conditions de leur prise en charge dans le cadre du réseau.

2- Pour les acteurs et les structures : faciliter l'échange d'informations entre professionnels de santé ; favoriser la formation continue et l'accès à la recherche clinique.

3- Pour la politique de santé publique : être source de données épidémiologiques régionales ; développer des stratégies d'évaluation ; évaluer l'impact médico-économique de la prise en charge du cancer en Auvergne ; permettre la mise en place d'actions de prévention et de dépistage.

Pour cela, 29 établissements de la région ont signé la convention du réseau qui reprend ces objectifs et s'engage à respecter la charte qui décline les obligations de l'adhérent au réseau et également celle du réseau vis à vis des adhérents.

3.3 Modalités possibles d'une coopération réussie

Les propositions de scénarii de réorganisation de l'offre de soins en chirurgie cancérologique nécessitent une réflexion sur les modalités pratiques d'une coopération réussie. Le développement des stratégies de groupes devra donc s'accompagner d'une mise au point d'outils juridiques et financiers plus performants et innovants.

3.3.1 Modalités juridiques

Les modalités juridiques de coopération sont très variées : de la convention au groupement de coopération sanitaire en passant par le projet de communauté hospitalière

de territoire du rapport Larcher d'avril 2008. Par conséquent, une étude des principales modalités envisageables dans le cas de la chirurgie oncologique en Auvergne permettra de dégager les grands axes de chacune d'entre elles, leurs points forts et leurs limites.

A) Le GCS, outil privilégié de coopération entre acteurs de santé

Créé par l'ordonnance du 24 avril 1996 modifiée par l'ordonnance du 4 septembre 2003, le groupement de coopération sanitaire ou GCS constitue un cadre de coopération entre établissements publics et privés ayant pour « objet de faciliter, d'améliorer et de développer l'activité de ses membres »²⁷. Doté d'une personnalité morale, son contenu est à géométrie variable et la détermination de sa nature juridique (publique ou privée) dépend de la nature juridique de ses membres. Il est aujourd'hui, après la convention, l'outil privilégié de coopération entre établissements de santé. La mesure 30 du Plan Cancer évoque un institut régional. Cette notion n'a aucune valeur juridique. Ainsi, dans la suite logique de l'accord cadre signé en 2004 entre les fédérations des CHU et les CLCC, des GCS ont été créés en cancérologie afin d'améliorer la visibilité des réseaux de prise en charge et des hôpitaux de référence. Selon l'article L. 1633-1 du Code de la Santé Publique (CSP), le GCS peut être utilisé selon différents axes selon la finalité précise souhaitée :

- En premier lieu, il est destiné à « permettre les interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux exerçant dans les établissements membres, des professionnels salariés du groupement, ainsi que des professionnels médicaux libéraux membres ou associés du groupement »
- Le deuxième axe du GCS est la possibilité de « réaliser ou gérer, pour le compte de ses membres, des équipements d'intérêt commun, y compris des plateaux techniques tels des blocs opératoires, des services d'imagerie médicale ou des pharmacies à usage intérieur, et détenir à ce titre des autorisations d'équipements matériels lourds et d'activités de soins mentionnés à l'article L. 1622-1 du CSP ».
- Le GCS peut être autorisé par le directeur de l'ARH, à la demande des établissements de santé membres, à exercer les missions d'un établissement de santé. Par dérogation à l'article L. 1622-3 du CSP, il peut également être autorisé par le directeur de l'ARH à assurer l'exploitation d'une autorisation détenue par l'un des membres et dispenser à ce titre des soins remboursables aux assurés sociaux.

Cette dernière possibilité offerte par la constitution d'un GCS est intéressante dans le cadre de la chirurgie oncologique, particulièrement pour le GCS IRUCA existant entre le

²⁷ Article L. 1633-1 du Code de la Santé Publique

CHU de Clermont Ferrand et le CLCC installé sur le même site que le site principal du CHU. Un projet pourrait donc être de programmer des interventions de praticiens dans l'une ou l'autre des structures concernées pour prendre en charge le mieux possible les patients atteints de cancer nécessitant une intervention chirurgicale. Actuellement, le CHU et le CLCC ont mis en cohérence, dans le cadre de leur projet d'établissement, leur stratégie médicale et l'organisation de leur plateau technique. Le schéma décrivant l'organisation des missions et des moyens (enseignement, recherche, plateau technique, équipements et activités spécialisées) est avalisé par l'ARH d'Auvergne.

B) La communauté hospitalière de territoire (CHT)

Proposition majeure du rapport de la commission Larcher en matière d'organisation du territoire, la communauté hospitalière de territoire (CHT) a pour objectif principal de renforcer les liens entre établissements publics de santé au sein des territoires tant sur le plan managérial que sur le plan médical (complémentarité des projets médicaux des établissements pour éviter les doublons d'activité, partage de temps médical ...). Son périmètre ne sera pas basé sur les territoires des intercommunalités.

« Les établissements publics de santé seront fortement incités à créer des CHT qui seront, de par la loi, une nouvelle catégorie d'établissement public comportant des compétences obligatoires (équipe de direction commune, programmes d'investissement, stratégie médicale, gestion des médecins et des cadres, systèmes d'information, fonctions logistiques support, politique de qualité et gestion des risques, certification, gestion des comptes) et, par convention, des compétences facultatives . Les CHR-U ont la faculté d'intégrer une CHT. Dans ce cas particulier le directeur général du CHR-U devient directeur général de la CHT. Le président de l'association des maires de grandes villes de France propose de maintenir le maire de la ville siège du CHU en qualité de président du conseil de surveillance.

Des conventions entre CHR-U et communautés hospitalières de territoire définiront l'organisation des soins de recours, la participation des CHT à la formation médicale et aux activités de recherche clinique (cf. fiche recherche et enseignement) »²⁸.

Afin d'inciter les établissements à se rassembler en CHT, les seules structures publiques de santé éligibles aux aides à la contractualisation et aux investissements, à l'assouplissement des règles de gestion (marchés, comptabilité, recrutement des personnels médicaux) et aux nouvelles modalités de gouvernance (directoire et conseil de surveillance) seraient les CHT et les CHR-U.

²⁸ Fiche proposition du rapport de la commission Larcher d'avril 2008

Le principe de subsidiarité prévaut dans la gestion de l'offre de soins et des projets des structures participant à la CHT.

C) Le partage de temps médical

Face aux difficultés en termes de démographie médicale que connaît la région Auvergne (densité de 139 médecins pour 100 000 habitants contre 173 au niveau national), un projet d'envergure régionale a été monté par l'ensemble des hôpitaux publics formant le G6. Ce projet vise à rapprocher les besoins des jeunes praticiens et ceux des établissements publics de santé du G6.

Pour se faire, il est proposé de créer un pool de postes de chef de clinique régional, dit « Chef de clinique sac à dos ». Ces postes permettront de répondre à des besoins immédiats de fonctionnement des services hospitaliers. Ces chefs de clinique ainsi recrutés pourront poursuivre leurs fonctions en tant que praticiens hospitaliers dans les CH où ils ont commencé à exercer. Chaque poste serait recruté pour le C.H.U et mis à disposition des Centres Hospitaliers membres du G6. Le praticien recruté assurerait ainsi ses missions de recherche et d'enseignement à la Faculté de médecine et ses obligations cliniques au sein d'un des centres hospitaliers généraux.

Le projet doit permettre une grande souplesse de gestion. En effet il n'est pas envisagé d'affecter un poste de manière définitive à un établissement ou à une spécialité, les affectations doivent pouvoir varier pour correspondre parfaitement aux besoins par essence évolutifs en la matière.

Les chefs de cliniques perçoivent un salaire de la faculté de médecine au titre de leurs missions d'enseignement et de recherche et un salaire hospitalier au titre de leurs missions de soins. La part hospitalière du salaire du chef de clinique sera financée par les établissements d'accueil, sur poste vacant. La part universitaire des postes ne peut quant à elle pas être financée par ce biais. Le CHU de Clermont Ferrand cherche à obtenir le soutien du Conseil Régional pour financer la part universitaire de ces postes. Une mise en place est souhaitée pour le recrutement de Novembre 2008 sur 5 postes (un par centre hospitalier général membre du G6). Le montant annuel de la part universitaire de chaque poste est de 25 000 euros, soit 125 000€ par an.

La viabilité de ce projet dépend en partie de la capacité du CHU à trouver des internes intéressés par ce type de dispositif.

En outre, actuellement, le Professeur Denis Pezet, chirurgien digestif et oncologue, intervient pour la chirurgie du cancer dans certains centres hospitaliers périphériques (Vichy, Le Puy en Velay et Moulins) pour les aider à maintenir leur activité et à atteindre les seuils d'activité minimale requis pour l'autorisation d'exercice.

Enfin, un accord cadre entre le CHU de Clermont Ferrand et le centre hospitalier d'Aurillac a été signé en octobre 2007 et prévoit la création d'une UF CHU Clermont-Ferrand au sein de chaque pôle ou service du CH d'Aurillac qui en fera la demande afin de valoriser la partie recherche clinique. A ce titre les deux établissements s'engagent au financement partagé d'un poste d'attaché de recherche clinique.

3.3.2 Modalités pratiques

Au-delà des modalités juridiques de construction d'une coopération entre établissements de santé, se posent la question de redéploiement de l'activité et de ses conséquences sur l'organisation interne des établissements, celle des enjeux financiers et celle des enjeux managériaux.

A) L'absorption de l'activité par les établissements autorisés à traiter ce type de pathologies

Si les établissements autorisés à exercer la chirurgie oncologique sont en mesure d'absorber l'activité des établissements non autorisés, persiste la question du délai d'attente pour le patient pour être pris en charge. Ainsi, au-delà de la réorganisation interne et de la meilleure coordination des soins par les équipes médicales, la coopération nécessitera des moyens matériels et humains pour assurer une prise en charge rapide, la qualité et la sécurité des soins. Une démarche concertée des établissements de santé autour du SROS III Auvergne sera alors indispensable pour mettre en place des niveaux de soins articulés et assurer l'aménagement du territoire. Cette démarche concertée repose sur les affinités entre les médecins des différents établissements et leurs tissus relationnels. La réorganisation interne des établissements autorisés demandera une analyse médico-économique et une adhésion autour du projet de la part de l'ensemble des équipes administratives, médicales et soignantes.

B) Tarification à l'activité (T2A) et chirurgie carcinologique

La tarification à l'activité conduit les établissements à intégrer une nouvelle logique de gestion, portant principalement sur les recettes dont le montant détermine l'évolution des dépenses.

Dans ce nouveau contexte d'élaboration des états prévisionnels des recettes et des dépenses des établissements publics de santé, les durées moyennes de séjour (DMS) sont un enjeu important. La variation de la DMS se répercute directement sur le type de séjour du patient, donc sur la valorisation financière de ce séjour puis sur la recette intégrée au budget de l'hôpital. La chirurgie oncologique est une chirurgie lourde donc la DMS de référence est souvent élevée. Toutefois, sa valorisation financière n'est pas

négligeable car bien que lourde, cette chirurgie peut être rapide pour certaines spécialités. Il est intéressant pour les établissements d'avoir une DMS inférieure à la moyenne puisqu'ils percevront un tarif forfaitaire, au-delà du plancher de la fourchette de la DMS de référence. Ils sont donc gagnants à améliorer leur DMS tout en respectant le minimum de jours nécessaires à la perception du tarif. Le tableau ci-dessous, réalisé par le DIM, présente les écarts de DMS entre l'ENC et le CHU de Clermont-Ferrand. Le CHU de Clermont-Ferrand est donc gagnant. Il apparaît également pertinent d'avoir connaissance de la recette moyenne par séjour des différentes chirurgies du cancer pour déterminer laquelle est la plus rémunératrice, dans un environnement concurrentiel.

Durée moyenne des séjours de chirurgie du cancer au sens des seuils d'autorisation CHU 2007

Type de chirurgie carcinologique	Nombre de séjours	DMS ENC	DMS CHU
Digestif	290	17,06	19,06
Gyneco	81	9,10	6,64
Neurologique	156	14,83	12,60
ORL	167	12,64	11,99
Sein	10	5,62	5,20
Thoracique	250	14,61	9,97
Urologie	138	11,32	11,51

Recettes moyennes (100% T2A) du CHU de Clermont-Ferrand pour les séjours de chirurgie du cancer au sens des seuils d'autorisation :

Typ_aut_INCA	recette moyenne par séjour (Euros)
Digestif	11 789
Gyneco	5 851
Neurologique	7 877
ORL	7 865
Sein	3 566
Thoracique	9 130
Urologie	7 510

Ainsi, l'enjeu posé par la T2A concernant la chirurgie oncologique est au cœur de la négociation entre établissements lorsqu'une réorganisation de l'offre de soins est nécessaire. Certains établissements vont donc perdre des recettes lors de l'abandon ou du transfert de leur chirurgie oncologique dans ou plusieurs spécialités. D'autres, au contraire, vont développer leurs recettes en absorbant l'activité chirurgicale des coopérants. Tout est également dépendant de l'environnement de l'établissement autorisé, selon qu'il est plus ou moins concurrentiel et que la technique chirurgicale est plus ou moins innovante par rapport à celle de ses concurrents directs.

C) Enjeux managériaux : facteurs de réussite et d'échec

Une restructuration hospitalière est une modification des activités de court séjour entre un centre hospitalier et un ou plusieurs établissements de soins public ou privé. Les deux aspects qu'elle peut prendre sont la fusion ou la coopération, avec ou sans site unique d'activité. Les coopérations représentent 60% des restructurations et les fusions 40%.

Les enjeux managériaux sont importants afin de susciter l'adhésion au projet de la part de tous, ou tout du moins, afin de lever les obstacles majeurs à ce projet. Il n'y a pas de différence significative en termes de réussite entre une restructuration public-public et une restructuration public-privé. Les restructurations améliorent réellement la permanence des soins et surtout le service médical rendu. Elles permettent souvent d'éviter la disparition d'une activité sur un territoire de santé. Elles n'ont pas d'impact véritable sur la réduction des coûts de fonctionnement. Les difficultés les plus fréquemment rencontrées sont :

- les problèmes humains (conflit culturel public/privé)
- les relations avec la tutelle
- les élus
- les organisations médicales
- les questions financières

Heureusement, il existe peu de frictions entre les communautés médicales et les directions hospitalières dans la région Auvergne, ce qui conforte l'idée de management médico-administratif de l'hôpital et la conduite de concert des projets de l'établissement.

On distingue « deux facteurs de réussite des restructurations :

- la volonté locale, associée ou non à celle de l'ARH, à mettre en œuvre le projet
- l'association des médecins dès le début de la réflexion

Parallèlement, on dénombre quatre facteurs d'échec des restructurations :

- la volonté isolée de l'ARH d'imposer une restructuration
- l'opposition des médecins hospitaliers au projet
- un rapprochement déclaré en cours ou en projet
- les petites villes (moins de 9000 habitants) où l'hôpital focaliser les enjeux de l'emploi, du maintien des services de proximité et de l'identité locale »²⁹

L'enjeu fondamental du projet est donc d'anticiper les éventuels obstacles afin que la conduite de projet se déroule dans les conditions les plus favorables possibles.

²⁹ Restructurations hospitalières – les médecins plutôt favorables, Edouard Bichier et Francis Fellinger, Revue Hospitalière de France n° 507, novembre – décembre 2005

Conclusion

Dans une société où le cancer est la deuxième cause de mortalité et où chaque français connaîtra d'ici 20 ans au moins une personne de son entourage atteint ou ayant eu un cancer, les enjeux territoriaux et médicaux liés à la parution de nouvelles dispositions réglementaires organisant la prise en charge du cancer, sont fondamentaux et d'une importance cruciale en termes de qualité de soins mais aussi en termes de proximité et de sécurité des soins.

Dès lors, les décrets du 21 mars 2007, l'arrêté du 29 mars 2007 et la circulaire du 26 mars 2008 ont suscité de nombreuses réflexions et interrogations sur l'avenir de la chirurgie oncologique en France.

De nouveaux critères d'autorisation de cette activité ont été fixés par ces textes : la qualité du dispositif d'annonce au malade et à ses proches ; la mise en place systématiquement de la concertation multidisciplinaire (RCP) ; la remise au malade d'un programme personnalisé de soins (PPS) ; le respect des bonnes pratiques ; le meilleur traitement pour un cancer donné à un stade donné ; l'accès aux équipements et traitements innovants ainsi qu'aux essais thérapeutiques ; la prise en charge de la douleur ; le soutien psychologique ; l'accès aux services sociaux et enfin les seuils d'activité minimale chirurgicale par organe. La difficulté principale est de concilier la nécessité d'une sécurité accrue des soins via des critères de qualité exigeants et le souhait de soins de proximité des patients. De nombreuses tentatives d'alliance existent à travers les coopérations.

Dans cette perspective, les établissements publics de santé de la région Auvergne seront impactés et doivent donc d'ores et déjà envisager les restructurations engendrées par ces nouvelles dispositions.

Cependant, il n'existe pas de modèle unique de coopération entre établissements de santé et les décideurs de chaque établissement de santé élaboreront leurs propres stratégies d'alliance, en réponse aux besoins des patients et aux nouvelles dispositions réglementaires, tout en essayant de susciter une adhésion maximale auprès des communautés médicales et soignantes.

Engagés dans un mouvement de réflexion concertée sur cette question, les établissements publics auvergnats disposent d'atouts pour faire de la coopération une chance supplémentaire de progrès et une véritable opportunité d'amélioration du service public hospitalier, préparé aux enjeux de demain.

Cette étude a permis de dégager les grands axes de réflexion et de dessiner les différentes stratégies envisageables. Elle a mis en exergue les avancées et l'anticipation dont les établissements publics de santé ont fait preuve sur cette problématique. Aucune décision définitive n'a été prise puisque la révision du volet cancer du SROS III Auvergne

est en cours. Les pistes de restructuration sont tracées, la stratégie régionale ébauchée. La seule incertitude reste le choix de l'établissement par le patient, qui reste indépendant de toute coopération institutionnelle.

Enfin, les démarches des établissements sont plus ou moins volontaires pour réorganiser l'offre de soins en chirurgie oncologique tout en prenant en compte les considérations de démographie et qualification médicale. Le CHU de Clermont Ferrand a joué un rôle moteur dans cette étude puisque, bien que non menacé par les critères d'autorisation de cette activité, il n'a pas hésité à réaffirmer son rôle de recours et de référence en la matière et à montrer l'exemple en termes de coopération pertinente et d'avenir à travers le GCS constitué avec le CLCC, appelé IRUCA.

Ce projet reste très « personnes dépendant » (surtout médecins et patients dépendant). Il n'en reste pas moins révélateur de la mobilisation des acteurs pour le maintien d'un service public hospitalier conjuguant qualité et proximité dans la limite de la sécurité des soins dispensés aux patients. L'exemple de la mobilisation des communautés médicales et des directions d'établissements publics de santé en Champagne Ardennes est symptomatique de cet engagement. En matière de chirurgie, la qualité des soins, particulièrement au sens de la sécurité, demeure prédominante sur la proximité. Elle est le critère fondamental des soins. Les coopérations entre établissements sont donc l'avenir du système de santé français.

Cette réflexion sur la chirurgie oncologique en Auvergne en appelle bien d'autres sur d'autres spécialités médicales et chirurgicales. Elle préfigure l'évolution du métier de directeur d'hôpital dans le cadre des futures communautés hospitalières de territoire.

Bibliographie

Textes réglementaires et circulaires

Circulaire DHOS/O/INCa/ n° 2008-101 du 26 mars 2008 relative à la méthodologie de mesure des seuils de certaines activités de soins de traitement du cancer

Décret n° 2007-388 du 21 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires)

Décret n°2007-389 du 21 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de traitement du cancer

Arrêté du 29 mars 2007 fixant les seuils d'activité minimale annuelle applicables à l'activité de soins de traitement du cancer

Projets médicaux de territoire

Schéma régional de l'organisation des soins d'Auvergne 2006-2011

Document soumis à concertation en septembre 2008 : 2^{ème} révision du SROS Auvergne 2006-2011

Projets d'établissement du CHU de Clermont-Ferrand, des CH du G6 et du CLCC

Ouvrages

Plan Cancer 2003-2007

Plan Cancer, ce qui a changé

La situation du cancer en France en 2007

Chirurgie oncologique : concepts et techniques (2006) collection société française du cancer

La chirurgie oncologique : présent et futur de Jean Yves Bobin et Jean Luc Frobert (1998 cours dispensé à l'université Claude Bernard de Lyon)

Genelot D., 2001, Manager dans la complexité. Réflexions à l'usage des dirigeants INSEP, 3^e édition

Articles de périodique

- AOUSTIN M. et al, mai 2004, « T2A et cancérologie » *Gestions hospitalières*, pp. 357-359
- BARA C. (Dr) et al, mai juin 2006, « Territoire et plan Cancer » *Revue Hospitalière de France* n°510, pp. 33-34
- BARREAU O. et VALLET B. et LEBURGUE F., janvier février 2008, « Nord-Pas-de-Calais. Une approche régionale de la démographie médicale » *Revue Hospitalière de France* n°520, pp. 18-23
- BERLAND Y. (Pr), avril 2008, « Démographie médicale des CHU » *Hôpitaux Magazine*, pp. 28-29
- BEUSCART J-S. et al, mai 2004, « FNCCHRU : cancérologie et tarification à l'activité. Synthèse de la journée d'étude du 11 décembre 2003 » *Gestions hospitalières*, pp. 351-355
- BICHER E. et FELLINGER F., novembre décembre 2005, « Restructurations hospitalières. Les médecins plutôt favorables » *Revue Hospitalière de France* n° 507, pp. 36-38
- BLAT N., octobre 2007, « La coopération. Une chance supplémentaire de progrès » *Gestions hospitalières*, pp. 549-553
- BOLLIET J-M., mai juin 2006, « L'hôpital local : un rôle déterminant » *Revue Hospitalière de France* n°510, pp. 29-32
- BRIAND P., mars avril 2005, « Cancérologie publique : chantiers et perspectives » *Revue Hospitalière de France* n°503, pp. 16-19
- BRUNET F., avril 2008, « Evolution du système de soins aigus dans la province de l'Ontario. Réseaux de soins intégrés centrés sur les besoins des patients » *Hôpitaux Magazine*, pp. 108-111
- CALS L., mars avril 2005, « Rôle et place des Centres Hospitaliers et hôpitaux locaux dans la prise en charge des patients et la coordination des soins » *Revue Hospitalière de France* n°503, pp. 35-36
- CAUSSE D. et al, octobre 2006, « Territorialisation de l'offre de soins. Les SROS 3 et l'aménagement du territoire : quelles évolutions, quelles restructurations ? Objectifs et méthodes » *Gestions hospitalières* supplément au n°459, pp. 617-623
- COUDRIER C. et TRUCHET S., janvier février 2008, « La cancérologie en Champagne-Ardenne. Un enjeu pour les établissements publics » *Revue Hospitalière de France* n°520, pp. 24-27
- CUEILLE S., novembre décembre 2000, « Enquête : l'hôpital et les évolutions de son environnement. Etude de la formation de la stratégie des hôpitaux publics » *Revue hospitalière de France* n°6, pp. 13-32

DAUPLAT J. et al, février 2002, « Propositions pour une organisation optimale de la chirurgie du cancer en France » *Bulletin du Cancer* volume 89, pp. 33-40

DAUPLAT J. et GUILLEMIN F., janvier 2007, « Comment devenir chirurgien du cancer en 2007 ? » *Oncologie*, pp. 13-17

DELMOTTE D., VINCENZULLI L. et al, mai juin 2007, « Vers une stratégie de groupe en oncologie. Les hôpitaux publics du Nord-Pas-de-Calais se mobilisent » *Revue Hospitalière de France* n°516, pp. 37-40

DHORDAIN A. et NOUSSENBAUM G., avril 2007, « Restructurations en oncologie » *Décision Santé* n°234, pp. 8-14

DUBOURG Y. et al, septembre octobre 2005, « Centres de lutte contre le cancer et centres hospitaliers universitaires. 45 ans de coopération entre le CRLCC Paul Papin et le CHU d'Angers » *Techniques hospitalières* n°693, pp. 68-72

ESPER C., mars avril 2005, « Pôles régionaux de oncologie et groupements de coopération sanitaire. Quelques questions » *Revue Hospitalière de France* n° 503, pp. 30-34

FAIVRE J. (Pr) et DELMOTTE D., mai 2004, « Présentation de la Fédération nationale de oncologie des CHR&U » *Gestions hospitalières*, pp. 335-337

FAIVRE J. et al, mars avril 2005, « CHU et centres de lutte contre le cancer. La nouvelle alliance » *Revue Hospitalière de France* n°503, pp. 22-23

FELLINGER F. (Dr) et GARRIGUES B. (Dr), septembre octobre 2006, « Quels seuils d'activité en oncologie ? » *Revue Hospitalière de France*, pp. 72-73

GARRIGUES B. et al, mars avril 2005, « Parts d'activités hospitalières en oncologie. L'hôpital en première ligne » *Revue Hospitalière de France* n°503, pp. 20-21

LARREGAIN-FOURNIER D. (Dr) et CAROLA E. (Dr), mars avril 2005, « Traitement du cancer en hôpital de proximité. Un plus pour la population locale » *Revue Hospitalière de France* n°503, p 51

LE CLEZIO M., mai juin 2006, « Le Pays du Centre-Ouest-Bretagne. Proximité et participation » *Revue Hospitalière de France* n°510, pp. 22-24

LE JEUNE P., janvier février 2008, « Les stratégies de groupes publics en pratique » *Revue Hospitalière de France* n°520, pp. 14-16

LEVEL B. et JALLU J-L., mai juin 2006, « Quelle organisation hospitalière dans le nouveau territoire de référence ? » *Revue Hospitalière de France* n°510, pp. 20-21

MAIGNE D., mai 2004, « Rapprochement de la oncologie des CHU et des centres de lutte contre le cancer. La vision de la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer » *Gestions hospitalières*, pp. 339-343

MALVY M., mai juin 2006, « Hôpitaux des petites villes. Nécessaires au développement des territoires de santé indispensables pour l'équilibre du territoire » *Revue Hospitalière de France* n° 510, pp.

MARET S., mars avril 2005, « La cancérologie au CHU de Poitiers. Aujourd'hui et demain » *Revue Hospitalière de France* n°503, pp. 47-50

MARIN P., mai juin 2006, « SROS et projets médicaux de territoires » *Revue Hospitalière de France*, pp. 25-28

MICHARD P. et BONNET M., mai 2004, « L'exemple du pôle de référence en oncologie PACA Ouest » *Gestions hospitalières*, pp. 345-350

PODEUR A., mai juin 2006, « Territoires de santé. Objectifs quantifiés et projet médical de territoire » *Revue Hospitalière de France* n°510, pp. 1216

Pôle Organisation sanitaire et médico-sociale (POSMS) de la FHF, janvier février 2008, « Stratégie de groupe. Atlas hospitalier et médico-social. Les enjeux » *Revue Hospitalière de France* n°520, pp. 8-10

PUJOL H. et GAUD M. et POTTE-BONNEVILLE L., mars avril 2005, « Partenariat Ligue contre le cancer / Fédération hospitalière de France. Des recherches pour améliorer la qualité de vie des malades » *Revue Hospitalière de France* n°503, pp. 24-27

SEGADE J-P., mai juin 2007, « Auvergne et Plan cancer ou le nouveau pari de Pascal » *Revue Hospitalière de France* n° 516, pp. 44-46

THIERRY J-P., avril 2008, « Sécurité des patients : l'informatisation du dossier médical » *Hôpitaux Magazine*, pp. 46-50

TOURET J. et al, avril 2008, « L'avenir de la démographie médicale hospitalière » *Gestions hospitalières* n°475, pp. 228-234

TURA G. et VIGOUROUX P., janvier février 2008, « Stratégie de groupe. Oui, mais que faire ? » *Revue Hospitalière de France* n°520, pp. 28-30

Sites Internet

Institut National du Cancer. Bilans Plan Cancer 2003-2007. <http://www.e-cancer.fr>

Institut National du Cancer. La situation du cancer en France en 2007. <http://www.e-cancer.fr>

Observatoire National des Professionnels de Santé. Rapport annuel 2006-2007. Tome 4 : les métiers de la cancérologie. [http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport ONDPS - 2006 2007 - tome4.pdf](http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_ONDPS_-_2006_2007_-_tome4.pdf)

Rapports

BERLAND Y., septembre 2006, Rapport de la mission « Démographie médicale hospitalière ».

DUCASSOU D., JAECK D. et LECLERCQ B., avril 2003, Mission relative aux spécificités des CHU « Restaurer l'attractivité des CHU et leur partenariat avec le monde de la santé et de l'université » Ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées.

Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé, 2007, « Le cancer dans les régions de France » Rapport public.

VALLANCIEN G. (Pr) (sous la dir.), mars 2008, « Quels modes de rémunération pour les chirurgiens ? Situation actuelle et perspectives », Rapport à la demande de Monsieur Xavier Bertrand Ministre de la Santé et des Solidarités et remis à Madame Roselyne Bachelot-Narquin Ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative.

ONDPS, juin 2008, « Les métiers de la cancérologie », tome 4 du rapport

Thèses, mémoires et rapports de recherche

JUIF-ARENILLAS R. 2004 « Le pôle de référence en oncologie PACA Ouest : de la mesure 30 du Plan cancer à la formalisation d'une communauté d'intérêts » Mémoire de fin de formation de Directeur d'hôpital, Ecole Nationale de la Santé Publique.

TACZANOWSKI M. 2005 « Les mutations de la profession de praticien hospitalier à travers l'aménagement et la réduction du temps de travail médical: évolutions sociologiques et implications managériales, l'exemple du centre hospitalier régional d'Orléans ». Mémoire de fin de formation de directeur d'hôpital. Ecole Nationale de la Santé Publique.

SCHANDLONG N. 2006 « Hôpital de référence et hôpitaux de proximité : quel projet médical de territoire pour quelles coopérations ? L'exemple de la périnatalité en Sud-Alsace. » Mémoire de fin de formation de directeur d'hôpital. Ecole Nationale de la Santé Publique.

FLEURY J-B. 2007 « Assurer la qualité des soins dans les centres hospitaliers de proximité. Les coopérations médicales entre les centres hospitaliers généraux et le CHU de Limoges en cancérologie » Mémoire de fin de formation de directeur d'hôpital. Ecole Nationale de la Santé Publique.

Liste des annexes

Annexe I : Cartes des stratégies dites de « l'étoile » et de « la toile d'araignée »

Page II à III

Annexe II : Document provisoire soumis à concertation de la commission exécutive de l'ARH Auvergne : 2ème révision S.R.O.S. 3, volet Cancer

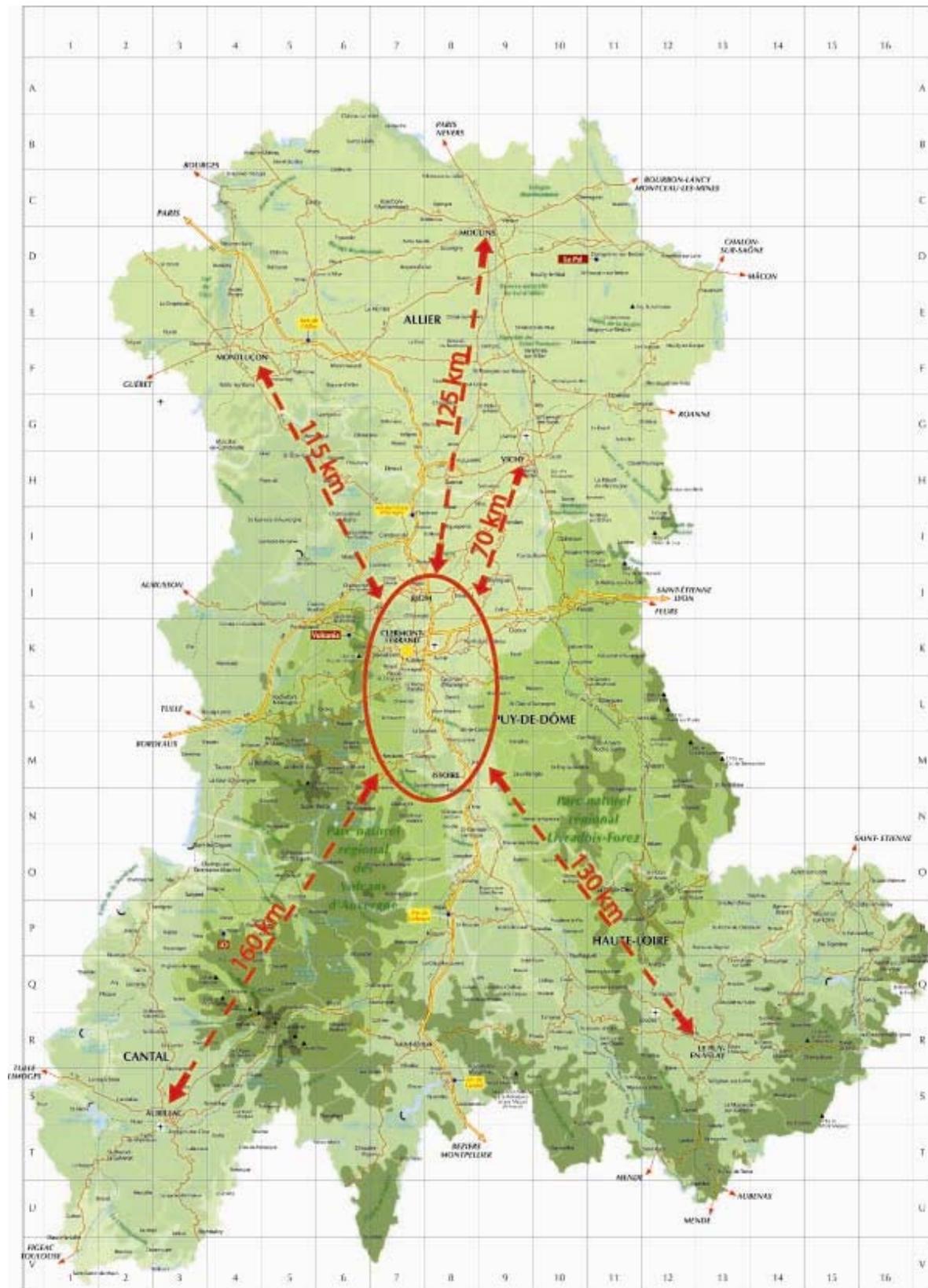
Page IV à XVII

Annexe III : Tableaux explicatifs issus de l'article « Enquête: l'hôpital et les évolutions de son environnement. Etude de la formation de la stratégie des hôpitaux publics » de CUEILLE S publié dans la Revue Hospitalière de France n°6 pp.13-32 de novembre – décembre 2000

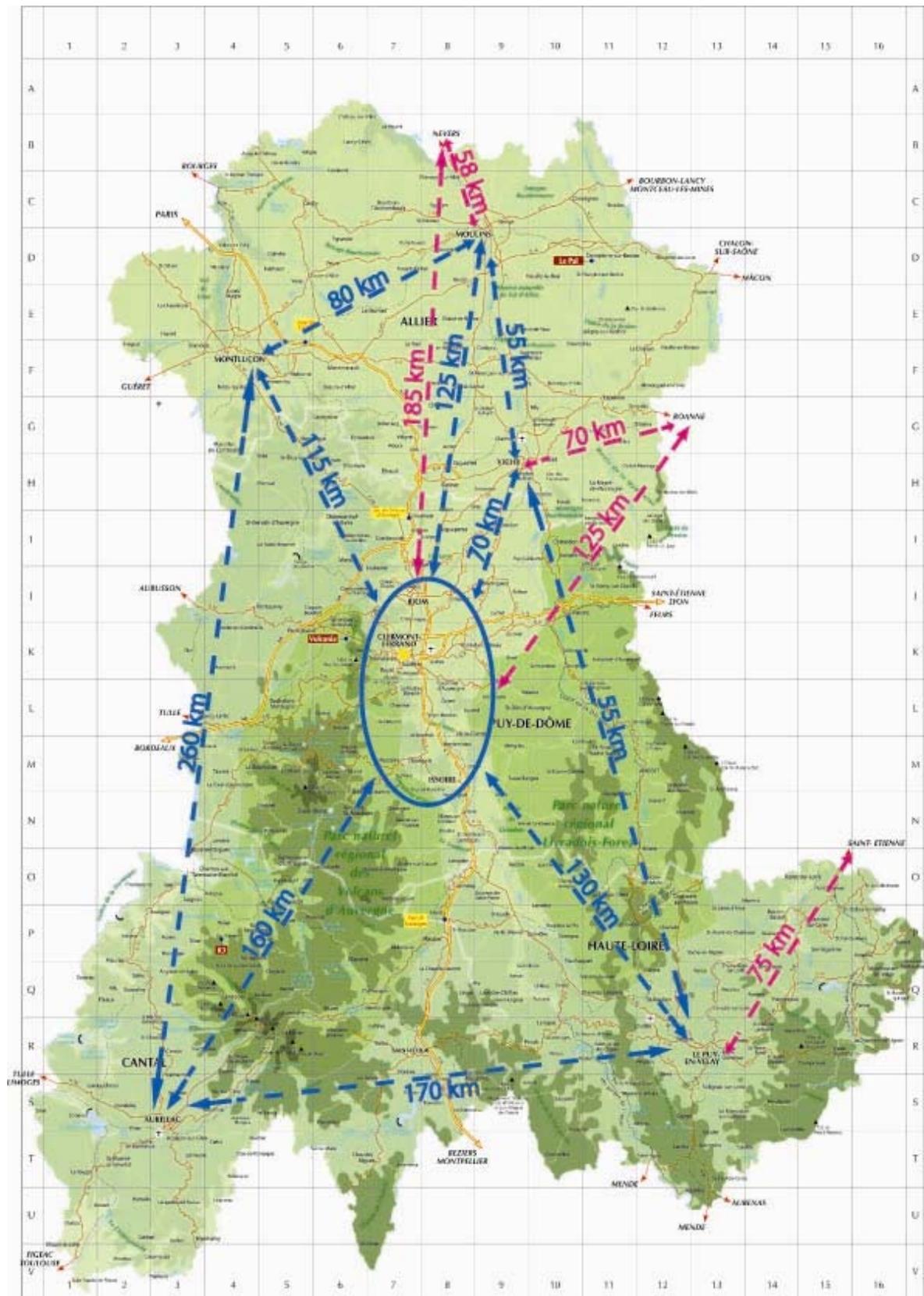
Page XVIII à XIX

Annexe I

Carte n° 1 : stratégie dite de l'étoile



Carte n°2 : stratégie dite de la toile d'araignée



Annexe II

Document provisoire soumis à concertation de la commission exécutive de l'ARH

Auvergne : 2^{ème} révision S.R.O.S. 3, volet Cancer

3.4 prise en charge des personnes atteintes de cancer

Première partie : LA CANCEROLOGIE ADULTE

• Cadre général

L'organisation de la prise en charge en région Auvergne des personnes atteintes de cancer nécessite:

- ↳ de garantir la qualité et la sécurité des soins apportés par tout établissement autorisé à développer une activité de soins "traitement du cancer" (les autres établissements impliqués dans la prise en charge des personnes atteintes de cancer recevront le qualificatif d'établissements "associés")
- ↳ de poursuivre l'amélioration de la coordination des prises en charge des patients atteints de cancer, quels que soient leur âge et leurs lieux de résidence, notamment par un fonctionnement optimal des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) et la mise en place du dispositif d'annonce (consultation d'annonce et soins de supports)
- ↳ de développer une politique d'évaluation de la qualité des prises en charge par la création des centres de coordination en cancérologie (3C)

Toute demande visant à obtenir l'autorisation d'activité de soins "traitement du cancer" devra comporter un engagement à respecter la totalité des dispositions des décrets du 21 mars 2007 relatifs aux conditions d'implantation et aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité, les seuils annuels minimaux tels que fixés par l'arrêté du 29 mars 2007 pour certaines activités, les critères d'agrément arrêtés par l'Institut National du Cancer (INCa).

CONCERNANT LA CHIRURGIE CANCEROLOGIQUE

(articulation avec la thématique chirurgie)

La pratique de la chirurgie des cancers est soumise en fonction de chaque spécialité d'organe à l'atteinte d'une activité annuelle minimale par site géographique. L'atteinte de ce seuil est exigible à hauteur de 80 % dès le dépôt de la demande d'autorisation et à 100 % à échéance de 18 mois après la date d'autorisation. Toute structure qui n'atteindra pas le seuil ne pourra prétendre exercer l'activité correspondante.

Ces seuils sont les suivants :

- ↳ 30 interventions par structure pour les pathologies mammaires (cancer du sein), digestives (tractus digestifs y compris foie, pancréas et voies biliaires), urologiques, thoraciques,
- ↳ 20 interventions par structure pour les pathologies gynécologiques, oto-rhino-laryngologiques et maxillo-faciales.

L'autorisation "activité de chirurgie cancérologique" est soumise par ailleurs au respect de l'ensemble des dispositions réglementaires et des critères d'agrément propres à cette activité.

CONCERNANT LA RADIOTHERAPIE

L'adaptation des pratiques aux évolutions technologiques et thérapeutiques sera encouragée de manière à garantir la délivrance de soins de radiothérapie conformes à l'état de la science.

L'exercice de la radiothérapie externe est soumis à une activité seuil annuelle minimale fixée à 600 patients par site géographique disposant d'au moins deux appareils. L'atteinte de ce seuil est exigible à hauteur de 80 % dès le dépôt de la demande d'autorisation et à 100 % à échéance de 36 mois après la date d'autorisation.

L'autorisation d'activité de traitement du cancer par radiothérapie externe sera délivrée ou renouvelée à condition que le plateau technique comporte sur le même site au moins deux accélérateurs de particules, dont l'un au moins est émetteur de rayonnements d'énergie égale ou supérieure à 15 MeV.

Tout site disposant d'un seul appareil pourra bénéficier d'une autorisation dérogatoire sous réserve de respecter les conditions suivantes :

- ↳ l'appareil émet un rayonnement d'énergie égale ou supérieure à 15 MeV,
- ↳ il est adossé à un site disposant d'au moins deux appareils sous une forme juridique à définir, de préférence de type groupement de coopération sanitaire (GCS),
- ↳ toutes les possibilités de mutualisation de nature à garantir la qualité et la sécurité des soins devront être explorées et formalisées, notamment sur les thèmes suivants : homogénéité du parc des appareils, collaboration des personnels, définition des procédures, démarches d'assurance qualité.

L'évolution du parc des appareils devra permettre la mise en œuvre des nouvelles modalités de traitement, en particulier la dosimétrie in vivo dans l'ensemble des sites, la radiothérapie conformationnelle, la simulation virtuelle, le contrôle balistique par imagerie portale et à terme la radiothérapie à modulation d'intensité.

L'accès au scanner dosimétrique doit être assuré dans des conditions répondant aux besoins des équipes de radiothérapie.

Le fonctionnement des sites de radiothérapie existants doit être optimisé en assurant pour chaque site un effectif d'au moins deux radiothérapeutes, d'un nombre suffisant de radio physiciens médicaux et de manipulateurs radio pour garantir la présence dans le centre pendant la durée de l'application des traitements aux patients d'un médecin spécialiste en radiothérapie, d'une personne spécialisée en radio physique médicale, de deux manipulateurs radio au poste de traitement. Les effectifs seront à ajuster au niveau d'activités du site.

L'autorisation "activité de radiothérapie" est soumise par ailleurs au respect de l'ensemble des dispositions réglementaires et des critères d'agrément propres à cette activité.

CONCERNANT LA CHIMIOTHERAPIE

Tous les établissements, autorisés pour l'activité "traitement du cancer par chimiothérapie", doivent disposer d'une préparation centralisée des cytostatiques.

Cette centralisation doit intervenir dans les locaux de la pharmacie à usage intérieur, sous la responsabilité du pharmacien, avec des manipulations assurées par les préparateurs en pharmacie. La préparation des traitements s'appuiera sur des référentiels de bonnes pratiques et des protocoles validés par le réseau ONCAUVERGNE. Le recours à une même unité centralisée de préparation par plusieurs établissements de santé, y compris les établissements dits "associés", sera encouragé.

L'exercice de la pratique thérapeutique "chimiothérapie" du cancer est soumis à un seuil annuel d'activité fixé par structure à 80 patients dont au moins 50 en hospitalisation de jour. L'atteinte de ce seuil est exigible à hauteur de 80 % dès le dépôt de la demande d'autorisation et à 100 % à échéance de 18 mois après la date d'autorisation.

La chimiothérapie cancer peut être administrée dans des unités d'hospitalisation à domicile (HAD) ou à domicile pour les chimiothérapies per os.

L'autorisation "activité de chimiothérapie" est soumise par ailleurs au respect de l'ensemble des dispositions réglementaires et des critères d'agrément propres à cette activité ainsi qu'aux bonnes pratiques de fabrication avec notamment la mise aux normes des isolateurs et hottes.

Les établissements dits "associés" peuvent participer à la prise en charge de proximité des personnes atteintes de cancer aux conditions suivantes :

- ↳ ils sont membres du réseau régional de cancérologie,
- ↳ ils appliquent des traitements de chimiothérapie prescrits par un titulaire de l'autorisation,
- ↳ ils signent une convention de coopération avec un ou plusieurs établissement(s) autorisé(s).

- **Gradation des soins et organisation territoriale**

- a) **ce qui relève du niveau régional**

Le réseau ONCAUVERGNE

La pratique de la cancérologie s'inscrit obligatoirement dans le cadre d'un réseau régional qui doit participer à la coordination des opérateurs de santé et à l'amélioration continue des pratiques.

La convention constitutive du réseau ONCAUVERGNE sera amendée pour répondre au cahier des charges national en vue de sa labellisation par l'InCA. Ses missions sont définies comme suit :

1. contribuer à l'amélioration de la qualité en cancérologie par la diffusion et l'actualisation des référentiels nationaux, l'élaboration, la diffusion et l'actualisation des référentiels locaux, par la définition de la composition pluridisciplinaire des RCP, par l'adoption des règles de présentation des dossiers,
2. promouvoir des outils de communication communs au sein de la région, en particulier des outils de communication et d'échange sécurisé de données médicales, le dossier communicant en cancérologie, un site internet, des supports pour les visioconférences et tout autre type d'échanges et de communication en lien avec les préconisations de la thématique "systèmes d'informations",

3. informer professionnels et usagers en élaborant un document sur ses objectifs, ses membres, ses partenaires, son fonctionnement ainsi que sur l'organisation de l'offre de soins,
4. aider à la formation continue des professionnels, y compris sous forme d'EPP (évaluation des pratiques professionnelles)
5. assurer le recueil et l'analyse régionale des données relatives à l'activité de soins alimentés notamment par les 3C afin de créer un tableau de bord régional de cancérologie. Il participera au développement du projet sur le registre sentinelle et éventuellement au système de surveillance multisources des cancers que devrait développer l'Institut de Veille Sanitaire (InVS).

Pour assurer la coordination régionale opérationnelle, ONCAUVERGNE doit développer les articulations avec les 3C, les autres réseaux (gériatrie, douleur, soins palliatifs, réseaux de proximité). L'oncopédiatrie et l'oncohématologie font partie du réseau ONCAUVERGNE.

Le pôle régional de référence et de recours en cancérologie

La constitution du pôle régional de recours en cancérologie entre les sites clermontois vise à organiser l'accès aux soins de cancérologie complexes, hyperspécialisés et aux techniques innovantes. Ce pôle régional est constitué par les établissements de santé qui exercent, en sus de leurs activités de soins standards, des missions régionales hyperspécialisées, de recours et d'expertise, de recherche clinique et d'innovation.

Les structures universitaires assurent l'enseignement de la cancérologie dans le cadre des deuxième et troisième cycles des études médicales. Les actions d'enseignement post-universitaires et de formation professionnelle continue en cancérologie doivent être coordonnées entre les acteurs du pôle régional et avec les actions du réseau Oncauvergne.

Le pôle régional doit promouvoir la recherche clinique et l'innovation en s'appuyant sur les structures existantes des établissements et en intégrant les axes prioritaires du cancéropôle CLARA.

Le pôle régional de cancérologie se définit comme une organisation ; il ne constitue en aucun cas un nouvel outil d'administration hospitalière. Il ne dispose pas d'instances propres de décision autres que celles que les établissements définiront eux mêmes dans le cadre de leurs coopérations.

Les établissements constituant ce pôle signent une convention et élaborent une charte d'accès au recours rendant lisible l'accès aux ressources du pôle. Cette convention précise les critères qui justifient le recours régional ; elle décrit les modalités d'accès, selon le cas, à un avis spécialisé, à un second avis ou encore à une équipe ou un plateau technique spécifique, à un essai clinique ou à des thérapeutiques innovantes par équipement, type d'activité ou pathologie.

4 b) ce qui relève des territoires de santé

Les réunions de concertation pluridisciplinaire

Tout établissement autorisé doit mettre en place des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) dont la composition en fonction des pathologies cancéreuses et la fréquence de réunion seront préétablies. Les modalités d'examen des dossiers seront conformes aux règles définies par le réseau Oncauvergne.

Les centres de coordination en cancérologie (3 C)

Les centres de coordination en cancérologie (3 C) sont des cellules qualité opérationnelles des établissements autorisés « traitement du cancer ». Les 3 C ont pour mission de s'assurer des points suivants :

- ↳ la pluridisciplinarité est effectivement mise en œuvre et tous les malades de l'établissement bénéficient d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) conforme à la charte des RCP du réseau Oncauvergne,
- ↳ la consultation d'annonce est mise en place,
- ↳ chaque patient dispose de son programme personnalisé de soins (PPS),
- ↳ l'accès et la coordination des soins de support sont organisés pour chaque patient,

↳ les thérapeutiques innovantes et les essais cliniques sont accessibles à tous les patients.

Chaque établissement autorisé doit se doter d'un 3 C, sachant que plusieurs établissements d'un même territoire peuvent mettre en place un 3 C commun dans une logique de regroupement et de mutualisation.

A terme, ils contribueront à la constitution et à l'actualisation du tableau de bord régional de cancérologie tenu par ONCAUVERGNE ; ils pourront conduire des auto-évaluations et des audits.

Chaque centre de coordination en cancérologie formalise ses liens avec le réseau ONCAUVERGNE par voie de convention.

Les relations ville-hôpital

Les établissements autorisés doivent organiser leur relation avec la médecine de ville et les associations de patients, notamment pour garantir la continuité des soins, l'accès aux soins de support, ainsi que la surveillance partagée des thérapeutiques, et notamment des thérapeutiques anti-cancéreuses par voie orale.

5 c) ce qui relève de la proximité

6 Les établissements associés et structures de soins à domicile impliqués dans la prise en charge (*articulation avec les thématiques médecine, soins de suite et de réadaptation, hospitalisation à domicile*)

Les établissements dits « associés » et structures de soins à domicile participent à la prise en charge de proximité des patients atteints de cancer. Il peut s'agir d'établissements de santé dans le cadre de leur activité de médecine polyvalente, de soins de suite et de réadaptation ou de soins de longue durée, d'hôpitaux locaux, de structures d'hospitalisation à domicile (HAD), en lien avec les professionnels libéraux.

- **Cadre général**

L'organisation de la prise en charge en région Auvergne des enfants atteints de cancer nécessite d'améliorer encore le fonctionnement de la coordination des acteurs régionaux et interrégionaux, d'oncopédiatrie constitués par :

- ↳ le centre régional de cancérologie pédiatrique
- ↳ les services de pédiatrie des centres hospitaliers
- ↳ le C.H.U. de Limoges et les services de pédiatrie des centres hospitaliers du Limousin.

Il convient de veiller, dans la perspective de la constitution d'un véritable maillage, à obtenir dans les territoires de santé dépourvus de service hospitalier pédiatrique (Thiers-Ambert, Issoire-Brioude et Saint-Flour) la désignation d'un pédiatre et/ou d'un médecin traitant.

L'autorisation d'activité "traitement du cancer de l'enfant" est subordonnée à la participation à une organisation interrégionale assurant le fonctionnement d'une RCP de recours.

- **Gradation des soins et organisation territoriale**

- a) ce qui relève du niveau interrégional**

La coordination interrégionale d'oncopédiatrie

Cette coordination fédère le centre régional de cancérologie pédiatrique, les services de pédiatrie des centres hospitaliers, le C.H.U. de Limoges et les services de pédiatrie des centres hospitaliers du Limousin. Elle devra s'étendre à une coopération avec la région Rhône-Alpes.

b) ce qui relève du niveau régional

Le centre régional de cancérologie pédiatrique

Le service d'oncopédiatrie du C.H.U. de Clermont-Ferrand constitue le centre régional de référence. Ce centre est le référent pour les services de pédiatrie de rattachement des territoires de santé.

c) ce qui relève des territoires de santé

Les territoires de santé pédiatriques sont définis sur la base de l'existence d'un service de pédiatrie de rattachement. Il en existe six : Moulins, Montluçon, Vichy, Aurillac-Mauriac, Le Puy, Clermont englobant les territoires de Thiers-Ambert, Issoire-Brioude, Saint-Flour

L'expression "soins de support" recouvre un grand nombre de soins d'accompagnement. Ne sont évoqués ici que quelques grands thèmes. Les soins palliatifs sont traités dans le volet thématique qui leur est consacré.

A. LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

• Cadre général

Au sein de chaque établissement de santé, la mise en place d'un comité de lutte contre la douleur ou CLUD doit être encouragée, avec pour missions :

- ↳ de proposer les orientations les mieux adaptées à la situation locale pour améliorer la prise en charge de la douleur ; ces orientations devront figurer dans le projet d'établissement et/ou de territoire,
- ↳ de coordonner au niveau de l'ensemble des services toute action visant à mieux organiser la prise en charge de la douleur, quels qu'en soient le type (aigu ou chronique), l'origine maligne ou non, le contexte (âges extrêmes de la vie, handicap, maladies mentales, phase terminale de la vie, douleurs provoquées par les gestes invasifs, ...)
- ↳ d'aider au développement de la formation continue des personnels médicaux et paramédicaux de l'établissement,
- ↳ de susciter le développement de plans d'amélioration du traitement de la douleur.

Ce dispositif sera mis au service des intervenants du territoire, quels que soient leur qualité, mode ou lieu d'exercice. Les territoires de santé qui ne pourraient être en mesure de créer ce dispositif devront, dans le projet médical de territoire, préciser les modalités d'accès aux CLUD existants.

• Gradation des soins et organisation territoriale

a) ce qui relève du niveau régional

Le CETD (Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur) est conforté en lui confiant un rôle d'animation régionale. Ses missions sont :

- ↳ la coordination des actions du réseau au travers de l'enseignement, de la formation continue, la recherche, l'élaboration (ou le relais) et la diffusion de protocoles et de recommandations de bonnes pratiques,
- ↳ la communication, notamment en assurant le lien avec les autres réseaux régionaux (ONCAUVERGNE, réseau périnatalité, ...) ou départementaux (soins palliatifs).

b) ce qui relève des territoires de santé

Un maillage territorial des structures de lutte contre la douleur est à mettre en place en créant ou renforçant au niveau des territoires de santé les consultations antidouleur dont le fonctionnement doit s'appuyer sur du temps infirmier (personnel titulaire d'un DIU "douleur"), du temps psychologue (personnel titulaire DIU "douleur"), du temps secrétariat et du temps médical de praticien(s) titulaire(s) de la capacité d'évaluation et de traitement de la douleur pouvant s'appuyer en tant que de besoin sur des intervenants médicaux complémentaires (psychiatre, neurologue, anesthésiste).

B. LES SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION

• Cadre général

Les établissements comportant des lits SSR prenant en charge des patients cancéreux, assurent les missions suivantes :

- ↳ suivi médical des traitements spécifiques (chimiothérapie/radiothérapie) pendant l'inter cure : effets secondaires, complications aiguës, initiation des soins de support
- ↳ administration des traitements prescrits par l'oncologue référent, surveillance des dispositifs d'administration continue de cytostatiques initiés par le centre référent
- ↳ dépistage, prévention et traitement de la dénutrition
- ↳ re-autonomisation du patient
- ↳ prise en charge psychosociale du patient et de sa famille, en favorisant l'intégration de la famille dans la structure

↳ accompagnement des patients en fin de vie.

Les établissements devront adhérer au réseau ONCAUVERGNE et signer une convention avec les établissements d'amont (partage du dossier médical, intervention du médecin SSR dans les services de court séjour, conditions du recours au médecin spécialiste ou référent du patient)

- **Gradation des soins et organisation territoriale**

- a) **ce qui relève des territoires de santé**

Il convient d'orienter l'activité d'établissements ou de lits de soins de suite ou de réadaptation (SSR) vers la prise en charge des patients atteints de cancer dans chacun des 9 territoires de santé.

C. ONCOPSYCHOLOGIE

- **Cadre général**

Il est nécessaire de faire bénéficier les patients de meilleures conditions d'annonce de la maladie et de mettre en place une offre d'accompagnement psychologique à laquelle patient, entourage et personnel auront accès en tant que de besoin. La création des postes d'onco-psychologues dans les établissements ou sites autorisés sera soumise au respect d'une double condition :

- ↳ participation des professionnels au groupe d'onco-psychologues du réseau Oncauvergne
- ↳ accès possible à un référent psychiatre au sein de l'établissement ou site autorisé

- **Gradation des soins et organisation territoriale**

- a) **ce qui relève des territoires de santé**

Sur tout territoire de santé devront être mis en place un dispositif d'annonce selon le ou les modèles arrêté(s) au niveau national et une offre d'accompagnement psychologique, en propre ou par voie de convention

D. EDUCATION DU PATIENT

- **Cadre général**

Tout projet médical d'établissement autorisé doit comporter des préconisations relatives à l'éducation pour la santé (facteurs de risques et prévention primaire des cancers, éducation du patient, éducation thérapeutique) et à la nutrition (composition et objectifs du comité de liaison alimentation-nutrition, intervention de diététicien (ne))

- **Gradation des soins et organisation territoriale**

- a) **ce qui relève des territoires de santé**

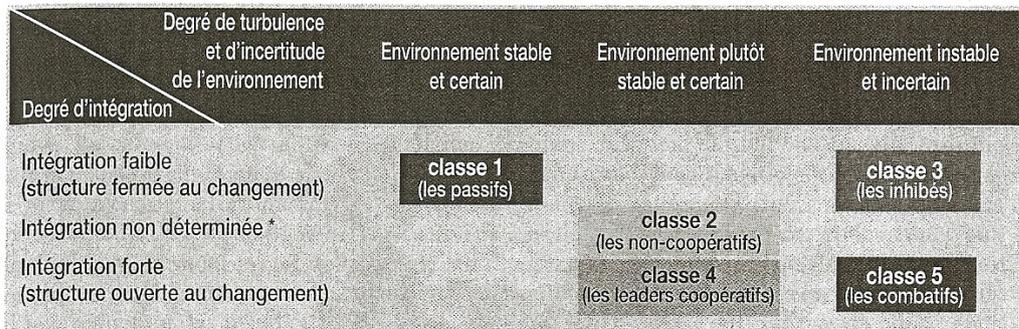
Tout territoire de santé doit pouvoir individualiser au sein de son projet d'organisation des soins un volet « éducation pour la santé » comportant la thématique « maladie cancéreuse » conformément aux orientations du plan régional de santé publique.

Annexe III

Tableaux explicatifs issus de l'article « Enquête: l'hôpital et les évolutions de son environnement. Etude de la formation de la stratégie des hôpitaux publics » de CUEILLE S publié dans la *Revue Hospitalière de France* n°6 pp.13-32 de novembre – décembre 2000

Le jeu des acteurs sanitaires au cœur de la stratégie d'alliance est très variable selon leurs interlocuteurs, leurs propres intérêts, leur environnement et leur ambition (cf. les graphiques ci-dessous). Le recours aux stratégies d'alliance est alors fluctuant d'un établissement à l'autre :

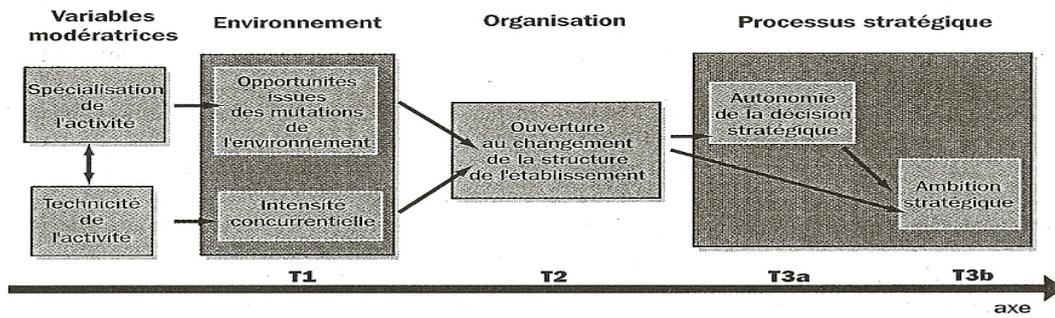
Adéquation entre environnement et structure au sein des différentes classes
Figure 6



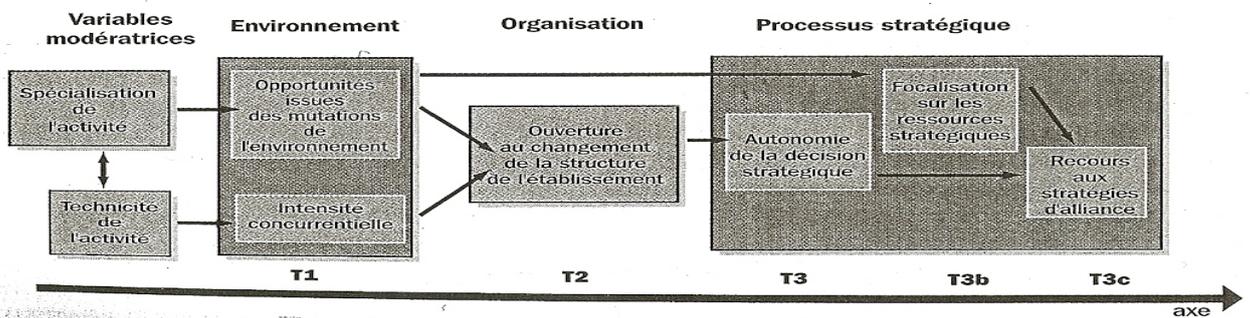
* Pour la classe 2, les variables relatives à l'organisation sont peu discriminantes.

Légende : Adéquation forte Adéquation moyenne Adéquation faible Adéquation indéterminée

Les chemins explicatifs de l'ambition stratégique Figure 3



Les chemins explicatifs du recours aux stratégies d'alliance Figure 4



Positionnement des classes de répondants en fonction du degré de recours aux stratégies d'alliance et de l'ambition stratégique Figure 5

