



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'hôpital

Promotion 2004

**Le pôle de référence en oncologie
PACA-Ouest :
De la mesure 30 du plan cancer à la
formalisation d'une communauté
d'intérêts**

Rachel JUIF-ARENILLAS

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier **M. Guy Vallet**, Directeur Général de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille pour sa disponibilité et son soutien.

Je remercie chaleureusement **Mme Marie Bonnet**, Directrice adjointe chargée de la cancérologie, pour m'avoir associé à l'ensemble des réunions avec l'Institut Paoli-Calmettes et avec les représentants de la tutelle.

Je remercie l'ensemble des personnes qui ont eu la gentillesse de bien vouloir me recevoir.

Sommaire

Introduction	1
1L'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille et l'Institut Paoli-Calmettes ont vocation à jouer un rôle de leader dans la cancérologie régionale, mais des logiques d'action propres freinent la coopération	5
1.1 Les deux institutions exercent un leadership régional dans le domaine de la cancérologie.....	5
1.1.1 La situation de la cancérologie en région PACA : besoins de soins croissants, offre de soins en cours	5
A) Des besoins de soins croissants.....	5
B) Un recours à l'hospitalisation élevé.....	7
C) Une offre de soins en cours d'organisation.....	8
1.1.2 L'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille et l'Institut Paoli-Calmette ont une même vocation de site de référence.....	10
A) Des statuts différents pour une activité de pointe	10
B) Des partenaires incontournables.....	12
1.2 Les freins à la coopération sont dus à des logiques d'actions propres aux deux établissements.....	14
1.2.1 Les obstacles pratiques à la coopération.....	14
A) Une offre de soins partiellement en concurrence.....	15
B) Des équipements redondants	16
1.2.2 Les obstacles politiques à la coopération	17
A) A l'Institut Paoli-Calmettes.....	17
B) A l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille.....	19

2.....L'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille et l'Institut Paoli-Calmettes peuvent dégager une communauté d'intérêt pour le pôle de référence en oncologie : éléments pour une stratégie concertée des deux acteurs.....22

2.1 Un développement complémentaire peut être envisagé sur la base d'intérêts institutionnels communs..... 22

- 2.1.1 Les gains en terme de rentabilité dans la gestion des plateaux techniques 22
 - A) *La co-utilisation de l'imagerie par résonance magnétique, une expérience réussie..... 23*
 - B) *La radiothérapie, un nouveau champ de co-utilisation possible..... 25*
 - C) *La coopération dans l'exploitation des TEP-Scan, une innovation prometteuse..... 25*
- 2.1.2 Les gains en terme de rémunération dans la réforme du mode de financement des établissements de santé..... 27
 - A) *Coopération autour des mission d'intérêt général 27*
 - B) *Coopération pour la gestion des médicaments onéreux 28*
- 2.1.3 Les gains en terme de visibilité du pôle de référence PACA-Ouest..... 29

2.2 Une organisation de l'offre de soins peut être envisagée dans l'intérêt du patient..... 32

- 2.2.1 Les atouts de la structuration en réseau en termes de qualité et d'équité de l'offre de soins 32
 - A) *Les exigences spécifiques à la prise en charge du cancer 32*
 - B) *Les solutions apportées par le réseau de soins en cancérologie..... 33*
- 2.2.2 L'émergence d'un projet médical commun 36
 - A) *Développement de collaborations médicales 37*
 - B) *Elaboration de programmes communs de développement..... 40*

3 Le pôle de référence en oncologie PACA-Ouest doit-il nécessairement devenir un Groupement de Coopération Sanitaire ? : Modalités d'une nouvelle alliance44

3.1 La voie conventionnelles pour organiser le pôle de référence en oncologie 44

3.1.1 L'organisation amorcée dans la convention constitutive du pôle de référence 44

A) *Les engagements pris dans la convention..... 45*

B) *La structuration progressive du pôle de référence 47*

3.1.2 Le rapprochement des réseaux de cancérologie : une étape symbolique forte 51

A) *Les enjeux de la démarche de rapprochement des réseaux..... 51*

B) *L'implication des directeurs comme moyen de passer un cap..... 53*

3.2 La voie institutionnelle pour pérenniser la coopération..... 54

3.2.1 De la nécessité d'aller plus loin dans la formalisation du pôle de référence en oncologie PACA-Ouest..... 55

A) *Les limites de la formule conventionnelle 55*

B) *La pression politique, une donnée incontournable 57*

3.2.2 ...Au choix du GCS comme outil juridique de la coopération..... 59

A) *Une riche palette de formules juridiques 59*

B) *Les avantages du Groupement de Coopération Sanitaire 61*

C) *Les contours du Groupement de Coopération Sanitaire Pôle de référence en oncologie PACA-Ouest..... 63*

conclusion69

Bibliographie71

Liste des annexes I

Liste des sigles utilisés

AP-HM : Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
CHU : Centre hospitalier universitaire
CLCC : Centre de lutte contre le cancer
CME : Commission Médicale d'Etablissement
DRASS : Direction régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRESS : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
FNCCHU : Fédération nationale de la cancérologie des CHU
FNCLCC : Fédération nationale des Centres de lutte contre le cancer
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
GIE : Groupement d'Intérêt Economique
GIP : Groupement d'Intérêt Public
ICM : indice comparatif de mortalité
IPC : Institut Paoli-Calmettes
IRM : Imagerie par résonance magnétique
MIGAC : Mission d'Intérêt Général et aide à la Contratualisation
ONCOReP : Réseau Partage d'Oncologie PACA Corse
ORS : Observatoire régional de la Santé
PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur
SIH : Syndicat Interhospitalier
R2C : Réseau Convergence Cancer
T2A : Tarification à l'Activité
TEP-Scan : Tomographe à Emission de Positrons
URCAM : Union Régionale des Caisses d'assurance maladie

Ce n'est pas parce que c'est difficile que l'on n'ose pas,
C'est parce que l'on n'ose pas que c'est difficile.

Sénèque

INTRODUCTION

L'annonce du plan cancer, dans les salons de l'Elysée, devant un parterre de représentants de la lutte contre cette maladie, a donné le ton : « Le cancer, c'est la vie menacée, c'est le destin qui frappe. Ce sont des priorités que l'on relativise et des espérances qui s'éloignent. C'est la peur pour soi. C'est la peur pour ceux que l'on aime ». Le cancer allait mobiliser la Nation, le Président de la République s'y engageait personnellement. Pour certains, ces déclarations avaient plutôt un ton de redite : en 2000, Dominique Gillot, Secrétaire d'Etat à la Santé et à l'Action sociale avait déjà lancé un plan cancer 2000-2005.

Il est pourtant apparu rapidement que la mobilisation était effectivement sans précédent. Les services de l'Etat se sont mis en ordre de bataille avec la création d'une mission interministérielle pour la lutte contre le cancer (MILC). Le plan de mobilisation nationale s'est traduit par un programme stratégique pour les années 2003 à 2007. Pour la première fois, une politique de santé publique française couvrait tout le continuum de prise en charge d'un malade atteint du cancer, de la prévention aux soins palliatifs en passant par les soins hospitaliers les plus pointus.

Le plan cancer comporte ainsi six chapitres opérationnels et prioritaires – prévenir, dépister, soigner, accompagner, enseigner, comprendre et découvrir – pour un objectif ambitieux, diminuer la mortalité par cancer de 20 % d'ici 2007. Au total, le plan contient 70 mesures opérationnelles assorties d'un calendrier de mise en œuvre et d'objectifs précis. Les moyens financiers dédiés à ce plan sont conséquents, 640 millions d'euros au total, dont 100 millions dès 2003. Non sans rappeler la « lutte finale » lancée par Richard Nixon en 1968 pour éradiquer la maladie, le Président de la République s'est emparé de ce problème de santé publique majeur pour en faire l'un des principaux chantiers de son mandat ; un dispositif ambitieux a donc été mis en place et le système de santé est mis sous objectifs¹.

Les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) sont impliqués au premier chef dans la mise en œuvre du chapitre soins du plan cancer. L'objectif affiché est de «mettre en place les conditions d'une coordination systématique des acteurs de soins – à l'hôpital et en ville -, par la généralisation des réseaux de cancérologie, et par une régulation

¹ Selon l'esprit de la loi 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

graduée des structures de soins ». Pour ce faire, la mesure n°30 du plan prévoit qu'un pôle régional de cancérologie sera constitué dans chaque région d'ici 2004. Il assurera la coordination entre les établissements hautement spécialisés en cancérologie (Centres de lutte contre le cancer, CHU et établissements de même niveau de technicité et de mission) grâce à une mise en cohérence des stratégies médicales. Plus qu'une coopération « économie d'échelle », il s'agit finalement d'organiser une véritable filière de prise en charge des patients garantissant une équité dans l'accès à des soins de qualité.

Le plan cancer lance ici une dynamique sans précédent. La volonté politique affichée, le coup de projecteur donné à la cancérologie et surtout les financements associés, incitent les organisations d'excellence traitant du cancer à se coordonner pour mettre en œuvre les mesures du plan. D'autant que des critères d'agrément pour la pratique de la cancérologie doivent être élaborés par l'Institut National du Cancer². Pour être reconnus et agréés, les établissements devront être en mesure d'offrir une prise en charge globale du patient, ce qui pousse à des coopérations sanitaires. Aussi large que puisse être la palette de prise en charge proposée à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille (AP-HM), celle-ci doit se coordonner avec le CLCC voisin pour satisfaire un tel critère. Outre ces directives des pouvoirs publics, il apparaît finalement difficile pour un établissement ayant une activité importante en cancérologie de passer à côté du plan cancer et des opportunités qu'il offre.

C'est pourquoi, les fédérations nationales représentant les Centres de lutte et les hôpitaux universitaires ont finalisé le 2 septembre 2004 un accord-cadre national³. Ce dernier propose une stratégie de rapprochement CHU/CLCC afin de répondre aux défis du plan cancer : ils devront créer entre eux un Groupement de Coopération Sanitaire pour former le socle du pôle de référence en oncologie. Non seulement le principe, mais aussi la forme juridique de la coopération tend finalement à s'imposer à l'AP-HM et à l'IPC.

La coexistence à Marseille d'un CHU, l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, et d'un Centre de lutte contre le cancer (CLCC), l'Institut Paoli-Calmettes plaide pour la constitution entre eux d'un pôle de référence en cancérologie. Ils exercent tout deux des missions de référence et de recours, ils entretiennent en outre des relations de coopération de longue date. De fait, l'activité de cancérologie à l'AP-HM est dispersée en spécialités d'organes dont certaines sont des pôles d'excellence, mais qui souffrent d'un déficit de visibilité. Tandis que l'IPC propose une prise en charge transversale du patient

² Mesure n° 36 du plan cancer.

³ Accord cadre FNCLCC –FNCCHU *relatif à la constitution des Groupement de Coopération Sanitaire associant CHU et CLCC dans le domaine de la cancérologie.*

cancéreux, sans toujours atteindre une taille critique suffisante. Le pôle de référence serait l'occasion d'établir un lien opérationnel entre ces deux approches de l'oncologie.

Leur zone d'influence s'étend sur un territoire de santé couvrant tout l'ouest de la région PACA. Le CHU et le centre Antoine Lacassagne de Nice constituent quant à eux le pôle de référence pour PACA-Est. Ces rapprochements CHU-CLCC s'inscrivent ainsi clairement dans le plan national, mais aussi dans le Schéma Régional d'Organisation des Soins Provence Alpes-Côte d'Azur (SROS PACA)⁴.

Même si la contrainte des pouvoirs publics est forte, il n'en reste pas moins qu'une démarche de coopération public-privé n'a de chance d'aboutir que si elle « colle » à la réalité du terrain. « La complémentarité ne se décrète pas, elle est le fruit d'une réflexion stratégique entre les décideurs doivent y trouver leurs comptes respectifs. » avertit Jean-Marie Clément⁵. Les établissements doivent pouvoir s'approprier le projet, élaborer une stratégie coordonnée et formaliser les termes de leur accord. L'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille et l'Institut Paoli-Calmettes (IPC) semblent poursuivre des objectifs en partie identiques, il faut toutefois qu'ils déterminent ceux qu'ils entendent précisément réaliser en commun.

La problématique du Directeur d'hôpital est donc de passer d'un simple opportunisme politique à la formalisation d'une véritable communauté d'intérêt avec le partenaire privé, de dépasser les rivalités culturelles pour créer une synergie dans l'offre de soins. Le présent mémoire se propose, dans une optique professionnelle, de procéder à l'analyse du contexte et des stratégies envisageables pour la structuration du pôle de référence PACA-Ouest. Il s'agit de voir comment deux établissements, l'un public et généraliste, l'autre privé et spécialisé, parviennent à s'approprier le projet du gouvernement pour en tirer une organisation viable et adaptée à la situation locale. Parmi les modalités de ce nouveau partenariat, la formule du Groupement de Coopération Sanitaire ne peut être envisagée que comme un outil juridique à la disposition des promoteurs du pôle de référence, non comme une solution a priori.

On démontrera en outre que la mise en place du pôle référence en cancérologie donne la capacité à l'hôpital d'être acteur de santé publique sur son territoire de santé. Il propose

⁴ L'annexe opposable « cancérologie » de février 2001 recommande qu'à Marseille et à Nice, le CRLCC et le CHU passent convention afin de constituer un pôle hospitalo-universitaire de référence.

⁵ J.-M. CLÉMENT, *Réflexions pour l'hôpital : proximité, coopération, pouvoirs*, Paris : les Etudes hospitalières, collection « Ouvrages généraux », 2004, 2^e édition.

en effet une structuration de la prise en charge globale et coordonnée du patient cancéreux.

De l'analyse de l'environnement et les acteurs en présence se dégagent les éléments d'une stratégie concertée de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille et de l'Institut Paoli-Calmettes. C'est à partir de la stratégie définie que seront envisagées les modalités concrètes de mise en place du pôle de référence en cancérologie en PACA-Ouest.

1 L'ASSISTANCE PUBLIQUE-HOPITAUX DE MARSEILLE ET L'INSTITUT PAOLI-CALMETTES ONT VOCATION A JOUER UN ROLE DE LEADER DANS LA CANCEROLOGIE REGIONALE, MAIS DES LOGIQUES D'ACTION PROPRES FREINENT LA COOPERATION

1.1 Les deux institutions exercent un leadership régional dans le domaine de la cancérologie

La cancérologie en région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) se caractérise par une offre de soins éparpillée qui ne satisfait pas complètement un besoin croissant. Dans ce contexte, l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille (AP-HM) et l'Institut Paoli-Calmettes (IPC), se posent clairement en site de référence.

1.1.1 La situation de la cancérologie en région PACA: besoins de soins croissants, offre de soins en cours

A) Des besoins de soins croissants

L'évaluation des besoins de santé, aussi délicate soit-elle, sert de base à la démarche de planification sanitaire. Ainsi, les schémas régionaux d'organisation sanitaire définissent des objectifs quantifiés de l'offre de soins après analyse de l'adéquation de l'offre existante aux besoins de santé de la population⁶. Or, le besoin de santé, en tant qu'écart entre un état de santé constaté et un état de santé souhaité, est un concept très large. Il

⁶ Ordonnance n°2003-850 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou des services sociaux ou médicaux-sociaux soumis à autorisation modifiant l'article L. 6121-1 du Code de la Santé Publique.

est difficile à appréhender dans une optique d'aide à la décision publique⁷. Pour évaluer les besoins réels de la population, il faut pouvoir appréhender ce que peut être la demande de soins. Les indicateurs considérés comme pertinents par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins parmi les données sanitaires disponibles sont au premier chef la mortalité générale, l'incidence, l'indice comparatif de mortalité, la morbidité⁸.

Les cancers touchent chaque année en région PACA 21 500 nouvelles personnes et causent 12 000 décès. Il y existe une surmortalité régionale de l'ordre de 7 %. Les analyses de l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) PACA expliquent cette situation par la forte proportion de personnes âgées et soulignent l'importance des facteurs socio-économiques dans la mortalité par cancer.

Lorsque l'on compare les données régionales des ORS, un certain nombre de particularismes régionaux apparaissent. La synthèse réalisée en juin 2004 par la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé⁹, vise précisément à évaluer les besoins de santé dans le cadre de la préparation des schémas régionaux d'organisation sanitaires de troisième génération. Elle présente les indices comparatifs de mortalité (ICM)¹⁰ des régions françaises par cause de décès sur la période 1998 - 2000. Il apparaît que lorsque les effets de la structure par âges sont corrigés, la mortalité en région PACA est légèrement inférieure à la moyenne nationale globalement sur l'ensemble des cancers avec un ICM de 94. La région est en revanche relativement plus touchée par les cancers de la trachée, des bronches et du poumon, les mélanomes et les tumeurs de la plèvre. Pour ce qui est des cancers du sein et ceux de la prostate, ils expliquent à eux seuls la majeure partie des incidences observées ces vingt dernières années¹¹. La région subit relativement moins de décès avec respectivement un ICM de 93 pour le cancer du sein et de 81 pour le cancer de la prostate.

⁷ C. CASES, D. BAUBEAU. *Peut-on quantifier les besoins de santé ?* Paris : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, 2003

⁸ DHOS, *Revue des méthodes d'évaluation des besoins de santé*, mai 2004.

⁹ Fédération nationale des Observatoires régionaux de santé, *Comparaison des causes de mortalité dans les régions de France*, juin 2004

¹⁰ Indice comparatif de mortalité : permet de comparer la situation des régions en éliminant les effets de la structure par âge. L'ICM est le rapport en base 100 du nombre de décès observés au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge dans chaque région avaient été identiques aux taux nationaux.

¹¹ DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES, *Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2003*, Paris : Documentation française, 2003. 339 p.

Toutefois, l'évolution démographique de la région laisse présager une dégradation de la situation du cancer. La population de Provence-Alpes-Côte d'Azur pourrait compter, d'ici 30 ans, entre 5 000 000 et 5 200 000 habitants, soit une augmentation de 10 à 15 % de la démographie régionale. En 2030, environ 34 % des habitants auront au moins 60 ans contre 23 % aujourd'hui¹². Or, le risque de cancer augmente avec l'âge, 71 % des décès par tumeurs surviennent chez les personnes âgées de 65 ans ou plus. Le vieillissement de la population dans la région est donc un facteur important de l'évolution du besoin de soins. D'autant plus que la prise en charge cancérologique des personnes âgées est souvent moins bien codifiée que celle des plus jeunes.

B) Un recours à l'hospitalisation élevé

La prise en charge des patients cancéreux en France est majoritairement effectuée dans les établissements de santé ; en PACA, cette pratique semble particulièrement développée. Il ressort en effet de l'exploitation des données de la base PMSI produite par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DRESS), des différences entre régions de fréquence des séjours hospitaliers. Certes, il faut tenir compte de pratiques hétérogènes de codage, mais des particularismes locaux ont bien été mis en lumière dans une étude des diagnostics principaux d'hospitalisation en médecine-chirurgie-obstétrique menées sur les années 1998 et 1999¹³. Les indices comparatifs d'hospitalisation (ICH) permettent notamment de comparer la fréquence des séjours hospitaliers entre territoires, en éliminant les effets liés aux différences de structure par âge.

Le diagnostic de tumeurs a ainsi représenté 111 297 séjours hospitaliers dans la région PACA en 1999. Par comparaison aux autres régions, le recours à l'hospitalisation est plus fréquent en Provence-Alpes-Côte d'Azur : avec un indice comparatif d'hospitalisation de 114, elle se place en troisième position après la Corse (ICH de 140) et l'Île-de-France (ICH de 115). Plus précisément, quatre types de tumeurs font l'objet d'une hospitalisation relativement plus fréquente que dans les autres régions : le cancer du côlon-rectum, les cancers de la trachée, des bronches et des poumons, le cancer du sein et celui du col de l'utérus. On peut remarquer que ces deux dernières localisations se caractérisent, sur le plan épidémiologique, par une mortalité globalement plus faible et avec une durée de

¹² INSEE, *Recensement de la population 1999*, modèle de projection Omphale.

¹³ DREES, *Comparaison des diagnostics principaux d'hospitalisation en service médecine-chirurgie-obstétrique dans les régions de France (1999)*, juin 2004

survie importante dans la région¹⁴. Elles se classent donc parmi les maladies chroniques, avec les conséquences en termes de prise en charge dans la durée que cela implique. Ainsi, les caractéristiques régionales en termes d'hospitalisation des patients cancéreux font apparaître une demande de soins hospitaliers particulièrement importante.

Ainsi le besoin réel de santé de la population est a priori difficilement évaluable scientifiquement, un faisceau d'indices permet toutefois de mettre en évidence les caractéristiques de la demande de soins. Au-delà de la sur-mortalité observée actuellement dans la région, une augmentation prévisible de la fréquence des cancers et un recours à l'hospitalisation relativement supérieur à la moyenne indiquent une croissance à venir de la consommation de soins en cancérologie. Face à ces constats, l'offre régionale tente de s'organiser.

C) Une offre de soins en cours d'organisation

Le paysage sanitaire en cancérologie se caractérise par un éparpillement de la prise en charge dans un grand nombre d'établissements plus ou moins spécialisés. Une étude menée par Laurent BORELLA et Bernard GARRIGUES sur la prise en charge hospitalière du cancer en France en 1999¹⁵, dresse un état des lieux de la répartition de la prise en charge des patients cancéreux entre les structures hospitalières :

Structures de soins	Séjours (pourcentage de RSA produits)	Activité (Pourcentage d'ISA produits)
Centres hospitaliers	18.5 %	24.3 %
Centres hospitaliers universitaires	18 %	25.7 %
Centres de lutte contre le cancer	16.6 %	10 %
Etablissements PSPH	2.7 %	5.6 %
Etablissements privés	44 %	34 %

L'exploitation de la Base RSA Nationale 1999 pour en tirer une base cancer et de la Statistique Annuelle des Etablissements 1999, fait ainsi ressortir la prééminence des

¹⁴ REMONNET L. *et alii*. *Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000*, Institut national de Veille sanitaire, 2003.

¹⁵ L. BORELLA, B. GARRIGUES. *La prise en charge hospitalière du cancer en France en 1999*. Bulletin du Cancer, 2002, n° 89, p. 809-821.

établissements privés dans le domaine de la cancérologie. CHU et CLCC s'équilibrent à peu près en termes de séjours, mais les CHU en retirent une activité supérieure.

En région PACA, les services de référence et les plateaux techniques lourds se trouvent dans les deux centres de lutte contre le cancer (CLCC) et les deux centres hospitaliers universitaires (CHU) de la région, à Marseille et à Nice. En référence à la circulaire n°98-213 du 24 mars 1998 *relative à l'organisation des soins en cancérologie dans les établissements d'hospitalisation publics et privés*, l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) a cherché à identifier une gradation dans les structures de soins entre sites de référence en cancérologie, sites orientés vers la cancérologie et moyens de proximité. Une nuance a été introduite entre sites spécialisés en cancérologie et sites compétents en oncologie médicale et/ou en chirurgie carcinologique. Ces derniers, sans disposer d'un plateau technique complet, souhaitent, compte-tenu de l'importance de leur activité, être tout de même reconnus pour leur compétence en oncologie.

L'ARH ajoute ainsi un degré supplémentaire dans la nomenclature ministérielle, mais sans pour autant citer clairement les établissements concernés par cette reconnaissance. Huit zones géographiques sont censées avoir chacune un site spécialisé en cancérologie afin de répartir harmonieusement l'offre sur le territoire de la région (la ville de Marseille compte à elle seule deux zones et donc deux sites). Seuls les quatre sites de référence ont pu être identifiés sans ambiguïté.

Le Rapport de la Cour des Comptes sur la Sécurité Sociale 2003, dans son chapitre sur la prise en charge du cancer, relève cet état de fait : « En région Provence-Alpes-Côte d'Azur, le nombre et la localisation de sites de chaque niveau ont été arrêtés, sans que le nom d'aucun établissement soit formellement accolé aux étiquettes ainsi définies. ». La définition de ces trois niveaux de prise en charge hospitalière se heurte au rejet d'une hiérarchie implicite qu'elle traduit. Ainsi, en-dehors de quatre établissements-phare, le reste des structures de soins assure une activité plus ou moins importante et spécialisée en cancérologie, sans que celle-ci soit officiellement reconnue.

Cette dispersion dans l'administration des soins a pour conséquence des volumes d'activité par établissement relativement faibles. Or, il est démontré, en particulier pour certains actes de chirurgie (ablation de la prostate, du sein, du côlon) qu'ils sont corrélés à un moins bon pronostic. Ainsi, moins de quinze ablations du sein sont effectuées par an dans la moitié des établissements qui en pratiquent en France. Une étude concernant la chimiothérapie en région PACA fait quant à elle état de la persistance dans certains secteurs d'une dispersion importante de l'offre de soins avec plusieurs centres de

capacité modeste (parfois seulement 2 à 3 places). Ceci nuit à l'organisation des soins en rendant difficile, voire impossible, une permanence médicale qualifiée. L'analyse de l'offre de soins existante est donc gênée par la difficulté à définir la répartition des sites de cancérologie selon leur rôle dans la prise en charge des patients.

1.1.2 L'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille et l'Institut Paoli-Calmette ont une même vocation de site de référence en cancérologie

L'IPC et l'AP-HM ont tout deux, mais chacun à sa manière, vocation à exercer un rôle de leader dans la cancérologie régionale, ce qui les conduit à entretenir des liens étroits¹⁶.

A) Des statuts différents pour une activité de pointe

En tant que centre de lutte contre le cancer, l'Institut Paoli-Calmettes est un établissement de santé privé participant au service public hospitalier, tandis que l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille est un établissement public de santé chargé d'une mission hospitalo-universitaire.

L'organisation juridique de l'IPC est régie par les articles L. 6162-1 et suivants du code de la santé publique. Sa participation au service public lui impose des obligations et un mode de financement identiques aux établissements hospitaliers publics. Les praticiens qui y exercent renoncent à toute activité libérale. Il est expressément chargé par la loi¹⁷ d'une mission de soins, de recherche et de surveillance post-thérapeutique du cancer. L'objectif poursuivi a été de créer, à l'image de la chirurgie de guerre, un système organisé et intégré de lutte contre le cancer, en cherchant la pluridisciplinarité et en regroupant en un seul lieu différents spécialistes (notamment des spécialistes d'organes, des chirurgiens, des radiothérapeutes, ...). Dirigé par un médecin qui se positionne en quelque sorte comme un chef de service, la prise en charge des patients se veut la plus fluide possible.

Selon son rapport d'activité 2003, l'Institut Paoli-Calmettes dispose d'une capacité de 207 lits d'hospitalisation à temps plein, de 55 places d'hôpital de jour (médical et chirurgical) et de 20 places d'hospitalisation à domicile. Avec 16 600 patients traités en 2002 provenant pour 32 % de Marseille, 26 % des Bouches-du-Rhône hors Marseille et 42 % d'autres

¹⁶ P. MICHARD, M. BONNET, *L'exemple du pôle de référence en oncologie PACA Ouest*, Gestions Hospitalière, mai 2004, n° 436, p.345-350.

¹⁷ Ordonnance du 1^{er} octobre 1945 créant le statut des CLCC.

départements PACA et Corse, il draine une activité importante : 63 800 journées, 21 300 séances et 42 600 consultations. Les principales pathologies traitées sont les cancers hématologiques, digestifs, mammaires et gynécologiques. Pour ces activités, il dispose d'une large palette de moyens diagnostiques et thérapeutiques.

La recherche y est particulièrement dynamique. L'IPC a en effet spécifiquement développé un campus de chercheurs, ce qui favorise le transfert d'activités de recherche vers la prise en charge clinique. Il héberge ainsi trois unités INSERM, des laboratoires de transfert, deux entreprises de biotechnologie et de bio-informatique. Cette politique d'excellence dans la recherche constitue un véritable atout pour l'IPC.

Quant à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, c'est un centre hospitalier universitaire multi-sites comprenant quatre hôpitaux d'adultes et un hôpital d'enfants¹⁸ qui prennent en charge de façon globale les cancers. D'après ses données PMSI, elle comprend 3615 lits et places dont 420 lits dédiés à la cancérologie (400 lits en cancérologie d'adultes et 20 lits en cancérologie pédiatrique). La file active en 2002 représentait 10 000 patients, 17 000 séjours en hospitalisation complète et 27 000 séances en ambulatoire. L'origine géographique des patients est marseillaise à 40 %, des Bouches-du-Rhône à 28 % et du reste de la région (PACA-Corse) à 32 %. La prise en charge des pathologies cancéreuses représente une part importante de l'activité du CHU : 15 % de l'activité d'hospitalisation adulte, 10 % de celle des enfants.

L'ensemble de la filière de soins est développé, du dépistage aux chimiothérapies et radiothérapies, en passant par la prise en charge de la douleur et les soins palliatifs. La recherche bénéficie des liens forts existants avec la faculté de médecine-université de la Méditerranée¹⁹, une des missions de la Faculté est d'assurer, en collaboration avec l'administration hospitalière, la plus haute qualité de soins aux malades admis dans les hôpitaux qui lui sont rattachés, l'enseignement et la recherche en cancérologie en sont les moyens. Les équipes de recherche, principalement basées sur le site de la Faculté Nord, collaborent étroitement avec les équipes cliniques. Ces professionnels de santé s'appuient sur des structures d'avenir comme la tumorotheque labellisée et le centre

¹⁸ Aux hôpitaux Nord et Sud s'ajoutent l'hôpital de la Conception et celui de la Timone qui forment le secteur centre. Le site de la Timone regroupe un hôpital d'adultes et un hôpital d'enfants.

¹⁹ Ordonnance du 30 décembre 1958 : la faculté est partie intégrante du Centre Hospitalier et Universitaire en application de la convention conclue entre les deux institutions.

d'investigation clinique ainsi que sur un plateau technique de pointe doté notamment d'un Gamma-Unit (deux en France) et d'un tomographe à émission de positron (TEP-Scan)²⁰.

L'une des principales caractéristiques de la cancérologie au sein de l'AP-HM est l'association d'une cancérologie générale, menée par des oncologues, et d'une cancérologie médicale d'organes, menée par des spécialistes compétents en oncologie et des chirurgiens spécialisés dans le cancer. L'oncologie pédiatrique est une autre spécificité de l'AP-HM. Elle fait figure de pôle d'excellence tant sur le plan de la prise en charge des tumeurs solides que sur celui des hémopathies. La prise en charge du cancer est ainsi un des axes du plan stratégique et une composante importante de son projet médical.

Ainsi, CHU et CLCC ont vocation à être :

- hospitaliers et universitaires : missions de soins, d'enseignement et de recherches,
- des références régionales : 32 CHU et 20 CLCC en France.

Leurs spécificités fondent la richesse de l'offre de soins en PACA.

B) Des partenaires incontournables

Comme la plupart des autres centres de lutte contre le cancer, l'IPC est historiquement issu du CHU voisin. Créé en 1925 au sein de l'Hôtel-Dieu, il a acquis son autonomie juridique et financière en 1945, mais il aura fallu attendre 1969 pour le voir obtenir son indépendance totale dans des locaux distincts de ceux de l'AP-HM et lui appartenant en propre.

Depuis que l'IPC existe en tant qu'établissement autonome, il entretient des relations avec son voisin le CHU. Ces liens de proximité en font des partenaires incontournables dans la prise en charge hospitalo-universitaire du cancer.

C'est précisément en 1969, alors que l'IPC prend possession de ses locaux, qu'est signé le premier acte formalisé de collaboration entre les deux jeunes institutions. Pris en

²⁰ Association d'un scanner avec découpage anatomiques en trois dimensions et d'un TEP permettant de visualiser l'activité anormale des cellules au moyen d'un marqueur spécifique, le Fluoro Deoxy Glucose qui se fixe naturellement sur les transporteurs de sucre produits en masse par les cellules malades. En combinant les deux images, fonctionnelle et anatomique, on obtient une image précise de la localisation d'une tumeur.

application de l'ordonnance de 1958, il officialise la participation de l'IPC à l'hébergement de services hospitalo-universitaires. Il fut donc également signé par le Doyen de la Faculté de médecine. Elle demeure le fondement de la valence universitaire de l'IPC. C'est ainsi qu'actuellement un nombre important de Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers et de Maîtres de Conférence des Universités-Praticiens Hospitaliers figure au sein de l'effectif médical de l'Institut.

La signature du premier accord-cadre de coopération date de 1991. Il marque la volonté des deux chefs d'établissement d'instaurer une synergie dans le développement des deux structures. L'objectif visé était à la fois de favoriser la mise en commun de moyens humains ou techniques et de réfléchir sur certaines problématiques communes : le cancer certes, mais aussi le sida, la chirurgie lourde, les innovations. En pratique, des protocoles d'application sont venus préciser l'accord-cadre. Ils ont permis d'organiser l'échange de personnels médicaux, un accès réciproque aux plateaux techniques. Sur le plan médical, la collaboration a trouvé des traductions concrètes dans la lutte commune contre le sida sur le secteur sud de Marseille et la prise en charge organisée des néoplasies hématologiques (adultes à l'IPC et pédiatriques à l'AP-HM).

Une nouvelle convention de coopération signée en 1996 et mise à jour en 2000 vient approfondir l'accord-cadre de 1991. Les deux établissements réaffirment leur volonté commune de définir et de développer ensemble toutes démarches susceptibles :

- de parvenir à une meilleure harmonisation de leurs activités et missions respectives ;
- de favoriser des actions thématiques conjointes ;
- de coordonner leurs efforts pour parvenir à l'optimisation de leurs moyens matériels, financiers et humains.

L'accord ébauchait ainsi une organisation de la lutte contre le cancer en région PACA en établissant un partage de leurs compétences hospitalo-universitaires. Ce dernier s'est fait sur la base d'une reconnaissance, par pathologie, des domaines d'excellence de chacun et d'une volonté d'éviter les redondances de prise en charge. En outre, il précisait un certain nombre de coopérations médico-techniques dans les domaines de la biologie, des endoscopies et de la radiothérapie, mais aussi des rapprochements en matière de recherche et de logistique hospitalière.

La collaboration ancienne entre l'Institut Paoli-Calmettes et l'Assistance Publique de Marseille est la traduction concrète de leur rôle partagé de pôle de référence dans la secteur de la cancérologie régionale.

1.2 Les freins à la coopération sont dus à des logiques d'actions propres aux deux établissements

La situation de l'Institut Paoli-Calmettes et de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille dans le secteur de la cancérologie régionale est aussi le résultat de la politique de santé menée en France. Il a fallu attendre vingt ans pour que la suppression des conflits et doublons entre établissements intervenant dans la lutte contre le cancer devienne une priorité. Ce n'est qu'avec la réforme hospitalière de 1991 et surtout les ordonnances de 1996 que les pouvoirs publics ont développé des incitations fortes à la coopération centrée sur le malade. Si les deux institutions ont été naturellement amenées à coopérer, c'est sur leur initiative propre. Le champ des collaborations était donc circonscrit aux domaines où il y avait unanimité pour agir de concert. Lorsque la pression des pouvoirs publics s'est accrue, invitant de manière récurrente à la coopération CHU/CLCC²¹, les points de friction sont apparus : ils sont d'ordre pratique, et surtout politique.

1.2.1 Les obstacles pratiques à la coopération

Même si cela peut avoir un caractère anecdotique, on peut préciser que les bâtiments de l'IPC se situent au sud de Marseille tandis que les principaux services ayant une activité en cancérologie se trouvent dans les secteurs centre et nord de Marseille. La configuration géographique ne peut pas être mise en avant pour développer des actions complémentaires, dans le domaine de la logistique par exemple, comme cela a pu être le cas à Nantes où CHU et CLCC sont implantés sur un site commun.

Sur le plan médical, les deux établissements ont du mal à accorder leurs politiques. La tentation de la concurrence tant dans l'offre de soins que dans les acquisitions d'équipements lourds n'est jamais très loin.

²¹ Circulaire n°93-013 du 13 octobre 1993 relative à la complémentarité des CHU et des CLCC dans le domaine de la cancérologie, circulaire n°98-188 du 24 mars 1998 relative à l'organisation des soins en cancérologie dans les établissements d'hospitalisation publics et privés, rapport d'information au Sénat de M. OUDIN sur le financement et l'organisation de la politique de lutte contre le cancer de 1998.

A) Une offre de soins partiellement en concurrence

Malgré les actes réitérés de coopération formelle, les équipes médicales maintiennent leurs activités, au risque de créer des doublons. Ainsi, l'organisation de la prise en charge des cancers hématologiques repose en principe sur une répartition claire : à l'IPC, le traitement des hémopathies chez l'adulte, à l'AP-HM, celui des hémopathies chez l'enfant. Pourtant, cette dernière continue d'avoir une activité d'hématologie adulte : 1 112 séjours en 2002 et 545 chimiothérapies ; activité certes résiduelle par rapport à celle de l'IPC (2 900 cancers pris en charge en 2002). Elle relève apparemment d'une prise en charge de proximité, mais contredit les termes de la coopération.

Inversement, la chirurgie de la prostate, arme principale dans le traitement de ce type de tumeurs, est reconnue comme une prérogative de l'AP-HM. Pourtant l'IPC pratique des ablations de la prostate. Il ne réalise là aussi qu'un petit nombre chaque année au regard de l'activité de l'AP-HM, mais il ne respecte pas les termes de l'accord signé entre les deux partenaires.

Ces exemples sont moins la traduction d'un refus de coopérer que la persistance d'une volonté d'autonomie des corps médicaux des deux institutions. Ces derniers résistent en effet à la réorganisation interne qu'impose la coopération. Celle-ci implique une évolution de la répartition des pouvoirs, la redéfinition des zones d'influence. La contre-partie de la coopération est une certaine perte d'autonomie dans l'organisation des activités médicales, chacun des partenaires acquiert un droit de regard sur certaines activités de l'autre. Les médecins craignent donc une remise en cause de leur chefferie de service ou des compétences qu'ils revendiquent. Néanmoins, ces résistances ne remettent pas en cause la qualité de la prise en charge des patients entre les deux établissements : chaque fois que le cas d'un patient se révèle complexe, il est orienté vers le professionnel le plus compétent pour le traiter quel que soit l'établissement où il exerce.

En outre, l'AP-HM et l'IPC proposent des activités-miroirs. Il s'agit des disciplines de cancérologie gynécologique et digestive pour lesquelles les deux établissements offrent toute la palette de diagnostic, de traitement et de suivi des patients.

Or, dans les deux établissements, elles représentent une part importante de l'activité en cancérologie. A l'AP-HM, l'oncologie gynécologique et mammaire (or, chimio ou radiothérapie) représente, en 2003, 1 497 séjours ; l'oncologie digestive correspond à 2 808 séjours. A l'IPC, la file active est de 4 213 patients atteints de cancers du sein ou des organes génitaux et 1 858 patients atteints de cancers du tube digestif.

Bien que le besoin de soins soit élevé pour ces deux localisations (cf. supra), que les volumes d'activité nécessitent que les deux établissements proposent une prise en charge complète, ces deux disciplines suscitent des frictions, voire des rivalités. Les services pratiquent de fait la même activité, ils sont donc en mesure de se comparer et, éventuellement, de se critiquer. Le projet de coopération vient finalement bousculer les certitudes en induisant une remise en cause du travail accompli. Le fait de vouloir faire travailler différemment est vécu comme un désaveu de la qualité de l'organisation en place. L'enjeu soulevé par l'incidence forte de ces cancers dans la population pousse chaque établissement à se surpasser, à surpasser le voisin, et ce dans une logique de concurrence. Cette dernière peut être un stimulant dans la recherche d'une prise en charge optimale, mais il peut aussi être un frein lorsqu'il s'agit d'écraser l'offre de son concurrent.

En tout état de cause, l'existence même d'activités-miroirs dans les deux établissements n'apparaît pas comme un élément favorable à la coopération. Ainsi, dans ses *Réflexions pour l'hôpital*, Jean-Marie Clément écrit : « la complémentarité suppose que les établissements, situés dans une aire géographique commune, présentent des activités différentes et non concurrentielles. »²². Finalement, la proximité de vocation du CHU et du CLCC a un revers, la trop grande proximité de leurs activités pour le développement d'une coopération dans de bonnes conditions. On ajoutera toutefois que le contexte d'une démarche de rapprochement public-privé n'est de toute façon jamais idéal.

B) Des équipements redondants

Dans le domaine des équipements lourds, on peut regretter quelques rendez-vous manqués de la coopération. La gestion en commun d'un plateau technique est souvent l'occasion de nouer un partenariat public-privé. Ce type de coopération « économie d'échelle » permet à deux établissements d'atteindre une taille critique pour être en mesure de postuler à la gestion d'un nouvel équipement et d'amortir les coûts fixes de ces installations onéreuses. Elles paraissent souvent plus faciles à réaliser du fait de leur aspect essentiellement technique et de la rationalité économique qui les guide.

La mesure 44 du plan cancer fixe comme objectif d'augmenter le parc d'appareils de diagnostic et de suivi des cancers (IRM, scanner, TEP). Les pouvoirs publics s'engagent

²² J.-M. CLÉMENT, *Réflexions pour l'hôpital : proximité, coopération, pouvoirs*, Paris : les Etudes hospitalières, collection « Ouvrages généraux », 2004, 2^e édition.

notamment à installer un TEP pour 1 000 000 d'habitants dont au moins un par CLCC et CHU. Face à cette opportunité, l'AP-HM et l'IPC n'ont pas réellement coordonné leur stratégie. Certes, les deux établissements avaient l'envergure nécessaire pour bénéficier tout deux d'une autorisation, mais ils n'ont pas cherché à organiser une acquisition en commun des appareils. Dès la première machine installée au CHU, une convention a bien été signée afin d'organiser des vacations de médecins de l'IPC. Mais, parallèlement, l'acquisition et la gestion de la deuxième machine fait l'objet d'un groupement de coopération sanitaire avec la Générale de santé. L'occasion a ici été manquée de fonder une coopération technique autour d'un équipement de pointe appelé à devenir une référence dans le dépistage précoce des tumeurs. Dans cet exemple, la course à l'innovation entre les deux structures n'est pas le signe d'une collaboration sans équivoque.

Ainsi, des progrès restent à faire pour harmoniser l'organisation des soins et des plateaux techniques. Ces obstacles pratiques freinent le développement de la coopération CHU / CLCC, les obstacles politiques hypothèquent ses chances de réussite.

1.2.2 Les obstacles politiques à la coopération

La coopération entre l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille et l'Institut Paoli-Calmettes n'a de chance d'exister que si les obstacles politiques ou intellectuels sont définitivement levés. Etant donné l'investissement et la persévérance dont il faut faire preuve pour conduire un tel projet, les responsables des deux établissements doivent être convaincus du bien fondé de l'opération. Or, un certain nombre de craintes persistent de part et d'autre.

A) A l'Institut Paoli-Calmettes

En tant que centre de lutte contre le cancer, l'Institut Paoli-Calmettes a bâti son identité sur son rôle de machine de guerre contre la maladie. L'idée énoncée par Claudius Regaud dès la fin de la première guerre mondiale était que pour faire face à ce fléau, il fallait constituer des équipes thérapeutiques solides : « il est évident que le traitement des cancers (et surtout les progrès dans cette branche de la médecine si étroitement solidaire de la recherche scientifique) ne peut pas être l'œuvre de médecins isolés pourvus

seulement de leurs moyens personnels. »²³. Il concevait son projet de centre comme la concentration en une unité de lieu de toutes les compétences et des moyens matériels nécessaires pour organiser une prise en charge pluridisciplinaire et globale des patients.

L'Institut Paoli-Calmettes est aujourd'hui encore le reflet de cette vision : il est structuré en quatre départements de soins transversaux, d'oncologie médicale, hématologique, chirurgicale et de réanimation médico-chirurgicale. Etablissement spécialisé dans la cancérologie, il a acquis une réputation de centre de référence au plan régional, voire national puisque qu'il est reconnu comme l'un des trois principaux centres français avec l'Institut Gustave Roussy à Villejuif et de centre Léon Bérard de Lyon.

Un centre de lutte contre le cancer se conçoit donc comme un appareil de soins cohérent exclusivement dirigé contre le cancer, indépendant des hôpitaux classiques, avec un caractère militant affirmé. Son émergence est totalement indépendante de la réforme des CHU de 1958 et se démarque par son autonomie forte. La jurisprudence du tribunal des conflits²⁴, l'a conforté dans cette position : le juge ne reconnaît la soumission des centres régionaux de lutte contre le cancer qu'à la seule ordonnance de 1945 créant leur statut d'établissement privé. Cet esprit d'indépendance s'explique avant tout par la volonté de préserver sa spécificité dans le dispositif national de lutte contre le cancer.

De fait, la croissance inquiétante des courbes du cancer malgré les moyens alloués à la lutte contre la maladie entraîne une remise en cause du modèle des centres régionaux de lutte contre le cancer. Dès les années 1980, la question des doublons d'activité en cancérologie s'est posée avec le développement concomitant des CLCC et de la cancérologie dans les CHU. On parle depuis de la fin annoncée des centres : leur autonomie ne se justifiant plus, ils auraient vocation à rejoindre le giron des CHU. Leur trop petite taille les empêcherait notamment de concentrer suffisamment de moyens pour organiser une recherche de pointe.

De tels arguments peuvent toutefois être réfutés. Les centres de lutte contre le cancer se sont organisés au plan national au travers de la Fédération Nationale des CLCC (FNCLCC), ce qui leur permet de coordonner leurs politiques, notamment dans le domaine de la recherche. Cette fédération gère tout d'abord la convention collective des 15 000 salariés des centres et joue un rôle de représentation auprès des pouvoirs publics. Mais elle est surtout une structure de coordination des vingt centres, qui mutualise un

²³ In P. DENOIX, *Histoire des centres de lutte contre le cancer*, Fédération Nationale des CLCC, 1991.

²⁴ Tribunal des Conflits, 20 novembre 1961, « centre de lutte contre le cancer Eugène Marquis »

consortium (recherche clinique) et le développement de référentiels en cancérologie. Et, cette dernière mission assure à la fédération et aux centres une reconnaissance des professionnels de la cancérologie qui bénéficient des avancées ainsi réalisées. Les CLCC ont donc su se structurer pour éviter les faiblesses liées à leur éclatement sur le territoire.

Dans ce contexte de controverse autour de la spécificité des CLCC, le rapprochement avec le centre hospitalier et universitaire voisin peut être vécu à l'Institut Paoli-Calmettes comme une nouvelle mise en cause de son organisation. La cancérologie au CHU se caractérisant par une approche par organe, c'est le principe de cancérologie pluridisciplinaire transversale existant à l'Institut qui pourrait être menacé. L'effet taille du troisième CHU de France entre là en ligne de compte : comment ne pas disparaître au sein d'une telle structure ? En construisant un pôle de référence avec l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, l'IPC met tout ce qui fait sa spécificité dans un pot commun, il met en jeu son identité même. On comprend dès lors les enjeux qui sous-tendent la démarche de coopération avec le CHU, un phénomène d'attraction répulsion est à l'œuvre.

B) A l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille

Bien qu'il joue un rôle important dans le diagnostic et la prise en charge des tumeurs, le centre hospitalier et universitaire souffre d'un déficit d'image dans le domaine de la lutte contre le cancer.

Le CHU est en effet souvent le lieu du premier diagnostic : à l'occasion d'une consultation en dermatologie pour un grain beauté douteux, on découvre la présence d'un mélanome. Les établissements spécialisés en cancérologie interviennent alors éventuellement en deuxième rideau. Il est donc important de conserver au sein du CHU des spécialistes d'organes ayant une expertise en oncologie. L'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille a une forte activité d'oncologie d'organe, dispersée dans les différents services cliniques. Il n'existe qu'un seul service hospitalo-universitaire spécifique, le service d'oncologie médicale de la Timone (30 lits et 12 places). Il est actuellement saturé et ne peut assurer à lui seul le développement de l'activité d'oncologie de l'AP-HM. Face à cet éparpillement de la cancérologie, le CHU a du mal à s'organiser.

« Ma priorité en arrivant à l'Assistance Publique a été de fédérer. » affirme Guy Vallet, Directeur Général de l'AP-HM. Conscient de la nécessité stratégique pour un CHU de présenter la palette la plus complète d'offre de soins en cancérologie, il souhaite donner

plus de cohérence à cette discipline, sans pour autant remettre en cause la nécessité de préserver une oncologie d'organes. Le projet médical 2004-2009 introduit une logique de regroupement de disciplines ou de services en pôles d'activité médicale. Le pôle oncologie y bénéficie d'une meilleure visibilité et fait l'objet d'une restructuration globale en vue :

- De fédérer sur le site Centre et sur le site Nord l'activité d'oncologie d'adultes
- D'afficher le caractère hospitalo-universitaire de la thématique cancer
- De affirmer la position de l'AP-HM comme leader régional dans la prise en charge du cancer
- De conforter l'activité spécifique d'oncologie pédiatrique.

L'identification de la cancérologie au sein de l'AP-HM est donc en pleine émergence. Longtemps noyés parmi les autres disciplines, les professionnels qui la pratiquent craignent la confrontation avec l'IPC où toute l'organisation est centrée sur la lutte contre le cancer. Dominique Montaigu, Directrice de l'hôpital St-Luc-St-Joseph à Lyon²⁵ déclare fort justement « dans les grandes villes comme Paris, Lyon ou Marseille, les hôpitaux veulent encore montrer leur besoin d'exister, les résistances sont plutôt intellectuelles. » La structuration de la cancérologie encore récente a désormais un besoin de reconnaissance et de s'affirmer face à l'Institut Paoli-Calmettes.

A cet égard, il est remarquable que les CHU s'organisent aussi au plan national. Issue de la réflexion lancée par la Conférence des présidents de CME de CHU en 1996, la fédération nationale de cancérologie des CHU a été créée officiellement en 1998. Depuis 2001, elle est rattachée à la Fédération hospitalière de France. Elle assure d'une part une mission de coordination au niveau national de l'action des établissements en matière de cancérologie, d'autre part elle les représente auprès des ministères, des organismes de tutelle et des institutions publiques. Cette représentation institutionnelle des CHU dans le domaine de la cancérologie s'inscrit dans la quête de reconnaissance décrite plus haut.

Par ailleurs, certains s'inquiètent d'une éventuelle privatisation de l'hôpital. Dans le domaine de la recherche par exemple, l'IPC mène une politique particulièrement performante, il développe pour cela de nombreux partenariats avec l'industrie privée. Il héberge notamment deux entreprises de biotechnologie et de bio-informatique. En 2003, il a mené 32 essais cliniques en collaboration avec un promoteur industriel sur 114 au total. A l'AP-HM, la recherche se fait essentiellement sur des fonds publics selon une politique de santé publique. La crainte sous-jacente des praticiens de l'Assistance Publique est de voir la pression des industriels réorienter la recherche vers les domaines

²⁵In Décision santé n° 193, mars 2003 : *Public-Privé : concurrence ou synergie ?*

les plus porteurs en termes économiques, au détriment de projets de recherche moins immédiatement rentables.

A cet égard, la publication par la DHOS de la circulaire du 22 juillet 2004 *relative à un appel à projets en vue du renforcement des personnels de recherche clinique en cancérologie* marque la volonté des pouvoirs publics de structurer la recherche clinique au sein des établissements de santé. La circulaire préconise que les CHU et les CLCC situés dans une même ville envisagent la création d'une unité commune ou au minimum d'unités coordonnées. Les financements à la clef devraient stimuler les équipes et favoriser le dépassement des réticences « culturelles ».

L'arrivée de la tarification à l'activité soulève de nouvelles inquiétudes. On craint qu'elle ne conduise à une ventilation des activités « lucratives » dans le privé et des pathologies « coûteuses » et contraignantes dans le public. Face à ces incertitudes, la tentation du repli sur soi est avivée.

Loin des raisonnements en termes d'activité ou de plateau technique, le projet de coopération revêt une dimension politique majeure. Les deux institutions voient leur identité même mise en jeu. Les acteurs s'inquiètent de la dissolution de ce qui fait leur spécificité dans une tierce structure dont ils ne savent finalement rien.

Même si le positionnement de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille et de l'Institut Paoli-Calmettes plaide pour une reconnaissance commune de leur rôle de leader dans le domaine de la lutte contre le cancer, les freins à leur collaboration sont bien présents. Leur dépassement passe par la construction d'une coopération gagnant-gagnant.

2 L'ASSISTANCE PUBLIQUE-HOPITAUX DE MARSEILLE ET L'INSTITUT PAOLI-CALMETTES PEUVENT DEGAGER UNE COMMUNAUTE D'INTERET POUR LE POLE DE REFERENCE EN ONCOLOGIE : ELEMENTS POUR UNE STRATEGIE CONCERTEE DES DEUX ACTEURS

Le Professeur Maraninchi²⁶, pense que « le décloisonnement entre le public et le privé va se faire en fonction des réalités de terrain et non pas par décret. » Pour aller plus loin que le simple affichage, les deux hôpitaux doivent s'associer concrètement sur le terrain avec des projets communs. Il s'agit là d'établir une stratégie concertée qui ne lèse aucun des partenaires. Profitable aux deux institutions, elle doit l'être aussi à la communauté des patients.

2.1 Un développement complémentaire peut être envisagé sur la base d'intérêts institutionnels communs

Chaque structure peut espérer des retours positifs sur son organisation, que ce soit en termes de rentabilité ou en terme d'image.

2.1.1 Les gains en terme de rentabilité dans la gestion des plateaux techniques

Les deux établissements peuvent être gagnants s'ils font entrer dans le périmètre de leur coopération des activités pour lesquelles des économies d'échelles sont encore possibles. Une telle stratégie de concentration permet en outre de faire face aux enjeux soulevés par la mise en place de la tarification à l'activité.

Des marges d'économies existent sur certaines activités. On l'a vu plus haut, les domaines qui fondent l'identité même des établissements soulèvent des enjeux en termes

²⁶ Directeur de l'Institut Paoli-Calmettes

d'image. C'est pourquoi, ils doivent être clairement identifiés comme non concurrentiels dans l'accord de coopération.

En revanche, les activités liées à ce cœur de métier et pour lesquelles les deux établissements exercent un leadership, constituent le champ privilégié d'une coopération économiquement rationnelle. Ce sont en effet des activités où l'innovation a un poids considérable. La pression économique s'y accroît avec la mise en place de la T2A. Ce sont aussi des activités dont les établissements ne craignent pas la disparition, du fait de la demande que leur situation de leader induit. Le partenariat devient dès lors intéressant. La biologie de recours, l'imagerie, les plateaux techniques, les équipements coûteux sont concernés. On examinera ici le cas des plateaux techniques comme champ potentiel de coopération.

L'expérience acquise dans la co-utilisation de l'imagerie par résonance magnétique (IRM) et du TEP-Scan pourrait être mise à profit dans d'autres domaines.

A) La co-utilisation de l'imagerie par résonance magnétique, une expérience réussie

L'élaboration des stratégies thérapeutiques dans le traitement du cancer repose sur des explorations fonctionnelles qui doivent être les plus précises possible. De la taille et de la localisation observée d'un nodule dépendra la qualification du stade d'avancement de la maladie et l'opérabilité du patient²⁷. Les recommandations de bonne pratique clinique imposent de disposer d'un plateau d'imagerie et d'exploration de plus en plus performant et complet. A l'indication de radiographie conventionnelle s'ajoute souvent l'imagerie par résonance magnétique (IRM), voire le TEP-Scan.

En outre, les normes réglementaires de sécurité sont elles aussi contraignantes. L'application des normes EURATOM 43/97, par exemple, impose de limiter les examens de radiologie conventionnelle ou de scanner afin d'améliorer la radioprotection des patients comme des soignants. Cela a pour conséquence logique d'augmenter les indications d'IRM.

²⁷ Des arbres de décisions précis sont décrits dans les Standards-Options-Recommandations (SOR) ; ce sont des recommandations de bonne pratique clinique élaborés par un comité pluridisciplinaires de praticiens.

Bien que cinq appareils soient autorisés à l'AP-HM²⁸, le parc est proche de la saturation. Preuve en est le délai pour obtenir un rendez-vous, en dehors des examens demandés en urgence : dix jours à deux mois et demi pour les patients externes, trois à quinze jours pour les patients hospitalisés. Une enquête réalisée en 1998 avait démontré que 62 % des IRM prescrites par des médecins de l'AP-HM, en hospitalisation comme en soins externes, sont réalisées dans un établissement extérieur à l'Assistance Publique. Il persiste enfin, dans certains cas d'indications d'IRM indiscutables, des pratiques de transformation de l'examen en un scanner ou autre examen radiologique afin d'éviter des délais d'attente trop longs.

Malgré l'amélioration attendue avec l'arrivée de trois nouvelles machines, l'explosion du recours à l'IRM dans la phase dépistage et diagnostic du cancer soulève des enjeux importants. Enjeu économique tout d'abord, l'acquisition d'une IRM représente un coût de l'ordre d'1 450 000 euros, sans compter les investissements en travaux, les surcoût en investissement et en fonctionnement qui pèsent sur le budget de l'hôpital. Enjeu en terme d'organisation ensuite, l'augmentation d'activité liée à l'acquisition d'une nouvelle machine et à la demande croissante d'examens impose d'affecter du personnel médical et paramédical supplémentaire dans le service d'imagerie et de répartir les vacations par spécialités d'organes.

L'IPC, ne disposant pas d'autorisation pour implanter une IRM, s'est tournée vers l'extérieur pour faire prendre en charge ses patients. Une collaboration s'est ainsi nouée pour la co-utilisation d'un des trois nouveaux appareils de l'AP-HM. L'IRM de l'hôpital Sainte-Marguerite est partagée par convention avec l'Institut Paoli-Calmettes qui utilise 1/3 du temps machine. Les médecins de l'Institut se déplacent pour accompagner leur patient et réaliser les actes médicaux. L'IPC rétribue le CHU pour la mise à disposition de l'appareil et du personnel para-médical. La convention contribue ainsi à l'utilisation optimale de la machine ainsi qu'à sa rentabilisation. Elle donne surtout accès aux praticiens de l'IPC à un équipement dont ils ne disposent pas à l'Institut. Une telle expérience est emblématique des liens qui peuvent se nouer concrètement entre les deux structures.

Fort de cette réussite, le champ de la coopération pourrait être étendu à la radiothérapie.

²⁸ Trois appareils nouvellement autorisés sont en cours d'installation.

B) La radiothérapie, un nouveau champ de co-utilisation possible

Ainsi, la situation de pénurie de la radiothérapie tant en appareils qu'en professionnels pourrait être un champ nouveau de coopération. En effet, le constat a été fait de la suractivité ainsi que de la vétusté des appareils installés en région PACA²⁹. En outre, la moyenne d'âge des radiothérapeutes y est de 50 ans. Compte-tenu d'une durée de vie professionnelle de 30 ans, pour renouveler l'effectif des 40 professionnels actuellement installés dans la région, il faudrait 13 nouvelles installations tous les 10 ans. Or, seulement 17 nouveaux radiothérapeutes sont diplômés chaque année en France. De même, selon les récents travaux d'un groupe de travail ARH-URCAM³⁰ sur le volet soins du plan cancer, il manque des manipulateurs pour faire fonctionner les machines. Malgré le desserrement de l'indice en appareils de radiothérapie et le relèvement du *numerus clausus*, la pénurie ne peut que s'aggraver en PACA.

Face à cette situation inquiétante, la priorité pour les deux institutions est la même : préserver l'activité de radiothérapie et assurer la continuité du service. Pour ce faire, une collaboration peut être envisagée afin de limiter les délais d'attente pour le patient chaque fois que cela est possible. L'offre est actuellement concentrée sur les quartiers Sud de Marseille (7 appareils sur 11 dans le 9^e arrondissement), les quartiers Centre vont disposer d'un centre lourd d'ici quelques mois et les quartiers Nord vont être dotés d'un centre semi-lourd. Le maillage territorial existant plaide pour une répartition équilibrée des patients entre les centres et selon leurs capacités. L'AP-HM et l'IPC pourraient réfléchir à une mutualisation des ressources existantes, à une organisation des traitements en complémentarité voire à la gestion en commun des nouveaux appareils.

C) La coopération dans l'exploitation des TEP-Scan, une innovation prometteuse

L'exploitation des TEP-Scan a suscité une expérience de collaboration technique intéressante. L'AP-HM dispose d'un appareil et l'IPC va en disposer d'un autre prochainement, en co-exploitation avec la Générale de santé.

²⁹ Enquête du service médical de l'Assurance maladie en région PACA en 1997 : la majorité des appareils installés effectuent plus de 500 traitements par an, alors que les sociétés savantes recommandent une fourchette de 300 à 500 traitements par an et par machine.

³⁰ Le groupe de travail n°3 « moyens innovants », composé de représentants de professionnels libéraux, d'établissements publics et privés a analysé ainsi les raisons de l'augmentation des délais de prise en charge en radiothérapie de 15 jours à un mois en moyenne dans la région.

Le TEP-Scan sont encore rares et innovants en France, les indications pour les explorations qu'ils réalisent ne sont pas encore stabilisées. Or, cela conditionne la demande d'examens auxquels les deux établissements devront faire face. Tout le monde souhaite a priori bénéficier des derniers progrès techniques, les établissements ont donc intérêt à réguler ce phénomène en se coordonnant.

L'AP-HM et l'IPC ont ainsi monté un comité de coordination et d'évaluation des TEP-Scan PACA-Ouest qui comprend des médecins nucléaires, des radiologues, des oncologues des deux établissements ainsi que de la Générale de santé, auxquels s'adjoint un représentant de la faculté de médecine.

Ce comité a pour objectif :

- de coordonner les explorations TEP-Scan entre les deux installations de façon à satisfaire dans les meilleures conditions les besoins de santé publique du bassin de population PACA-Ouest ;
- de valider les indications qui auront émergé de la réflexion de ce comité, en accord avec les équipes cliniques leur adressant des patients ;
- d'harmoniser les modalités de prise en charge des patients (fiches de demande d'examens, d'instructions aux patients, d'évaluation) ;
- de réaliser un rapport annuel d'activité TEP commun aux deux installations ;
- de donner un avis sur les évolutions techniques à apporter aux équipements d'origine.

Ainsi, tous les spécialistes impliqués profiteront d'une base de données relative aux examens, à la recherche clinique et à l'analyse de ce nouvel équipement. Et, sur le plan pratique, les patients pourront glisser sans difficulté d'une machine à l'autre en cas de panne ou d'encombrement.

Le travail de ce comité s'inscrit dans une démarche d'amélioration de la qualité du service rendu au patient tout en imposant une régulation de la demande. L'utilisation de l'équipement est ainsi optimisée sans que l'un ou l'autre des partenaires ne se voit contraint dans son organisation et son fonctionnement. La dynamique de coopération créée autour du TEP-Scan a valeur d'exemple, elle pourrait être étendue à d'autres équipements à visée diagnostique ou thérapeutique pour lesquels les délais d'attente sont parfois longs. L'idée serait que chaque structure s'engage sur une coordination de son activité et accepte l'évaluation de celle-ci. A terme, les établissements harmoniseraient leurs pratiques de recours au plateau technique et les modalités de prise en charge des

patients. Ils pourraient en outre se coordonner pour optimiser le rendement des équipements disponibles.

L'achat et la maintenance d'équipements lourds, l'organisation des plateaux techniques exigent des ressources humaines et financières qui peuvent être mutualisées dès lors que chaque structure y trouve son compte. Même si l'intérêt financier n'est pas le seul moteur de ces mouvements de concentration des moyens médico-techniques, il prend un relief tout particulier dans le cadre de la tarification à l'activité.

2.1.2 Les gains en terme de rémunération dans la réforme du mode de financement des établissements de santé

La tarification à l'activité (T2A) est devenue, depuis le 1^{er} janvier 2004, le nouveau système de financement des établissements de santé publics et privés. Elle vise à fonder l'essentiel de l'allocation des ressources aux établissements sur les séjours et séances qu'ils réalisent. A terme, cette réforme devrait homogénéiser les financements et les règles du jeu entre les acteurs publics et privés, ce qui devrait lever certaines difficultés dans le développement des coopérations institutionnelles. Au-delà des modifications profondes du mode de gestion interne des établissements vers une responsabilisation des unités des pôles d'activité, la T2A soulève des enjeux particuliers dans le domaine de la cancérologie : elle pourrait notamment inciter CHU et CLCC à coopérer.

Il est probable que les mécanismes de financement seront insuffisants pour permettre à un établissement de faire face de manière isolée aux enjeux liés à l'accélération des évolutions technologiques et aux progrès dans la prise en charge globale des patients (soins de support, par exemple). Seuls les établissements importants seront à même de s'organiser pour proposer aux ARH une offre de soins cohérente.

A) Coopération autour des mission d'intérêt général

De fait, la notion de taille d'établissement est fondamentale dans l'application de la T2A. Le volume d'activité doit être suffisamment important pour qu'il soit rentable au regard des tarifs nationaux imposés. Pour pouvoir envisager de développer des activités innovantes, il faut de surcroît être capable de dégager un résultat de gestion positif et trouver l'équilibre entre ses activités innovantes et celles de routine. Il s'agit de développer des activités de routine, les produire en grande quantité de façon permanente et à un meilleur

coût que le tarif national, afin de pouvoir financer la politique d'innovation. Avec la T2A, il faut désormais avoir les moyens de son excellence.

En tant que producteurs d'activités de recours, rares, chères et complexes, le CHU et le CLCC sont économiquement pénalisés par le mécanisme de la T2A. Certes, une enveloppe MIGAC³¹ est censée financer, en-dehors de toute référence à l'activité, l'enseignement et la recherche, l'innovation et le rôle de recours. Les 13 % prévus forfaitairement dans le système de dotation globale ne seraient ainsi plus attribués automatiquement, mais remplacés par des financements sur programmes contractualisés. Pour assurer la pérennité de leurs missions spécifiques, il est nécessaire que chaque établissement les identifie clairement et mesure les ressources mobilisées pour y participer.

La mise en commun par plusieurs établissements de leurs missions de service public au sein d'une structure de coopération permettrait justement de mieux identifier ces activités, de les recenser et de les organiser en programmes. C'est aussi le moyen de bénéficier d'une part plus importante de la dotation MIGAC, en cumulant le plafond autorisé pour chacun des établissements. De la qualité de rémunération de ces missions spécifiques au CHU et au CLCC dépendra la qualité du service rendu aux patients et par là, le maintien de leur rôle de référence.

B) Coopération pour la gestion des médicaments onéreux

En outre, le développement rapide de la recherche en cancérologie a permis ces dernières années de développer de nouveaux médicaments plus efficaces, mais aussi plus chers. Ces thérapeutiques onéreuses et/ou innovantes ont vocation à intégrer une liste limitative qui donne droit à une facturation à part, à condition de respecter les bonnes pratiques de prescription. La difficulté réside dès lors dans le risque de report vers d'autres types de molécules afin de contourner des conditions trop rigoureuses de prescription des médicaments de la liste : cela impliquerait une diminution du financement de l'établissement. Pour faciliter le bon usage des médicaments inscrit sur la liste des molécules onéreuses et contrecarrer la pression des industriels, les Fédérations nationales des CLCC et de la cancérologie des CHU doivent éditer des référentiels qui apparaîtraient comme des thésaurus de chimiothérapie. Au plan local, l'AP-HM et l'IPC pourraient veiller ensemble à la diffusion de ces référentiels. Cela participerait, en tout état de cause, de leur mission de référence hospitalo-universitaire.

³¹ Missions d'intérêt général et aide à la contractualisation.

Le passage à la tarification à l'activité pourraient inciter l'AP-HM et l'IPC à rechercher une coopération : ils pourraient ainsi faire front dans les domaines fragilisés par le nouveau mode de financement. Au-delà des gains potentiels en termes de rentabilité, la coopération peut représenter un gain en terme de visibilité.

2.1.3 Les gains en terme de visibilité du pôle de référence PACA-Ouest

L'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille et l'Institut Paoli-Calmettes se positionnent tout deux au plan régional comme établissements d'expertise et de recours. Afin de ne pas brouiller cette image aux yeux des professionnels de santé, des autorités de tutelle et du public, la coopération peut être stratégiquement un atout. Les relations entre le CHU et le CLCC s'inscrivent en effet ici dans un schéma de « coopération conflictuelle » (Fridberg) : les acteurs adoptent simultanément des stratégies de coopération et de concurrence afin d'accroître leur autorité et leur contrôle sur un champ d'influence commun. En l'espèce, l'IPC et l'AP-HM ont intérêt à travailler de concert pour renforcer leur position dans le secteur de la cancérologie régionale. Cela n'exclut pas qu'il y ait concurrence sur certains domaines, celle-ci est de toute façon inévitable et souvent stimulante ; la coopération permet cependant de l'encadrer.

L'enjeu principal est ainsi le même pour les deux institutions : bénéficier d'une organisation visible qui associe les deux partenaires, sans nier les histoires différentes de chacune des composantes, ni détruire l'un ou l'autre. Dans ces conditions, le bénéfice en terme d'image rejaillirait sur les deux institutions.

L'Assistance publique a en effet besoin d'affirmer son rôle de leader hospitalo-universitaire, alors qu'elle tente d'identifier plus clairement son pôle médical d'activité en cancérologie. L'oncologie d'organe spécifiquement développée en CHU est éparpillée au sein de multiples services. Bien qu'elle bénéficie de multiples expertises, la complexité de l'organisation interne fait qu'elles sont moins bien identifiées. La structuration encore récente de la cancérologie au sein de l'AP-HM vise à remédier à un déficit en terme de visibilité. Et, l'association avec l'IPC, s'inscrit dans le même mouvement. Ce dernier bénéficie d'une image établie depuis de nombreuses années à laquelle l'Assistance publique a tout intérêt de s'associer.

L'Institut Paoli-Calmettes quant à lui cherche à conforter sa position dans un contexte de remise en cause latente du modèle des CLCC. S'allier le troisième CHU de France pour

valoriser son activité en cancérologie lui donne plus de poids. Le pôle de référence régional peut être dès lors le garant de l'organisation et des valeurs de la cancérologie transversale promue par les CLCC. Au contraire, s'enfermer dans une logique de rivalité ne peut, à terme, que lui porter préjudice dans un contexte de restructuration de la cancérologie au plan national.

L'enjeu est très sûrement moins grand que pour l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille. Preuve en est le choix du Président de la République de se rendre à l'Institut pour effectuer le premier bilan de l'action menée en faveur de la lutte contre le cancer.³² Il a souligné à cette occasion le caractère pionnier en la matière de l'Institut Paoli-Calmettes et le rôle de son Directeur, le Professeur Maraninchi, dans la promotion du plan cancer, notamment pour la création de l'Institut national du cancer. De fait, l'IPC est plutôt attendu sur sa participation active à la réalisation concrète des mesures du plan cancer que son Directeur promeut.

C'est pourquoi, l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille et l'Institut Paoli-Calmettes ont décidé de développer un site Internet commun³³. Il s'agit, au travers d'une politique de communication concertée, de valoriser les activités de la cancérologie du pôle de référence en oncologie PACA Ouest.

Chaque structure dispose déjà d'un site Internet ; l'AP-HM en a notamment développé un spécialement dédié à la cancérologie (www.cancerologie.ap-hm.fr) et indépendant du site institutionnel. Bien que les options de présentation retenues diffèrent, la cible et le contenu des pages Web sont les mêmes : diffuser des informations à destination du grand public, des professionnels de santé et des personnels des établissements, présenter l'offre de soins, les plateaux médico-techniques disponibles dans l'établissement, donner les renseignements utiles aux malades et aux visiteurs. Au travers des différentes rubriques, les points forts de chaque établissement sont mis en valeur.

La vocation d'un site Internet commun vis-à-vis du public est de pouvoir présenter une vitrine cohérente et complète des activités de cancérologie du pôle de référence. Dans le maquis des institutions intervenant dans la lutte contre le cancer, ce site Internet offrira une l'information claire sur les lieux d'expertise et de recours existants à Marseille. En pratique, des pages communes pourraient :

³² Visite du 4 février 2004, en compagnie du ministre de la santé, Jean-François Mattéi.

³³ Convention n°2003 / 0484 de création du pôle de référence en oncologie PACA Ouest du 11 septembre 2003, article 1.

- décrire les missions du pôle de référence en oncologie PACA Ouest et la manière dont il s'inscrit dans le dispositif prévu par le plan cancer,
- mettre l'accent sur la logique de prise en charge globale du patient autour d'une plate-forme partagée de cancérologie.
- Servir de portail d'accès aux sites des deux partenaires, ainsi qu'à des sites de référence en cancérologie : FNCLCC, Ligue contre le cancer, sites gouvernementaux, sites d'information sur le cancer et la recherche, etc.

Internet est aussi un moyen de communication efficace pour les professionnels de santé. Le pôle pourrait y diffuser des références médicales communes : référentiels diagnostiques et thérapeutiques, thésaurus des essais cliniques, actualité de la recherche médicale, etc. Les professionnels auraient à leur disposition une bibliothèque de références conviviale et adaptée à leur besoin. Toute la difficulté ici réside dans la fiabilité des informations diffusées : la mise à jour des données représente un effort constant que des professionnels isolés ne peuvent fournir. Ainsi, la promotion de ces guides de bonne pratique entre totalement dans les missions d'expertise du CHU et du CLCC.

Dans le cadre de la structuration de réunions de concertation pluridisciplinaire communes, les professionnels ont en outre besoin d'avoir accès aux informations concernant les lieux et les dates de réunion, fonction que le site Internet peut avantageusement remplir. Ce dernier pourrait présenter un annuaire des services de cancérologie existants dans les deux établissements ; les personnels internes ou externes à l'AP-HM et à l'IPC cherchent en effet eux aussi à s'orienter plus facilement parmi la multitude d'acteurs et d'informations relatives au cancer. Le site Internet pourrait ainsi faire figure de référence en matière de publication des guides de bonne pratique en vigueur, et faciliter les communications entre les professionnels de santé impliqués dans le pôle de référence en oncologie.

Avec le projet de site Internet commun, les équipes des deux établissements, tant au sein du comité de pilotage que des directions chargées de l'informatique, sont amenées à travailler ensemble sur un projet commun. Les réalisations concrètes de cette collaboration devraient impulser une dynamique à la coopération. Surtout, la réflexion autour du contenu du site est l'occasion de dessiner les contours d'une stratégie de communication pour le pôle de référence en oncologie PACA Ouest.

Bien que la fonction de recours et d'expertise régionale soit exercée de manière bicéphale, le choix d'une communication concertée permet de donner plus de visibilité et plus de légitimité aux deux établissements. Ces raisonnements en termes de bénéfice

pour les institutions ont leur place dans la promotion d'une coopération, celle-ci ne doit cependant se faire au bénéfice du patient avant tout.

2.2 Une organisation de l'offre de soins peut être envisagée dans l'intérêt du patient

Le fait que deux structures de soins s'ignorent sur un même secteur ne peut qu'être néfaste à la prise en charge et au suivi des patients. En l'occurrence, l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille et l'Institut Paoli-Calmettes doivent concilier leur mission de recours avec la prise en charge des patients du bassin d'activité marseillais. Le développement d'une coopération clinique, dans le respect du libre-choix des patients, permettrait non seulement d'améliorer la qualité et d'adapter l'offre de soins aux besoins, mais aussi de développer des projets médicaux en commun.

2.2.1 Les atouts de la structuration en réseau en termes de qualité et d'équité de l'offre de soins

La garantie du libre choix du patient ne lui assure pas systématiquement des soins de qualité, encore faut-il que ceux-ci soient organisés pour qu'il bénéficie d'une prise en charge globale et cohérente. La problématique de l'accès aux soins en cancérologie repose sur un maillage territorial et sur un relais efficace dans la durée. Le réseau de soins est censé apporter des solutions.

A) Les exigences spécifiques à la prise en charge du cancer

Les cancers sont des maladies caractérisées par leur fréquence, leur gravité et parfois leur chronicité. Ils réclament des soins hautement spécialisés et une prise en charge garantissant le continuité des soins dans le temps et dans l'espace. La prise en charge complète (dépistage, chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, soins de support, etc.) se déroule en moyenne sur six à neuf mois. Et, la majorité des patients doit ensuite être suivie très régulièrement afin de dépister les récurrences et les cancers épidémiologiquement liés, de prévenir ou traiter les séquelles et d'évaluer les résultats à

long terme. Ces différentes étapes s'accompagnent de l'intervention de professionnels multiples et de nombreux déplacements entre les lieux de soins.

Or, cette chaîne de prise en charge n'est solidement organisée que si chaque maillon est solide et bien relié aux autres, c'est-à-dire que chaque professionnel intervenant auprès du patient doit le faire avec les compétences requises et selon un calendrier établi. A cet égard, l'exemple des radio et chimiothérapies est caractéristique. Les séquences de soins sont programmées sur plusieurs semaines à un rythme de plusieurs séances hebdomadaires ; elles entraînent souvent des effets secondaires lourds. C'est pourquoi, le fait d'être traité au plus près de son domicile est un élément non négligeable de la qualité des soins. Mais, cela n'est envisageable que si l'on peut garantir au patient qu'il sera pris en charge sans délai et qu'il bénéficiera des mêmes techniques et des mêmes protocoles que s'il était traité dans un centre de pointe.

Pour ce faire, des relais doivent être organisés entre professionnels de santé pour qu'ils s'organisent autour des besoins du patient. Cette coordination pluridisciplinaire soulève des difficultés. Les soignants de proximité ont besoin d'une information claire sur leur rôle, de pouvoir communiquer régulièrement avec les soignants hospitaliers. Ils ont besoin d'être intégré dans l'équipe soignante et d'être reconnu comme tels par les patients. De leur côté, les soignants exerçant dans les sites de référence ont besoin de compétences en cancérologie au plus près du malade afin de maintenir la continuité de la qualité des soins. Enfin, les patients souhaitent que tout soit mis en œuvre techniquement pour les guérir, être correctement orienté dans le système de soins, mais aussi que l'on tienne compte de l'impact psychosocial de la maladie³⁴.

La coordination des soins en cancérologie ne peut donc pas s'appuyer sur de simples liens informels. L'exigence concomitante de qualité et de proximité des soins nécessite que la prise en charge soit plus formalisée et globale.

B) Les solutions apportées par le réseau de soins en cancérologie

L'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille et l'Institut Paoli-Calmettes se sont dotés de réseaux de soins structurés en fonction des spécificités du cancer. L'objectif d'un réseau

³⁴ Notamment, Livre Blanc des premiers Etats Généraux des malades atteints de cancer : *Les malades prennent la parole*

de soins, tel que les ordonnances de 1996³⁵ l'ont voulu, est d'organiser un accompagnement global et cohérent des personnes, en vue de l'amélioration de leur santé, réalisé par les différents intervenants médico-psycho-sociaux et éventuellement les associations de patients. Les pratiques coordonnées développées par les acteurs du réseau doivent en outre favoriser la participation des patients et/ou de leur entourage à cette démarche. Ce modèle est particulièrement adapté à la prise en charge cancérologique où il s'agit d'organiser une filière patient particulièrement complexe.

Il faut en effet intégrer plusieurs disciplines médicales, plusieurs structures de soins à l'hôpital et en ville pour garantir la qualité du « parcours » thérapeutique du patient, organiser la concertation pluridisciplinaire et définir les niveaux de prise en charge selon les besoins. Or, cela ne peut se faire sans une organisation minimum qui encadre les rôles des professionnels et des établissements.

Créé en 1997, à l'initiative de l'IPC, le réseau convergence cancer (R2C) est aujourd'hui constitué de 337 praticiens adhérents. Il constitue un réseau entre établissements publics et privés, cabinets libéraux et hôpitaux d'instruction des armées. Il se propose d'aider au développement des soins de proximité de qualité autour de deux axes : amélioration de l'interface ville-hôpital, organisation de la prise en charge à domicile ou en hôpital de proximité. La caractéristique de R2C est une « structuration graduée »³⁶ : l'intégration se fait de manière verticale et hiérarchisée. L'utilisateur du réseau se déplace d'un niveau à l'autre selon les caractéristiques ou la rareté de son cas. Le centre de lutte contre le cancer, tête de réseau, assure la coordination de l'ensemble.

Le réseau ONCORÉP, réseau partage d'oncologie PACA Corse, promu par l'AP-HM, a été créé en 2004³⁷. Il a pour vocation de coordonner la prise en charge globale des patients atteints de cancer, au travers de différents réseaux de spécialités. Il fédère donc une dizaine de réseaux, tous centrés sur un type de tumeur³⁸, ainsi que des établissements de santé publics et privés. Il a été créé pour mutualiser, chaque fois que possible, les moyens mis au service des patients pris en charge en cancérologie. C'est

³⁵ Ordonnances n°96-345 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins et n° 96-346 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

³⁶ P. BERGEROT, G. PARMENTIER, *Organisation du système de santé en cancérologie : les « sites » et les « réseaux »*, Union Nationale Hospitalière Privée de cancérologie, février 2003,

³⁷ Sur la base de l'expérience acquise au sein de la fédération de cancérologie publique et privée des régions PACA et Corse, association loi de 1901, créée en 1993.

³⁸ Réseaux branches constituant ONCORÉP : ONCOPEAU, NEURONCO, RHFMAP, ODIPAC, ROTHOR, ONCOTEC, SARCO-RES, ONCOGYN, URONCO

donc un réseau de «type coopératif »³⁹ : tous les membres y sont considérés comme égaux, l'utilisateur du réseau peut se rendre où il veut, ou là où il faut, directement, sans intermédiaire et sans délais inutiles. La structure de coordination est autonome par rapport aux membres et a pour mission de favoriser les relations directes entre acteurs. Bien que son personnel participe activement au fonctionnement du réseau, l'AP-HM apparaît comme un acteur comme les autres.

Si les formules sont différentes, les activités sont les mêmes. Les deux réseaux assurent une coordination au travers :

- de la mise en place, de l'animation et de l'organisation de réunions de coordination pluridisciplinaires ;
- de la mise à jour et de la diffusion de référentiels de pratique médicale,
- de la circulation de l'information grâce notamment à un dossier clinique minimal commun (informatisé de préférence) ;
- de l'organisation d'une formation continue commune ;
- du développement de projets de développement et de recherche.

De plus, ils assistent et promeuvent l'émergence de la démarche de prise en charge en réseau. Ils développent l'évaluation et l'accréditation, conformément aux exigences ministérielles.

Plus qu'un rôle de promoteur des initiatives des acteurs locaux, les réseaux R2C et ONCORÉP instaurent les interfaces nécessaires entre ville et hôpital et rendent possible une prise en charge de qualité à proximité du domicile du patient. On peut donc parler de maillage de l'offre de soins autour des besoins spécifiques aux malades cancéreux.

Dès lors, l'AP-HM et l'IPC auraient tout intérêt à mutualiser leurs efforts de structuration en réseau. Tout d'abord, c'est dans le cadre du pôle de référence peut se formaliser l'activité de recours ; il est le cadre adéquat pour l'organisation de réunions de concertation pluridisciplinaires d'expertise. Sur un plan plus pratique, la charge de travail des coordonnateurs pourrait être répartie et l'infrastructure consolidée. Un certain nombre d'actions ne seraient plus réalisées en double comme la diffusion de documents ou l'organisation de formations. L'information concernant les réunions de concertation pluridisciplinaire serait concentrée en un lieu unique. Les patients n'auraient plus qu'un seul interlocuteur. Autant de détails pratiques qui confortent le rapprochement de deux réseaux qui ont la même vocation.

³⁹ P. BERGEROT, G. PARMENTIER, id.

Surtout, les deux réseaux pourraient coordonner leur politique de développement afin d'obtenir une reconnaissance dans le paysage de la cancérologie régionale. L'une des priorités du plan cancer est en effet d'assurer la couverture de l'ensemble des régions françaises par un réseau régional du cancer coordonnant l'ensemble des acteurs de soins. L'objectif est, qu'à terme, tout patient, quel que soit son lieu de soins puisse bénéficier d'une prise en charge en réseau. Déjà, l'A.R.H. et l'U.R.C.A.M. se mobilisent pour faire appliquer en région PACA ce volet du plan. En réunissant autour de plusieurs groupes de travail⁴⁰ les responsables des différents réseaux de cancérologie de la région, elles ont amorcé leur rapprochement.

De fait, les groupes de travail remplissent d'ores et déjà la vocation du réseau régional, à savoir, coordonner les acteurs, organiser des outils communs, être l'interlocuteur privilégié de l'A.R.H. En particulier, les professionnels réfléchissent ensemble à l'harmonisation des pratiques en matière de réunions de concertation pluridisciplinaire, de programmes personnalisés de soins et d'interfaces avec les réseaux de thématiques différentes (soins palliatifs, douleur,...). L'enjeu de la structuration des réseaux en PACA-Ouest réside dans leur capacité à être reconnus et légitimés comme un interlocuteur de poids dans le mouvement de concentration à l'œuvre au plan régional.

Ainsi, le développement de la prise en charge en réseau apporte une plus-value certaine pour les malades. Il suscite un engagement tant financier qu'humain pour ses promoteurs. Le bénéfice de cette organisation des professionnels entre eux peut être complété par le développement d'une coopération clinique concrète entre les deux établissements faisant figure de site de référence et de recours en PACA Ouest.

2.2.2 L'émergence d'un projet médical commun

A l'image du projet médical au sein d'un établissement de santé, la définition d'une politique médicale commune de soins en cancérologie permet de fédérer les compétences et les énergies dans une optique de prise en charge homogène et performante. C'est à partir de ce projet que les modalités pratiques du rapprochement CHU/CLCC pourront être précisées.

⁴⁰ Quatre groupes ont été créés autour des thématiques suivantes : « coordination des soins, généralisation des réseaux », « soins de supports, accompagnement, information », « moyens innovants », « onco-pédiatrie ».

Loin de vouloir remettre en cause l'autonomie et le dynamisme propre des institutions - l'enjeu ici n'est pas l'avenir institutionnel -, il s'agit d'élaborer une stratégie commune de développement. La coordination des plateaux techniques a été évoquée plus haut. Deux axes de collaboration dans les disciplines de médecine et de chirurgie peuvent être envisagés : développer la concertation sur les projets respectifs de l'AP-HM et de l'IPC et élaborer des programmes communs de développement.

A) Développement de collaborations médicales

Plus qu'une simple coexistence pacifique, la stratégie de coopération sur le plan clinique peut se traduire par la coordination des projets de chaque établissement afin d'en faire bénéficier un plus grand nombre de patients. De fait, le Professeur Maraninchi reconnaît que l'IPC « ne peut pas travailler de façon isolée, il a besoin des masses critiques de compétence de l'AP-HM, comme de son activité d'oncologie d'organes. »

Les ponts jetés entre l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille et l'Institut Paoli-Calmettes dans la prise en charge des tumeurs ORL sont ainsi une expérience de collaboration médicale réussie. Dans un contexte de désengagement des ORL libéraux vis-à-vis de la pathologie cancéreuse et de fermeture de l'activité clinique ORL de l'IPC, les services de l'AP-HM assurent la continuité de l'activité. Ils ont en outre développé une expertise particulière, dans la chirurgie de réparation par les transferts tissulaires notamment. Ils sont de fait les seuls référents régionaux en PACA Ouest.

Afin que les patients de l'IPC puissent bénéficier des mêmes compétences que ceux de l'AP-HM, les médecins se sont organisés : un agrégé de la Timone se rend une demi-journée par semaine à l'IPC pour voir les patients, les médecins participent de manière croisée aux staffs et réunions de concertation pluridisciplinaire, le programme personnalisé de soins est élaboré de manière conjointe. Ainsi, le parcours du patient est optimisé : la chirurgie est réalisée à la Timone, les traitements associés de chimiothérapie le sont à l'IPC. Ce sont les équipes médicales qui se coordonnent entre elles pour obtenir la satisfaction des besoins du patients.

La configuration inverse existe en matière de curiethérapie. L'AP-HM ne dispose pas d'un tel service, ce qui l'oblige à faire traiter les patients dans des services ne dépendant pas du CHU. Elle n'en maîtrise donc pas le niveau de qualité. Une filière de prise en charge coordonnée avec l'Institut Paoli-Calmettes, à l'image de l'organisation médicale mise en

place en ORL, permettrait de remédier à cette situation. Les patients bénéficieraient ainsi de ce traitement dans de meilleures conditions.

Des collaborations médicales pourraient en outre se mettre en place pour soutenir des activités non spécifiques au cancer, mais qui jouent un rôle dans la qualité des soins.

Les soins palliatifs et la lutte contre la douleur sont ainsi des disciplines transversales qui ont une activité forte en oncologie. 80 % de l'activité en soins palliatifs est consacrée à des malades cancéreux. Le développement de ces deux disciplines est rendu difficile par la tendance historique et culturelle à orienter le système de santé sur les soins curatifs. Les modalités de prise en charge des soins palliatifs et de la douleur privilégient l'intervention d'équipes mobiles intra et inter-établissements qui apportent leur expertise sur les dossiers des patients et assurent la formation des personnels. De fait, de nombreux établissements demandent aide et expertise à l'AP-HM et à l'IPC. Des recherches sur la prise en charge de la douleur et de la souffrance ainsi que sur les soins palliatifs commencent aussi à être formalisées. Ces activités entrent dans le champ des soins de support en cancérologie qui représentent un élément à part entière de la stratégie thérapeutique.

Toutefois, les dispositifs mis en place, encore modestes au regard des besoins, manquent de moyens. Des financements supplémentaires de l'Etat pourraient être obtenus, dans le cadre des dotations aux réseaux de soins palliatifs, par exemple. Le fait de présenter un dossier commun AP-HM/IPC, avec toute l'expertise dont ils bénéficient déjà, favoriserait la réussite de la démarche. D'autant que, dans ce domaine, la mobilité des équipes facilite les collaborations médicales. Au-delà d'une mutualisation des moyens disponibles, il s'agit donc ici de se fédérer pour obtenir le développement de ces activités.

C'est surtout dans le domaine de la recherche que les patients pourraient tirer le plus de bénéfices de la coordination des projets respectifs de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille et de l'Institut Paoli-Calmettes. C'est en effet un champ privilégié de partenariat : compte-tenu des moyens croissants nécessaires pour mener des projets de plus en plus ambitieux (étude du génome et émergence de thérapeutiques ciblées), les établissements ne peuvent plus supporter seuls les investissements nécessaires.

La recherche clinique revêt une importance particulière en raison des gains pour les patients, en espérance de vie, mais aussi en qualité de cette vie. Elle est indissociable de l'amélioration de la prise en charge des patients : l'inclusion dans un essai thérapeutique leur permet en effet d'avoir accès aux dernières innovations. L'IPC a développé une

recherche clinique particulièrement dynamique et performante : en 2003, il a mené 114 essais cliniques incluant 429 patients⁴¹. Quant à l'AP-HM, la cancérologie fait partie des grands axes de sa politique de recherche ; elle donne lieu en moyenne à 40 essais, 300 patients sont concernés. Tout deux ont conscience de l'importance de la recherche dans la lutte contre le cancer et se mobilisent fortement. D'autant que leur excellence en la matière constitue un critère très important d'évaluation de leur rôle d'expertise.

L'enjeu principal réside dans le fait que pour obtenir des financements, il faut être en mesure d'inclure un nombre suffisant de malades dans les projets de recherche. Il serait donc intéressant que chaque partenaire ouvre ses essais cliniques à l'autre afin d'augmenter son champ d'étude. Ainsi, les patients des deux établissements auraient plus de chance d'intégrer un essai thérapeutique. Telle est la volonté exprimée par le Ministère au travers de la circulaire du 22 juillet 2004 *relative à un appel à projets en vue du renforcement des personnels de recherche clinique en cancérologie* : « Dans la mesure du possible, les CHU et les CLCC situés dans une même ville envisageront la création d'une unité commune ou au minimum d'unités coordonnées. » Déjà, l'IPC et l'AP-HM ont coopéré par le passé sur quelques études (17 dont 13 publiées) ; les passerelles existent donc, le tout est de les promouvoir.

A cet égard, il faut souligner le rôle que le cancéropôle PACA est amené à jouer dans le renforcement des collaborations entre l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille et l'Institut Paoli-Calmettes. Tout deux sont membres⁴² de cette structure, créée en 2003 dans le cadre du plan cancer. Elle vise à regrouper les laboratoires et départements cliniques régionaux travaillant sur la recherche contre le cancer afin de structurer au niveau régional un pôle scientifique de recherche d'excellence. Il s'agit principalement d'accélérer les découvertes et leur transfert vers les malades. Pour ce faire, le cancéropôle a construit un projet fédérateur autour de cinq thèmes transversaux de recherche⁴³ qui sont déclinés par site de recherche. Ainsi, chacune des institutions membres est censée alimenter et dynamiser les recherches des autres projets.

⁴¹ Recherche qui a donné lieu à la production de 177 articles, contre 60 en moyenne à l'AP-HM.

⁴² Huit institutions portent le projet de cancéropôle : les CHU et CLCC de Marseille et Nice, les Universités de la Méditerranée et de Nice, l'INSERM et le CNRS. Cf. la réponse à l'appel d'offre 2003 « Emergence de cancéropôles » pour plus de précisions.

⁴³ Génomique descriptive et génomique fonctionnelle des cancers, relations hôte-tumeur, immunothérapies et ciblage thérapeutiques et épidémiologie socio-comportementale et sciences économiques et sociales appliquées aux cancers de du cancéropôle PACA.

Or, des médecins de l'AP-HM et de l'IPC sont co-coordonnateurs de deux des cinq grands projets du cancérolopôle, c'est-à-dire que sur ces deux projets au moins, le CHU et le CLCC marseillais se sont engagés à collaborer activement. Ces recherches sont particulièrement porteuses d'espoirs de progrès dans la lutte contre le cancer⁴⁴, leurs résultats devraient avoir de nombreuses implications dans la pratique clinique. Ils conduisent les chercheurs marseillais, quelle que soit leur institution d'appartenance, à travailler ensemble. Les synergies créées entre les deux institutions dans le cadre du cancérolopôle devraient quant à elles rejaillir dans d'autres projets de recherche. La politique de recherche menée à l'AP-HM et à l'IPC pourrait enfin être organisée de concert afin que ces collaborations concrètes prennent forme.

Des stratégies de coopération entre professionnels de santé tendent à s'imposer lorsque le bénéfice pour le patient est clair. Souvent les réticences sont institutionnelles et méritent d'être dépassées. Dès lors, le partenariat médical pourrait s'étendre à des axes innovants de la prise en charge cancérologique.

B) Elaboration de programmes communs de développement

Sans chercher à devancer les projets que les communautés médicales de l'AP-HM et de l'IPC souhaiteraient concevoir, quelques pistes de développement de la cancérologie peuvent être envisagées. L'initiative appartient en effet aux principaux intéressés, elle doit ensuite faire l'objet d'un arbitrage institutionnel. Toutefois, des réflexions sur les complémentarités entre le CHU et le CLCC peuvent être menées dans le développement de nouveaux secteurs : l'onco-gériatrie et la psycho-oncologie.

L'onco-gériatrie est appelée à connaître un développement important compte-tenu des données épidémiologiques et démographiques disponibles⁴⁵. C'est pourtant une discipline qui se heurte à de nombreuses contraintes. Chez les personnes âgées, le cancer s'ajoute fréquemment à d'autres pathologies chroniques et la capacité des patients à tolérer les produits est moindre. Mais, il existe un réel déficit d'informations sur le maniement des médicaments anti-cancéreux chez les sujets âgés. Le traitement du cancer de la

⁴⁴ Exemples : génomique descriptive appliquée aux tumeurs du sein, exploitation de la plate-forme d'immuno-monitoring.

⁴⁵ La probabilité de développer un cancer augmente avec l'âge : plus de 50 % des nouveaux cas et 67 % de tous les décès par cancers surviennent chez les sujets âgés de plus de 65 ans. Or, l'arrivée à des âges élevés des générations du baby-boom et l'allongement de la durée de vie devraient augmenter le champ de l'oncogériatrie.

personne âgée est souvent associé à la notion d'acharnement thérapeutique, ce qui conduit à une mobilisation moins forte des patients comme des spécialistes dans le dépistage et la détermination de stratégies thérapeutiques⁴⁶.

En outre, l'offre de soins onco-gériatriques est limitée. Une discrimination implicite dans l'accès aux soins spécialisés existe : les patients âgés, ayant souvent une co-morbidité, ne sont pas admis en service d'oncologie, mais traités dans des services de médecine ou de chirurgie générale. Ils n'entrent donc dans aucun protocole de recherche. La limite d'âge pour l'inclusion dans des essais thérapeutiques est de toute façon souvent fixée à 65 ou 70 ans. Cela implique des pertes de chance sans autre justification que la lourdeur de la prise en charge d'une personne fragile et poly-pathologique. Le traitement du cancer de la personne âgée intègre des spécificités gériatriques et oncologiques qui nécessitent une coordination spécifique. Dans les services de l'AP-HM et de l'IPC, il s'agit de mieux intégrer la dimension gériatrique dans la prise en charge oncologique.

Les deux institutions pourraient agir en complémentarité. L'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille dispose en effet d'une équipe mobile de médecine interne et de gériatrie à l'hôpital Sainte-Marguerite spécialisée en onco-gériatrie. Composée de médecins seniors, d'infirmières et d'assistantes sociales, elle a pour mission de procéder à l'évaluation globale de l'état de santé du patient et de dispenser un avis gériatrique, elle participe à l'élaboration du projet de soins et forme les équipes soignantes à la prise en charge spécifique en gériatrie. Les deux établissements pourraient d'ores et déjà s'organiser pour que les patients âgés de l'IPC bénéficient dans les meilleures conditions de l'intervention de l'équipe mobile.

Le développement de l'onco-gériatrie au sein du pôle de référence pourrait passer par l'émergence d'un pôle d'évaluation gériatrique⁴⁷. Il s'agirait de traiter de façon pluridisciplinaire spécifiquement les personnes âgées atteintes de tumeurs. La concentration des compétences permettraient d'effectuer un bilan clinique et de réaliser des évaluations complexes associant problématiques gériatriques et oncologiques. Le pôle d'évaluation gériatrique fonctionnerait avec une unité d'hospitalisation de jour. La structuration de l'onco-gériatrie autour d'un tel pôle donnerait une assise à cette discipline

⁴⁶ Environ 20 % des patients âgés attendent près d'un an avant de consulter pour des symptômes clairement définis. Il a été démontré que les radiothérapies et chimiothérapies adjuvantes étaient moins pratiquées chez les sujets plus âgés à stade égal alors qu'elles ont fait leurs preuves dans la prévention des rechutes.

⁴⁷ Cf Propositions de la Commission d'orientation sur le cancer dans son rapport au Ministre de la Santé du 16 janvier 2003.

émergente et favoriserait la formation et la recherche en la matière. En terme d'affichage, l'existence matérielle d'une unité d'hospitalisation d'onco-gériatrie faciliterait l'orientation des patients. Le développement de cette prise en charge innovante entre particulièrement dans le rôle du pôle de référence en oncologie.

La psycho-oncologie, quant à elle, est en plein essor. Les patients et leur famille réclament un soutien efficace et organisé⁴⁸. Le pôle de référence pourrait servir de cadre au développement de cette activité qui fait partie intégrante des soins de support. Les psycho-oncologues⁴⁹ suivent les patients tout au long de leur parcours thérapeutique, mais aussi les familles et les équipes de soins. Ils tentent notamment d'étudier et d'agir sur les facteurs psychologiques pouvant jouer un rôle à l'origine des cancers (psychogénèse) et sur les retentissements psychologiques de l'annonce d'une tumeur. L'intervention des psycho-oncologues est fondée sur l'écoute et la libre-expression de la parole, ils servent souvent d'interface entre le médecin, la famille et le patient. Cette approche thérapeutique nouvelle vise une meilleure qualité de vie des patients soignés, y compris par un accompagnement des derniers instants. Elle requiert des personnels compétents encore peu nombreux.

L'AP-HM et l'IPC disposent chacun d'une unité de psycho-oncologie composée de trois psychologues et d'une infirmière clinicienne pour le CHU et d'un psychiatre, un médecin algologue et trois psychologues pour le CLCC. Ces effectifs paraissent dérisoires eu égard au nombre de patients traités dans les deux établissements⁵⁰. D'autant que cette activité requiert une disponibilité importante : un entretien individuel dure en moyenne 30 à 40 minutes. Pourtant, ces équipes contribuent à redonner du temps aux médecins cliniciens, qui doivent faire face à l'afflux des patients dans un contexte de pénurie de spécialistes en oncologie.

L'enjeu du développement de la psycho-oncologie est aujourd'hui son financement dans le cadre du plan cancer. Ce dernier propose tout d'abord de formaliser un dispositif d'annonce qui prévoit notamment la mise à disposition d'une équipe soignante, dont le recours à un psychologue. Le gouvernement se propose de financer ce temps spécifique de la prise en charge par un forfait rémunérant le dispositif de soutien au patient et le

⁴⁸ Livre Blanc des premiers Etats Généraux des malades atteints de cancer : *Les malades prennent la parole*

⁴⁹ C'est un psychologue clinicien ayant des connaissances en matière de cancer (DU de psycho-oncologie ou de psycho-dynamique du cancer), mais n'est pas un « spécialiste » au sens classique du terme.

⁵⁰ Rappel : en 2002, 16 600 patients traités à l'IPC, 10 000 patients en file active à l'AP-HM.

temps médecin. Ensuite, l'objectif du plan cancer est d'augmenter le nombre de psychologues et de psychiatres formés à la psycho-oncologie, 3.16 millions d'euros ont ainsi été distribués en 2002/2003 afin de renforcer les équipes hospitalières existantes.

Il s'agit dès lors pour le pôle de référence de proposer un projet concret de structuration d'une unité mobile de support de psycho-oncologie associant soins, enseignement et recherche. Cette dernière répondrait ainsi à un besoin exprimé par le terrain grâce aux fonds mobilisés pour le plan cancer. Elle pourrait servir de centre de recours pour les établissements et les professionnels de l'ouest de la région, grâce à une prise en charge en réseau. Un travail d'élaboration commune des critères de bonne pratique pourrait être réalisé par les psychologues de l'unité. Ces nouveaux acteurs de la lutte contre le cancer auraient ainsi les moyens d'exercer une action plus significative auprès des patients, de former de nouveaux professionnels et de développer la recherche dans le secteur.

Il existe donc des pistes de coopération sur le plan clinique entre les équipes de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille et de l'Institut Paoli-Calmettes : soit elles donnent plus de champ à des projets propres à l'un des partenaires, soit elles explorent de nouvelles formes de prise en charge. Dans les deux cas, le patient est le bénéficiaire des progrès réalisés.

En définitive, les axes d'une stratégie concertée du pôle de référence en oncologie PACA-Ouest sont la mise en commun des plateaux techniques et des activités qu'un établissement ne peut supporter seul et le partage des activités cliniques au bénéfice du patient. De fait, ce qui intéresse ce dernier, c'est la qualité et la bonne coordination des soins, peu lui importe le statut de son médecin ou la nature juridique de la structure qui le prend en charge.

Une fois l'intérêt des acteurs à agir de concert mis en évidence, il faut désormais évaluer les modalités pratiques de la construction d'un véritable partenariat.

3 LE POLE DE REFERENCE EN ONCOLOGIE PACA-OUEST DOIT-IL NECESSAIREMENT DEVENIR UN GROUPEMENT DE COOPERATION SANITAIRE ? : MODALITES D'UNE NOUVELLE ALLIANCE

« L'approche juridique est importante, mais ne résout pas tous les problèmes. Un montage juridiquement solide sur le papier peut ne pas résister à l'épreuve du temps et des faits. »⁵¹, tel est l'avertissement lancé par Jean-Pierre Richard, Délégué Général adjoint chargé de l'offre de soins à la Fédération Hospitalière de France. Le choix de constituer le pôle de référence sous la forme d'une convention a permis de fixer les termes d'une nouvelle alliance entre l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille et l'Institut Paoli-Calmettes. Celle-ci préfigure une intégration plus poussée, sous une forme juridique adaptée qui pourrait être le Groupement de Coopération Sanitaire.

3.1 La voie conventionnelles pour organiser le pôle de référence en oncologie

La convention constitutive du pôle de référence en oncologie PACA Ouest signée le 11 septembre 2003, à l'occasion des troisièmes assises nationales des centres de lutte contre le cancer fixe les engagements des deux partenaires et amorce le rapprochement effectif des deux institutions. Elle prévoit en particulier le rapprochement des deux réseaux de cancérologie, ce qui représente une étape symbolique forte.

3.1.1 L'organisation amorcée dans la convention constitutive du pôle de référence

Dans une perspective d'amélioration de la prise en charge des patients et pour un meilleur affichage régional et national de la cancérologie, l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille et l'Institut Paoli-Calmettes ont décidé de fonder une nouvelle alliance autour

⁵¹ In « Coopération public-privé, vers un établissement du troisième type », Décision santé n°193, mars 2003.

du pôle de référence en oncologie PACA-Ouest. L'affirmation en est faite au moyen d'une convention.

A) Les engagements pris dans la convention

Outil juridique souple, la convention laisse une grande liberté aux deux parties dans la définition de leurs droits et obligations. Ici, la convention a deux objectifs complémentaires : prévoir les modalités de coopération entre l'AP-HM et l'IPC, affirmer la vocation des deux établissements à former un pôle régional d'expertise et de recours.

Les deux établissements se sont engagés, dans le titre I, article 1 de la convention à :

- coopérer sur le plan clinique, dans le respect du libre choix des patients, en identifiant leurs champs d'activité clinique en cancérologie, en les partageant pour éviter les redondances et proposer ainsi une offre complète en cancérologie ;
- partager l'utilisation d'un ensemble de plateaux techniques ;
- coordonner le fonctionnement et le développement de ce pôle de référence ;
- travailler au rapprochement de leurs référentiels et de leurs réseaux d'oncologie ;
- avoir une politique concertée en matière d'équipement, de développement scientifique, de communication à la population ;
- développer un site Internet commun.

Le premier de ces engagements est donc la mise en œuvre d'une coopération clinique. Les termes de la convention, particulièrement précis, détaillent chaque type de collaboration envisagé entre les deux établissements. Trois types de domaine ont été définis.

Le domaine exclusif concerne les activités pour lesquelles l'une des deux institutions couvre l'ensemble des champs et assure à ce titre le leadership sur un organe ou un appareil. L'institution leader s'engage à prendre en charge tous les patients concernés de l'autre structure, à développer un réseau ciblé sur cet organe et à faire état, lorsqu'il y a lieu, de l'aide apportée par l'autre institution. L'autre institution s'engage à ne rien développer dans ce domaine sans concertation, notamment un système de réseau concurrent. Elle oriente préférentiellement les patients vers la première institution. Ainsi, l'hématologie adulte est du ressort de l'IPC tandis que la neuro-oncologie est du ressort

de l'AP-HM. Relèvent également de l'AP-HM, les tumeurs de la peau, les ostéosarcomes, ainsi que toute l'oncologie pédiatrique.

Dans le domaine commun, les deux institutions couvrent chacune l'ensemble des champs de l'organe ou de l'appareil concerné. Chacune anime un réseau actif pour des cancers à forte incidence : cancers génitaux féminins, sénologie et gastro-entérologie. Les deux institutions s'engagent à rapprocher progressivement leurs réseaux et leurs référentiels, à engager des essais cliniques communs et à afficher clairement le partenariat dans la communication et les publications.

Le domaine partagé donne lieu à une entente entre les deux institutions pour assurer chacune une partie du champ d'activité de l'organe ou appareil concerné. Ainsi, très concrètement, sur certains types de tumeur concernant l'appareil urinaire et génital masculin, les muqueuses respiratoires supérieures et la bouche ou encore les organes intra-thoraciques, la chirurgie relève de l'AP-HM, tandis que la radiothérapie et les traitements médicaux peuvent relever tant de l'AP-HM que de l'IPC.

Ainsi, le partenariat se fonde sur une reconnaissance des apports mutuels du CHU et du CLCC en matière de prise en charge. Lorsque l'un des deux a acquis une notoriété particulière dans un champ d'activité, sa position est accréditée au sein du pôle. Ce partage concerne aussi bien les domaines d'excellence que ceux relevant d'une prise en charge quotidienne. Dans ce contexte, aucune des deux institutions n'a vocation à devenir soit un hôpital général déconnecté de la recherche, soit un laboratoire déconnecté des contingences de santé de la région. Les deux partenaires décident ainsi d'organiser aussi précisément que possible leur offre de soins en cancérologie.

La nécessité de construire un projet médical concerté est ensuite affirmée. L'enjeu réside dans la structuration de la lutte contre le cancer ; c'est par le projet médical que les compétences de chacun pourront se fédérer. Il s'agit de convenir ensemble des stratégies thérapeutiques et d'une organisation du parcours des patients garante de la qualité de la prise en charge. Cela passe par le rapprochement des thésaurus et des réseaux. Chaque structure entend aussi permettre l'accès de l'autre institution à l'ensemble de ses plateaux techniques. Toute décision structurelle, dans l'équipement lourd ou semi-lourd, dans les structures de thérapie innovante, dans la communication, devra ainsi faire l'objet d'une discussion en comité de pilotage. Cela traduit une volonté d'intégration de plus en plus poussée des politiques institutionnelles.

L'autonomie des deux établissements n'est à aucun moment remise en cause, mais l'AP-HM et l'IPC s'organisent pour former un pôle unique de référence en oncologie. Les deux partenaires entendent préciser cette notion présente dans les directives ministérielles⁵². Plus qu'une simple coopération dite « économie d'échelle », l'engagement pris dans la convention est de développer une coopération organisant la filière cancérologie de recours. Cette approche privilégie la prise en charge concrète du patient en fonction des spécificités de son cas et des épisodes successifs de son traitement. Dans le même temps, elle organise une régulation de l'offre de soins autour du pôle de référence : les deux établissements s'engagent à mieux répondre aux exigences de leurs missions et à coordonner leur développement. La convention fixe ainsi les termes d'une nouvelle alliance CHU/CLCC à Marseille.

B) La structuration progressive du pôle de référence

La signature de la convention constitutive du pôle de référence sert de point de départ au rapprochement des équipes des deux établissements. Même si ce dernier avait été préparé en amont, la formalisation de l'accord de volonté des chefs d'établissement amorce une nouvelle dynamique.

Dès avant la publication du plan cancer, le Directeur Général de l'AP-HM a souhaité mettre son établissement en ordre de marche. La prise en charge du cancer est un des axes du plan stratégique et une composante importante de son projet médical. Une fédération de cancérologie a été créée au sein de la Commission Médicale d'Etablissement (CME). Le Secrétaire Général de la CME la préside. Cette fédération assure une représentation des intérêts de la communauté de tous les médecins ayant une activité en cancérologie. L'identification d'un membre de la CME comme interlocuteur médical représentatif pour tout ce qui concerne la cancérologie a permis d'établir un équilibre dans les discussions avec le centre de lutte. De fait, le Directeur de l'Institut Paoli-Calmettes est aussi médecin, sa parole engage donc l'établissement, y compris son personnel médical. A l'AP-HM, il faut constituer un binôme Directeur – représentant de la CME pour faire de même.

Sur un plan pratique, le binôme est incarné par le Président de la fédération de cancérologie et la Directrice adjointe à la Direction de la Stratégie spécifiquement chargée

⁵² Annexes Opposables Cancérologie au SROS de 2^o génération, février 2001, mesure n°30 du plan de mobilisation nationale contre le cancer.

de la cancérologie. Ce sont eux qui mettent en œuvre la politique médicale et institutionnelle de l'AP-HM dans le cadre du plan cancer.

De l'étroite collaboration médico-administrative au sein de l'AP-HM dépend la cohérence de la position du CHU. Il faut en effet composer avec les intérêts divers de la structure, vaincre en particulier les réticences des personnels qui redoutent une concurrence accrue avec l'IPC. Le Président de la fédération de cancérologie et la Directrice adjointe à la Direction de la Stratégie jouent en quelque sorte un rôle « d'ambassade diplomatique » : chargés de traduire dans les faits la volonté politique du Directeur Général et du Président de la CME, ils doivent aplanir les difficultés et faire avancer les dossiers. Or, cela passe par la création d'une relation de confiance et de travail avec l'IPC, mais aussi par une communication interne sur les choix stratégiques de l'institution.

Leur interlocuteur privilégié à l'IPC est le Secrétaire Général, collaborateur principal du Directeur. Ils ont préparé ensemble la convention et veillent aujourd'hui au fonctionnement du pôle. Les mêmes personnes sont amenées en outre à travailler régulièrement ensemble. Dans le cadre du cancéropôle, la gestion est assurée par un comité tripartite : l'INSERM, l'AP-HM, représentée par la directrice chargée de la cancérologie et le Président du cancéropôle, le Professeur Maraninchi, ponctuellement représenté par son Secrétaire Général. Elles participent aussi aux groupes de travail ARH – URCAM sur le volet soins du plan cancer. Le rapprochement informel de ces trois acteurs peut être considéré comme la constitution d'une équipe dédiée au projet de coopération, ce qu'on appelle une « task-force ». Cela permet finalement de structurer petit à petit le pôle de référence, sans dramatisation des événements.

La constitution formelle du pôle de référence en oncologie a donné lieu à la mise en place d'un comité de pilotage⁵³. Structure paritaire, sa composition est la suivante :

- le Directeur Général de l'AP-HM, le Président de la CME,
- le Directeur de l'IPC, le Secrétaire Général de l'IPC,
- deux représentants, administratifs et médicaux, désignés par l'AP-HM,
- deux représentants, administratifs et médicaux, désignés par l'IPC.

Il a pour mission d'assurer la mise en œuvre et la conduite du pôle de référence. Les orientations fixées par le comité de pilotage rythment la vie du pôle. Les sujets traités concernent aussi bien la détermination d'une politique de positionnement du pôle de référence dans le paysage régional, que des dossiers de collaboration concrète des

⁵³ Titre 5, article 10 de la convention constitutive du pôle de référence en oncologie PACA-Ouest.

équipes médicales et administratives. Le comité de pilotage détermine ainsi les axes de développement du pôle de référence.

Les premières décisions prises en comité de pilotage prennent une importance toute particulière dans la mesure où elles amènent le personnel à produire un travail en commun. Ainsi, le site Internet commun est en cours de préparation.

La définition du cahier des charges nécessite au préalable une réflexion sur les aspects techniques et logistiques ainsi que sur le contenu du site. Une charte graphique commune doit notamment être élaborée et validée par les deux structures. Un groupe projet se réunit donc très régulièrement. Il est composé de représentants du CHU et du CLCC, médicaux et administratifs.

Dans un premier temps, il a donné mission à deux responsables de l'informatique de l'AP-HM et de l'IPC de monter le dossier de prise en charge du site, c'est-à-dire de préparer les différentes options techniques, organisationnelles, logistiques et financières que le groupe projet pourra envisager. Une fois les orientations pratiques fixées par le groupe projet, deux médecins de l'AP-HM et de l'IPC ont travaillé à la définition du contenu médical du site : rubriques, référence à des guides de bonne pratique, etc. Quant à la charte graphique, elle est élaborée par les services communication des deux hôpitaux. Ainsi, plusieurs directions fonctionnelles sont mobilisées et le personnel médical est associé d'entrée de jeu. A toutes les étapes du projet, le travail est réalisé en collaboration par deux professionnels de chaque établissement. A l'occasion de la réalisation de ce projet, les équipes font connaissance, prennent l'habitude de travailler ensemble et produisent un résultat tangible aux yeux de tous.

Après validation du projet par le comité de pilotage, l'étape de réalisation et de mise en œuvre des modalités de suivi nécessitera une intégration encore plus poussée des équipes. Il faudra en effet déterminer le prestataire développement et hébergement (appel d'offre ou marché sans formalité préalable), réaliser la maquette, ouvrir le site et actualiser régulièrement les pages. Un comité de rédaction devra être créé pour assurer le fonctionnement du site. Si le groupe projet intervient de manière ponctuelle au moment de la création du site Internet, le comité de rédaction engage lui les deux institutions dans une collaboration sur le long terme.

La mise en place de ce site Internet commun a donc un fort pouvoir structurant pour le pôle de référence. Elle permet tout d'abord de développer progressivement la collaboration entre les équipes sur un dossier concret, de tester l'efficacité de la

coopération dans un domaine relativement simple. Surtout, elle jette les bases de projets plus ambitieux : la détermination du contenu du site impose de se mettre d'accord sur une politique de communication commune et sur les référentiels médicaux communs à afficher. Ces derniers auront davantage de chance d'aboutir si une première expérience de coopération est réalisée. On peut considérer que les effets d'apprentissage créés dans la gestion du projet de site Internet faciliteront à terme la réalisation des projets suivants.

Afin de poursuivre la dynamique initiée, les membres du comité de pilotage doivent désormais mettre en œuvre le reste de la convention. La priorité devrait être la définition d'un projet médical commun.

Pour traduire dans les faits l'organisation des soins esquissée dans la convention, il faut en effet que les deux communautés médicales s'entendent sur les grandes orientations de leur politique. Etant donné que chaque hôpital possède déjà un projet médical propre, il s'agira, pour les représentants médicaux de la cancérologie du CHU et du CLCC, de mettre en synergie les deux documents : éliminer les redondances, développer les points faibles, mutualiser les efforts. La coopération sur le plan clinique et le partage des plateaux techniques que cela suppose devrait donner lieu à des annexes à la convention. Celles-ci pourraient prévoir les modalités pratiques de fonctionnement du pôle pour un domaine particulier : échange de praticiens, prestation de service médical ou non, etc. C'est finalement le projet médical qui donne du sens et du contenu au pôle de référence. Sa réalisation concrète pourra éventuellement amener à souhaiter des évolutions institutionnelles.

Le choix d'un outil juridique peu contraignant comme support du pôle de référence n'a pas correspondu à un engagement et une structure faibles de la coopération. Au contraire, les deux partenaires ont utilisé toute la latitude que leur laissait la signature d'une convention pour organiser le pôle de référence comme ils l'entendaient. Sur impulsion du comité de pilotage, les équipes se fédèrent autour de projets concrets.

3.1.2 Le rapprochement des réseaux de cancérologie : une étape symbolique forte

La convention prévoit toutefois une disposition particulièrement symbolique dont la réalisation gage la poursuite de la coopération, le rapprochement des réseaux. Le rôle des deux chefs d'établissement est primordial à cet égard.

A) Les enjeux de la démarche de rapprochement des réseaux

Afin de créer une meilleure synergie, l'AP-HM et l'IPC se sont en effet engagés à « travailler au rapprochement de leurs référentiels et de leurs réseaux d'oncologie » (titre I, article 1 de la convention). Cette décision implique :

- dans les domaines d'activités exclusives, de ne pas développer de réseau concurrent ;
- dans les domaines d'activités communes, de rapprocher progressivement leurs réseaux ;
- dans les domaines d'activités partagées, de ne pas développer un réseau concurrent quand un réseau existe déjà.

Or, le rapprochement de deux réseaux signifie en quelque sorte le rapprochement de deux « clientèles ». Le rôle de recours que l'AP-HM et l'IPC exercent vis-à-vis des membres des réseaux draine une activité importante pour les deux établissements. L'adressage des malades ne se fait pas seulement à une structure mais aussi à un confrère en fonction des liens plus ou moins formels tissés au sein du réseau. Ce dernier permet ainsi au CHU et au CLCC de se positionner dans divers secteurs d'activité. Le rapprochement des réseaux entraîne de fait la mutualisation d'un mode de recrutement des patients, ce qui n'est pas sans susciter des craintes.

Ce n'est pas tant une éventuelle baisse d'activité dans un établissement qui pose problème, mais plutôt la désorganisation des filières patients. Le réseau fonctionne en effet selon des protocoles de prise en charge élaborés après négociation avec les professionnels membres. La confiance des professionnels et l'exigence de transparence de l'information acquises au sein du réseau ont permis de déterminer des niveaux de prise en charge et le rôle de chacun dans l'équipe pluridisciplinaire. Le rapprochement avec un autre réseau risque de remettre en cause l'organisation choisie.

Avec le partage des réseaux, les deux établissements officialisent leur union aux yeux des établissements et professionnels de santé avec lesquels ils travaillent. D'un côté, les

membres des deux réseaux peuvent légitimement s'interroger sur leur position relative au sein du réseau de cancérologie face à cette entité nouvelle et tentaculaire. D'un autre côté, le CHU et le CLCC mettent en jeu leur image et leur identité même en l'associant à celle de leur partenaire. Un pas symbolique important serait alors franchi, un retour en arrière serait perçu comme un échec.

En outre, la réussite du projet de rapprochement des réseaux ONCOREP et R2C, passe par l'interopérabilité des systèmes d'information. La fluidité de la circulation des données relatives au dossier patient dans un système d'information sécurisé est un élément essentiel de la qualité du travail en réseau. Actuellement, l'IPC est doté d'un dossier patient informatisé, support des communications au sein du réseau R2C. L'AP-HM développe le sien. La contrainte sera ensuite de faire en sorte que les données puissent circuler entre les deux systèmes. Plus le système d'information sera interopérable et convivial, plus il sera utilisé par les professionnels de santé pour la concertation, l'évaluation et le recueil des données sur le malade. Le système d'information est donc un outil stratégique dans le fonctionnement des réseaux. Outil stratégique, technologie nouvelle et coûteuse, il n'en est que plus difficile à partager.

En revanche, la coordination des réseaux permettrait à l'AP-HM et l'IPC de voir leurs intérêts suffisamment représentés dans le réseau régional du cancer en cours de constitution. Cette mesure prévue au plan cancer vise à fédérer les réseaux existants au sein d'une structure de coordination régionale. Il s'agit une nouvelle fois de tenter de rationaliser l'offre de soins grâce à un maillage dense du territoire par des réseaux locaux.

Entrent ici en jeu le CHU de Nice et le Centre Antoine-Lacassagne. Ils ont déjà fédéré leurs réseaux de cancérologie et constitué un Pôle de référence Est-PACA pour les Soins et l'Enseignement en Cancérologie (PRESENCE). Les zones d'influence des deux pôles étaient jusqu'à présent maintenues dans le flou. Avec le principe d'inscrire obligatoirement la pratique de la cancérologie dans le cadre de réseaux agréés, la nécessité pour tout professionnel de la cancérologie de s'inscrire dans un réseau oblige à plus de transparence. Les réseaux s'appuyant sur l'expertise de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille et l'Institut Paoli-Calmettes doivent donc avoir fait leurs preuves en termes d'organisation et de qualité des filières patients.

Les réseaux ONCOREP et R2C sont le fruit d'une structuration progressive dans laquelle les personnels de l'AP-HM et de l'IPC se sont beaucoup impliqués. Les rapprocher aujourd'hui suscite la crainte d'en perdre les bénéfices attendus. Face à ces réticences,

somme toute compréhensibles, l'implication des deux chefs d'établissement est un facteur déterminant de leur dépassement.

B) L'implication des Directeurs comme moyen de passer un cap

Dans ce contexte, les chefs d'établissement de l'AP-HM et de l'IPC doivent maintenir le cap. Promoteurs de la politique nationale de lutte contre le cancer, ils se doivent d'être les artisans de sa mise en œuvre sur le terrain.

Les principaux responsables des deux institutions se rencontrent dans les instances nationales : Guy Vallet est membre du bureau de la Fédération de cancérologie des CHU, le Pr. Fuentes est président de la conférence des Présidents de CME de CHU et le Pr. Maraninchi est past-président (2003-2004) de la Fédération nationale des CLCC⁵⁴. Ils ont soutenu l'initiative du Président de la République. Les propos du Pr. Maraninchi dans *le Figaro* du 25 mars 2003 en sont un exemple : « Ce n'est pas un énième plan, mais une stratégie d'action sur plusieurs années, avec du souffle et sous le regard de la nation. » Ainsi, les trois principaux responsables de l'AP-HM et de l'IPC se sont fortement engagés en faveur du plan cancer.

Dès lors, ces trois acteurs de premier plan mettent en jeu leur crédibilité dans la réalisation du dispositif prévu dans le plan. La «collaboration nouvelle entre hôpitaux universitaires et centres régionaux de lutte contre le cancer » voulue par le Président de la République et soutenue par les principales instances nationales doit donc trouver une traduction sur le terrain. La signature de la convention constitutive du pôle de référence en oncologie PACA-Ouest, à l'occasion des Assises nationales des centres régionaux de lutte contre le cancer, a constitué un premier signe fort. Les premières expériences de travail en commun ont fonctionné, il faut maintenant réaliser le point clé de la convention : le rapprochement des réseaux.

Compte-tenu de l'aspect symbolique et stratégique de cette opération, les Directeurs de l'AP-HM et de l'IPC doivent de nouveau s'engager. L'option la plus acceptable par les deux parties semblerait être une adhésion croisée à chacun des deux réseaux. Acte lui-même symbolique et marquant, il représenterait le pas de chaque institution en direction de l'autre. La mise en œuvre du pôle de référence est donc arrivée aujourd'hui à un tournant dont la négociation appartient aux chefs d'établissement.

⁵⁴ Il en est aussi le fondateur en 1964.

A l'AP-HM en particulier, l'action du Directeur Général s'inscrit dans la réforme du mode de gouvernance des établissements de santé. Toute décision stratégique importante est désormais discutée en conseil stratégique. Cette nouvelle instance médico-administrative, présidée par le Directeur, associe étroitement les praticiens désignés par la CME, les membres de l'équipe de direction ainsi que le Doyen de la faculté de médecine autour de la préparation de l'ensemble des projets nécessaires à l'élaboration et à la mise en oeuvre du projet d'établissement et du contrat d'objectifs et de moyens⁵⁵. Dans cette nouvelle configuration, c'est au conseil exécutif qu'il revient de prendre une décision stratégique comme l'adhésion à R2C, sous l'impulsion du Directeur Général. L'implication du chef d'établissement pour rassembler les différentes parties prenantes, administratives, médicales et universitaires n'en est que plus nécessaire.

Au final, les deux chefs d'établissements pèsent de tout leur poids pour faire accepter l'idée d'une adhésion croisée aux réseaux. Le discours tenu est celui du dépassement de la logique de concurrence qui a pu prévaloir pendant de longues années. La réalisation du rapprochement est largement le fait des Directeurs qui s'investissent personnellement dans l'opération. Seule une volonté forte de ces deux personnages permettra de dépasser les rivalités « culturelles » et les réticences de part et d'autre.

A ce stade, l'organisation du pôle de référence est bien établie, mais sa pérennité n'est pas encore assurée. L'adhésion croisée de l'AP-HM et de l'IPC aux deux réseaux de cancérologie devrait permettre certes d'ancrer symboliquement le pôle dans le paysage de la cancérologie régionale, mais pas juridiquement.

3.2 La voie institutionnelle pour pérenniser la coopération

Pour se développer plus avant, le pôle de référence en oncologie doit pouvoir s'appuyer sur une base juridique solide. La formule conventionnelle révèle ses limites, tandis que le Groupement de Coopération Sanitaire apparaît comme un outil mieux adapté.

⁵⁵ Circulaire DHOS n° 2004-61 du 13 février 2004 relative à la mise en place par anticipation de la nouvelle gouvernance hospitalière.

3.2.1 De la nécessité d'aller plus loin dans la formalisation du pôle de référence en oncologie PACA-Ouest...

Si la convention a pu répondre à un besoin d'organiser le pôle de référence, l'absence de personnalité morale freine son institutionnalisation. La pression politique en faveur d'une coopération plus intégrée est en outre une donnée incontournable.

A) Les limites de la formule conventionnelle

Si la convention a permis de formaliser une alliance entre les deux établissements de référence marseillais, celle-ci ne doit pas rester une alliance de circonstance. La faiblesse juridique et la forte personnalisation de la formule conventionnelle représentent un risque à cet égard.

Certes, le choix d'une formule juridique ne préjuge pas de la volonté plus ou moins affirmée de coopérer. Signer une convention ne veut pas dire que les deux établissements ne souhaitent pas s'impliquer dans une véritable démarche de partenariat public-privé. On l'a vu avec la convention constitutive du pôle de référence en oncologie PACA-Ouest, une alliance solide peut se nouer et des projets concrets se réaliser. Toutefois, l'engagement juridique au travers d'une convention s'avère insuffisant dès qu'il s'agit d'envisager une mise en commun importante de moyens ou d'obtenir des autorisations nouvelles.

De fait, les deux partenaires ne peuvent envisager l'achat en commun d'équipements médicaux dans la configuration actuelle du pôle. L'absence de personnalité morale entraînerait un manque de sécurité patrimoniale. Un des partenaires n'aurait aucun droit sur les biens acquis pour le compte du pôle par l'autre. La convention étant résiliable à tout moment et unilatéralement par l'un des co-contractants, il perdrait tout droit d'utilisation.

Dans l'exploitation même des équipements du plateau technique partagé de cancérologie, les modalités de gestion possibles dans le cadre d'une convention (versement d'une somme forfaitaire en fonction de l'utilisation de l'appareil, par exemple) s'avèrent extrêmement compliquées dès lors que l'on envisage le partage de plusieurs dizaines d'appareils⁵⁶. Les nombreuses facturations croisées nécessiteraient un tel effort de gestion que la collaboration perdrait tout intérêt financier.

⁵⁶ Cf. Titre 3 article 8 de la convention constitutive du pôle de référence en oncologie PACA-Ouest.

De même, les autorisations d'activité ne peuvent être accordées au pôle lui-même, mais à l'un des deux établissements membres. Cependant, face aux risques d'instrumentalisation de la coopération en vue de contourner un éventuel refus, l'ARH exige une structure de coopération plus intégrée. Dans le cadre du plan Hôpital 2007⁵⁷, concrétisé à cet égard par l'ordonnance du 4 septembre 2003, la compétence de l'ARH en matière d'autorisations est renforcé, celle-ci a désormais plus de latitude pour recomposer l'offre de soins en fonction de la politique régionale de planification sanitaire. Avec la suppression de la carte sanitaire, c'est l'ARH qui décide de la répartition des capacités en lits et équipements lourds, indépendamment d'un encadrement national. Dès lors, le régime des autorisations, outil puissant au service de la recomposition de l'offre hospitalière, impose des rapprochements publics-privés pérennes pour en bénéficier.

Par ailleurs, la seule manière de fortifier une coopération juridiquement faible est de compenser par une forte personnalisation. La création du pôle de référence est largement le fait des Directeurs. Ils se sont investis fortement dans la conduite du processus de rapprochement des deux établissements. Tout se passe comme si l'absence de support par une personnalité morale du pôle était partiellement remplacée par l'implication forte de personnalités physiques.

Si une véritable entente entre les dirigeants des deux hôpitaux est un atout incontestable ; ils portent ensemble le projet et fédèrent leur équipes pour le mettre en œuvre. Il n'en reste pas moins qu'une telle personnalisation fragilise sa pérennité. BARTOLI et ANAUT ont souligné dans leurs écrits⁵⁸ ce danger. Lorsqu'un projet est établi sur un lien unissant deux personnes, au départ de l'une d'elle, il risque d'être abandonné. Car, les nouveaux acteurs en place peuvent quant à eux ne pas s'entendre aussi bien, et avoir donc moins envie de travailler ensemble. Car, le projet porté principalement par les deux chefs d'établissement n'a pu prendre une autonomie par rapport à eux et se diffuser dans leurs structures respectives. Trop personnalisé, le projet risque de disparaître avec leurs concepteurs.

Les deux partenaires subissent par ailleurs des pressions politiques de la part de responsables nationaux.

⁵⁷ Plan de modernisation « Hôpital 2007 » présenté en novembre 2002 par le Ministre de la santé, M. Jean-François Mattei.

⁵⁸ BARTOLI, ANAUT, *Les paradoxes du changement dans les hôpitaux publics*.

B) La pression politique, une donnée incontournable

Alors que de nombreux établissements de santé ont pu se plaindre un jour du caractère interventionniste et dirigiste de leur ARH, l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille et l'Institut Paoli-Calmettes connaissent une pression autrement plus importante. La mobilisation de toutes les énergies réclamée par le Président de la République lors du lancement du plan cancer a porté ses fruits.

En effet, la mise en œuvre du plan cancer donne lieu à une « mise sous tension du système de santé dans une perspective pluriannuelle, une véritable logique de projet et une obligation de résultat. »⁵⁹ Un outil propre de pilotage a été créé, la Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer. Celle-ci a fait désigner des « correspondants cancer » dans les ARH et les DRASS. 12 experts ont été missionnés par la Mission. Enfin, des comités de pilotage régionaux se tiennent régulièrement dans chaque Préfecture. Au total, près de 2 000 représentants dans les régions des services de l'Etat, des professionnels de santé, des caisses d'assurance maladie, des associations de malades et des collectivités territoriales ont été mobilisés. Le dispositif en place sollicite donc une grande variété d'acteurs chargés de décliner l'ensemble des champs du plan cancer.

Les mesures annoncées conjointement par le Ministère de la Santé et celui de la Recherche ont ainsi été détaillées en de multiples actions assorties d'objectifs quantifiés et d'indicateurs de suivi. Les autorités de tutelle régionales sont tenues de rechercher des résultats dans un calendrier strict. Dès lors, la pression sur les établissements de santé a sensiblement augmenté.

En matière de coordination des acteurs de soins, la mesure 30 correspond à quatre actions prioritaires qui précisent les contours du pôle régional de cancérologie, sans pour autant être précis quant à la formule juridique à adopter : « ce pôle peut prendre la forme d'un institut régional, d'une communauté d'établissements, ou encore d'une coordination contractuelle entre établissements. » Au Ministère de la Santé, la définition du pôle régional n'est pas encore totalement aboutie : il pourrait associer éventuellement d'autres structures assurant des soins spécialisés en cancérologie (centres hospitaliers généraux,

⁵⁹ Mme Pascale BRIAND, déléguée interministérielle à la lutte contre le cancer, lors de son audition par le Sénat le 17 décembre 2003. Elle intervenait dans le cadre du Rapport de la commission des affaires sociales sur le projet de loi relatif à la politique de santé publique fait par MM. Francis GIRAUD et Jean-Louis LORRAIN, sénateurs.

cliniques privées, ...), les modalités juridiques de constitution du pôle ne sont pas encore clairement fixées. Une circulaire est en cours de préparation.

Notons toutefois que la loi n° 2003-591 du 2 juillet 2003 habilitant le gouvernement à simplifier le droit a prévu la possibilité pour ce dernier de procéder par ordonnance pour « réduire les formules de coopération sanitaire, les simplifier, modifier le régime juridique du Groupement de Coopération Sanitaire »⁶⁰. L'ordonnance du 4 septembre 2003 fait ainsi du Groupement de Coopération Sanitaire l'instrument privilégié de la coopération inter-hospitalière en cherchant à lui donner souplesse, polyvalence et une vocation quasi-universelle. Elle supprime par ailleurs la formule du Syndicat Inter-Hospitalier, de la Communauté d'établissement et de l'établissement public de santé inter-hospitalier. Dans ce contexte, les porteurs de projets de coopération public-privé sont fortement incités à choisir le GCS comme support juridique.

La mobilisation dans le cadre du plan cancer s'étend aux institutions représentatives des CHU et des CLCC et, là aussi, la pression pour la formalisation de partenariats s'accroît. Dans une interview donnée à la revue *Gestion Hospitalière*⁶¹, Dominique Maigne, Délégué Général de la FNCLCC, soulignait le rôle du plan cancer dans l'accélération du rapprochement CHU/CLCC : « il a conduit à revenir à des objectifs communs, avec l'idée de créer des pôles régionaux de référence en oncologie. [...] il s'agit d'aller plus loin que le simple affichage et d'associer les deux partenaires concrètement sur le terrain avec des projets communs. Ce partenariat prendra la forme de Groupement de Coopération Sanitaire. »

Et, de fait, le 2 septembre 2004, la FNCLCC et la Fédération nationale de cancérologie des CHU signaient un Accord-cadre national⁶² définissant les fondements d'un « partenariat équilibré et pérenne ». L'article 1 dispose : « dans chacun des territoires hospitalo-universitaires où ils sont présents, le CHU et le CLCC constituent un Groupement de Coopération Sanitaire. Ce groupement assure la représentation conjointe du CHU et du CLCC au sein du Pôle régional de cancérologie et en constitue le socle. » Le message est clair, la formule du GCS paraît incontournable aux yeux des instances

⁶⁰ Article 21, alinéa 4 de ladite loi.

⁶¹ In « Rapprochement de la cancérologie des CHU et des centres de lutte contre le cancer : la vision de la fédération nationale des centres de lutte contre le cancer », *Gestion Hospitalière*, mai 2004, n°436.

⁶² Accord cadre FNCLCC –FNCCHU *relatif à la constitution des Groupement de Coopération Sanitaire associant CHU et CLCC dans le domaine de la cancérologie.*

nationales. Instances auxquelles participent les Directeurs de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille et de l'Institut Paoli-Calmettes.

Si une convention a suffi pour créer le pôle de référence, une formule juridiquement plus intégrée apparaît aujourd'hui nécessaire.

3.2.2 ...Au choix du GCS comme outil juridique de la coopération

Dans la recherche d'un montage juridique pour le pôle de référence, deux conditions doivent être satisfaites :

- Assurer l'équilibre entre les deux parties, leur avenir institutionnel ne doit pas être mis en jeu ;
- Assurer la pérennité du pôle, le partage d'activité ne peut se faire sans une certaine sécurité juridique.

L'objet de la coopération et le statut juridique des deux partenaires conditionnent ensuite le choix de la structure la plus appropriée.

Indépendamment de toute pression politique, le Groupement de Coopération Sanitaire rassemble des avantages certains par rapport aux autres formes de coopération institutionnelle. Il se révèle adapté au pôle de référence en oncologie PACA-Ouest. Il faudra cependant lever quelques incertitudes persistantes.

A) Une riche palette de formules juridiques

Le législateur a réformé de nombreuses fois la palette des instruments juridiques disponibles pour réaliser les projets de coopération des établissements hospitaliers⁶³. Etant donné le caractère public-privé de la coopération, il est donc possible, en l'espèce, de créer :

- Une association loi de 1901,
- Un Groupement d'Intérêt Public (GIP),
- Un Groupement d'Intérêt Economique (GIE),
- Un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS).

⁶³ La coopération hospitalière a été initiée par la loi du 31 décembre 1970, relancée par la loi du 31 juillet 1991, accentuée par l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, assouplie par la loi CMU du 27 juillet 1999, précisée par la loi du 4 mars 2002 et, enfin, simplifiée par l'ordonnance du 4 septembre 2003.

L'association loi de 1901, sans être impossible semble fortement inopportune. Dans son rapport public 2000, le Conseil d'Etat rappelle son avis du 1^{er} août 1995⁶⁴ dans lequel il avait précisé qu'une association ne saurait exercer une mission essentielle de service public, ni aucune responsabilité qui en résulte. La présence de ces structures de droit privé aux limites des activités de service public jette un doute peu propice à une coopération aussi importante que celle étudiée ici.

Consacré initialement à la recherche et au développement⁶⁵ Le GIP est une personne morale de droit public⁶⁶ dont l'objet est limité à ce qui ne concerne pas les soins. Il serait donc adapté à la mise en commun de moyens, au fonctionnement d'équipements, à la réalisation de formations, mais pas au partage d'activités comme cela pourrait être envisagé au sein du pôle de référence.

Une telle structure présente l'inconvénient de reconstituer un personne de droit public, d'un fonctionnement relativement lourd : Conseil d'Administration, code des marchés publics, comptabilité publique, séparation de l'ordonnateur et du comptable, ... A ces contraintes pratiques liées au statut de droit public s'ajoutent la règle de la « majorité publique » au sein de l'assemblée des membres du groupement et du conseil d'administration. Ce groupement est donc peu adapté au rapprochement de deux établissements de statut différent comme l'IPC et l'AP-HM du fait de la prédominance qu'il confère à cette dernière.

Le GIE permet l'association de personnes physiques ou morales de droit public ou privé, il n'est pas spécifique au secteur de la santé. Personne morale de droit privé, le GIE s'inscrit dans un cadre intermédiaire entre l'association et la société. C'est une structure souple puisque l'organisation, les modalités de constitution et la durée du groupement sont définies librement par les membres dans le contrat constitutif.

Le GIE est une formule plus courante, surtout utilisée, dans le milieu sanitaire, pour la mise en commun et le fonctionnement d'appareils lourds. C'est ainsi qu'un GIE a été créé entre le Centre hospitalier de Saint-Cloud et le centre de lutte contre le cancer René

⁶⁴ Conseil d'Etat, Avis n°358047, Rapport public 1995.

⁶⁵ Loi n° 82-610 du 15 juillet 1982 dont le champ a été étendu au domaine sanitaire et social par la loi du 23 juillet 1987.

⁶⁶ Qualification par la jurisprudence du Tribunal des Conflits dans un arrêt du 14 février 2000, GIP HISML.

Huguenin pour la constitution et l'exploitation en commun d'un ensemble bloc opératoire – réanimation⁶⁷.

En revanche, le GIE ne peut se voir déléguer l'essentiel de la mission de service public hospitalier (avis du Conseil d'Etat, 1^{er} août 1995). Le principe de solidarité financière de ses membres auquel il est soumis induit quant à lui un moindre sécurité : un créancier peut réclamer à quiconque le paiement de la totalité de la dette contractée par le groupement. Le GIE apparaît donc lui aussi comme une formule peu adaptée au pôle de référence en oncologie PACA-Ouest.

Compte-tenu des projets envisagés dans le cadre du pôle de référence, les multiples modalités juridiques de coopération public-privé présentées ci-dessus n'offrent qu'une solution partielle. Une solution à envisager serait de juxtaposer des structures juridiques différentes en fonction des spécificités de chaque projet : la convention-cadre organisant le pôle de référence donnerait lieu à la conclusion de plusieurs contrats de coopération dans des domaines variés. L'engagement des deux partenaires serait ainsi parfaitement approprié à l'objet de chaque type de collaboration. Cette construction juridique a notamment été choisie à Saint-Cloud où un syndicat interhospitalier a été créé pour la gestion d'un laboratoire unique de biologie et un GIE pour l'ensemble bloc opératoire – réanimation.

Toutefois, cette option présente un risque non négligeable de lourdeur dans la gestion administrative et donne autant d'opportunités aux détracteurs de la coopération de retarder le processus. En la matière la vigilance est de mise, car les GIP et les GIE sont soumis au contrôle strict respectivement de l'ARH et de la Chambre Régionale des Comptes. Le cadre juridique du Groupement de Coopération Sanitaire s'impose donc en regard des limites des solutions alternatives.

B) Les avantages du Groupement de Coopération Sanitaire

Le GCS, qui emprunte au groupement d'intérêt public et au groupement d'intérêt économique, est une structure spécifique au domaine sanitaire et social. L. HOUDART et D. LAROSE le qualifient fort justement de « couteau suisse de la coopération sanitaire ».

⁶⁷ Cf. V. BRAILLON, *La coopération interhospitalière : l'exemple du centre hospitalier de Saint-Cloud et du centre René Huguenin*, mémoire ENSP, 2000.

Il a été créé par l'ordonnance de 1996⁶⁸ pour permettre la coopération entre établissements de santé publics et privés qui souhaitent, tout en conservant leur autonomie, mettre en commun certains moyens médico-techniques, médicaux et non-médicaux dans le domaine des soins. Le Code de la Santé Publique⁶⁹ précise qu'il « a pour objet de faciliter, d'améliorer ou de développer l'activité de ses membres. A cet effet, il peut :

1° Permettre les interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux exerçant dans les établissements membres, des professionnels salariés du groupement, ainsi que des professionnels médicaux libéraux membres ou associés du groupement ;

2° Réaliser et gérer, pour le compte de ses membres, des équipements d'intérêt commun, y compris des plateaux techniques, tels des blocs opératoires, des services d'imagerie médicale ou des pharmacies à usage intérieur, et de détenir à ce titre des autorisations d'équipements matériels lourds et d'activités de soins mentionnés à l'article L. 6122-1. »

Son champ d'intervention en termes d'activités est donc très vaste.

Le GCS apparaît comme une catégorie juridique souple, originale : selon sa composition, il est de droit public ou de droit privé⁷⁰ ; mais quelque soit son statut, il poursuit un but non lucratif. S'il rapproche des partenaires hospitaliers, le GCS ne se substitue cependant pas à eux (il ne consiste pas en une fédération de services inter-établissements, ni en une fusion d'établissements). Il obéit à des règles de fonctionnement souples. Ses organes se limitent à une assemblée générale dont la composition est déterminée par la convention constitutive et à un administrateur élu par l'assemblée générale en son sein. Ce dernier prépare et exécute les décisions de l'assemblée générale. Il appartient à la convention constitutive de fixer librement les droits des membres du groupement proportionnellement soit à leurs apports, soit à leurs participations, soit à leurs apports et participations. A l'inverse du GIP, les membres sont responsables de la gestion proportionnellement à leurs apports.

Le GCS semble aussi plus autonome en terme de tutelle et de contrôle. Lorsqu'il est une personne de droit privé, le GCS n'est pas soumis aux règles de la comptabilité publique et

⁶⁸ Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 *portant réforme de l'hospitalisation publique et privée*.

⁶⁹ Article L. 6133-1 dans sa nouvelle rédaction issue de l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 *portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé*.

⁷⁰ Il constitue une personne morale de droit public lorsqu'il est exclusivement constitué d'établissements ou d'organismes publics, une personne de droit privé lorsqu'il est exclusivement constitué d'établissement ou de personnes privés. Dans les autres cas, il peut se constituer sous la forme de personne morale de droit privé.

son contrôle est réalisé par un commissaire aux comptes et un rapport d'activité annuel doit être transmis à l'ARH.

Seul groupement à caractère sanitaire, le GCS dispose de compétences particulières. Il peut employer du personnel dans les conditions prévues par la réglementation (décrets relatifs au recrutement d'agents contractuels, de médecins, chirurgiens, pharmaciens, biologistes, odontologistes avec un statut d'attachés, d'assistants ou de praticiens des EPS). Il peut être membre d'un réseau de santé ou former le cadre juridique d'un réseau. Son originalité est que, sous certaines conditions et sans pour autant être reconnu comme un établissement de santé, il peut être autorisé à exercer des « missions de santé ». Et à ce titre, si l'exploitation de l'autorisation d'activité lui est aussi dévolue, les soins qu'il dispense sont pris en charge par les organismes d'assurance maladie. Enfin, le GCS peut prévoir des activités croisées : les membres peuvent effectuer des soins sur les patients d'un autre établissement ou participer à la permanence des soins.

Ainsi, bien que le régime juridique applicable au GCS soit beaucoup plus encadré que celui de l'association loi de 1901, par exemple, il laisse une grande marge de liberté à ses promoteurs tant dans la définition de son objet que dans son organisation et son fonctionnement.

C) Les contours du Groupement de Coopération Sanitaire Pôle de référence en oncologie PACA-Ouest

Toutefois, la contrepartie de cette liberté est la nécessité pour les parties à un GCS de définir très précisément l'ensemble des dispositions contractuelles auxquelles elles entendent se soumettre, sauf à s'exposer à des difficultés de gestion, voire à des risques contentieux, tant au cours de la vie du groupement que lors de sa dissolution. En l'espèce, le périmètre précis du GCS pôle de référence en oncologie PACA-Ouest n'a été qu'ébauché dans le présent mémoire, des choix stratégiques restent à faire, une concertation au sein des deux établissements à mener. En tout état de cause, on peut analyser ici les points sur lesquels il faudra être vigilant.

Contenu de la convention constitutive

Dans l'attente de la parution d'un décret précisant les dispositions du code de la Santé Publique relatives aux Groupements de Coopération Sanitaire modifiées par l'ordonnance

du 4 septembre 2003, on peut tout de même avoir une idée de ce que doit être le contenu minimal de la convention constitutive.

Le début de la convention devra préciser les modalités de constitution du GCS :

- L'objet et répartition des tâches entre le GCS et ses membres,
- La dénomination du groupement et de ses membres,
- Le siège du groupement,
- La mention éventuelle de la durée, à défaut elle sera illimitée,
- La constitution d'un capital ou les participations des parties, contributions en natures éventuelles

L'objet du groupement devrait reprendre et préciser celui de la convention créant le pôle de référence. Le texte peut se référer à l'article deuxième de l'accord cadre national⁷¹ :

« L'objet du GCS est d'assurer dans le champs de la cancérologie :

- La coordination des moyens du CHU et du CRLCC en vue de la réalisation des projets communs ;
 - La mise en cohérence des stratégies médicales de chaque établissement ;
 - L'articulation avec le réseau régional de cancérologie. ».
- Tel est l'esprit qui doit guider la rédaction de l'objet spécifique du pôle de référence en oncologie PACA-Ouest.

Dans un deuxième titre, pourraient être rassemblées les dispositions relatives aux droits et obligations des membres. Seraient ainsi fixées précisément les conditions d'admission d'un nouveau membre, d'exclusion ou de retrait d'un membre. Les droits sociaux de l'AP-HM et de l'IPC (nombre de voix à l'Assemblée générale, responsabilité en cas de dettes, ...) seraient proportionnels aux apports et participations. De même, leur contribution aux charges d'exploitation serait calculée au prorata des services rendus.

Le fonctionnement des instances du groupement doit être détaillé dans la convention. Une assemblée générale composée de l'ensemble des membres du groupement assure son administration : elle délibère en particulier sur les décisions engageant l'avenir de la structure, de même que sur le budget, le niveau des participations des membres, l'approbation des comptes, l'autorisation d'ester en justice. Tandis que la gestion quotidienne serait confiée à une personne élue par l'assemblée générale en son sein. Pour assurer un équilibre dans la représentation des deux partenaires, on peut imaginer qu'un administrateur suppléant, issu de l'établissement dont n'est pas originaire l'administrateur, soit nommé par l'assemblée générale.

⁷¹ Accord cadre FNCLCC –FNCCHU *relatif à la constitution des Groupement de Coopération Sanitaire associant CHU et CLCC dans le domaine de la cancérologie.*

Dans un souci d'efficacité, il apparaît souhaitable de maintenir voire de renforcer les relations de travail informelles qui se sont nouées entre le Secrétaire Général de l'IPC, la directrice chargée de la cancérologie et le Président de la commission de cancérologie de l'AP-HM. Des rencontres régulières permettraient d'avancer de manière pragmatique sur les questions de gestion quotidienne et d'aplanir les difficultés liées aux personnes.

Pour finir, la convention devrait prévoir les conditions de conciliation, de communication des informations, de dissolution et de liquidation du groupement. Il s'agit notamment d'éviter, au terme éventuel de la coopération, toute difficulté dans la dévolution des biens du groupement.

La convention constitutive définit ainsi les règles essentielles de gestion de la structure ; une règlement intérieur viendra préciser les modalités plus spécifiques, comme les règles de fixation et de paiement des participations annuelles des membres.

Précisions sur les problématiques liées au fonctionnement du pôle

C'est surtout le volet consacré au fonctionnement du pôle qui devra faire l'objet d'une rédaction particulièrement précise, car ces questions de droit qu'il règle soulèvent des enjeux importants, des risques de contentieux notamment.

La convention doit en effet déterminer les conditions d'intervention du personnel et les modalités de gestion financière. Plusieurs solutions sont envisageables pour doter le GCS de moyens humains : mise à disposition, détachement des fonctionnaires, recrutements d'agents contractuels, recrutement de personnel médical. Quant aux moyens financiers, un budget annuel devra être approuvé par l'assemblée générale. Le groupement ne donnant pas lieu à la réalisation et au partage de bénéfices⁷², les résultats de l'exercice, s'ils en existent, seront reportés sur l'exercice suivant. Il faudra veiller enfin à ce que les locaux et matériels mis à disposition du groupement par un membre reste la propriété de celui-ci.

De la détermination de la nature privée ou publique du GCS dépendra la formulation de dispositions précises sur la nature de son domaine, le droit applicable à ses achats, à sa fiscalité. Afin de garantir une certaine sécurité juridique il apparaît souhaitable de confirmer cette nature par un faisceau d'indices : comptabilité, majorité publique ou privée

⁷² Article L. 6133-1 du Code de la Santé Publique.

dans le capital, financements, instances, etc. De même, il faudra inscrire précisément dans la convention constitutive des éléments plaidant en faveur de l'exonération des impôts commerciaux : caractère non lucratif, gestion désintéressée, caractère non-concurrentiel du groupement.

Dans l'hypothèse où le GCS serait amené à occuper le domaine public, sera prévue une formule juridique adéquate, en fonction du cas : réutilisation de locaux existants ou construction nouvelle (dans ce dernier cas, utilisation par l'ensemble des membres, un membre privé ou uniquement par le GCS). Quelle que soit la formule juridique choisie (convention d'occupation précaire, bail emphytéotique, déclassement suivi d'une cession ou d'un bail de droit commun, etc.), la rédaction du ou des contrats devra déterminer clairement les droits et obligations de chacune des parties, tant au cours de l'occupation du domaine qu'en cas de rupture anticipée du contrat. Ces contrats sont en effet par nature précaires et donc susceptible d'être résiliés à tout moment.

La vigilance sera aussi de mise dans la politique d'achat du pôle de référence ; celui-ci ne doit pas être considéré comme une structure de délestage face aux contraintes du code des marchés publics. Faute de précisions quant à son application au GCS, il est difficile de déterminer si la présence d'une personne morale de droit public pourrait avoir un effet attractif sur la qualification des marchés conclus par le groupement pour assurer son fonctionnement. Deux cas peuvent toutefois se présenter pour lesquels le GCS sera dans l'obligation de se référer au code des marchés publics : la construction d'un ouvrage pour le compte de ses membres⁷³ et la construction d'ouvrages pour les équipements lourds dont il détient les autorisations en propre⁷⁴.

On voit ici toutes les difficultés qu'il faut savoir anticiper dès la rédaction des textes juridiques constituant le Groupement de Coopération Sanitaire. Il s'agit certes d'éviter toute procédure contentieuse, mais aussi de pouvoir développer en toute sécurité les potentialités du groupement.

⁷³ Le GCS joue dans ce cas le rôle de maître d'ouvrage délégué, la loi maîtrise d'ouvrage public de 1985 trouve à s'appliquer. Or, la notion de travail public entraîne l'application intégrale du code des marchés publics.

⁷⁴ C'est le critère de travaux publics qui pourrait jouer, entraînant l'application de la loi Sapin de 1993. Le GCS serait alors soumis seulement aux règles de publicité et de mise en concurrence du code des marchés publics.

Le Groupement de Coopération Sanitaire tend à s'imposer pour formaliser la coopération entre l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille et l'Institut Paoli-Calmettes, il reste cependant un pur outil juridique. Il donne un cadre et une image à la coopération, il n'est pas la coopération.

CONCLUSION

A l'heure actuelle, le pôle de référence en oncologie PACA-Ouest n'en est qu'à ses prémises. Les premiers projets réalisés laissent présager des collaborations plus abouties. Le virage vers l'institutionnalisation du pôle de référence doit être négocié. A cet égard, le chef d'établissement joue un rôle moteur dans la définition de la stratégie d'action et la négociation des modalités du partenariat avec le privé.

La seule stratégie opportuniste qui consiste à vouloir tirer le meilleur parti du plan cancer ne suffit pas. Pour mobiliser les énergies et aplanir les réticences «culturelles », les équipes médicales et non-médicales doivent pouvoir se retrouver autour d'un projet cohérent avec les besoins de l'institution et des patients qu'elle prend en charge.

Compte-tenu de l'envergure des deux établissements et du champ de la coopération envisagé, les modalités de réalisation du pôle de référence ne se dessinent que progressivement. La formule du Groupement de Coopération Sanitaire ne peut s'imposer a priori ; il n'est en fait qu'un outil au service de la coopération. La convention permet déjà d'organiser efficacement le pôle de référence. Son institutionnalisation par la création d'une nouvelle personne morale sera surtout un gage de sécurité juridique et de légitimité auprès des pouvoirs publics.

Si l'alliance se crée autour des ambitions du plan cancer, le chef d'établissement doit finalement composer avec les formules proposées pour construire une alliance stable avec le partenaire privé. L'émergence d'une stratégie concertée et adaptée aux circonstances locales prend du temps. Une gestation institutionnelle indispensable qui ne correspond peut-être pas au calendrier du plan cancer. Le retard pris dans la publication des textes réglementaires relatifs au Groupement de Coopération Sanitaire et à l'organisation des soins en cancérologie ne facilite pas la tâche.

En revanche, le pôle de référence en oncologie PACA-Ouest permet aux deux établissements de se positionner en acteur de leur territoire de santé. Les progrès réalisés jusqu'ici dans la lutte contre le cancer ont été davantage liés au perfectionnement des techniques qu'à ceux sur l'organisation générale des soins.

La création de ce pôle hospitalo-universitaire permet d'engager la réflexion sous l'angle de l'organisation d'une filière patient qui garantisse une réponse plus adaptée et de qualité aux besoins de malades. Les dynamiques de terrain sont ainsi encouragées. De nouvelles pistes de développement de la prise en charge sont explorées. A l'heure où la lutte contre le cancer s'organise au plan national et international, la démarche initiée par l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille et l'Institut Paoli-Calmettes met fin à la dispersion des énergies locales et fait du pôle de référence un acteur de poids dans la politique de santé publique à l'œuvre.

Bibliographie

Textes

- Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins

- Loi 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

➤ **Sur la cancérologie**

- Circulaire n° 93-013 du 13 octobre 1993 relative à la complémentarité entre Centres Hospitaliers Universitaires et Centres de Lutte contre le Cancer dans le domaine de la cancérologie

- Circulaire DGS/DH/AFS n°98-213 du 24 mars 1998 relative à l'organisation des soins en cancérologie dans les établissements d'hospitalisation publics et privés

- Rapport d'information au Sénat relatif au financement et à l'organisation de la politique de lutte contre le cancer, Sénateur Oudin, 1998.

- Schéma Régional d'Organisation Sanitaire PACA, Annexe Opposable Cancérologie de février 2001

- Plan de mobilisation nationale contre le cancer, Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées et Ministère délégué chargé de la Recherche et des nouvelles technologies, 24 mars 2003.

- Accord cadre FNCLCC–FNCCHU relatif à la constitution des Groupement de Coopération Sanitaire associant CHU et CLCC dans le domaine de la cancérologie, 2 septembre 2004.

➤ **Sur la coopération sanitaire**

- Conseil d'Etat, Avis n°358047 du 1^{er} août 1995, Rapport public 1995

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

- Rapport collectif Fédération Hospitalière de France et Fédération de l'Hospitalisation Privée. *Réflexions, orientations et propositions pour une nouvelle coopération entre établissements de santé publics et privés.* janvier 2002.

- Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé, Titre III
- Articles L. 61133-1 à L. 6133-6 du Code de la Santé Publique

➤ **Sur les Centres Hospitaliers Universitaires et les Centres de Lutte contre le cancer**

- Ordonnance du 1^{er} octobre 1945 créant le statut des CLCC
- Ordonnance du 30 décembre 1958 créant le statut des CHU
- Tribunal des Conflits, 20 novembre 1961, «centre de lutte contre le cancer Eugène Marquis »

➤ **Sur la coopération entre l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille et l'Institut Paoli-Calmettes**

- Convention de structure de 1969
- Convention de 1991, Accord-cadre de coopération
- Convention de coopération 1996, mise à jour en 2000
- Convention de création du pôle de référence en oncologie PACA Ouest du 11 septembre 2003
- Plan cancer, état des lieux à partir du plan de mobilisation nationale, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, septembre 2003
- Rapport d'activité de l'Institut Paoli-Calmettes, 2003

Ouvrages

- BUDET J.-M., BLONDEL F. *L'hospitalisation publique et privée : des ordonnances de 1996 au plan Hôpital 2007*. 3^e édition. Paris : Berger-Levrault. 2004. 414p.
- CLEMENT J.-M. *Réflexions pour l'hôpital : proximité, coopération, pouvoirs*. 2^e édition. Bordeaux : Etudes hospitalière. 2004. Ouvrages généraux.
- CONSTANDRIOPOULOS A.P., SOUTEYRAND Y. (coordonnateurs). *L'hôpital stratège : dynamiques locales et offres de soins*. John Libbey, MIRE, 1996.
- CRESSON G., DRULHE M, SCHWEYER F.-X. *Coopération, conflits et concurrences dans le système de santé*. Rennes : ENSP. 2003. 287 p. Recherche santé Social

- DENOIX P. Histoire des centres de lutte contre le cancer. Paris : FNCLCC. 1991.
- Fédération Nationale des Observatoires régionaux de Santé. *La santé observée dans les régions de France*. Paris : Documentation Française. 2000
- HILL C. DOYON-GARNIER H. *Epidémiologie des cancers*. Paris : Flammarion, 1997. 81p.
- HOUDART L., LAROSE D., BARRE S. *Traité de coopération hospitalière*. Paris : Houdart. 2000. 207p. (vol.1) et 117p (vol. 2). Santé
- MATHIS D. (dir.) *Les structures de coopération interhospitalière et autres formes de complémentarité sanitaire*. Bordeaux : Etudes Hospitalières. 2001. 276p.
- REMONTET L. et al. *Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000*. Paris : Institut National de Veille Sanitaire. 2003

Périodiques

- Dossier spécial «L'hôpital et le cancer » coordonnée par Marie Bonnet, in Gestions hospitalières, mai 2004, n°436, pp.321-403
- Dossier spécial «Public-Privé, concurrence ou synergie ? » in Décision santé, mars 2003, n°193, pp.8-13.
- Dossier spécial «plan cancer, politique ou enjeu de santé publique ? » in Décision santé, avril 2003, n°194, pp.8-13.
- Dossier spécial « Cancer, les patients veulent savoir » in Décision santé, octobre 2003, numéro spécial, pp.4-22.
- BLOCH J., DUMONT C. La lutte contre le cancer en France. Regards sur l'actualité, août-septembre 2003, n°293, pp.63-75.
- BORELLA L., GARRIGUES B. La prise en charge hospitalière du cancer en France en 1999. Bulletin du cancer, 2002, n°89, pp. 809-821.
- CHEROUTRE-BONNEAU S. ? JACQUINET C. Rapport public-privé : vers un tiers secteur. Cahiers hospitaliers, mai 2002, n°4, pp.30-33

- DOGIMONT R. Groupement de Coopération Sanitaire, transcription juridique d'incertitudes politiques. Gestions hospitalières, janvier 2004, n°432, pp.12-16.
- ESPER C. Les acteurs de la cancérologie et leurs actions. Technologie santé, janvier 2000, n°41, pp.10-16
- GUERIN J.-P. La collaboration CHU/CRLCC à Nantes : les étapes administratives et contractuelles. Technologie santé, janvier 2000, n°41, pp.64-66.
- HOUDART L. Public-privé : concurrence, complémentarité ou coopération ? Regards de la Fédération de l'Hospitalisation privée, janvier-février 2004, n°22.
- LE MEVEL B. La collaboration CHU/CRLCC à Nantes : les aspects médicaux. Technologie santé, janvier 2000, n°41, pp.61-63.
- SEGADE J.-P. Le groupement de coopération sanitaire : premières réalisations et questions de droit. Actualités Jurisanté, mars 1999, n°25, pp.16-17.

Mémoires

- BRAILLON V. La coopération interhospitalière : l'exemple du centre hospitalier de Saint-Cloud et du centre René Huguenin. Mémoire ENSP – Directeur d'hôpital, 2000.
- LAGIER P. Hôpital public et stratégies externes : les projets de coopération public/privé du Centre Hospitalier de Rambouillet sur la Ville Nouvelle de Saint-Quentin en Yvelines. Mémoire ENSP – Directeur d'hôpital, 2003.
- MARIA S. La coopération inter-hospitalière : quelle politique pour quel succès. Mémoire ENSP-IASS. 1996.

Sites Internet

www.institutpaolicalmettes.fr

www.cancerologie.ap-hm.fr

www.fnclcc.fr

www.plancancer.fr

www.arhpaca.fr

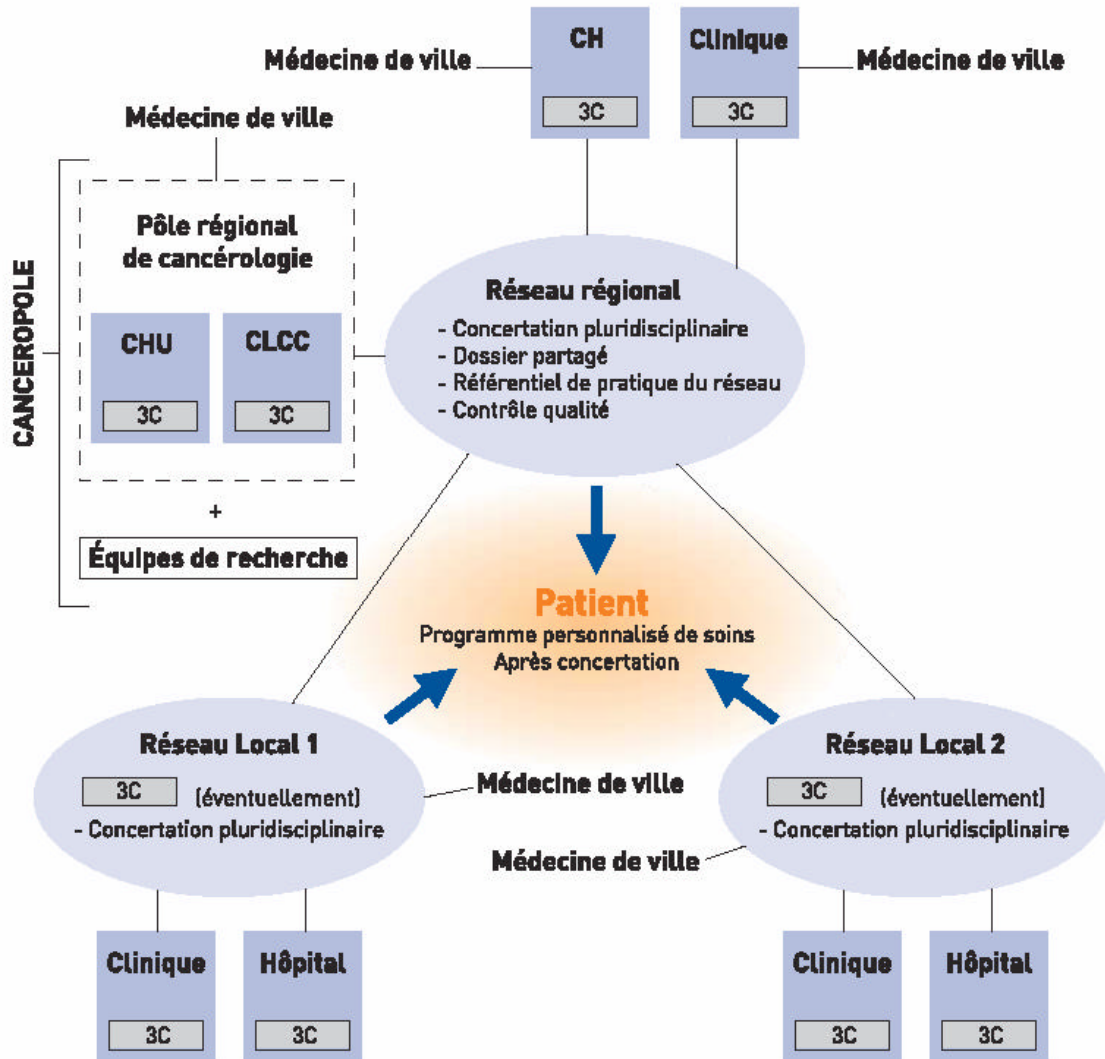
www.reseau-chu.fr

Liste des annexes

1. Organisation des soins du cancer en réseau
2. Convention constitutive du pôle de référence en Oncologie PACA-Ouest
3. Accord cadre FNCLCC-FNCCHU relatif à la constitution de Groupements de Coopération sanitaire associant CHU et CLCC dans le domaine de la cancérologie

Annexe 1

Organisation des soins du cancer en réseau



Source : Plan de mobilisation nationale contre le cancer

Annexe 2

Convention constitutive du pôle de référence en Oncologie PACA-Ouest



**Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille**

Institut Paoli-Calmettes

**Pôle de Référence
en Oncologie Paca Ouest**

Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille **CONVENTION**

Institut Paoli-Calmettes **N°2003 / 0484**



Préambule

L'Assistance Publique Hôpitaux de Marseille et l'Institut Paoli-Calmettes,

- *considérant leurs obligations législatives et réglementaires dans le domaine de la coopération,*
- *considérant les mesures du plan cancer annoncées par Monsieur le Président de la République en date du 24 mars 2003,*
- *considérant le SROSS Cancérologie de la région PACA et la création d'un pôle de référence en cancérologie,*
- *considérant des relations anciennes entre les deux institutions formalisées dans une convention de coopération marquée en 1991 par un accord-cadre dont la dernière mise à jour date du 17 novembre 2000,*
- *considérant que ces relations doivent s'établir dans un cadre précis,*
- *reconnaissant leurs apports mutuels en matière de prise en charge des patients atteints de cancer,*

ont décidé de mettre leurs compétences et équipements respectifs au service

- *d'une meilleure prise en charge des patients*
- *d'un meilleur affichage régional et national de la cancérologie.*

Cette collaboration s'inscrit dans une convention basée sur :

- *une volonté d'un développement commun de l'oncologie dans les 2 institutions sur la base de la concertation et la coopération,*
- *un choix délibéré de la complémentarité par le partage des domaines de la cancérologie,*
- *une volonté de mise à disposition réciproque de moyens diagnostiques et thérapeutiques.*

L'ambition de cette coopération est de mettre en synergie les savoirs, les moyens et les motivations des deux Institutions pour créer conjointement un Pôle Régional de référence en Cancérologie.

Cette collaboration s'ouvrira au pôle de cancérologie PACA EST.



**Pôle de Référence
en Oncologie Paca Ouest**



Convention de création d'un pôle de référence en oncologie PACA OUEST

Entre

L'Assistance Publique Hôpitaux de Marseille, Centre Hospitalier Régional Universitaire,
représenté par son Directeur Général, *Monsieur Guy VALLET*, d'une part,

Et

L'Institut Paoli-Calmettes, Centre Régional de Lutte Contre le Cancer,
représenté par son Directeur *Monsieur le Professeur Dominique MARANINCHI*, d'autre part,

Vu la convention de structure hospitalo-universitaire en date du 5 juillet 1974,

Vu l'accord cadre du 15 avril 1991 mise à jour le 16 octobre 1996,

Il est convenu et arrêté ce qui suit :

Titre 1

Le pôle de référence en oncologie APHM-IPC

Article 1 - Création d'un pôle de référence en cancérologie

L'AP HM et l'IPC, reconnaissant leurs apports mutuels en matière de prise en charge des patients atteints de cancer, décident de constituer dans le cadre d' un pôle de référence hospitalier en cancérologie pour la région PACA OUEST.

Pour une meilleure synergie de la prise en charge des patients et un meilleur affichage hospitalier régional et national, les 2 structures s'engagent :

- ▶ A coopérer sur le plan clinique, dans le respect du libre choix des patients :
 - en identifiant leurs champs d'activité clinique en cancérologie
 - en les partageant pour éviter des redondances et proposer ainsi une offre complète de soins en cancérologie,
- ▶ A partager l'utilisation d' un ensemble de plateaux techniques,
- ▶ A coordonner le fonctionnement et le développement de ce pôle de référence,
- ▶ A travailler au rapprochement de leurs référentiels et de leurs réseaux d'oncologie,
- ▶ A avoir une politique concertée en matière :
 - d'équipement,
 - de développement scientifique,
 - de communication à la population,
- ▶ A développer un site internet commun.



Article 2 - Mise en œuvre d'une coopération clinique

Considérant les filières de soins qui motivent un classement des cancers par organe ou appareil (au sens anatomique), et la nécessité d'une prise en charge incluant plusieurs champs (prévention, dépistage, diagnostic, évaluation pronostique, traitement primaire, chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, biothérapie et autres thérapies innovantes, traitement secondaire, stratégie palliative, prise en charge psychosociale...), les 2 institutions s'accordent à retenir 3 types de domaines en ce qui concerne leur part respective (domaine exclusif, commun et partagé).

Le positionnement des deux institutions s'effectue sur la base des capacités réelles de chaque structure, de la reconnaissance (locale, régionale nationale et internationale) des équipes dans leur domaine, tout en respectant la nécessité que chacune contribue de façon équitable aux missions d'un pôle de cancérologie. Ainsi, les 2 structures décident de se partager aussi bien les domaines d'excellence, que la nécessaire prise en charge au quotidien du grand nombre des malades concernés (aucune des 2 institutions n'ayant vocation à devenir soit un hôpital général déconnecté de la recherche, soit un laboratoire déconnecté des contingences de santé de la région).

Dans les trois situations précédemment décrites (domaine exclusif, commun et partagé), les deux institutions s'engagent à favoriser leur accès commun à tous les services cliniques, plates-formes techniques et de recherche qui dépendent d'elles.

L'onco gériatrie fera l'objet d'une prise en charge hospitalière commune dont les modalités seront définies ultérieurement dans une annexe à cette convention.

Article 3 - Activités oncologiques exclusives

Définition : Une des 2 institutions couvre l'ensemble des champs de l'organe ou appareil concerné (même si l'autre fournit ponctuellement un appui en terme clinique ou de recherche) ; elle a fait la preuve de sa compétence et de sa notoriété dans le domaine et assure à ce titre **le leadership du domaine**.
La seconde institution réalise éventuellement une activité limitée dans le champ concerné.

Engagements :

L'institution leader s'engage :

- à prendre en charge tous les patients de ce type issus de l'autre structure,
- à développer un réseau ciblé sur cet organe,
- à faire état, lorsqu'il y a lieu, de l'aide apportée par l'autre institution.

La seconde institution s'engage :

- à ne pas chercher à développer de façon autonome et non concertée une activité clinique ou de prévention dans ce domaine,
- à ne pas développer de système de recrutement ou de réseau concurrent,
- à orienter préférentiellement les patients concernés vers la première institution,
- à travailler utilement à une collaboration sur le plan scientifique,
- en cas de coopération avec l'institution leader (recherche clinique, communication, publications), à afficher clairement le partenariat avec cette institution.

Domaines concernés :

Ceci concerne tous les cancers rares et pour lesquels une des institutions assure de fait cette prise en charge clinique depuis des années et a acquis la notoriété dans ce domaine.

Les tumeurs (appareils et spécialités) concernées sont :

- Les néoplasies hématologiques de l'adulte : IPC,
- Les néoplasies hématologiques de l'enfant : APHM,
- Les tumeurs du système nerveux (neurooncologie) : APHM,
- Les tumeurs solides de l'enfant : APHM,
- Les tumeurs de la peau (dermato oncologie) : APHM,
- La chirurgie orthopédique et les ostéosarcomes : APHM.

Article 4 - Activités oncologiques communes

Définition : les 2 institutions couvrent chacune **l'ensemble des champs de l'organe ou appareil concerné**. Elles ont déjà fait la preuve de leur compétence dans ce domaine, de leur notoriété et **elles animent déjà chacune un réseau actif**. Ceci ne concerne que des cancers à très forte incidence.

Engagement :

les 2 institutions s'engagent

- à rapprocher progressivement leurs réseaux et leurs référentiels, dans le but de créer à terme un réseau régional commun,
- à engager des essais cliniques communs, et à rendre accessible l'information sur l'ensemble des essais cliniques,
- à collaborer dans l'exploration biologique de la maladie,
- à collaborer sur le plan scientifique,
- à afficher clairement le partenariat notamment dans la communication et les publications.

Les tumeurs appareils et spécialités concernées sont :

- Cancers génitaux féminins (Gynéco-oncologie),
- Cancers du sein (Sénologie),
- Cancers de l'appareil digestif (Gastroentérologie).

Les sarcomes ou les cancers métastatiques d'origine indéterminée, bien que plus rares, sont inclus dans ce domaine commun du fait de la fonction de recours régional spécifique assurée par les deux institutions.

Article 5 - Activités oncologiques partagées

Définition : Les 2 institutions s'entendent pour assurer, de par leurs compétences propres, **des champs d'activité** de l'organe ou appareil concerné. Le partage s'effectue sur les bases des activités actuelles.

Engagements :

Les 2 institutions s'engagent :

- à ne pas se développer dans les champs assurés par l'autre institution,
- à ne pas développer un réseau (appareil ou organe) concurrent quand un réseau existe déjà,
- à participer à parts égales à la mise en oeuvre régionale du réseau existant,
- à collaborer sur le plan scientifique,
- à afficher clairement le partenariat notamment dans la communication et les publications,
- à assurer la prise en charge dans un cadre interdisciplinaire et concerté.

Ceci concerne tous les cancers fréquents pour lesquels les 2 institutions assurent de fait une part technique de cette prise en charge clinique depuis des années et ont acquis la notoriété dans ce domaine.

Domaines concernés :

Les cancers de l'appareil urinaire

et cancers de l'appareil génital masculin (Uro-oncologie) :

- chirurgie de l'organe et traitements instrumentaux innovants du cancer localisé et localement avancé : APHM,
- radiothérapie et traitements médicaux : APHM/IPC.

Les cancers des muqueuses respiratoires supérieures et de la bouche (ORL, stomatologie) :

- chirurgie : APHM essentiellement,
- radiothérapie et traitements médicaux : APHM/IPC.

Les cancers des organes intrathoraciques (poumon, plèvre, œsophage) :

- chirurgie : APHM,
- radiothérapie et traitements médicaux : APHM/IPC.



Titre 2 vers un projet médical concerté en cancérologie

Article 6 - Des références médicales communes

La qualité de la prise en charge oncologique est fortement liée aux stratégies thérapeutiques retenues mais également à l'organisation du parcours des patients au sein de filières de professionnels ou de réseaux d'établissements. De ce fait, et conformément au SROSS, la création d'un pôle de référence en cancérologie ne saurait se concevoir sans rapprochement des thésaurus et des réseaux de l'une et l'autre des deux parties.

L'APHM et l'IPC s'engagent sur les points suivants :

- ❏ mise à disposition des praticiens de PACA OUEST de référentiels diagnostiques et thérapeutiques communs (que ce soit dans les domaines exclusifs, communs ou partagés),
- ❏ structuration progressive d'Unités de Concertation Pluridisciplinaire communes dans l'institution leader pour les domaines exclusifs, et d'Unités de Concertation Pluridisciplinaire séparées mais coordonnées pour les domaines communs et partagés,
- ❏ rapprochement des réseaux APHM et IPC dans les domaines communs et adhésion aux réseaux existants dans les domaines exclusifs et les domaines partagés,
- ❏ non développement d'un réseau (appareil ou organe) concurrent quand un réseau existe déjà dans l'autre institution : celui-ci sera explicitement ouvert aux membres de l'autre Institution,
- ❏ évolution progressive vers des réseaux régionaux communs,
- ❏ réalisation commune de programmes de recherche clinique,
- ❏ mise à disposition d'un thésaurus commun des essais cliniques en cancérologie avec possibilité d'inclusion systématiquement offerte aux membres de l'autre Institution.



Article 7 - Une politique stratégique concertée en oncologie

Chacune des structures conserve son autonomie et son dynamisme propre, mais s'inscrit dans une stratégie commune de développement en matière d'oncologie. Les 2 institutions affichent leur volonté à définir de manière concertée et coordonnée leur stratégie en matière d'oncologie et à évoluer vers l'élaboration de programmes communs de développement.

Les 2 institutions s'engagent pour cela :

- à se concerter régulièrement sur leurs projets respectifs avant leur engagement ou leur mise en œuvre,
- à ne pas engager de projets structurants autonomes dans le domaine de l'oncologie sans l'avis préalable de l'autre structure,
- à élaborer des programmes communs de développement.

Ainsi, toute décision structurelle

- dans l'équipement lourd ou semi lourd,

▫ dans le développement de structures de thérapie innovante, de même que toute communication forte de nature à donner une image de l'oncologie dans l'une ou l'autre des 2 institutions, feront l'objet d'une discussion au minimum bi annuelle dans le cadre du Comité de pilotage APHM/IPC.



Titre 3

Création d'une plate-forme partagée de cancérologie

Article 8 - Un plateau d'oncologie

Pour une meilleure synergie de la prise en charge des patients et un meilleur affichage régional et national, chaque structure s'engage à permettre l'accès de l'autre institution à l'ensemble de ses plateaux techniques.

Un plateau commun d'oncologie APHM et IPC est ainsi créé et comprend :

Des structures auxquelles participent les 2 institutions :

- Centre de thérapie génique,
- Centre d'investigation clinique,
- Espace éthique méditerranéen.

Des structures de l'APHM :

- Un centre lourd de radiothérapie, –
- Un centre semi lourd de radiothérapie (dans les 3 ans),
- Un centre de thérapie cellulaire non hématopoïétique,
- Une unité de transplantation pédiatrique,
- Un gamma Knife,
- Un ensemble de services d'imagerie Radiologie IRM,
- Une plateforme de médecine nucléaire avec un PET scan,
- Une plateforme d'anatomopathologie,
- Un laboratoire de transfert d'Oncologie biologique,
- Une Tumorothèque,
- Unité fonctionnelle de biologie moléculaire,
- Un Laboratoire de génétique moléculaire pour les tumeurs endocrines,
- Un service de Cytogénétique oncologique,
- Une Structure de Santé Publique en projet,
- Des équipes de psycho-oncologie et de soins palliatifs,
- Un centre de résonance magnétique et de biologie médicale.

Des Structures de l'IPC :

- Un centre lourd de radiothérapie,
- Un Centre de curiethérapie,
- Une plateforme de médecine nucléaire avec un PET scan,
- Un laboratoire d'Oncologie moléculaire avec ses différentes composantes,
- Un laboratoire d'Oncologie génétique,
- Un service de cytogénétique oncologique,
- Une plate-forme d'imagerie oncologique,
- Un laboratoire d'immunologie des tumeurs,
- Une plate-forme de biopathologie
(anatomopathologie, hématologie spécialisée, pathologie moléculaire),
- Une tumorothèque,
- Une unité de transplantation et de thérapie cellulaire et génique,
- Une unité d'épidémiologie et sciences sociales appliquées à l'innovation,
- Une unité mixte de recherche en cancérologie,
- Des équipes de psycho-oncologie et de soins palliatifs.

Toutes les structures qui viendraient compléter à l'avenir ces plateaux techniques seront intégrées dans ce plateau commun.

Les modalités d'accès ou de partage des composantes de cette plate-forme seront définies par le comité de pilotage, étant précisé que chacune des deux parties conserve la totale propriété de ses équipements ainsi que la liberté de leur organisation et de leur fonctionnement.

Titre 4 Evaluation

Article 9 - Modalités d'évaluation du pôle de référence

Tous les deux ans, un bilan de mise en œuvre du pôle de référence en oncologie PACA OUEST sera réalisé et présenté au comité de pilotage. Ce bilan portera notamment sur les points suivants :

- ▶ élaboration de référentiels diagnostiques ou thérapeutiques communs,
- ▶ fonctionnement commun ou concerté d'Unités de Concertation Pluridisciplinaire,
- ▶ évolution des réseaux de cancérologie des deux institutions,
- ▶ collaborations en matière d'essais cliniques,
- ▶ évolution du site internet APHM/IPC,
- ▶ coopérations des équipes APHM/IPC par organe ou pathologie,
- ▶ flux de patients entre les deux institutions pour chacune des modalités de prise en charge (consultations, hospitalisation, ambulatoire).

et plus généralement sur l'ensemble des points abordés dans la présente convention.

Une fois validé par le comité de pilotage ce bilan sera ensuite diffusé au sein des deux institutions et adressé aux autorités de tutelle. Ces grandes lignes seront intégrées sur le site internet APHM/IPC.

Titre 5

Organisation et fonctionnement

Article 10 - Comité de pilotage

La mise en œuvre et la conduite du pôle de référence d'oncologie PACA OUEST seront assurées par un comité de pilotage APHM/IPC avec la composition suivante :

- le Directeur Général de L'APHM, le Président de la CME,
- le Directeur de l'IPC, le Secrétaire Général de l'IPC,
- 2 représentants désignés par l'APHM,
- 2 représentants désignés par l'IPC.

En tant que de besoin, le comité de pilotage invitera à titre consultatif des personnalités extérieures.

Par ailleurs, les modalités pratiques de fonctionnement de ce pôle de référence hospitalier seront définies dans des annexes à la présente convention :

- échanges de praticiens,
- prestations de services médicales nomenclaturées,
- prestations de services hors nomenclature,
- toute collaboration donnant lieu à prestations de services, même non facturables.

Article 11 - Durée de la convention

Le pôle de référence en oncologie PACA Ouest «APHM/IPC» est créé pour une durée de quatre ans à compter de la signature du présent document.

Son renouvellement pour une période identique s'effectuera tacitement sauf résiliation expresse par l'une ou l'autre des parties avec préavis de six mois.

Article 12 - Résiliation de la présente convention

En cas de non respect de tout ou partie des engagements mentionnés dans le présent accord, les parties conviennent de rechercher des voies de conciliation dans le cadre d'une réunion en urgence du comité de pilotage. L'absence de conciliation entraînera une rupture immédiate de l'ensemble de la convention portant création d'un pôle de référence en oncologie PACA Ouest.

Article 13 - Annulation des précédents accords

La présente convention annule et remplace tous les accords de coopération antérieurs, et notamment l'accord cadre du 15 avril 1991 et sa mise à jour du 16 octobre 1996.

Fait à Marseille, le 11 Septembre 2003

Préfet de la Région Provence-Alpes-Côte d'Azur
Préfet des Bouches-du-Rhône
Président du Conseil d'Administration de l'Institut Paoli-Calmettes



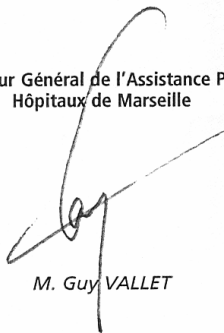
M. Christian FREMONT

Sénateur Maire de Marseille
Président du Conseil d'Administration
de l'Assistance Publique de Marseille



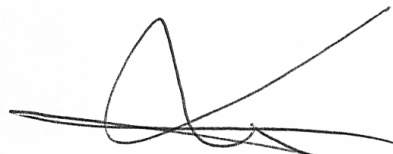
M. Jean-Claude GAUDIN

Le Directeur Général de l'Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille



M. Guy VALLET

Le Directeur de l'Institut Paoli-Calmettes



Professeur Dominique MARANINCHI

Annexe 3



**ACCORD CADRE
FNCLCC – FNC-CHRU
Relatif à la constitution des Groupements de Coopération Sanitaire
associant CHRU et CRLCC dans le domaine de la cancérologie**

Préambule

Lors de la présentation du Plan, le 24 mars 2003, le Président de la République dans son allocution a insisté sur la nécessité « d'une collaboration nouvelle entre hôpitaux universitaires et Centres Régionaux de Lutte Contre le Cancer ».

La Fédération Nationale des Centres de Lutte contre le Cancer (FNCLCC) et la Fédération Nationale de Cancérologie des CHRU associée à la FHF ont convenu de créer, dans cet esprit, des Groupements de Coopération Sanitaire (GCS) qui ont pour but de formaliser la nouvelle alliance des CHU et des CRLCC selon les modalités définies ci-après. Le GCS est appelé à assurer la représentation conjointe des CHU et des CRLCC au sein des pôles Régionaux de Cancérologie.

Dans chaque territoire de santé hospitalo-universitaire, le Plan Cancer prévoit la création d'ici fin 2004 d'un pôle de référence et de recours appelé pôle régional de cancérologie. Les CRLCC et les CHU, qui ont clairement identifié la cancérologie dans leur organisation, formeront ensemble en tant que GCS le socle de ces pôles régionaux associant éventuellement des centres hospitaliers ou des cliniques hautement spécialisés en cancérologie. Dans les régions où il existe un CHU mais pas de CRLCC, le CHU constitue de fait le socle local du pôle régional de référence qu'il rejoint en tant que tel.

Dans les régions où il existe plusieurs CHU et/ou CRLCC, un GCS est créé dans chacun des territoires hospitalo-universitaires par le binôme CHU-CRLCC, lié notamment par des conventions d'association au sens de l'article 6142.5 du CSP.

Un schéma spécifique est mis en place pour l'IDF entre l'AP-HP et les trois CRLCC.

Article premier : Création et formalisation du GCS

Dans chacun des territoires hospitalo-universitaires où ils sont présents, le CHU et le CRLCC constituent un Groupement de Coopération Sanitaire.

Ce groupement assure la représentation conjointe du CHU et du CRLCC au sein du Pôle Régional de Cancérologie et en constitue le socle.

Article deuxième : Objet du GCS

- ❖ L'objet du GCS est d'assurer dans le champ de la cancérologie :
 - ➔ La coordination des moyens du CHU et du CRLCC en vue de la réalisation des projets communs ;
 - ➔ La mise en cohérence des stratégies médicales de chaque établissement ;
 - ➔ L'articulation avec le réseau régional de cancérologie.
- ❖ et à ce titre mener à bien :
 - ➔ L'élaboration d'un projet médical cancérologique commun ;
 - ➔ Le développement d'un dossier patient communicant ;
 - ➔ La coordination du volet cancérologique du projet médical du CHU et du CRLCC ;
 - ➔ L'optimisation des moyens en plateau technique et équipements structurants.

Article troisième : Mobilité des professionnels

Les deux Fédérations signataires s'engagent à favoriser la mobilité des professionnels au sein des activités et projets pilotés par le groupement dans le respect des contrats, dispositions conventionnelles et statuts des personnels concernés.

Article quatrième : Gouvernance du GCS

Les droits des partenaires au sein de l'Assemblée Générale du groupement s'organisent sur le principe de la parité.

Les deux partenaires institutionnels membres du groupement peuvent être représentés par plusieurs personnes physiques exerçant des responsabilités spécifiques au sein de leur institution. Le Doyen ou son représentant fait partie de la gouvernance du CHU.

Le groupement peut, en tant que de besoin, assurer la gestion directe de moyens ou d'activités après l'accord du Conseil d'Administration de chaque institution. Dans cette hypothèse, un Conseil de Gestion spécifique par projet ou par activité est créé.

La représentation au sein de chaque Conseil de gestion tient compte des apports des membres.

Le règlement intérieur du groupement définit l'articulation entre le ou les comités de gestion par projet et l'Assemblée Générale du groupement.

Article cinquième : Relations du GCS avec le(s) UFR de Médecine

L'affectation de personnels de statut hospitalo-universitaire dans les CRLCC est réglée par les conventions d'association conclues avec les CHU sur le fondement de l'article 6142.5 du code de la Santé Publique.

Un Comité Régional d'Interface(*) entre le GCS et le(s) UFR permettra d'optimiser et de coordonner la participation du GCS aux missions de formation et de recherche des UFR dans le champ cancérologique.

Ce comité sera notamment chargé :

- d'assurer l'harmonisation de la répartition des missions hospitalières des personnels hospitalo-universitaires ;
- de coordonner et d'optimiser les moyens destinés à dynamiser la recherche. Il assurera, à ce titre, l'interface avec les EPST, le Cancéropôle et le cas échéant les structures de recherche clinique du Groupement ;
- de coordonner les formations en cancérologie.

(*) La composition du comité reposera sur un accord conclu entre les différents partenaires, selon les modalités adaptées à la situation de chaque pôle régional.

Article sixième – Concertation avec les Fédérations représentatives de la cancérologie.

Les fédérations précitées s'engagent à se concerter avec la Fédération de cancérologie des CHG, la FEHAP et l'UNHPC afin de convenir des modalités selon lesquelles, les sites hautement spécialisés d'Etablissement relevant de leurs organisations seront incités à s'associer au GCS dans le but de constituer un pôle régional de cancérologie ayant pour rôle la coordination des missions de soins.

Paris, le 2 Septembre 2004 –

Le Président de la F.N.C.L.C.C.,

Le Président de la FNCHRU,

Professeur Thomas TURSZ
Professeur Dominique MARANINCHI

Professeur Jean FAIVRE

4

Entretiens et personnes rencontrées

Etablissements :

➤ *Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille*

M. VALLET, Directeur Général

Pr. ROSSI, Secrétaire Général de la CME, Président de la fédération de cancérologie

Mme BONNET, Directrice chargée de la cancérologie

Pr. JUIN, Président du réseau ONCORÉP

Dr. RICHARD, médecin coordonnateur d'ONCORÉP

➤ *Institut Paoli-Calmettes*

M. MICHARD, Secrétaire Général

Tutelle :

Dr. DELOFFRE-ASIN, Chargée de mission Accréditation - Réseaux - Plan Cancer - Sécurité sanitaire - Gestion des Risques à l'ARH.

Dr. JACQUEME, Direction Régionale du Service Médical de l'assurance maladie.

Ecole Nationale de la Santé Publique :

Mme GUILLOU, Responsable du module stratégie et projets d'établissement.

Mission Interministérielle de Lutte contre le Cancer :

Pr. BUGAT, Expert missionné sur les pôles régionaux de cancérologie, Institut Claudius Regaud