



ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'Hôpital

Promotion : **2006 - 2008**

Date du Jury : **Décembre 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**

Jean-Baptiste FLEURY

Remerciements

Cette étude n'aurait pu se faire sans la contribution de quelques personnes. Mes plus sincères remerciements s'adressent à :

- **Monsieur Roland OLLIVIER**, inspecteur à l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) et ancien directeur du Centre Hospitalier de Quimper, pour son encadrement méthodologique, ses suggestions et son regard attentif à la dimension santé publique. Merci pour cet accompagnement fructueux.
- **Monsieur Philippe VIGOUROUX**, directeur général du CHU de Limoges, pour ses conseils et nos divers échanges sur la thématique des coopérations et le métier de directeur d'hôpital. Merci pour votre disponibilité.
- **Monsieur Alain GOUNEAU**, directeur du Centre Hospitalier de Saint-Junien, **Monsieur Didier HOELTGEN**, directeur du Centre Hospitalier de Guéret et **Monsieur Laurent VAUBOURGEIX**, directeur du Centre Hospitalier de Brive. Je vous remercie pour m'avoir permis de réaliser cette étude dans vos établissements.
- **Monsieur Hervé LEON**, directeur des ressources humaines, CHU de Limoges, pour sa disponibilité. Merci pour ton regard bienveillant de maître de stage qui facilite mon apprentissage du métier.
- **L'équipe de direction du CHU de Limoges**, avec qui j'ai partagé de bons moments et qui ont tous contribué à ma formation. Merci à chacun de m'avoir fait partager votre conviction du métier.
- **Les présidents de Commission Médicale d'Etablissement et les médecins** qui m'ont consacré du temps. Merci pour nos discussions qui ont tissé des passerelles entre le monde médical et l'univers des directeurs.
- **Les cadres de santé des quatre établissements** qui ont accepté de diffuser le questionnaire aux patients des services. Merci pour votre contribution.
- **Marie Elisabeth COSSON**, sociologue et consultante à l'ENSP, pour ses conseils dans l'élaboration des grilles d'entretien, du questionnaire et de la grille d'analyse. Merci pour cette aide précieuse.
- Et toutes les autres personnes qui se sont rendues disponibles pour la réalisation de cette étude.
- **Mathilde** pour sa présence et sa confiance

Sommaire

INTRODUCTION	1
 1. TROIS RAISONS DE DÉVELOPPER LES COOPÉRATIONS MÉDICALES ENTRE LES CH LIMOUSINS ET LE CHU DE LIMOGES	 7
1.1 UNE RÉPONSE AUX BESOINS DES PERSONNES ATTEINTES DE CANCER	7
1.1.1 <i>Graduation régionale des soins au coeur du Plan cancer et du SROS III Limousin</i>	<i>7</i>
1.1.2 <i>Un partenariat pour respecter ensemble les critères de qualité</i>	<i>10</i>
1.2 UNE RÉPONSE AUX DÉFIS DE LA PRATIQUE MÉDICALE EN CANCÉROLOGIE.....	13
1.2.1 <i>Le temps médical, une denrée rare pour les établissements publics.....</i>	<i>13</i>
1.2.2 <i>Les impératifs de qualité et de sécurité des pratiques</i>	<i>14</i>
1.2.3 <i>Mutualiser la formation initiale et continue des médecins</i>	<i>16</i>
1.3 LA “STRATÉGIE RÉGIONALE DE GROUPE” POUR MAINTENIR UN OFFRE PUBLIQUE EN CANCÉROLOGIE	18
1.3.1 <i>Une concurrence en oncologie en Limousin avec le secteur privé.....</i>	<i>18</i>
1.3.2 <i>Seuils d’activité: risque de redéploiement d’activité vers le secteur privé</i>	<i>20</i>
 2 DIAGNOSTIC STRATÉGIQUE DES ACTEURS LOCAUX.....	 23
2.1 BILAN PAR LES ACTEURS DES COOPÉRATIONS EXISTANTES EN CANCÉROLOGIE	23
2.1.1 <i>La mise en place inachevée des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire</i>	<i>23</i>
2.1.2 <i>La fédération médicale interhospitalière en radiothérapie entre le CHU de Limoges et le Centre Hospitalier de Guéret</i>	<i>28</i>
2.1.3 <i>Venue hebdomadaire d’un oncologue du CHU au CH de Saint-Junien</i>	<i>29</i>
2.1.4 <i>Une politique récente d’essaimage en internat et post-internat</i>	<i>32</i>
2.2 L’AVENIR DES COOPÉRATIONS VU PAR LES DIRECTEURS, LES MÉDECINS ET LES REPRÉSENTANTS DE LA TUTELLE.....	34
2.2.1 <i>Une volonté de construire une stratégie régionale commune</i>	<i>34</i>
2.2.2 <i>« Médecins et chirurgiens du terrain » : entre ouverture et réticence à la coopération.....</i>	<i>37</i>
2.2.3 <i>Les leviers et le rôle attendu des représentants de la tutelle régionale.....</i>	<i>40</i>

3 SCÉNARI POUR UNE ORGANISATION GRADUÉE DES SOINS EN	
CANCÉROLOGIE	43
3.1 DES CONDITIONS FACILITANTES POUR TOUTE COOPÉRATION INTERHOSPITALIÈRE ...	43
3.1.1 <i>Une exigence forte : l'organisation interne des établissements</i>	43
3.1.2 <i>Coopération avec les médecins généralistes: développer la filière</i> <i>extrahospitalière</i>	46
3.1.3 <i>Un changement culturel: raisonner à l'échelle du territoire de santé</i>	47
3.2 PROPOSITIONS DE SCÉNARI	49
3.2.1 <i>Scénario 1: disparition d'une partie de la chirurgie cancérologique dans les</i> <i>centres hospitaliers</i>	50
3.2.2 <i>Scénario 2: rapprochement des cliniques limougeaudes et du CHU pour</i> <i>renforcer le pôle régional de référence</i>	53
3.2.3 <i>Scénario 3: stratégie publique régionale avec la perspective de créer un GCS</i> <i>de la cancérologie publique</i>	56
3.3 LE CHEF D'ETABLISSEMENT ET LE PRESIDENT DE LA CME: UN ROLE MAJEUR	
D'ANIMATION ET DE PEDAGOGIE DANS LES COOPERATIONS	61
3.3.1 <i>Le directeur: animateur et pédagogue des coopérations</i>	61
3.3.2 <i>Le président de la CME : fédérateur et "traducteur"</i>	62
3.3.3 <i>Un binôme indispensable au service du développement de la stratégie</i>	63
CONCLUSION	65
BIBLIOGRAPHIE	67
LISTE DES ANNEXES	I

Liste des sigles utilisés

3C Centre de Coordination en Cancérologie
ARH Agence Régionale de l'Hospitalisation
CHU Centre Hospitalier Universitaire
CH Centre Hospitalier
CLCC Centre de Lutte Contre le Cancer
CME Commission Médicale d'Etablissement
CORC Comité d'Orientation de la Recherche sur le Cancer
CT Chimiothérapie
DIM Département de l'Information Médicale
DHOS Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
FHF Fédération Hospitalière de France
FMIH Fédération Médicale Inter Hospitalière
GCS Groupement de Coopération Sanitaire
HAD Hospitalisation à Domicile
INCa Institut National du Cancer
MCU-PH Maître de conférence Universitaire – Praticien hospitalier
PHU Praticien Hospitalier Universitaire
CCA / AHU Chef de Clinique Assistant / Assistant Hospitalo-universitaire
PH Praticiens Hospitaliers
PHRC Programmes Hospitaliers de Recherche Clinique
PMSI Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PU-PH Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
RCP Réunions de Concertation Pluridisciplinaire
RSA Résumé de séjour anonymisé
RT Radiothérapie
T2A Tarification à l'Activité
TEP Tomographie par Emissions de Positons

« La multitude qui ne se réduit pas à l'unité est confusion, et l'unité qui ne dépend pas de la multitude est tyrannie. »

Blaise PASCAL – Les Pensées

Introduction

1. Le contexte de l'étude

Sur l'avenir du système hospitalier, les Français semblent partagés entre deux exigences apparemment inconciliables: excellence et proximité des soins. La moitié des Français disent souhaiter des grands hôpitaux équipés de manière optimale, même s'ils sont plus éloignés du domicile, quand 45% préfèrent une plus grande accessibilité des soins¹. Les coopérations médicales entre les établissements régionaux de recours et les centres hospitaliers généraux apparaissent comme une réponse possible à cette double aspiration.

En cancérologie, les patients et leurs proches souhaitent des soins de qualité et de proximité. Chaque personne atteinte de cancer souhaite être soignée au plus près de son domicile, les traitements étant souvent longs et les visites à l'hôpital fréquentes. Toutefois le patient ne se rend dans l'établissement local que s'il est assuré de bénéficier des mêmes techniques et protocoles que dans un centre de pointe.

Les dispositions législatives et réglementaires en matière d'activité de cancérologie tentent de concilier ces deux exigences de qualité et proximité de soins. Ce sont deux principes forts du Plan cancer et de la circulaire du 22 février 2005, principes qui ont été déclinés, dans chaque région, dans les volets cancer des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) adoptés au début de l'année 2006.

En imposant aux établissements le respect de conditions d'agrément pour l'autorisation d'activité de traitement du cancer, les deux décrets du 21 mars 2007 et l'arrêté du 29 mars 2007 semblent cependant réaliser un arbitrage en faveur de la qualité des pratiques aux dépens de l'accessibilité des soins.

Pour soigner les patients atteints de cancer, les établissements de santé publics et privés sont désormais soumis au respect de critères de qualité (notamment organisation d'une consultation d'annonce, adhésion à un réseau régional d'oncologie, accès aux essais cliniques) et de seuils d'activité. La réalisation de l'activité de chirurgie carcinologique, de chimiothérapie et de radiothérapie, est conditionnée au respect d'un seuil d'activité minimale annuelle défini par l'arrêté du 29 mars 2007. Un établissement ne

¹ Sondage TNS SOFRES « Les Français et l'hôpital » réalisé pour la Fédération Hospitalière de France les 12 et 13 avril 2006. Echantillon national de 1000 personnes représentatif de l'ensemble de la population âgée de 18 ans et plus.

sera autorisé à pratiquer la chirurgie des tumeurs du sein que s'il réalise plus de trente interventions par an. Pour le traitement par chimiothérapie, l'établissement devra accueillir au minimum soixante-dix patients par an dont au moins cinquante en chimiothérapie ambulatoire en hospitalisation de jour. Pour la radiothérapie, le seuil est fixé à six cents patients par an.

Ces nouvelles dispositions réglementaires seront mises en œuvre au niveau régional dans le cadre de la révision des volets cancer des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) dans les dix-huit mois à compter du 22 mars 2007 (date de publication au Journal Officiel des décrets susmentionnés). La révision des SROS ouvre une fenêtre de dépôt des dossiers d'autorisation pour le second semestre de 2008. Chaque établissement de santé candidat aura alors dix-huit mois à compter de la "date de réception de la notification de l'autorisation" pour se mettre en complète conformité avec l'ensemble des critères qualitatifs et quantitatifs de la pratique en cancérologie. Ces proches échéances invitent donc les acteurs au niveau régional à une réflexion sur l'organisation future des soins en cancérologie.

Ces nouveaux critères pourraient compromettre l'accessibilité des soins pour les patients et accroître les délais de prise en charge. La coopération entre le CHU (positionné comme le pôle régional de référence) et les centres hospitaliers apparaît comme une opportunité de réponse à cette nouvelle donne réglementaire. La coopération entre établissements publics peut viser un objectif complémentaire dans le contexte actuel de la tarification à l'activité (T2A) : éviter la fuite vers le secteur privé des séjours des établissements dont l'activité se situera en dessous des seuils. "La totalité des activités à redéployer représente parfois dans certaines régions un effectif supérieur à l'activité annuelle d'un CHU" selon la Fédération Hospitalière de France².

La stratégie serait donc de coopérer pour préserver une offre publique de qualité et de proximité. Cela rejoint une volonté affirmée par les représentants de la Fédération Hospitalière de France (FHF) qui ont sensibilisé les acteurs locaux aux conséquences des seuils d'activité lors d'un tour des régions. Les Assises de la cancérologie publique en janvier 2006 étaient déjà une première prise de conscience. Les fédérations de cancérologie des centres hospitaliers universitaires et des centres hospitaliers ont signé un accord-cadre le 27 juin 2006 incitant à l'élaboration de protocoles et conventions pour

² Citation extraite de l'article DHORDIAN et NOSSENBAUM 2007.

« une collaboration étroite entre les centres hospitaliers universitaires et les centres hospitaliers ».

Dans cette réflexion nationale, un regard sur la situation de la région Limousin apportera un éclairage sur les conséquences des nouvelles dispositions réglementaires et les stratégies des établissements pour y répondre. Le cancer est une priorité de santé publique en Limousin, une des cinq régions où l'incidence³ est la plus élevée. La part élevée de personnes de plus de 65 ans entraîne une incidence plus forte des cas de cancers. Le nombre élevé de personnes de plus de 60 ans vivant seules en milieu rural et les conditions de déplacement l'hiver dans certaines zones de la région renforcent l'exigence d'accessibilité des soins en Limousin⁴.

La chirurgie carcinologique représente une part importante de l'activité des établissements privés limousins à la différence des traitements par chimiothérapie et radiothérapie qui sont réalisés davantage dans le secteur public. Les séances de chimiothérapie étaient réalisées en 2005 dans six établissements publics et deux établissements privés. Sont autorisés pour l'activité de radiothérapie trois établissements publics (le CHU de Limoges et les centres hospitaliers de Guéret et de Brive) et un établissement privé à but lucratif. Les actes de chirurgie carcinologique étaient pratiqués en 2005 dans six établissements publics (CHU et les centres hospitaliers de Saint-Junien, Brive, Tulle, Ussel et Guéret) et sept établissements privés. Sur le territoire de Brive, 80% de la chirurgie des tumeurs du sein aurait été réalisée en 2005 dans le secteur privé⁵.

Aujourd'hui, des coopérations médicales entre les établissements publics limousins en cancérologie existent ; mais elles sont diversement formalisées. Le renforcement des coopérations existantes et la création de nouvelles sont deux objectifs du volet cancer du SROS III afin de « construire des filières graduées de prise en charge » en lien avec le CHU de Limoges, pôle régional de référence en l'absence de centre de lutte contre le cancer (CLCC) en Limousin. La situation de la démographie médicale incite aussi à développer des coopérations.

³ Cf. lexique des termes médicaux en annexe.

⁴ Rapport de la Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé 2007 « Le cancer dans les régions de France ».

⁵ Données 2005 du PMSI - site Platines du Ministère de la santé « Plateforme d'informations sur les établissements de santé » www.platines.sante.gouv.fr et Portail PARHTAGE www.parhtage.sante.fr

Mais “la complémentarité ne se décrète pas, elle est le fruit d'une réflexion stratégique entre les décideurs qui doivent y trouver leurs comptes respectifs” [Rapport Picard 2004]. Comment trouver des voies de coopération entre les centres hospitaliers universitaires souvent vus comme les “grands frères” et les centres hospitaliers généraux souhaitant préserver leur autonomie ? «Les hôpitaux généraux veulent bien d'un grand frère, mais pas d'un grand frère pour lequel on (ré)instituerait le droit d'aînesse» commente un député – médecin en centre hospitalier⁶.

Selon les théories sur les organisations, la coopération est le mode de collaboration que des acteurs, en situation d'interdépendance, ont tendance à privilégier, plutôt que la concurrence mais sous certaines conditions. Le partage des mêmes valeurs, l'entente sur une philosophie d'intervention commune, l'évaluation positive du travail des autres acteurs et la répartition des domaines de compétences facilitent les coopérations. Un contexte organisationnel favorable contribue au rapprochement. Pour une coopération durable, la négociation entre les acteurs et l'évaluation qu'ils font des résultats de la collaboration doivent être continues [Contandriopoulos, Denis et al.].

L'étude confrontera nos hypothèses sur les raisons d'une coopération CHU – CH au bilan que les acteurs font des coopérations actuelles en cancérologie dans la région. L'objectif est de constater les leviers et les freins. Il s'agira de définir ensuite les scénarii pour répondre à la nouvelle donne réglementaire et au contexte actuel de concurrence avec le secteur privé. Quels bénéfices ont été tirés des coopérations existantes ? Quels sont les écarts entre les exigences nationales en matière de cancérologie et les réalités en Limousin ? Comment les établissements publics peuvent faire des critères de qualité et des seuils d'activité de l'INCa une opportunité pour coopérer ?

⁶ Dr Claude Leteurtre. 10 février 2006 « *Tribune libre : Ne pas tirer sur les hôpitaux de proximité* ». *Le Quotidien du Médecin* n°7896

2. Intérêt professionnel du sujet

Notre étude concerne trois aspects du métier de directeur d'hôpital. Le directeur d'hôpital est acteur de santé publique. Il définit la stratégie de l'établissement en fonction des besoins de la population de son territoire de santé. Engager l'établissement dans une stratégie de coopération est une marge de manœuvre du directeur d'hôpital. Le directeur d'hôpital est un manager en interne. Il doit trouver des leviers pour mobiliser les personnels médicaux autour des stratégies de coopérations. Le directeur est aussi garant de l'équilibre financier de son établissement dans le contexte actuel de la tarification à l'activité. S'engager dans une coopération nécessite une analyse préalable de l'impact financier.

La réalisation de ce mémoire nous a permis de rencontrer des directeurs et des présidents de CME et nous a donné l'opportunité, avant la prise de poste, d'appréhender les enjeux d'établissements de taille différente.

3. Aspects méthodologiques et champ d'étude

Des entretiens préliminaires entre mai et novembre 2006 nous ont guidé vers le thème des coopérations en cancérologie. Des courriers aux chefs d'établissement ont été envoyés à l'automne 2006 pour obtenir leur accord de participation à notre étude. Dès juillet 2006, les conseils et suggestions d'un encadrant mémoire ont orienté nos réflexions.

Pour répondre aux impératifs de forme et de temps, le champ d'étude a été restreint progressivement. *Notre analyse se limite aux coopérations médicales entre le CHU de Limoges, le CH de Guéret (Creuse), le CH de Brive-La-Gaillarde (Corrèze) et le CH de Saint-Junien (Haute-Vienne) en matière de prise en charge curative des personnes atteintes de tumeurs solides⁷.* Notre étude intègre les trois modalités de traitement des cancers: chimiothérapie, radiothérapie et chirurgie.

Deux mois de stage extérieur au sein d'un centre intégré de lutte contre le cancer d'un hôpital québécois ont permis d'apporter à notre mémoire un regard étranger.

En région Limousin, les entretiens menés entre avril et juillet 2007 ont duré entre une demi-heure et une heure et demie. Aucun entretien n'a été enregistré.

⁷ « Les tumeurs solides désignent les cancers formés d'une tumeur principale représentant une masse individualisée, accompagnée ou non de métastases. Les tumeurs solides s'opposent aux hémopathies malignes, cancers atteignant des cellules sanguines (leucémies, lymphomes...). Les tumeurs solides représentent plus de 90% des cancers. » [Site internet www.fnclcc.fr]

Les questionnaires ont été diffusés auprès des patients par l'intermédiaire du cadre de santé du service. Outre ces entretiens, les visites des services, la participation à une réunion du comité inter-établissements du Limousin (CIEL), à une rencontre de mise à jour du thésaurus du cancer de l'oesophage et à une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) ont complété le recueil d'informations.

La méthodologie de travail adoptée a été la suivante : dans un premier temps définition d'hypothèses sur les raisons qui pourraient conduire les CH et le CHU de Limoges à coopérer, au regard des orientations nationales et régionales (SROS) et d'une recherche documentaire sur le sujet; dans un second temps confrontation de ces hypothèses aux démarches de coopération déjà initiées dans la région et à la vision que les principaux acteurs (médecins, directeurs, cadres de santé et représentants des tutelles) ont, de l'avenir de ces partenariats.

Cette étude n'a aucune vocation exhaustive puisque des choix ont été faits concernant le périmètre du mémoire (uniquement quatre établissements publics et non inclusion de la partie hématologie).

Le nombre de personnes interrogées a été volontairement limité. Nous avons exclu le point de vue des élus locaux et présidents de conseil d'administration (enjeux politiques locaux forts notamment en Corrèze). La nature polémique du sujet n'a pas été pour autant atténuée. Les relations entre les centres hospitaliers et les CHU alimentent historiquement des préjugés et préventions réciproques. Nous avons été confronté aux asymétries d'information entre les acteurs. L'enchevêtrement de multiples enjeux autour de la thématique a exigé en permanence de se concentrer sur les points essentiels et de revenir aux objectifs initiaux du mémoire.

La plus ou moins grande disponibilité des personnes rencontrées nous a conduit à adapter les grilles d'entretien (mises en annexe).

1. Trois raisons de développer les coopérations médicales entre les CH limousins et le CHU de Limoges

Trois raisons peuvent inciter les centres hospitaliers limousins et le CHU à coopérer :

- répondre aux besoins des patients limousins atteints de cancer (1.1),
- s'adapter aux défis de la pratique médicale dans la région (1.2)
- garantir la pérennité d'une offre de soins publique de traitement du cancer (1.3).

1.1 Une réponse aux besoins des personnes atteintes de cancer

“Grâce au Plan cancer, les patients, quel que soit l'endroit où ils seront traités, le seront selon les mêmes critères de prise en charge” souligne le Pr. D. Maraninchi, président de l'Institut National du Cancer⁸. Les coopérations inter établissements peuvent répondre aux impératifs de graduation des soins posés par le Plan cancer et le SROS.

1.1.1 Graduation régionale des soins au coeur du Plan cancer et du SROS III Limousin

A) L'établissement de proximité: la porte d'entrée dans le système de soins

Le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) du Limousin reconnaît le principe d'accessibilité aux soins. “C'est au travers d'une offre de proximité que le patient doit pouvoir être orienté vers le bon niveau de prise en charge, y compris le plus spécialisé, en fonction de sa pathologie et de la gravité de son état de santé.” L'application du principe de subsidiarité aux soins en cancérologie illustre la recherche autant que possible d'une offre de soins la plus proche du domicile. Il est inutile et coûteux d'organiser un transport vers une plus grande structure lorsque celle du niveau inférieur est capable d'assurer le soin nécessaire [Malvy 2006]. La volonté des initiateurs du Plan cancer et des représentants de l'INCa est de “permettre à chaque patient d'être soigné à proximité de son domicile et dans l'établissement de son choix plutôt regrouper les soins du cancer dans quelques établissements spécialisés.”

La proximité est une attente forte des patients limousins, les traitements étant souvent longs et les allers-retours entre le domicile et l'hôpital fréquents. “Un traitement en radiothérapie, c'est entre 25 à 30 séances d'un quart d'heure pendant cinq à sept semaines de traitement” souligne un radiophysicien. Des soins près du domicile facilitent

⁸ Dépêche APM 30 mars 2007 « Seuils d'activité en cancérologie: l'Inca publie les proportions d'établissements "autorisables" »

le soutien des proches dans la maladie. Le critère de proximité est, dans la majorité des cas, une des principales raisons du choix de l'établissement de soins (au vu des résultats de nos questionnaires).

B) Mise en place d'une filière de prise en charge : continuité et lisibilité du parcours du patient

Pour garantir cette proximité et répondre aux exigences de qualité, la graduation des soins implique la coordination des établissements et la constitution d'une filière formalisée de prise en charge, la mise en place de "corridors de service" (pour reprendre une expression québécoise). Selon les termes du SROS Limousin, la filière permet d'orienter ou de transférer le patient vers la structure adaptée à son état de santé la plus proche de son domicile. La filière de prise en charge graduée se concrétise par des conventions entre les établissements autorisés et le pôle régional. La filière articule les trois niveaux de territoire définis par le SROS: proximité, plateau technique, recours régional. Les conventions inter-établissements permettent une fluidité et une lisibilité du parcours de soins du patient. Le SROS prône, par exemple, pour le pôle public et privé de Brive un "renforcement des coopérations médicales au sein du pôle mais aussi avec le pôle régional de Limoges et la faculté de médecine afin de développer ou créer les filières régionales de prise en charge graduée"

La coopération et la graduation des soins sont au coeur des dispositions des décrets de mars 2007. Le nouvel article D6124-132 du code de la santé publique dispose que "le titulaire de l'autorisation organise la continuité de la prise en charge et, s'il y a lieu, la coordination des soins des patients qu'il traite, au sein de l'établissement et par des conventions passées avec d'autres établissements (...)"

Les parcours de soins des patients limousins incitent à formaliser ces coopérations. Quatre patients sur cinq soignés à l'hôpital de Saint-Junien seraient pris en charge dans deux ou plusieurs établissements de santé, le principal étant le CHU de Limoges. La totalité des patients interrogés au centre hospitalier de Brive étaient suivis dans d'autres établissements de santé.

La filière de prise en charge graduée doit impliquer les médecins de ville qui influencent les trajectoires de soins de leurs patients. Au vu de notre enquête, le médecin traitant généraliste ou spécialiste joue un rôle clef dans le choix de l'établissement. Certes les patients ont un libre choix de leur établissement mais ce choix est souvent influencé par leur médecin généraliste⁹. Ce que confirme une étude menée par l'Union Régionale

⁹ Cf. résultats des questionnaires en annexe.

des Médecins Libéraux (URML) Ile de France et l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES) en 1999 et 2000 sur "les trajectoires des patients en Ile de France, l'accès aux plateaux techniques". Principale conclusion, le choix de l'établissement ou du praticien hospitalier que font les patients est influencé pour plus de la moitié d'entre eux par le médecin prescripteur.

C) Un partenariat pour éviter les soins de patients domiciliés en Limousin dans les établissements des régions limitrophes

Répondre à l'attente de proximité des soins des patients, c'est aussi limiter les prises en charge de patients domiciliés en Limousin dans des établissements de santé hors de la région. En 2004, le taux de fuite des patients originaires du Limousin pour des soins en chimiothérapie était de 16,9%¹⁰. Ce pourcentage était supérieur à celui des régions limitrophes (Midi-Pyrénées 6,1%; Auvergne 5%; Aquitaine 4,1%). En 2005, seulement 43% des patients résidant en Creuse étaient soignés en Creuse alors que le centre hospitalier de Guéret offre des soins en chimiothérapie et radiothérapie. 17,5% des patients résidant en Corrèze ont été soignés hors de la région Limousin (Midi-Pyrénées, Auvergne, Aquitaine). Une analyse plus fine montre une fuite vers le CHU de Toulouse, le CHU de Clermont Ferrand, l'Institut Claudius Regaud (CLCC de Toulouse), le centre régional Jean Perrin à Clermont Ferrand ou encore l'Institut Bergogné à Bordeaux¹¹.

En chirurgie pneumologie, 20% des séjours des patients domiciliés dans le canton de Brive ont été réalisés en 2005 au CHU de Toulouse. Notre enquête auprès des patients de Brive confirme également une prise en charge au CHU de Toulouse. Pourtant, le temps de trajet en voiture entre le centre-ville de Brive et le CHU de Toulouse (site de Purpan) est le double de celui entre Brive et le CHU de Limoges (une heure par autoroute). Ce qui met en évidence une fuite liée à l'organisation des soins.

Les coopérations CH – CHU auraient pour but d'accroître l'attractivité des établissements de santé en Limousin. Les établissements ont intérêt à augmenter leur file active de patients plutôt que de la restreindre (population de la région inférieure à 750 000 habitants). C'est un objectif du SROS.

¹⁰ Source : ATIH Base publique et privée année 2004 – analyse des flux régionaux pour le GHM 24Z02Z « Chimiothérapie pour tumeur en séances »

¹¹ Source : PMSI 2005 – Site PARHTAGE – attractivité pour le pôle d'activité « ANM – Chimiothérapie, radiothérapie, transfusion (médecine) »

1.1.2 Un partenariat pour respecter ensemble les critères de qualité

Pour être autorisé à exercer l'activité de traitement du cancer, les établissements doivent, outre atteindre les seuils d'activité minimale annuelle, respecter des critères de qualité. Six conditions sont fixées par le décret du 21 mars 2007:

- L'adhésion de l'établissement à un réseau régional ou territorial de soins
- L'organisation de l'annonce du diagnostic et de la proposition thérapeutique
- La remise au patient d'un programme personnalisé de soins
- La mise en oeuvre des traitements en conformité avec les référentiels de bonne pratique clinique
- La possibilité pour les patients d'accéder aux traitements innovants et de pouvoir être inclus dans les essais cliniques
- La garantie d'accès aux soins de support et de soutien nécessaires.

Si le titulaire de l'autorisation n'est pas en mesure de respecter ces conditions seul, il doit mettre en place une organisation, "le cas échéant conjointement avec d'autres titulaires".

Un partenariat entre les centres hospitaliers et le CHU se fonderait sur trois domaines précis: l'annonce et les soins de support; l'accès aux traitements innovants; l'inclusion dans les essais cliniques d'un nombre croissant de malades. "Il appartient au pôle régional de se positionner en qualité de recours mais aussi de soutien pour l'ensemble des établissements de la région" comme le rappelle le SROS.

A) Partage des expériences en matière d'annonce et de soins de support

En matière d'annonce, les établissements limousins entreprendraient aujourd'hui des réflexions individuelles sans partager les initiatives des autres structures plus ou moins avancées dans cette thématique. Pourtant les conditions d'annonce influencent grandement la perception de sa maladie par la personne. Rationaliser l'annonce, c'est respecter les patients dans leur dignité. "Nous savons maintenant qu'une annonce, ça se travaille. N'importe qui ne peut pas annoncer n'importe quoi " souligne un soignant. Les CH et le CHU ont intérêt à partager leurs expériences afin de mieux répondre à ce critère d'autorisation (de manière concrète: consultations infirmières d'annonce sur des bases communes, formation commune).

Autre axe du Plan cancer: l'accès aux soins de support et de soutien (prise en charge de la douleur, soutien psychologique, accès aux services sociaux, démarche palliative). Les établissements publics, partageant les mêmes statuts des personnels peuvent trouver des voies de mutualisation. Pour les soins palliatifs, le CHU a un rôle à jouer vis-à-vis des centres hospitaliers en tant que tête de réseau. L'unité de soins palliatifs du CHU doit

pouvoir apporter son expertise aux établissements de la région selon les termes de la circulaire du 19 février 2002. "Elle participe activement à la constitution d'un maillage adéquat en soins palliatifs et au fonctionnement en réseau dans sa zone de référence." Mais un centre hospitalier peut rester autonome dans l'organisation des soins palliatifs sur son territoire de santé. L'unité du CHU ne vient qu'en recours.

B) Accès des patients limousins aux atouts technologiques du pôle régional

L'accès aux techniques innovantes pour les patients pris en charge en centres hospitaliers généraux pourrait constituer un axe fort d'une coopération. Ces patients doivent pouvoir bénéficier des atouts technologiques que seul le CHU en tant que pôle régional de référence peut détenir : tomographie par émissions de positons (TEP), échographie endoscopique, traitement par curiethérapie, traitement par irradiation ganglionnaire, par irradiation corporelle totale, Ablatherm¹² pour le traitement du cancer de la prostate (appareil partagé entre les CHU de Toulouse, de Limoges et de Bordeaux dans le cadre du cancéropôle Grand Sud Ouest).

Les études scientifiques récentes montrent un avantage préférentiel à recourir à ces techniques innovantes. La TEP permettrait de mieux identifier les formes les plus agressives des cancers du rein et en cela éviter des chirurgies inutiles chez des patients. Une autre étude met en avant l'avantage de la TEP par rapport à la mammographie et l'échographie dans l'évaluation précoce de la réponse à la chimiothérapie néoadjuvante dans le cancer du sein¹³.

Aujourd'hui, encore peu de patients soignés en Limousin dans le secteur public et/ ou privé bénéficient de ces évolutions technologiques. La grande hétérogénéité des pratiques sur le territoire national était déjà soulignée par la circulaire de février 2005. Le taux d'intervention pour cancer de la prostate variait par exemple en fonction des régions entre 58 et 87 pour 100 000 hommes. La coopération permettrait d'assurer une équité d'accès aux traitements innovants et une plus grande qualité de vie.

Les médecins des CH doivent pouvoir accéder au plateau technique du CHU et soigner leurs patients au CHU. De manière plus pratique, ils peuvent recourir au CHU pour une courte période avec un retour dès que possible au centre hospitalier de proximité. L'objectif est de respecter le souhait de lieu de traitement de la personne malade. "La

¹² Notons que la technique ne fait pas encore l'objet d'un consensus médical. Voir pour plus de précisions le lexique des termes médicaux en annexe.

¹³ Dépêche APM – 12 mars 2007 « La TEP permet d'identifier les formes les plus agressives des cancers du rein. » ; Dépêche APM – 24 janvier 2007 « La TEP permet d'évaluer précocement la réponse à la chimiothérapie néo adjuvante dans le cancer du sein. »

complexité croissante dans la prise en charge de la maladie cancéreuse” ne doit pas générer (...) “une dynamique centripète en direction des structures régionales de référence pour la prise en charge du cancer “ [Aubry 2006]

Plus globalement la coordination peut avoir comme but d’améliorer la réactivité et l’adaptabilité des établissements publics aux évolutions rapides et coûteuses de la pratique en cancérologie. Les modes de prise en charge devront s’adapter aux évolutions de la science.

C) L’accès aux essais cliniques pour les patients des centres hospitaliers

Inclure dix pour cent des personnes atteintes d’un cancer dans les protocoles d’essais cliniques, c’est l’objectif prioritaire de l’INCa¹⁴. Seule une coopération des centres hospitaliers et du CHU permettrait d’atteindre ce taux en Limousin.

Selon les termes de la circulaire de 2005 relative à l’organisation des soins en cancérologie, c’est au CHU en tant que pôle régional que revient la mission d’augmenter significativement l’inclusion de tous les malades dans les essais cliniques quel que soit leur lieu de soins et sans délocalisation du malade. Par exemple, les médecins des centres hospitaliers doivent pouvoir accéder à la tumorothèque (banque d’échantillons cellulaires et/ou tissulaires cryoconservés qui a une double vocation de recherche et de soins). La proposition récente de la délégation interrégionale de recherche clinique (DIRC) de mettre en place « un bureau de la recherche clinique » dans les centres hospitaliers va dans ce sens. De plus, les Programmes Hospitaliers de Recherche Clinique (PHRC) régionaux et interrégionaux permettent déjà aujourd’hui d’impliquer les centres hospitaliers. La mutualisation des moyens de recherche avec les centres hospitaliers permettrait de mieux se positionner sur des niches ciblées de recherche.

Aujourd’hui, les patients des CH sont encore peu inclus dans les protocoles d’essais cliniques. Deux raisons peuvent être invoquées: le manque de temps médical pour la recherche dans les CH et la concentration de la recherche au CHU [Pailler 2006]. Le manque de personnels dédiés dans les centres hospitaliers pour informer les patients et assurer les démarches d’inclusion explique aussi ce faible accès des patients aux essais cliniques.

La recherche peut constituer un axe fort d’une coopération CHU – CH comme l’illustre la coopération entre l’Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-PH) et le centre hospitalier de Senlis. Les patients du territoire de Senlis peuvent bénéficier des mêmes protocoles de recherche clinique que dans les centres parisiens [Larregain et al. 2005].

¹⁴ Circulaire de l’INCa du 7 novembre 2006 citée dans la bibliographie

1.2 Une réponse aux défis de la pratique médicale en cancérologie

La rareté du temps médical (1.2.1) devrait inciter les établissements publics, partageant les mêmes statuts pour leurs personnels médicaux, à mutualiser leurs ressources pour mieux répondre aux impératifs de qualité des pratiques (1.2.2) et à l'obligation de formation médicale continue des médecins (1.2.3). Les coopérations en matière de personnels médicaux sont le corollaire de la graduation des soins voulue par le Plan cancer et le SROS III Limousin.

1.2.1 Le temps médical, une denrée rare pour les établissements publics

Trois raisons pourraient inciter aux coopérations inter établissements publics en matière médicale: la rareté du temps médical consécutive en partie au vieillissement des médecins, l'inégale répartition des médecins sur le territoire et les conséquences de la réduction du temps de travail. "La recherche de synergie entre les établissements sanitaires est indispensable afin de faire face aux défis technologiques et démographiques" selon les termes du SROS Limousin. "Le CHU de Limoges (...) et la faculté de médecine doivent apporter leur soutien à l'amélioration de la démographie médicale et à la structuration des coopérations médicales"

En terme de densité médicale globale des médecins généralistes et spécialistes, la région Limousin se situe dans la moyenne [Berland 2006]. La situation est disparate selon les spécialités et les territoires. La région Limousin est une des régions où la densité de spécialistes en radiodiagnostic – radiothérapie est la plus faible (avec les régions Franche-Comté et Centre)¹⁵. La densité des oncologues médicaux pour 100 000 habitants en Limousin est dans la moyenne. Mais le nombre de postes vacants de praticiens hospitaliers temps plein est au dessus de la moyenne nationale [Berland 2006] « Nous manquons de cancérologues » souligne un directeur.

Le vieillissement de la profession médicale intervenant dans la sphère oncologique limite à terme les ressources médicales. En 2001, 17,7 % des spécialistes ayant une activité en cancérologie ont 55 ans et plus. Cette proportion atteint 28,7 % en 2006, soit une augmentation de 11 points¹⁶.

La réduction du temps de travail des personnels médicaux a réduit la disponibilité des médecins dans les centres hospitalier et au CHU. La nouvelle définition du temps de

¹⁵ Ordre National des Médecins – Conseil de l'Ordre Atlas de la démographie médicale en France –situation au 1^{er} janvier 2007 <http://www.web.ordre.medecin.fr/demographie/atlas2007.pdf>

¹⁶ Rapport de l'INCa « La situation du cancer en 2007 »

travail pour les personnels médicaux résultant de l'application de la directive européenne n°93/104 du 23 novembre 1993 a conduit notamment à intégrer les périodes de permanence sur place dans le temps effectif de travail. Ces diminutions de la quotité de travail ont favorisé un déséquilibre entre l'offre et la demande de professionnels médicaux [Berland 2006].

La féminisation de la profession médicale a entraîné un changement de référentiel en matière d'organisation du temps de travail pour les femmes mais aussi pour les hommes: à savoir une volonté de mieux concilier la vie professionnelle et la vie familiale [Taczanowski 2005].

Tous ces éléments qui influencent le temps médical peuvent être considérés comme des leviers de changement. L'organisation des soins pourrait être pensée non plus dans le cadre d'un établissement mais à l'échelle d'un territoire de santé [Taczanowski 2005]. Cette structuration pourrait être attractive pour les jeunes médecins, quelquefois attirés par le secteur libéral non soumis aux mêmes contraintes et plus rémunérateur à court terme. Coopérer serait un moyen de renforcer l'attractivité du monde hospitalier à l'heure où des praticiens hospitaliers du CHU ou des centres hospitaliers partent exercer dans la "clinique d'à-côté".

1.2.2 Les impératifs de qualité et de sécurité des pratiques

La coopération entre établissements publics serait une opportunité pour s'adapter aux exigences de qualité et de sécurité des soins (protocoles, référentiels de bonne pratique). Le colloque singulier a laissé la place à un exercice plus collégial de la médecine.

A) Un désintérêt des jeunes médecins pour un exercice isolé de la médecine

Les auteurs du rapport 2002 de la mission « démographie des professions de santé » menée par le Professeur Berland notaient une évolution des conditions d'exercice souhaitées par les jeunes générations. D'une manière générale, l'ensemble des professionnels de santé déclare ne plus souhaiter l'exercice isolé, que ce soit en milieu urbain ou rural. Les raisons sont multiples : "rejet de l'isolement intellectuel, souhait de préserver une qualité de vie personnelle et familiale, partage de plateau administratif" [Berland 2006]. Le travail en équipe, l'accès aux structures disposant de plateaux techniques et la participation à l'enseignement et à la recherche contribuent aujourd'hui à la qualité de l'exercice professionnel pour tout médecin en CH ou en CHU.

Concrètement, le SROS invite les établissements à formaliser ces coopérations par des consultations avancées de médecins du CHU dans les CH ou à mettre en place des postes partagés. La circulaire relative à l'élaboration des SROS invitait les établissements

à “développer l'exercice pluri-établissements des praticiens hospitaliers à partir de leur rattachement à une équipe commune exerçant sur plusieurs établissements”.

L'intégration de l'établissement dans une filière assurant la graduation des soins peut être garante de l'attractivité de la structure pour les praticiens hospitaliers qui souhaitent continuer à exercer la chirurgie carcinologique. Le rapport Berland pointe trois critères qui influencent l'attractivité des établissements pour le recrutement des médecins: “un projet médical ambitieux et fédérateur, des orientations médicales lisibles et responsabilisantes, et une organisation interne médico - administrative fondée sur la recherche de l'efficacité” [Berland 2006].

B) Les réunions de concertation pluridisciplinaire: vers un exercice collégial de la médecine

La collégialité de la pratique est un impératif en cancérologie avec le Plan cancer. “Le cancer n'est plus une discipline de soliste mais une discipline d'orchestre “ insiste le Dr Thomas Turz, directeur de l'Institut Gustave Roussy et président de la Fédération Nationale des Centres de Lutte contre le Cancer (FNCLCC) [Dhordain et Noussenbaum 2007]. Chaque médecin qu'il soit dans un CHU ou dans un centre hospitalier doit respecter des référentiels de bonne pratique¹⁷ validés collégialement au niveau de la région. Pôle régional d'expertise, le CHU doit jouer un rôle vis-à-vis des centres hospitaliers dans l'élaboration et la diffusion de ces procédures. “On ne bricole pas avec les patients. Quand on ne sent pas à l'aise, il faut savoir passer la main” confie un médecin.

Lieux de la discussion diagnostique et thérapeutique, les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) permettent aux médecins d'échanger ensemble sur la situation clinique du patient (analyse de la stratégie thérapeutique antérieure, les bilans cliniques et la proposition thérapeutique que l'équipe peut formuler). L'article D6124-131 introduit par le décret du 21 mars 2007 susvisé exige la présentation du dossier du patient en RCP « Le projet thérapeutique envisagé pour chaque patient atteint de cancer pris en charge ainsi que les changements significatifs d'orientation thérapeutique sont enregistrés en réunion de concertation pluridisciplinaire »

¹⁷ Les référentiels régionaux constituent une adaptation régionale des recommandations nationales et internationales. Le réseau régional définit la méthodologie de rédaction des référentiels régionaux. Les référentiels régionaux sont opérationnels à travers des arbres décisionnels, aides à la décision dans le cadre des RCP.

La RCP territoriale (dite RCP standard) est le premier niveau de discussion des cas au niveau des territoires de santé. Ces RCP territoriales dans la région se déroulent principalement au CH de Brive pour la Corrèze, au CHU pour les établissements publics de la Haute-Vienne, à la Clinique Chénieux pour les établissements privés de la Haute Vienne et alternativement le CH de Guéret et la Clinique de la Marche pour la Creuse.

Confrontés à un cas complexe ou cancer rare (ex: “cancer de la vessie chez une femme de 35 ans”), les membres de la RCP territoriale doivent pouvoir recourir à une RCP régionale ou interrégionale. L’organisation de l’accès à la RCP régionale est de la compétence du pôle régional en lien avec le réseau régional de cancérologie¹⁸.

L’organisation des RCP de recours constituerait un autre axe de coopérations entre les centres hospitaliers et le CHU.

1.2.3 Mutualiser la formation initiale et continue des médecins

A) Faire découvrir aux internes les différents lieux de pratique de la cancérologie

Les auteurs du rapport Berland sont clairs: “la formation des internes reste encore CHU-centrée”. La mutualisation de la formation médicale initiale serait un thème porteur d’une coopération CH – CHU, le *numerus clausus* et les besoins de terrains de stage augmentant. Depuis 2000, le nombre d’internes en oncologie médicale et radiothérapie croît régulièrement, notamment en radiothérapie.

Les jeunes médecins auraient intérêt à aller découvrir la pratique de la cancérologie dans les centres hospitaliers et appréhender le suivi de proximité des patients. Aujourd’hui, les internes de spécialité ne passent que six mois de stage en hôpital dit périphérique. Les quelques internes présents au CHU ou dans les CH lors de nos visites étaient satisfaits de leur passage dans ces établissements. L’association des petites villes de France souhaiterait aller plus loin en instaurant une obligation pour ces jeunes spécialistes d’effectuer un service d’au moins deux ans dans une petite structure, sous la direction d’un praticien expérimenté [Malvy 2006].

Les médecins et chirurgiens des CH souhaitent participer à l’enseignement. Former des internes est valorisant pour un médecin en centre hospitalier. “Les jeunes nous font

¹⁸ *Projet de cahier des charges national des réseaux régionaux de cancérologie et recommandations en vue de la labellisation*. Document élaboré par l’INCa, le Ministère de la santé et des solidarités et la caisse Nationale d’assurance maladie. Mise à jour au 8 juillet 2006.

revoir nos pratiques, nous remettre en cause. C'est stimulant et cela crée des liens entre établissements" constate un médecin du CHU.

Pour les chefs d'établissements et les chefs de service, ces immersions des internes dans les différents lieux de pratique contribuent à réduire les préjugés et à renforcer l'attractivité des centres hospitaliers. Dans les villes moyennes, la qualité de vie peut être meilleure que dans les grandes villes (conditions de logement, de garde d'enfants plus faciles par exemple).

Le CHU doit rester néanmoins l'animateur, celui qui impulse la formation des internes dans la région. Il doit en permanence développer son expertise et mériter ce rôle. C'est ce que précise le docteur Alain Corvez, ancien directeur de la stratégie et du développement au CHU de Montpellier et actuel directeur de l'ARH de Languedoc-Roussillon "le CHU participe à la formation du moindre médecin dans la moindre commune de France: de la qualité du CHU dépend la qualité du système". [Causse 2006]. Le rapport DEVULDER de invitait en 1995 les CHU à créer des "communautés hospitalières et universitaires régionales".

B) La formation médicale continue: satisfaire ensemble à la nouvelle obligation

Les coopérations CH - CHU répondraient à un objectif plus large de mutualisation de la formation continue des médecins. La loi du 13 août 2004 rend obligatoire pour tous les médecins l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) dans une période maximale de cinq ans à compter de l'installation des conseils régionaux de la formation médicale continue. Ces conseils ne sont toujours pas mis en place en Limousin début septembre 2007. Rattaché à l'université, le CHU devrait impulser cette formation médicale continue.

Les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) sont un vecteur d'échanges de valeur pédagogique entre les professionnels. Les RCP sont souvent l'occasion d'analyser une pratique clinique en conformité ou non avec un référentiel de pratique. En cancérologie, la participation active et régulière (8 à 10 fois par an) des médecins aux réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) leur permettrait de répondre à l'obligation d'EPP. La Haute Autorité de Santé (HAS)¹⁹ a posé néanmoins des conditions à agréer les RCP comme lieux de formation continue : l'existence d'une charte ou d'un règlement intérieur précisant le fonctionnement et des comptes rendus écrits de chaque réunion.

¹⁹ Dépêche HOSPIMEDIA 21 décembre 2006 « Evaluation des pratiques professionnelles »

1.3 La “stratégie régionale de groupe” pour maintenir un offre publique en cancérologie

Ce que souhaite le patient, c'est la fluidité de son parcours. Mais tout en préservant le libre choix de son établissement, médecins et directeurs des établissements publics doivent se coordonner dans le contexte où “la tarification à l'activité a mis en concurrence le monde hospitalier avec le secteur privé “ (selon un directeur)

1.3.1 Une concurrence en cancérologie en Limousin avec le secteur privé.

A) La cancérologie n'est plus une spécialité du secteur public uniquement

Les deux secteurs sont en forte concurrence en matière de prise en charge curative des tumeurs solides en Limousin. Le SROS avalise l'existence de deux filières de soins et donc cette concurrence: une filière publique et une filière privée en autorisant la création de deux centres de coordination en cancérologie (3C) pour les tumeurs solides en Haute-Vienne.

Le positionnement du secteur privé sur le créneau cancérologie peut s'expliquer pour deux raisons principales: les soins dans le privé reconnus par les patients équivalents à ceux du secteur public ; le contexte de financement à l'activité.

Le secteur public n'est plus la référence dans la prise en charge des cancers dans les opinions des patients. Pour deux tiers des personnes interrogées, on est aussi bien soigné pour un cancer dans une clinique que dans un établissement public (Baromètre cancer 2005). Les personnes les plus jeunes estiment même que les soins sont meilleurs à la clinique. Un argument est avancé: l'accès plus facile à une chambre individuelle dans le secteur privé [Guilbert et al. 2006].

Le contexte nouveau de la tarification à l'activité expose à un risque de course à la rentabilité au profit du secteur privé, seul capable de procéder à une sélection des malades [Beuscart 2004].

Pour assurer des parts de marché dans ce domaine et une file active de patients, le secteur privé s'est organisé. Un oncologue – radiothérapeute libéral se rend à Guéret pour des consultations avancées. Il assurerait un recrutement de patients pour les cliniques de la région.

B) Des fuites concurrentielles en chirurgie carcinologique en Limousin

Les parts de marché des cliniques de Brive et Limoges ne sont pas marginales, essentiellement en chirurgie des cancers. La chirurgie carcinologique est une activité programmée qui convient aux exigences du secteur privé. Quelques données issues du PMSI 2005 nous dressent un état des lieux non exhaustif.

- *Radiothérapie et chimiothérapie: le secteur public prédominant*

Seul un établissement privé est autorisé à réaliser des traitements en radiothérapie. Dans ce domaine, la concurrence reste limitée. Les coûts d'achat et de maintenance des équipements freineraient le développement de ce type d'activité dans le secteur privé. L'activité de chimiothérapie suit à peu près la même logique. Les deux cliniques de Brive ne réalisaient en 2005 ni les chimiothérapies ni les radiothérapies mais uniquement la chirurgie. 90 % des séjours des patients du canton de Brive en radiothérapie et chimiothérapie étaient réalisés dans le public: CH de Brive ou CHU de Limoges.

- *Chirurgie gynécologique*: quatre séjours sur cinq en chirurgie gynécologique de patients originaires du canton de Larche (Corrèze) ont été réalisés en 2005 à la Clinique Saint-Germain de Brive. Autre exemple, la totalité des patients originaires du canton de Jarnages (Creuse) situé à une quinzaine de kilomètres de Guéret ont été soignés en 2005 dans une clinique à Montluçon (Allier). De même, plus de la moitié des séjours des patients originaires de Saint-Junien ont été réalisés pour la chirurgie gynécologique dans le secteur privé de Limoges.

- *Chirurgie des cancers de la prostate*: la place du secteur privé est dominante. Plus de trois quarts des séjours 2005 des patients de la ville de Brive-la Gaillarde (Corrèze) ont eu lieu dans une des deux cliniques de la ville. Sur la ville de Limoges, la part du secteur privé dans cette spécialité dépasse les 70%.

- *En chirurgie digestive*: quatre séjours sur cinq des patients du canton de Pierre-Buffière (Haute-Vienne) se sont déroulés dans une des trois cliniques de Limoges. Presque trois quarts des séjours des patients du canton d'Aubusson en Creuse ont eu lieu en 2005 soit dans les cliniques de la Creuse ou une clinique de Montluçon (Allier). 72% des séjours 2005 des patients du canton d'Allasac (Corrèze) ont été réalisés à la Clinique Saint Germain et la Clinique des Cèdres de Brive.

- *En chirurgie pneumologique*: la moitié des séjours des patients du canton de Saint-Junien (Haute-Vienne) ont été réalisés dans une clinique de Limoges. Dans cette sous-

spécialité chirurgicale, la part de marché du secteur privé est cependant moins forte que pour les autres.

Ce tour d'horizon non exhaustif du positionnement du secteur privé invite à développer des coopérations. Dans le contexte des seuils d'activité institués en mars 2007, une coordination de l'offre de soins devient nécessaire.

1.3.2 Seuils d'activité: risque de redéploiement d'activité vers le secteur privé

La mise en place des seuils d'activité minimale annuelle semble rendre urgente l'élaboration d'une stratégie régionale commune pour maintenir une offre de soins publique garante d'une équité d'accès aux soins.

A) La chirurgie carcinologique publique compromise par les seuils d'activité

Lors de la journée régionale organisée par la Fédération Hospitalière de France (FHF) en Limousin, les acteurs hospitaliers ont été informés des effets prévisibles dans la région des seuils fixés par l'INCa. Les établissements réalisant une activité inférieure au seuil fixé par l'arrêté du 29 mars 2007 ne seront plus autorisés à exercer cette activité.

Une étude d'impact en chirurgie cancérologique a été conduite à partir des données 2004 du PMSI. La conclusion est claire : en l'absence de coopérations, aucun centre hospitalier (excepté le CHU de Limoges) ne serait en mesure de proposer, à lui seul, une offre de soins complète en chirurgie carcinologique.

- La chirurgie des cancers digestifs serait pratiquée dans quatre centres hospitaliers sur cinq qui la réalisent aujourd'hui (seuil de trente interventions).
- En chirurgie des cancers urologiques, les trois CH de notre étude ne seraient plus autorisés (seuil de trente interventions). L'activité urologique risque de se reporter sur les cliniques de Brive et de Limoges qui réalisent une activité au-dessus du seuil.
- En chirurgie des tumeurs du sein (seuil de trente interventions), seuls deux centres hospitaliers sur cinq pourraient encore la pratiquer.
- La chirurgie des cancers gynécologiques ne serait réalisée que dans un seul centre hospitalier de la région, en plus du CHU de Limoges.
- Aucun centre hospitalier ne serait autorisé à réaliser la chirurgie des cancers ORL alors qu'ils sont cinq à réaliser des interventions de ce type aujourd'hui.

Ce panorama pointe les conséquences des seuils sur l'activité des établissements. Les patients soignés dans les centres hospitaliers aujourd'hui ne pourraient plus l'être en 2009-2010, créant en cela trois risques:

- La concentration de l'activité au CHU de Limoges qui pourrait être en mesure de répondre à l'afflux de patients (par exemple, le nombre d'interventions supplémentaires à absorber en chirurgie urologique serait de l'ordre de 50).
- La fuite concurrentielle vers le secteur privé
- La fuite des patients vers les établissements hors de la région Limousin compromettant l'accessibilité de soins.

B) Le regroupement des établissements privés à but lucratif en Limousin

Ce tableau doit être toutefois relativisé. Les établissements privés sont aussi concernés par les conséquences des seuils d'activité minimale annuelle et des critères de qualité. Une des deux cliniques de Brive ne réaliserait plus la chirurgie des cancers gynécologiques. La clinique de Guéret ne serait plus autorisée pour les chirurgies des cancers à l'exception de la chirurgie des cancers digestifs. Pour les chirurgies des cancers complexes (cancers du foie, de l'oesophage ou du pancréas), seul le CHU de Limoges serait autorisé.

Pourtant, les cliniques pourraient ne pas sortir perdantes de la recomposition de l'offre de soins. D'une part, les cliniques de Limoges se sont spécialisées chacune dans certaines sous-spécialités chirurgicales. D'autre part, elles développent des stratégies de concentration régionale ou de regroupement dans le cadre de groupes nationaux et internationaux. Ce mouvement de recherche de complémentarité est récent comme le témoigne un représentant de la tutelle : "la chance du CHU [et des centres hospitaliers] jusqu'à maintenant, c'était que les représentants du privé ne s'entendaient pas. Mais ils s'entendront un jour pour des intérêts financiers".

Jusqu'à aujourd'hui, les cliniques en Limousin étaient la propriété exclusivement d'actionnaires médecins locaux, avec quelques participations croisées entre les cliniques. Les groupes de santé n'intervenaient que sur de petites structures. Changement récent, des regroupements sont engagés. Une clinique de Limoges pourrait être rachetée par le groupe VeDiCI, groupe détenu en partie par le fonds d'investissement Apax Partners²⁰. En 2007, le Groupe VeDiCI a acquis le groupe SENY spécialisé dans le diagnostic et le

²⁰ Dépêche APM 16 mars 2007 « Feu vert conditionnel de Bruxelles au rachat de Capio par Apax et Nordic Capital »

traitement du cancer en région parisienne²¹. La clinique de Guéret aurait été rachetée par le groupe VanGuard. Les deux cliniques de Brive pourraient se rapprocher dans les prochains mois.

Le poids du secteur privé dans l'activité cancérologique pourrait croître avec l'amélioration de l'accessibilité et des conditions d'hébergement des cliniques (bénéfice d'une chambre individuelle pas toujours garanti dans le secteur public). Les nouveaux locaux d'une clinique de Limoges seront bien localisés au niveau de l'axe autoroutier Paris – Toulouse, desservis par les transports en commun et dotés d'un grand parc de stationnement.

Au terme de cette première partie, nous avons émis des hypothèses sur l'intérêt de développer des coopérations entre les CH et le CHU de Limoges en cancérologie. La seconde partie permettra de les confronter au bilan des coopérations antérieures et à la vision des acteurs locaux.

²¹ Selon les informations du site Internet du Groupe Vedici : www.vedici.com

2 Diagnostic stratégique des acteurs locaux

2.1 Bilan par les acteurs des coopérations existantes en cancérologie

2.1.1 La mise en place inachevée des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire

A) Réunions de concertation pluridisciplinaires et élaboration de référentiels dans le cadre du réseau ONCOLIM

Les Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) territoriales existent en Limousin. “Le passage des dossiers des patients en comité pluridisciplinaire est entré dans les mœurs” insiste un cadre de santé.

Les RCP dans la région, coordonnées dans le cadre du réseau ONCOLIM, ont lieu régulièrement et assurent le suivi des personnes atteintes de cancer (soixante RCP mensuelles en 2006). Cependant aucun document méthodologique du réseau, comme le prévoit la circulaire de février 2005, ne définit les dossiers standards qui peuvent ne pas être discutés en RCP.

La participation des médecins est variable au sein des RCP. Aux RCP de Brive, les chirurgiens publics sont rarement présents alors que les chirurgiens libéraux sont assidus. Ces derniers ont compris l'intérêt de ces réunions pour assurer le recrutement de patients. “Des filières naturelles de prise en charge se créent à partir des RCP” (un médecin). Selon le rapport d'activité 2006 du réseau ONCOLIM, la participation des médecins libéraux aux RCP a augmenté de plus de 10% alors que celle des médecins hospitaliers est restée stable (sachant que les médecins libéraux sont rémunérés pour leur participation). On constate une forte participation des biologistes et anatomo-pathologistes du secteur privé proportionnellement à celle de leurs homologues du public. Aux RCP du CHU, les médecins seniors ne se déplacent pas toujours, laissant les internes présenter les dossiers.

Autres lieux de coopération, les réunions d'élaboration des arbres décisionnels²² rassemblent des médecins des CH, du CHU et des cliniques. Elles permettent notamment aux praticiens de suivre les études scientifiques récentes en cancérologie (une réunion en 2006 était consacrée à la présentation des avancées présentées au Congrès de

²² Les arbres décisionnels sont des algorithmes de décision. Ils sont des aides à la décision pour les médecins. Ils sont construits à la lumière des dernières évolutions des données de la science.

cancérologie de San Antonio). Depuis le début 2007, trois réunions ont eu lieu concernant respectivement le thesaurus du cancer du côlon et celui du cancer de l'oesophage, et l'élaboration d'un référentiel pour le cancer thoracique. Ces protocoles communs de bonne pratique sont apparemment utilisés par les médecins dans la région comme le prouve cette remarque d'une patiente: "en accord avec le chirurgien du CHU de Limoges, j'ai décidé le retour sur le CH de Brive en raison de la réputation reconnue du service d'oncologie et des protocoles définis de manière identique sur le territoire."

Toutefois un seul thesaurus a été actualisé en 2006. Ces réunions sont des espaces d'échange entre les médecins. C'est une avancée forte. Mais le consensus sur un document commun partagé entre les différents spécialistes des CH, du CHU et des cliniques reste difficile à atteindre.

B) Absence de RCP régionales de recours formalisées

Il n'existe pas de RCP régionale de recours formalisée en Limousin. La raison invoquée est le manque de médecins²³. Toutefois des échanges informels existent entre les RCP territoriales et la RCP du CHU. Par exemple, quand un cas complexe se présente à la RCP de Guéret, un médecin du CH soit se déplace pour participer à la RCP du CHU, soit envoie le dossier pour une présentation en RCP du CHU par un médecin du CHU. Les contacts entre la RCP territoriale de la Corrèze et celle du CHU sont beaucoup plus rares. Aucun besoin de formalisation ne serait apparemment remonté au CHU pour ces RCP de recours.

Le partage d'information est limité entre les RCP de la région. Une patiente a été vue par la RCP du CHU mais les médecins n'avaient pas connaissance de l'ensemble de son parcours. Elle avait été prise en charge en Creuse initialement pour sa chimiothérapie.

Concernant les RCP interrégionales dans le cadre du canceropôle Grand Sud Ouest, deux existent : une pour les tumeurs osseuses et les sarcomes²⁴, et une pour la gynécologie. Seuls les médecins du CHU y auraient accès.

La visioconférence était conçue comme un outil pour favoriser les échanges entre établissements dans le cadre des RCP et des réunions d'élaboration de référentiels régionaux. « Dans tous les types de RCP, l'utilisation de la visioconférence est fortement

²³ « Il n'y a pas assez de médecins en Limousin pour multiplier le nombre de RCP » (rapport d'activité 2006 du réseau ONCOLIM).

²⁴ Cf. lexique des termes médicaux en annexe. Les sarcomes ne représentent qu'un cancer sur 10.

encouragée »²⁵. La majorité des établissements de la région sont équipés ainsi que le siège de l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML). Mais les médecins ne semblent pas ressentir le besoin et ne l'utilisent pas. Certes la visioconférence exige une rigueur dans la distribution de la parole et dans l'organisation. Mais elle évite des déplacements coûteux en temps pour les médecins. L'organisation, plus que la technique est primordiale dans le bon déroulement des visioconférences. Le guide rédigé en novembre 2006 par le comité visioconférence régional du réseau Onco Pays de la Loire propose des recommandations organisationnelles pour un meilleur usage de la visioconférence.²⁶

C) Un réseau ONCOLIM positionné en partie sur les missions des 3C, des réseaux territoriaux et du pôle régional de référence

Le réseau ONCOLIM mis en place depuis 1999 réunit les établissements de santé privés et publics ainsi que les professionnels de santé de ville. Il a été créé dans le contexte de la circulaire de la Direction Générale de la Santé du 24 mars 1998 selon laquelle la décision thérapeutique en cancérologie devait faire l'objet d'une décision pluridisciplinaire autour du patient. La présidence est tournante entre les médecins du CHU et ceux des cliniques de Limoges. Aucun médecin de CH n'est présent dans l'actuel bureau d'ONCOLIM.

Ce réseau régional – organisé sous forme d'association loi 1901 - a pour objectif d'organiser, de formaliser et de diffuser la concertation pluridisciplinaire en cancérologie au niveau régional. Il a aussi pour but d'assurer l'harmonisation des pratiques par la diffusion des référentiels, le développement de la recherche clinique, le développement de la formation continue médicale, la mise en place d'un système d'information commun et le développement de liens de collaboration pour les traitements spécifiques, palliatifs et soins de support.²⁷ Une section infirmière et une section pharmacie viennent d'être créées au sein du réseau.

²⁵ *Projet de cahier des charges national des réseaux régionaux de cancérologie et recommandations en vue de la labellisation.* Document élaboré par l'INCa, le Ministère de la santé et des solidarités et la caisse Nationale d'assurance maladie. Mise à jour au 8 juillet 2006 + Note de l'INCa sur « Les réseaux régionaux de cancérologie » 21 mai 2007 téléchargeable sur le site de l'INCa www.e-cancer.fr

²⁶ Guide disponible sur le site du réseau ONCO-Pays de la Loire : www.onco-paysdelaloire.com

²⁷ cf. convention constitutive du réseau ONCOLIM.

Au regard des éléments de la circulaire du 22 février 2005 et du projet de cahier des charges des réseaux régionaux de cancérologie, le réseau ONCOLIM ne remplit pas exactement les missions qui lui devraient être dévolues. Les six missions d'un réseau régional sont :

- Promotion et amélioration de la qualité (élaboration et mise à jour des référentiels régionaux)
- Coordination régionale des acteurs
- Promotion d'outils de communication communs au sein de la région (i.e. mise en place du dossier communicant en cancérologie)
- Information et aide à la formation continue des professionnels de santé
- Recueil et analyse régionale des données relatives à l'activité de soins, de recherche et d'innovations
- Evaluation des actions mises en place par le réseau.

La mission de développement de la recherche clinique est plutôt de la compétence du pôle régional (à savoir CHU exclusivement en l'absence de CLCC en Limousin) et non strictement du réseau régional. En lien avec le Cancéropôle Grand Sud Ouest, le réseau ONCOLIM a répondu à l'appel à projets de l'INCa²⁸ pour mettre en place une équipe mobile de recherche clinique dans la région. L'INCa vient d'accorder les financements pour le poste d'un attaché de recherche clinique (ARC) qui sera recruté par le CHU. La plupart des réseaux régionaux de cancérologie en France se sont aussi positionnés sur le créneau de la recherche clinique voulant favoriser l'accès aux essais cliniques des patients des établissements privés.

Le développement de la recherche clinique aurait pu être davantage porté par le CHU comme maître d'ouvrage et maître d'oeuvre en lien avec le Cancéropôle. Un des objectifs du Cancéropôle est en effet de "renforcer la recherche clinique sur le cancer". "Le réseau régional établit des liens et des échanges avec les autres réseaux régionaux de cancérologie (...) [il] peut être un interlocuteur des Cancéropôles". La participation du CHU de Limoges au Groupement d'Intérêt Public (GIP) Cancéropôle Grand Sud Ouest²⁹. le

²⁸ Appel à projets faisant suite à la circulaire de l'INCa du 7 novembre 2006. « Rendre les essais accessibles à un plus grand nombre de malades, quels que soient les établissements dans lesquels ces malades sont pris en charge. »

²⁹ Outre cet objectif de renforcement de la recherche clinique, le Cancéropôle Grand Sud Ouest a pour but de « fédérer les projets des oncologues, chercheurs et industriels en privilégiant l'intégration des disciplines et des compétences » ; de « privilégier la logique du transfert des résultats de la recherche vers l'hôpital, le tissu industriel et la société » ; de « développer les capacités d'investissement technologiques et de mutualisation des plateformes technologiques à

place davantage comme l'interlocuteur dans la région de cette structure. Ce positionnement du réseau sur le créneau de la recherche clinique peut expliquer le manque de lisibilité de l'expertise du CHU et aussi l'intérêt du secteur privé à développer des activités de recherche. Les zones d'incertitude des textes créent des positionnements variables selon l'implication des acteurs.

En matière de formation médicale continue, le réseau doit impulser une dynamique, coordonner l'offre et la demande de formation. Il doit toutefois s'appuyer sur les établissements et particulièrement le CHU. "Le réseau est avant tout maître d'ouvrage et s'appuie en priorité sur les maîtres d'oeuvre existants sur la région " selon les termes du projet de cahier des charges.

L'organisation des RCP territoriales est de la compétence de l'établissement de santé ou du centre de coordination en cancérologie (3C). Le réseau régional s'assure uniquement de l'organisation et l'adéquation des RCP aux recommandations définies au niveau régional. Le réseau régional participe aussi en lien avec le pôle régional à la mise en place des RCP de recours. Une des autres missions du 3C est d'assurer l'évaluation de la qualité du parcours du patient. Seuls le territoire de Brive et de Guéret disposent aujourd'hui de 3C mais non complètement opérationnels. Rappelons que selon les décrets du 21 mars 2007, le titulaire de l'autorisation sera tenu d'"assurer annuellement le suivi de la qualité de sa pratique de l'activité de soins (...)" (art. R6123-95 du code de la santé publique)

Le réseau régional n'est pas un réseau de soins à la différence du réseau territorial ou local qui assure la continuité de la prise en charge du patient en proximité. Il n'existe qu'un réseau territorial de soins aux personnes atteintes de cancer, une HAD dénommée "ONCORREZE". L'HAD du CHU joue aussi en quelque sorte ce rôle puisqu'elle permet la délivrance de chimiothérapies au domicile des patients.

La diversité des acteurs et structures en cancérologie (cancéropôle, réseau régional pôle régional, 3C, réseau territorial) suscite des positionnements et stratégies variables selon les régions.

haut débit »; ou encore de « renforcer et structurer les tumorothèques ». (Extraits du site www.canceropole-gso.org)

2.1.2 La fédération médicale interhospitalière en radiothérapie entre le CHU de Limoges et le Centre Hospitalier de Guéret

A) Une coopération rendue obligatoire avec la présence d'un seul appareil à Guéret

Le centre hospitalier de Guéret ne dispose que d'un seul accélérateur. Cette exception n'est tolérée que si et seulement si une coopération est formalisée avec le plateau technique de référence, le CHU de Limoges. Selon les termes du décret du 21 mars 2007, il n'y aura qu'une seule autorisation pour la radiothérapie à Guéret et à Limoges. "Cette autorisation dérogatoire ne peut (...) être accordée qu'à un demandeur qui dispose sur un autre site, dans la même région ou dans une région limitrophe, du plateau technique prévu au premier alinéa [à savoir la présence d'au moins deux accélérateurs de particules]". Aujourd'hui il n'y a pas d'autorisation commune aux deux établissements³⁰.

Le partenariat a été anticipé avant le changement réglementaire. Il s'est matérialisé dans une fédération médicale interhospitalière (FMIH)³¹ entre les deux établissements en janvier 2007. Cette fédération a trois objectifs: coordination des soins, prise en charge de proximité de qualité et adressage de patients par le CH de Guéret au CHU pour les traitements innovants.

Cette fédération s'est mise en place grâce à l'appui du chef de service de radiothérapie du CHU, creusois d'origine et une volonté des chefs d'établissements. En appui de cette fédération, un poste partagé en radiothérapie a été créé. Le chef de service de radiothérapie du CHU réalise aussi en Creuse des consultations avancées.

B) Une coopération naissante

La coopération est récente, il est donc difficile de dresser un bilan. Toutefois aujourd'hui les patients de Guéret sont soignés au plus près de leur domicile avec les mêmes protocoles qu'au CHU. "Les équipes se connaissent et travaillent ensemble". Mais le partenariat est fragile du fait de la démographie médicale. Le service de radiothérapie de Guéret ne fonctionne qu'avec un médecin oncologue radiothérapeute. Le comité de coordination de la FMIH ne s'est pas encore réuni, faute de temps des médecins et des soignants.

³⁰ Le CHU était titulaire d'une autorisation de médecine qui englobait la radiothérapie jusqu'au nouveau régime des autorisations. Depuis le nouveau régime, le « traitement du cancer » est devenue une activité soumise à part entière à autorisation. Le CHU est titulaire de cette autorisation par renouvellement d'une autorisation pour un accélérateur de particules, intervenue en 2006. Le CH de Guéret dispose de sa propre autorisation.

³¹ Cf. article L6135-1 du Code de la santé publique

Autre signe de vulnérabilité, le poste partagé est occupé par un praticien attaché associé (médecin étranger hors Union Européenne) qui ne peut exercer qu'en présence d'un médecin senior. La création de la FMIH n'a pas renforcé, à l'heure actuelle, l'attractivité du centre hospitalier de Guéret pour le recrutement de médecins en cancérologie. Les candidatures sont limitées puisque aussi, au niveau national, le nombre de radiothérapeutes publics est restreint. "La fédération doit être une plus-value et renforcer l'attractivité médicale du centre hospitalier" selon le directeur du CHU.

L'adressage privilégié au CHU de Limoges pour les traitements innovants ne serait pas apparemment effectif. Un seul patient de la Creuse serait venu en radiothérapie au CHU depuis la création de la FMIH. Des radiothérapeutes d'une clinique de Limoges consultent à la clinique de Guéret et traitent au CH de Guéret. Ils orienteraient ensuite probablement vers le secteur privé. La réunion du comité de coordination permettrait de mieux évaluer la mise en oeuvre des objectifs de la fédération.

2.1.3 Venue hebdomadaire d'un oncologue du CHU au CH de Saint-Junien

A) Une organisation satisfaisante...

a) pour les patients

Un patient du territoire de Saint-Junien peut être opéré au CHU ou à Saint-Junien selon la localisation tumorale. Son site implantable est posé au CHU, son dossier est vu en Réunion de concertation Pluridisciplinaire (RCP) du CHU. Ensuite ses cures de chimiothérapies et les consultations avec l'oncologue peuvent avoir lieu à Saint-Junien. Le patient se rend toutefois au CHU pour ses examens d'imagerie. L'installation en cours d'un scanner à Saint-Junien évitera, à l'avenir, ces déplacements. La coopération garantit l'accessibilité à des soins de qualité. Le diagnostic et l'annonce se font sur le site de Saint-Junien. Une consultation infirmière d'annonce est en cours de formalisation.

b) pour les médecins

La coopération fonctionne grâce à la venue une fois par semaine d'un praticien hospitalier oncologue du CHU dans le cadre d'une convention d'activité d'intérêt général. Le praticien trouve un intérêt professionnel dans ce partenariat: une plus grande autonomie qu'au CHU "On fonctionne trop au CHU par bons interposés." Le médecin reçoit aussi une rétribution financière de l'hôpital de Saint-Junien.

Le suivi des patients le reste de la semaine est assuré par un ancien interne de médecine générale qui se forme actuellement à la cancérologie à l'Institut Gustave Roussy (IGR).

Les chirurgiens de Saint-Junien, anciens chefs de clinique du CHU, y trouvent aussi leur compte. Un chirurgien exerce une fois par semaine au CHU et participe par visioconférence aux RCP si besoin.

c) pour les directeurs

La coopération accroît l'attractivité et l'activité du CH de Saint-Junien d'autant plus que l'activité de chimiothérapie a été développée en hospitalisation de jour. Entre 2005 et 2006, le nombre de séances de chimiothérapie est passé de 760 à 946.

Le CHU qui paye le praticien perd une demi-journée d'activité; il ne demande pas le remboursement. Cette coopération est, pour le CHU, un moyen de fidéliser un praticien hospitalier dans le secteur public. Le but est aussi de bénéficier d'un adressage privilégié au CHU des patients du territoire de santé de Saint-Junien.

B) Proximité géographique, échange d'internes et postes partagés : les leviers de cette coopération

Six éléments ont favorisé la mise en place de cette coopération: absence de clinique à Saint-Junien, proximité géographique entre Limoges et Saint-Junien (30 minutes en voiture), échanges fréquents d'internes entre les deux établissements, postes partagés de médecins entre les deux hôpitaux et présence de deux chirurgiens généralistes à Saint-Junien (effectuant aussi bien des interventions viscérales qu'orthopédiques). Ce partenariat met en évidence l'intérêt des postes partagés entre établissements "Les déplacements permettent aux personnes de se connaître, de se parler, de s'entendre" me confirme un médecin. Représentants de la tutelle, directeurs, médecins de Saint-Junien et du CHU sont globalement satisfaits de cette coopération.

Les auteurs du projet médical du territoire de Saint-Junien voient l'avenir de ce partenariat dans le "renforcement de la chirurgie viscérale cancérologique" et le développement de "postes partagés en chirurgie urologique".

C) Limites : impact des seuils et fragilité des interventions médicales croisées

Les seuils d'activité minimale annuelle mettent en lumière les limites de la coopération. La chirurgie des cancers à l'hôpital de Saint-Junien à l'exception de celle des cancers digestifs et des tumeurs mammaires serait compromise au regard des données PMSI 2004. L'activité chirurgicale est très dépendante de la présence ou non des chirurgiens (annonce récente du départ du chirurgien gynécologue remettant en cause la pérennité de la chirurgie du cancer du sein).

Une autre limite de cette coopération réside dans la fragilité des interventions médicales croisées entre établissements. La fragilité peut s'analyser à partir des quatre modalités de financement de ces interventions: prime multi établissement, conventions

d'activité d'intérêt général des praticiens hospitaliers, vacations ou poste partagé dès la création.

a) Prime multi-établissement

Cette indemnité pour activité sur plusieurs établissements³² est allouée aux praticiens universitaires et aux praticiens hospitaliers temps plein, "pour une durée d'un an renouvelable par reconduction expresse", par le directeur de l'établissement public de santé de rattachement du praticien, après avis de la CME. L'octroi de la prime est conditionné à l'accord du directeur de l'ARH qui détermine "les activités sur plusieurs établissements éligibles au versement de l'indemnité". L'activité hors de l'établissement d'origine doit être d'au moins deux demi-journées par semaine³³. Selon les directeurs, la prime est un bon outil. "Depuis qu'il y a ces incitatifs, c'est un peu moins difficile de faire se déplacer les médecins"

Cependant, très peu de médecins en bénéficient en Limousin (enveloppe régionale limitée). L'absence de garantie de reconduction automatique de la prime rend difficile des coopérations sur le long terme. Ces primes sont davantage utilisées comme outils individuels ponctuels mais peu au service des stratégies de coopérations.

b) Les conventions d'intérêt général et vacations

Le CHU de Limoges envoie dans les centres hospitaliers des PH et des PU PH. "Si on ne se déplace pas, le secteur privé se déplacera" insiste un directeur. Les praticiens universitaires (PU-PH, MCU-PH notamment) et les PH temps plein peuvent réaliser (par convention) une ou deux demi-journées dans un autre centre hospitalier.

Ce déplacement peut être pénalisant pour l'établissement prêteur à court terme (perte de temps médical donc perte d'activité) mais qui peut y gagner à terme: "cette stratégie à moyen terme permettra de drainer des patients vers le CHU".³⁴ L'établissement d'accueil finance les frais de trajet du praticien.

Toutefois, les personnels hospitaliers universitaires n'ont pas vocation à faire des consultations avancées. Ils sont normalement à mi temps sur l'enseignement/recherche et à mi-temps sur les soins.

³² Arrêté du 20 février 2007 relatif à l'activité exercée dans plusieurs établissements par les personnels enseignants et hospitaliers titulaires des centres hospitaliers et universitaires et précisant, d'une part, les conditions d'application de cette disposition, d'autre part, le montant et les conditions d'attribution de l'indemnité prévue pour l'exercice de cette activité

³³ Son montant mensuel est d'un peu plus de 400 euros.

³⁴ Décret n°82-1149 du 29 décembre 1982 modifié et circulaire DH/PM/99/609 du 29 octobre 1999

A l'heure actuelle, ces interventions médicales – encore limitées – n'ont pas induit une meilleure attractivité en termes de recrutement de nouveaux médecins dans les centres hospitaliers.

Réticents au début, les médecins du CHU interrogés se montrent favorables à ces déplacements. Les médecins des centres hospitaliers approuvent aussi la démarche même s'ils voudraient se rendre davantage au CHU (accès au plateau technique).

c) Poste partagé

Deux établissements peuvent ouvrir un poste de praticien hospitalier qui dès l'origine crée une activité sur deux établissements. Une journée par semaine dans l'un et le reste dans l'autre est une option intéressante. La tutelle se montre sceptique sur la pérennité de postes 50 /50 qui ne fonctionnent que lorsque les deux établissements sont tout proches. M. Taczanowski pointe les limites des postes partagées (coûteux en temps de trajet) [Taczanowski 2005].

2.1.4 Une politique récente d'essaimage en internat et post-internat

A) “Le CHU a traîné trop longtemps à s'intéresser à son hinterland”

Cette remarque d'un représentant de la tutelle illustre le caractère récent de la politique d'essaimage du CHU. Les stages d'internes dans les centres hospitaliers étaient limités il y a quelques années (manque de volonté des acteurs locaux et attractivité moyenne du CHU de Limoges pour les lauréats du concours de l'internat). De même, le post-internat en centre hospitalier était rarement réalisé. Très peu d'anciens internes du CHU de Limoges exercent aujourd'hui dans les centres hospitaliers de la région à l'exception de l'hôpital de Saint-Junien. Par exemple, la plupart des médecins du CH de Brive aujourd'hui ont réalisé leurs études de médecine à Toulouse, Bordeaux ou Paris. “Les anciens internes du CHU sont aussi dans les cliniques” analyse un chirurgien du CHU.

Pourtant l'essaimage est reconnu comme favorisant les coopérations. Les expériences dans d'autres régions le montrent. Les internes créent des liens entre les établissements et assurent la mise en place de la filière de soins entre établissements. « Les hommes doivent se rencontrer et se parler. C'est la première chose » (un médecin).

B) Le post-internat dans les centres hospitaliers : les assistants spécialistes

Le SROS III invite le CHU de Limoges à « organiser une politique volontariste d'essaimage ». Mais cette démarche n'est pas facile à l'heure de la T2A. “Le CHU doit sortir de ses murs. La T2A ne le favorise pas. Si le CHU l'avait fait avant la T2A, cela aurait été plus facile” constate un représentant de la tutelle.

Les médecins du CHU reconnaissent pour certains l'intérêt de partager la formation des internes avec les centres hospitaliers et développer des postes d'assistants

spécialistes. Le CHU de Rouen et le CH de Dieppe en pneumologie [Muir et al. 2006] ou les Hôpitaux Civils de Lyon avec les centres hospitaliers rhône alpiens [Lerclercq 2006] ont mis en place des postes d'assistants spécialistes (quelquefois financés au niveau régional). Quand deux internes sont motivés pour exercer dans une discipline, c'est l'occasion de donner un poste de chef de clinique à l'un et un poste d'assistant spécialiste à l'autre dans un centre hospitalier avec la possibilité de revenir au CHU.

Les anciens internes³⁵ peuvent être recrutés pour une durée maximale de six ans en tant qu'assistants spécialistes dans les centres hospitaliers non universitaires pour exercer des missions de diagnostic, de soins et de prévention en cancérologie. Opportunité intéressante dans notre étude, ils peuvent exercer leur activité dans plusieurs établissements afin de favoriser les actions de coopération. Ils peuvent être mis à disposition d'un syndicat interhospitalier ou d'un groupement de coopération sanitaire quand cette structure est autorisée à exercer les missions d'un établissement de santé (article R6152-502 du code de la santé publique). Les assistants spécialistes peuvent, par ailleurs, être chargés d'enseignement, ce qui donne un intérêt supplémentaire au poste. Enfin s'ils décident d'exercer à temps plein dans un établissement public, ils peuvent signer un contrat d'engagement et bénéficier d'une prime proportionnelle à la durée de cet engagement. La prime peut atteindre 10 000 euros bruts pour un engagement de quatre ans³⁶.

Le post internat se développe en Limousin. De plus en plus d'internes ayant fait un internat de spécialité optent pour un poste d'assistant spécialiste en CH plutôt que de rester en CHU sur un poste de chef de clinique. La voie du clinicat en CHU reste toutefois la plus prisée dans certaines spécialités.

³⁵ Statut défini par les articles R6152-501 et suivants du Code de la santé publique

³⁶ cf. article R6152-516 modifié par l'arrêté du 30 août 2002 fixant le montant et les modalités de versement de la prime prévue à l'article 11-2 du décret n° 87-788 du 28 septembre 1987 relatif aux assistants des hôpitaux. La prime est versée à l'occasion du recrutement initial ou du renouvellement du contrat de l'assistant qui s'engage à exercer à temps plein dans un établissement public de santé pour une période soit de deux ans, soit de quatre ans.

2.2 L'avenir des coopérations vu par les directeurs, les médecins et les représentants de la tutelle

2.2.1 Une volonté de construire une stratégie régionale commune

A) Le Comité Inter Etablissements du Limousin (CIEL) et le lancement de l'audit stratégique régional

Les présidents de CME des établissements publics et privés participant au service public hospitalier (PSPH) ont, depuis 1999, décidé de se réunir régulièrement dans le cadre de la conférence régionale des présidents de CME. Dès le début, ces derniers ont souhaité associer les chefs d'établissements et le directeur de l'ARH à leurs réunions. Cette instance s'est progressivement formalisée pour devenir le Comité Inter-Etablissements du Limousin (CIEL) rattaché depuis trois ans à la délégation Limousin de la Fédération Hospitalière de France. Un règlement intérieur précise les missions de ce comité : « le CIEL réfléchit et travaille à structurer l'offre de soins en Limousin. Il analyse et prend en compte la situation propre à chaque hôpital ». Le comité se réunit au moins trois fois par an dans une ville différente. La présidence et la vice-présidence sont tournantes tous les deux ans et sont exercées alternativement par un médecin ou un directeur, un représentant du CHU ou un représentant hors CHU. L'organisation du CIEL a été inspirée de celle du groupe de réflexion et d'animation des hôpitaux publics d'Aquitaine (GRAHPA), instance créée en 1995 à l'initiative du CHU de Bordeaux.

Cet espace de discussion constitue un premier pas de la coopération entre les exécutifs des établissements publics de santé. « Faire circuler l'information, c'est le début de la coopération » (un directeur). La connaissance mutuelle des directeurs et médecins est une condition essentielle comme le décrivent les acteurs de la coopération entre le CHU de Rouen et le CH de Dieppe [Muir et al. 2006].

Les membres du CIEL notent des avancées : « le CHU a compris que les centres hospitaliers pouvaient aussi apporter des choses au CHU » selon un médecin. Un directeur considère comme un point fort de l'état d'esprit du groupe, l'abandon de la notion « d'hôpital périphérique » au profit de celle « d'hôpital associé » pour les CH.

Début 2007, les membres du CIEL ont constitué une cellule stratégique de réflexion. Cette dernière est chargée de préparer le cahier des charges pour le lancement d'un audit stratégique régional. Le but de cet audit est d'étudier les parts de marché et les stratégies de coopération en lien avec les exigences de la tarification à l'activité, des projets médicaux de territoire, du SROS et de ses objectifs quantifiés. L'objectif est d'obtenir un diagnostic et des préconisations pour préparer la négociation des avenants aux Contrats

Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) avec l'ARH. Les nouveaux CPOM pourront comporter des dispositions communes à plusieurs établissements³⁷.

Le lancement de l'audit marque une avancée. Jusqu'à maintenant les établissements n'avaient mis en place aucune analyse commune des trajectoires des patients. Les coopérations menées par des CHU dans d'autres régions (Hôpitaux Civils de Lyon et CHU de Rouen) mettent en lumière l'importance d'une étude (réalisée préalablement à toute coopération) de la structuration de la consommation des soins des territoires. Les acteurs hospitaliers doivent analyser ensemble les parts de marché de chaque établissement pour mieux organiser, par la suite, la filière de soins [Leclercq 2006]. Cette démarche évite les préjugés sur les orientations de tel ou tel établissement. "L'établissement X ne joue pas le jeu du CHU. Il adresse à Paris" (un directeur). Le Comité Technique Régional de l'Information Médicale (COTRIM) du Limousin ne remplit pas ce rôle d'étude de l'offre de soins. En Lorraine, le COTRIM s'est saisi de la question [Jay et al. 2005]. Le chaînage des séjours PMSI³⁸ prévu par une circulaire de la DHOS du 22 février 2001 n'est pas encore opérationnel en Limousin. La cellule stratégique de l'ARH n'a pas mis ce dossier à son agenda.

Si la réalisation de cet audit régional confié au cabinet SANESCO marque une réelle volonté de construire une stratégie régionale publique, les obstacles à la coopération ne sont pas tous levés.

B) Logique de territoire versus stratégie d'établissement

Le lancement de l'étude régionale est une étape forte. Dix-sept établissements publics et PSPH y participent. Ces établissements ont dépassé leur logique propre pour adopter une vision régionale. Ils reconnaissent l'interdépendance de leurs stratégies.

Toutefois, des questions restent en suspens. Est-ce que tous les exécutifs des établissements accepteront de livrer l'ensemble des orientations de leur stratégie à l'auditeur ? (Les membres du CIEL ont signé une charte pour le bon déroulement de

³⁷ « Afin de mettre en œuvre l'organisation des activités au sein des territoires de santé. » (Article R6114-7 du code de la santé publique)

³⁸ Le chaînage permet de regrouper les informations portant sur un patient pris en charge dans deux ou plusieurs endroits différents (cabinets médicaux, établissements de santé...) ou sur un patient pris en charge dans le même établissement lors de plusieurs séjours. Le but est de mieux identifier la file active de patients. La mise en œuvre des RSAc (Résumé de Sortie Anonymisé chainable) permet de fournir des informations sur les pathologies et de ne plus se limiter à une vision "séjour" mais de bénéficier aussi d'une vision "patient" ou "pathologie".

l'audit.) Est-ce que l'audit permettra de surmonter les difficultés actuelles des établissements publics à coopérer entre eux ? La totalité des établissements publics et privés PSPH acceptera-t-elle de mettre en œuvre les préconisations de l'auditeur ?

Se lancer dans une stratégie régionale publique est un saut culturel. Les chefs d'établissements et les médecins raisonnent davantage par rapport à leur établissement plutôt qu'en logique de territoire. Pour certains directeurs, la pertinence d'une stratégie régionale publique n'apparaît pas clairement au regard des enjeux d'une stratégie départementale. La coopération avec la clinique de la ville semble quelquefois une solution plus facile.

Le caractère disparate des projets médicaux de territoire et la faible articulation entre eux dans la région illustrent les freins à raisonner au-delà de son établissement. La démarche n'a pas eu partout l'effet escompté par la circulaire du 5 mars 2004 : susciter des réflexions et des échanges entre établissements publics, publics et privés avec les professionnels libéraux de ville. « Les établissements (...) s'accordent entre eux sur les actions concrètes et précises permettant de traduire les orientations du SROS, notamment en matière de coopérations » L'exercice n'était pas obligatoire ; le projet médical de territoire est « un document d'orientation évolutif, non opposable juridiquement, élaboré par les conférences sanitaires ». Les acteurs n'y auraient pas trouvé un intérêt pour leurs établissements. Ce que confirme un élève directeur d'hôpital dans son mémoire sur la périnatalité en Alsace, « le projet médical de territoire reste dépendant de la bonne volonté des acteurs et des marges de manœuvre que l'ARH entend laisser aux conférences sanitaires » [Schandlong 2006]

La diversité de la taille des hôpitaux rend difficile la définition d'une stratégie commune. Tous les directeurs de CH et médecins ne reconnaissent pas le positionnement du CHU comme pôle de référence. Les jeux de pouvoir entre chefs d'établissement influencent l'engagement ou non dans des coopérations. « Les relations entre le CHU et les CH s'apparentent à des rapports dominant – dominés ». Ce discours public d'un directeur montre le chemin encore à parcourir pour que chacun accepte les compromis et gagne la confiance de l'autre. Un directeur évoque aussi « la moindre grande solidarité entre directeurs aujourd'hui ».

Mais le lancement récent de l'audit régional marque une avancée réelle. Ce travail commun aura nécessairement des suites.

2.2.2 « Médecins et chirurgiens du terrain » : entre ouverture et réticence à la coopération

La vision des exécutifs des établissements ne recouvre qu'une partie du diagnostic des acteurs. Intéressons-nous au point de vue des médecins et chirurgiens que l'on qualifiera de « terrain ». Cette appellation regroupera les médecins qui ne sont ni membres du conseil exécutif, ni élus de la CME, et ni impliqués de près dans les groupes de décision du projet d'établissement ou des orientations du SROS.

Ces médecins reconnaissent l'intérêt professionnel et la dimension santé publique de la coopération dans le cadre du réseau ONCOLIM et des RCP « Il ne faut plus rien faire « dans son coin ». Il est inconcevable de travailler hors du réseau ». « On ne fait plus selon notre sauce avec le Plan cancer » (un cadre de santé).

Mais pour ces médecins, la stratégie public – public est « un langage de directeurs ». Selon les cadres de santé, les coopérations ne sont pas comprises par les personnels soignants. Nos interlocuteurs ont beaucoup de difficultés à comprendre la « stratégie de groupe » voulue par le FHF. Les médecins du terrain ont une vision qui rarement dépasse la simple vie du service. « Le médecin, son souci, c'est sa carrière et sa qualité de vie, pas le devenir de l'hôpital ou de la clinique d'en face » souligne avec force un directeur. Au vu de ces éléments, semble se dessiner un enjeu fort de pédagogie et de diffusion de la stratégie dans la communauté médicale.

On peut aussi identifier deux principaux freins actuels à la coopération entre les centres hospitaliers et le CHU : les divisions internes au CHU entre médecins et le « fossé » entre les médecins des CH et ceux du CHU.

A) Les divisions médicales internes au CHU

« Je suis très inquiet des divisions entre médecins ». Cette crainte d'un directeur montre combien la cohésion de la communauté médicale au sein d'un établissement n'est pas une chose innée.

L'hyperspécialisation actuelle de la médecine rend nécessaire la coordination de la prise en charge d'une personne atteinte de cancer. « L'oncologie n'existe que par la chirurgie » confie un médecin. Prenons l'exemple d'un patient diagnostiqué pour un cancer du côlon. Aussi bien dans la phase diagnostique que thérapeutique, son dossier aura été vu par un gastro-entérologue pour la coloscopie, un anatomo-pathologiste pour une biopsie éventuelle, un médecin radiologue pour son scanner ou IRM (Imagerie par résonance magnétique), un oncologue pour la proposition thérapeutique, un chirurgien viscéral si la colectomie a été préconisée, un radiothérapeute si le traitement a comporté une partie radiothérapie ou encore un médecin biologiste pour les différents examens de laboratoire. Cette diversité d'intervenants auprès du patient complexifie la prise en

charge. Plus l'équipe est grande, plus les points de vue peuvent diverger et créer des mésententes. Les intérêts professionnels et cliniques des médecins ne coïncident pas toujours avec ceux de l'établissement. La coordination fait partie intégrante de la déontologie médicale selon les termes de l'article 64 du code de déontologie médicale (article R.4127-64 du code de la santé publique) « Lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés ; chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles et veille à l'information du malade. Chacun des médecins peut librement refuser de prêter son concours, ou le retirer, à condition de ne pas nuire au malade et d'en avertir ses confrères ».

Les divisions de la communauté médicale ne sont pas nouvelles. J.M. Clément³⁹ dans son étude sur les différents clivages qui ont marqué l'histoire de la profession médicale évoque les luttes intestines entre médecins et chirurgiens. Selon M. Taczanowski, ces divisions ont été exacerbées à l'occasion de la mise en œuvre de l'accord sur la réduction du temps de travail (RTT) [Taczanowski 2005].

Outre la spécialité, le statut des praticiens est source de clivages dans la communauté médicale. Au CHU, les praticiens hospitalo-universitaires occupent le devant de la scène au sein de la CME, les chefferies de services et maintenant les chefferies de pôle⁴⁰.

Les praticiens hospitaliers mono appartenants, bénéficiaires de la RTT depuis 2002, ont le sentiment de ne pas bénéficier de la reconnaissance qu'ils pourraient attendre. Ils exercent des missions parfois d'enseignement et de recherche sans en avoir la rétribution. Le management de PU-PH (pas toujours formés à l'animation d'équipe) ne laisse que peu d'autonomie aux autres médecins.

Certains praticiens hospitaliers décident au milieu de leur carrière de quitter le monde hospitalier pour exercer dans « la clinique d'en face ». Certes ces médecins quittent pour un motif financier (doublement de leur rémunération), mais ce n'est pas la seule raison. Dans le secteur privé, ces praticiens pourront animer le réseau et organiser la filière de manière autonome. Ils peuvent le faire plus difficilement dans le public sans obtention du statut de HU. « Dans le privé, ils peuvent être chefs de service à 30 ans ! Ils ont des conditions de travail plus satisfaisantes » (un cadre de santé). Un des oncologues du secteur libéral limousin est un ancien chef de clinique d'un CHU de l'Est de la France. Les PH quittent aussi le public pour réaliser moins de gardes ou d'astreintes.

³⁹ JM Clément 1900-2000 : la mutation de l'hôpital. Les Etudes hospitalières. 2001.

⁴⁰ La place des PH tend à être renforcée au sein de la CME depuis l'ordonnance simplifiant l'organisation des établissements de santé. Désormais, la moitié des sièges en CME de CHU est attribuée aux praticiens hospitaliers mono appartenants [DHOS janvier 2007].

Selon une étude nationale⁴¹ menée auprès de 200 praticiens hospitaliers, le problème de la reconnaissance des efforts et des compétences était un motif fort d'insatisfaction professionnelle. « 52% étaient insatisfaits des possibilités d'évolution et de promotion ». Ils demandaient aussi davantage « d'implication dans un certain nombre de décisions générales de l'hôpital ». Le sénateur Giraud dans son rapport préconisait d'améliorer la situation des non universitaires qui participent aux missions d'enseignement et de recherche [Giraud 2006].

Ces divisions internes au CHU se répercutent dans les relations avec les médecins des centres hospitaliers.

B) Le sentiment d'un fossé entre les CH et le CHU

La famille de l'hospitalisation publique, pour reprendre les termes du Dr Leteurtre⁴², est partagée entre cohésion et division.

Tous les médecins rencontrés dans le cadre de nos entretiens reconnaissent le rôle leader du CHU comme coordonnateur de la région (« Il faut reconnaître que les experts sont au CHU ») mais immédiatement relativisent en insistant sur l'humilité que ce positionnement implique. La liste des rancoeurs et des préjugés des deux côtés est surprenante. La confiance mutuelle, nécessaire au travail d'équipe, demandera du temps à acquérir. Les expériences de coopération en dehors de la région Limousin mettent en lumière des conditions préalables à un rapprochement des équipes médicales : capacité d'ouverture et renoncement à des attitudes hégémoniques ; volonté de dépasser les antagonismes personnels et institutionnels souvent historiques [Leclercq 2006]. « La coopération avec le CHU, elle ne fonctionne que dans un sens » (un cadre de santé).

Certains médecins de centres hospitaliers se considèrent comme isolés. Ils ont le sentiment que les médecins du CHU ne les aident pas suffisamment. Ils évoquent des situations où les médecins du CHU ne leur auraient pas apporté de soutien dans des cas complexes.

Un médecin d'un centre hospitalier évoque une « ambiance confraternelle pas satisfaisante » mais reconnaît que les torts sont partagés. « Les médecins n'aiment pas dépendre des autres. Ils sont attachés au colloque singulier patient / médecin ». Un directeur parle de la « méfiance » des médecins du CHU envers les médecins des CH

⁴¹ Etude réalisée pour la Fédération Hospitalière de France par TNS Sofres du 15 au 25 novembre 2005 en face à face auprès d'un échantillon de 201 praticiens hospitaliers, représentatif en termes d'âge et de région d'exercice. Méthode des quotas.

⁴² « *Tribune libre : Ne pas tirer sur les hôpitaux de proximité* ». Dr Claude Leteurtre. Le Quotidien du Médecin n°7896 du 10 février 2006

prétextant le risque médico-légal, et la jalousie des médecins des CH envers ceux du CHU (« ceux qui ont réussi l'agrég »).

D'autres médecins craignent la fusion pure et simple de leur établissement avec le CHU dans le cadre des « AP régionales » sur le modèle de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris.

Les médecins des CH se sentent mis à l'écart de la recherche régionale. Ils souhaiteraient collaborer davantage aux activités de recherche; mais outre leur manque de temps, ils soulignent la faible volonté de l'université de les impliquer dans les travaux. Un médecin de CH évoque le manque d'intérêt de la faculté de médecine pour ses propositions d'articles. Un médecin du CHU me confie l'absence de demande des médecins des CH mais sans l'avoir suscitée pour autant.

Certains médecins sont fatalistes devant ces divisions et choisissent délibérément de travailler avec les médecins libéraux à la clinique plutôt que de se coordonner avec leurs collègues hospitaliers. « Je travaille avec le secteur privé car dans le public je n'ai pas de réponses avant trois mois. »

Au-delà de ces points de vue, observons le regard que portent les représentants de la tutelle sur les coopérations.

2.2.3 Les leviers et le rôle attendu des représentants de la tutelle régionale

A) La vision et les leviers de la tutelle régionale sur les coopérations

« Pour coopérer, il faut savoir reconnaître les intérêts communs » selon les représentants de la tutelle. L'Agence régionale de l'Hospitalisation (ARH) apporte son soutien aux initiatives en matière de coopérations public – public. Le Directeur de l'ARH ou son représentant assiste en tant qu'observateur aux réunions du comité inter établissements du Limousin (CIEL). L'ARH se dit favorable au développement de consultations avancées dans la région « susceptibles de conforter l'attractivité du CHU de Limoges ». Elle apporte son soutien financier à l'audit stratégique régional lancé par le CIEL à travers des crédits issus du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP).

Un autre levier de l'ARH réside dans la signature des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM). Leurs modalités ont été revues par le décret du 2 novembre 2006. La tutelle régionale peut agir sur l'organisation des activités de soins. Le CPOM « fixe pour le titulaire de l'autorisation : 1° les transformations de ses activités 2° Les actions de coopération dans lesquelles il s'engage (...) ». Le contrat fixe aussi des « objectifs quantifiés relatifs aux activités de soins ». Si ces objectifs ne sont pas atteints, « la commission exécutive peut prononcer une pénalité qui est proportionnée à la gravité du manquement constaté et qui ne peut excéder 1% des recettes d'assurance maladie

constatées dans les comptes du titulaire au titre du dernier exercice clos ». Le directeur de l'ARH peut recourir à des mécanismes graduels de sanction en cas de non respect du contrat. Pour suivre la mise en œuvre du SROS et de ces contrats, l'ARH peut mettre en place des indicateurs, comme l'a réalisé l'ARH Rhône-Alpes⁴³.

Selon les représentants de la tutelle régionale, leurs leviers sont toutefois limités pour s'impliquer davantage dans les coopérations entre établissements publics. Il leur est difficile de limiter la concurrence public – privé dans un contexte où ils ne sont plus pleinement maîtres du financement des hôpitaux (tarifs fixés au niveau national). C'est aussi ce que soulignent Yves Jean Dupuis et David Causse⁴⁴, en déplorant en même temps le fait que l'Etat s'est retranché dans un rôle d'arbitre tarifaire, transférant aux agences régionales d'hospitalisation la conduite de la stratégie d'organisation des soins, sans s'assurer de leur capacité à accompagner les réformes [Causse et al. 2006].

Les représentants de la tutelle plaident leur difficulté à limiter la fuite des praticiens hospitaliers vers le secteur privé en l'absence de clauses de non-concurrence dans les statuts des personnels médicaux. Ou encore quant à la capacité de la tutelle régionale de préserver la chirurgie publique, ses représentants invoquent les faibles moyens d'action sans changement réglementaire : « il faudrait imposer dans les autorisations d'activité de chirurgie la clause suivante : un établissement qui réaliserait plus de 60% de l'activité chirurgicale du département serait tenu d'assurer la chirurgie non programmée. C'est une règle équitable pour les deux secteurs ».

Le positionnement flou des tutelles crée de la confusion. Les médecins des CH et du CHU définissent difficilement le rôle des tutelles régionales. Un médecin considère l'ARH comme "trop fileuse, pas assez décidante", un autre souligne que les tutelles n'ont pas pris les décisions "quand elles avaient les leviers financiers".

⁴³ Mise en place de plus d'une centaine d'indicateurs de suivi du SROS et des CPOM en 2006. cf. dépêche Hospimédia 13 septembre 2007.

⁴⁴ Yves Jean Dupuis est directeur général de la Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif (FEHAP) ; David Causse est adjoint au délégué général de la Fédération Hospitalière de France (FHF).

B) Quel rôle pour les tutelles régionales et nationales en matière de coopérations entre établissements publics ?

L'ARH n'aurait qu'un rôle d'animation sur les projets médicaux de territoire et une marge d'action limitée. L'initiative ne peut venir donc que des établissements eux-mêmes. Chaque décideur hospitalier doit s'approprier la réflexion des projets médicaux de territoire et des stratégies de coopération. C'est en substance ce que soutient Patrice Lorson⁴⁵ : « on ne peut pas demander aux directeurs d'ARH de prendre à leur compte la totalité de la réflexion. Il nous appartient également de nous emparer de ces sujets » [Causse et al. 2006]. Une réflexion des établissements en amont évite des recompositions plus douloureuses en aval ; elles seront imposées. Un directeur revendique une latitude décisionnelle "Si les agences régionales de l'hospitalisation ont la double mission de planifier l'offre de soins et de financer les activités, la gestion de cette offre relève de la compétence des établissements de santé."

Selon l'étude menée par S. Cueille, les stratégies d'alliance entreprises par les décideurs hospitaliers sont, dans la plupart des cas, "des démarches volontaires et non comme des décisions imposées par les tutelles". Les acteurs perçoivent donc une autonomie de décision stratégique [Cueille 2000].

La réflexion dans le cadre du territoire de santé (définie dans le SROS) est vue par Angel Piquemal⁴⁶ comme "une opportunité à saisir". "Le territoire renforce toutefois le degré d'exigence à l'égard des professionnels de santé; s'il constitue un espace de conception, de propositions, d'organisation et donc d'autonomie, il ne sera ce lieu de créativité sans la mobilisation et l'imagination de tous les acteurs de santé" [Piquemal 2006].

Les coopérations représentent une marge de manœuvre des directeurs à préserver. Au vu du caractère disparate des projets médicaux de territoire, les chefs d'établissements, présidents de CME et médecins ne joueraient peut-être pas encore pleinement leurs rôles.

⁴⁵ Patrice LORSON est actuellement directeur du centre hospitalier de Dreux. Ancien directeur du centre hospitalier de Thann en Alsace.

⁴⁶ Angel PIQUEMAL est directeur du centre hospitalier de Bayonne et président de la conférence des directeurs de centres hospitaliers.

3 Scénarii pour une organisation graduée des soins en cancérologie

Le diagnostic stratégique des acteurs (2e partie) combiné à nos hypothèses sur les raisons des coopérations CH – CH (1ère partie) nous conduit à proposer des pistes de scénarii. Préalablement, nous estimons que des conditions peuvent favoriser l’essor de toute coopération interhospitalière. Mais réciproquement l’engagement dans des coopérations peut contribuer à une meilleure structuration interne, à l’organisation de la filière extrahospitalière et à la prise de conscience de l’intérêt à raisonner en logique de territoire (3.1).

3.1 Des conditions facilitantes pour toute coopération interhospitalière

3.1.1 Une exigence forte : l’organisation interne des établissements

- A) La structuration de l’activité de cancérologie au CHU et coopération avec les centres hospitaliers

La réorganisation du CHU autour de la problématique cancérologique peut faciliter la coopération entre établissements et l’entrée efficace dans un réseau. La cohésion interne implique une capacité au sein du CHU à assurer la circulation de l’information et la coordination en interne entre spécialistes médicaux (oncologues, chirurgiens, radiologues et radiothérapeutes) [Etourneau 2000]. L’hyperspécialisation de la médecine crée une relation d’interdépendance entre les médecins. Elle rend aussi nécessaire la complémentarité entre les différents maillons de la “chaîne de soins” au service du patient. L’exemple du centre intégré de lutte contre le cancer de l’Hôpital Charles LeMoyne (Québec) nous conforte dans cette exigence de cohésion interne. La structure organisationnelle est un des critères d’évaluation des services d’oncologie des hôpitaux québécois.

Les travaux de S. Cueille vont dans le même sens. Un établissement confronté à un environnement perçu comme changeant et porteur de concurrence doit se structurer pour assurer son ouverture au changement. La mise en place de structures de transversalité entre corps professionnels et une responsabilisation élevée des personnels administratifs et soignants favorisent cette ouverture. Dans l’organisation, un équilibre doit être trouvé entre “la différenciation qui stimule, ouvre les portes de la responsabilité, et l’intégration des acteurs qui recentre, ouvre la voie de l’unité “ [Cueille 2000].

Une bonne organisation interne conditionne le positionnement du CHU comme de pôle de référence et de recours dans la région et la reconnaissance de son expertise par les autres établissements. Le partenariat avec le canceropôle Grand Sud Ouest constitue un atout de légitimité pour le CHU. “Participer activement au canceropôle, c’est être en mesure au sein du CHU de répondre aux divers appels à projets de recherche” (un médecin).

Des jalons ont été posés au CHU de Limoges pour regrouper les services prenant en charge des patients atteints de cancer. La cancérologie et le développement de la recherche sont deux des trois thématiques prioritaires du projet médical 2007-2011. Un pôle oncologie a été mis en place regroupant le service d’oncologie médicale, de radiothérapie, de dermatologie et d’urologie. Une fédération interne au CHU de cancérologie devrait être prochainement créée. Les statuts sont rédigés mais pas encore adoptés.

A titre de comparaison, le CHRU de Lille a choisi la modalité de la fédération interne de cancérologie. Sa création visait trois objectifs: fédérer les moyens, favoriser le développement de la recherche et engager une démarche qualité. La fédération est animée par un binôme coordonnateur médical – directeur délégué et par un collège de coordonnateurs médicaux (un coordonnateur par localisation tumorale). La fédération n’est pas gestionnaire de ressources, elle n’est que porteuse de projets. Elle ne peut exister qu’en s’appuyant sur les structures existantes et leurs responsables médicaux et soignants [Delmotte, Chevalier et al. 2004]. Une complémentarité doit donc être trouvée.

Les moyens de la recherche au CHU de Limoges ont été regroupés autour du Comité d’Orientation de la Recherche sur le Cancer en Limousin (CORC). L’objectif du CORC, mis en place en septembre 2005, est de définir et d’encourager deux à trois axes stratégiques prioritaires de recherche biologique sur le Cancer en Limousin en lien avec les travaux du canceropôle Grand-Sud-Ouest, du pôle compétitivité Cancer Bio Santé et avec les PHRC Cancer. Mais il concerne aujourd’hui surtout des recherches en hématologie.

B) Structuration du pôle régional de référence et centre de coordination en cancérologie (3C)

Combinée à la mise en place de la fédération, la création d’un centre de coordination en cancérologie (3C) répond aux exigences de la circulaire de février 2005. Un des objectifs du 3C est de rendre plus lisible l’organisation interne de la cancérologie au sein des établissements. Le volet cancer du SROS III préconise la création de deux 3C pour les tumeurs solides en Haute-Vienne (un public, un privé).

Cette dualité de 3C en Haute Vienne pose question actuellement, le 3C ayant pour mission d'évaluer le parcours du patient dans sa globalité. Les patients sont aujourd'hui quelquefois pris en charge dans le public et dans le privé. Créer deux 3C rend difficile l'évaluation du parcours global du patient.

Le positionnement du pôle régional de référence dépend de la création d'un ou deux 3C. Soit le pôle régional de recours reste le CHU exclusivement comme le prévoit le SROS, soit autre hypothèse les missions du pôle régional de référence seront partagées entre le CHU et les Cliniques de Limoges. Rappelons les trois principales missions dévolues à un pôle régional : offrir un plateau technique que les autres établissements publics et privés n'ont pas (Petscan, Tumorothèque, curiethérapie...) ; proposer une expertise de recours (RCP de recours) ; piloter la formation et la recherche.

La structuration du pôle régional peut passer par une réorganisation de l'accueil des patients pour rendre plus lisible leur prise en charge. Le CHU de Limoges projette de mettre en place un Institut de cancérologie du Limousin. Le CHU de Rouen a choisi créer "une maison de l'oncologie". Elle constitue l'interface en interne avec les différents spécialistes d'organe et crée un lieu d'accueil unique pour les patients [Pfister et Got 2005].

C) L'organisation des centres hospitaliers autour de la cancérologie

La nécessité de structurer en interne la cancérologie ne concerne pas uniquement le CHU. Les CH doivent rendre lisible et claire leur organisation pour que chacun connaisse son rôle. Différentes modalités sont possibles. La nomination d'un médecin référent est une piste intéressante. Un médecin, autre que le président de la CME, pourra être identifié parmi ses collègues comme le coordonnateur de la prise en charge des patients atteints de cancer. Cette personne animera un comité de coordination. Elle devra être formée à l'animation d'équipe, le leadership s'acquérant aussi par des formations.

Des solutions moins intégratives sont envisageables: la structuration en pôles, la priorisation de la cancérologie dans le projet médical, la mise en place de protocoles communs partagés par les personnels médicaux et paramédicaux prenant en charge des personnes atteintes de cancer.

3.1.2 Coopération avec les médecins généralistes: développer la filière extrahospitalière

A) Le parcours du patient fortement lié aux conseils du médecin traitant

La structuration par chaque établissement de sa "filiale extra-hospitalière" facilite les coopérations inter hospitalières. Le rôle clef du médecin généraliste (ou traitant) invite les établissements publics à mieux organiser leurs relations avec ces praticiens [Delmotte et al. 2007]. Les résultats des questionnaires diffusés vont dans le même sens: le choix de l'établissement est dépendant des conseils du médecin traitant généraliste ou spécialiste⁴⁷.

B) Intégrer les médecins traitants: de l'information au poste de praticien attaché

Quatre leviers contribuent à renforcer les liens avec les médecins généralistes: l'information, la formation, la mise en place d'un réseau territorial de soins, le recrutement sur des postes partagés ville / hôpital.

La qualité des comptes rendus d'hospitalisation et la rapidité de leur envoi peuvent améliorer les relations avec les professionnels de ville. Un accès téléphonique privilégié auprès des médecins du service permet aussi aux médecins traitants de mieux suivre les soins de leurs patients. L'information des médecins généralistes était une des actions fortes de la coopération en pneumologie entre le CH de Dieppe et le CHU de Rouen [Muir et al. 2006]

Proposer des actions de formation aux médecins est un autre axe d'action. La faculté de médecine de Limoges propose déjà aujourd'hui des diplômes universitaires pour une mise à jour des connaissances par rapport aux évolutions de la science.

La mise en place d'un réseau territorial de soins ou d'une structure d'hospitalisation à domicile (HAD) favorise l'implication des professionnels de ville. Les médecins doivent y trouver un intérêt et un soutien dans leur pratique quotidienne. Développer des partenariats avec les médecins traitants des patients, c'est mettre l'accent sur la prévention et le dépistage précoce. C'est souvent au niveau du dépistage que se joue l'adressage vers le secteur privé. Les médecins généralistes orientent vers les structures qui sont en mesure de confirmer ou donner rapidement un diagnostic (accès rapide à des examens coloscopiques pour le cancer du côlon, mammographie pour le cancer du sein...). La réactivité des réponses à ces demandes renforcera l'attractivité du secteur public.

⁴⁷ cf. résultats du questionnaire en annexe

Outil plus innovant, le poste partagé (moitié en cabinet de ville / moitié à l'hôpital) est un outil d'intégration des médecins généralistes dans la filière publique. Cette pratique réduit les fossés culturels entre la ville et l'hôpital. Le statut de praticien attaché donne une base juridique à ce projet. Un centre hospitalier de notre étude a expérimenté positivement cette modalité de pratique médicale jusqu'à une date récente. Des postes de ce type existent, par exemple, au CHU dans le service de gériatrie. Modalité moins intégrative, la création d'une maison médicale de garde dans l'enceinte de l'hôpital crée aussi des passerelles entre les médecins généralistes et hospitaliers.

3.1.3 Un changement culturel: raisonner à l'échelle du territoire de santé

A) Aux acteurs des établissements publics d'investir la réflexion de territoire

Les acteurs locaux doivent prendre conscience de l'intérêt des projets médicaux de territoire. Un changement de paradigme est nécessaire: dépasser le cadre de l'établissement au profit de celui du territoire. Raisonner à l'échelle du territoire de santé assure une meilleure réponse aux besoins des patients et un meilleur positionnement de l'établissement sur les niches d'activité tout en assurant la continuité des soins. Le contexte de tarification à l'activité et des objectifs quantifiés d'offre de soins (OQOS) nous y incite. C'est en ce sens qu'Angel Piquemal parle du territoire comme d'une "opportunité à saisir". Les décideurs hospitaliers devraient percevoir l'environnement de l'établissement comme un "gisement de ressources" et non plus comme une menace à leur latitude d'action [Cueille 2000].

Deux directeurs de CHU s'expriment dans le même sens. Selon Didier Delmotte, directeur général du CHRU de Lille, "la préparation des dossiers de demande d'autorisation d'activité en cancérologie représente une opportunité à saisir pour proposer une organisation du service public au niveau du territoire plutôt que pour chaque établissement ". Il propose aux établissements publics d'un même territoire de négocier ensemble les contrats d'objectifs et de moyens ainsi que les objectifs quantifiés de l'offre de soins [Delmotte et al. 2007]. Selon Jean-Paul Segade, directeur général du CHU de Clermont-Ferrand, la nouvelle notion de territoire introduite par les SROS III apporte "cohérence et efficacité là où il n'existait souvent que concurrence et méfiance" [Segade 2007].

Ce changement de modèle de pensée n'est pas inné; nous l'avons vu dans la précédente partie. Très peu de médecins ont une vision régionale de l'offre de soins à l'exception du président de la CME.

Investir la réflexion de territoire implique d'analyser ensemble les trajectoires des patients dans les territoires. Avant la création de l'Institut de Cancérologie de la Loire, le CHU de Saint-Etienne et la Mutualité Française de la Loire ont rendu possible le chaînage des séjours. Ils sont arrivés à deux conclusions: une attractivité des établissements au

delà du secteur sanitaire; de nombreux échanges de patients entre les deux cliniques à l'opposé des faibles échanges entre le CHU de Saint Etienne et les établissements de la Mutualité [Trombert-Paviot 2001]. Autre exemple, une étude en Poitou Charentes sur une partie des séjours 2002 et 2003 a identifié le parcours de 909 patientes soignées pour une tumeur mammaire et l'existence de filières multi sites et intra / interdépartementales [Boinot et al. 2007].

B) Des coopérations à l'échelle de chaque niveau de territoire

Une stratégie régionale public – public n'empêche pas des stratégies public – privé au niveau local. Le SROS identifie quatre niveaux de territoire: le territoire interrégional, le territoire régional, le territoire de plateau technique et le territoire de pôle hospitalier de proximité. Ces quatre niveaux de territoire s'articulent comme des poupées russes. La graduation des soins sur les territoires se concrétise dans la graduation des projets médicaux de territoire.

La coopération CH – CHU ne porte pas sur les territoires de proximité mais sur le territoire régional. La stratégie pour un centre hospitalier dans son territoire de proximité peut être un rapprochement à la clinique tout en optant pour une stratégie régionale avec le CHU. Le CH de Guéret, au vu des seuils d'activité à atteindre, aurait intérêt à renforcer son partenariat avec la Clinique de la ville sous réserve que cette dernière ne choisisse pas une stratégie de concentration avec les cliniques de Limoges. C'est à chaque centre hospitalier de s'approprier son territoire de santé. Il trouvera une organisation préservant la pérennité de l'établissement et maintenant une offre publique dans la région. "Le meilleur territoire est celui qui résulte d'une construction collective appuyée sur une analyse technique pertinente des réalités géographiques"⁴⁸ Chaque centre hospitalier doit d'abord raisonner par rapport à son territoire le plus proche avant d'engager une réflexion plus large avec le pôle régional. Les projets médicaux de territoire s'articulent entre eux selon les niveaux de compétences existantes dans les territoires.

Le CHU ne peut pas se positionner comme le seul garant de la permanence des soins dans les territoires de plateau technique de la région. Autrement dit, le CHU ne peut pas pallier l'absence de stratégie de coopération publique⁴⁹ au sein d'un territoire de plateau technique (comme par exemple en Corrèze). Comme l'exprime un président de CME, la

⁴⁸ Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES) Territoires et accès aux soins. Janvier 2003. p. 38

⁴⁹ Les expériences de mutualisation entre Centres Hospitaliers sont plus fréquentes. Cf. La coopération en chirurgie orthopédique – traumatologique du CH de Rochefort avec le CH de La Rochelle.

coopération avec le CHU “dépend de comment le CHU s’intègre au maillage départemental du centre hospitalier “.

Mais les établissements publics doivent privilégier la solution « public – public » dès qu’elle est possible. Les coopérations public – public paraissent plus faciles, les établissements partageant le même statut juridique, les mêmes statuts pour leurs personnels médicaux et non médicaux. Ils partagent également les mêmes obligations inhérentes au service public notamment au plan de l’égalité d’accès aux soins et de leur permanence.

~~3.2 Propositions de scénarii~~

Deux grands enjeux se posent pour l’avenir en Limousin : le respect des seuils d’activité minimale annuelle en chirurgie et radiothérapie, et celui des six critères de qualité de l’autorisation d’activité de traitement du cancer. “Les critères qualitatifs sont aussi importants que les seuils” (un représentant de l’INCa).

Les trois scénarii proposés ont été élaborés à partir de l’analyse de la situation régionale sous forme de matrice (forces, faiblesses, opportunités, menaces) reprenant les éléments de bilan décrits dans la partie précédente. Ce diagnostic a permis de définir cinq variables internes et cinq variables externes qui influenceront les scénarii⁵⁰.

- Variables internes (aux établissements publics)
 - Structuration du pôle régional de référence
 - Organisation interne des établissements autour de la cancérologie
 - Analyse des trajectoires des patients
 - Activité et équilibre financier des établissements publics
 - Appropriation ou non de la réflexion de territoire par les décideurs hospitaliers
- Variables externes
 - Modalités d’adressage des patients par les médecins traitants
 - Changement législatif ou réglementaire en matière de statuts des personnels médicaux publics (influence sur l’attractivité de la pratique médicale publique)
 - Evolution des données de la science en cancérologie
 - Stratégie du secteur privé en Limousin
 - Evolution des tarifs GHS en cancérologie pour le secteur public et le secteur privé

⁵⁰ cf. documents de synthèse en annexe : matrice « forces, faiblesses, opportunités, menaces » et synthèse des scénarii proposés.

3.2.1 Scénario 1: disparition d'une partie de la chirurgie cancérologique dans les centres hospitaliers

Dans ce scénario, la plupart des établissements publics, à l'exception du CHU, ne respecteraient totalement ni les seuils ni les conditions de qualité de l'autorisation d'activité de traitement du cancer. Certains établissements publics atteindraient les seuils d'activité uniquement pour le traitement chirurgical des cancers digestifs et des tumeurs mammaires. L'absence d'approfondissement de la coopération avec le CHU de Limoges ne permettrait pas aux centres hospitaliers de garantir l'accès aux traitements innovants ou aux essais cliniques pour les patients qu'ils prendront en charge.

A) Hypothèses : absence de renforcement des coopérations entre établissements publics combinée à un regroupement du secteur privé à but lucratif

L'absence de renforcement des coopérations entre établissements publics ou entre établissements publics et privés contribuerait au non respect d'une partie des seuils d'activité minimale annuelle.

Pour faire face à la nouvelle donne réglementaire, certaines cliniques du Limousin auraient décidé de mutualiser leurs compétences médicales et leurs plateaux techniques. D'autres auraient été rachetées par des groupes nationaux. L'attractivité des tarifs de cancérologie inciterait d'autant plus le secteur privé à conserver l'activité et à se regrouper.

Les coopérations publiques actuelles entre les CH et le CHU ne se renforceraient pas, faute de temps médical disponible pour les postes partagés ou consultations avancées. Le CHU ne serait pas en mesure de couvrir les manques de temps médicaux dans les établissements publics de la région (perte d'activité trop conséquente à court terme dans une logique T2A. Les groupes homogènes de séjours (GHS) en cancérologie étant rémunérateurs, l'équilibre financier du CHU en dépend⁵¹). Les centres hospitaliers et notamment celui de Saint-Junien auraient des difficultés croissantes à recruter des chirurgiens. Les établissements publics n'auraient pas réussi à travailler sur une analyse partagée des trajectoires des patients dans la région.

Autre hypothèse liée, l'absence de structuration interne du CHU met à mal le positionnement du CHU comme centre régional et la reconnaissance de son expertise. La fédération interne de cancérologie rencontrerait des difficultés à être reconnue en interne, faute d'une personne leader au poste de coordonnateur.

⁵¹ Le pôle oncologie regroupant le service d'oncologie médicale, la dermatologie, la radiothérapie et l'urologie est le pôle le plus excédentaire du CHU début septembre 2007.

Le scénario tient compte d'une stabilité des variables externes. Aucun changement législatif (ou réglementaire) ne viendrait modifier l'attractivité de la pratique médicale dans le secteur public. Les établissements publics ne seraient toujours pas autorisés à intégrer une clause de non concurrence dans les contrats d'activité libérale et les statuts des personnels médicaux. Les évolutions de la science ne remettraient pas en cause fortement le traitement chirurgical des cancers par rapport à des traitements moins invasifs.

B) Conséquences : accroissement des fuites concurrentielles et géographiques

Le non respect des seuils d'activité minimale annuelle de chirurgie carcinologique dans les CH renforce les fuites vers le CHU, le secteur privé et hors de la région Limousin. La non atteinte de l'ensemble des critères qualitatifs d'autorisation met à mal la pérennité de l'ensemble des activités. Le CHU de Limoges serait en mesure d'absorber l'accroissement des flux de patients à court terme. En chirurgie des cancers gynécologiques, cinquante interventions ne pourraient plus être réalisées dans les CH de la région.

Mais pour que le CHU soit capable d'accueillir ces nouveaux patients, l'hospitalisation de jour et la chirurgie ambulatoire devront être développées.

Le secteur privé autorisé trouvera les moyens d'être réactif pour accroître ses parts de marché. Par exemple, les patients diagnostiqués pour un cancer de la prostate du bassin de Brive se déplaceraient soit au CHU de Limoges, soit à la Clinique Saint Germain de Brive (qui pourrait être autorisée) mais aussi de plus en plus vers le nouveau pôle de cancérologie toulousain réunissant les services de cancérologie du CHU de Toulouse et du CLCC « Institut Claudius Regaud » (Brive – Toulouse : 2 heures d'autoroute). Ce pôle construit sur le site de l'ancienne usine AZF risque de jouer un rôle de « grand aspirateur de patients des régions limitrophes » (expression d'un représentant de la tutelle).

Pour les patients, ce scénario compromet les soins à proximité du domicile. L'accroissement des distances des déplacements domicile – lieux de soins accroît le coût des transports sanitaires pour l'assurance maladie. Plus de la moitié des patients interrogés dans notre étude sont venus à l'hôpital en transport ambulancier ou en taxi⁵².

Pour le CHU de Limoges, les fuites concurrentielles et les fuites hors région dans les territoires de proximité mettent à mal son activité. "Le CHU ne s'en sortira qu'avec les hôpitaux périphériques" (un médecin de CH).

⁵² Cf. résultats des questionnaires en annexe

Pour les centres hospitaliers de notre étude, la disparition d'une partie de la chirurgie carcinologique met à mal leur attractivité médicale et leur équilibre financier dans un contexte de T2A "C'est le scénario catastrophe pour moi. On n'est plus autorisé à faire de la cancéro, on devient un centre de cure" comme l'imagine un médecin.

La disparition d'une offre de chirurgie publique complète entrainerait cinq impacts, selon nous, dans les centres hospitaliers:

- Elle peut mettre en cause l'égalité d'accès aux soins pour tous. Les hausses des honoraires en secteur II, récemment mises en cause dans les médias, peuvent freiner l'accès aux soins dans les cliniques⁵³.
- "L'activité de cancérologie est un tout: chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie" (un représentant de la tutelle). Si la chirurgie basculait totalement ou partiellement dans un territoire de la région vers le secteur privé, ce dernier revendiquerait l'activité de chimiothérapie et de radiothérapie, activités qui sont des sources de recettes non négligeables pour les établissements publics
- Un centre hospitalier qui ne peut plus réaliser certains actes de chirurgie carcinologique rencontrera de grandes difficultés pour retenir les personnels médicaux en place et en attirer de nouveaux. Comment recruter un médecin obstétricien – gynécologue quand l'établissement n'est plus autorisé à réaliser la chirurgie des cancers du sein ?
- La chirurgie des cancers représente quelquefois un cinquième de l'activité chirurgicale programmée d'un établissement. Cette activité est importante pour le secteur public confronté aux difficultés de gestion de son personnel médical après la réduction du temps de travail. Il faut éviter que le secteur public ne réalise que les actes de chirurgie non programmée. L'attractivité du secteur public pour les chirurgiens en dépend.
- La disparition d'une activité de traitement du cancer dans un établissement compromettra la dynamique du centre hospitalier dans son ensemble. L'hospitalisation d'un patient atteint de cancer apporte de l'activité aux laboratoires et aux services d'imagerie.

⁵³ Ce point a été souligné par le délégué général de la Fédération de l'hospitalisation privée lui-même, Philippe Burnel, en évoquant « le problème de l'accessibilité économique avec les dépassements d'honoraires » lors de la table ronde organisée au cours de l'assemblée générale de la Mutuelle Nationale des Hospitaliers (MNH) à Lorient les 21 et 22 juin 2007.

C) Limites du scénario : la volonté actuelle des acteurs de coopérer

La réalisation de ce scénario est probable mais des éléments nous invitent à penser le contraire. Le choix des exécutifs des établissements publics de lancer un audit régional est un premier pas dans la coopération. Les résultats de l'audit appelleront une prise de conscience des acteurs et une réactivité. Autre argument, au vu des coopérations existantes, les médecins acceptent progressivement de mutualiser leurs compétences et dépassent les clivages interpersonnels.

Une pédagogie des présidents des conseils d'administration par rapport à la nouvelle donne réglementaire et aux scénarii pourra renforcer la dynamique de coopération engagée.

En conclusion, la volonté exprimée par les chefs d'établissement et les médecins, et le soutien des tutelles aux coopérations plaident pour que ce scénario ne soit pas retenu.

3.2.2 Scénario 2: rapprochement des cliniques limougeaudes et du CHU pour renforcer le pôle régional de référence

Dans ce scénario, le CHU décide de structurer le pôle régional de référence avec les cliniques. La file active limitée de patients en Limousin (population de la région inférieure à 800.000 habitants) plaide pour un rapprochement des deux secteurs (public et privé) sur le modèle de l'Institut de cancérologie de la Loire (association du CHU Saint-Etienne et de la Mutualité française de la Loire). Le CHU de Saint-Etienne était confronté au début 2000 à une fuite de ses patients pour la radiothérapie vers Lyon et Grenoble.

A) Hypothèses : rapprochement au niveau du pôle régional accompagné par une implication des décideurs hospitaliers dans les projets médicaux de territoire

Le CHU et les cliniques de Limoges auraient décidé de regrouper leurs moyens en matière de cancérologie pour mieux répondre aux besoins des patients atteints de cancer. Les missions dévolues au pôle régional (recherche, formation et soins complexes) seraient partagées entre les établissements. La mutualisation des moyens assurerait une plus grande réactivité des établissements aux évolutions croissantes des données de la science (techniques de plus en plus innovantes et coûteuses). Avant la mise en place de ce pôle commun sur des bases acceptées par tous, les établissements privés et le CHU auront fait ensemble un état des lieux des parts de marché et des trajectoires de patients entre les structures. La dynamique du réseau public – privé ONCOLIM aurait renforcé le rapprochement des deux secteurs. Le projet d'un 3C unique récemment abordée avec l'ARH rend crédible ce scénario.

Les cliniques auraient accepté cette stratégie pour éviter leur absorption dans des groupes nationaux et internationaux gestionnaires de cliniques ou détenus par des fonds d'investissement.

Pour une meilleure lisibilité de cette coopération pour les patients, le CHU et les cliniques développeraient à moyen terme un centre commun de traitement, un “guichet unique” pour les patients, à l’instar de l’Institut de cancérologie de la Loire. Cette structure serait à la fois indépendante du CHU et des cliniques.

Les établissements publics auraient imaginé des voies de coopération au niveau des territoires locaux et départementaux entre les deux secteurs. Ils se seraient appropriés les réflexions des projets médicaux des territoires. Ils auraient développé des réseaux territoriaux qui assureraient un maillage efficace des bassins de vie.

La réalisation de ce scénario serait facilitée par des évolutions législatives et réglementaires rapprochant les modes de gestion des personnels médicaux hospitaliers et libéraux. Mais le scénario resterait envisageable en l’absence de ces évolutions. Pour gagner leur confiance et assurer un bon adressage des patients, les médecins généralistes et spécialistes seraient impliqués dans cette recomposition de l’offre de soins.

Les tutelles régionales et nationales se montrent à l’heure actuelle favorables à un rapprochement entre les deux secteurs. Ce qui donne toute sa crédibilité à ce scénario.

B) Conséquences : maintien d’une proximité des soins

Ce rapprochement des deux secteurs permettrait aux patients de bénéficier de la qualité et de la proximité des soins (accès aux essais cliniques et traitements innovants dans le secteur public et privé). Ce rapprochement pourrait peut-être limiter les “débauchages de proximité” de médecins hospitaliers vers le secteur privé, et restaurer l’attractivité médicale de la région Limousin. Cette mutualisation pourrait renforcer le pôle régional en développant des niches de recherche régionales.

Les cliniques pourraient participer notamment à la formation des internes dans leurs établissements. C’est une demande actuelle du secteur privé.

L’organisation de l’offre de soins deviendrait plus claire pour les acteurs locaux qui partageraient au sein des territoires les activités. Pour le CHU, ce scénario semblerait lui permettre de garder, voire de renforcer son expertise.

C) Limites du scénario : incertitudes sur les modalités juridiques et le périmètre du partenariat public – privé

Un certain nombre d’incertitudes freinent la réalisation de ce scénario.

- Les modalités juridiques du rapprochement des services de cancérologie des cliniques et du CHU restent à imaginer. Les différences de statuts des personnels médicaux rendent plus délicat ce partenariat. La forme juridique pourrait être le groupement de coopération sanitaire (formule choisie par le CHU de Nice et la fondation Lenz).

GCS ne peut pas toutefois être financé directement par l'assurance maladie sauf expérimentation⁵⁴. La formule du GCS a été choisie pour le partenariat des CLCC et des CHU destiné à constituer les pôles régionaux de cancérologie [Juif-Arenillas 2004]. C'est par exemple le cas du GCS entre l'AP-HM et l'Institut Paoli-Calmettes à Marseille et le GCS « Institut régional du Cancer de Nantes Atlantique » (mutualisation des moyens des services prenant en charge les patients atteints de cancer du CHRU de Nantes et ceux du CLCC René Gauducheau).

- Les rapprochements d'un CHU avec le secteur privé se font davantage avec des établissements privés à but non lucratif dans le cadre de pôle unique, même si on a vu des expériences de coopération entre des hôpitaux et la Générale de Santé. La coopération est facilitée avec le secteur privé participant au service public parce que ces établissements partagent la même échelle tarifaire que les établissements publics. L'Institut de cancérologie de la Loire est né de la fusion des services de la Mutualité française de la Loire prenant en charge des personnes atteintes de cancer et ceux du CHU de Saint Etienne (syndicat inter hospitalier créé)⁵⁵. La stratégie actuelle des cliniques de Limoges tend davantage à une concentration du secteur privé et à un renforcement de la concurrence entre les deux secteurs. Un partage équitable des activités sera difficile. Le risque sera grand de voir le privé s'approprier les activités les plus rémunératrices. Le contexte de la T2A semble éloigner les deux secteurs. Restera aussi à obtenir l'accord des médecins libéraux des cliniques. Certains d'entre eux défendent fortement la solution du 3C privé en lien avec la médecine libérale de ville.
- Un rapprochement avec le secteur privé lucratif est un travail de longue haleine tant les préjugés culturels entre les personnels des deux secteurs sont forts et tenaces.

⁵⁴ La loi du 8 août 2004 avait prévu la possibilité pour le directeur de l'ARH d'autoriser des GCS à conduire une expérimentation portant sur les modalités de prise en charge par l'assurance maladie des frais d'hospitalisation ainsi que sur les modalités de rémunération des professionnels médicaux des établissements membres de ces groupements. Un arrêté du 16 avril 2007 a précisé un cahier des charges qui ouvre la voie à des expérimentations dans le cadre de GCS impliquant exclusivement un établissement public et un établissement privé participant au service public.

⁵⁵ « L'Institut de cancérologie de la Loire » dépêche du 20 décembre 2004 sur le site de la conférence des directeurs généraux de CHU www.reseau-chu.org

3.2.3 Scénario 3: stratégie publique régionale avec la perspective de créer un GCS de la cancérologie publique

A) Hypothèses: renforcement des coopérations existantes et projets médicaux de territoires portés par les établissements publics

Conscients de l'impact des critères qualitatifs et des seuils d'activité, les établissements publics décideraient de coopérer autour du CHU. La mutualisation des moyens permettrait une meilleure adaptation et réactivité aux changements réglementaires. La stratégie régionale serait entièrement publique. Le partage des mêmes statuts de personnels et des mêmes contraintes de service public rendrait plus facile ce partenariat.

Les coopérations existantes devraient être davantage formalisées: mise en place des RCP de recours, mutualisation de la formation des internes, développement de postes d'assistants spécialistes dans les centres hospitaliers, mutualisation au niveau de la formation médicale continue, accès des médecins des CH aux travaux de recherche.

Dans ce contexte, les directeurs, médecins et personnels soignants des établissements publics se seraient appropriés la réflexion à chacun des niveaux des territoires de santé. Les voies de coopération auraient d'abord été pensées au niveau local tout en gardant en vue la dynamique régionale de l'offre de soins. Des coopérations entre les établissements publics de la Corrèze (Brive, Tulle et Ussel) seraient mises en place (mutualisation des temps médicaux notamment en chirurgie). Les établissements publics de la Creuse se seraient fédérés autour du centre hospitalier de Guéret. "Chaque établissement est un établissement de référence pour un autre. C'est la logique de la graduation des soins " souligne un directeur.

De plus, le CHU aurait commencé à se structurer en interne pour être reconnu comme un pôle d'expertise en matière de soins, de formation médicale et paramédicale et de recherche. Bénéficiant des liens avec les quatre autres CHU membres du canceropôle Grand Sud Ouest⁵⁶, le CHU de Limoges se serait positionné sur des niches de recherche. "On doit mériter notre reconnaissance comme service de référence" insiste un médecin du CHU. La délégation interministérielle à l'aménagement et à la compétitivité des territoires (Diact) préconise aujourd'hui une coopération entre les centres hospitaliers universitaires (CHU) organisée autour de six interrégions afin de renforcer les échanges

⁵⁶ CHU de Toulouse, CHU de Bordeaux, CHU de Montpellier et CHU de Nîmes.

entre établissements. "L'acquisition d'une taille critique et la mise en réseaux représentent un impératif pour un bon positionnement (...)" ⁵⁷

La recherche devrait impliquer tant les oncologues, que les chirurgiens ou encore les anatomo-pathologistes. Les centres hospitaliers auraient développé davantage les activités en hospitalisation de jour. "Il est indispensable de clarifier le rôle et les compétences de chacun" (un médecin).

Pour assurer un adressage régulier de la part des médecins généralistes et spécialistes de la région, les centres hospitaliers et le CHU auraient développé des formules de partenariat au delà de la simple information et des actions de formation. Les médecins généralistes participeraient, par exemple, au fonctionnement des services d'urgence dans le cadre de postes partagés. La permanence des soins au niveau local pourra ainsi être coordonnée [Grall 2007].

Ce scénario se réaliserait d'autant plus si des changements législatifs ou réglementaires renforceraient l'attractivité du secteur public ou, au moins, éviteraient les fuites de praticiens hospitaliers vers le secteur privé.

B) Conséquences du scénario: maintien d'une offre publique en chirurgie cancérologique

La qualité et la proximité des soins pourraient être garanties. La plupart des établissements, mutualisant davantage leur temps médical, atteindraient les seuils d'activité minimale d'activité.

La communication autour de ce partenariat rendrait lisible la nouvelle organisation auprès des patients et des médecins traitants. La coopération permettrait de renforcer voire de garantir l'attractivité médicale des établissements publics. Les adressages mutuels de patients apporteraient de l'activité aux établissements. Un patient dont l'état de santé a nécessité des soins en CHU devrait pouvoir revenir dans le CH le plus près de son domicile quand le CH est en mesure d'assurer le reste du traitement.

Le regroupement des moyens passerait par un développement de postes partagés, mais à double sens. Les médecins du CHU se déplaceraient dans les CH pour des consultations spécialisés avancés ou des actes chirurgicaux en hospitalisation de jour. Un PH du CHU pourrait être intéressé professionnellement par une activité partagée dans un CH. Dans la convention pourraient être définis des objectifs stimulants comme: dynamiser l'activité ou assurer l'encadrement du service.

⁵⁷ Cf. Dépêche APM 4 septembre 2007 « Coopération inter-CHU: la Diact propose un découpage en six interrégions »

Par ailleurs, les médecins des centres hospitaliers devraient pouvoir avoir accès au CHU pour deux raisons: faire bénéficier à leurs patients des traitements innovants; donner la possibilité à ces médecins d'être chargés d'enseignement et de recherche. "L'avenir, ce sont les postes partagés" (un directeur). Le centre hospitalier doit être la porte d'entrée dans le système de soins dans les territoires de santé.

Le respect des seuils se ferait essentiellement par des coopérations au niveau départemental avec la garantie d'un soutien si besoin du CHU dans les cas complexes.

Un cadre organisationnel défini juridiquement renforcerait la mutualisation en assurant «l'autonomie dans la complémentarité » [Segade 2007]. Le choix d'une coopération par conventions ne serait apparemment pas assez structurant. Elle n'incite pas à la formalisation d'un projet médical commun.

Le groupe de travail « management »⁵⁸ des Assises Hospitalo-universitaires 2007 a proposé la piste de la labellisation hospitalo-universitaire des services des centres hospitaliers. Un service serait labellisé s'il respecte un cahier des charges précis⁵⁹. La labellisation pourrait aussi fidéliser les personnels médicaux dans le contexte de la démographie médicale actuelle (décrit dans la première partie).

Cette formule de labellisation pourrait être réalisée dans un cadre juridique autre que la Fédération Médicale Inter Hospitalière (FMIH). Cinq arguments plaident pour mettre en place, à moyen terme, un groupement de coopération sanitaire de la cancérologie (dans un premier temps avec un périmètre limité au département de la Haute Vienne). "Un groupement de coopération sanitaire a pour objet de faciliter, d'améliorer ou de développer l'activité de ses membres"⁶⁰ Le GCS pourrait être élaboré dans un premier temps entre les services de cancérologie du CHU et celui du centre hospitalier de Saint-Junien. La dynamique existante entre les deux établissements permettrait d'envisager un "partenariat renforcé"⁶¹.

⁵⁸ Ce groupe de travail piloté par Philippe Vigouroux, directeur général du CHU de Limoges a préparé des propositions dans le cadre des Assises Hospitalo-universitaires de Marseille des 18 et 19 janvier 2007.

⁵⁹ Le principe de la labellisation HU est d'intégrer les meilleurs services des CH dans une filière HU sous réserve du respect d'un cahier des charges. Trois avantages notamment : participation des médecins des CH à la recherche et enseignement, développement de meilleures relations du CHU avec les CH; extension du périmètre de la recherche clinique (Assises Hospitalo Universitaires Marseille Janvier 2007).

⁶⁰ Article L6133-1 et suivants du code de la santé publique.

⁶¹ Allusion au principe des "coopérations renforcées" proposées dans le cadre de l'Union Européenne.

Pourquoi créer un GCS ?

- A la différence de la FMIH, un GCS aurait un effet structurant sans remettre en cause l'autonomie des établissements. Le GCS a la personnalité morale que n'a pas la FMIH. Le GCS a été retenu par les directeurs des établissements publics en région Nord-Pas-de-Calais "Le groupement de coopération sanitaire représente un outil simple de mise en oeuvre et qui préserve les caractères distinctifs de chacun de ses membres dont l'identité est préservée." [Delmotte 2007]. Le GCS est aussi la formule choisie par les établissements publics de Midi-Pyrénées dans le cadre du projet de clinique universitaire du cancer de Toulouse⁶².
- Le GCS permet des interventions croisées tout en permettant aux médecins de garder leurs statuts initiaux. Les médecins hospitaliers pourront travailler en son sein; les médecins libéraux aussi tout en restant salariés de la clinique. Le GCS pourrait ainsi accroître l'attractivité médicale du secteur public et garantir en cela la permanence des soins. Ces médecins libéraux pourraient s'associer, par le biais d'une convention, au groupement (interventions ponctuelles sous forme de vacations). Le GCS pourrait aussi recruter des personnels (une attachée de recherche clinique dédiée aux membres du GCS).
- Le GCS pourrait assurer l'exploitation de l'autorisation et aurait donc la responsabilité de l'organisation des soins et de la gestion des moyens. "[Le GCS] peut (...)être autorisé par le directeur de l'ARH à assurer l'exploitation d'une autorisation détenue par l'un de ses membres et dispenser à ce titre des soins remboursables aux assurés sociaux" (art. L6133-1 du code de la santé publique). Toutefois les seuils d'activité minimale annuelle s'appliqueraient sur les différents sites. Mais la répartition des médecins pourrait se faire en fonction des besoins⁶³.
- Le GCS aurait l'avantage de la visibilité pour les patients et les médecins traitants.
- Le GCS permet l'adhésion de nouveaux membres. Son caractère évolutif pourrait constituer un atout.

⁶² Cf. Charte d'engagement de constitution de la clinique universitaire du cancer 16 février 2007 accessible sur <http://www.chu-toulouse.fr/> + Lettre d'information avril – juin 2007 du canceropôle de Toulouse téléchargeable sur <http://www.canceropole-toulouse.com/>

⁶³ "Lorsque l'autorisation est accordée pour l'exercice de l'activité de soins sur plusieurs structures dépendant d'un même titulaire, les seuils et la réalisation de l'activité minimale annuelle (...) sont applicables à chacune de ces structures." Article R6123-89 introduit par le décret n°2007-388 du 21 mars 2007 mentionné précédemment.

C) Limites: mobiliser autour de ce changement culturel

Ce scénario comporte toutefois des incertitudes comme le précédent.

- Le rapprochement des établissements publics prendra du temps. Chacun devra trouver l'intérêt à adopter une stratégie de coopération. Chaque établissement devra trouver les leviers pour mobiliser sa communauté médicale autour de cette stratégie. L'outil juridique n'est qu'accessoire par rapport au projet médical que les acteurs décideront ensemble de construire. Ce serait une erreur de travailler en premier sur les modalités juridiques de la coopération.

- La formule juridique de la coopération reste encore floue. Peu de GCS se sont constitués aujourd'hui et fonctionnent réellement, les conventions de coopérations prévalant⁶⁴. D'autres formules encore plus intégratives sont proposées. Les membres de la commission Berland dans leur rapport préconisent d'intégrer l'ensemble des centres hospitaliers d'un territoire de santé au sein d'une seule et même entité, le "groupement hospitalier territorial" permettant la "constitution d'équipes médicales plus étoffées". Pour faciliter la mobilité des professionnels, les auteurs du rapport Vallancien⁶⁵ préfèrent éviter « l'outil complexe et encore incertain du GCS ». Il propose des contrats d'exercice régional, signés avec un employeur de type « groupement des hôpitaux publics » permettant à un chirurgien d'exercer là où les besoins se font ressentir, sans changer pour autant de mode de rémunération [Schandlong 2006]. Mais rien n'est dit sur la forme juridique que prendra ce groupement des hôpitaux publics. Une fusion pure et simple des établissements serait un degré d'intégration encore plus élevé que le GCS.

Nous avons proposé trois scénarii qui sont tous réalisables à court terme. Toutefois, ces trois scénarii apparaissent cloisonnés pour les besoins de présentation de l'étude. Dans la réalité, ils pourraient aisément se compléter. Une intégration publique régionale (scénario 3) se combinerait avec un regroupement public – privé au niveau du pôle régional (scénario 2).

⁶⁴ Dépêche Hospimédia – 25 juillet 2007 « Financement des GCS à 100% de T2A : une expérimentation intensive s'amorce »

⁶⁵ Rapport en avril 2006 au Ministre de la santé de l'époque, Xavier Bertrand. Rapport du Conseil National de Chirurgie dont le Pr Vallancien est le secrétaire général « 'Evaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux en France ».

3.3 Le chef d'établissement et le président de la CME: un rôle majeur d'animation et de pédagogie dans les coopérations

“D'une institution fermée de type bureaucratie professionnelle influencée principalement par le corps médical, l'hôpital devient une institution ouverte sur l'extérieur, plus autonome et intégrée à un réseau de soins, dans laquelle la fonction managériale a pris une importance considérable” [Contandriopoulos et Souteyrand 1996]

Ces mutations structurantes de l'hôpital illustrent l'importance des coopérations aujourd'hui et le nouveau rôle majeur de deux acteurs dont la nouvelle gouvernance a formalisé le binôme: le chef d'établissement et le président de la CME.

3.3.1 Le directeur: animateur et pédagogue des coopérations

A) Animateur de la dynamique d'établissement et de la réflexion des territoires

Dans les stratégies de coopération, le directeur joue un rôle fort dans l'écoute des attentes des personnels de l'établissement et notamment de ses personnels médicaux. Le directeur doit veiller à la plus juste cohésion en interne. Il doit s'impliquer à l'extérieur pour ouvrir l'établissement sur son environnement. Les discours et les actes sont marquants dans ce domaine pour les personnels et les partenaires du territoire de santé (médecins généralistes, établissements médico-sociaux, autres établissements de santé). Une habitude à travailler ensemble entre directeurs est déjà un premier pas dans la coopération “Pensez et organisez l'établissement comme un système ouvert, comme un tissu d'interactions” conseille D. GENELOT dans son ouvrage Manager dans la complexité [Genelot 2001]. C'est dans ce sens que le directeur d'hôpital sera animateur des réflexions des territoires et particulièrement dans l'élaboration du projet médical de territoire [Schandlong 2006].

Le chef d'établissement doit saisir cette marge de manoeuvre. Selon les théories de gestion des entreprises, l'une des missions essentielles du dirigeant consiste à fournir une “interprétation” de l'environnement de l'entreprise. Cette interprétation conditionne en partie la réponse de l'organisation au changement. Reconnaître cette mission d'interprétation aux décideurs hospitaliers revient à leur donner une influence fondamentale sur la réponse de l'organisation et la stratégie [Cueille 2000].

B) Le pédagogue et le vulgarisateur des stratégies de coopération

Comme évoqué dans la partie précédente, la stratégie n'est pas toujours comprise par tous les personnels et notamment les médecins. Pour ces derniers, la stratégie de coopération publique reste un “langage de directeurs”. Ou encore, comme le disait un cadre de santé: “les infirmières ne se rendent pas compte des coopérations médicales entre le CHU et les centres hospitaliers. Elles ne sont pas au courant.”

Le chef d'établissement et plus largement l'équipe de direction seront pédagogues sur les choix stratégiques de l'établissement. Ils vulgariseront les orientations d'avenir de l'établissement. "Donner du sens, construisez sur la culture" conseille aussi D. GENELOT [Genelot 2001]. La diffusion de la stratégie ne peut se faire sans des rencontres régulières avec les personnels. Expliquer les choix de l'établissement aux médecins passe par une compréhension de leurs attentes et des motifs qui pourraient les mobiliser. « Les acteurs ne sont pas attachés de façon passive à leur routine : tout le monde est à prêt à changer rapidement s'il y trouve son compte, mais en revanche, on résistera en fonction des risques encourus avec le changement » suggère Henri MENDRAS dans Le changement social.

Exercice exigeant, la pédagogie demande un fort engagement et une implication des directeurs pour emporter la conviction des acteurs. Il faut imaginer des instances d'échange et d'information entre la direction et les personnels autre que la commission médicale d'établissement. Peu de personnels, exceptés ceux investis dans les instance, ont une vision globale de leur établissement, ou de la "chaîne des soins" en interne et en externe.

Le directeur n'est pas seul acteur dans l'élaboration des orientations stratégiques de l'établissement et la diffusion des choix adoptés. Il peut et doit s'appuyer sur le président de la CME.

3.3.2 Le président de la CME : fédérateur et "traducteur"

Les missions dans les faits des présidents de CME sont larges et diverses comme le souligne le Dr Francis Fellingner, président de la conférence des Présidents de CME de centres hospitaliers : "animateur de la communauté médicale et pharmaceutique; interlocuteur permanent du directeur; garant des choix médicaux; rôle fort sur le recrutement, les nominations du corps médical, l'organisation interne, la gestion des conflits, les projets et les contrats".⁶⁶

A) Fédérateur et animateur de la communauté médicale

Le président de la CME dans les hôpitaux fédère la communauté médicale. Dans les CHU, la tâche est plus délicate. Il doit accorder une place aux praticiens hospitaliers (PH) en mal de reconnaissance aujourd'hui. Il veille à impliquer dans les réflexions du projet médical ou du SROS l'ensemble de la communauté médicale.

Dans les stratégies de coopération, le président exerce une mission essentielle, la cohésion interne des établissements étant vue comme une condition sine qua none. Il

⁶⁶ Extrait d'une conférence donnée à l'ENSP par le Dr Francis Fellingner le 16 janvier 2006 devant les élèves directeurs d'hôpital promotion 2006-2008.

trouvera les leviers organisationnels pour mettre autour de la même table les différentes spécialités médicales et positionner un ou plusieurs médecins comme coordonnateur(s) de leurs collègues.

La mission de président de la CME est exigeante. Les candidats au poste ne sont pas toujours nombreux, leur positionnement étant modifié. M. Binst parle d'un mouvement de fond qui consiste à "créer des mandarins d'un type nouveau, de véritables managers, qui n'ordonnent pas mais qui orientent et arbitrent."⁶⁷

B) « Traducteur » entre le monde médical et la culture gestionnaire

Reprenant la théorie de la traduction proposée par Michel Callon et Bruno Latour, le président de CME est « traducteur ». Il est au croisement de la logique médicale qu'il connaît bien, de la logique managériale interne qu'il découvre, de la logique de territoire et de santé publique où il s'implique. Il est en mesure avec le chef d'établissement de rendre compréhensibles les orientations stratégiques de l'établissement. Son positionnement à la croisée des chemins lui donne un rôle majeur dans la pédagogie des enjeux et leur contextualisation. « Si le message n'a pas été traduit, s'il n'est pas devenu un enjeu pour les récepteurs, il n'y a aucune chance qu'il soit reçu ».

Ce rôle est délicat. Les médecins ne sont pas formés pendant leurs études à l'animation des équipes et au management. La nouvelle gouvernance offre l'opportunité de rapprocher la culture médicale de la culture managériale.

3.3.3 Un binôme indispensable au service du développement de la stratégie

Le chef d'établissement et le président doivent partager ensemble une vision claire des orientations stratégiques de l'établissement. La nouvelle gouvernance formalise leur partenariat qui existait dans les faits. La possibilité pour les médecins de se former au management et à l'animation d'équipe est une opportunité intéressante

Le décroisement de l'organisation interne de l'établissement (voulu par les auteurs de l'ordonnance du 2 mai 2005) se réalise dans le cadre du conseil exécutif. "Le conseil exécutif prépare l'ensemble des mesures nécessaires à l'élaboration et à la mise en oeuvre du projet d'établissement et du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu avec l'ARH (...)"⁶⁸.

Toutefois, ce décroisement et la diffusion de la stratégie ne devront pas s'arrêter aux membres du conseil exécutif. La circulation de l'information est une exigence managériale à promouvoir tant chez les directeurs que chez les médecins. Le binôme directeur référent / chef de pôle peut être une modalité de partenariat décentralisé.

⁶⁷ M. BINST Du mandarin au manager hospitalier. L'harmattan, Paris. 1990.

⁶⁸ Cf. article L. 6143-6-1 du code de la santé publique

CONCLUSION

La mise en place des seuils d'activité minimale annuelle et des critères de qualité conditionnant l'octroi de l'autorisation a ouvert la voie à un mouvement de fond, qui va amener les établissements à rechercher des voies de complémentarité. On peut en cela parler de "grande révolution" comme le suggère le président de l'INCa, Pr Dominique Maraninchi⁶⁹. Ces évolutions accompagnent les besoins croissants des personnes atteintes de cancer.

Beaucoup d'hôpitaux en région Limousin se trouvent confrontés à une alternative claire "se regrouper ou abandonner l'activité" pour les soins en cancérologie sur leur territoire de santé.

Mais il n'y a pas un modèle unique de coopération. C'est aux décideurs de chaque établissement de trouver la stratégie d'alliance, répondant aux besoins des patients de leur territoire, garante de l'équilibre financier de l'établissement et permettant de mobiliser au mieux la communauté médicale et le personnel soignant.

Engagés dans une dynamique de coopération, les établissements publics limousins disposent d'atouts pour transformer le nouveau contexte réglementaire en opportunité.

Notre étude a constaté des avancées réelles et structurantes. Le lancement de l'audit stratégique régional dans le cadre du Comité Inter Etablissements du Limousin (CIEL) est une étape forte dans le partenariat des exécutifs hospitaliers de la région. Côté médecins, la jeune génération prend l'habitude de présenter les dossiers des patients en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) et développe un exercice collégial de la médecine. Les personnels infirmiers rédigent de plus en plus des protocoles communs (création de la section infirmière du réseau ONCOLIM). Ces progrès sont accompagnés par un contexte national porteur (soutien financier au développement des réseaux, opportunité de la nouvelle gouvernance...).

L'organisation dans les territoires de la prise en charge des patients atteints de cancer pourrait être un laboratoire expérimental des recompositions futures de l'offre de soins dans d'autres spécialités.

⁶⁹ Dépêche APM 30 mars 2007 « Seuil d'activité en cancérologie: l'Inca publie les proportions d'établissements autorisables »

Bibliographie

Textes législatifs, réglementaires et circulaires

Loi et Ordonnance

Loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 relative à la simplification du régime juridique des établissements de santé

Circulaires

Circulaire DHOS/PMSI n° 2001-106 du 22 février 2001 relative au chaînage des séjours en établissements de santé dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)

Circulaire n°DHOS/02/DGS/SD5D/2002/98 du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement, en application de la loi 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs.

Circulaire n°DHOS/0/2004/101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération

Circulaire n°DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie

Circulaire DHOS/INCA/MOPRC no 2006-475 du 7 novembre 2006 relative au soutien apporté par l'Institut National du Cancer à l'organisation des essais cliniques en cancérologie

Décrets

Décret n°2006-1222 du 5 octobre 2006 relatif aux personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques hospitaliers et modifiant le code de la santé publique (Dispositions réglementaires)

Décret n°2006-1332 du 2 novembre 2006 relatif aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires)

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

Arrêtés

Arrêté du 16 avril 2007 pris en application de l'article L.6133-5 du code de la santé publique (portant cahier des charges pour l'expérimentation du financement 100% T2A d'un GCS entre un établissement public et un établissement privé participant au service public)

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

Arrêté n° ARH/2006/0002 du 15 mars 2006 du directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation du Limousin portant Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de la région Limousin

Autres

Avis relatif à la décision du 25 juillet 2007 publié au J.O. du 26 août 2006 portant approbation de la convention constitutive d'un Groupement d'Intérêt Public dénommé "Cancéropôle Grand Sud Ouest".

Projets médicaux de territoire

Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales de la Corrèze "Note pour la COMEX concernant le projet médical de territoire de la Corrèze" 12 janvier 2007

Projet médical de territoire. Territoire de proximité de Limoges. Mai 2005

Projet médical de territoire de Saint-Junien. Novembre 2006

Agence régionale d'Hospitalisation du Limousin. Note de cadrage. Projets médicaux de territoire. Avril 2006.

Projet médical de territoire de Saint Yriex la Perche. 27 octobre 2006

Projet médical de territoire de plateau technique de la Haute-Vienne. Décembre 2006.

Synthèse du groupe de travail projet médical de territoire de la Creuse. Janvier 2007

Ouvrages

CONTANDRIOPOULOS A-P. et SOUTEYRAND Y., 1996, L'hôpital stratège. MIRE-DHOS.

GARNIER M. et DELAMARE V. 2006 Dictionnaire illustré des termes de médecine ; 29^e édition. Editions Maloine.

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

GUILBERT Ph., PERETTI-WATEL P., BECK F., GAUTIER A. (sous la dir.), 2006, Baromètre cancer 2005. Saint-Denis, INPES, coll. Baromètres santé, 208 p.

MENDRAS, H. et FORSE M. 1997 Le Changement social Armand Colin Collection U.
PASCAL B. 1967 Les Provinciales. Les Pensées Edition Rencontre Lausanne p.577
(citation)

Articles de périodiques

AOUSTIN M. et al., mai 2004, "T2A et cancérologie" *Gestions hospitalières*, pp. 357-359
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
BOINOT (L.), GAUTREAU (G) et al. avril 2007, "Trajectoires hospitalières des patientes atteintes de cancer du sein en Poitou-Charentes" *Revue d'Epidémiologie et de santé publique* 2007/04 Volume 55
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
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
DELMOTTE D., CHEVALIER D. et al., mai 2004, "Nouvelle gouvernance, quelle applicabilité à la cancérologie ? L'exemple Lillois" *Gestions Hospitalières* pp. 331-334
DELMOTTE D., VINCENZUTTI L. et al., mai – juin 2007, "Vers une stratégie de groupe en cancérologie. 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 cancérologie" *Décision Santé* n°234 p. 8 - 14
ESPER C., mars-avril 2005, "Pôles régionaux de cancérologie et groupements de coopération sanitaire. Quelques questions." *Revue hospitalière de France* n°503, pp. 30-34.
ETOURNEAU C., mars 2000, "Grandes manoeuvres en cancérologie" *Décision santé*, , n°158, pp. 16-18
FAIVRE J. (Pr) et DELMOTTE D., mai 2004, "Présentation de la Fédération nationale de cancérologie des CHR&U" *Gestions hospitalières* pp 335-337
FELLINGER F. (Dr) et GARRIGUES B. (Dr). "Quels seuils d'activité en cancérologie ?". *Revue Hospitalière de France*, septembre-octobre 2006, N°512, pp 72-73.

FERVERS B. (Dr), BATAILLARD A. (Dr) et al., mai 2004, "Améliorer la prise en charge globale des patients. La place des standards, options et recommandations." *Gestions hospitalières* pp. 365-368

GARRIGUES B., FINKEL S. et GAUBERT Y., mars-avril 2005, "Parts d'activités hospitalières en cancérologie. L'hôpital en première ligne". *Revue hospitalière de France* n°503, pp. 20-21.

GERVAIS J-B., NOUSSENBAUM G. et al. mai 2007, "Razzia sur l'hospitalisation privée" *Décision santé* n°235 pp. 10 – 17.

JAY N., FRESSON J., GASPERI M. D., LACOUR B., MAYEUX D., KOHLER F., 2005, "Analyse de la trajectoire de soins en cancérologie. Extraction de connaissances à partir du PMSI" *Journal d'Economie Médicale* vol. 23, no 3-4, p. 191-194.

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, pp. 51-.

LECLERCQ B. et al., novembre – décembre 2006, "Les stratégies de coopération des HCL avec les centres hospitaliers" *Journal de l'Association des Directeurs d'Hôpital* n°6, pp. 34 – 36

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

MUIR J-F. (Pr), THIBERVILLE L. (Pr), DURAND L. (Pr) et NOLET P., décembre 2006, "Accord de pneumologie entre Rouen et Dieppe. Une coopération réussie" *Gestions Hospitalières* pp. 725-729

PIQUEMAL A., mai - juin 2006, "Le territoire, une opportunité à saisir" *Revue Hospitalière de France* n°510, p. 1

PFISTER C. (Pr) et GOT C., novembre-décembre 2005, "CHU de Rouen. Une fédération de cancérologie spécialisée". *Revue hospitalière de France* n°507, pp. 57 à 60.

QUANTIN C., GOUYOU B. et al., mars – juin 2005, "Méthodologie pour le chaînage de données sensibles tout en respectant l'anonymat: application au suivi des informations médicales" *Courrier des statistiques* n°113-114 pp. 15-26

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

TROMBERT-PAVIOIS B. et al. juillet – septembre 2001, « Du chaînage des résumés d'hospitalisation en oncologie à la connaissance épidémiologique des cancers pour la planification » *Revue médicale de l'assurance maladie* volume 32 n°3.

Rapports

BERLAND Y (sous la direction) 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.

GIRAUD F. (Pr), juin 2006, *Les centres hospitaliers et universitaires: réflexion sur l'évolution de leurs missions*. Rapport au Premier Ministre.

GRALL J.Y. (Dr) août 2007 "Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins" Rapport au Ministre de la santé, de la jeunesse et des sports

PAILLER B. (Dr) et ALAYRANGUES G. (Dr), mars 2006, "Enquête: bilan de la mise en place du Plan cancer dans les services de la cancérologie de la région Limousin" (hors chirurgie des cancers) Rapport au Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation du Limousin.

PICARD M. (Rapporteur) Juin 2004 « Aménagement du territoire et établissements de santé » Avis et rapports du conseil économique et social.

VALLANCIEN G. (Pr) (sous la dir.) 2006, « l'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France », Rapport au Ministre de la santé.

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.

Sites internet

CONTANDRIOPOULOS A-P, DENIS J-L, et al. "Intégration des soins: concepts et mise en oeuvre" Département de la santé. Université de Montréal
<http://www.medsp.umontreal.ca/getos/pdf/intgrsoin.pdf>

Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer. Dictionnaire des Cancers de A à Z. <http://www.fnclcc.fr/fr/patients/dico/alpha.php>

Ministère de la santé. Janvier 2007. Note d'information sur la nouvelle gouvernance.
<http://www.sante.gouv.fr>

Présentations power-point

BARRETEAU A. 16 février 2007 "Organisation de la filière cancérologie en région Limousin" Présentation réalisée devant les acteurs de la cancérologie en Limousin à Limoges dans le cadre du tour des régions de la Fédération Hospitalière de France.

GUILLOU M. "Stratégie et projets d'établissements. Introduction à la prospective et à la méthode des scénarios" in Stratégies et projets d'établissements. Dossier documentaire et pédagogique. Février 2007. Ecole Nationale de la Santé Publique

JAAFAR D. (Me) "Les aspects juridiques des coopérations entre acteurs de santé: le GCS" Conférence donnée à l'ENSP aux élèves directeurs d'hôpital 2006-2008 le 2 mars 2007.

Liste des annexes

Annexe 1 : Grilles d'entretien (chef d'établissement, président de CME, médecins, cadres de santé, représentants des tutelles)	Pages II à V
Annexe 2 : Exemple du questionnaire distribué aux patients par les cadres de santé	Page VII
Annexe 3 : Grille d'analyse croisée des entretiens	Page IX
Annexe 4 : Liste des personnes rencontrées	Page XI
Annexe 5 : Matrice "Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces"	Page XII
Annexe 6 : Résumé des scénarii proposés	Pages XIII et XIV
Annexe 7 : Lexique de termes médicaux de la cancérologie	Pages XV et XVI
Annexe 8 : Résultats des questionnaires distribués au CH de Brive-La-Gaillarde	Pages XVII et XVIII
Annexe 9 : Résultats des questionnaires distribués au CH de Guéret	Pages XIX et XX
Annexe 10 : Résultats des questionnaires distribués au CHU de Limoges	Pages XXI et XXII
Annexe 11 : Résultats des questionnaires distribués au CH de Saint-Junien	Page XXIII et XXIV

Annexe 1 : Grilles d'entretiens

Grille d'entretien – chef d'établissement / directeur adjoint

Introduction

Présentation du mémoire de fin de formation des élèves directeurs d'hôpital

1. Présentation de l'établissement au regard de l'offre de soins régionale

(Données d'activité, positionnement de l'hôpital dans son environnement, axes prioritaires du projet d'établissement notamment projet médical)

2. Vision de l'organisation des soins en cancérologie aujourd'hui en Limousin

- Vision sur le rôle du CHU / sur le rôle des CH
- Trajectoires des soins par rapport à l'offre de soins existante (comment les patients s'approprient l'organisation régionale des soins ?) demander aux personnes des exemples concrets, précis
- Comment répondre aux exigences du Plan cancer (organisation régionalisée, seuils d'activité, personnalisation de la prise en charge, qualité des soins) en Limousin ?

3. Etat des lieux des coopérations mises en place entre le CHU et l'établissement

- Coopérations existantes
- Modalités de coopération adoptées
- ⇒ Demander de raconter la mise en oeuvre des coopérations actuellement en cours : démarrage, différentes étapes, difficultés rencontrées, réorientations éventuelles, points d'accord / désaccord.

4. Points forts et facteurs moteurs à l'origine des coopérations, particulièrement en cancérologie

- Quels sont les outils juridiques qui ont favorisé les coopérations ?
- Quelle place ont les liens interpersonnels (directeurs, médecins et soignants) dans les coopérations ?
- Quelle place a la structuration interne des services d'oncologie dans les coopérations ?
- Quel rôle pour les tutelles dans les coopérations ? Inciter ? Soutenir ? Financer ?

5. Limites / contraintes des coopérations actuelles

- Quels outils, règles ou mesures ont limité le développement des coopérations ?
- ⇒ Demander des exemples concrets de difficultés dans les coopérations
- Comment la T2A influe sur les coopérations en cancérologie ? (financement des coopérations)
- Comment la démographie médicale influe sur les coopérations ?

Conclusion : pistes d'amélioration des coopérations et vision de l'organisation future des soins en cancérologie

- S'il fallait faire un bilan de ces coopérations : points positifs et points négatifs.
- Quels outils promouvoir ? Quel rôle pour le CHU à l'avenir ? Quel rôle pour les CH ?

Remerciements et autres aspects non mentionnés lors de l'entretien à ajouter

Grille d'entretien – Président de CME / Médecin DIM
--

Introduction

Présentation du mémoire de fin de formation des élèves directeurs d'hôpital

1. Présentation de l'établissement au regard de l'offre de soins régionale

(Données d'activité, positionnement de l'hôpital dans son environnement, axes prioritaires du projet d'établissement notamment projet médical)

2. Vision de l'organisation des soins en cancérologie aujourd'hui en Limousin

- Vision sur le rôle du CHU / vision sur le rôle des CH
- Trajectoires des soins par rapport à l'offre de soins existante (comment les patients s'approprient l'organisation régionale des soins ?)
- ⇒ Pour les médecins DIM : question sur l'existence ou non de données précises d'analyse des trajectoires / existence ou non de suivi commun au niveau régional du parcours des patients

3. Etat des lieux des coopérations mises en place entre le CHU et l'établissement

- Coopérations existantes
- Modalités de coopération adoptées

=> Demander de raconter la mise en oeuvre des coopérations actuellement en cours : démarrage, différentes étapes, difficultés rencontrées, réorientations éventuelles, points d'accord / désaccord.

4. Points forts et facteurs moteurs à l'origine des coopérations, particulièrement en cancérologie

- Comment l'organisation de l'offre de soins répond aux exigences du Plan cancer ? (seuils d'activité)
- Quels sont les outils qui ont favorisé les coopérations ?
- Quelle place ont les liens interpersonnels (médecins et soignants) dans les coopérations ?
- Quelle place a la structuration interne des services d'oncologie dans les coopérations ?
- Quel rôle pour les tutelles dans les coopérations ? Inciter ? Soutenir ? Financer ?

5. Limites / contraintes des coopérations actuelles

- Quels outils, règles ou mesures ont limité le développement des coopérations ?
- ⇒ Exemples concrets de difficultés dans les coopérations
- Comment la T2A influe sur les coopérations en cancérologie ? (financement des coopérations)
- Comment la démographie médicale influe sur les coopérations ?

Conclusion : pistes d'amélioration des coopérations et vision de l'organisation future des soins en cancérologie Comment répondre aux exigences du Plan cancer (organisation régionalisée, seuils d'activité, personnalisation de la prise en charge, qualité des soins) dans les prochaines années en Limousin ?

Introduction

Présentation du mémoire de fin de formation des élèves directeurs d'hôpital

1. Présentation de l'établissement au regard de l'offre de soins régionale

(Données d'activité, positionnement de l'hôpital dans son environnement, axes prioritaires du projet d'établissement notamment projet médical)

2. Vision de l'organisation des soins en cancérologie aujourd'hui en Limousin

- Vision sur le rôle du CHU / vision sur le rôle des CH
- Trajectoires des soins par rapport à l'offre de soins existante (comment les patients s'approprient l'organisation régionale des soins ?) Comment se déroulent les transferts de patients entre établissements ? Quid de l'adressage par les médecins généralistes ?

3. Etat des lieux des coopérations mises en place entre le CHU et l'établissement

- Demander de décrire les coopérations existantes et notamment celles où ils sont parties prenantes. Demander des exemples concrets

4. Points forts et facteurs moteurs à l'origine des coopérations, particulièrement en cancérologie

- Pour les médecins uniquement => Participez-vous aux RCP ? utilisez-vous les référentiels mis en place par le réseau ONCOLIM ? Qu'est qui est motivant dans les postes à activité partagée ?
- Quelle place ont les liens interpersonnels (directeurs, médecins et soignants) dans les coopérations ?
- Quel rôle pourrait avoir une fédération interne des services prenant en charge les patients atteints de cancer dans l'établissement ?
- Comment percevez-vous le rôle des tutelles (ARH en région, Ministère ou INCa au niveau national ? => Quelles sont leurs missions ?

5. Limites / contraintes des coopérations actuelles

⇒ Exemples concrets de difficultés dans les coopérations

- Etes vous au courant des décrets sur la cancérologie ? Comment les établissements s'approprieront les seuils d'activité fixés par les nouveaux décrets ? critères de qualité ?
- Comment la démographie médicale influe sur les coopérations ? (attractivité du secteur public)

Conclusion : pistes d'amélioration des coopérations et vision de l'organisation future des soins en cancérologie :

Comment répondre aux exigences du Plan cancer (organisation régionalisée, seuils d'activité, personnalisation de la prise en charge) dans les prochaines années en Limousin ?

Quel rôle pour le CHU à l'avenir ? Quel rôle pour les CH ?

Grille d'entretien – Représentants des tutelles régionales et nationales (ARH, Assurance Maladie, INCa)
--

Introduction

Présentation du mémoire de fin de formation des élèves directeurs d'hôpital

1. Présentation de l'organisation des soins en cancérologie aujourd'hui en Limousin

- Vision sur le rôle du CHU / vision sur le rôle des CH
- Trajectoires des soins par rapport à l'offre de soins existante (comment les patients s'approprient l'organisation régionale des soins ?) => avez-vous des données précises sur les trajectoires inter établissements publics, et public ↔ privé.

2. Etat des lieux des coopérations mises en place entre le CHU et les CH en Limousin

- Bilan des coopérations existantes. Quelles spécificités pour les coopérations en cancérologie ?

3. Facteurs moteurs à l'origine des coopérations, particulièrement en cancérologie

- Quels sont les outils d'après vous qui ont favorisé les coopérations ? (primes multi établissements, ONCOLIM, dossier communicant de cancérologie...)
- Quelle place ont les liens interpersonnels dans les coopérations ?
- Comment la démographie médicale en Limousin influe sur les coopérations ?

4. Rôle pour les tutelles dans les coopérations

Inciter ? Soutenir ? Financer ?

Quels outils ont les tutelles à leur disposition pour favoriser les coopérations ? CPOM ?

Ont-elles un rôle à jouer dans les coopérations inter établissements CHU / CH ? Spécifiquement sur les coopérations public – public ?

Comment les tutelles se positionnent par rapport aux exigences de recomposition de l'offre de soins au niveau ministériel (seuils d'activités, critères de qualité, fusion d'établissements...) ?

5. Limites / contraintes des coopérations actuelles

⇒ Exemples concrets de difficultés dans les coopérations

- Quels sont d'après vous les freins aux coopérations ?
- Comment les patients s'intègrent aux réflexions sur les coopérations CHU / CH ?
- Comment la T2A influe sur les coopérations en cancérologie ? (financement des coopérations)

Conclusion : pistes d'amélioration des coopérations et vision de l'organisation future des soins en cancérologie : Quels outils promouvoir dans le contexte spécifique de la cancérologie ? Comment répondre aux exigences du Plan cancer (organisation régionalisée, seuils d'activité, personnalisation de la prise en charge, qualité des soins) dans les prochaines années en Limousin ? Comment à l'avenir se positionneront les tutelles ?

ANNEXE 2 : Questionnaire « Patients des services »

Présentation des objectifs du questionnaire par les cadres de santé

Merci de votre contribution.

1. De quelle commune êtes vous originaire ?

Département d'origine (commune) : _____

2. Combien de temps avez-vous mis pour venir jusqu'à l'hôpital ?

- ☐ Moins de 15 minutes
- ☐ Moins de 30 minutes
- ☐ Moins d'une heure
- ☐ Plus d'une heure

3. Par quel moyen êtes-vous venu à l'hôpital ?

- ☐ Véhicule personnel ☐ oui ☐ non
- ☐ Véhicule d'un proche ☐ oui ☐ non
- ☐ Transport en commun ☐ oui ☐ non
- ☐ Ambulance ☐ oui ☐ non
- ☐ Autre, précisez : _____

4. Est-ce la première fois que vous venez dans cet établissement ?

☐ oui ☐ non

☐ Si non, indiquez le nombre de séjours antérieurs : _____

5. Avez-vous été suivi dans d'autres hôpitaux / cliniques ?

☐ oui ☐ non

☐ Si oui, lesquels ?

- ☐ CHU de Limoges ☐ Clinique Chénieux
- ☐ CH de Guéret ☐ Clinique de la Marche (Guéret)
- ☐ CH de Saint-Junien ☐ Clinique de Brive
- ☐ CH de Brive
- ☐ CH de Tulle ☐ Autre :
- ☐ CHU de Toulouse

6. Pourquoi êtes-vous venu dans cet établissement ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Proximité domicile personnel
- ☐ Proximité domicile d'un tiers, famille ☐ Conseils de votre médecin traitant
- ☐ Qualité des soins ☐ Média (presse, télévision, radio)
- ☐ Réputation de l'établissement ☐ Conseils d'un proche ou ami
- ☐ Professeur connu ☐ Autre raison, à préciser :

7. Quelle note donnez-vous à l'organisation des soins dans le service ? (De 0 à 10)

8. Quelle note donnez-vous à l'organisation des soins dans la région ? (De 0 à 10)

Age : ☐ 20 -40 ☐ 40-60 ☐ 60 -80 ☐ 80 et plus

Sexe : ☐ M ☐ F

Profession (actuelle pour les actifs, dernière pour les retraités ou les inactifs) :

Annexe 3 : Grille d'analyse croisée des entretiens

Grille d'analyse des entretiens : analyse croisée des discours des directeurs

Thèmes / Interviewé	Directeurs				Références théoriques / données chiffrées
	Dir CHU	Dir CHA	Dir CHB	Dir CHC	
Présentation de l'établissement Données d'activités Axes du projet d'établissement					
Vision du Rôle CH / CHU dans la graduation des soins Rôle des CH en cancérologie : vision Rôle du CHU en cancérologie Recherche / enseignement en cancérologie Organisation interne des services Stratégie de groupe					
Trajectoires des patients Choix des patients Orientation médicale Attractivité des étabs					
Connaissance mutuelle des acteurs / Liens interpersonnels					
Démographie médicale Attractivité médicale du CHU Attractivité des CH					

Outils de la coopération réseau ONCOLIM postes partagés / consultations avancées primes multi sites dossier communicant de cancérologie Autres outils					
Rôle des tutelles Seuils d'activité INCa Exigences nationales					
Financement des coopérations Tarifs en cancérologie Autres financements					
Pistes d'amélioration					

Annexe 4: Liste des personnes rencontrées
--

Centre Hospitalier de Saint-Junien (7 et 9 mai 2007)

- | | |
|--|--|
| • Chef d'établissement | • Chef de service de chirurgie |
| • Président de la CME | • Praticien hospitalier « coordonnateur » de |
| • Médecin DIM | la prise en charge des patients atteints de |
| • Cadre de santé, service de chirurgie | cancer |
| • Cadre de santé, service de médecine | |

Centre Hospitalier de Brive (6 et 7 juin 2007)

- | | |
|---------------------------------------|---|
| • Chef d'établissement | • Cadre de santé, Oncologie – |
| • Président de la CME | Radiothérapie |
| • Cadre médico-technique, Oncologie – | • Praticien hospitalier, chef de service, |
| Radiothérapie | Oncologie Hospitalisation |
| • Directeur des Ressources Humaines | |
| • Médecin DIM | |

Centre Hospitalier de Guéret (23 et 24 mai 2007)

- | | |
|---|---|
| • Chef d'établissement | • Cadre de santé, secteur hospitalisation |
| • Président de la CME | traditionnelle |
| • Chef de service Oncologie Radiothérapie | • Cadre de santé, secteur hôpital de jour |
| • Chirurgien viscéral | médico-chirurgical |

CHU de Limoges (avril – juin 2007)

- | | |
|--|--|
| • Directeur général | • Cadre de santé du service d'oncologie |
| • Président de la CME | médicale et présidente de la section soins |
| • Chef du pôle cancérologie | infirmiers du réseau ONCOLIM |
| • Pneumologue, CHU de Limoges | • Professeur responsable du SIME (Service |
| • Chef du service d'oncologie médicale | de l'information Médicale) |
| • Chef du service de radiothérapie | • Praticien hospitalier, service oncologie |
| | médicale |

Tutelles (mai)

- Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation du Limousin
- Médecin conseil de l'Assurance Maladie, pilote du volet cancer du SROS III Limousin
- Chargée de mission organisation des soins, Institut National du Cancer

Autres

- Ancienne directrice adjointe en charge du dossier cancérologie à l'AP-HM (Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille)
- Directeur, Centre médical MGEN Sainte Feyre, Creuse

FORCES

- Une réelle volonté de développer une stratégie commune : audit régional lancé par les chefs d'établissement et les présidents de CME
- Des coopérations déjà existantes : la FMIH en radiothérapie CHU / Guéret ; consultations avancées ; déplacement hebdomadaire d'un oncologue du CHU au CH de Saint-Junien
- Des rencontres entre médecins favorisées par le réseau ONCOLIM (RCP et réunions de mise à jour des arbres décisionnels)
- Soutien de la tutelle aux coopérations

- Absence de structuration interne et de positionnement clair du CHU comme pôle régional de référence
- Faible participation des médecins des CH à la recherche (et très peu d'accès de leurs patients aux essais cliniques)
- Une politique d'essaimage des anciens internes du CHU récente dans les CH de la région (internat et post internat peu développés).
- Absence d'analyse partagée des trajectoires des patients en Limousin

FAIBLESSES

OPPORTUNITES

- Des outils individuels incitatifs à la coopération (prime multi établissement, convention d'activité d'intérêt général ...)
- Des changements législatifs possibles pour renforcer l'attractivité de la pratique médicale dans le secteur public
- Projets médicaux de territoire
- Modalités de prise en charge des patients en hospitalisation de jour
- Liens avec le canceropôle Grand Sud Ouest

- Concurrence accrue avec le secteur privé (parts de marché en chirurgie élevées des cliniques sur Limoges et Brive)
- Positionnement flou du réseau ONCOLIM hors de son rôle
- Adressage non régulé des médecins généralistes et spécialistes vers le secteur privé
- « débauchages de proximité » des médecins hospitaliers vers les cliniques)
- Fuite concurrentielle vers le secteur privé et vers d'autres établissements hors région Limousin (Allier, Haute-Garonne, Gironde)

MENACES

annexe 6 : synthèse des scénarii

Scénario	1. Disparition d'une partie de la chirurgie carcinologique dans les centres hospitaliers	2. Rapprochement des cliniques de Limoges et du CHU pour structurer le pôle régional	3. Renforcement de la coopération des établissements publics avec perspective de la création d'un GCS
Hypothèses	* Absence de coopération public – public / public – privé dans les territoires de proximité et de plateau technique * Stratégie de concentration régionale des cliniques de Limoges * Absence de renforcement des coopérations existantes CHU – CH faute de temps médical disponible * Absence de structuration du CHU comme pôle régional de référence * Aucun changement législatif ou réglementaire revalorisant la pratique médicale dans le secteur public * Absence d'évolution des données de la science nette contre indiquant le traitement chirurgical des cancers	* Structuration du pôle régional par un rapprochement du CHU et des cliniques de Limoges (recherche, soins et formation) pouvant aller jusqu'à un site unique de soins en cancérologie à Limoges * Analyse préalable des parts de marché et des trajectoires de patients * Maillage local et départemental des centres hospitaliers grâce à des coopérations public – public et public – privé (appropriation des projets médicaux de territoire) * Evolution réglementaire rapprochant les modes de gestion personnels médicaux hospitaliers et libéraux * Soutien des tutelles régionales	* Mutualisation renforcée des établissements publics autour du CHU en s'appuyant sur les coopérations existantes avec perspective du GCS (en débutant sur la Haute-Vienne°) * Animation par les établissements publics des réflexions dans les territoires de santé * Structuration du CHU comme pôle régional de référence : clarté de son organisation interne et appui sur le Cancéropôle Grand Sud Ouest (et les 4 autres CHU le composant) * Développement de partenariats avec les professionnels de santé de ville * Evolution législative et réglementaire renforçant l'attractivité de la pratique médicale publique

Conséquences	* Disparition de certaines sous-spécialités de chirurgie carcinologique dans les CH et difficultés à respecter les critères qualitatifs d'autorisation * fuite des patients vers le CHU, le secteur privé et vers les établissements de santé hors de la région Limousin * Difficultés croissantes d'attractivité médicale dans les CH * Exigence de proximité des patients mise à mal et accroissement des besoins en transports sanitaires * Risque de situation financière des CH déficitaire	* respect des critères de qualité * Maintien qualité et proximité des soins pour les patients / lisibilité de l'organisation des soins * Possible fin des « débauchages de proximité » et de la concurrence des deux secteurs * Meilleure reconnaissance du pôle régional	* Meilleure lisibilité de l'organisation des soins si actions de communication réalisées * Equilibre financier des établissements non compromis si adressage réciproque de patients (une stratégie gagnant – gagnant) * Possible amélioration de l'attractivité du secteur public pour les jeunes médecins
Limites du scénario	Eléments en faveur de la non réalisation de ce scénario * volonté manifestée par les chefs d'établissement et présidents de CME (lancement de l'audit stratégique régional) * engagement des médecins dans des coopérations existantes (RCP, activité partagée...) * Incitations des tutelles régionales à la coopération	* Incertitude sur les modalités juridiques du rapprochement des services prenant en charge des patients atteints de cancer du CHU et des cliniques * Rapprochement difficile avec le secteur privé à but lucratif (très peu d'expériences dans ce domaine) * Différences culturelles fortes entre les deux secteurs (public et privé à but lucratif)	* un scénario de moyen terme (chacun doit y trouver son intérêt) * formules juridiques des coopérations incertaines ou complexes

Annexe 7 LEXIQUE DE TERMES MEDICAUX DE CANCEROLOGIE [Garnier et Delamare 2006] + Dictionnaire des cancers FNCLCC

Sources : Dictionnaire des termes médicaux, Garnier et Delamare 2006
Dictionnaire des cancers de A à Z, site de la FNCLCC www.fnclcc.fr

Ablatherm ®	L'Ablatherm® utilise la technique des ultrasons focalisés de haute intensité (HIFU : <i>High Intensity Focused Ultrasound</i>) : une sonde, placée dans le rectum sous anesthésie locorégionale, permet d'envoyer des ultrasons qui, par leur concentration, provoquent une augmentation brutale de la température (85-100 degrés) détruisant ainsi le tissu situé dans la zone ciblée. L'usage de l'Ablatherm ne fait pas encore l'objet d'un consensus médical faute d'études dans ce domaine. Cf. à ce sujet la recommandation du Comité d'Evaluation et de Diffusion des Innovations technologiques (CEDIT) de l'AP-HP du 11 novembre 2004 « Le CEDIT considère que l'efficacité carcinologique du traitement par Ablatherm® du cancer localisé de la prostate est démontrée mais reste inférieure à celle du traitement chirurgical ou à la radiothérapie (externe et interstitielle). Sa place au sein de l'arsenal thérapeutique du cancer localisé de la prostate reste encore à définir, et les données cliniques à long terme font encore défaut. Le <i>CEDIT note l'intérêt potentiel de ce dispositif pour les sujets âgés ayant une forme peu sévère de cancer prostatique localisé</i>» http://cedit.aphp.fr/
Adénocarcinome	Tumeur maligne développée aux dépens d'un épithélium glandulaire (tube digestif, sein, prostate, endomètre).
Cancer	Nom générique des tumeurs malignes qui s'étendent rapidement et ont tendance à se généraliser. On admet que le cancer se développe quand l'équilibre est rompu entre les mécanismes de défense de l'organisme et les forces qui provoquent l'anarchie cellulaire. On divise les cancers selon leur origine histologique en carcinomes ou cancers épithéliaux et en sarcomes d'origine conjonctive.
Carcinomes	Tumeur épithéliale maligne. Les carcinomes représentent environ neuf cancers sur dix.
Carcinosarcome	Tumeur maligne comportant des éléments épithéliaux et mésenchymateux.
Chambre à cathéter implantable	Petit boîtier cylindrique et plat le plus souvent implanté sous les téguments thoraciques et relié à une veine par un cathéter.
Chimiothérapie adjuvante	Thérapeutique par les substances chimiques mise en œuvre en complément de la chirurgie et de la radiothérapie. Opposée à néoadjuvante (administrée préalablement)

Curiethérapie	Implantation d'une source radio active au voisinage immédiat d'une tumeur que l'on veut détruire. Césium 137 ou Iridium 192.
Epithélium	Tissu de recouvrement de la surface et des cavités internes de l'organisme.
Ganglion sentinelle	Premier ganglion (nœud lymphatique) drainant un cancer (mélanome, sein...). Son repérage par un traceur coloré ou radioactif injecté au contact de la tumeur en permet la biopsie dont le résultat indiquera ou non un curage des autres ganglions lymphatiques intéressés.
Hémopathie maligne	Synonyme de cancer du sang, ce terme regroupe leucémies aiguës et chroniques, lymphomes, maladie de hodgkin, myélomes, etc.
Incidence / Prévalence	L'incidence est la fréquence des nouveaux cas. La prévalence est le nombre de cas dans une population donnée à un temps donné sans distinction entre les nouveaux cas et les cas anciens.
Malin, maligne (versus bénin)	Se dit d'une maladie qui présente un caractère grave et insidieux ou d'une tumeur susceptible de se généraliser et de provoquer la mort du malade.
Métastase	Foyer secondaire d'une affection disséminé par voie lymphatique ou sanguine à partir d'un foyer primitif.
Sarcome	Tumeur développée aux dépens du tissu conjonctif et dont les cellules sont en prolifération très active mais ne donnent naissance qu'à des produits incomplètement développés.
Système lymphatique	Système de vaisseaux, parallèles aux veines, qui ramène une partie des liquides de l'organisme, sous forme de lymphe, vers le cœur. Ces vaisseaux lymphatiques sont répartis dans tout le corps, excepté le cerveau. Leur trajet présente, en certaines régions, des ganglions lymphatiques qui constituent à la fois des filtres mécaniques et des barrières immunitaires susceptibles d'arrêter, par les lymphocytes qu'ils contiennent, des corps anormaux transportés par la lymphe. Les cellules cancéreuses font partie de ces composants inhabituels qui seront arrêtés, en grande partie ou en totalité, dans les ganglions où elles peuvent être détruites ou au contraire se développer, en formant un foyer tumoral secondaire et en entraînant une tuméfaction ou adénopathie. Les ganglions profonds sont explorés par des radiographies : radiographie pulmonaire pour ceux du médiastin dans le thorax, scanographie ou lymphographie pour ceux de l'abdomen. Leur envahissement peut être reconnu par Tomographie par Emissions de Positons.
Tissu conjonctif	À côté des revêtements ou épithéliums, le tissu conjonctif représente le principal constituant de l'organisme, le plus important par sa masse, mais il ne donne qu'environ 10 % des cancers, dénommés sarcomes. Il comprend d'une part des organes bien identifiés comme les os, les muscles, les masses graisseuses ou tissu adipeux, d'autre part un « tissu d'emballage » enveloppant d'autres organes ou remplissant les intervalles qui les séparent.

Synthèse des questionnaires patients pour le Centre Hospitalier de BRIVE-LA-GAILLARDE

Nombre de questionnaires : 8

Profil des répondants

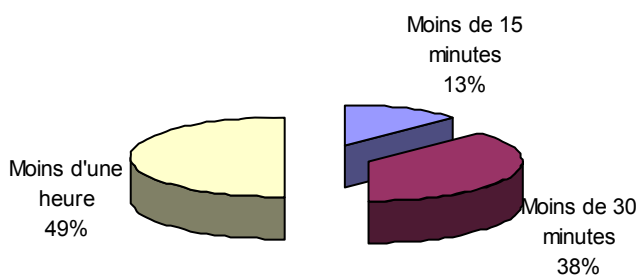
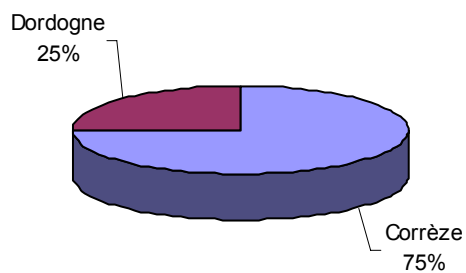
Sexe : 6 hommes / 2 femmes

Classe d'âge :

2 entre 40-60 ans

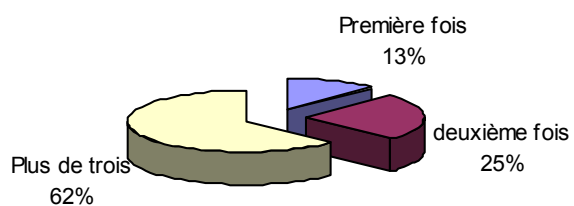
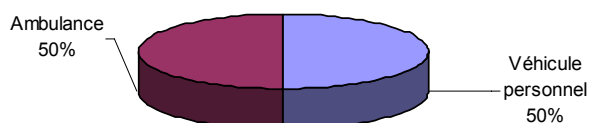
6 entre 60-80 ans.

Département d'origine



Temps de trajet pour venir au CH de Brive

Modalités de trajet jusqu'à l'hôpital

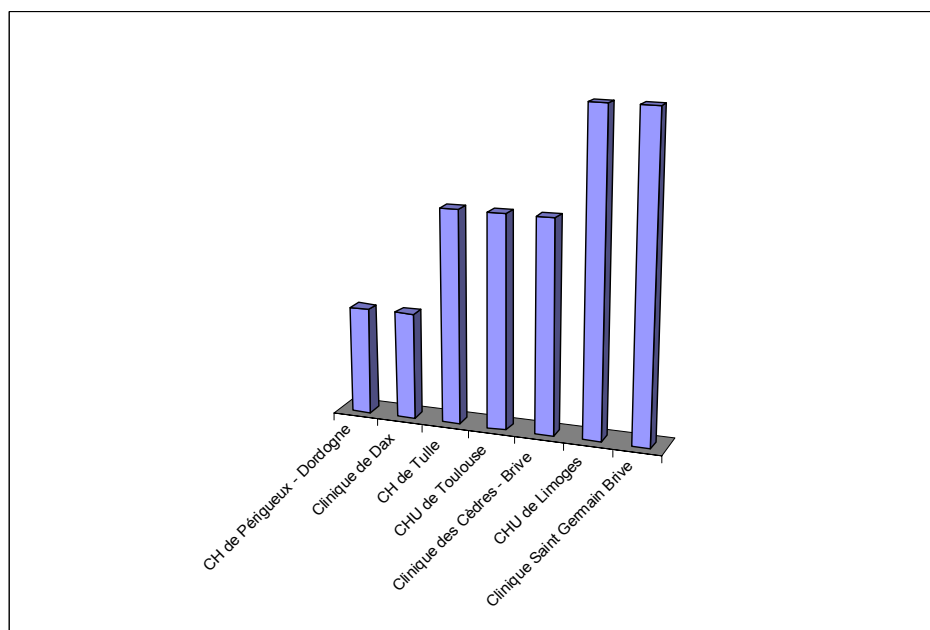


Habitude de venir ou non dans cet établissement (nombre de venues)

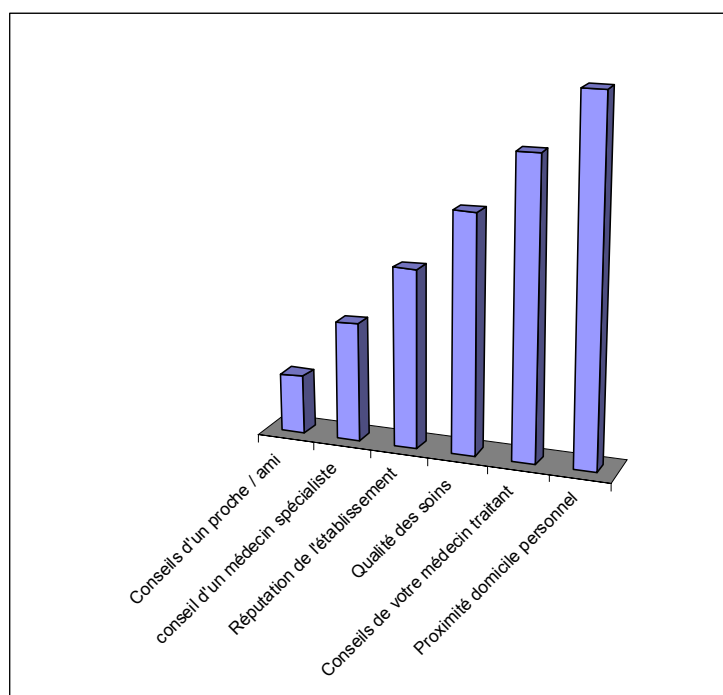
Prise en charge dans plusieurs établissements (oui/ non)



Autre établissement de soins



Les raisons du choix du CH de Brive



Note donnée à l'organisation des soins dans le service

CHU de Limoges	8,5 / 10
CH de Guéret (Creuse)	9,4 / 10
CH de Brive La Gaillarde (Corrèze)	8,8 / 10
CH de Saint-Junien (Haute Vienne)	9,4 / 10

Note donnée à l'organisation des soins dans la région

CHU de Limoges	7 / 10
CH de Guéret (Creuse)	8,1 / 10
CH de Brive La Gaillarde (Corrèze)	7,3 / 10
CH de Saint-Junien (Haute Vienne)	7,9 / 10

Synthèse des questionnaires patients pour le Centre Hospitalier de GUERET

Mise à jour : 6 février 2008

Nombre de questionnaires : 15

Profil des répondants

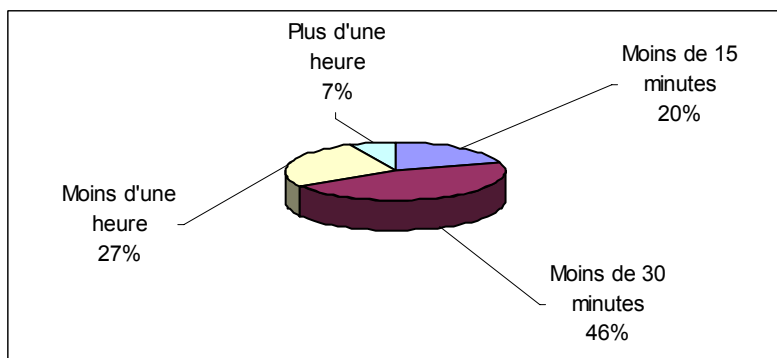
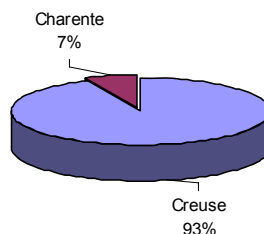
Sexe : 10 hommes / 5 femmes

Classe d'âge :

3 entre 40 et 60 ans

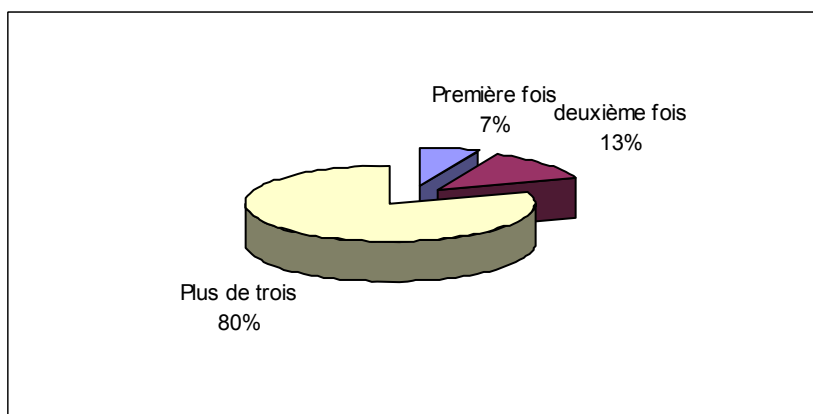
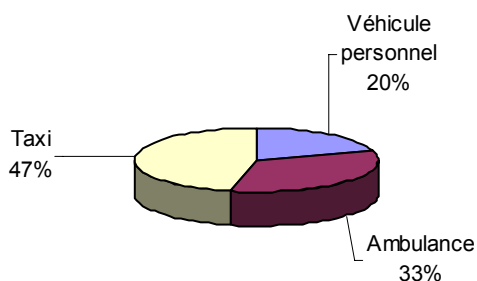
12 entre 60 et 80 ans

Département de domicile



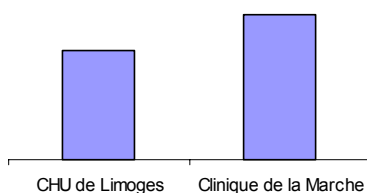
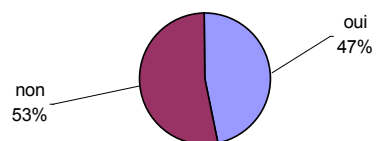
Temps de trajet pour venir au CH de Guéret

Modalités de trajet jusqu'à l'hôpital



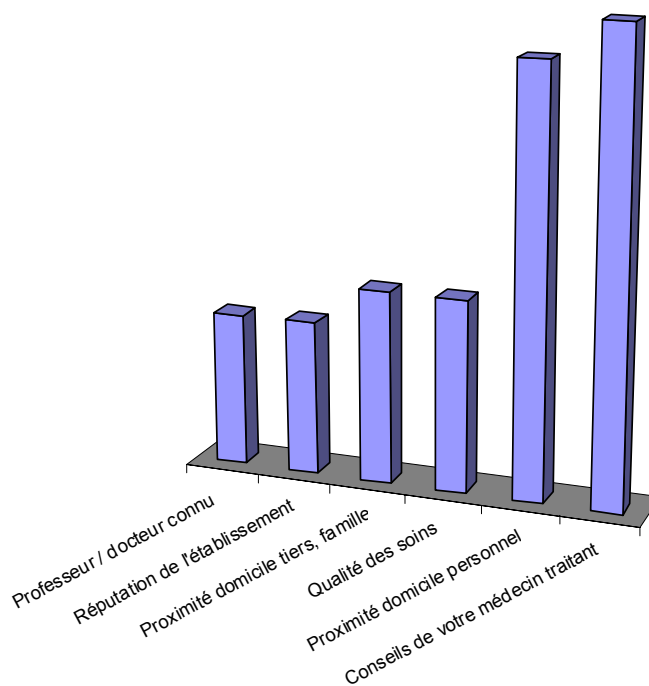
Habitude ou non de venir dans cet établissement (nombre de venues)

Prise en charge dans plusieurs établissements (oui/ non)



Autre établissement de soins en région Limousin

Les raisons du choix du CH de Guéret



Note donnée à l'organisation des soins dans le service

CHU de Limoges	8,5 / 10
CH de Guéret (Creuse)	9,4 / 10
CH de Brive La Gaillarde (Corrèze)	8,8 / 10
CH de Saint-Junien (Haute Vienne)	9,4 / 10

Note donnée à l'organisation des soins dans la région

CHU de Limoges	7 / 10
CH de Guéret (Creuse)	8,1 / 10
CH de Brive La Gaillarde (Corrèze)	7,3 / 10
CH de Saint-Junien (Haute Vienne)	7,9 / 10

Synthèse des questionnaires patients pour le Centre Hospitalier Universitaire de LIMOGES

Nombre de questionnaires : 13

Patients de l'hospitalisation de jour, oncologie médicale, CHU de Limoges

Profil des répondants

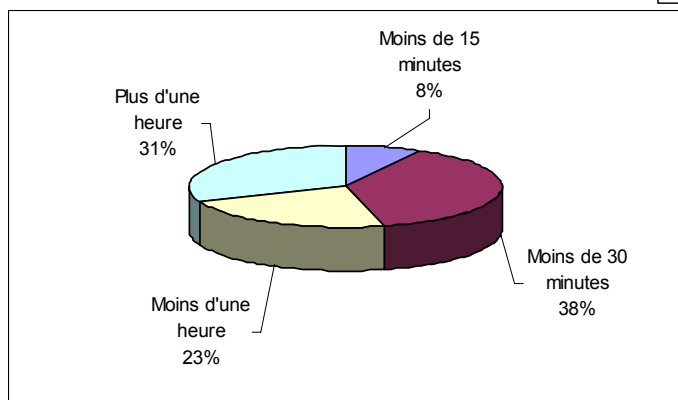
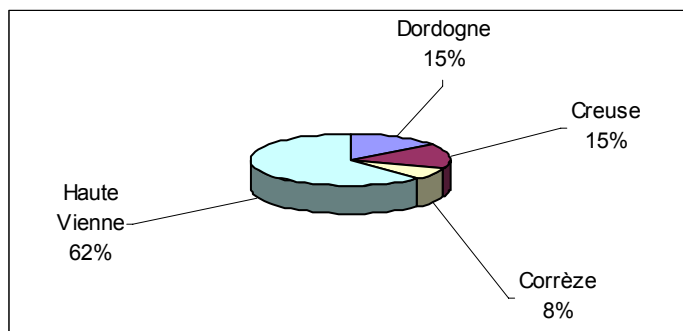
Sexe : 6 hommes / 7 femmes

Classe d'âge :

8 entre 40-60 ans

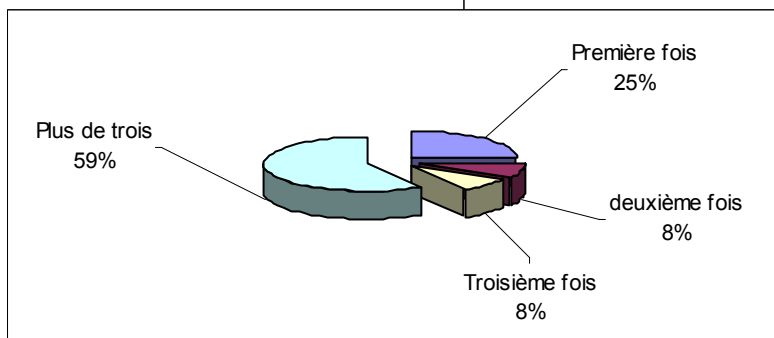
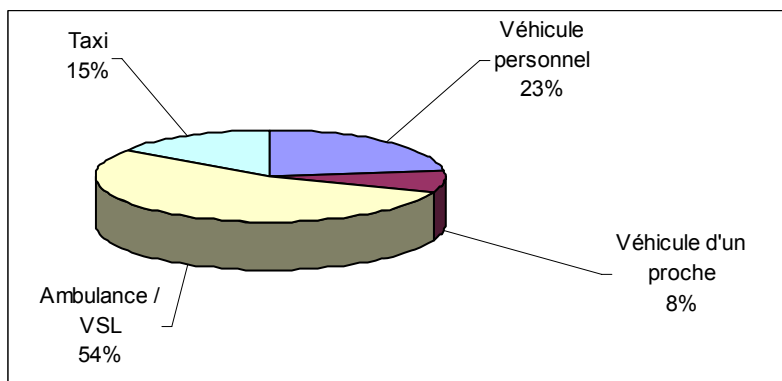
5 entre 60-80 ans.

Département de domicile



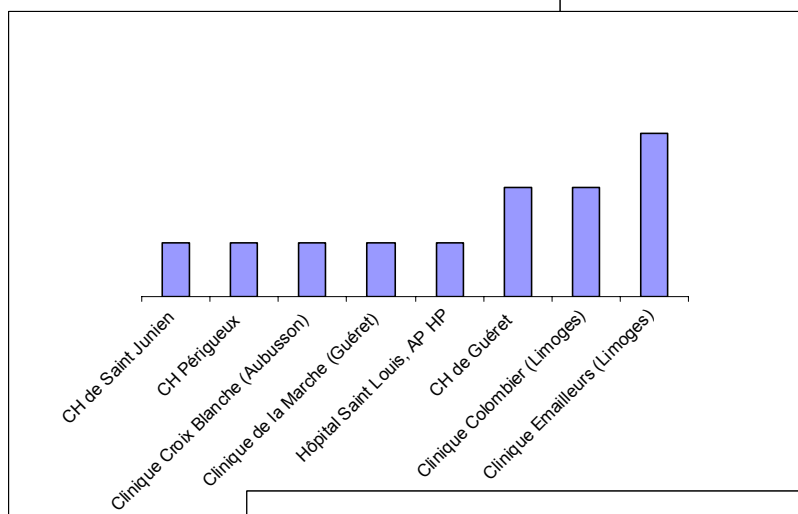
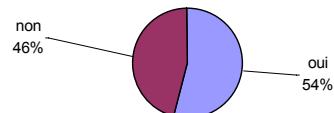
Temps de trajet pour venir au CHU

Modalités de trajet jusqu'au CHU de Limoges



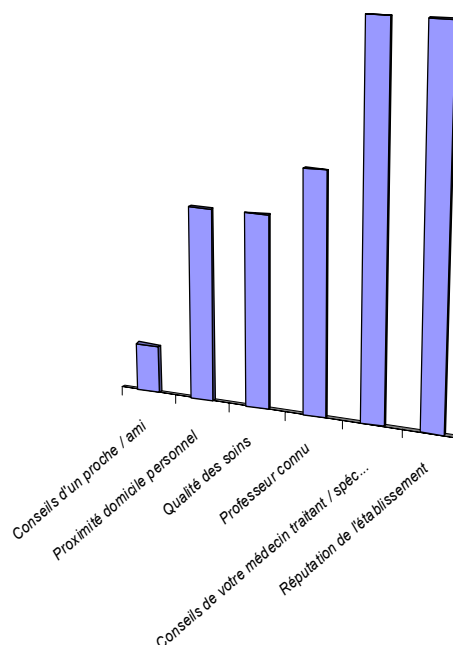
Habitude de venir ou non dans cet établissement (nombre de venues)

Prise en charge dans plusieurs établissements (oui/ non)



Autre établissement de soins en région Limousin et autres régions

Les raisons du choix du CHU de Limoges



Note donnée à l'organisation des soins dans le service

CHU de Limoges	8,5 / 10
CH de Guéret (Creuse)	9,4 / 10
CH de Brive La Gaillarde (Corrèze)	8,8 / 10
CH de Saint-Junien (Haute Vienne)	9,4 / 10

Note donnée à l'organisation des soins dans la région

CHU de Limoges	7 / 10
CH de Guéret (Creuse)	8,1 / 10
CH de Brive La Gaillarde (Corrèze)	7,3 / 10
CH de Saint-Junien (Haute Vienne)	7,9 / 10

Synthèse des questionnaires patients pour le Centre Hospitalier de SAINT-JUNIEN

Mise à jour : 6 février 2008

Nombre de questionnaires : 15

Profil des répondants

Sexe : 7 hommes / 8 femmes

Classe d'âge :

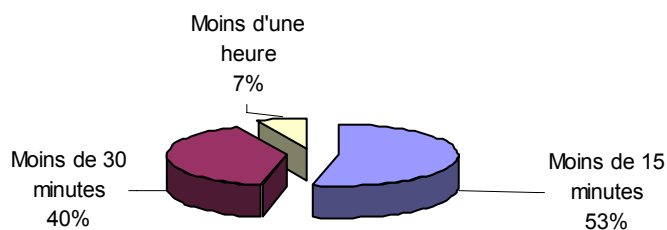
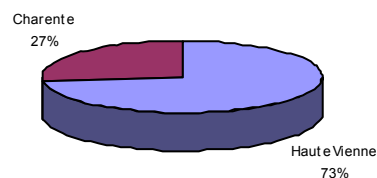
1 entre 20 et 40 ans

7 entre 40 et 60 ans

6 entre 60 et 80 ans

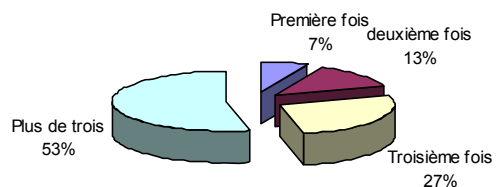
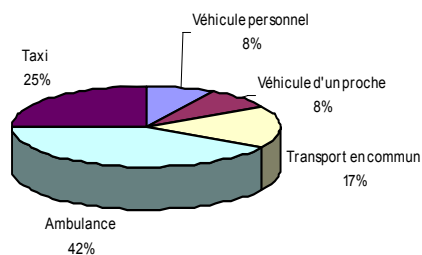
1 plus de 80 ans

Département de domicile



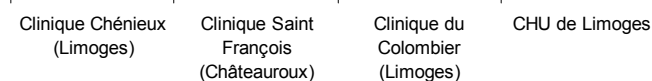
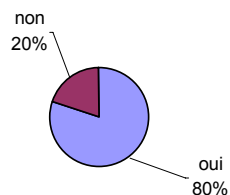
Temps de trajet pour venir à l'hôpital

Modalités de trajet jusqu'au CH de Saint-Junien



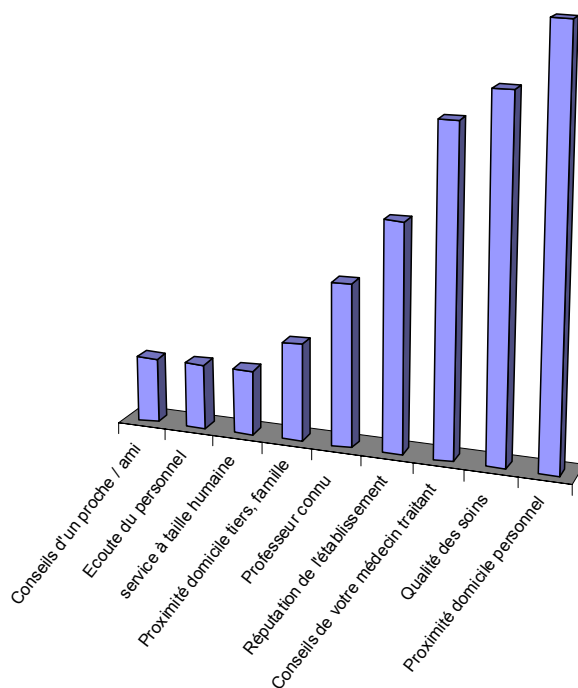
Habitude ou non de venir dans cet établissement (nombre de venues)

Prise en charge dans plusieurs établissements (oui/ non)



Autre établissement de soins en région Limousin

Les raisons du choix du CH de Saint-Junien



Note donnée à l'organisation des soins dans le service

CHU de Limoges	8,5 / 10
CH de Guéret (Creuse)	9,4 / 10
CH de Brive La Gaillarde (Corrèze)	8,8 / 10
CH de Saint-Junien (Haute Vienne)	9,4 / 10

Note donnée à l'organisation des soins dans la région

CHU de Limoges	7 / 10
CH de Guéret (Creuse)	8,1 / 10
CH de Brive La Gaillarde (Corrèze)	7,3 / 10
CH de Saint-Junien (Haute Vienne)	7,9 / 10