



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'hôpital

Date du Jury : Décembre 2001

**LE DEVELOPPEMENT D'UNE COOPERATION ENTRE UN HOPITAL PUBLIC ET LE
SECTEUR PRIVE : L'EXEMPLE DU GROUPEMENT DE COOPERATION SANITAIRE
ENTRE LE CENTRE HOSPITALIER MARC-JACQUET, LA CLINIQUE SAINT-JEAN DE
MELUN ET LE GROUPE GENERIDIS.**

Nathalie HORN

S o m m a i r e

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCTION | 1 |
| La coopération institutionnelle : une démarche récente et longtemps partielle..... | 1 |
| La cancérologie et la radiothérapie..... | 2 |
| Le contexte local : le secteur sanitaire n° 14 et le Groupement Melunais de Coopération Sanitaire de Radiothérapie..... | 3 |
| Questionnement :..... | 4 |
| | |
| 1 - UNE COOPÉRATION QUI S'IMPOSE ENTRE DES PARTENAIRES PUBLICS ET PRIVÉS..... | 6 |
| | |
| 1.1 Une nécessaire amélioration de la prise en charge en cancérologie..... | 6 |
| 1.1.1 Les insuffisances de l'offre pour faire face à une demande croissante, en cancérologie en général et en équipements de radiothérapie en particulier..... | 7 |
| 1.1.1.1 La demande croissante : analyse des données épidémiologiques, démographiques et économiques nationales, de la région Ile de France et du secteur sanitaire considéré. | 7 |
| 1.1.1.2 Les insuffisances de l'offre..... | 11 |
| | |
| 1.2 Pour une meilleure prise en charge : une coopération entre partenaires publics et privés qui s'impose malgré le poids des réticences locales. | 19 |
| 1.2.1 Des difficultés théoriques de la coopération dues au contexte local. | 19 |
| 1.2.1.1 Une grande concurrence entre les différents acteurs locaux..... | 19 |
| 1.2.1.2 La naissance d'une politique de coopération dans un établissement : vision dynamique de sa position dans son environnement et moyen de pallier à ses propres manques..... | 20 |
| 1.2.2 Un travail en commun qui s'impose cependant..... | 22 |
| 1.2.2.1 Les motivations des acteurs : l'émergence d'un besoin ou la nécessité de travailler ensemble ?..... | 22 |
| 1.2.2.2 Le Groupement Melunais de Coopération Sanitaire de Radiothérapie : une volonté de la tutelle, et plus généralement des pouvoirs publics..... | 26 |

| | |
|--|-----------|
| 2 - LA CRÉATION D'UNE PERSONNE MORALE NOUVELLE DONT LES DIFFICULTÉS DE MISE EN ŒUVRE CONCRÈTE SONT RÉVÉLATRICES DES IMPERFECTIONS, MAIS SURTOUT DES DIFFICULTES DES COOPERATIONS ENTRE PARTENAIRES PUBLICS ET PRIVÉS..... | 32 |
| 2.1 Une volonté et une nécessité de travail en commun qui se sont traduites par la création d'une personne morale d'une forme nouvelle..... | 32 |
| 2.1.1 Pourquoi une nouvelle personne morale ? | 32 |
| 2.1.1.1 Les conditions de cette coopération..... | 32 |
| 2.1.1.2 La nécessité d'une structure juridique forte. | 35 |
| 2.1.2 Pourquoi un GCS : une forme de coopération qui s'impose pour une prise en charge globale optimale du patient en oncologie dans le secteur sanitaire n°14..... | 36 |
| 2.1.2.1 Qu'est ce qu'un GCS ? | 36 |
| 2.1.2.2 Les raisons du choix de cette nouvelle structure..... | 39 |
| 2.2 Des difficultés de mise en œuvre qui sont révélatrices des imperfections de la structure juridique..... | 43 |
| 2.2.1 Une mise en œuvre concrète malaisée : un flou juridique qui provoque des tâtonnements..... | 43 |
| 2.2.1.1 Le montage juridique. | 43 |
| 2.2.1.2 Des difficultés particulières à surmonter du fait de la gestion d'un GCS. | 46 |
| 2.2.2 La complexité du fonctionnement quotidien : les relations public/privés..... | 50 |
| 2.2.2.1 La difficile coexistence de deux systèmes de comptabilité différents. | 50 |
| 2.2.2.2 Les incompréhensions liées au statut de droit public du personnel mis à la disposition du GCS par l'Hôpital..... | 51 |
| 2.3 Un exemple symptomatique des difficultés récurrentes de la coopération public/privé..... | 53 |
| 2.3.1 La dimension culturelle..... | 53 |
| 2.3.1.1 La méfiance du privé vis-à-vis du public..... | 53 |
| 2.3.1.2 Les réticences du public..... | 54 |
| 2.3.2 Une coopération fragile en raison de sa complexité : une coopération qui repose en grande partie sur les hommes..... | 55 |

| | |
|---|-----------|
| 3 - DES PERSPECTIVES ENCORE CONTRASTÉES..... | 56 |
| 3.1 Des incertitudes à dépasser. | 56 |
| 3.1.1 Les incertitudes juridiques et économiques fondamentales qui menacent la pérennité de la structure. | 56 |
| 3.1.1.1 Des incertitudes juridiques liées aux imperfections des documents statutaires. | 56 |
| 3.1.1.2 Les incertitudes économiques : une répartition des contributions des membres aux charges favorable à l'Hôpital. | 58 |
| 3.1.1.3 Quel avenir pour le GCS ?..... | 59 |
| 3.1.2 La place réelle du partenaire public dans la structure et les conséquences que sa défaillance pourrait avoir sur l'ensemble de l'économie du Groupement..... | 62 |
| 3.1.2.1 La place prépondérante occupée par les partenaires privés..... | 62 |
| 3.1.2.2 Un partenaire public parfois pris en défaut. | 63 |
| 3.2 Des raisons d'être optimiste..... | 66 |
| 3.2.1 Des projets toujours ambitieux : dépasser la coopération pour réussir une réelle organisation en réseau et parvenir à une prise en charge concertée. | 66 |
| 3.2.1.1 La rationalisation de l'activité de cancérologie au niveau des établissements. | 66 |
| 3.2.1.2 Développer le travail en réseaux..... | 68 |
| 3.2.1.3 Agrandir le centre et diversifier son domaine d'intervention..... | 74 |
| 3.2.2 Vers un dépassement des clivages public/privé : la création d'une « culture GCS » ?..... | 76 |
| 3.2.2.1 Un partenariat fructueux. | 77 |
| 3.2.2.2 La recherche commune de la qualité : un défi à relever..... | 79 |
| CONCLUSION | 81 |
| ANNEXE 1 | 89 |

Liste des sigles utilisés

- ANAES** : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.
- ARH** : Agence Régionale d'Hospitalisation.
- ARHIF** : Agence Régionale d'Hospitalisation d'Ile de France.
- CGI** : Code Général des Impôts.
- CHMJ** : Centre Hospitalier MARC-JACQUET.
- CLCC** : Centre de Lutte Contre le Cancer.
- CME** : Commission Médicale d'Etablissement.
- CMU** : Couverture Maladie Universelle.
- CNOSS** : Comité National d'Organisation Sanitaire et Sociale.
- CS** : Consultation.
- CSP** : Code de la Santé publique.
- DARH** : Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation.
- DRASSIF** : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales d'Ile de France.
- EML** : Equipement Matériel Lourd.
- GCS** : Groupement de Coopération Sanitaire.
- GIE** : Groupement d'Intérêt Economique.
- GIP** : Groupement d'Intérêt Public.
- IS** : Impôt sur les Sociétés.
- NGAP** : Nomenclature Générale des Actes Professionnels.
- ORL** : Oto-Rhino-Laryngologie.
- PASS** : Permanence d'Accès aux Soins de Santé.
- PET-Scan** : Tommographe à Emission de Positons (ou TEP).
- PMSI** : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information.
- SAU** : service d'Accueil des Urgences.
- SIH** : Syndicat InterHospitalier.
- SROS** : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire.
- TVA** : Taxe sur la Valeur Ajoutée.
- UCP** : Unité de Concertation Pluridisciplinaire.
- UCSA** : Unité de Consultations et de Soins Aux détenus.
- UNHPC** : Union Nationale Hospitalière Privée de Cancérologie.
- UPATOU** : Unité de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences.

Pour un coopération fructueuse en général... :

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

Pascal.

Du Groupement de Coopération Sanitaire en particulier :

« Il est beau (...) comme la rencontre fortuite sur une table de dissection d'une machine à coudre et d'un parapluie. »

Lautréamont, Les chants de Maldoror.

INTRODUCTION

LA COOPERATION INSTITUTIONNELLE : UNE DEMARCHE RECENTE ET LONGTEMPS PARTIELLE.

La coopération institutionnelle est désormais incontournable et constitue l'un des outils essentiels de la restructuration sanitaire. Cependant, ce terme de « coopération » recouvre des réalités différentes et il convient de s'entendre sur la signification qu'on doit lui donner. Pour simplifier, nous retiendrons donc la définition proposée par L. HOUDART¹, à savoir que la coopération est « *l'action d'accomplir et d'effectuer une œuvre commune par une suite ordonnée d'actes* ».

L'idée de développer une coopération interhospitalière est relativement nouvelle puisque c'est seulement avec la loi du 31 décembre 1970 que le législateur a incité les hôpitaux et les établissements privés à but non lucratif à collaborer, en particulier sous la forme de Syndicats Interhospitaliers (SIH).

Ce n'est cependant qu'avec la Loi du 31 juillet 1991 puis les Ordonnances du 24 avril 1996 que la coopération institutionnelle entre partenaires du système de santé a vraiment été portée au centre des politiques publiques. Elle est en effet devenue un instrument de régulation du système de santé afin de rationaliser l'offre de soins dans un contexte de saturation des cartes sanitaires et de nécessaire maîtrise des dépenses de santé, en suscitant, avec des succès divers, des complémentarités entre les établissements et un travail en commun, voire en réseau, des professionnels médicaux et paramédicaux pour continuer à offrir et développer des prestations de qualité. Pour ce faire, ils se devaient de combler certains manques des structures de coopération existantes, en particulier en créant, par l'intermédiaire de l'Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, un outil rendant réellement possible une coopération entre établissements publics et privés à but lucratif : le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS).

Ainsi, alors que nombre d'Hôpitaux Publics souffrent d'un manque d'attractivité dans certaines de leurs activités et que beaucoup de cliniques privées sont engagées dans un processus de restructuration de grande ampleur, ils vont pouvoir réellement mettre en

¹ HOUDART L. Traité de coopération hospitalière, Collection Santé, 2000, volume n°1.

commun des moyens et exploiter ensemble des équipements pour offrir des soins de qualité dans l'optique d'un meilleur aménagement du territoire.

LA CANCEROLOGIE ET LA RADIOTHERAPIE.

Par ailleurs, la cancérologie est l'un des domaines où les établissements publics et privés interviennent tous les deux, mais séparément. Discipline médicale et chirurgicale en pleine expansion, répondant à une demande toujours plus importante et valorisée correctement par le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), elle intéresse financièrement les intervenants privés tout en relevant clairement du domaine de la Santé Publique et de l'intérêt général. Ainsi, malgré les progrès en matière de dépistage, mais surtout de thérapeutique, le cancer est encore une maladie qui progresse et qui fait peur.

C'est pourquoi, la lutte contre le cancer s'est imposée ces dernières années comme une réelle priorité de Santé Publique. De fait, la Conférence Nationale de Santé de 1996 a cité comme l'une de ses dix priorités « *améliorer les performances et décloisonner le système de lutte contre le cancer* ». De même, la Conférence Nationale de Santé de 1997 reprend le cancer comme exemple de maladie pour laquelle une organisation optimale des soins est indispensable. Elle préconise à cet effet « *l'amélioration de la prévention, le dépistage et la prise en charge des cancers par une action concertée multidisciplinaire et par la mise en place de réseaux accrédités* ».

Ces déclarations de principe tardent pourtant à se concrétiser par la mise en place d'une réelle politique de Santé Publique volontariste et efficace dans ce domaine. Cependant, un « Programme National de Lutte contre le Cancer » a été rendu public par le Gouvernement le 1^{er} février 2000, qui réaffirme qu'il s'agit bien d'une « *priorité majeure de la politique de santé* », qui devrait se traduire par l'adoption, pour la première fois depuis dix ans, d'une approche intégrée, dans le cadre d'un « *programme national pluriannuel* » organisant la mobilisation de tous les acteurs à chaque étape du traitement, de la prévention au dépistage précoce jusqu'au suivi des patients stabilisés.

En effet, les professionnels eux-mêmes reconnaissent l'importance de la pluridisciplinarité et du travail en réseau dans cette spécialité médicale. Dans ce cadre, la radiothérapie est une technologie elle-même en pleine évolution et qui jouit d'une large indication puisque cette technique intervient dans le traitement de 60% des nouveaux cas de cancers.

LE CONTEXTE LOCAL : LE SECTEUR SANITAIRE N° 14 ET LE GROUPEMENT MELUNAIS DE COOPERATION SANITAIRE DE RADIOTHERAPIE.

C'est pour répondre à ce double impératif, celui des pouvoirs publics d'assurer une prise en charge de proximité de qualité tout en maîtrisant les coûts, et celui des professionnels de santé de travailler ensemble quel que soit leur statut, que ce soit le Centre Hospitalier MARC-JACQUET (CHMJ) et les oncologues et radiothérapeutes officiant à la Clinique Saint-Jean de Melun, mais aussi au « Centre de Radiothérapie de Ris-Orangis » appartenant au Réseau GENERIDIS, que la présente coopération a vu le jour.

En 1995, après avoir envisagé de créer un Groupement d'Intérêt Economique (GIE) d'envergure, qui aurait associé non seulement les professionnels hospitaliers et libéraux de Melun, mais aussi ceux de l'ensemble du secteur sanitaire n° 14 correspondant au Sud de la Seine et Marne, les porteurs du projet saisissent l'opportunité de la création de l'outil « GCS » par les Ordonnances de 1996 et de la parution du décret d'application en 1997, pour se constituer en groupement sous cette forme. Celui-ci rassemble finalement le Centre Hospitalier de Melun (777 lits et places), établissement qui a vocation à devenir l'Hôpital référent du secteur sanitaire avec en particulier son rôle de SAU², et la Clinique Saint-Jean (152 lits et places), spécialisée dans la chirurgie en particulier carcinologique, la chimiothérapie ambulatoire et l'obstétrique, pour l'achat et l'exploitation en commun d'un accélérateur de particules à haute énergie devant remplacer la vieille bombe au cobalt de l'Hôpital.

Après le rejet d'une première demande d'autorisation le 30 janvier 1998, GENERIDIS, qui est par ailleurs l'un des acteurs de la cancérologie et de la radiothérapie sur le secteur par l'intermédiaire de la SARL « Centre de Radiothérapie de Ris-Orangis »³ est demandeur pour être associé au projet, soutenu en cela par les pouvoirs publics qui veulent qu'un maximum d'acteurs locaux soient partie prenante au projet. Ainsi, une nouvelle convention constitutive est signée par ces trois participants (Centre Hospitalier MARC-JACQUET, Clinique Saint-Jean et Centre de Radiothérapie de Ris-Orangis) en octobre 1998. Le 17 mai 1999 est accordée la double autorisation de transfert et de remplacement de l'ancien appareil de cobalthérapie de l'Hôpital par un accélérateur de particules émetteur de rayonnements

² Service d'Accueil des Urgences (SAU).

³ Qui met des installations de radiothérapie à la disposition des professionnels mais qui n'exerce pas cette activité en propre.

d'énergie inférieure ou égale à 18 MeV pour le GCS⁴ sur le site de la Clinique Saint-Jean, et l'autorisation d'exercice de l'activité de soins « Traitement des affections cancéreuses par rayonnements ionisants de haute énergie » pour la Clinique Saint-Jean. La publication au Bulletin Officiel de l'approbation de la constitution du GCS par le Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation d'Ile de France (ARHIF) n'est cependant intervenue que le 24 juillet 1999, en raison des réticences de la Direction Juridique du Ministère chargé de la Santé.

Le projet a connu ensuite une phase de difficile mise en œuvre, en particulier du fait des acteurs en présence, et le retard pris a nécessité la demande de prolongation de l'activité de radiothérapie sur le site de Melun jusqu'au 31 décembre 2000, qui a été accordée afin d'assurer au mieux la continuité d'un Service Public de proximité sur Melun dans cette discipline. Ce n'est finalement que le 23 juillet 2001 que la structure accueille son premier malade pour un centrage, le premier traitement sous machine n'intervenant que le 3 septembre 2001.

Cette longue période de gestation et les difficultés observées à l'ouverture, posent le problème de la difficulté de la collaboration public/privé, mais aussi de l'inadaptation des outils de coopération institutionnelle pour établir une réelle concertation médicale.

QUESTIONNEMENT :

C'est pour l'ensemble de ces raisons que le présent mémoire se propose d'aborder un triple questionnement :

- Quels sont les justifications et les enjeux d'une coopération entre plusieurs établissements de santé, et a fortiori entre public et privé ?
- La coopération institutionnelle sous la forme d'un GCS est-elle un moyen pertinent pour y répondre ?

⁴ Intitulé exact de cette demande d'autorisation : « Demande d'autorisation d'installation, par **confirmation, renouvellement, transfert et remplacement** d'un appareil de traitement du cancer par rayonnements ionisants de haute énergie, accélérateur de particules 18 MV au sein d'un centre de radiothérapie à créer sur le site de la Polyclinique Saint-Jean ».

- Quelles peuvent être les autres pistes de collaboration public/privé pour atteindre réellement les objectifs de la coopération ?

1 - UNE COOPERATION QUI S'IMPOSE ENTRE DES PARTENAIRES PUBLICS ET PRIVES.

L'évolution de l'incidence de la pathologie cancéreuse ces dernières années ainsi que sa progression prévisible dans les années à venir rendent nécessaire une amélioration de la prise en charge globale du patient atteint de cette maladie, que ce soit au niveau de la quantité des équipements, en particulier de radiothérapie, mis à la disposition des professionnels de santé, ou de la qualité des soins proprement dite, qui s'affirme de plus en plus comme devant passer par une approche pluridisciplinaire et multipartenariale.

Or, la situation actuelle est celle de la saturation de la carte sanitaire, en raison d'un régime assez strict de délivrance des autorisations d'équipements lourds et d'un indice des besoins longtemps sous évalué. Dans un contexte de la maîtrise drastique des dépenses de santé engagée par les gouvernements successifs depuis 1995, il ne semble pas possible de créer un nouveau dispositif de traitements de radiothérapie *ex nihilo* dans le secteur sanitaire n° 14, correspondant au Sud de la Seine et Marne, et donc à la région de Melun. C'est pourquoi, c'est plutôt l'optimisation des moyens existants qui est recherchée, pour parvenir à la nécessaire mise à niveau de la prise en charge sanitaire, par la recomposition des dispositifs de soins déjà en place et par une coopération accrue entre les différents acteurs du système de santé.

1.1 UNE NECESSAIRE AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE EN CANCEROLOGIE.

L'information disponible sur le cancer en France, qu'elle concerne la mortalité, l'incidence ou la prévalence de cette maladie, est souvent parcellaire et l'exploitation des données existantes insuffisante pour autoriser une réflexion précise et pertinente sur la corrélation entre besoins de santé et offre de soins dans ce domaine, et plus largement sur la qualité de la prise en charge globale. Cependant, malgré ces limites méthodologiques, l'utilisation de la méthode des faisceaux d'indices permet de mettre en évidence les insuffisances tant quantitatives que qualitatives de l'offre pour faire face à une demande croissante en soins curatifs, mais aussi en prévention, ainsi qu'en leur nécessaire relocalisation, dans une

optique d'aménagement du territoire et de recherche d'une plus grande proximité vis-à-vis du malade.

1.1.1 Les insuffisances de l'offre pour faire face à une demande croissante, en oncologie en général et en équipements de radiothérapie en particulier.

1.1.1.1 La demande croissante : analyse des données épidémiologiques, démographiques et économiques nationales, de la région Ile de France et du secteur sanitaire considéré.

- **Le contexte général : progression constante de la pathologie cancéreuse en France.**

Malgré les difficultés de leur recueil et leur caractère souvent partiel⁵, les données épidémiologiques disponibles font état d'une progression préoccupante des pathologies cancéreuses en France ces dernières années, malgré des progrès diagnostiques et thérapeutiques constants et indéniables.

Comme le démontrent de récentes études et rapports⁶, ainsi que les travaux des commissions *ad hoc* mises en place⁷, les pouvoirs publics ont désormais pris conscience que le cancer représentait un problème majeur de Santé Publique dans ce pays, qui nécessite plus que de simples déclarations de principe pour être efficacement pris en compte. Les pathologies cancéreuses constituent en effet actuellement la deuxième cause de mortalité en France et la première cause de décès prématuré⁸. L'incidence estimée des cancers a augmenté de 40% en vingt ans et le nombre de nouveaux cas diagnostiqués dans l'année est passé de 171.232 en 1975 à 239.787 en 1995. La probabilité d'avoir un cancer au cours de la vie s'élève donc aujourd'hui à près de 47% pour les hommes et à près de 37% pour les femmes⁹.

⁵ COUR DES COMPTES. Rapport sur l'exécution de la Loi financement de la Sécurité Sociale de 2000.

⁶ MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Plan pluriannuel de lutte contre le cancer ; 1^{er} février 2000.

⁷ En particulier la Commission du Sénat, qui a rendu son rapport sur la politique de lutte contre le cancer en juillet 2001.

⁸ C'est-à-dire avant 65 ans.

⁹ SANCHO-GARNIER H. La place des cancers en Santé Publique et en dépenses de santé ; Technologie Santé ; janvier 2000 ; n°41 ; pp. 5-9.

C'est ainsi qu'est constaté, pour l'ensemble des localisations, une augmentation d'incidence dans les deux sexes, avec cependant une pente qui paraît diminuer pour les hommes. En revanche, la mortalité a une tendance globalement stationnaire chez les hommes et est en diminution chez les femmes, mais ces chiffres reflètent une somme de tendances, variables selon les localisations.

Chez les hommes, les cancers les plus fréquents sont :

- les cancers du poumon, où la mortalité semble devenir stationnaire depuis la fin des années 1980,
- les cancers de la sphère ORL¹⁰ et de l'œsophage, où incidence et mortalité sont en nette diminution,
- les cancers du colon et du rectum, et les cancers de la prostate, qui ont une mortalité stationnaire depuis 1980-85.

En ce qui concerne les femmes, les cancers les plus souvent diagnostiqués sont :

- les cancers du sein, dont la mortalité est presque stationnaire, de 26,5/100.000 en 1975 à 28,7/100.000 en 1995,
- les cancers du colon et du rectum, dont la mortalité diminue,
- les cancers du poumon, qui occupent désormais la 3^{ème} position et dont la mortalité augmente,
- la mortalité par cancers de l'utérus, qui diminue légèrement, alors que celle par cancer de l'ovaire augmente, toujours pour la période 1975-1995.

La répartition géographique des cancers n'est pas non plus homogène. On observe une surmortalité par cancer dans les régions du Nord de la France et une nette sous mortalité dans le Sud. Ces tendances sont plus marquées chez les hommes, traduisant une exposition plus forte dans les zones Nord, Nord-Est et Ouest de la France aux risques environnementaux (amiante, maladies professionnelles, pollution...) et comportementaux (tabagisme, alcoolisme, alimentation trop riche en graisses, exposition au soleil...). L'interprétation de ces écarts repose aussi sur les différences d'âges des populations

¹⁰ Oto-Rhino-Laryngologie

(pourtant plus jeunes que la moyenne dans la moitié Nord de la France) et probablement aussi de prise en charge (intensité du dépistage, de l'hospitalisation...).

La disparité géographique s'observe aussi au niveau des données d'incidence : parmi les huit registres généraux du réseau FRANCIM¹¹, les registres des Haut- et Bas-Rhin montrent, pour l'ensemble des cancers, des taux plus élevés (supérieurs à 590/100.000 chez les hommes et environ 345/100.000 chez les femmes), alors que les registres du Tarn et de l'Hérault ont des taux plus bas (environ 400/100.000 chez les hommes et 260/100.000 chez les femmes).

Même si les facteurs de développement des cancers sont encore mal connus et mal évalués, il convient cependant de considérer que, la fréquence des cancers augmentant avec l'âge, le vieillissement de la population française fera encore augmenter le nombre de cas de cancers (prévalence) de façon parallèle à ce vieillissement, et en dehors même d'un accroissement de l'exposition aux facteurs de risques environnementaux et comportementaux. La prise en charge des cancers représentera donc un poids de plus en plus important dans les dépenses de santé.

- **Le contexte local.**

Au niveau local, il n'y a pas eu d'études épidémiologiques précises dans le secteur sanitaire n°14 pour justifier ce projet de Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) de Radiothérapie. Cependant, les perspectives démographiques et certaines caractéristiques et comportements de la population actuelle peuvent laisser supposer une aggravation de la situation et une prévalence accrue des cancers dans les années à venir.

En effet, si les données épidémiologiques disponibles en Ile de France ne sont pas plus préoccupantes que pour la moyenne du reste du pays, des inégalités se font jour entre les départements. Ainsi, ceux du Nord de l'Ile de France¹², plus urbanisés et hébergeant une population plus exposée aux facteurs de risques traditionnels du cancer, se trouvent parmi les zones les plus touchées par cette maladie.

A contrario, plus encore que la moyenne de la population d'Ile de France, la population seine et marnaise est aujourd'hui jeune, dynamique et en pleine expansion. Elle devrait donc subir

¹¹ Registres régionaux encore facultatifs qui recensent les cancers et leurs localisations.

¹² SANCHO-GARNIER H. op.cit.

l'effet du vieillissement général de la population française et de l'allongement de la durée de vie, qui devraient aller dans le sens d'une augmentation du nombre des cancers.

En un peu plus de vingt ans, la population de la Seine et Marne a en effet presque doublé, passant de 604.000 habitants en 1968 à 1.078.000 au recensement de 1990¹³. Cette croissance touche l'ensemble des cantons, même si son intensité décroît progressivement d'Ouest en Est. Ce dynamisme démographique la place au premier rang des départements métropolitains en ce domaine. Il est dû principalement au solde migratoire, ainsi qu'en attestent plusieurs phénomènes : effet de desserrement de la petite couronne, forte croissance des villes moyennes, rapide montée en puissance des villes nouvelles de Marne-la Vallée et de Sénart. Ceci explique qu'en 1990, 30% de la population départementale était composée de nouveaux Seine et Marnais. Ainsi, le département connaît, au sein de l'Île de France, la plus forte proportion de jeunes (0 à 19 ans) et de personnes âgées (60 ans et plus) de toute la région, mais affiche en revanche la plus faible proportion d'adultes (20 à 59 ans).

De même, cette population appartient à des catégories socio-professionnelles moins favorisées que la moyenne de l'Île de France. La taille des ménages y est élevée, supérieure à la moyenne nationale et, de tous les départements franciliens, Paris excepté, la Seine et Marne est celui où la proportion des familles monoparentales dépourvues de ressources est la plus forte. Elle est donc souvent moins informée que la moyenne de la population et, de ce fait, est plus susceptible d'avoir des conduites à risques, qui interviennent de façon certaine dans le développement des cancers.

Tous ces facteurs laissent supposer une demande accrue en soins et équipements cancérologiques en général, et de radiothérapie en particulier, d'ici à quelques années. On estime en effet que l'incidence du cancer atteindra 300.000 nouveaux cas par an entre 2005 et 2009 pour l'ensemble de la France.

Ces considérations expliquent d'ailleurs en partie l'inclusion de la cancérologie dans les priorités régionales de Santé Publique en Île de France, comme dans 25 des 26 autres

¹³ CONSEIL GENERAL DE SEINE ET MARNE. La Seine et Marne dans le débat national pour l'aménagement du territoire, Janvier 1994.

régions françaises¹⁴, celle-ci étant reprise par le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) pour les années 1999 à 2004¹⁵.

1.1.1.2 Les insuffisances de l'offre.

Pour faire face à cette demande croissante, que ce soit au niveau national en général, et en Ile de France ou dans le secteur sanitaire n°14 en particulier, il semble que l'offre en soins et en équipements soit globalement, sinon insuffisante, du moins insatisfaisante.

- **Le contexte national.**

- *L'état des lieux : une insuffisance globale en matériel.*

Pour ce qui concerne le cas particulier de la radiothérapie, les études des sociétés savantes¹⁶ montrent que cette technique intervient désormais dans 60% des traitements des nouveaux patients : ce sont donc 170.000 à 190.000 traitements de radiothérapie à assurer chaque année, si on compte également les reprises de traitement, les irradiations à visée antalgique et les irradiations anti-inflammatoires.

Jusqu'en l'an 2000, la carte sanitaire de la radiothérapie cancéreuse était fixée par l'Arrêté ministériel du 25 février 1986, prévoyant un équipement de six appareils (télégammathérapie et accélérateur de particules) par million d'habitants dans le cadre de chaque région sanitaire, soit un appareil pour 167.000 habitants environ. En outre, depuis la Circulaire du 12 juin 1974, l'organisation territoriale, la limitation des centres isolés dotés d'une seule machine, le « regroupement » pour constituer des plateaux techniques cohérents à deux ou trois machines dans un environnement pluridisciplinaire, sont hautement recommandés par les pouvoirs publics et facilités par une situation de carte sanitaire peu ouverte et saturée.

Aujourd'hui, de nombreuses recompositions ont été faites sur cette base et la répartition territoriale s'est dans l'ensemble équilibrée. Au début des années 1980, 213 centres de radiothérapie étaient inventoriés pour 251 machines, dont 71 accélérateurs linéaires de particules. Il en existait 183 en 2000 (avec 369 machines autorisées), dont près d'une

¹⁴ *Programme national de lutte contre le cancer*, 1^{er} février 2001.

¹⁵ ARHIF. Schéma Régional d'Organisation Sanitaire d'Ile de France pour 1999 à 2004.

¹⁶ Livre blanc : évaluation et assurance qualité du plateau technique en oncologie radiothérapie. *Bulletin du cancer*, novembre 1996.

trentaine se sont réorganisés par coopération entre secteur public et secteur privé et/ou par une intégration fonctionnelle ou un regroupement physique entre des installations précédemment séparées. Ainsi, le Centre Hospitalier de l'Agglomération Montargoise (Montargis, Loiret) construit actuellement sur son sol un bâtiment qui accueillera un cabinet privé de radiothérapie, l'hôpital n'intervenant que comme bailleur dans cette activité, même si un accès particulier sera ménagé aux patients de son Service de Cancérologie.

Depuis plusieurs années, la profession médicale avait fait savoir, notamment à travers les travaux des sociétés savantes et des syndicats de radiothérapeutes, que l'indice ainsi défini était dépassé. En effet, calculé voici près de 30 ans (Arrêté du 14 septembre 1973), alors que la cobalthérapie était la principale technique utilisée, il ne tenait compte ni de l'évolution de la pathologie cancéreuse ni des progrès réalisés dans les protocoles thérapeutiques et dans la technologie des appareils. Or, il est probable que d'ici à cinq ans, les centres devront prendre en charge au moins 200.000 traitements par an, soit 55 patients par jour et par appareil si le parc actuel d'environ 370 machines autorisées n'évoluait pas.

Parallèlement, l'utilisation de la radiothérapie est appelée sans doute à se développer sur des indications où la chirurgie est aujourd'hui prédominante, comme la prostate chez l'homme et le cancer du sein chez la femme, surtout pour des patients âgés.

Dans le même temps, sont devenus ou deviennent courants non seulement les traitements avec une mise en place complexe du patient (avec contentions et caches personnalisés en plombs), mais aussi les protocoles de radiothérapie associés à un traitement chimiothérapique voire chirurgical, et les techniques d'irradiations multiples fractionnées. Il est inutile de dire que ces applications exigent plus de temps et de disponibilité des appareils que les protocoles « classiques ».

Enfin, la technologie des appareils ne cesse d'être améliorée, ce qui permet d'affiner le traitement en gagnant en précision, en protection des organes non visés et en modularité des dosages reçus par la tumeur (collimations multilames, dosimétrie conformationnelle, modulation d'intensité).

Le devenir de la radiothérapie est assurément dans la possibilité de faire profiter tous les patients des progrès de la technique. Là encore, il est nécessaire de disposer non seulement de temps machine supplémentaire, mais aussi de pouvoir compléter le plateau technique par des équipements appropriés. Ainsi, dans l'avenir et en application de la Circulaire du 24 mars 1998 relative à l'organisation des soins en cancérologie, de plus en plus de centres

comporteront au moins deux machines (l'une à haute énergie et l'autre de basse énergie) pour pouvoir proposer les traitements les plus adaptés possibles tout en réalisant des économies d'échelle.

Pour l'ensemble de ces raisons, les organismes représentant la radiothérapie affirment et écrivent que « *le nombre d'appareils par site est très nettement insuffisant pour assurer une radiothérapie de qualité.* »¹⁷ En effet, le parc actuel est saturé. Il doit faire face à 500 traitements par machine et par an en moyenne, avec pour certains centres, comme celui de Melun, des amplitudes horaires quotidiennes parfois égales à 12 heures, dans des conditions où il est parfois difficile de sauvegarder la qualité du traitement et le confort du patient. De même, une surutilisation des machines conduit généralement à des pannes plus fréquentes, qui désorganisent encore plus les soins. Or, les recommandations actuellement admises, notamment par les radiophysiciens, sont de l'ordre de 300 traitements par an et par machine. A titre de comparaison, le parc disponible aux Etats Unis en 1994 permettait de prendre en charge 204 patients par machine et par an. Si l'on tient compte de ces données, le parc idéalement nécessaire serait de 480 machines dès à présent, et 660 à l'horizon 2005-2010 dans les conditions d'application technique actuelles.

Cependant, en tout état de cause, seule une volonté politique clairement affirmée permettra de prendre en compte toutes les facettes du problème, que ce soit en termes d'équipements, mais aussi de démographie médicale ou de travail en réseau.

- *Des initiatives des pouvoirs publics encore trop limitées pour remédier à ces manques.*

Pour tenter de remédier à cette situation de déficit d'équipements et de structures d'accueil des patients, les pouvoirs publics ont déjà pris un certain nombre de mesures pour suivre les recommandations des professionnels médicaux. Ainsi, **la nouvelle carte sanitaire de radiothérapie de 2000**, correspondant à l'annonce faite dans le « Plan national de lutte contre le Cancer du 1^{er} février 2000 » fait passer l'indice à 7,46 appareils par million d'habitants et donc à un appareil pour environ 135 000 personnes, soit une progression légèrement inférieure à 25% par rapport au précédent indice. Du fait des excédents déjà existants, la possibilité d'autorisations nouvelles ainsi dégagée est de 81, pour presque toutes les régions, même l'Île de France. Cette dotation devrait permettre d'installer en moyenne deux appareils dans tous les centres existants traitant de 600 à 900 patients par

¹⁷ Livre blanc : évaluation et assurance qualité du plateau technique en oncologie radiothérapie. *Bulletin du cancer*, novembre 1996.

an, et assurera donc à la moitié d'entre eux une extension de leur plateau technique. Trop de centres de traitement du cancer par radiothérapie ne comportent en effet qu'un seul appareil, et sont de ce fait très vite saturés. Evidemment, ces nouvelles installations seront liées aux programmes d'investissement des centres considérés. Elles ne seront donc pas immédiates et s'étaleront sans doute au moins sur les cinq années visées par le « Plan Cancer ».

De plus, il convient de considérer que la radiothérapie n'est pas toute la cancérologie, ni le nombre d'appareils toute la radiothérapie. En même temps que ce desserrement de la carte sanitaire, c'est à travers les mesures découlant de ce « Plan Cancer » que les réponses doivent être apportées aux problèmes d'ensemble que pose la prise en charge pluridisciplinaire des cancers notamment ceux de la prise en compte de cette activité dans les projets d'établissement et de la valorisation des pratiques. En ce qui concerne la radiothérapie, une prochaine étape de la modernisation des dispositifs juridiques consistera, au delà de l'augmentation du nombre d'appareils installés par centre, de parvenir à l'organisation graduée du cancer dans une dynamique de réseaux multipartenariaux et pluridisciplinaires, telle que préconisée par la Circulaire du 24 mars 1998. Les pouvoirs publics ont tiré les conséquences des travaux des commissions sur les cancers, pour une meilleure définition de l'organisation souhaitée dans les centres et leur coordination, sous la forme de « conditions techniques de fonctionnement » qui devraient être déterminées en concertation avec les professionnels eux-mêmes et sur lesquels le Comité National d'Organisation Sanitaire et Sociale (CNOSS) sera de nouveau consulté.

Un autre point qu'il ne faut pas perdre de vue en terme de prise en charge globale des patients et de leurs pathologies est le retard pris en France en matière d'équipements de radiologie performants (scanners, mais surtout appareils d'Imagerie à Résonance Magnétique ou IRM, Tommographes à Emission de Positons ou « PET-Scans »...), nécessaires dans de nombreux cas pour localiser précisément la tumeur ainsi que son étendue en vue d'un traitement thérapeutique optimal. Le secteur sanitaire n°14 est à ce titre tout à fait représentatif puisqu'il s'agit du seul secteur sanitaire d'Ile de France à ne pas disposer en propre d'une IRM pour le moment. Pour pallier à ce manque, il convient cependant de préciser que le ratio des besoins sur lequel se fondent la carte sanitaire et le régime des autorisations a été récemment assoupli. Cette réforme devrait permettre en particulier l'installation de nouveaux appareils en Ile de France, dont un à Melun, sur le site du Centre Hospitalier, dans le cadre d'un Groupement d'Intérêt Economique (GIE) faisant collaborer les radiologues libéraux et les autres centres hospitaliers du secteur sanitaire.

De plus, si la radiothérapie est une discipline attractive pour les manipulateurs en radiologie à la sortie des écoles, ce n'est pas le cas pour les étudiants en médecine. C'est une discipline qui souffre d'un grave déficit de vocations, ce qui risque de devenir problématique dans les années à venir si cette tendance ne s'inverse pas ¹⁸. De même, faute d'impulsion et de moyens suffisants, ce cloisonnement des activités cancérologiques et la prise en charge concertée par les sociétés savantes ne resteront que des vœux pieux.

- **Le contexte particulier du secteur sanitaire n°14.**

Si l'on ne peut pas tout à fait qualifier le secteur sanitaire n°14 du Sud de la Seine et Marne de « désert sanitaire », il est cependant remarquable de constater qu'il souffre d'un déficit chronique en équipements médicaux. En ce qui concerne plus précisément la prise en charge de la pathologie cancéreuse et les équipements matériels lourds qui y sont liés, la même constatation peut être faite. Ainsi, si la région Ile de France compte un nombre d'appareils de radiothérapie globalement suffisant même si l'on considère l'ancien indice des besoins, cette offre en appareils et en centres est mal répartie et doit être redéployée pour répondre à de nécessaires considérations de Santé Publique, mais aussi d'aménagement du territoire.

¹⁸ Livre blanc : évaluation et assurance qualité du plateau technique en oncologie radiothérapie. *Bulletin du cancer*, novembre 1996.

- *La situation de l'Île de France est globalement favorable.*
-

Situation de l'Île de France au regard de l'indice des besoins fixé par l'Arrêté du 25 février 1986 (Journal officiel du 12 mars 1986) : 6 appareils par million d'habitants¹⁹.

- Population totale d'Île de France en 1995 (chiffre ayant servi de base au dossier de demande d'autorisation)²⁰ : 10.966.000 habitants
- Nombre théorique d'appareils autorisables : 66
- Nombre d'équipements effectivement autorisé²¹ : 77

La région Ile de France est donc en situation de suréquipement au regard des indices, mais :

- Ces équipements sont pour partie concentrés sur Paris et la petite couronne, avec en particulier deux des principaux Centres de Lutte Contre le Cancer (CLCC), dont l'Institut Gustave Roussy, dont l'attractivité en France mais aussi à l'étranger justifie qu'il soit titulaire à lui seul de sept autorisations d'appareils de traitement.
 - Le département de la Seine et Marne, situé en périphérie, est quant à lui sous-équipé puisqu'il ne compte que cinq appareils pour une population de 1.186778 en 1995, soit un appareil pour 237.355 habitants.
-

- *Les insuffisances au niveau local : taux d'équipement faible et travail en réseau balbutiant.*

Le constat de sous équipement du secteur sanitaire n°14 est accablant en ce qui concerne la radiothérapie. En effet, lorsque l'on considère le secteur sanitaire n° 14 d'Île de France, seuls deux appareils sont autorisés (dont celui objet du présent travail), pour 495.512 habitants,

¹⁹ GCS MELUNAIIS DE RADIOTHERAPIE. Demande d'autorisation d'installation (...) d'un appareil de traitement du cancer par rayonnements ionisants de haute énergie (...), Octobre 1998.

²⁰ INSEE. Bulletin Mensuel de Statistiques n°12, Décembre 1997.

²¹ Inventaire EML de la DRASSIF du 20 décembre 1994.

soit un appareil pour 247.756 habitants. De même, dans un bassin de recrutement de patients d'environ 250.000 personnes, un seul appareil était installé au Centre Hospitalier MARC-JACQUET jusqu'au 31 décembre 2000, puis depuis le 3 septembre 2001 au GCS. Si l'on reprend le nouvel indice des besoins défini par le CNOSS en 2000, c'est largement insuffisant puisque 1,8 machines se justifieraient.

Par ailleurs, on pouvait qualifier cette installation d'obsolète. L'appareil de cobalthérapie de type Théatron 80²² a été autorisé en 1972 et mis en service en 1974, il arrivait donc en fin d'autorisation d'exploitation en 1999, puisque celle-ci courrait pour un maximum de 25 ans. Pour limiter autant que possible une rupture dans la continuité des soins, son prolongement avait été autorisé jusqu'au 31 décembre 2000, puisqu'à l'origine, le GCS devait ouvrir dès le début de l'année 2001.

De plus, l'activité allait en déclinant au Centre Hospitalier MARC-JACQUET, en particulier en raison de la difficulté de l'hôpital à recruter du personnel médical en nombre suffisant et ayant les compétences requises pour exercer cette activité.

Certes, des installations de qualité, où interviennent les praticiens libéraux du secteur, existent dans les environs, à Ris-Orangis, Forcilles, ou en proche banlieue parisienne, mais pas dans une proximité immédiate, ce qui générerait des coûts pour l'Assurance Maladie en raison des transports nécessaires²³, affaiblissait encore plus les patients et, plus globalement, empêchait une réelle prise en charge globale et de qualité. En outre, les sociétés savantes insistent beaucoup sur la nécessité d'une prise en charge de proximité, pour le bien être du patient, mais aussi pour lui permettre d'être toujours suivi, dans les meilleures conditions possibles, par la même équipe médicale et paramédicale. Parvenir à traiter chaque patient au plus proche de son domicile requiert un effort d'aménagement du territoire qui devra être poursuivi dans les années à venir.

²² et donc pas un accélérateur de particules comme il tend à se répandre pour une meilleure prise en charge thérapeutique.

²³ Il faut en effet savoir qu'une radiothérapie « classique » peut durer de 5 à 8 semaines, à raison de 5 séances par semaine.

Tableau décrivant le nombre et le type d'appareils de radiothérapie disponibles dans les environs de Melun.

| <i>Localisation</i> | <i>Distance de Melun</i> | <i>Type d'appareil</i> |
|-------------------------|--------------------------|--|
| Melun | Sur place | Cobalt |
| Forcilles | 30 km | Accélérateur 15 MeV |
| Ris-Orangis (GENERIDIS) | 40 km | Accélérateur 6 MeV Accélérateur 10 MeV Accélérateur 25 MeV |
| Corbeil (Essonne) | 20 km | Accélérateur 10 MeV Cobalt |
| Sens (Yonne) | 60 km | Cobalt |

Source : Dossier de demande d'autorisation d'installation d'un accélérateur de particules (de type Saturne 43).

D'ailleurs, il est probable que ces centres de traitements, malgré la qualité de leurs installations et des praticiens qui y exercent, risquent de se retrouver à très court terme face à des difficultés de prise en charge puisqu'ils ne sont pas adossés à un plateau technique performant et à des services de pointe comme ceux de Réanimation Médicale par exemple. Le Centre de Radiothérapie de Ris-Orangis, membre du Réseau GENERIDIS, bien que lié par convention avec une clinique du secteur, ne comprend pas en propre de lits d'hospitalisation, qui peuvent toutefois s'avérer utiles dans certains cas, en particulier pour l'accueil de malades très affaiblis.

De plus, la prise en charge du patient dans sa globalité laisse encore à désirer. Malgré les prescriptions des professionnels de santé et les nécessités thérapeutiques, les réseaux de soins en cancérologie formalisés et autorisés restent encore absents du paysage sanitaire de la Seine et Marne et des départements limitrophes.

Ainsi, au delà de l'augmentation de la quantité d'équipements et du nombre de médecins et de manipulateurs en radiologie présents sur un secteur donné, ce sont la communication et le travail en commun entre ces différents acteurs qui doivent être favorisés et qui conduiront

à cette nécessaire amélioration de la qualité de la prise en charge des patients en cancérologie. De plus, malgré les progrès curatifs, il ne faut pas perdre de vue que de nombreux décès par cancers seraient encore évitables s'ils étaient diagnostiqués et traités suffisamment tôt. Un accent tout particulier devrait donc être porté à l'avenir sur le dépistage et la prévention, ce qui ferait très probablement diminuer le taux de mortalité.

1.2 POUR UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE : UNE COOPERATION ENTRE PARTENAIRES PUBLICS ET PRIVÉS QUI S'IMPOSE MALGRE LE POIDS DES RETICENCES LOCALES.

Aux dires des spécialistes de la discipline, l'amélioration de la qualité des soins en cancérologie passe par une plus grande concertation et une collaboration plus étroite entre les acteurs. Cela n'est pas évident *a priori* au niveau local puisque ceux-ci sont souvent concurrents, mais les pouvoirs publics ont désormais le pouvoir et la volonté de susciter une coopération institutionnelle afin de rationaliser l'utilisation des moyens mis dans cette activité et de provoquer une réelle amélioration de l'offre de soins. Pourtant, l'utilité d'une telle coopération s'impose aussi de plus en plus d'elle-même aux acteurs du système de soins, comme moyen de permettre la réalisation de leurs projets et d'atteindre certains objectifs stratégiques de leurs institutions respectives.

1.2.1 Des difficultés théoriques de la coopération dues au contexte local.

1.2.1.1 Une grande concurrence entre les différents acteurs locaux.

Sur le district de Melun, comme dans beaucoup d'autres agglomérations, existe une concurrence entre acteurs publics et privés du système de santé, et principalement entre les cliniques privées à but lucratif et l'Hôpital Public. Dans cette zone, on retrouve en effet un Centre Hospitalier, qui a vocation à devenir Hôpital référent du Sud de la Seine et Marne de par sa localisation (à la fois centrale et dans la ville Préfecture) et son bassin de recrutement, et trois cliniques de taille moyenne : la Clinique Saint-Jean, mais aussi la Clinique des Fontaines, qui dispose d'une Unité de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences (UPATOU) et la Clinique de l'Ermitage. On assiste, d'une certaine façon, à un partage des activités, la chirurgie, en particulier viscérale, revenant au privé, alors que d'autres disciplines, jugées moins lucratives, sont majoritairement pratiquées dans le secteur

public. Il est ainsi tout à fait remarquable de constater que la maternité du Centre Hospitalier MARC-JACQUET, qui est de niveau 2B, où exercent des praticiens reconnus au niveau local, dépassait les 2000 accouchements en l'an 2000 alors que la Clinique Saint-Jean, sa grande rivale en ce domaine bien qu'étant «seulement » de niveau 1, plafonnait à 1300 accouchements pour cette même année.

Ce contexte de concurrence entre les différents intervenants aurait pu conduire à un comportement individualiste qui se serait traduit par une volonté d'isolationnisme de chaque institution, comme cela a d'ailleurs été le cas pendant de nombreuses années. Pourtant, une telle attitude n'est plus tenable aujourd'hui, puisque le ralentissement de la hausse des dépenses de protection sociale a rendu nécessaire une rationalisation des moyens et des activités afin de continuer à proposer une offre de santé et de soins de qualité. Or, s'il s'agit là de l'intérêt de tous les acteurs de la santé, cela est aussi d'autant plus vrai pour une clinique privée. L'image de qualité que celle-ci peut bien donner à l'extérieur lui permet d'augmenter ses parts de marché et ses profits en séduisant un nombre toujours plus important de patients.

1.2.1.2 La naissance d'une politique de coopération dans un établissement : vision dynamique de sa position dans son environnement et moyen de pallier à ses propres manques.

Jusqu'au début des années 1990, l'hôpital de Melun, comme beaucoup d'autres, vivait replié sur lui-même et était resté plutôt hermétique à son environnement et à ses évolutions. Cependant, avec les efforts fournis par les pouvoirs publics pour rapprocher les établissements et les acteurs de santé au sens large, parfois en les y forçant réglementairement, cette situation a évolué dans un sens tout à fait positif pour une prise en charge plus efficace et plus globale du patient. Mais surtout, c'est la volonté d'ouverture d'une équipe de Direction consciente de l'évolution des enjeux de Santé Publique qui explique ce revirement.

Depuis quelques années, le Centre Hospitalier MARC-JACQUET est engagé dans une vaste démarche d'ouverture et de partenariat avec les institutions et les acteurs locaux du domaine de la santé, mais aussi avec le milieu associatif. La coopération est d'ailleurs un choix stratégique de son Projet d'Etablissement pour 1999-2004, afin, notamment, de préserver son potentiel d'innovation diagnostique et thérapeutique, dans un contexte de difficultés

budgétaires et de maîtrise drastique des dépenses de santé. Ainsi, les projets de collaborations extra-muros foisonnent dans de nombreuses disciplines.

Par exemple, dans un bassin de vie très marqué par les problèmes sociaux, une « consultation précarité » associe depuis de nombreuses années des médecins généralistes libéraux et des personnels hospitaliers, afin de venir en aide aux personnes les plus démunies ne disposant pas, ou pas encore, d'une protection sociale, et ce alors qu'une Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) est ouverte à l'hôpital depuis le courant de l'année 2000. De même, dans le cadre de la lutte contre le SIDA, un réseau ville-hôpital dynamique, soutenu par un Praticien Hospitalier par ailleurs engagé dans le réseau de soins aux détenus (UCSA), a été mis en place.

En outre, le développement d'activités nouvelles requérant d'importants investissements ne pourra se faire désormais que par l'intermédiaire d'une coopération avec au moins un autre partenaire de la région, souvent privé, pour des raisons financières, mais aussi en raison de la politique de l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) allant dans ce sens. Un exemple d'actualité à cet égard est celui de la radiologie, où le Centre Hospitalier MARC-JACQUET est à l'origine de la création d'un GIE pour l'achat et l'exploitation en commun d'un appareil d'IRM, réunissant les cinq Etablissements Publics de Santé du Sud de la Seine et Marne (Melun, mais aussi Fontainebleau, Montereau, Provins et Nemours) et plus de 25 praticiens libéraux. Cette coopération permettra de combler un manque dans la mesure où le secteur sanitaire n°14 est le seul d'Ile de France à ne pas disposer encore d'une telle installation. Pourtant, un autre type d'organisation n'aurait pas convenu à l'ARH, qui joue vraiment la carte des rapprochements public/privé pour redéployer et rationaliser les équipements dans une région au demeurant relativement surdotée, mais où les équipements existants sont mal répartis.

Cette dernière coopération ne pouvait pas se faire dans le cadre d'un GCS puisque des cabinets de radiologues libéraux sont partie preneurs. Ils n'ont en effet pas le statut d'établissements de santé, et ne peuvent donc pas participer à la création d'un GCS. Il s'agit cependant d'une nouvelle preuve que c'est en s'alliant, au delà des clivages et des préjugés, que le système de soins pourra gagner en qualité tout en maîtrisant les coûts. Une coopération étroite pour une recherche de complémentarités s'impose donc à tous.

1.2.2 Un travail en commun qui s'impose cependant.

Malgré des difficultés qui ne sont pas toutes théoriques, une collaboration étroite s'est imposée aux différents protagonistes de ce projet de Groupement de Coopération Sanitaire, que ce soit pour des raisons d'efficacité ou de stratégie purement interne des établissements ou des entreprises. Pourtant, il ne faudrait pas non plus négliger l'impact des contraintes et de ce qui a été imposé par les pouvoirs publics dans sa réalisation.

1.2.2.1 Les motivations des acteurs : l'émergence d'un besoin ou la nécessité de travailler ensemble ?

Parler des avantages de la coopération pour les acteurs et les patients relève actuellement d'un véritable effet de mode, qui prend ses racines dans une certaine réalité. Cependant, il ne faut pas perdre de vue qu'elle s'impose souvent à eux pour des raisons moins nobles et devient un impératif stratégique plus par nécessité de survie que par une volonté sincère de mieux se connaître et travailler ensemble pour assurer le bien être des patients. Les acteurs n'ont en effet plus les moyens d'agir seuls, à commencer, dans le cas précis du Groupement Melunais de Coopération Sanitaire de Radiothérapie, par le Centre Hospitalier MARC-JACQUET, qui a connu de graves dérives financières au début des années 1990.

- **Raisons financières et de rationalisation des coûts.**

Avant cette initiative de créer un GCS de Radiothérapie à Melun, qui a pour vocation de fédérer de façon plus large les acteurs de la cancérologie dans le secteur sanitaire, le Centre Hospitalier MARC-JACQUET et la Clinique Saint-Jean pratiquaient déjà une activité dans ce domaine, mais de façon plutôt désordonnée et isolée.

Ainsi, la **Clinique Saint-Jean** disposait d'une activité de chirurgie carcinologique et de 7 lits de chimiothérapie ambulatoire, mais les praticiens y intervenant étaient obligés d'envoyer leurs patients dans un autre centre privé de traitement de radiothérapie de la région, principalement à Ris-Orangis, situé à près de 40 kilomètres de là

De même, le **Centre Hospitalier MARC-JACQUET** disposait d'un appareil de cobalthérapie et pratiquait de la chirurgie cancéreuse et des chimiothérapies dans certains services de médecine comme la pneumologie. Cette organisation, renforcée par l'existence de clivages historiques entre les services, faisait plus penser à une juxtaposition de dispositifs qu'à une

pratique rationnelle et concertée. Cette impression était d'ailleurs d'autant plus grande en l'absence d'un Service de Cancérologie dédié avec des praticiens spécialistes au Centre Hospitalier, qui perdure d'ailleurs encore aujourd'hui.

C'est pourquoi, dans ce contexte, il était important de structurer un tant soit peu l'ensemble de ces initiatives et de mettre en commun les moyens mobilisés, en recherchant à pratiquer, si ce n'est des économies ou des économies d'échelles (puisque tous les acteurs ne pratiquaient pas la radiothérapie), mais au moins à maintenir et développer leur activité dans le sens d'une plus grande complémentarité et d'une qualité renforcée.

Ainsi, le premier écrit appelant de ses vœux une coopération entre les acteurs publics et privés de santé du Melunais, rédigé par un médecin de la Clinique Saint-Jean et daté d'octobre 1995, visait à créer un réel pôle de cancérologie dans le Sud de la Seine et Marne en faisant déjà le constat de la faiblesse de l'activité de radiothérapie pour une prise en charge vraiment optimale du patient dans cette discipline :

*« Si en Sud 77, la chirurgie carcinologique, la chimiothérapie sont assurées, la radiothérapie ne dispose plus des moyens techniques nécessaires, et nombre de malades doivent être traités loin de chez eux, hors du département, avec un surplus de fatigue. »*²⁴

Par ailleurs, on escomptait du rapprochement des lieux d'habitation et de traitement un effet positif sur les patients et les succès de la thérapie, puisqu'il aurait pour conséquence à la fois de limiter des transports longs et inconfortables, pour accéder aux autres centres performants, et de diminuer l'anxiété liée au changement d'équipe médicale et paramédicale qu'une pareille situation pouvait engendrer. Par ailleurs, cette diminution des transports sanitaires aurait des effets non négligeables pour l'Assurance Maladie, puisque leur surcoût était estimé à 4,3 millions de francs par an en 1995²⁵.

Mais surtout, la raison économique la plus évidente de ce rapprochement est qu'aucun acteur ne pouvait supporter seul le coût de la mise à niveau du plateau technique, d'autant plus que le principe de précaution et une législation sécuritaire toujours plus fournie

²⁴ Dr. JUILLARD. Pour la création d'un pôle de cancérologie en Sud Seine et Marne, Clinique Saint Jean de Melun, Octobre 1995.

²⁵ GCS DE RADIOTHERAPIE DE MELUN, Demande d'autorisation d'installation par confirmation, renouvellement, transfert et remplacement d'un appareil de traitement du cancer par rayonnements ionisants de haute énergie, octobre 1998.

rendaient de plus en plus coûteux un maintien voire une mise aux normes des installations existantes. Ainsi, l'Hôpital, du fait de ses graves difficultés financières, n'avait tout simplement pas les capacités d'investissement indispensables à l'achat de cette machine, eu égard à l'activité déclinante de ce service et aux autres priorités s'imposant à lui, comme la mise en conformité du Service d'Accueil des Urgences (SAU) au Schéma Régional d'Organisation des Urgences ou l'application du Décret « périnatalité ».

- **Les impératifs stratégiques des établissements.**

Ce qui est particulièrement remarquable dans cette collaboration, c'est que chaque acteur attend non seulement d'en tirer avantage, mais aussi de prendre le pas sur ses autres partenaires, dans le cadre de la concurrence qui les oppose au niveau local dans cette activité de cancérologie comme dans d'autres. Certains arguments décrivant l'intérêt à agir de chaque partenaire ont été développés dans la « Note d'opportunité relative à la demande d'implantation d'un accélérateur de particules à haute énergie au titre du Groupement de Coopération Sanitaire de Radiothérapie de Melun », rédigé par le Centre Hospitalier MARC-JACQUET au printemps 1999.

Au moment où il se décide à s'engager dans ce projet, **le Centre Hospitalier MARC-JACQUET** est encore titulaire des autorisations d'équipements lourds et de soins, indispensables pour l'exercice d'une activité de radiothérapie, mais le nombre de traitements effectués dans son service est devenu trop faible pour espérer pouvoir justifier du renouvellement de cette autorisation²⁶ et, *a fortiori*, d'obtenir une autorisation de l'envergure de celle que détient aujourd'hui le GCS de Radiothérapie. Alors que la cancérologie est identifiée comme un axe fort du Projet d'Etablissement 1999-2004, la radiothérapie constitue l'un des maillons faibles de cette discipline au Centre Hospitalier.

²⁶ En annexe : Nombre de Z réalisés par le CH de Melun entre 1991 et 1995 : données utilisées lors de la demande d'autorisation.

**Nombre de Z réalisés par le Service de Radiothérapie du Centre Hospitalier de Melun
entre 1991 et 1995.**

| | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Pour le compte des malades hospitalisés | 22.300 | 23.905 | 22.002 | 21.481 | 19.460 |
| Pour le compte des consultants externes | 123.915 | 84.1000 | 135.349 | 138.856 | 101.591 |
| Total Z Radiothérapie | 146.215 | 108.005 | 154.351 | 160.337 | 121.051 |

Sources : Département d'Information Médicale, CHMJ.

Par ailleurs, l'Etablissement souffre d'une image dégradée dans le secteur sanitaire en raison de la faiblesse de certaines de ses activités, comme la chirurgie (en particulier viscérale) et par l'usure d'un patrimoine mobilier et immobilier insuffisamment entretenu et renouvelé pendant de nombreuses années. Il compte donc profiter de l'aura de ses partenaires et du caractère résolument innovant du projet²⁷ pour « redorer son blason », et sur le GCS pour maintenir une activité de radiothérapie sur la ville de Melun et son agglomération. De même, d'une certaine façon, celle-ci reste dans le giron de l'Hôpital, sans pour autant qu'il ait à effectuer le moindre investissement, qui serait pourtant induit par une mise à niveau de sa propre installation, et ce au nom des missions de Service Public et de Santé Publique qui lui reviennent.

Pour la **Clinique Saint-Jean**, devenir opérateur du GCS lui permet de satisfaire sa volonté de coordonner et de promouvoir sur son site ses activités de chirurgie carcinologique et d'oncologie par l'importation d'un nouvel outil thérapeutique, avec l'ambition de s'affirmer comme véritable pôle de cancérologie, alors qu'elle dispose déjà d'une solide expérience dans ce domaine. Le GCS est en effet localisé dans ses locaux. Cela revêt peut-être un aspect anecdotique, mais l'enseigne du Groupement Melunais de Radiothérapie est la première chose que l'on voit en arrivant sur le parking de la Clinique et, dans un souci esthétique, elle a été réalisée selon la même charte graphique (couleur, style et police de

²⁷ A cette date, peu de GCS étaient en gestation, et c'était le seul envisagé pour une activité de radiothérapie.

caractères) que celle de la Clinique. Outre la préoccupation d'uniformité architecturale, l'effet que celle-ci recherche sur sa clientèle est sans nul doute celui de l'assimilation de l'une et l'autre structure. Cette assimilation a d'ailleurs également lieu dans l'esprit du personnel de l'Hôpital, malgré les efforts de pédagogie et d'information de la part de la Direction. Pour lui, le GCS, c'est souvent la Clinique Saint-Jean.

Pour le **Centre de Radiothérapie de Ris Orangis (Groupe GENERIDIS)**, le nouveau GCS à créer pouvait constituer une menace, dans la mesure où il verrait fuir certains de ses praticiens. D'une certaine façon, il ne serait plus maître de sa main d'œuvre. En outre, on peut également supposer que participer à cette action de coopération était un moyen d'accroître son activité dans le Sud de l'Île de France en libérant des plages horaires sur ce site principal, équipé de trois appareils dotés d'une technologie plus récente, où intervenaient les praticiens de Saint-Jean et qui était déjà saturé. La preuve patente de cet état de fait est que ce centre s'est trouvé dans l'incapacité d'absorber le surplus de patients dû au retard dans la mise en route effective de l'activité curative du GCS de Radiothérapie à l'été 2001.

1.2.2.2 Le Groupement Melunais de Coopération Sanitaire de Radiothérapie : une volonté de la tutelle, et plus généralement des pouvoirs publics.

- **Le contexte global : de la facilitation à l'incitation à la coopération au niveau national, pour satisfaire de manière optimale la demande de soins tout en maîtrisant les coûts.**

Dans un contexte national de recherche de maîtrise des dépenses de santé, s'est faite jour une volonté politique de développer les coopérations interhospitalières et les collaborations public/privé. Cette démarche s'inscrit dans la droite ligne des réformes hospitalières intervenues depuis plus de trente ans, mais surtout dans les Ordonnances du 24 avril 1996. Cette recherche de complémentarités logistiques ou médicales entre les structures, est doublement imposée par les pouvoirs publics, que ce soit par une planification directive ou par le poids des impératifs économiques qu'ils font peser sur les établissements.

- *Donner aux partenaires de terrain les moyens juridiques pour coopérer efficacement tout en se ménageant le droit de les y forcer par l'intermédiaire de la planification.*

Les premières tentatives d'introduire une plus grande collaboration entre les acteurs du système de santé date de la Loi portant réforme hospitalière du 31 décembre 1970, qui a marqué, entre autres, la création des outils juridiques que sont les Syndicats Interhospitaliers (SIH) et les Groupements Interhospitaliers, remplacés en 1991 par les Conférences Sanitaires de Secteur.

La véritable réforme de la coopération hospitalière date cependant de 1991. En effet, la Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière et les Décrets d'application qui ont suivi ont présidé à un développement des modalités juridiques de la coopération hospitalière et à un renforcement des moyens de la planification en matière de partage des activités médicales. Loin cependant de s'arrêter à une simple actualisation dans ce domaine, le dispositif juridique a établi, par le biais des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS), un lien nouveau entre planification et développement des complémentarités médicales. Les notions de partage des activités et de partenariat entre les établissements sont donc bien au cœur de leur problématique. Dans ce texte, on s'attache plus à la structuration de l'activité des établissements qu'à la mesure strictement quantitative d'équipements physiques.

Les hôpitaux étaient donc, dans ce cadre, placés devant une alternative simple : soit les complémentarités nécessaires étaient définies et organisées par la tutelle dans le cadre des SROS de façon autoritaire ; soit les établissements anticipaient ce mouvement et décidaient de coopérer entre eux. Dans cette hypothèse, ils ont d'autant plus d'intérêt à se concerter pour collaborer institutionnellement ou pour développer des réseaux de soins que l'objectif implicite du dispositif de planification est de réguler autoritairement les relations entre les établissements. Cependant, on peut s'interroger sur la relative timidité des options choisies, qui explique certainement le manque de mobilisation des acteurs hospitaliers. En effet, si, dès 1991, le législateur a souhaité favoriser la coopération interhospitalière dans la mesure où elle constitue une condition indispensable au développement, à l'adaptation et à la bonne gestion des moyens que la collectivité consacre à la protection sociale, c'est aux acteurs hospitaliers de mener la restructuration du tissu sanitaire et social.

De même, l'Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée renouvelle la coopération interhospitalière avec la création de deux nouvelles structures : les Communautés d'Établissements de Santé (CES) et les

Groupements de Coopération Sanitaire (GCS). Les CES sont complémentaires des Conférences Sanitaires de Secteur, alors que les GCS le sont des Syndicats Interhospitaliers. En outre, l'Ordonnance hospitalière relance la coopération entre les établissements de santé avec l'utilisation du Groupement d'Intérêt Public (GIP) qui apparaît revêtu d'un label officiel, puisqu'il constitue le statut juridique des nouvelles Agences Régionales de l'Hospitalisation publique et privée (ARH).

Ainsi, cette Ordonnance du 24 avril 1996 pose la coopération interhospitalière comme l'un des axes prioritaires de restructuration du paysage sanitaire. Pour y parvenir, elle prévoit un encadrement légal assorti de nouveaux outils juridiques. L'article L.712-20 du Code de la Santé Publique (CSP) prescrit qu'en vue d'adapter le système hospitalier aux besoins de la population et de préserver sa qualité dans l'intérêt des malades au meilleur coût, par un redéploiement des services, activités ou équipements hospitaliers, le Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation (DARH) peut demander à deux ou plusieurs établissements de santé :

- de conclure une convention de coopération ;
- de créer un Syndicat Interhospitalier ou un Groupement d'Intérêt Public ;
- de prendre une délibération tendant à la création d'un nouvel établissement public de santé par fusion des établissements concernés.

En définitive, si la création de formes nouvelles de coopération avait pour but de faciliter les recherches de complémentarités entre les structures, les pouvoirs publics se sont aussi dotés des moyens juridiques pour les faire appliquer et parvenir effectivement à la rationalisation tant attendue des coûts, mais aussi de l'organisation du système de santé français.

- *Optimiser les moyens dans un contexte économiquement contraignant.*

En outre, la logique de limitation des dépenses de santé, qui pèse de manière forte sur l'Hôpital Public, se traduit par une révision à la baisse des capacités hospitalières et par le développement de nouveaux outils d'évaluation des pratiques médicales. Ces derniers permettront de mieux connaître l'activité hospitalière et donc de mieux organiser les complémentarités médicales pour optimiser les moyens.

D'après les estimations de la Caisse des Dépôts et Consignations et de la Cour des Comptes, l'excédent en lits d'hospitalisation publique atteindrait, en France, environ 20%, ce

qui représenterait un surcroît de charges d'environ 90 milliards de francs pour l'Assurance Maladie chaque année. L'Hôpital Public renfermant une part majeure de ces lits excédentaires, un effort important lui est demandé. Dans ce contexte, on peut affirmer que, pour optimiser les moyens, la restructuration hospitalière est impérative et la complémentarité, la seule issue.

Ainsi, les pouvoirs publics voient dans le développement des complémentarités hospitalières un moyen d'améliorer la prise en charge des patients, tout en rationalisant les moyens mis en œuvre. Cela permet d'éviter les doublons, puisque ce mouvement s'accompagne, dans de nombreuses disciplines, d'une gradation des soins, tout en diminuant les coûts pour la collectivité, que ce soit à cause du surcroît de lits ou, comme nous en avons déjà parlé pour le GCS de Melun, de diminuer des coûts de transport exorbitants pour l'Assurance Maladie.

L'exemple de la cancérologie est à cet égard significatif. Elle est inscrite comme priorité de Santé Publique à tous les niveaux. Dans le SROS de la Région Ile de France pour 1999-2004, les pouvoirs publics semblent vouloir se donner les moyens de permettre l'instauration d'une réelle concertation entre les acteurs car c'est là et pas forcément d'une augmentation du nombre de médecins ou d'équipements, que réside la véritable marge de manœuvre pour une amélioration de la prise en charge et de la qualité des soins en cancérologie. En effet, si le cancer a un impact difficilement chiffrable mais vraisemblablement très lourd sur les dépenses de santé, une meilleure utilisation de ces crédits permettrait certainement de sauver des vies.

- **La volonté particulièrement marquée dans ce contexte local spécifique.**

Ainsi, dans ce cas précis du Groupement Melunais de Coopération Sanitaire de Radiothérapie, force est de constater le rôle primordial joué par les pouvoirs publics (Agence Régionale d'Hospitalisation, mais surtout Ministère de la Santé), que ce soit pour le choix du montage juridique ou celui des partenaires.

- *Une coopération vue d'un « bon œil » car elle correspond à une réponse aux objectifs du SROS 1994-1999.*

De fait, la demande d'autorisation d'installation d'un accélérateur de particules dans le cadre d'un GCS à la Clinique Saint-Jean fait explicitement référence aux principaux objectifs du SROS Ile de France pour 1994 à 1999, et s'inscrit dans ses orientations, dont :

- redistribuer les équipements vers la périphérie,
- répartir les équipements de façon harmonieuse,
- renforcer les plateaux techniques existants,
- encourager le partenariat, sous toutes ses formes, pour le partage d'équipements,
- veiller à l'utilisation des équipements par des praticiens qualifiés et compétents,
- veiller aux conditions générales de sécurité de fonctionnement des installations, tout spécialement celles impliquant la pratique d'exams interventionnels et/ou à visée thérapeutique,
- assurer la cohérence des projets médicaux, du niveau et du type d'activité des structures de soins, avec la valeur intrinsèque de chaque type d'équipement,
- assurer non seulement l'accessibilité, mais aussi la disponibilité des équipements installés,
- remplacer les appareils obsolètes.

Il était donc prévisible qu'une pareille entreprise finisse par s'attirer les bonnes grâces des pouvoirs publics.

- *Pouvoirs publics et forme juridique de la coopération.*

Ensuite, la volonté réelle ou supposée des pouvoirs publics a profondément marqué la forme de la coopération. Ainsi, c'est un GIE qui avait été pensé au départ, mais, en raison de la concomitance avec la sortie de textes concernant le GCS- le dossier concernant la première demande d'autorisation a en effet été monté en 1997, année de la parution du décret d'application de l'Ordonnance de 1996 concernant cette nouvelle forme de coopération juridique- les porteurs du projet ont considéré qu'ils auraient plus de chances de le voir aboutir s'ils le présentaient sous cette forme.

Enfin, le Centre de Radiothérapie de Ris-Orangis, et à travers lui le Groupe GENERIDIS, qui est un acteur important de la cancérologie au niveau local (bien que situé dans l'Essonne, c'est-à-dire dans un autre département) est intimement lié au secteur sanitaire de Melun, de

par sa proximité, les facilités de transport pour s'y rendre (routes à grande circulation) et parce que les médecins radiothérapeutes libéraux de la région y envoyaient leurs patients subir leur traitement. Or, il était écarté du projet initial de GCS à deux partenaires (Centre Hospitalier et Clinique Saint-Jean de Melun). Le Ministère chargé de la Santé a encouragé sa participation, afin de donner plus de corps à ce qui pouvait être considéré comme le futur noyau d'un réseau de cancérologie du Sud Seine et Marne.

2 - LA CREATION D'UNE PERSONNE MORALE NOUVELLE DONT LES DIFFICULTES DE MISE EN ŒUVRE CONCRETE SONT REVELATRICES DES IMPERFECTIONS, MAIS SURTOUT DES DIFFICULTES DES COOPERATIONS ENTRE PARTENAIRES PUBLICS ET PRIVES.

2.1 UNE VOLONTE ET UNE NECESSITE DE TRAVAIL EN COMMUN QUI SE SONT TRADUITES PAR LA CREATION D'UNE PERSONNE MORALE D'UNE FORME NOUVELLE.

2.1.1 Pourquoi une nouvelle personne morale ?

La coopération entre les acteurs publics et privés est devenue le maître mot de la «ré-organisation » du système de soins français, ce qui explique la multiplication des outils juridiques créés pour la faciliter. Cependant, elle peut prendre des formes multiples, plus ou moins spécifiques et adaptées au domaine sanitaire, qui ne passent pas nécessairement par la création d'une personne morale nouvelle et qui sont choisies en fonction du type d'activité pratiquée ensemble et/ou de la profondeur du partenariat envisagé entre les cocontractants. Ainsi, une mise en commun de moyens importante et la nécessité d'obtenir des autorisations pour pouvoir exercer certaines disciplines rendent souvent obligatoires le choix d'un rapprochement juridique fort et la création d'une personne morale nouvelle.

2.1.1.1 Les conditions de cette coopération.

- **La nécessité de faire collaborer public et privé.**

Dans le cas présent, l'initiative de la coopération revient au secteur privé, et en l'occurrence à la Clinique Saint-Jean. Ensuite, le Groupe GENERIDIS, par l'intermédiaire de sa filiale « Centre de Radiothérapie de Ris-Orangis » a fait savoir qu'il était également prêt à tenter l'aventure. Il fallait donc trouver une formule de coopération qui rende possible la collaboration d'acteurs privés lucratifs avec un Etablissement Public de Santé. De plus, le but recherché par l'Hôpital en acceptant cette coopération était d'assurer la continuité du

Service Public en permettant à un équipement en cancérologie de rester sur Melun. C'est pourquoi, c'était bien une coopération des partenaires locaux ou de proximité qui s'imposait.

- **La question de l'autorisation d'installation d'équipements lourds et de l'autorisation de soins.**

L'activité de radiothérapie est régie par un double régime d'autorisations. Un établissement qui veut la pratiquer doit en effet être titulaire et d'une autorisation d'équipements lourds de radiothérapie et d'une autorisation d'exercer l'activité de soins « Traitement des affections cancéreuses par rayonnements ionisants de haute énergie ».

En 1995, lorsque les premières vellétés de coopération ont vu le jour entre les praticiens libéraux du secteur puis la Clinique Saint-Jean, et le Centre Hospitalier MARC-JACQUET, la situation était claire : l'Hôpital, qui disposait par ailleurs de lits de médecine et du Service de Réanimation Médicale nécessaire, était titulaire à la fois de l'autorisation d'équipements lourds et de l'autorisation de soins requises.

En soi, il n'était pas nécessaire, ni même justifié, que ces autorisations soient concédées au secteur privé. La pratique de cette activité était certes déclinante à l'Hôpital, mais le contexte de concurrence entre ces deux établissements était tel que cette démarche n'aurait pas manqué d'être interprétée par le personnel hospitalier comme un démantèlement du Service Public dans une institution au contexte social traditionnellement tendu du fait de l'implantation et de l'activité importante du syndicat CGT.

En raison de l'impossibilité d'installer le nouvel appareil sur le site de l'Hôpital, compte tenu de sa difficile constructibilité²⁸ et de l'inadéquation du bunker initial avec le projet envisagé, il devait être localisé ailleurs. Il n'était donc pas forcément justifié que l'hôpital soit titulaire en propre d'une autorisation d'équipement pour une activité qu'il n'exerce plus ni seul, ni même dans ses locaux. Au contraire, il convenait de transférer cette autorisation à la personne morale qui exercerait réellement l'activité, dans la mesure où cela était possible pour la formule et/ou la structure de coopération choisie, d'autant plus que, comme déjà mentionné plus haut, il n'aurait pas été opportun de la transférer directement à la Clinique Saint-Jean.

²⁸ Entre un Plan d'occupation des Sols restrictif et les contraintes d'urbanisme dues à la présence d'un escalier inscrit à l'inventaire complémentaire des monuments historiques dans le vieil hôpital situé dans le périmètre direct.

C'est pourquoi, il était judicieux de préférer un mode de coopération qui aboutissait à ce qu'aucun partenaire ne soit en lui-même titulaire de l'autorisation d'équipements lourds, même si le problème se posait aussi pour l'autorisation de soins. Par exemple, le GCS n'ayant pas la possibilité légale de disposer de lits d'hospitalisation et d'exercer en propre des activités de soins²⁹, il était incontournable qu'une autre entité soit titulaire de cette autorisation de soins, en l'occurrence la Clinique Saint-Jean, puisque les traitements sont réalisés dans ses murs. Il est en effet impératif pour qu'elle puisse avoir lieu qu'une activité de radiothérapie soit pratiquée à proximité de lits d'hospitalisation complète, et donc d'un établissement de santé.

- **La question de la mise en commun des moyens et du financement.**

Là encore, l'architecture du projet requérait une adaptation particulière. En effet, aucun des partenaires n'avait, et n'a toujours pas, la capacité financière de mener à bien seul le projet d'aménagement de nouveaux locaux et d'achat ou de location d'un accélérateur de particules, même en ménageant ensuite des plages d'accès à d'autres intervenants. La Clinique Saint-Jean n'est pas adossée à un « grand groupe » et ne peut donc se reposer sur aucune assise financière autre que la sienne propre ; la SARL « Centre de Radiothérapie de Ris-Orangis », bien que membre du Réseau GENERIDIS dépendant lui-même de la Générale de Santé, n'est qu'une petite société. Quant à l'Hôpital, ses capacités d'investissement étaient largement entravées par le Contrat d'Objectifs signé avec l'ARH en 1994 et visant à apurer la situation de quasi cessation de paiement dans laquelle se trouvait alors l'Etablissement.

C'est pourquoi, une réelle mise en commun de moyens, que ce soit pour la constitution du centre ou son fonctionnement quotidien, s'imposait. Concrètement, chaque partenaire a apporté sa contribution pour la mise en œuvre concrète du Groupement.

²⁹ Cela lui est cependant devenu possible avec la Loi du 27 juillet 1999 portant création d'une Couverture Maladie Universelle (CMU), qui a ajouté au dernier alinéa de l'article L. 713-11-1 du CSP la disposition suivante : « Le Groupement peut détenir des autorisations... d'activités de soins visées à l'article L. 712-8. ». Il convient cependant encore à la doctrine et à la jurisprudence d'en dégager les conséquences pratiques, en particulier en ce qui concerne la possibilité pour les GCS de détenir en propre des lits d'hospitalisation.

Il fallait donc choisir une modalité de coopération qui permette non seulement d'exploiter des équipements en commun, mais aussi de rassembler concrètement des moyens de financement sur un même compte en banque afin de régler les dépenses y afférant.

2.1.1.2 La nécessité d'une structure juridique forte.

Les Etablissements Publics de Santé disposent d'une large possibilité de signer des conventions, entre eux ou avec d'autres acteurs du système de soins. D'ailleurs, une étude de la Fédération Hospitalière de France datant de 1992 et portant sur les huit unions hospitalières plus l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris montre que 95% des coopérations interhospitalières se font en utilisant ce mode.

Cependant, une convention entre plusieurs établissements de santé crée entre eux des liens lâches, sur lesquels il est facile de revenir ensuite si les intérêts des partenaires évoluent ou si la collaboration n'est pas aussi fructueuse qu'escompté, au détriment, bien entendu, du bien être du patient qui avait pourtant prévalu à sa conclusion. Cette fragilité est un danger particulier pour les établissements lorsque ceux-ci y engagent des moyens importants.

Ainsi, c'est une forme juridique très souvent utilisée pour permettre à des praticiens d'avoir accès à un équipement lourd comme un appareil d'imagerie médicale par exemple, appartenant à un autre établissement. En revanche, elle ne permet pas une réelle mise en commun de moyens ni une utilisation en commun, c'est-à-dire l'achat par le groupement de signataires de matériel médical en raison d'un manque de sécurité patrimoniale qui en découle. C'est pourquoi, on peut considérer que cette forme de coopération n'était pas adaptée ici étant donné le contexte et les modalités de rapprochement induites. La création d'une nouvelle personne morale semble non seulement appropriée mais nécessaire au type d'activité mais surtout au mode d'action envisagé.

De plus, au delà de ces considérations juridiques, il s'agit d'une formule de coopération qui pourrait s'avérer trop faible pour des institutions ayant des intérêts aussi divergents qu'un Hôpital Public et une clinique privée à but lucratif. Dans ces conditions, les formes permettant une coopération réellement souple ont été écartées.

2.1.2 Pourquoi un GCS : une forme de coopération qui s'impose pour une prise en charge globale optimale du patient en oncologie dans le secteur sanitaire n°14.

Nouvelle catégorie de personne morale créée par l'Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996, le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) en constitue indéniablement l'une des principales innovations. Limité au domaine de la santé, il a été conçu afin de pallier aux insuffisances des outils de coopération déjà existants, en particulier ceux prévus par les Lois portant réforme hospitalière de 1970 et 1991, dont les Syndicats Interhospitaliers (SIH). Ainsi, il permet des relations simplifiées et approfondies entre Etablissements Publics de Santé et établissements privés à but lucratif.

2.1.2.1 Qu'est ce qu'un GCS ?

- **Pour être membre : une double condition.**

L'article 39-II de l'Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 définit les conditions à remplir pour pouvoir faire partie d'un GCS.

D'une part, **un GCS ne peut être composé que d'établissements de santé**, c'est-à-dire remplissant les missions définies par les articles L. 711-1 et L. 711-2 du Code de la Santé Publique :

- les Etablissements Publics de Santé ainsi que les Syndicats Interhospitaliers lorsque ces derniers ont le statut d'Etablissements Publics de Santé,
- les établissements privés non lucratifs participant à l'exécution du Service Public Hospitalier,
- les établissements privés lucratifs, associés au Service Public Hospitalier,
- les établissements privés concessionnaires du Service Public Hospitalier,
- tout autre établissement privé à but lucratif.

Sont donc exclus d'office :

- les *personnes physiques* (praticiens libéraux à titre individuel),³⁰

³⁰ C'est d'ailleurs pour l'une des raisons pour lesquelles la Clinique Saint-Jean est intervenue en tant que personne morale dans le Groupement, les radiothérapeutes du secteur, pourtant très impliqués dans le projet, ne pouvant pas l'être en leur nom propre.

- les *personnes morales de droit public ou privé qui ne sont pas des établissements de santé* comme les laboratoires ou les sociétés de médecins,
- les *groupements* (GIP, GIE, autres GCS), ceux-ci n'ayant pas le statut d'établissements de santé.

D'autre part, un GCS ne peut être constitué **qu'entre deux ou plusieurs établissements de santé qui ne remplissent pas les conditions prévues à l'article L.713-5 pour constituer entre eux un Syndicat Interhospitalier**. Il est donc réservé à des relations entre d'une part, des établissements publics ou privés assurant le Service Public Hospitalier et d'autre part, des établissements à but lucratif n'assurant pas le Service Public Hospitalier. De plus, il est prévu que la structure soit « requalifiée » en SIH si l'un des partenaires le quitte et que ceux restant membres du Groupement en remplissent les conditions.

- **un objet et une personnalité morale au caractère restrictif.**

- *Objet.*

L'article 39-II cette même Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 dispose que le Groupement de Coopération Sanitaire « *réalise et gère, pour le compte de ses membres, des équipements d'intérêt commun* », y compris des plateaux techniques tels que des blocs opératoires ou des services d'imagerie médicale. Depuis la loi portant création de la Couverture Maladie Universelle (CMU) du 27 juillet 1999, il peut aussi constituer le cadre d'interventions communes des professionnels médicaux et non médicaux. Cette dernière disposition, lorsqu'elle sera mise en œuvre concrètement, posera certainement rapidement la question de la nature juridique du GCS et de son incapacité à pouvoir être considéré comme un établissement de santé³¹.

- *Personnalité et capacité juridique.*

Il est indiqué dans l'Ordonnance d'avril 1996 que le GCS **n'étant pas un établissement de santé**, même s'il a la **personnalité morale**, il ne peut assurer lui-même les missions que les articles L.711-1 à L711-2-1 du CSP confient aux établissements de santé : examens de diagnostic, surveillance, traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes, actions de santé publique... En conséquence, les malades ne peuvent être hospitalisés au GCS, mais doivent l'être dans l'un des établissements membres. A Melun par exemple, une

³¹ HOUDART L. Traité de coopération hospitalière, Collection santé, Edition 2000, volume n°1.

convention a été signée entre l'Hôpital et le GCS pour qu'en cas d'incident lors du traitement ou de rechute, une hospitalisation soit envisageable dans un établissement disposant certes de lits de médecine, mais surtout d'un Service d'Urgence de type SAU et d'un Service de Réanimation Médicale.

De même, il n'a pas de relation directe avec l'Assurance Maladie, puisqu'il n'existe pas de « malades du GCS » proprement dits. Chaque intervenant facture lui-même sa prestation à son patient, sans que cela ne passe par l'intermédiaire du GCS. Pour assurer ses frais de fonctionnement, celui-ci ne dispose donc que des contributions de ses membres.

En revanche, il peut détenir des **autorisations d'équipements lourds** qui sont gérés par un établissement de santé. De même, comme la loi sur la CMU dispose qu'il peut désormais être le cadre d'activités de soins, on peut légitimement supposer qu'il pourra devenir titulaire en propre d'autorisations de soins. Un montage comme celui pratiqué dans le GCS de Melun, où l'autorisation de soins devait être détenue par l'établissement servant de support au Groupement³², ne sera donc peut-être plus nécessaire à l'avenir.

Par ailleurs, un GCS **ne peut être employeur** : les personnels médicaux et non médicaux restent donc attachés à leur établissement et conservent leur statut. De même, les praticiens libéraux qui interviennent dans le cadre du Groupement ont dû signer avec les partenaires privés une convention d'exercice.

Enfin, il **ne peut réaliser de bénéfices**.

Un GCS acquiert une existence légale le jour de sa publication au Bulletin Officiel du Ministère chargé de la Santé, après que sa convention constitutive ait été approuvée par le DARH. Il s'agit donc d'une procédure assez lourde, assortie d'un double contrôle : celui du DARH dans un premier temps, puis celui de la Direction Juridique du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, qui a le pouvoir de ne pas faire publier l'avis de constitution du GCS si elle estime que la convention constitutive n'est pas tenable en l'état ou contient des dispositions illégales.

Ce dernier contrôle n'est pas que théorique, ce que prouve bien l'exemple de Melun : la publication ne s'est faite que six mois après l'approbation par l'ARH du Groupement

³² L'implantation d'un accélérateur de particules doit en effet explicitement se faire « *sur un site comportant des moyens d'hospitalisation.* »

Melunais de Coopération Sanitaire de Radiothérapie, en raison d'incertitudes juridiques qui seront évoquées en troisième partie.

2.1.2.2 Les raisons du choix de cette nouvelle structure.

On reprend ici les arguments développés au moment du montage juridique devant conduire à la création du GCS.

- **D'autres formes de coopération n'ont pu être retenues et ont dû être écartées.**

Au début du rapprochement entre la Clinique Saint-Jean et le Centre Hospitalier MARC-JACQUET, plusieurs structures juridiques avaient été envisagées, et c'est finalement la création d'un GCS qui avait été retenue, après que les deux partenaires aient d'abord travaillé à la constitution d'un GIE.

En plus de la convention qui a déjà été évoquée plus haut, d'autres structures de coopération ont en effet dû être écartées, surtout en raison de la personnalité de leurs membres.

- *Le Syndicat Interhospitalier (SIH).*

Comme défini dans les articles L. 713-5 à L. 713-11 du CSP, un Syndicat Interhospitalier peut être créé à la demande de deux ou plusieurs établissements assurant le Service Public Hospitalier, dont un au moins doit être un Etablissement Public de Santé. Or, dans le cas présent, les deux structures privées membres du Groupement sont à but lucratif et ne participent donc pas au Service Public Hospitalier. Par suite, comme elles ne faisaient pas partie des personnes morales pouvant créer entre elles un Syndicat Interhospitalier, cette forme juridique a dû être écartée.

Rappelons à ce propos que la formule juridique du GCS a été explicitement imaginée par les pouvoirs publics pour pallier à ce manque en raison des avantages d'une pareille structure. Il convient cependant d'ajouter que le GCS permet de dépasser certaines lourdeurs de ce type d'organisation grâce, en particulier, à une prise de décision allégée.

- *Le Groupement d'Intérêt Public (GIP).*

Le recours au GIP dans le domaine sanitaire et social a été autorisé par la Loi n° 87-571 du 23 juillet 1987 relative au mécénat et par le Décret n° 88-1034 du 7 novembre 1988. Dotés de la personnalité morale et financière, ils peuvent être constitués par des personnes morales de droit public ou privé pour exercer ensemble des activités dans le domaine de l'action sanitaire et sociale, et notamment pour gérer ensemble des équipements ou des services d'intérêt commun. Ainsi, plusieurs établissements peuvent créer un GIP pour gérer un plateau technique qu'aucun d'entre eux ne pouvait assurer économiquement ni en justifier le plein emploi, comme c'était le cas dans cet exemple particulier. A ce titre le Centre Hospitalier de Melun et la Clinique Saint-Jean auraient pu constituer entre eux un GIP pour l'exploitation de cet accélérateur de particules, d'autant plus que même des structures privées à but lucratif sont autorisées à en être membres. Cela était d'ailleurs l'une des solutions envisagées au départ. La structure à créer ne comptait encore que deux membres (l'Hôpital et la Clinique Saint-Jean) et aurait donc été à 50% publique et à 50% privée.

Cependant, cette forme de coopération n'était pas non plus adaptée à la situation melunaise, surtout après l'arrivée du troisième partenaire. Un GIP est en effet d'un établissement public qui peut certes accepter comme membres des structures privées ne participant pas au Service Public Hospitalier, mais la règle de majorité des voix doit toujours rester en faveur du ou des partenaires publics. Or, dans le cas présent, les partenaires privés étaient majoritaires et supportaient seul les investissements initiaux que sont le prêt et l'installation de la machine pour GENERIDIS et la construction et l'aménagement des locaux techniques pour la Clinique Saint-Jean. Les deux partenaires n'étaient donc pas prêts à accepter ce type de montage au regard de l'objet du Groupement, et il n'aurait de toutes façons pas été opportun d'y avoir recours, le partenaire public étant minoritaire tant en ce qui concerne la répartition des parts dans le Groupement qu'en ce qui concerne l'activité.

- *Le Groupement d'Intérêt Economique (GIE).*

Dans les grandes lignes, le mode de fonctionnement d'un GIE ressemble à celui d'un GCS, et permet donc de réaliser les mêmes activités dans des conditions comparables, et en particulier de créer une nouvelle personne morale rendant possible de rassembler des moyens et des financements afin d'acheter ou/et exploiter en commun des matériels lourds. En plus, il s'agit d'une formule de coopération bien rodée, qui a fait ses preuves dans l'industrie, mais aussi dans le domaine sanitaire.

Cette forme de rapprochement et de recherche de complémentarités a cependant été écartée pour des raisons stratégiques, afin de donner plus de chances d'aboutir au projet. En effet, comme déjà évoqué plus haut, le dossier de coopération entre la Clinique Saint-Jean et le CHMJ était en train d'être monté, au moment même où le Décret d'application des Ordonnances de 1996 concernant le GCS est paru. Les porteurs du projet ont alors considéré que celui-ci serait certainement accueilli de façon plus « indulgente » par les pouvoirs publics s'il s'inspirait de cette forme d'innovation juridique, d'autant plus que les établissements considérés avaient la capacité de former entre eux un GCS pour exercer ce type d'activité. Ensuite, après un premier rejet, la « solution » du GCS a continué à être préférée à celle d'un GIE malgré l'intervention d'un troisième partenaire, le « Centre de Radiothérapie de Ris-Orangis », à la nature juridique incertaine (s'agit-il d'un établissement de santé habilité à faire partie d'un GCS ?). Cependant, sa participation était vivement souhaitée par l'ARHIF et le Ministère en raison de son implication dans le traitement par radiothérapie des patients cancéreux du Melunais et la formule du GCS a donc été finalement acceptée.

- **Les avantages du GCS.**

A la différence d'autres formules de coopération jusque là existantes, le GCS, en plus de son caractère de « gadget juridique » prisé par les pouvoirs publics, disposait intrinsèquement d'avantages intéressants qui ont prévalu à son choix.

- *Il permet la collaboration entre partenaires publics et privés à but lucratif.*

Lors de la parution des Ordonnances du 24 avril 1996, l'aspect novateur de cette nouvelle structure juridique s'appliquant exclusivement au domaine de la santé a suscité des espoirs d'une coopération facilitée avec le secteur privé à but lucratif. Les pouvoirs publics attendaient de cette nouvelle création qu'elle impulse une dynamique positive de collaboration afin de parvenir à des économies d'échelle et à améliorer la prise en charge des patients par la mise en commun d'activités ou la recherche de complémentarités.

En effet, il arrive très souvent qu'il y ait déperdition de moyens lorsque, au sein d'un même secteur sanitaire, deux acteurs, l'un public, l'autre privé, proposent des activités similaires de niveau moyen. Leur mise en commun permet donc de rationaliser l'offre de soins au moindre coût, sans diminuer la qualité de la prise en charge. Il en est de même lorsqu'une activité, exercée par l'un des acteurs locaux, pourrait avantageusement profiter de la participation d'autres membres à son exploitation et à sa gestion pour réaliser des gains de productivité.

De plus, dans un contexte de concentration des cliniques, c'est aussi un moyen pour de petits établissements privés locaux de conserver une rentabilité et une identité face à de plus grands groupes.

- *Il rend possible la mise en commun de moyens.*

En effet, le GCS, par rapport aux formes plus souples de coopération, permet une mise en commun effective de ressources, en particulier financières, et plus largement une mise en commun de moyens. Ainsi, dans la formule retenue, l'Hôpital met à sa disposition du personnel non médical, la Clinique Saint-Jean assure la construction des locaux et le Groupe GENERIDIS fournit l'accélérateur de particules. De plus, chaque structure participe aux appels de fonds générés, la structure ayant un budget unique.

- *Il peut être titulaire en propre d'une autorisation d'équipements lourds.*

Ensuite, un autre intérêt de la structure « GCS » réside dans le fait qu'elle peut être titulaire d'autorisations d'équipements lourds, mais pas encore d'activité de soins lorsque la convention constitutive du GCS avait été signée en octobre 1998. Une telle possibilité permet réellement l'exploitation en commun d'appareils et non plus un simple partage d'accès. Cette réserve n'est cependant plus de mise aujourd'hui. En effet, **la loi du 27 juillet 1999** portant création de la Couverture Maladie Universelle a ajouté au dernier alinéa de l'article L. 713-11-1 la disposition « *le groupement peut détenir des autorisations... d'activités de soins visées à l'article L 712-8.* ». Les conséquences de cet ajout n'ont pas encore été clairement évaluées, d'autant plus qu'il jette une ambiguïté sur le caractère ou non d'établissement de santé que peut revêtir le GCS. Mais en tout état de cause, le fait que le Groupement de Coopération Sanitaire puisse être titulaire d'une telle autorisation pourra simplifier à l'avenir les montages juridiques. Dans ce cas de figure, la participation de la Clinique Saint-Jean ne serait plus nécessaire comme titulaire de cette autorisation de soins.

2.2 DES DIFFICULTES DE MISE EN ŒUVRE QUI SONT REVELATRICES DES IMPERFECTIONS DE LA STRUCTURE JURIDIQUE.

Cependant, malgré les attraits théoriques et objectifs dont il dispose, force est de constater que c'est vraisemblablement la volonté administrative extérieure qui a imposé le GCS comme forme de la coopération dans ce cas précis, ce qui explique peut-être certaines incohérences que l'on peut remarquer aujourd'hui, qui ont provoqué d'indéniables difficultés dans sa mise en œuvre concrète. Mais surtout, la difficulté principale rencontrée par les membres du Groupement n'est pas liée à la structure en elle-même, mais au choc des différences entre partenaires publics et privés.

2.2.1 Une mise en œuvre concrète malaisée : un flou juridique qui provoque des tâtonnements.

2.2.1.1 Le montage juridique.

- **En théorie : une organisation des pouvoirs relativement souple.**

Il s'agit d'une structure plus souple que d'autres organes de coopération. Sa durée peut en effet être indéterminée, et ses organes exécutifs ne sont qu'au nombre de deux : l'Assemblée Générale, habilitée à prendre toute décision intéressant le Groupement, et l'Administrateur unique, chargé de la mise en œuvre des décisions de l'Assemblée et de la gestion quotidienne de la structure.

- *l'Assemblée Générale.*

Les décisions influençant la vie du Groupement, et relevant donc de l'Assemblée Générale du GCS, portent sur un certain nombre de points comme :

- l'adoption du budget annuel,
- la fixation des participations respectives des membres,
- l'adoption des comptes de chaque exercice,
- la nomination et la révocation de l'Administrateur,
- le choix du comptable et du commissaire au compte dans le cas où la comptabilité du groupement est tenue et sa gestion assurée selon les règles du droit privé,

- toute modification de la convention constitutive,
 - l'admission de nouveaux membres et l'exclusion d'un membre,
 - la demande d'accréditation prévue à l'article L-710-5 du CSP,
 - les conditions des remboursements des indemnités de mission de l'Administrateur définies à l'article R. 713-3-15,
 - les actions en justice et les transactions,
 - la prorogation ou la dissolution du Groupement ainsi que les mesures nécessaires à la liquidation (article R713-3-19 à R 713-3-21 : dissolution du GCS, nomination des liquidateurs, dévolution des biens)³³.
- *l'Administrateur.*

Il représente le GCS dans les actes de la vie civile et en justice, et assure l'exécution du budget. Pour assurer le fonctionnement quotidien, des appels de fonds réguliers sont réalisés par l'Administrateur. Ils servent ensuite à régler les charges de fonctionnement, et en particulier le loyer, facturé par la Clinique Saint-Jean, ainsi que le personnel mis à disposition par l'Hôpital.

Cet Administrateur est élu pour une durée de trois ans non renouvelable. Il peut être révoqué avant la fin de son mandat. Il ne perçoit pas de rémunération hormis éventuellement des indemnités de missions. Il prépare et exécute les décisions de l'Assemblée Générale. Le fait que, contrairement à la formule retenue dans les GIE par exemple, il s'agisse d'un Administrateur unique induit un rapprochement supérieur et qu'il se fasse l'interprète de l'intérêt réel du Groupement, et non pas des seules préoccupations de la structure dont il est issu. Cependant, cela est un peu théorique, car une telle structure ne peut fonctionner sereinement, et donc durer, que si chaque partenaire a l'impression d'être entendu et représenté de façon satisfaisante. L'Administrateur élu est actuellement Jean-Philippe GAUSSENS, le Directeur du CHMJ. Cependant, il a donné mandat à Véronique De La Source, responsable territoriale du Groupe GENERIDIS, qui disposait d'une plus grande expertise technique pour l'ouverture d'un centre de radiothérapie, mais aussi d'une plus grande pratique de la comptabilité privée.

Un contrôle est assuré par le commissaire aux comptes et par le Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation. Il est exercé au moment de la création du GCS, chaque année,

³³ Article R. 713-3-14 du Code de la Santé Publique.

au vu du rapport d'activité, à tous moments pour l'évolution de l'actionnariat, dans le cadre du Contrat d'Objectifs et de Moyens, au moment du renouvellement des autorisations et enfin, lors de la dissolution.

- **En pratique : forme de la gestion et les apports de chacun dans le Groupement Melunais de Coopération Sanitaire de Radiothérapie.**

Le GCS Melunais de Radiothérapie associe, à égalité de participation –1/3 pour chaque membre- le Centre Hospitalier MARC-JACQUET, la Clinique Saint-Jean de Melun et la SARL «Centre de Radiothérapie de Ris-Orangis », filiale du Groupe GENERIDIS, pour l'exploitation en commun d'un accélérateur de particules sur le site de la Clinique Saint-Jean.

Comme défini dans la convention constitutive, le Groupement est constitué sur la base des apports de chacune des parties :

- le CHMJ a transféré son autorisation d'équipement matériel lourd au GCS, puis met à disposition le personnel paramédical, le secrétariat et le radiophysicien,
- la Société Anonyme « Polyclinique Saint-Jean » a réalisé et financé les locaux du Centre qu'elle loue au GCS,
- la Société A Responsabilité Limitée « Centre de Radiothérapie de Ris-Orangis » apporte et finance l'ensemble des équipements médicaux du Centre.

Le GCS gère le Centre et ses membres participent aux charges de fonctionnement dans le cadre de règles fixées par le règlement intérieur³⁴.

Les membres privés du GCS ont conclu avec les radiothérapeutes libéraux utilisateurs du plateau technique des conventions de mise à disposition ainsi que des contrats d'exercice auxquels est annexée la « Charte du Réseau GENERIDIS »³⁵. Les deux Praticiens Hospitaliers oncologues radiothérapeutes de l'Hôpital interviennent également sur la machine. Les plages d'utilisation sont en théorie réparties de la façon suivante :

- de 8h30 à 12 h pour les praticiens publics (soit environ 40% du temps d'utilisation de la machine),
- de 12h30 à 18h pour l'ensemble des intervenants privés (5 au total).

³⁴ Voir le règlement intérieur du GCS en annexe.

³⁵ Voir en annexe.

Par ailleurs, en raison du caractère majoritaire des partenaires privés dans le Groupement, c'est la comptabilité privée qui a été retenue comme mode de gestion. De même, du fait de la position minoritaire du partenaire public, le GCS n'est pas soumis non plus au Code des Marchés Publics, ce qui lui permet une relative souplesse en matière d'achats.

2.2.1.2 Des difficultés particulières à surmonter du fait de la gestion d'un GCS.

Du fait de la coexistence entre partenaires publics et privés, des questions spécifiques se sont posées et ont dû être envisagées avant le début du fonctionnement concret du GCS et ont posé certaines difficultés de résolution. Un exemple emblématique est celui du problème de la fiscalité qui, si elle était familière aux autres membres du Groupement, elle l'était moins pour l'Hôpital, qui découvrait ainsi les affres de la comptabilité privée. De même, la question de la responsabilité, si elle a été réglée dans le règlement intérieur, pourrait aussi poser quelques difficultés le cas échéant.

- **La fiscalité.**

Il s'agit là d'une question qui a posé un problème de compréhension aux partenaires publics, en particulier en raison du parallèle qu'ils ont fait entre la gestion en commun de matériel dans le cadre d'un GCS et l'activité qu'avait le GIP de transfusion sanguine.

A l'origine, les différents experts consultés à propos de ce problème n'étaient pas d'accord sur le sujet, en particulier en ce qui concerne l'assujettissement à la TVA de la structure. En effet, ceux-ci manquaient d'exemples pertinents auxquels se référer³⁶, alors que cette nouvelle forme juridique était toujours aussi incertaine. Pourtant, une analyse fine du cas particulier du GCS de Radiothérapie de Melun permet de lever la plupart des incertitudes à ce sujet.

³⁶ Il s'agissait en effet du premier GCS de radiothérapie en chantier.

Les deux points qui ont posé problème : l'Impôt sur les Sociétés (IS) et la Taxe sur la Valeur Ajoutée (TVA).

- l'Impôt sur les Sociétés.

Certes, le but du GCS n'est pas de réaliser des bénéfices. Cependant, l'article 206-1 du Code Général des Impôts (CGI) assujettit à l'Impôt sur les Sociétés tous les organismes qui se livrent à une activité lucrative. Or, selon une jurisprudence constante, les organismes qui permettent aux professionnels qui en sont membres de réaliser une économie de dépenses, ou de bénéficier de meilleures conditions de fonctionnement sont regardées comme exerçant une activité lucrative au profit de leurs membres, quand bien même ces organismes ne rechercheraient pas de profits par eux-mêmes.

Les GCS sont donc passibles de l'Impôt sur les Sociétés et de l'imposition forfaitaire annuelle quels que soient leurs membres et même si certains, comme un Hôpital Public, n'y sont pas assujettis de par leur nature juridique et/ou leur mission. En l'absence d'excédents, ces dispositions ne devraient cependant pas trouver à s'appliquer.

- la Taxe sur la Valeur Ajoutée (TVA).

La question qui se pose ici est celle de l'application ou non de l'article 261-B du CGI, qui fixe les conditions pour l'exonération de la TVA. Le CGI dispose en effet que :

« Les services rendus à leurs adhérents par les groupements constitués par des personnes physiques ou morales exerçant une activité exonérée de la TVA ou pour laquelle elles n'ont pas la qualité d'assujettis, sont exonérés de cette taxe à condition qu'ils concourent directement et exclusivement à la réalisation de ces opérations exonérées ou exclues du champ d'application de la TVA et que les sommes réclamées aux adhérents correspondent exactement à la part leur incombant dans les charges communes ».

Les opérations réalisées par les GCS entrent dans le champ de la TVA. Certains GCS, qui seraient composés uniquement ou à très forte majorité de personnes publiques, pourraient en être exonérés³⁷. La non imposition à la TVA de ses membres est en effet un élément qui pourrait conduire, croisé à d'autres, à exonérer un GCS. Par tolérance, certains membres

³⁷ Les Hôpitaux publics en sont en effet exonérés pour leur activité principale, mais plus pour leurs activités subsidiaires.

peuvent quand même en être redevables sur certaines opérations et bénéficier toutefois de l'exonération si cet assujettissement restait minoritaire par rapport à leur activité totale.

Or, le Centre de Radiothérapie de Ris-Orangis a pour objet défini dans ses statuts « *l'aménagement de locaux médicaux, achat, vente, location de matériel médical, gestion hospitalière et toutes les opérations commerciales, financières, mobilières ou immobilières s'y rattachant* ».

La nature des services rendus par ce Centre de traitements est donc exclusivement des opérations taxables à 100%. Fiscalement, il est un « membre/client » du Groupement. L'activité qui sera réalisée dans le Groupement devrait représenter les 2/3 de celle-ci, soit plus de 50% de l'activité globale du Groupement, donc de l'utilisation des services rendus. Les recettes provenant du « Centre de Radiothérapie de Ris-Orangis » dépassant 50% des recettes perçues par le Groupement, l'article 261-B du CGI ne peut pas s'appliquer au cas d'espèce. En conséquence, le Groupement Melunais de Radiothérapie est assujéti à 100% en matière de TVA.

De même, la mise à disposition de locaux et de personnels par deux des membres du Groupement est également taxable à la TVA dans les conditions de droit commun.

- ***La question de la responsabilité dans le fonctionnement.***

Si plusieurs types de responsabilités pourraient être évoqués ici, en particulier la responsabilité du fait des activités de soins et la responsabilité dans les rapports entre les membres, c'est la première, la responsabilité du fait des activités de soins, qui, très certainement, sera l'un des problèmes majeurs qui se posera au GCS du fait de son fonctionnement. En effet, même si la question de la responsabilité a été largement abordée par le règlement intérieur du GCS, il est probable que toutes les situations n'aient pas été envisagées.³⁸

A priori, la réponse théorique ne pose aucun problème. Le GCS est transparent : les usagers de l'Hôpital Public le restent, les patients des médecins libéraux le restent également. Dans ces conditions, les dommages subis par le patient relèvent de l'établissement auquel il s'est adressé. Il appartiendra au juge administratif de se prononcer sur les dommages subis par

³⁸ Voir le règlement intérieur en annexe.

un patient de l'Établissement Public de Santé membre, au juge judiciaire de statuer sur un client d'un praticien privé. L'établissement peut cependant se retourner contre le GCS si le dommage résulte d'un défaut d'entretien des locaux, d'une défaillance des matériels gérés par le GCS ou d'un défaut d'organisation du service.

En pratique, les situations pourront être beaucoup plus complexes du fait de la coexistence de personnels aux statuts différents, et particulièrement de médecins hospitaliers et libéraux. Il n'y a pas et il n'y aura pas de réponse simple et unique tant que les pouvoirs publics n'auront pas harmonisé les différents statuts des praticiens pour faciliter les actions de coopération. En effet, le poids de leur responsabilité est différente, puisque, en ce qui concerne les fautes relevant de leur activité médicale, les praticiens libéraux sont responsables en propre alors que pour les Praticiens Hospitaliers, c'est le CHMJ qui l'est.

Se pose aussi la question de l'intervention sur la machine de nombreux intervenants différents, ce qui risque de rendre difficile la détermination de la responsabilité pour certains types de dommages liés à l'utilisation de la machine. Cependant, en pratique, ce sont essentiellement les manipulateurs ou le radiophysicien qui assurent les prestations techniques, sous la responsabilité du médecin présent s'il s'agit des manipulateurs.

Cependant, deux particularités du GCS melunais devraient permettre de restreindre certaines incertitudes quant au régime de responsabilité applicable.

Le personnel paramédical est dans leur totalité du personnel hospitalier, qu'ils soient fonctionnaires ou contractuels de droit public. Dans ce cas, si un problème se produit sur la machine de son fait (erreur de manipulation...) alors qu'il intervient sur la machine et qu'aucune faute détachable du service n'est à déplorer, c'est bien le juge administratif qui sera compétent.

En ce qui concerne le personnel médical, les deux Praticiens Hospitaliers qui pratiquent leur activité de radiothérapie au GCS sont à temps plein et n'exercent pas d'activité libérale sur la machine, ce qui écarte les difficultés supplémentaires qui pourraient naître d'un Praticien Hospitalier à Temps Partiel qui aurait aussi une activité libérale sur la machine. Dans ce cas, il conviendrait d'avoir une stricte tenue des horaires où chacun intervient et à quel titre. Si cela ne devrait pas poser de problème dans l'absolu, cela pourrait toujours en créer dans le cas d'une urgence, qui viendrait s'intercaler, par exemple entre deux plages d'activité libérale du praticien.

En plus, dans la perspective de la création et de la pratique d'un réseau de cancérologie pluridisciplinaire dont le GCS serait l'un des acteurs, un autre problème risque de se poser, celui de la responsabilité dans les structures pluridisciplinaires comportant plusieurs prescripteurs. Cette difficulté potentielle a d'ailleurs été pointée par l'Union Nationale de l'Hospitalisation Privée en Cancérologie (UNHPC) lors d'un récent congrès.

Cependant, une fois la structure ouverte, les acteurs rencontrés, qui étaient engagés dans le projet depuis le début ont eu tendance à minimiser certaines difficultés rencontrées, dans la mesure où certaines d'entre elles ont pu être surmontées afin de parvenir au résultat que les acteurs s'étaient fixé.

2.2.2 La complexité du fonctionnement quotidien : les relations public/privés.

Faire collaborer de façon étroite trois acteurs aussi dissemblables qu'un Hôpital Public, une clinique privée « locale » et un centre de traitement de radiothérapie issu d'un grand groupe multinational, n'est évidemment pas chose facile et requiert des dispositions particulières qui ne vont pas forcément dans le sens d'une simplification.

2.2.2.1 La difficile coexistence de deux systèmes de comptabilité différents.

Du fait de la nature privée de deux des trois partenaires, c'est le système de la comptabilité privée qui a été retenu comme mode de gestion du GCS³⁹. Cette solution permet au GCS en tant que structure autonome d'échapper à certaines rigidités de la comptabilité publique, qui, de surcroît, risquaient d'être mal comprises par des partenaires privés habitués aux règles de la libre entreprise. Cependant, il n'en est pas non plus tout à fait libéré puisque l'Hôpital y reste soumis, ce qui a certaines conséquences pratiques qui peuvent être préjudiciables au bon fonctionnement quotidien du Groupement, au delà d'une simple différence de structures ou de numéro de comptes.

Le GCS fonctionne sur la base d'appels de fonds lancés par l'Administrateur. Ainsi, du fait de la séparation de l'ordonnateur et du comptable, les appels de fonds du GCS ne peuvent être satisfaits dans l'immédiat⁴⁰, d'autant plus que, ne répondant pas à la règle du paiement après service fait, les mandats qui les honorent sont l'objet d'un contrôle particulier de la Trésorerie Principale, malgré leur caractère prioritaire. Ces délais de paiement importants

³⁹ Cf : Convention Constitutive du GCS Melunais de Radiothérapie, signée en octobre 1998.

⁴⁰ Les mandats émis par l'Hôpital doivent passer par la Trésorerie pour être payés.

pourraient avoir pour conséquence de mettre la structure en difficulté et de lui occasionner des frais financiers importants. Pour le moment, GENERIDIS assure l'avance de ces fonds, mais ces retards auront un coût pour l'Hôpital.

Une amélioration est cependant attendue dans le cadre de la réforme du Code des Marchés Publics, en fonction du Décret à paraître sur les délais de paiement. Si ceux-ci doivent être réduits de manière significative pour ne pas dépasser 30 ou 45 jours, une nécessaire évolution et réorganisation du système financier public est à attendre. Dans ce cas, les délais pourront être réduits et le GCS avoir un fonctionnement plus proche de celui d'une structure ayant une comptabilité privée.

La question de la compatibilité entre comptabilité publique et comptabilité privée se pose de la même façon dans les Groupements d'Intérêt Economique. Cette difficulté est cependant souvent difficile à dépasser, en raison de la nécessaire intervention et implication d'un autre acteur : le Trésor Public.

2.2.2.2 Les incompréhensions liées au statut de droit public du personnel mis à la disposition du GCS par l'Hôpital.

Comme un GCS ne peut être employeur et qu'il avait l'opportunité de disposer d'une partie de l'équipe de l'Hôpital qui était déjà opérationnelle, il a été décidé que celui-ci la mette à la disposition du GCS. Or, une autre source d'incompréhension entre partenaires publics et gestionnaires privés a été le nécessaire respect du statut de la Fonction Publique Hospitalière pour les personnels qui en dépendent, alors que celui-ci induit des complexités de gestion.

- **Une difficulté traditionnelle de la coopération public/privé : la coexistence de personnels aux statuts différents.**

En plus du problème de responsabilité évoqué plus loin, la coopération public/privé et la coexistence de personnels aux statuts différents pose un problème indéniable d'organisation concrète du fonctionnement de la structure.

Ainsi, le règlement intérieur fonctionnel, qui régit les droits et obligations de tous les personnels du GCS a été très lourd à rédiger car il a dû tenir compte de la situation de personnels très divers, avec en particulier la coexistence de praticiens publics et libéraux n'ayant pas le même statut, et donc pas les mêmes droits ni les mêmes devoirs. Une facilité

réside cependant dans le fait que le personnel paramédical est entièrement mis à disposition par l'Hôpital et relève donc totalement du droit public, qu'ils soient fonctionnaires ou contractuels. *A contrario*, celui-ci a ses propres spécificités statutaires parfois mal comprises par les partenaires privés. De même, sa dépendance hiérarchique a été difficile à établir, puisque le GCS ne dispose pas d'un Chef de Service comme c'est le cas à l'Hôpital, mais seulement d'un médecin responsable qui ne remplit pas encore totalement son rôle. Il a donc été placé sous la dépendance directe du DRH du CHMJ.

- **Le problème de la mise à disposition du personnel.**

Le GCS ne pouvant être employeur, le personnel infirmier et de secrétariat, ainsi que le radiophysicien, ont été mis à disposition par l'Hôpital. Certains problèmes se posent à ce propos, et en particulier celui de la formation. En effet, juridiquement, les personnes mises à disposition appartiennent toujours à leur établissement d'origine, qui est donc toujours responsable de leur accès à la formation continue. Or, dans la mesure justement où elles ne sont plus actives sur le site de leur employeur, elles risquent à terme de ne plus être prioritaires pour les actions de formation, même dans un contexte de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Une telle situation risquerait cependant d'être préjudiciable à ces agents, mais aussi à la qualité des soins du Groupement, dans la mesure où leur activité est d'une grande technicité et doit être maintenue constamment performante par un accès au savoir et aux évolutions technologiques et thérapeutiques.

C'est pourquoi on peut affirmer que ne pouvoir être employeur prive les GCS d'une souplesse dans la gestion des personnels, qui leur donnerait aussi la possibilité de pouvoir répondre au plus près à leurs besoins.

- **La question de la rémunération et de la prime de service.**

Un exemple particulièrement patent de ces différences est le paiement de la prime de service au personnel hospitalier statutaire. Au Centre Hospitalier de Melun, celle-ci est calculée à partir d'une clé de répartition qui tient compte essentiellement de l'absentéisme de l'agent et de l'ensemble du personnel de l'Etablissement. On ne peut donc connaître à l'avance son montant. De plus, celle-ci est toujours payée en deux fois, sur deux exercices budgétaires différents. Les partenaires privés ont eu du mal à admettre ce complément de rémunération qui leur était étranger. Mais surtout, ces incertitudes de la rémunération induisent des complexités, dans la mesure où le Groupement, qui rembourse ses prestations à l'Hôpital mensuellement, doit provisionner ces dépenses qui ne seront peut-être pas

réalisées si les agents sont plus absents que la moyenne de l'Etablissement, ou plus importantes si au contraire elles le sont moins, ce qui est généralement le cas, sans pour autant perdre de vue qu'un GCS ne doit pas faire de bénéfices et doit donc avoir une comptabilité équilibrée.

En fait, de telles pratiques, une fois qu'elles ont été clairement comprises par les partenaires, ne créent pas en soi de difficultés particulières. Cependant, il convient, en début de fonctionnement du Groupement, de repérer ces subtilités de gestion, dont les différents partenaires ne sont pas toujours conscients, et de leur trouver une solution.

2.3 UN EXEMPLE SYMPTOMATIQUE DES DIFFICULTES RECURRENTES DE LA COOPERATION PUBLIC/PRIVE.

Cependant, au delà des imperfections et des erreurs commises dans la mise en place de ce GCS, il n'en demeure pas moins qu'il s'agit là d'un exemple symptomatique des difficultés et des incertitudes de la collaboration entre structures sanitaires publiques et privées, en particulier à but non lucratifs.

2.3.1 La dimension culturelle.

Mise en exergue comme un des principaux facteurs qui expliquent les difficultés de la coopération public/privé, la méfiance réciproque n'était pas absente des premières rencontres entre ceux qui sont aujourd'hui partenaires. Cependant, comme les relations entre les hommes tiennent plus à leurs personnalités et à leurs qualités propres qu'à des préjugés, un véritable travail en commun, comme cela est le cas ici, a été rendu possible.

2.3.1.1 La méfiance du privé vis-à-vis du public.

Tout d'abord, il convient de remarquer une certaine méfiance des partenaires privés sur certains points. Cette méfiance a engendré des difficultés dans la négociation et une exigence forte sur la question du personnel. Un exemple est à ce titre particulièrement représentatif : c'est le cas du radiophysicien. Celui qui était employé par l'Hôpital par contrat depuis de nombreuses années a finalement dû être licencié en raison de l'incertitude qu'il faisait peser sur le fonctionnement du futur GCS avant même son démarrage.

2.3.1.2 Les réticences du public.

La Direction du Centre Hospitalier s'est retrouvée dès le début de l'opération très engagée dans cette démarche de rapprochement public/privé. Il s'agissait en effet de maintenir à moindre frais une activité de Service Public à la proximité de l'Hôpital.

En revanche, malgré les communications nombreuses au personnel par l'intermédiaire du journal intérieur « Contacts » et de notes de service, une partie de celui-ci, en particulier de l'ancien Service de Radiothérapie, est resté hostile à cette démarche. Ce déplacement d'activité du site de l'Hôpital vers le privé a été vécue comme un démantèlement du Service Public alors qu'objectivement, les conditions techniques et logistiques offertes par cette collaboration et ce déménagement ont contribué à augmenter de façon importante la qualité de la prise en charge des patients et de leurs traitements.

Une des preuves de cette situation est le fait que le Centre Hospitalier de Melun a été obligé de renouveler une partie du personnel du Service de Radiothérapie, en particulier par des recrutements externes et au Centre de Ris-Orangis, car certains agents refusaient d'aller travailler à la Clinique Saint-Jean, qui ne peut pas s'expliquer qu'à cause d'un éloignement tout relatif (à l'autre bout d'une ville de 50 000 habitants). Le GCS est en effet utilisé au sein de l'Hôpital comme argument contre la Direction de façon récurrente. L'acteur principal de cette instrumentalisation est le syndicat majoritaire CGT, qui agit dans un contexte de relations sociales tendues en raison des difficultés chroniques de l'établissement et des incertitudes liées à la mise en place de la réduction du temps de travail. En particulier, et même si c'est anecdotique, il a organisé au moment du déménagement d'une partie du matériel de l'ancien Service de Radiothérapie vers le nouveau centre en juillet 2001, des opérations de distribution de tracts, mais surtout, il a réussi à empêcher que le transport du matériel ne se fasse à la date prévue. De plus, cette agitation a été relayée par la presse et la radio locales, ce sujet faisant l'objet d'articles réguliers dans l'édition locale du quotidien Le Parisien. De plus, cette question vaut au Directeur de l'Etablissement des interpellations récurrentes au cours des instances traitant de ce thème.

Ainsi, malgré les avantages attendus et avérés de la coopération, il semble que les difficultés d'ordre culturel puissent encore agir comme un frein au sein des structures partenaires, dans un contexte où ce type de rapprochements impulsés par les Directions risque pourtant de se développer.

2.3.2 Une coopération fragile en raison de sa complexité : une coopération qui repose en grande partie sur les hommes.

Les imperfections et les incertitudes qui en découlent en ce qui concerne la viabilité de cette nouvelle structure créée montre bien que ce mode de coopération, du fait de sa formalisation juridique contraignante, tient plus à la volonté des différents acteurs de travailler ensemble, que ce soit dans leur propre intérêt ou dans celui des patients, que par l'excellence du lien qui les lient les uns aux autres. Or, ce poids important n'est pas un gage de stabilité, mais plutôt une source de fragilité. De plus, il est à craindre que les montages complexes nécessités par la coopération public/privé ne laissent la porte ouverte à des erreurs. A ce propos, un élément est particulièrement remarquable dans cet exemple du GCS de Melun, à savoir que, malgré ses avantages, le mode de coopération choisi n'aurait certainement jamais dû être un GCS.

C'est pourquoi, les difficultés de la coopération des structures administratives ainsi mises en évidence sont la preuve qu'un rapprochement médical et paramédical, c'est-à-dire des professionnels eux-mêmes, est nécessaire. Ce n'est en effet que par la volonté des acteurs de terrain et leur travail effectif ensemble que s'établira une vraie complémentarité entre secteur public et privé. Au delà de la coopération institutionnelle, c'est celle des professionnels de santé entre eux qui est déterminante pour que les potentialités offertes par ce type de rapprochements puissent être totalement exploitées.

3 - DES PERSPECTIVES ENCORE CONTRASTEES.

3.1 DES INCERTITUDES A DEPASSER.

3.1.1 Les incertitudes juridiques et économiques fondamentales qui menacent la pérennité de la structure.

Aujourd'hui encore, alors que le Centre de traitement du Groupement Melunais de Coopération Sanitaire de Radiothérapie est ouvert depuis le 23 juillet 2001 et que le premier malade a été traité sous machine le 3 septembre 2001, des incertitudes persistent en ce qui concerne la viabilité juridique et économique de la structure.

3.1.1.1 Des incertitudes juridiques liées aux imperfections des documents statutaires.

Cette situation d'incertitude est due entre autres à des manques dans la rédaction originelle des textes. Le Groupement Melunais de Coopération Sanitaire compte en effet parmi les plus anciens GCS élaborés et approuvés. C'est pourquoi, les rédacteurs des statuts n'avaient que peu d'exemples desquels s'inspirer et ils n'ont pu recevoir l'expertise suffisante et pourtant nécessaire pour des pièces contractuelles d'une telle importance. Par ailleurs, comme aucun GCS n'était encore en place, certains éléments du fonctionnement quotidien des structures avaient été mal évalués, ce qui explique ces lacunes de la convention constitutive, mais surtout du règlement intérieur, qui reprennent en fait, en grande partie, dans leur fond comme dans leur forme, les textes législatifs et réglementaires instituant ce mode de coopération, mais n'ont pas fait l'objet d'une réelle réflexion quant à leur impact sur les relations entre les partenaires et les modalités concrètes d'adaptation nécessaires.

Mais plus loin que ces lacunes qui peuvent être comblées par une réécriture du règlement intérieur, voire par une pratique adaptée et concertée, la question juridique fondamentale qui, pour le moment, n'a aucun impact concret sur le fonctionnement du Groupement, mais qui pourrait menacer à terme sa pérennité, porte sur le choix même du GCS pour cette coopération particulière. En effet, même si le Groupement de Coopération Sanitaire a été approuvé par le DARH et publié normalement au Bulletin Officiel, il semblerait que certains de ses membres, à savoir la Clinique Saint-Jean mais surtout le Centre de Radiothérapie de Ris-Orangis, n'aient pas la capacité juridique à être membres d'un GCS dans ces conditions.

En ce qui concerne le **Centre de Radiothérapie de Ris-Orangis**, l'argumentation se fonde sur le fait que cette structure ne puisse être juridiquement caractérisée comme un établissement de santé, condition pourtant *sine qua non* pour participer à un Groupement de Coopération Sanitaire, mais simplement comme une société de services, qui mettrait à la disposition des radiothérapeutes intervenant dans ses locaux les installations et le matériel nécessaires aux traitements, mais que ne pratique pas en tant que telle une activité de soins.

Certains indices plaident en effet dans ce sens, comme par exemple son objet social. Celui-ci est en effet explicitement défini dans ses statuts comme recouvrant « *l'aménagement de locaux médicaux, achat, vente, location de matériel médical, gestion hospitalière et toutes les opérations commerciales financières mobilières ou immobilières s'y rattachant* ». Il ne comporte donc pas explicitement au moins une participation à une mission ou à une activité de soins.

Cependant, d'autres experts, comme Isabelle Lucas Baloup soutiennent une position contraire, en argumentant sur l'exemple des centres privés de chirurgie ambulatoire qui ont été définis comme des établissements de santé par le Conseil d'Etat, alors même qu'ils ne font que mettre leurs plateaux techniques à la disposition des chirurgiens qui y opèrent.

Pour ce qui est de la **Clinique Saint-Jean**, l'argument retenu pour mettre en doute sa capacité juridique à être membre du Groupement est celui qu'elle n'intervient dans le dispositif que comme un simple bailleur des locaux nécessaires à son activité mais n'en est pas un membre actif, au sens d'utilisateur. De plus, dans le montage actuel, c'est la Clinique Saint-Jean qui est titulaire de l'autorisation de soins, indispensable à la pratique d'une activité de radiothérapie par le GCS. Or, aujourd'hui, le Groupement pourrait en être titulaire ou délégataire⁴¹. Un tel transfert viendrait effectivement poser la question de la légitimité et de la nécessité de sa participation au fonctionnement du Groupement.

Ces incertitudes sont des éléments d'insécurité juridique indéniables. Si le contexte venait à changer, la question de la pérennité du Groupement de Coopération Sanitaire pourrait se poser. L'un des deux membres privés (ou les deux) auraient un argument pour dénoncer sa/leur participation sans frais pour lui/eux en trouvant argument dans cet élément.

⁴¹ HOUDART L. Traite de coopération hospitalière, Collection Santé, Edition 2000, volume 1, p. 154.

Cependant, il ne pourrait s'agir là que d'un membre qui n'a plus intérêt dans la coopération et qui ne chercherait qu'un prétexte pour se retirer de cette activité.

En cas d'évolution des intérêts de l'un des membres par exemple, celui-ci aurait toutes les facilités pour retrouver sa liberté avec le moins de préjudice possible pour lui, tout en rendant impossible la poursuite du fonctionnement du GCS car les deux membres restants n'auraient pas les capacités financières d'acheter un nouvel accélérateur de particules (même si la solution de la location pourrait éventuellement être envisagée). De même, en cas de retrait de la Clinique Saint-Jean, on pourrait éventuellement penser à rénover le bunker de l'Hôpital, mais qui n'est pas adapté à l'accueil de deux machines, ce qui mettrait également les deux intervenants restants en difficulté.

Néanmoins, pour atténuer le poids de cette incertitude, on peut argumenter que le facteur facilitant et déterminant d'une coopération, ce n'est pas seulement le mode de structuration juridique, du moment qu'il est adapté à l'objet du rapprochement. Ce qui fait le succès d'une collaboration, surtout avec des participants ayant des intérêts et des façons de travailler aussi divergentes, c'est la volonté des femmes et des hommes à travailler ensemble. Comme le fait justement remarquer Jean-Philippe GAUSSENS, le Directeur du Centre Hospitalier de Melun. Il estime en effet que même avec une structure juridique parfaite, cela peut ne pas fonctionner si les acteurs ne veulent pas travailler ensemble. S'ils ont un intérêt commun, ils sauront dépasser ces imperfections et ces contraintes pour en tirer le meilleur, ce qui est le cas ici. La question juridique est donc secondaire, puisque c'est la motivation des partenaires qui fera le succès du Groupement.

3.1.1.2 Les incertitudes économiques : une répartition des contributions des membres aux charges favorable à l'Hôpital.

En théorie, les charges d'exploitation sont couvertes exclusivement par les participations des membres, qui peuvent être fournies soit en numéraire, sous forme de contribution financière aux recettes du budget annuel, soit en nature, sous forme de mise à disposition gratuite de locaux, de matériels ou par l'intervention de professionnels dans le cadre prévu à l'article R.713-3-9 du CSP. Ces participations doivent être établies pour tenir compte des prestations réellement servies à chacun des membres.

Cependant, en pratique, le règlement intérieur n'établit aucune corrélation entre la contribution des membres et les charges du Groupement. Or, le principe des GCS est l'absence de bénéfice, donc les contributions doivent être égales aux charges.

Le problème qui se pose, et qui n'a pas encore été résolu, est de déterminer la clé de répartition exacte des charges entre les membres :

- deux critères inconciliables ont été retenus à l'article 3.2 du règlement intérieur : le temps d'utilisation et le nombre de traitements effectués par le membre utilisateur. Il faudrait que ce soit l'un ou l'autre, même si, en pratique, dans l'organisation du centre, le même temps d'utilisation est dédié à chaque intervenant qu'il soit public ou privé, ce qui ne tient pas compte des éventuels dépassements d'horaires.
- ensuite, pour l'Hôpital, un plafond de contribution a été arrêté (72.5% du coût du traitement, en application de la NGAP⁴²).

Cela induit que les deux autres membres devront éponger seuls les déficits du Groupement. Ce qui est à craindre, c'est qu'un de ces membres, n'estime payer trop et décide de quitter le GCS. En revanche, si l'on revenait sur le règlement intérieur et sur les règles précédemment énoncées pour plus d'équité entre les membres, le GCS risquerait d'avoir un caractère moins favorable pour l'Hôpital.

3.1.1.3 Quel avenir pour le GCS ?

- **Le choix de la formule juridique était-il vraiment opportun ?**

- *Echec de la formule de GIE : la volonté ou l'obligation de proposer un projet novateur ?*

La formule qui a été retenue au départ était le GIE, mais elle a finalement laissé la place à un GCS, ce qui provient en fait surtout de la volonté du Ministère de promouvoir cette nouvelle formule juridique. Dans ce 1^{er} projet, GENERIDIS était totalement absent et la Clinique Saint-Jean n'était pas présente en tant que personne morale dans le GIE, mais seulement les praticiens qui intervenaient chez elle. Or, ceux-ci ne pouvant valablement être membres d'un GCS, elle est alors entrée en jeu. Cependant, elle n'exploite pas en propre l'appareil et n'intervient finalement que comme prestataire de service.

Du fait des incertitudes sur la pérennité du GCS, la question se pose légitimement de savoir s'il s'agissait bien là du montage juridique qui s'imposait étant donnée la situation de départ et si d'autres options s'offraient vraiment aux trois partenaires. Mais surtout, il s'agit de savoir

⁴² Nomenclature Générale des Actes Professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux (Arrêté du 27 mars 1972 modifié).

si certains de ses membres étaient vraiment légitimes à en faire partie légalement, alors que la formule initialement souhaitée du GIE permettait de rassembler plus largement tous les participants potentiels. En fait, beaucoup de ce que l'on attendait de ce GCS était aussi possible dans le cadre d'un GIE, mais l'effet de mode a joué, en particulier en ce qui concerne le Ministère qui a vivement conseillé ce montage pour des raisons politiques. Tous les acteurs de terrain s'accordent aujourd'hui pour dire qu'au moment de sa constitution, il s'agissait de la seule façon de concrétiser leur projet, le Centre Hospitalier et la Clinique Saint-Jean ayant été conseillés dans ce sens. Cette forme a ensuite été conservée lors de l'arrivée de GENERIDIS.

- *Sous sa forme actuelle : un autre montage juridique aurait-il pu ou dû être retenu ?*

Les difficultés de mise en œuvre concrète, du fait du peu d'exemples d'autres structures et des complexités induites par ce mode de coopération, ont découragé de nombreuses autres structures à avoir recours à ce type de coopération. Un indice patent de cet état de fait est que l'Hôpital ne s'est même pas posé le problème de la constitution d'un GCS lors de la formalisation d'une autre coopération public/privé, pour la mise en commun d'un appareil d'IRM cette fois. *A contrario*, GENERIDIS envisage d'y avoir recours pour développer l'activité d'un autre de ses centres avec un Hôpital public.

- **Comment sortir de cette impasse ?**

Dans un premier temps, les partenaires envisagent de **revoir le règlement intérieur**, qui surtout pose problème. Ce serait l'occasion de modifier certains éléments discutables ou qui n'ont pas lieu d'être, ainsi que d'en rajouter d'autres. En particulier, il convient de clarifier les modalités de calcul des charges, d'autant plus que le CHMJ, qui dispose du tiers des parts dans le GCS n'exerce pour le moment qu'environ 20% de l'activité.

D'autre part, les trois partenaires réfléchissent déjà à la possibilité et à l'opportunité pour chacun d'eux et pour la structure juridique qu'ils ont créée, de la **transformer en Groupement d'Intérêt Economique**.

L'avantage serait de résoudre ce doute congénital et d'inscrire la collaboration dans la certitude de sa durée juridique.

Des inconvénients se feraient cependant jour pour certains d'entre eux, et en particulier pour l'Hôpital. Dans le cas d'une convention constitutive d'un GIE qui n'aurait pas verrouillé ce cas

de figure, le Centre Hospitalier, qui est actuellement le partenaire ayant l'activité la plus faible, pourrait se trouver en situation d'être remercié par les deux autres, qui risqueraient, même si ce ne serait pas automatique, de récupérer l'autorisation d'équipements lourds qu'il avait apportée au Groupement et dont il se trouverait dépossédé. Dans une combinaison de type GCS en revanche, la présence d'un Etablissement Public de Santé est indispensable pour l'existence juridique de la structure et le CHMJ est donc en quelque sorte protégé, sauf si les participants décident de rompre cette coopération en prononçant la dissolution du GCS.

Aux dires des acteurs du GCS, l'évolution de la structure vers un GIE ne changerait pourtant rien à son fonctionnement quotidien ni aux relations entre les acteurs. Elle permettrait seulement de garantir la pérennité de la structure. Ainsi, on se retrouve face à une forme originale de coopération, dans laquelle la formalisation juridique est finalement accessoire par rapport à la volonté de travailler ensemble. Cela explique peut-être aussi certaines incohérences ou imperfections déjà mentionnées.

De plus, il semblerait que le Ministère, qui avait vivement favorisé la formule de GCS à l'origine, ne serait plus hostile à sa transformation en GIE, preuve que le GCS n'était peut-être pas la forme de coopération la plus adaptée, mais que cette erreur n'est pas immuable et qu'elle ne devrait pas remettre en question le travail en commun. Au vu de l'activité du centre et de la réponse à des besoins de santé locaux qu'il constitue, celui-ci se justifie pleinement et il perdurera, qu'elle qu'en soit la forme juridique, de l'avis des membres actuels du Groupement.

Ainsi, il est tout à fait remarquable que le GCS risque de ne pas survivre comme structure juridique, mais que le Centre de Traitement de Radiothérapie localisé à la Clinique Saint-Jean continue de fonctionner avec les mêmes partenaires mais sous une autre forme. Il convient donc de reconnaître que le choix du GCS était peut-être erroné, mais que ce travail en commun public/privé s'imposait et qu'il était donc fondé à profiter des opportunités du moment afin de permettre la création d'une structure tout à fait justifiée en termes de Santé Publique dans son environnement.

3.1.2 La place réelle du partenaire public dans la structure et les conséquences que sa défaillance pourrait avoir sur l'ensemble de l'économie du Groupement.

Même si l'Hôpital est très demandeur dans ce projet, dans la mesure où il lui permet de garder dans sa proximité immédiate un équipement qu'il aurait pu perdre totalement, force est de constater que ce sont les partenaires privés qui ont été les plus actifs dès le démarrage des pourparlers et qui le sont encore dans le fonctionnement quotidien de la structure.

3.1.2.1 La place prépondérante occupée par les partenaires privés.

- **Les 2/3 des parts et 60% des plages horaires reviennent aux partenaires privés.**

Tout d'abord, cette place prépondérante des deux partenaires privés est inscrite dans les statuts mêmes du GCS. En effet, en vertu de la convention constitutive et du règlement intérieur, ils disposent des 2/3 des parts et de 60% des plages horaires disponibles sur les machines. Une telle répartition est certes mathématiquement équitable, mais elle pose le problème de la prépondérance du privé sur le public, en particulier au niveau décisionnel, d'autant plus que ces partenaires sont particulièrement investis dans le projet. Cela ne porte pas en soi préjudice à l'Hôpital, mais pourrait à l'avenir affaiblir sa position et il pourrait voir ses propres intérêts moins bien représentés. *A contrario*, il convient de ne pas faire l'amalgame entre les partenaires privés : il s'agit de deux structures différentes, pouvant aussi avoir des intérêts divergents. Ceux de l'un peuvent être plus proches de ceux de l'Hôpital que de ceux de l'autre partenaire privé. En fait, il convient de trouver un équilibre dans cette structure à trois partenaires.

- **Une impulsion provenant essentiellement des partenaires privés.**

Dès 1995 a vu le jour une volonté des radiothérapeutes et oncologues de la Clinique Saint-Jean d'organiser un pôle de cancérologie dans le Sud de la Seine et Marne et ce sont eux qui sont venus proposer à l'Hôpital de s'associer par la création d'un GIE.

Ensuite, c'est GENERIDIS qui a joué un rôle moteur, puisqu'il a été volontaire pour participer au GCS après le rejet de la première demande d'autorisation d'équipements lourds du GCS composé du Centre Hospitalier de Melun et de la Clinique Saint-Jean en 1998.

De même, ce dynamisme et cette volonté d'aller de l'avant des partenaires privés se retrouvent dans leur participation active au fonctionnement quotidien du Groupement, surtout

en ce qui concerne GENERIDIS. Ainsi, la responsable territoriale de GENERIDIS a accepté un mandat de gestion de la part de l'Administrateur du Groupement, qui se trouve actuellement être de Directeur du Centre Hospitalier de Melun. Cela ne doit pas être interprété comme un abandon de compétence de la part de celui-ci, dans la mesure où cette société a beaucoup investi financièrement dans ce projet, avec le prêt de la machine mais surtout, pour le moment, son déménagement depuis Ris-Orangis et son installation dans le nouveau centre sur le site de la Clinique Saint-Jean. Mais surtout, GENERIDIS a justement pour activité principale la création et la gestion de centres de radiothérapie. Elle était donc certainement la plus à même d'assurer le succès du démarrage du GCS en le faisant profiter de l'excellence de l'expertise et de la puissance logistique de la Générale de Santé. Cela se manifeste d'ailleurs dans certains détails, comme la participation du Service Communication de GENERIDIS à la définition du logo du GCS.

3.1.2.2 Un partenaire public parfois pris en défaut.

A rebours de l'engagement actif des partenaires privés, le Centre Hospitalier MARC-JACQUET a plus de difficultés à tenir sa place dans le GCS que les autres membres. Un exemple particulièrement symptomatique de cette situation de défaut du partenaire public est le déficit d'activité des Praticiens Hospitaliers au centre de radiothérapie. On pourrait attribuer cette attitude à une réaction face à un manque d'implication des médecins dans le projet de la part des partenaires institutionnels. La mise en place opérationnelle du Groupement s'est en effet traitée essentiellement entre personnels administratifs, le Président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) et le Chef de Service ne sont intervenus que très rarement et uniquement en ce qui a concerné le volet médical de la démarche.

A contrario, il ne s'agit pas d'une attitude nouvelle de la part des médecins hospitaliers. Leur manque d'activité est en effet un des éléments qui a rendu nécessaire la recherche d'autres partenaires, l'utilisation d'un appareil en propre ne se justifiant plus à l'Hôpital.

Tableau représentant les données d'activité du Service de Radiothérapie du Centre Hospitalier MARC-JACQUET de Melun de 1997 à 2000 ⁴³.

| Données | Année 1997 | Année 1998 | Année 1999 | Année 2000 |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Dossiers ouverts | 209 | 124 | 144 | 257 |
| Dossiers repris | 16 | 42 | 17 | 13 |
| Total des dossiers | 255 | 166 | 161 | 270 |
| Total des CS | 1525 | 989 | 1236 | 1131 |
| Coefficient des actes des hospitalisés à Melun | 406 | 367 | 479 | 479 |
| Coefficient des actes en externe | 3334 | 2700 | 2521 | 2471 |
| Total des actes | 3740 | 3067 | 3000 | 2950 |
| Total des Z des hospitalisés | 19899 | 15880 | 18984 | 19323 |
| Total des Z externes | 109819 | 84909 | 74118 | 73068 |
| Total des coefficients Z | 129718 | 100789 | 93102 | 92391 |
| Total des faisceaux traités | 10608 | 9064 | 8516 | 8591 |
| Total des centrages | 321 | 262 | 238 | 240 |
| Cycles de chimiothérapie | 128 | 9 | 97 | 110 |
| Total des K de chimiothérapie | 10755 | 840 | 7050 | 8770 |
| CS de chimiothérapie | 73 | 8 | 64 | 66 |
| Patients traités sous accélérateur | 32 | 0 | 0 | 0 |

Sources : Département de l'Information Médicale (DIM) du CHMJ, Septembre 2001.

Ainsi, au 21 septembre 2001, environ un mois après le début du fonctionnement du centre⁴⁴, la part de l'activité des praticiens publics est plus que préoccupante puisque près de 90% des patients traités et suivis l'étaient par des praticiens libéraux. Cette faible activité ne pose pas dans l'immédiat la question de son coût pour l'hôpital en raison du montage juridico-

⁴³ Les données de Septembre 2001 (après un mois d'ouverture du centre) n'étaient pas encore connues au moment de la finalisation de ce mémoire.

⁴⁴ 1^{er} malade sous machine le 3 septembre 2001.

financier initial visant à éviter les pertes financières pour un membre déficitaire. Cependant, il est à craindre que les autres partenaires n'en viennent à se poser la question de la façon de traiter le maillon faible dans une structure qui, au demeurant, fonctionne pour le moment tout à fait convenablement, d'autant plus que la formule du GCS ne se justifie qu'en raison de la participation d'un Etablissement Public de Santé. Ils ne peuvent donc en aucun cas espérer pouvoir l'exclure, sauf à requalifier autrement la structure, ce qui nécessiterait d'avoir à repasser par les procédures lourdes des demandes d'autorisations et à régler d'autres questions comme celle du personnel paramédical. En effet, en cas de départ d'un membre d'un GCS, les autorisations ne reviennent pas automatiquement aux membres restant⁴⁵.

Pour le moment, une solution de compromis a été trouvée en programmant des patients de praticiens libéraux sur les plages horaires des « publics » afin d'éviter toute perte de chance et d'assurer ainsi le Service Public, et ce d'autant plus qu'ils ont à résorber une liste d'attente de près de 50 noms un mois après l'ouverture du GCS en raison du retard de celle-ci. Il serait en effet inconcevable d'allonger le temps d'ouverture du GCS alors que du « temps machine » resterait libre. Si ce déséquilibre venait à perdurer, il faudrait certainement envisager des aménagements du règlement intérieur, justement en ce qui concerne la répartition des plages horaires. Il convient cependant de ne pas oublier que la structure est actuellement en rodage, et donc de ne pas tirer de conclusions hâtives. Cette situation, si elle venait à perdurer, poserait cependant une fois de plus la question de la pérennité de la structure dans sa forme actuelle.

De même, dans l'hypothèse de l'installation d'une seconde machine, l'Hôpital, au vu de ces données, ne compte pas demander à rester au 1/3 de l'utilisation de l'ensemble, mais seulement au 1/6, tout en pouvant disposer d'un accès aux deux appareils pour une optimisation des traitements.

⁴⁵ HOUDART L. Traité de coopération hospitalière, Collection Santé, Edition 2000, volume n°1, p. 154.

3.2 DES RAISONS D'ETRE OPTIMISTE.

3.2.1 Des projets toujours ambitieux : dépasser la coopération pour réussir une réelle organisation en réseau et parvenir à une prise en charge concertée.

3.2.1.1 La rationalisation de l'activité de cancérologie au niveau des établissements.

Un élément positif de la mise en place de ce GCS de Radiothérapie est qu'il a induit une dynamique de rationalisation de l'activité de cancérologie dans les établissements melunais partenaires, et surtout à l'Hôpital Public.

Assurer un fonctionnement en réseau des partenaires et structurer la cancérologie sont des orientations stratégiques majeures du Projet d'Etablissement de Centre Hospitalier de Melun pour la période 1999-2004. Celui-ci entend affirmer son rôle d'établissement de référence pour son secteur de la Seine et Marne Sud. A cet égard, il se doit de jouer un rôle structurant dans la filière oncologique, en partenariat avec le service spécialisé correspondant avec lequel il convient de formaliser les liens de coopération dans le cadre du dispositif prévu dans la Circulaire DGS/DH/AFS n° 98-213 du 24 mars 1998 relative à l'organisation de la cancérologie.

Ainsi, sont explicitement identifiés comme objectifs dans son Projet d'Etablissement :

- *prendre en compte la Circulaire du 24 mars 1998 relative à l'organisation graduée de la cancérologie,*
- *insérer l'Etablissement dans le réseau de cancérologie du Sud 77,*
- *coordonner, au sein de l'Etablissement, la prise en charge multidisciplinaire des patients cancéreux,*
- *regrouper l'activité de chimiothérapie ambulatoire au sein d'une structure dédiée,*
- *assurer l'hospitalisation des patients en file active du réseau en collaboration avec la Clinique Saint-Jean,*
- *formaliser la prise en charge des soins palliatifs.*

En plus de la création et de la participation au Groupement Melunais de Coopération Sanitaire de Radiothérapie, des actions prioritaires sont affirmées clairement, comme :

- *fédérer les compétences au sein d'une Unité de Concertation Pluridisciplinaire,*
- *renforcer le temps médical en oncologie médicale au sein du Centre Hospitalier MARC-JACQUET, avec possibilité d'un temps médical partagé avec les autres établissements du Sud de la Seine et Marne,*
- *créer cinq lits d'hospitalisation de jour de chimiothérapie,*
- *individualiser les lits de cancérologie pour la prise en charge programmée de bilans et traitements et/ou la prise en charge de complications, dans le cadre de l'hospitalisation de semaine (cinq lits pour bilans et traitements) et dans le cadre de l'unité d'hématologie-immunité/SIDA-infections-oncologie-soins palliatifs (cinq à six lits),*
- *créer une équipe mobile de soins palliatifs pour répondre aux besoins des personnes hospitalisées au sein des services,*
- *affecter trois à cinq lits dédiés aux soins palliatifs dans une unité de médecine.*

Concrètement, le développement de l'activité de cancérologie s'inscrit donc en transverse dans les projets des différents services.

Dans le cadre du projet plus global d'ouverture d'un hôpital de jour au Centre Hospitalier MARC-JACQUET au printemps 2002, des lits ambulatoires de chimiothérapie vont enfin être identifiés en tant que tels, et surtout regroupés dans un même espace géographique.

De même, un projet de création de « filière du sein » dans l'Etablissement, regroupant un chirurgien gynécologue, un chirurgien viscéraliste, les laboratoires, un radiothérapeute et un radiologue, a été inclus dans le Rapport d'Orientation Budgétaire pour l'année 2002. Elle vise à une prise en charge plus efficace et plus globale d'une pathologie de plus en plus courante, et qui peut être traitée efficacement si elle est diagnostiquée suffisamment tôt.

De plus, en permettant l'ouverture d'ici à mi-2003 d'une IRM sur son site par l'intermédiaire d'un GIE public/privé et en signant une convention avec le CHU Henri Mondor pour obtenir une plage d'utilisation de son PET-Scan si celui-ci est installé, l'Hôpital entend proposer à ses praticiens et à ses patients l'accès à des équipements de radiologie les plus performants possibles. Avec de tels projets, le Centre Hospitalier MARC-JACQUET espère pouvoir acquérir le titre de pôle de cancérologie sur la région melunaise, d'autant plus qu'il garde une main sur l'activité de radiothérapie puisqu'il est membre du GCS.

Dans la perspective de la construction et de l'ouverture de l'« Hôpital Nouveau », qui devrait intervenir à l'horizon 2010, un redimensionnement de cette activité de cancérologie devrait également être possible avec, pourquoi pas, la création d'un service dédié à cette discipline

pour dépasser le cloisonnement des spécialités, qui est encore trop patent aujourd'hui et qui constitue un frein à son développement.

Ce titre de pôle de cancérologie, la Clinique Saint-Jean compte cependant bien le lui disputer. En effet, en regroupant sur le même site à la fois des activités de chirurgie carcinologique, de chimiothérapie ambulatoire, qu'elle avait déjà et de radiothérapie aujourd'hui, elle espère que, dans l'esprit des Melunais, elle apparaîtra comme le centre de recours dans cette discipline.

En tout état de cause, il convient de reconnaître que sans une étroite collaboration avec les autres partenaires, aucun n'a les capacités de réaliser seul ses ambitions, d'autant plus qu'il y va de la qualité de la prise en charge et du suivi des patients. Ainsi, il faut remarquer que la Clinique Saint-Jean ne dispose pas de lits d'hospitalisation complète de médecine, elle est donc liée avec le Centre Hospitalier MARC-JACQUET par une convention d'accueil de ses malades ambulatoires en cas d'accident de chimiothérapie.

3.2.1.2 Développer le travail en réseaux.

Le GCS ne peut assurer seul la prise en charge globale du patient, dans la mesure où l'activité dont il assure la gestion commune est limitée à la radiothérapie et que, de toutes façons, il ne dispose pas d'une autorisation d'exercer une activité de soins. En revanche, en raison de son caractère multipartenarial, réunissant des acteurs publics et privés, il peut s'affirmer comme tête de pont d'un réseau de cancérologie, qui recouvrirait toutes les spécialités cancérologiques dans le Sud de la Seine et Marne. En effet, un GCS n'est qu'une coopération institutionnelle, dont la vocation est de mettre des outils les plus performants possibles à la disposition des différents partenaires. Or, une prise en charge globale vraiment optimale, ne peut intervenir que dans le cadre d'une coopération médicale. Certes, la coopération institutionnelle peut la susciter ou la rendre possible, mais c'est bien la concertation au quotidien des différents acteurs d'une spécialité au niveau local, quel que soit leur statut, qui permettra une amélioration vraiment significative de la prise en charge en cancérologie.

- **Un axe d'amélioration pour faire face aux insuffisances d'équipements et de personnels : une nécessaire coopération médicale.**

Pour parvenir à une prise en charge globale de proximité, un outil d'amélioration prescrit par les sociétés savantes est celui de la mise en place d'une réelle coopération médicale entre les acteurs du système sanitaire, qui est décrite comme étant non seulement souhaitable, mais particulièrement aisée dans ce domaine d'activité.

- *Une discipline où la coopération entre les différents intervenants est facilitée en raison d'un relatif consensus sur les modes de prise en charge⁴⁶ et de l'utilisation de protocoles standardisés.*

Souvent montrée en exemple au niveau national pour l'efficacité et la pertinence de l'organisation de ses réseaux de soins, la cancérologie est aussi un domaine où le travail en commun des acteurs est facilité par une relative homogénéité de la prise en charge et des pratiques thérapeutiques. Ainsi, l'existence de protocoles élaborés et régulièrement réactualisés par les chercheurs et les sociétés savantes, majoritairement reconnus et pratiqués, évite un frein théorique dans la collaboration entre les acteurs, comme cela peut être le cas dans d'autres disciplines médicales, comme en psychiatrie par exemple.

Par ailleurs, le travail en réseau en tant que tel est clairement identifié par elles comme étant le moyen le plus efficace pour parvenir à une prise en charge adéquate de chaque individualité, du dépistage précoce au traitement et au suivi du patient stabilisé.

- *Une coopération nécessaire : une concertation entre les différents acteurs de santé de proximité intervenant auprès du malade est nécessaire à la mise en place d'un traitement approprié.*

Une pratique nécessairement pluridisciplinaire et multipartenariale.

La pratique de la cancérologie est nécessairement **pluridisciplinaire**, fondée sur une concertation entre chirurgiens, spécialistes d'organes, oncologues médicaux et oncologues radiothérapeutes, radiologues, anatomocytologistes, médecins de ville..., que ces spécialistes officient à l'Hôpital Public, en cliniques privées ou dans des cabinets de ville. En

⁴⁶ Livre blanc : évaluation et assurance qualité du plateau technique en oncologie radiothérapie. *Bulletin du cancer*, novembre 1996.

effet, de plus en plus, leur thérapeutique consiste en l'association voire la succession de phases de chirurgie, de chimiothérapie et de radiothérapie pour traiter les cancers. Une concertation est donc nécessaire entre les différents intervenants afin de tenter d'adapter le protocole à appliquer en fonction du profil médical du patient et de la précocité ou non du diagnostic qui a été rendu.

De même, le moment de l'intervention de chacun d'entre eux doit être défini en étroite concertation. Ainsi, la date de l'opération de la tumeur pourra être fixée en fonction de l'intervention possible du radiothérapeute, en raison de la saturation de nombreux centres, même s'ils essayent de satisfaire les urgences le mieux possible, et du nombre de séances de chimiothérapie nécessaires après l'opération. De plus, une fois la première phase de traitement intervenue, une surveillance régulière du patient par son médecin traitant ou par un oncologue spécialiste s'impose ; ceux-ci devraient en outre avoir recours fréquemment à un radiologue.

Cette concertation devrait être organisée au sein d'une **Unité de Concertation Pluridisciplinaire** (UCP) permettant :

- la définition, pour chaque patient, d'une stratégie diagnostique et thérapeutique adaptée,
- la coordination des moyens mis en œuvre,
- la circulation de l'information entre les différents intervenants,
- l'évaluation et le suivi à long terme des patients, l'évaluation des pratiques professionnelles, la formation continue des professionnels médicaux et paramédicaux.

Le fonctionnement de l'Unité de Concertation Pluridisciplinaire répond à un certain nombre de critères. En particulier :

- les praticiens utilisent des protocoles formalisés, validés, accessibles à tous les médecins du réseau et actualisés régulièrement,
- le schéma de prise en charge du patient (diagnostic, bilan, traitement, surveillance) est formalisé, inséré dans le dossier médical, expliqué clairement au patient avant que le premier acte thérapeutique ne soit entrepris et ensuite tout au long de la prise en charge,
- un dossier médical commun minimum du patient est établi, accessible par les différents médecins assurant la prise en charge du patient, notamment le médecin généraliste de ville.

L'examen formalisé du dossier de chaque patient dans le cadre de réunions de concertation pluridisciplinaire n'est pas obligatoire, à condition que le cas examiné ait été prévu par les protocoles de l'unité de concertation et le schéma thérapeutique suivi. Dans le cas contraire, le dossier doit être présenté.

Pour permettre un diagnostic complet, ainsi qu'une efficacité thérapeutique meilleure, la prise en charge globale du malade est indispensable. Pour chaque patient, un médecin coordonnateur de soins est désigné. Il est soit un spécialiste d'organes, un oncologue, un chirurgien, ou un interniste. Ce coordonnateur de soins clairement identifié pour le patient permet à ce dernier de prendre contact avec lui chaque fois qu'il en ressent la nécessité. Le médecin traitant a accès au dossier médical minimum des malades et participe aux réunions de concertation s'il le désire.

Ainsi, et en dépit des contacts nécessaires à niveau supérieur afin de se tenir informé des derniers développements de la recherche et des protocoles thérapeutiques, il est fondamental que les liens privilégiés se nouent entre les différents intervenants de la filière cancérologique au niveau local, du secteur sanitaire ou du bassin de vie, qui semble être un niveau encore plus pertinent car nécessairement plus proche du patient.

Vers une formalisation de la collaboration : les réseaux de soins.

Ainsi, il est aujourd'hui inconcevable en France qu'une thérapie ne se déroule sans communication entre les professionnels de santé concernés. Cependant, il n'y a encore que peu de réseaux officiellement constitués et accrédités. C'est pourquoi l'organisation en réseaux de soins est l'un des objectifs retenus par le SROS d'Ile de France pour 1999-2004.

Elle sera la forme d'organisation progressivement généralisée par association volontaire de professionnels et d'établissements respectant un certain nombre de principes, comme :

- le libre choix des patients, dans toute la mesure du possible à proximité de leur domicile, et notamment pour les soins de chimiothérapie et de radiothérapie,
- le respect de l'autonomie des acteurs et l'absence de hiérarchie au sein du réseau,
- la liberté d'adhésion des partenaires,
- le partage de l'information au sein du réseau.

Le réseau fournit une réponse adaptée aux besoins médicaux, sociaux et psychologiques de tout patient atteint d'une affection tumorale. S'agissant de la cancérologie où la diversité des intervenants est la règle, la continuité des soins et la prise en charge globale revêtent des dimensions particulières. Plus loin que la simple mission thérapeutique, il revient également au réseau de favoriser les actions de Santé Publique de prévention et d'éducation à la santé, de dépistage et de diagnostic précoce et d'information du public.

Les réseaux en cancérologie sont à la fois des réseaux d'établissements organisés en sites, mais aussi des réseaux ville/établissements de santé axés autour d'une prise en charge globale, fonctionnelle et continue du malade. Ils englobent les UCP et permettent la coordination de tous les acteurs de santé.

Chaque fois que cela est possible, le réseau d'établissements se prolonge vers le médecin traitant. Ce réseau ville-hôpital est en effet du plus grand intérêt pour la prise en charge et l'accompagnement du patient atteint du cancer.

La mise en œuvre ne se conçoit pas dans un cadre préétabli trop strict en dehors du respect de quelques principes fondamentaux. Elle s'appuiera sur les capacités des acteurs à promouvoir des organisations concertées et définies d'un commun accord, visant à s'attacher l'ensemble des compétences mobilisables pour assurer une prise en charge globale des patients.

Vers une offre de soins graduée.

De même, dans la droite ligne de l'affirmation de la lutte contre le cancer comme priorité nationale et régionale et du nécessaire travail en réseau, le SROS 1999-2004 de la Région Ile de France s'inspire de la Circulaire du 24 mars 1998 et compte promouvoir l'organisation progressive d'une **offre de soins graduée en cancérologie**. Ainsi, à terme, celle-ci devrait comprendre trois types de sites répondant chacun à des standards communs en termes d'équipements, de personnels et de nombre annuels de patients traités dans les différentes spécialités oncologiques, chaque niveau étant coordonné avec les deux autres afin d'offrir une réponse adaptée à chaque patient et à chaque situation :

- les *sites spécialisés en cancérologie*, qui assurent la prise en charge des pathologies cancéreuses les plus fréquentes avec un plateau technique adapté. Il s'agira du pivot du réseau puisque c'est lui qui choisira son ou ses sites hautement spécialisés, ainsi que les sites de proximité avec lesquels il travaillera,

- les *sites hautement spécialisés en oncologie*, qui auront une implication spécifique par leur activité dans les domaines des soins, de l'enseignement et de la recherche,
- les *sites de proximité en oncologie*, qui font partie du réseau et dont les praticiens peuvent participer aux réunions de l'Unité de Concertation Pluridisciplinaire du site de référence. Leur activité minimum globale devrait se situer aux alentours de 50 nouveaux malades atteints de cancers par an par unité ou service le constituant.

Chaque site regroupe des compétences humaines et/ou techniques en associant des unités :

- pouvant appartenir à un ou plusieurs établissements quel que soit leur statut juridique,
- situées dans un même lieu, ou géographiquement proches, ou aisément accessibles,
- liées entre elles de façon contractuelle et possédant une unité organisationnelle commune.

Le but d'une telle organisation est de répondre de manière coordonnée à l'ensemble des situations médicales, sociales ou psychologiques de toute personne atteinte d'une pathologie tumorale. De ce fait, ce n'est plus à chaque acteur d'apporter la réponse d'ensemble à toutes les situations, mais à des groupements de compétences humaines et techniques organisés et définis *a priori* et régulés selon des règles établies en commun.

Ainsi, face aux insuffisances de la coopération institutionnelle à produire une véritable amélioration de la prise en charge, c'est une coopération médicale efficace qui permettra aux politiques de santé de porter leurs effets de la façon la plus efficace.

- **Inclure le GCS dans un réseau de cancérologie.**

Dans le cas particulier du Groupement Melunais de Coopération Sanitaire de Radiothérapie, il convient d'arriver à terme à ce type d'organisation souhaitée.

- *Une Unité de Concertation Pluridisciplinaire était prévue dans le règlement intérieur et par la demande d'autorisation d'équipements lourds.*

La création d'une UCP avec à sa tête un médecin coordonnateur était prévue dans les statuts du Groupement, conformément aux recommandations des sociétés savantes et des syndicats de radiothérapeutes. En raison de son démarrage récent et du surcroît de travail

dû à la nécessaire résorption de la liste d'attente, cette UCP ne s'est cependant pas encore réunie au moment de la rédaction de ce mémoire.

- *Il existe déjà une association au niveau local, qu'il faut réactiver avec l'ouverture du GCS.*

Les projets de rapprochement entre établissements public et privés pour l'exploitation en commun d'un accélérateur de particules avaient, dès le début, dynamisé les acteurs locaux et une association ayant vocation à devenir l'embryon du futur réseau de cancérologie du Sud Seine et Marne avait été créée dès mars 1999. Cependant, avec le retard important qu'a subi le projet, cette structure est aujourd'hui en sommeil mais ne demande qu'à être réveillée, avec l'amélioration notable de la prise en charge des patients que constitue l'ouverture du GCS de Radiothérapie.

Ce dernier, lors de sa création, avait en effet l'ambition de devenir le noyau dur de ce réseau de cancérologie, dans la mesure où il permet d'atteindre la plupart des professionnels de cette discipline, qu'ils soient publics ou privés, spécialistes d'organes ou biologistes. Il s'agit là d'une autre piste de coopération, au delà de la collaboration institutionnelle entre personnes morales, pour permettre une harmonisation et une optimisation des traitements.

- *Un autre projet serait de participer à un réseau plus large.*

Par ailleurs, le Groupe GENERIDIS, qui constitue en lui-même un réseau privé de centres de traitement de radiothérapie articulé au niveau local avec les praticiens intervenant dans la filière cancérologique, a proposé aux praticiens intervenant dans le GCS de participer à un réseau de plus grande ampleur, mais les conditions restent encore à formaliser. Il faut en effet attendre que l'Unité de Concertation Pluridisciplinaire soit parfaitement opérationnelle avant d'envisager des coopérations de plus grande ampleur.

3.2.1.3 Agrandir le centre et diversifier son domaine d'intervention.

- **Le développement de l'activité du GCS.**

La montée en charge plus rapide que prévue de l'activité du GCS est due en partie au mois de retard pris au démarrage, puisque les praticiens libéraux interviennent sur le centre comptaient sur un premier malade sous machine au début du mois de juillet 2001, alors que seuls les centrages ont pu être réalisés à cette date, les premiers traitements n'intervenant qu'au tout début du mois de septembre 2001.

Il s'est ainsi produit une saturation de l'accélérateur dès les premières semaines d'exploitation : le nombre de patients inscrits sur liste d'attente et devant être traités rapidement a nécessité des heures supplémentaires de la part des personnels et suscité une demande du cadre soignant référent auprès du Directeur des Ressources Humaines de l'Hôpital de mettre une manipulatrice de plus à sa disposition. Celle-ci a d'ailleurs été rapidement recrutée, preuve s'il en est de la volonté du partenaire public que cette coopération se déroule sous les meilleurs auspices.

De plus, une poursuite de la montée en charge de l'activité du Groupement d'un même ordre est également attendue de la part de ses membres. En effet, le Centre Hospitalier semble devoir développer son activité de cancérologie dans les mois à venir, avec la mise en place d'une filière de sémiologie et le recrutement d'un praticien ORL compétent.

- **Vers une autorisation nouvelle et l'exploitation d'une nouvelle machine.**

Dès le début, le dossier d'autorisation et le règlement intérieur du GCS prévoyait à terme l'installation d'une seconde machine, afin de répondre pleinement et durablement à une demande en constante augmentation et de pouvoir traiter toutes les pathologies, le but ultime étant de devenir un centre de niveau 2 en cancérologie, ce qui était tout à fait accepté par les pouvoirs publics. Le local du GCS a d'ailleurs été conçu et construit directement pour pouvoir accueillir deux machines. Il faut dire que la politique actuelle est de privilégier la concentration des équipements dans des centres comportant plusieurs machines à leur dispersion dans des unités ne comportant qu'une seule machine⁴⁷. Par ailleurs, l'existence d'un autre accélérateur, même de moindre puissance, dans le bassin de population de l'Hôpital de Melun serait tout à fait justifié au regard des données épidémiologiques et des indices de définition des besoins en équipements lourds de radiothérapie. Or, le Groupe GENERIDIS dispose d'une autorisation qui n'est plus exploitée par l'un de ses centres de traitements en Ile de France et propose d'en faire bénéficier le GCS.

Il permettrait de désengorger la première machine, même s'il faut encore attendre pour déterminer si sa saturation actuelle n'est due qu'au retard dans sa mise en route ou si elle est le révélateur de l'insuffisance du dispositif actuel. En tout état de cause, si l'on ne considère que les indices de besoins, il semble bien que ce soit cette seconde hypothèse qui soit la plus probable.

⁴⁷ Circulaire du 24 mars 1998 relative à l'organisation des soins en cancérologie.

- **D'autres pistes : prise en charge de la douleur et soins palliatifs.**

De par sa chronicité et un taux de mortalité encore élevé, la prise en charge cancérologique requiert l'intervention de nombreux professionnels, au delà de cette seule spécialité. Ainsi, dans un contexte où les droits du patients prennent une place sans cesse plus grande dans le système de santé, la lutte contre la douleur et l'accompagnement en fin de vie des malades dans des unités dédiées aux soins palliatifs deviennent des priorités pour les établissements. Toutes deux sont d'ailleurs identifiées comme des actions transversales d'envergure dans le Rapport d'Orientation Budgétaire pour 2002 du Centre Hospitalier MARC-JACQUET. Une équipe mobile «douleur » a été mise en place depuis décembre 2000 dans l'Etablissement. De même, une action spécifique sera initiée en 2002 dans le Service de Pneumologie, qui devrait servir d'appui à une future unité mobile de soins palliatifs.

De même, une des propositions de GENERIDIS est justement que le GCS s'intègre dans un réseau de soins palliatifs à créer, afin de pouvoir répondre de façon encore plus pertinente aux besoins de la population atteinte d'un cancer et d'être réellement présent sur l'ensemble des éléments de la prise en charge.

3.2.2 Vers un dépassement des clivages public/privé : la création d'une «culture GCS » ?

Certes, il s'agit là d'une formulation un peu présomptueuse, mais qui veut mettre en relief le réel dépassement des *a priori* des différents partenaires pour tirer le meilleur parti possible de la richesse de cette coopération. Cette expérience, au départ incertaine, semble aboutir à un partenariat fructueux, qui s'est traduit jusqu'à présent par un réel échange de compétences et par la poursuite d'objectifs communs, qui vont bien au delà de la simple recherche de l'intérêt mutuel. Les habitudes prises ensemble devraient contribuer à développer la structure autour d'une identité propre, même s'il convient de ne pas oublier l'identité de chacun. C'est pourquoi, le GCS ne dispose finalement pas d'un logo propre, mais utilise ceux des trois institutions pour montrer qu'il n'est pas une création *ex nihilo* et qu'il leur reste intimement lié.

3.2.2.1 Un partenariat fructueux.

- **Un échange de compétences public/privé : la mise en commun des expériences au delà du simple partage des moyens.**

L'un des avantages souvent énoncé des coopérations interétablissements, que ce soit entre partenaires publics exclusivement ou non, est l'opportunité de mettre en commun des savoir faire afin de pallier à ses propres manques, que ce soit dans la perspective de son propre développement ou dans celle d'une amélioration de la prise en charge sans pour autant procéder à une débauche de moyens.

- *Profiter de l'expérience et de l'excellence du réseau GENERIDIS.*

Ainsi, la participation du Centre de Radiothérapie de Ris-Orangis, membre du Réseau de centres de radiothérapie privés GENERIDIS, a été l'occasion, pour le Centre Hospitalier MARC-JACQUET comme pour la Clinique Saint-Jean, de profiter de son expérience en ce qui concerne l'organisation pratique de nouveaux centres de radiothérapie, en matière d'agencement, mais surtout d'équipement des locaux, d'organisation du travail et de partage des tâches entre les différents personnels.

- *Profiter d'un personnel hospitalier compétent et bien formé.*

Par ailleurs, le GCS a pu bénéficier d'une équipe de manipulatrices bien formées, dont certaines appartiennent au personnel hospitalier titulaire, et d'autres ont été recrutées pour l'occasion par le Centre Hospitalier sur un mode de contrats de droit public, mais en priorité parmi des candidates originaires du Centre de Ris-Orangis. Comme les manipulatrices de l'Hôpital ont pu se former sur les machines de GENERIDIS entre les mois de janvier et juillet 2001, ces personnels ont pu développer une culture de travail commune tout en renforçant leurs compétences, déjà importantes, en raison d'une formation de qualité grâce à la proximité des Centres de Lutte Contre le Cancer et des Centres Universitaires parisiens.

En revanche, ce personnel hospitalier, très imprégné de la notion de Service Public, a apporté à la structure à laquelle participe l'Hôpital Public, une forte préoccupation du bien être du patient, mais aussi de l'intérêt général. Il a en particulier consenti à de gros sacrifices en termes d'horaires et de qualité de vie au travail au moment de la mise en œuvre opérationnelle du centre de traitements. De plus, cette préoccupation du confort du malade est d'autant plus forte de par la nature particulière de l'activité de radiothérapie et des

patients souvent affaiblis et en grande détresse qu'il accueille. D'ailleurs, il serait abusif de trop opposer public et privé dans ce domaine. Les professionnels médicaux des deux « origines » ont en effet des méthodes de travail souvent comparables, mais surtout une égale préoccupation du patient.

- *Pour tous les partenaires : apprendre à travailler ensemble.*

Sur le terrain, la coexistence de personnels de différentes cultures médicales et soignantes est enrichissante pour l'ensemble des intervenants. Les manipulateurs ont appris à se familiariser avec les méthodes de travail des praticiens privés, même si celles-ci ne sont pas très différentes de celles des Praticiens Hospitaliers. Il en est de même en ce qui concerne les partenaires des institutionnels, à savoir les dirigeants des trois entités juridiques membres du GCS.

A ce propos, un exemple est particulièrement éclairant. Pendant la grève des sages-femmes du printemps 2001, qui a été plus revendicative encore dans le secteur des cliniques privées, le Président Directeur Général de la Clinique Saint-Jean a pris très souvent contact et s'est concerté avec son collègue Directeur Adjoint chargé des Ressources Humaines du Centre Hospitalier MARC-JACQUET, afin de gérer au mieux la crise, tant au niveau de son personnel que de l'accueil optimal des parturientes.

- ***L'appropriation de la structure par les personnels.***

Un autre signe de l'émergence de ce que l'on pourrait appeler une « culture GCS », est l'appropriation rapide des locaux par des personnels qui, pour certains, avaient passé de nombreuses années dans les locaux dégradés de l'Hôpital, emprunts pour eux cependant d'une certaine nostalgie. Cette appropriation très rapide a été facilitée par l'individualisation des locaux. Il s'agit en effet d'un lieu différent de l'Hôpital, au demeurant beaucoup plus moderne, fonctionnel et agréable pour les agents qui y travaillent, ce qui a vraisemblablement contribué à leur investissement sur le nouveau site et à l'important effort de formation sur la nouvelle machine et d'adaptation à un nouveau contexte de travail qui leur ont été nécessaires.

De même, une tenue spécifique pour les médecins et les manipulateurs a été retenue, différente de celles de l'Hôpital, de la Clinique et du Centre de Ris-Orangis, avec un logo particulier, mais aussi un circuit de ramassage des déchets indépendant de celui de la Clinique, dans les murs de laquelle se trouve pourtant le GCS.

3.2.2.2 La recherche commune de la qualité : un défi à relever.

Cette « culture du GCS », ce n'est cependant pas seulement la création d'une identité commune, facilitée par le plaisir de travailler ensemble. C'est aussi une attitude qui se traduit par la poursuite des mêmes objectifs. L'un d'entre eux, et sans doute le plus important, est la recherche de la qualité, que ce soit de la prise en charge proprement dite ou des processus y concourant.

- **une structure juridique soumise à la procédure d'accréditation.**

Comme les établissements publics et privés dont ils émanent normalement, les GCS sont soumis à la procédure d'accréditation dans les conditions définies aux articles L.710-5 et suivants du Code de la Santé Publique. En soi, cette soumission à la procédure d'accréditation pose question, dans la mesure où les GCS ne sont pas des établissements de santé. En effet, il convient de s'interroger sur la nature des référentiels qui seront utilisés et sur les critères d'évaluation qui seront jugés prioritaires.

- **La qualité : un des maîtres mots de l'organisation du GCS.**

A ce jour, aucune demande d'accréditation de la part du GCS de Radiothérapie de Melun n'a été déposée auprès de l'Agence Nationale pour l'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), et pour cause, puisque la structure vient seulement de devenir réellement opérationnelle et se trouve simplement dans une phase de rodage de ses activités au moment de la rédaction de ce mémoire, d'où certains dysfonctionnements, en particulier d'ordre technique, qui ont pu être observés.

Cependant, beaucoup d'attention est portée par tous les partenaires à corriger au plus vite ces dysfonctionnements inhérents à toute nouvelle organisation, afin qu'ils ne deviennent pas des habitudes de travail qu'il sera ensuite plus difficiles à perdre. Cela se manifeste dans la volonté déjà évoquée de modifier au plus vite le règlement intérieur pour en tenir compte.

Deux difficultés se font jour cependant. Tout d'abord, l'accélérateur de particules n'étant pas tout à fait neuf, il souffre de pannes fréquentes, qui viennent désorganiser l'accueil des malades dans la jeune structure et décaler la prise de rendez-vous pour les séances. Cette situation est d'autant plus gênante que l'ouverture du centre, d'abord prévue pour le mois d'avril 2001, puis retardée au mois de juillet 2001, n'avait finalement eu lieu qu'en septembre

2001, avec pour conséquence la formation d'une liste d'attente de patients devant recevoir rapidement un traitement approprié.

Ensuite, cette liste d'attente, qui est une preuve de l'attractivité du Groupement au niveau local, mais surtout qu'il répond bien à de réels besoins de Santé Publique, n'est pas un gage en soi de qualité des soins. Des retards de traitement peuvent être préjudiciables à cette qualité, même si justement les médecins essayent, dans la mesure du possible, d'adapter la date des interventions et des chimiothérapies en fonction des places en radiothérapie. De même, la saturation du centre empêche par exemple le cadre de mener à bien certaines de ses tâches comme la tenue de statistiques régulières.

Un autre problème posé, plus grave celui-là est celui de l'organisation médicale, et plus précisément celui de la continuité de la présence médicale sur le site. L'un des impératifs pour la mise en place d'une démarche qualité devant conduire à l'accréditation est la présence d'un médecin, qu'il soit public ou privé, pendant toute la durée d'ouverture du site. Une telle exigence, si elle est tout à fait justifiée, pose cependant problème au partenaire public. En effet, il ne dispose que de deux Praticiens Hospitaliers, pour assurer en théorie 40% du temps de fonctionnement de la machine. Or, ceux-ci se doivent aussi d'honorer leurs consultations restées sur le site de l'Hôpital, et ils sont également sollicités pour y mettre en place des chimiothérapies. Dans ce contexte, il est très difficile pour eux d'assurer pleinement leur temps de présence.

Enfin, un dernier élément doit être amélioré et devrait d'ailleurs être mis bientôt à l'ordre du jour par le mandat de l'Administrateur, à savoir la nécessité d'élaborer un dossier médical sinon unique pour l'ensemble des intervenants, du moins largement harmonisé. Il s'agit là certes d'une prescription du manuel d'accréditation, mais c'est aussi un préalable pour atteindre l'objectif que s'est fixé le réseau de cancérologie du Sud 77 dans ses statuts, à savoir l'informatisation du dossier patient. On est encore loin d'un système d'information en réseau, mais une uniformisation de la présentation devait permettre une lecture plus aisée des prescriptions aux manipulateurs, et donc réduire la potentialité des erreurs.

Comme modèle de cette nécessaire démarche qualité, le GCS a décidé de s'inspirer de la « Charte du Réseau GENERIDIS », qui est d'ailleurs annexée au règlement intérieur fonctionnel et aux contrats d'exercice des praticiens libéraux. Celle-ci contient en effet des référentiels de bonnes pratiques médicales et organisationnelles, qui n'ont rien à envier au manuel d'accréditation de l'ANAES.

CONCLUSION

Moins d'un mois après le début des traitements, il est encore trop tôt pour tirer des conclusions définitives, qu'elles soient pessimistes ou, au contraire, optimistes à propos du GCS de Radiothérapie de Melun et de la qualité de la coopération qu'il a induite.

Certes, on est encore loin du pôle de référence en cancérologie inséré dans un réseau pluridisciplinaire appelé de leurs vœux par les différents partenaires, et le GCS ne fait finalement que permettre la gestion et l'exploitation en commun d'un accélérateur de particules. Il ne peut assurer à lui seul la prise en charge globale du patient atteint du cancer même si, à terme, un GCS pourrait aussi pouvoir détenir une autorisation de soins.

La coopération entre partenaires publics et privés, et plus particulièrement cette forme de travail en commun, comporte de nombreuses lourdeurs et complexités. Mais elle peut aussi être un formidable outil de gestion, à condition qu'elle ait fait l'objet d'une préparation et d'une élaboration minutieuse, qu'elle recueille l'adhésion de tous les partenaires, que la formule juridique choisie soit adaptée ou personnalisée. Elle requiert de la réflexion, de l'imagination, de la prudence et beaucoup d'énergie.

Car, au delà des imperfections juridiques, c'est la volonté de travailler ensemble à l'amélioration de la prise en charge globale et pluridisciplinaire du patient qui compte et qui a été ici le moteur du projet.

Soit, le GCS, malgré ses avantages, est une forme juridique encore floue et incertaine, qui n'était donc peut être pas la plus adaptée ici. Mais, même s'il vient à être transformé en une autre personne morale, la structure de soins perdurera car elle a une réelle justification en termes de Santé Publique, mais aussi parce que les différents acteurs, plus que par intérêt, prennent du plaisir à travailler ensemble. Son caractère inter-personnel fort est peut-être une faiblesse de la coopération public/privé car il provoque une certaine fragilité et une absence de pérennité inscrite. *A contrario*, c'est aussi ce qui lui permet de dépasser les insuffisances des textes.

Ainsi, pour reprendre le questionnement de départ, il faut conclure sur l'exemple du GCS de Radiothérapie de Melun que :

- Si elles ont une dimension stratégique indéniable pour les établissements qui les pratiquent, les coopérations, et c'est le cas ici, sont de plus en plus un moyen de survie d'une activité plus ou moins téléguidée par les pouvoirs publics afin de rationaliser les dépenses de santé tout en continuant à proposer des soins de qualité proches du patient. A ce titre, on pourrait imaginer l'adage suivant : »pour faire aussi bien voire mieux avec moins, il faut faire ensemble. «
- Dans ce cadre, le GCS est un moyen de coopérer parmi d'autres, mais est la seule formule de coopération strictement sanitaire qui permette d'associer réellement établissements publics et privés lucratifs. Cependant, le flou et les insuffisances des textes en ont fait un moyen de collaboration peu usité.
- Mais surtout, il convient d'insister sur le fait qu'une simple coopération institutionnelle est insuffisante. Pour une offre de soins réellement de qualité et une prise en charge globale optimale du patient, c'est une coopération et un échange de savoir faire des professionnels médicaux et paramédicaux eux-mêmes qui s'impose, par le biais de réseaux de soins, mais également de l'acquisition d'une culture commune du respect du bien être du patient et de l'intérêt général, ce qui est en germe dans le GCS de Radiothérapie et que j'ai baptisé la « culture GCS ». Dans cette perspective, il faut que les professionnels développent des projets communs, et trois grands chantiers s'offrent aujourd'hui au GCS de Radiothérapie de Melun :
 - l'élaboration d'un dossier unique pour tous les patients,
 - la réactivation du réseau de cancérologie du Sud Seine et Marne,
 - la réflexion pour une meilleure organisation des soins palliatifs.

Bibliographie

- **Textes officiels de référence :**

Pour certains disponibles sur l'Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

Loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

Décret n° 97-240 du 17 mars 1997 relatif aux groupements de coopération sanitaire et modifiant le code de la santé publique.

Arrêté du 17 mai 1976 fixant l'indice de besoins relatif à certains appareils de radiothérapie carcinologique.

Arrêté ministériel du 25 février 1986 fixant l'Indice de besoins relatif à certains appareils de radiothérapie oncologique.

Arrêté du 23 juillet 1999 :schéma régional de l'organisation sanitaire de l'Ile de France. Agence Régionale de l'Hospitalisation de l'Ile de France.

Circulaire n° 204 du 12 juin 1974 relative à la carte sanitaire pour le traitement du Cancer par les appareils de radiothérapie carcinologique.

Circulaire DGS/ SQ/ DH/ OE n° 20 du 3 juin 1993 relative aux équipements matériels lourds.

Circulaire du 25 mars 1998 relative à l'organisation graduée de la cancérologie.

Décision de la Ministre de l'Emploi et de la Solidarité du 17 mai 1999 :

- autorisation au la « Polyclinique Saint-Jean » d'exercer l'activité de soins «Traitement des affections cancéreuses par rayonnements ionisants de haute énergie ».
- autorisation au le GCS pour le transfert et le remplacement de l'appareil Théatron 80 par un accélérateur de particules émetteur de rayonnements d'énergie inférieure ou égale à 18 MeV.

- **Documents généraux sur le cancer et la lutte contre le cancer :**

<http://www.arc.asso.fr>

AOUSTIN M. Organisation et allocation des ressources : le point de vue de la CNAMTS, *Technologie Santé*, Janvier 2000, n° 41, pp. 19-22.

ESPER C. Les acteurs de la cancérologie et leurs actions, *Technologie Santé*, Janvier 2000, n° 41, pp. 10-16.

COUR DES COMPTES. Rapport sur l'exécution de la loi de financement de la Sécurité Sociale 2000.

LIVRE BLANC. Evaluation et assurance qualité du plateau technique en oncologie radiothérapie. *Bulletin du cancer*, 1996, n° 83 (suppl 2), pp. 242s-272s.

GENERIDIS. Charte du Réseau GENERIDIS, Disponible sur Internet : <http://www.generidis.com>.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Programme de lutte contre le cancer. 1^{er} février 2000.

PARMENTIER G. Les différences de tarification public/privé, *Technologie Santé*, Janvier 2000, n° 41, pp. 22-34.

PEUVREL P. L'outil PMSI et la cancérologie, *Technologie Santé*, Janvier 2000, n° 41, pp. 35-37.

PUJOL H. Les attentes des patients :le livre blanc des malades, *Technologie Santé*, Janvier 2000, n° 41, pp. 17-18.

SENAT. Rapport d'information sur la politique de lutte contre le cancer. 27 juin 2001, pp. 1-183.

SANCHO-GARNIER H. La place des cancers en Santé Publique et en dépenses de santé, *Technologie Santé*, Janvier 2000, n° 41, pp. 5-9.

TECHNOLOGIE SANTE. L'organisation des soins en cancérologie. Janvier 2000, n° 47, pp. 1-77.

UNION NATIONALE HOSPITALIERE DE PRIVEE DE CANCEROLOGIE (UNHPC). La concertation pluridisciplinaire en cancérologie, Les rencontres annuelles de l'UNHPC, 1999.

VAISSIERE MG. Le Centre Hospitalier de Montauban et le réseau en cancérologie, Mémoire ENSP-EDH, 1998.

- **Littérature concernant la coopération interhospitalière en général et les filières et réseaux de soins en particulier :**

ARGACHA J-P. Les actions de coopération interhospitalière, *Gestions Hospitalières*, février 1997, pp. 102-104.

BERGEROT P. Réflexions sur la collaboration public-privé, *Techniques hospitalières*, janvier-février 1999, n°633, pp. 57-60.

CALMES G. La coopération interhospitalière : l'épreuve de vérité. Masson, Paris, 1998, 160p.

CHAUVIN F. Réseaux et filières. *Adsp*, décembre 1998, n°25, pp. 40-46.

CLEMENT J-M. Vers le renouvellement de la coopération interhospitalière, *Les cahiers hospitaliers-personnels et formation*, Novembre 1998, n° 118, pp. 6-9.

DELANDE G. Filières et réseaux en santé, une approche médico-économique, *Gestions Hospitalières*, Décembre 1999, pp. 747-755.

ESPER C. Le groupement de coopération sanitaire, nouvelle formule juridique de collaboration entre établissements de santé. *Techniques hospitalières*, mars 1998, n°624, pp.35-45.

HOIBIAN F. Coopération interhospitalière et mise en réseau, l'expérience du Centre Hospitalier de Firminy, *Gestions Hospitalières*, Février 1997, pp. 109-115.

HOUDART L. Traité de coopération hospitalière, Collection Santé, Edition 2000, 2 volumes.

LE BOËF D. Mise en œuvre des réseaux de soins, de l'expérimentation à l'organisation pérenne, *Gestions Hospitalières*, Décembre 1999, pp. 741-745.

LE QUELLEC. L'implantation d'un cabinet de radiothérapie privé au sein du Centre Hospitalier du Pays d'Aix, *Gestions Hospitalières*, Février 1997, pp. 105-108.

MARIA S. La coopération interhospitalière : quelle politique pour quel succès ?, Mémoire ENSP-IASS, 1996.

RENARD J. Coopération secteur public- secteur privé, un défi relevé, une synergie dynamisante, *Gestions Hospitalières*, Décembre 1999, pp. 756-758.

SALGUES E. Acquisition d'équipements en partenariat public/privé, Mémoire de Master « Equipements biomédicaux », Université de Technologie de Compiègne-ENSP, 1998.

Les modalités juridiques actuelles de la coopération. *Option Bio*, Hors Série n°1, 1998.

Les nouvelles complémentarités. *Revue Hospitalière de France*, Novembre-Décembre 1997, n°6, pp. 790-815.

Une évolution dans les modalités de coopération. *Tendances hospitalières*, Octobre 1997, n°13, pp. 6-9.

- **Documents officiels ayant trait à la problématique locale :**

CENTRE HOSPITALIER MARC JACQUET. Projet d'Etablissement 1999-2004. Juin 1999.

CENTRE HOSPITALIER MARC-JACQUET. Rapport d'Orientation Budgétaire pour 2002, Juin 2001.

CONSEIL GENERAL DE SEINE ET MARNE. La Seine et Marne dans le débat national pour l'aménagement du territoire, Janvier 1994.

GAUSSENS J. Ph. Note d'opportunité relative à la création d'un GIE ou d'un GCS de radiothérapie en commun entre la clinique Saint Jean et le Centre Hospitalier Marc Jacquet de Melun. 15 janvier 1998.

GCS MELUNAIS DE RADIOTHERAPIE. Autorisation d'installation par confirmation, renouvellement, transfert et remplacement d'un accélérateur de particules 18 MV au sein d'un Centre de radiothérapie à créer sur le site de la Polyclinique Saint-Jean, Octobre 1998.

<http://www.generidis.com>

GROUPEMENT MELUNAIS DE RADIOTHERAPIE «GIE ». Demande d'implantation d'un Accélérateur linéaire de 25 MV ; 27 février 1997.

PARDIEU P. Projet de Service de Radiothérapie – Oncologie Médicale pour les cinq ans à venir, 17 Janvier 1997.

Liste des annexes

(Annexes 2 – 3 - 4 – 5 – 6 non fournies par l’auteur)

- ANNEXE 1 METHODOLOGIE DU MEMOIRE.**
- ANNEXE 2 CONVENTION CONSTITUTIVE DU GCS.**
- ANNEXE 3 REGLEMENT INTERIEUR DU GCS.**
- ANNEXE 4 REGLEMENT INTERIEUR FONCTIONNEL DU GCS.**
- ANNEXE 5 STATUTS DU RESEAU DE CANCEROLOGIE DU
SUD 77.**
- ANNEXE 6 CHARTE DU RESEAU GENERIS.**

ANNEXE 1

METHODOLOGIE DU MEMOIRE

Ce document comprend 3 pages y compris celle-ci

METHODOLOGIE

L'élaboration et la réalisation de ce mémoire ont été réalisées en trois temps :

- **Etude théorique et documentaire.**

Celle-ci a constitué en la lecture et l'analyse des textes législatifs et réglementaires concernant :

- La coopération interhospitalière en général, et les Groupements de Coopération Sanitaire en particulier,
- La cancérologie et l'organisation des soins dans cette discipline.

Elle a été enrichie et complétée par :

- L'exploitation des rapports officiels ayant conduit à la rédaction des textes,
- Les différentes publications de la doctrine (ouvrages, articles, mémoires...).

- **Travail de fonds sur le terrain.**

L'essence du travail a été l'étude de terrain réalisée auprès des différents intervenants, surtout locaux. Ce travail a pris essentiellement deux formes :

- Participation au suivi du dossier : réunions institutionnelles (de dernières mises au point puis de cadrage une fois la structure ouverte), rédaction de comptes-rendus, association à la rédaction de certains documents officiels (bail, règlement intérieur fonctionnel) et à la réflexion de fonds (question de la fiscalité).
- Enquête sur le terrain : rencontre avec les différents acteurs institutionnels (au Centre Hospitalier MARC-JACQUET, mais aussi à la Clinique Saint-Jean et chez GENERIDIS), mais aussi de terrain, comme en particulier le cadre infirmier, le radiophysicien et les médecins tant publics que privés.

C'est cette démarche qui s'inscrivait, à mon sens, le mieux dans la logique de professionnalisation de ce mémoire et de son intérêt dans la formation.

- **Elargissement du champ d'investigation.**

Un élargissement de mon champ d'investigation a été rendu possible par les contacts liés avec des acteurs locaux, comme la DDASS, l'ARH, mais aussi le Ministère.

Mais surtout, j'ai eu la chance de pouvoir participer au **Séminaire « gens du public, gens du privé » les 21 et 22 juin 2001**, organisé à et par l'École Nationale de la Santé Publique (ENSP) à Rennes. Ce colloque a été l'occasion de rencontre et d'échanges avec des chercheurs, des partenaires institutionnels, mais surtout avec d'autres professionnels de terrain, confrontés comme le Centre Hospitalier de Melun aux difficultés et aux incertitudes des coopérations public/privé (en particulier Centre Hospitalier de Lens).

Je tiens, à cette occasion, à remercier Madame Sylvie CHEROUTRE, mon encadrant-mémoire, qui m'a donné la possibilité de vivre cette expérience extrêmement enrichissante.

NB : Je tiens à m'expliquer du choix que j'ai fait de ne pas nommer explicitement mes différents interlocuteurs. La coopération public/privé, et principalement le GCS, sont des questions très « chaudes » dans mon établissement d'accueil. J'ai donc estimé que certaines prises de positions n'avaient pas à être rapportée, même si elles ne regardaient que leurs auteurs.