

**MADAME LA MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA  
SANTÉ, MADAME MARISOL TOURAINE**

**MADAME LA MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET  
DE LA RECHERCHE, MADAME GENEVIEVE FIORASO**

---

---

---

**RAPPORT DE LA MISSION « ONCOPOLE DE TOULOUSE »  
VOTRE LETTRE DE MISSION INTERMINISTERIELLE DU 20 DECEMBRE 2012**

Pr Thierry Philip

Pr André Syrota

Assistés de  
M Hervé Douchin IGAENR  
M François Maury IGAS

DOCUMENT TRANSMIS AUX MINISTRES  
LE 24 AVRIL 2013  
RENDU PUBLIC LE 15 JUILLET 2013

*Madame la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé,  
Madame la Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche*

**VOUS NOUS AVEZ MANDATES POUR ESSAYER DE FAIRE PROGRESSER LE PROJET D'ONCOPOLE A TOULOUSE APRES AVOIR CONSTATE QUE L'ETAT, QUI AVAIT INVESTI 300 MILLIONS D'EUROS POUR CONSTRUIRE UN NOUVEL HOPITAL OPERATIONNEL DEBUT 2014, N'ETAIT PAS EN MESURE D'APPROUVER UN AN AVANT L'OUVERTURE, LA DEFINITION D'UN PROJET MEDICAL ET SCIENTIFIQUE COHERENT, D'UN MODELE DE GOUVERNANCE CLAIR ET D'UN MODELE JURIDIQUE PERMETTANT UNE GESTION OPTIMISEE DES BATIMENTS, DES EQUIPEMENTS ET DES PERSONNELS.**

Nous sommes en mesure de vous apporter les **premières orientations** mais **nous pensons que la mission doit se poursuivre et qu'elle n'est pas achevée.**

Votre diagnostic s'est avéré car le projet initié **dès 2004** avait pris du retard et n'était pas finalisé malgré un investissement public et privé sur le site de Langlade (ex AZF) de près d'un milliard d'€uros en 10 ans.

→ LES ELEMENTS HISTORIQUES, PRESENTES EN ANNEXE (CD ROM N°1), MONTRENT QUE LE PROJET N'APPORTAIT EN EFFET, DEBUT 2013, AUCUNE REPOSE JURIDIQUE, BUDGETAIRE ET DE GOUVERNANCE QUI PUISSENT ETRE ACCEPTEE PAR TOUS LES PARTENAIRES, CHACUN CONSIDERANT QUE CE PROJET S'ATTAQUAIT A SES PREROGATIVES INSTITUTIONNELLES ET ... LEGALES.

La nature même du projet consistant à réunir, sur la « Clinique universitaire du cancer », la totalité des activités du centre de lutte contre le cancer et une partie des activités du CHU, en lien avec le secteur privé et le réseau régional -s'il avait eu le mérite de mettre en place des comités d'organes communs, creuset de la construction d'une culture intégrée- présentait de graves risques identifiés par tous les acteurs.

Lorsque nous avons débuté la mission, le CHU vivait le transfert de ses activités comme une perte ou une amputation au bénéfice de l'autre établissement.

Par ailleurs, les acteurs des sites de Rangueil et de Purpan, professeurs à l'Université, travaillant dans des services orientés en cancérologie et destinés à rester dans le CHU ne comprenaient pas pourquoi la « Clinique universitaire du cancer », « c'était les autres ».

En regard, le centre de lutte contre le cancer l'Institut Claudius Regaud, qui fête ses 90 ans en 2013, avait l'impression que sa culture, son mode de fonctionnement et son appartenance à la famille des centres étaient remis en cause. L'Institut Claudius Regaud avait la crainte de n'être plus ni lisible, ni visible et donc de disparaître.

Enfin, le secteur privé considérait qu'il avait été oublié en chemin dans le projet.

#### **Une prise de conscience avait eu lieu en 2009.**

Elle avait abouti à la création des comités d'organes mixtes CHU/CRLCC, à la restructuration des grands départements d'organes du CHU et à la compréhension dans les deux établissements que le projet imposait de mettre en commun des moyens entre les deux institutions.

Cette prise de conscience a permis à la mission, malgré une situation non stabilisée à son arrivée, d'aboutir rapidement sur plusieurs des points qui constituaient les objectifs de notre mission.

LE PREMIER RESULTAT DE LA MISSION EST D'AVOIR REMIS LES ACTEURS AU CENTRE DU DEBAT ET DE LEUR AVOIR FAIT PARTAGER RAPIDEMENT LES POINTS POSITIFS ET NEGATIFS DE LA SITUATION.

→ **Points positifs :**

- Nous avons pu remarquer très vite que le CHU avait réorganisé sa cancérologie sur trois sites : le site de Purpan, le site de Rangueil, et le site de l'Oncopole (ancien siège d'AZF, site de Langlade).

Cette réorganisation s'est faite sur les trois sites **sans aucun doublon**, c'est-à-dire sans aucune compétition potentielle entre les sites et il faut souligner que les services du CHU qui doivent aller sur le site de l'ONCOPOLE ne persistent pas dans le CHU et ne créent donc pas de potentielle compétition.

De plus, le management budgétaire déconcentré du CHU sur chacun des trois sites est un autre **atout considérable**.

- L'Institut Claudius Regaud est organisé de telle manière à ce qu'il peut réaliser la **totalité de la radiothérapie publique à but non lucratif** (il n'y a pas de radiothérapie dans le CHU à l'exception de la neuro-stéréotaxie à Rangueil<sup>1</sup>).

- Par ailleurs, l'arrivée sur le site de l'ONCOPOLE de l'**Institut Claudius Regaud avec un budget en équilibre** d'une part et des amortissements échus, d'autre part, est un atout considérable.

- Nous avons pu constater que le **projet médical était très avancé à notre arrivée**, non seulement pour le site de l'ONCOPOLE mais aussi au CHU pour le site de RANGUEIL et celui de PURPAN.

- Nous avons pu constater également une **vraie intégration des équipes médicales** du CHU et de l'Institut Claudius Regaud dans le projet d'ONCOPOLE et un lien fort avec le secteur privé et les hôpitaux généraux, via le réseau ONCOMIP. Ce réseau, qui est un des meilleurs réseaux français, peut donner une dimension REGIONALE au projet et y réintégrer le Privé et les Hôpitaux Généraux pour les soins.

- Enfin, la **bonne entente entre l'actuel directeur du Centre Claudius Regaud et le directeur du centre de Recherche INSERM** qui doit se positionner sur le site de l'ONCOPOLE est un atout important comme est aussi un atout la création à Toulouse, sous le nom de projet CAPTOR, d'un **Pôle Hospitalo-universitaire de Cancérologie (PHUC)**, un des deux seuls en France.

- **Au total** : nous avons vite constaté que l'idée initiale de Philippe Douste-Blazy au cœur de la réflexion « *Transformer un lieu de mort en un lieu de vie et de combat pour la vie* » était fortement ancrée chez les acteurs et dans la population, portée activement par le maire de Toulouse Pierre COHEN, et que ce **projet pouvait être unique en France sous l'angle des coopérations hospitalières**.

---

<sup>1</sup> La Neuro-chirurgie étant à Purpan et l'ASN n'acceptant plus les appareils isolés, ce problème devra être résolu en tenant compte de l'accident survenu déjà en 2006.

C'est l'organisation du lien entre les soins, la recherche, l'enseignement et l'accrochage avec l'innovation et l'industrie qui peuvent en faire secondairement un **projet de niveau international** où l'enseignement et l'université doivent jouer un rôle clef puisque la recherche se fait d'abord avec des thésards et des post-doctorants.

→ **Points négatifs :**

- Il y avait évidemment des points négatifs qui avaient justifié l'envoi de la mission :

◆ Le **premier facteur négatif** : depuis 2004, les **acteurs** ont été le plus souvent « **suiveurs** » et non « **moteurs** » et la création d'une mission projet chargée d'aller vers un GCS établissement à comptabilité privée a eu pour conséquence de désinvestir les acteurs du CHU et de l'Institut Claudius Regaud de la mise en œuvre du nouveau projet.

◆ **Sur le site de Langlade**, la création d'un hôpital de 306 lits et 65 000 m<sup>2</sup> entraînerait nécessairement des questionnements sur sa viabilité économique, auxquels les éléments disponibles à la date d'envoi de la mission ne permettaient pas de répondre.

◆ **La multiplication des acteurs et des structures juridiques** rendait de plus en plus difficile la lisibilité et surtout la visibilité de qui est légitime pour mettre en œuvre ce projet puisque nous avons constaté que deux fondations, une association, 5 GCS dont 2 de droit public et 3 de droit privé, 1 GIP, 1 fond de dotation étaient partie-prenante du projet à des titres divers, chacun essayant d'avoir un rôle global alors qu'il ne constituait qu'une partie précise du projet.

◆ Il n'y avait à notre arrivée aucune visibilité sur la **structure juridique** définitive et sur les modes de gouvernance.

◆ Nous avons constaté également que si le **projet médical** était bien avancé avec une vraie intégration des différentes équipes médicales CHU, CRLCC et à un degré moindre, privé, hôpitaux généraux, il y avait une **déconnexion** entre les **médecins d'un côté et les personnels soignants et administratifs, de l'autre**.

◆ Nous avons pu constater aussi d'emblée que les **organisations syndicales** n'étaient pas assez associées à la réflexion.

◆ Enfin, la **communication** très forte autour de ce projet avait probablement en partie fait perdre les notions d'ordre de priorité et en particulier les points de fonctionnement basique à régler avant l'ouverture de ce qui était d'abord un nouvel hôpital avant d'être un centre de recherche et d'innovation. Cette communication avait annoncé la création à Toulouse d'un projet unique en France, encore restait-il à le prouver et surtout à le faire vivre.

**LE DEUXIEME RESULTAT DE LA MISSION A ETE DE PROPOSER ET DE FAIRE ACCEPTER RAPIDEMENT UNE EVOLUTION FORTE DU PROJET PERMETTANT DE PROPOSER UN NOUVEAU MODELE POUR LA LUTTE CONTRE LE CANCER EFFECTIVEMENT UNIQUE EN FRANCE.**

Ce modèle a pour ambition d'expérimenter le regroupement de l'organisation transversale des centres de lutte contre le cancer autour des grands outils de la lutte contre le cancer et l'organisation verticale autour des spécialités d'organes des centres hospitaliers universitaires. Les acteurs ont donc rapidement accepté un modèle « gagnant/gagnant » où les deux structures et les deux modèles peuvent se retrouver, exister, mais aussi converger.

## Organisation des soins entre le CHU et le CRLCC à Toulouse et lien avec les autres secteurs

Pour ce faire, nous avons proposé que l'Institut Universitaire du Cancer de Toulouse réunisse sur trois sites la totalité de la cancérologie du Centre Hospitalier Universitaire et la totalité de la cancérologie du Centre Régional de Lutte contre le Cancer en lien via la réseau ONCOMIP avec la totalité des traitements réalisés par le secteur privé et les hôpitaux généraux.

Ce premier principe a été accepté par les acteurs par écrit et l'Institut Universitaire du Cancer de Toulouse (IUCT) devient donc la réunion du site et de la cancérologie du CHU Purpan, du site et de la cancérologie du CHU RANGUEIL et du nouveau site de l'ONCOPOLE.

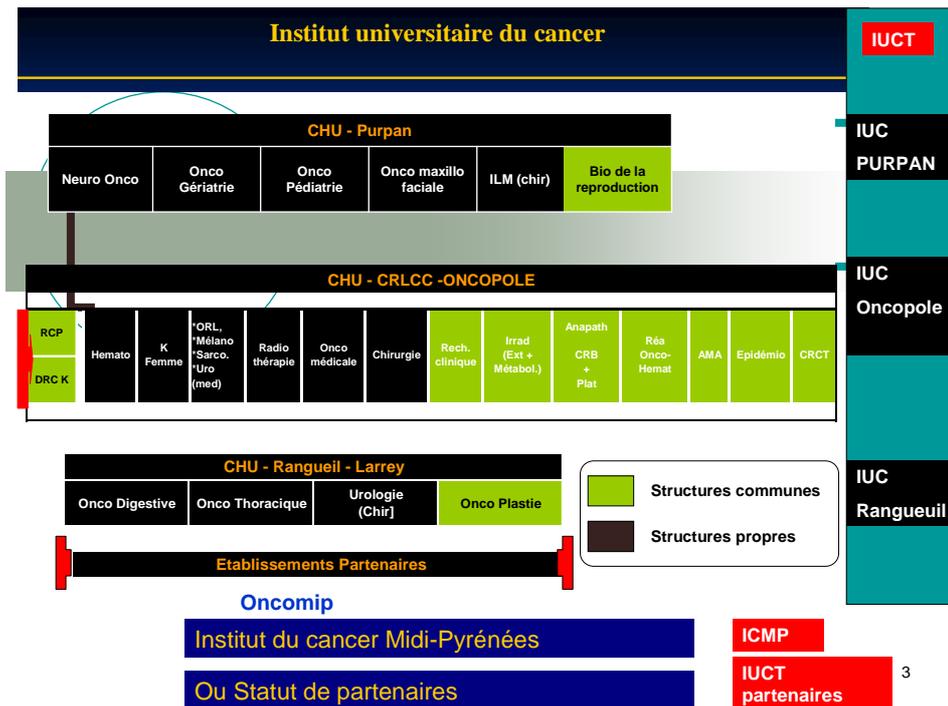
- Le site PURPAN (**IUC PURPAN**) est un site CHU dans lequel la neuro-oncologie, l'onco-gériatrie, l'onco-pédiatrie et l'oncologie maxillo-faciale seront réalisées et où le centre de biologie de la reproduction sera situé.
- Le site de RANGUEIL (**IUC RANGUEIL**) sera un centre CHU où se réaliseront l'oncologie digestive, thoracique, urologique et la partie la plus spécialisée de la reconstruction.
- Sur le site de LANGLADE, l'ONCOPOLE (**IUC ONCOPOLE**) réunira des équipes du CHU et la totalité des équipes du CRLCC avec comme grand chapitre, la chirurgie cancérologique, la radiothérapie, la chimiothérapie, l'hématologie, les cancers de la femme, l'ORL, les cancers cutanés et les sarcomes.

Ce site de l'IUC ONCOPOLE sera **au cœur du système CHU – CRLCC** d'une part, et du système régional, d'autre part.

- En ce qui concerne la relation CHU – CRLCC : la totalité de l'anatomopathologie, la banque de tumeurs, les grands outils de la recherche clinique et de transfert mais aussi les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) seront aussi localisés sur le site de l'IUC ONCOPOLE.

- En ce qui concerne le lien avec le réseau régional : ONCOMIP aura ses locaux sur le site de l'IUC ONCOPOLE et permettra le lien dans les deux sens, via les RCP d'une part, la recherche clinique, et l'utilisation éventuelle d'une partie du plateau technique, d'autre part vers le privé. ONCOMIP est le lien entre CHU et Centre de Lutte Contre le Cancer, le secteur privé et les hôpitaux généraux.

→ La figure ci-dessous résume ce que sera l'IUCT. La création d'un Institut du Cancer Midi-Pyrénées (ICMP) est une première hypothèse d'un lien possible entre l'IUCT et tous les autres acteurs de la prise en charge des cancers dans les 8 départements de la région. L'autre hypothèse est d'accorder aux partenaires privés et aux hôpitaux généraux le label partenaires de l'ICT en utilisant le lien avec ONCOMIP des critères de qualité.



Une réunion est prévue le 17 mai pour définir avec l'ensemble des acteurs, sous l'égide d'ONCOMIP, le lien précis entre l'IUCT, le secteur privé et les hôpitaux généraux.

Il est donc difficile d'en dire plus à ce stade de la réflexion si ce n'est que les objectifs de l'Institut du cancer Midi-Pyrénées sont essentiellement au nombre de trois :

- le *premier objectif* concerne les soins. Il s'agit de faire en sorte que, quel que soit l'endroit où le malade frappe à la porte dans les 8 départements, il n'ait pas de perte de chance. Les autorisations de pratiques, les soins du cancer, le réseau ONCOMIP, les référentiels de pratiques, les RCP communes répondent déjà à cet objectif.

- le *deuxième objectif* est de labéliser les sites non universitaires qui souhaitent faire de la recherche clinique essentiellement de phase III et obtenir de ce fait des moyens qui existent d'ailleurs déjà en partie grâce à ONCOMIP.

- le *troisième objectif* est de permettre aux acteurs privés et aux hôpitaux généraux de participer à la recherche clinique sur le site de l'IUCT et plus particulièrement de l'IUC ONCOPOLE en bénéficiant du plateau technique de diagnostic moléculaire, du centre de ressources biologiques et des lits d'hospitalisation.

La formalisation de la mise en œuvre de ces trois objectifs est en cours.

Comme vous l'avez demandé dans la lettre de mission, nous sommes en mesure de vous fournir en annexe (CD Rom N°2) le projet médico-scientifique et d'enseignement du site de l'IUC ONCOPOLE auquel nous avons pu ajouter le projet médico-scientifique et d'enseignement de la cancérologie du CHU, le projet commun d'Institut Universitaire de Cancérologie de Toulouse (IUCT) et le lien avec le projet du réseau ONCOMIP avec le Privé et les Hôpitaux généraux.

Nous voulons souligner la qualité de la coopération avec les acteurs et le rôle particulièrement positif et dynamique du nouveau directeur général du CHU et du directeur général du CRLCC. Les présidents des deux Commissions médicales d'établissement et les présidents des conseils d'administration (Madame CHEVALIER, la préfète du Tarn pour Claudius Regaud) et de surveillance (le maire de Toulouse, Pierre COHEN) sont également des éléments facilitateurs pour la mission.

LE TROISIEME RESULTAT DE LA MISSION A ETE DE PROPOSER UNE ORGANISATION COORDONNANT LES FORCES DE RECHERCHE EN CANCEROLOGIE DE TOULOUSE ENTRE ELLES ET AVEC LA CLINIQUE.

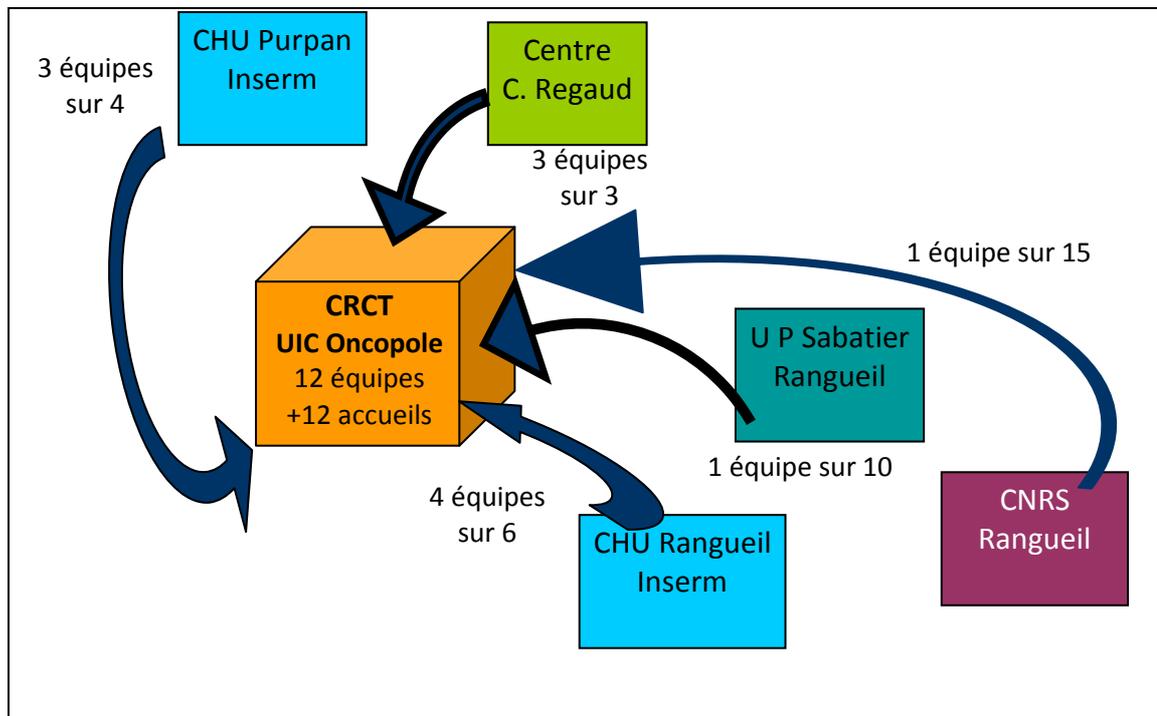
## Forces et faiblesses de la recherche en cancérologie toulousaine

La communauté de recherche en cancérologie toulousaine est forte de près de 600 personnes, tous statuts confondus. Quoique d'une qualité bien supérieure à la réputation qu'on veut parfois lui faire, elle souffre néanmoins de plusieurs faiblesses qui ont bridé son développement et nuisent à sa visibilité :

- Un éclatement géographique des équipes sur les différents sites scientifiques et hospitaliers toulousains.

Sans dresser une liste exhaustive, nous dénombrons ainsi quatre équipes sur le site Inserm/CHU de l'hôpital Purpan, trois dans les locaux du Centre Claudius Regaud au centre ville, six sur le site Inserm/CHU de l'hôpital de Rangueil, quinze sur le site CNRS de Rangueil, dix sur le campus universitaire de l'Université Paul Sabatier à Rangueil, ...

La **création du Centre de recherche en cancérologie de Toulouse (CRCT)** a conduit au regroupement de onze équipes Inserm et une équipe CNRS qui trouveront leur unité géographique en 2014 à l'achèvement de la construction par l'Inserm du bâtiment de recherche de Langlade (voir schéma). Ce mouvement de concentration réduira sensiblement cette situation d'éclatement sans toutefois l'annihiler.



Il faut en effet souligner qu'en dépit de l'importante surface des nouveaux locaux du CRCT à l'UIC Oncopole (13 000 m<sup>2</sup>), il était impossible d'y accueillir toutes les équipes de recherche en oncologie toulousaines. De ce fait, le parti pris initial de l'Inserm et de l'Université a été de laisser non occupée la moitié des surfaces disponibles pour permettre d'accueillir de

nouvelles équipes. Un concours de recrutement de deux nouvelles équipes est dès à présent en cours sous l'égide d'un jury international.

- Une dispersion entre de multiples laboratoires et institutions distinctes, avec des clivages artificiels entre recherche fondamentale, appliquée et translationnelle, alors même que, fort heureusement, les chercheurs, sans égard à leur affiliation, circulent librement entre les différentes structures et institutions au gré de l'avancée de leurs recherches. Ainsi Jean-Philippe Girard, directeur de recherche Inserm peut-il être directeur du laboratoire de l'Institut de Pharmacologie et de Biologie Structurale du CNRS (IPBS), et la réciproque être tout aussi vérifiée, Jean-Jacques Fournié, directeur de recherche CNRS, assurant la direction du CRCT.
- Un manque de candidatures et, partant, de succès aux grands appels d'offre internationaux, du type par exemple de ceux proposés par l'European Research Council (ERC), qui jouent aujourd'hui un rôle de marqueur de qualité.

La conséquence première en est une capacité d'attraction amoindrie alors qu'une part croissante de la compétition scientifique se joue sur l'aptitude à attirer des chercheurs et des équipes externes, étrangères ou non. Ainsi, bien que les équipes toulousaines soient parvenues à attirer ces cinq dernières années plus de soixante chercheurs, dont une moitié extérieure à Toulouse (deux tiers de français et un tiers d'étrangers), ces résultats restent en-deçà des capacités de cette communauté.

**Il a cependant été rassurant pour la mission de pouvoir constater, qu'aujourd'hui, la plus grande part de la communauté scientifique, médicale et industrielle qu'elle a pu rencontrer partage ce point de vue et paraît disposée à travailler collectivement à la réduction des faiblesses identifiées. Il est également rassurant de compter les succès importants de cette communauté dans les derniers mois, dont**

- celui remporté par le projet **CAPTOR** à l'appel d'offre du Programme hospitalo-universitaire en cancérologie du Commissariat général aux investissements pour la création de deux instituts hospitalo-universitaires en cancérologie. **Toulouse est ainsi le site du seul PHU de cancérologie reconnu hors Ile de France.** Son originalité est d'être orienté vers l'innovation dans le domaine des thérapies anticancéreuses. Ce projet de dix millions d'euros comprend un versant de recherche fondamentale et un versant très original au service de la clinique. Il faut souligner la relation avec Pierre Fabre notamment en épigénétique, ainsi que dans la recherche de nouveaux inhibiteurs de tyrosine-kinase. Il est intéressant de constater que la recherche est en lien étroit avec l'hématologie, le myélome, le cancer du sein, sujets d'excellence de l'IUCT et du site de l'Oncopole. La recherche en pharmacologie sociale (suivi du médicament après autorisation de mise sur le marché, effets secondaires tardifs) est particulièrement pertinente. Il en va de même pour le volet concernant les besoins de formations à de nouveaux métiers issus de l'évolution des soins en cancérologie (infirmières coordinatrices, suivi de malades à domicile, domotique, e-santé...) soutenu par le fonds de dotation ONCORESONANCE. Bénéficiant également du soutien d'industriels tels que GSK ou Roche, la vocation du PHUC CAPTOR s'inscrit parfaitement dans les projets de recherche et de formation de l'Oncopole.
- celui remporté par le projet **TOUCAN** (TOUlouse CANcer) porté par le professeur Pierre Brousset, laboratoire d'excellence, doté d'un budget de cinq millions d'euros sur cinq ans qui vise à améliorer l'efficacité des traitements des cancers hématopoïétiques.

C'est dans ce contexte que le projet de l'IUC Oncopole à Langlade, longtemps plaqué sur une communauté scientifique dispersée et qui n'était pas en fait à l'origine de ce projet, peut constituer aujourd'hui une réelle opportunité, prenant appui sur une réalité objective de qualité scientifique et

médicale d'une communauté ayant acquis une meilleure conscience de ses forces et de ses faiblesses.

## L'opportunité du CRCT

Sous la maîtrise d'ouvrage de l'Inserm, la construction d'un bâtiment de recherche de 13 000 m<sup>2</sup> jouxtant le bâtiment hospitalier sera achevée au début de 2014. Ce bâtiment aura une capacité d'accueil de 24 équipes de recherche, et comportera un ensemble de plates-formes d'imagerie, de biologie moléculaire et cellulaire et d'expérimentation préclinique de premier plan.

Il s'agit d'une opportunité pour la communauté toulousaine à quatre niveaux :

**1. Opportunité de rassembler une partie de la communauté de recherche dispersée sur différents sites et entre différentes institutions.**

Toutefois, comme pour le volet hospitalier, le volet recherche de l'Institut universitaire du Cancer de Toulouse ne peut se réduire à l'appréhension des seules forces qui seront présentes sur le site de l'IUC Oncopole, au risque d'ailleurs de générer un nouveau clivage entre le CRCT (Centre de recherche sur le cancer de Toulouse qui s'installera à Langlade) et les autres équipes.

Si les douze équipes sélectionnées qui composent le noyau initial du CRCT forment une concentration thématique de grande visibilité en sciences biologiques et médicales, les équipes qui le constituent ne représentent néanmoins qu'une partie des quelques 80 équipes, tant cliniques qu'académiques ou industrielles qui constituent la communauté de recherche en cancérologie de Toulouse.

**2. Opportunité de mettre en œuvre un projet hospitalier, universitaire et de recherche intégrée,** à l'instar des organisations synergiques de type « *Comprehensive Cancer Center* » qui ont fait la preuve de leur efficacité, aux Etats-Unis en particulier.

**3. Opportunité de constituer un pôle d'innovation orienté cancérologie** sur le site de Toulouse IUC Oncopole, prenant appui

- sur les importantes structures industrielles en proximité ;
- sur la force et la richesse pluridisciplinaire de la recherche toulousaine (chimie, génie des procédés, électronique, nanotechnologies et matériaux) ;
- sur les structures de transfert et d'accueil d'entreprises émergentes.

**4. Opportunité d'attirer des chercheurs et des équipes extérieurs à Toulouse,** puisque la moitié des surfaces d'accueil devront être progressivement pourvue par appels d'offres, réservant ainsi la capacité d'accueillir sur procédure sélective douze équipes nouvelles.

**L'enjeu est que cette opportunité soit celle de l'ensemble de la communauté scientifique et qu'elle se l'approprie pleinement.**

## La stratégie de recherche à l'IUCT

La stratégie de recherche à l'IUCT peut s'aborder de deux manières.

Il doit y avoir une recherche fondamentale qui dépasse d'ailleurs le cadre strict de l'oncologie ; cette recherche ne se programme pas, mais il est nécessaire que l'IUCT soit capable d'attirer les meilleurs chercheurs à Toulouse. Le fait que des espaces libres soient disponibles pour la création de nouvelles

équipes, aussi bien sur le site de l'Oncopole, que sur les autres sites toulousains est un atout stratégique essentiel.

La deuxième manière est de préciser **la stratégie scientifique du CRCT**, qui en proximité immédiate de la structure hospitalière, **doit obligatoirement tenir compte de son projet médical. Il nous est cependant apparu que la vision à dix ans n'est pas encore totalement déterminée.** Mais compte-tenu de la proximité intellectuelle du directeur médical et du directeur de la recherche de l'Oncopole, il ne devrait pas y avoir de difficulté à définir les périmètres scientifiques et techniques communs dans des domaines tels que l'hématologie, les cancers du sein, du tractus digestif, du poumon, le mélanome, le glioblastome,... sans oublier les recherches liées à l'imagerie et à la radiothérapie. Ceci devrait prendre la forme d'un **premier contrat d'objectifs pour les cinq prochaines années que le directoire devra proposer aux tutelles.**

La stratégie de recherche de l'IUCT ne peut ignorer qu'il existe d'autres structures existantes ou projetées :

- Le Réseau Thématique de Recherche et de Soins (RTRS) RITC (Recherche innovation Thérapeutique Cancérologie), première structuration de la recherche en cancérologie à Toulouse, créé en 2007 pour favoriser les interfaces entre disciplines et structures, et notamment mathématiques, physique, chimie avec la biologie et la clinique. Il faut noter que Pierre Fabre et SANOFI sont membres fondateurs du RTRS. Celui-ci regroupe 63 équipes et joue un rôle d'animation via ses séminaires, l'organisation de meetings internationaux, une politique de financement compétitif sur appels d'offres, communs avec la fondation InNaBioSanté, portant sur des sujets différents de ceux de l'ANR et de l'INCA, le soutien à des chercheurs ayant franchi le premier stade de sélection à l'ERC. Le RTRS est gestionnaire du LABEX TOUCAN.
- **La fondation InNaBioSanté**, qui joue, et doit continuer à jouer, un rôle majeur dans le financement de la recherche en cancérologie à Toulouse. Disposant d'une dotation initiale de 21,5 M€ (8 M€ Etat 13,5 M€ des industriels), dont 50 % consommables, elle peut encore mobiliser dans ce cadre, avant tout éventuel refinancement, près de 5 M€ de capacité d'action.
- Le Pôle de compétitivité Cancer-Bio-Santé doit rester un partenaire de l'ouverture de la recherche académique au monde industriel.
- Les partenaires institutionnels régionaux et locaux (Toulouse Métropole, Comités départementaux de la Ligue contre le cancer) financent également la recherche.
- L'association Oncopole qui n'a pas un rôle direct dans la recherche.
- Le Centre Pierre Potier qui, au sein de l'Institut des technologies avancées en sciences du vivant (ITAV), a trouvé sa dynamique.
- La perspective d'implantation d'une plate-forme CEA Tech à Toulouse qui permettra de réaliser sur la base des recherches des équipes toulousaines, des développements technologiques à la demande des industriels, notamment des PME.
- Le Cancéropole Grand Sud-ouest dont beaucoup de nos interlocuteurs s'interrogent sur son rôle à l'égard de l'IUCT.
- L'implantation de l'établissement français du sang au contact de l'hôpital et du CRCT devrait également générer une dynamique très positive.

## **Un conseil scientifique unique**

La diversité des équipes, des tutelles, des structures de financement appelle une solution de coordination, une réflexion unifiée sur la stratégie scientifique ouvrant en particulier sur la réalisation d'appels d'offre concourant au financement des équipes. Il existe actuellement différents

conseils scientifiques, au niveau du RITC, mais aussi de la fondation InNaBioSanté et du Cancéropôle Grand Sud-ouest. La création d'une fondation de l'IUCT rend également nécessaire d'identifier une fonction d'évaluation scientifique.

**Nous proposons qu'il n'y ait qu'un seul conseil scientifique sur lequel s'appuierait la fondation de l'IUCT, la fondation InNaBioSanté, la mission recherche de l'IUC et le CRCT de l'IUCT.** Ce conseil scientifique pourrait être du type de celui du RITC, dans la mesure où le RITC s'est déjà rapproché de la fondation InNaBioSanté. La mission a pu constater que le RITC, sous l'impulsion du Professeur Gilles Favre, semble avoir fait l'unanimité auprès de l'ensemble des chercheurs toulousains.

**Ce conseil scientifique, dans le diagramme proposé serait localisé dans la mission recherche de l'IUCT.**

Ce conseil scientifique devra intégrer des thématiques complémentaires aux thématiques proprement biologiques, en particulier dans le domaine des détecteurs, des nanotechnologies, de la chimie, de l'informatique, des sciences humaines et sociales, en tenant compte du rôle des laboratoires de l'Université Paul Sabatier, de l'Institut national polytechnique de Toulouse, de l'Institut national des sciences appliquées de Toulouse, de l'Université de Toulouse 2 et du CNRS (UPR8001 Laboratoire d'analyse et d'Architecture des Systèmes du CNRS, UMR5085 Centre Inter universitaire de Recherche et d'Ingénierie des Matériaux UPS/INP/CNRS, UMR5503 Laboratoire de Génie Chimique INP/UPS/CNRS, UMR5505 Institut de Recherche en Informatique de Toulouse UPS/UT1/UT2/INPT/CNRS, UPR8241 Laboratoire de Chimie de Coordination du CNRS, UMR Laboratoire de Physique et Chimie des Nanoobjets CNRS/INSA/UPS, UMR 5069 Laboratoire Hétérochimie Fondamentale et Appliquée CNRS/UPS, UMR 5068 Laboratoire Synthèse et Physico-Chimie des Molécules d'Intérêt Biologiques CNRS/UPS, UMR5623 Laboratoire Interactions moléculaires et réactivité chimique et photochimique CNRS/UPS, EA827 Laboratoire d'études et de recherches appliquées en sciences sociales de l'UPS, UMR5044 Centre d'Etude et de Recherche Travail Organisation Pouvoir (CERTOP) CNRS/UT2, UMR1027 Epidémiologie et analyses en santé publique : risques, maladies chroniques et handicaps UPS/Inserm), ainsi que de l'arrivée de CEA-Tech sur le site de Toulouse qui peuvent contribuer à donner une originalité à la recherche toulousaine en cancérologie.

A cette fin, le conseil scientifique du RITC, remodelé tout en conservant son niveau d'exigence, devra devenir **le conseil scientifique unique du dispositif mutualisé**, reprenant à lui seul le rôle des différents conseils ou instances diverses constitués par les structures qui se sont successivement mises en place pour soutenir le développement de l'Oncopole, et apportant ainsi une assurance de cohérence au développement de l'ensemble scientifique toulousain.

### **L'originalité recherche clinique/industrie de l'Oncopole**

Une originalité du site de l'Oncopole est que le CRCT est situé en face des laboratoires Pierre Fabre, le CRCT lui-même est relié par une passerelle à l'hôpital, lui-même en face des installations de SANOFI. Une telle topographie devrait en théorie pouvoir permettre un continuum de recherche depuis la plus fondamentale jusqu'à la recherche clinique et la recherche industrielle et favoriser l'innovation dans le développement des chimio et immunothérapies.

Le partenariat entre le CNRS et Pierre Fabre qui existe depuis 1985 a été extrêmement fructueux pour le développement de chimiothérapies dérivées de substances naturelles. La nouvelle direction de Pierre Fabre est très désireuse d'accroître le partenariat avec le milieu académique, d'autant que l'entreprise est peu investie dans la recherche sur les cibles. Il existe déjà, en effet, une unité mixte de service et de recherche entre Pierre Fabre d'une part, les instituts de chimie et de biologie du CNRS, d'autre part dédiée à la pharmaco-chimie de la régulation épigénétique du cancer. Ce laboratoire de quarante personnes dirigé par Paola Arimondo est composé d'un tiers de personnels CNRS et deux tiers de personnels Pierre Fabre.

S'y ajoutent environ 250 chercheurs et techniciens travaillant sur le développement d'entités chimiques.

**La proximité géographique et thématique de l'implantation de Pierre Fabre sur le site de l'IUC Oncopole doit permettre, dès l'installation du CRCT, un accroissement des collaborations,** pour peu que les équipes en place ou à venir soutiennent la compétition avec les autres partenariats français ou étrangers de l'industriel. La même exigence s'applique à la réalisation des essais cliniques.

Le souhait de Pierre Fabre est que CEA-Tech et l'Inserm lui permettent d'accéder à des technologies de rupture, en association éventuellement avec de nouvelles sociétés de biotechnologie.

**Il n'est pas dans le cadre de notre mission de proposer des solutions à la restructuration de SANOFI, objet d'une mission séparée.**

Nous devons cependant mentionner l'existence de collaborations entre des équipes de recherche de SANOFI et de l'Institut Claudius Regaud ; ces recherches prometteuses devraient se poursuivre, voire se renforcer avec le déménagement de l'ICR sur Langlade.

En dehors de Pierre Fabre et SANOFI, il existe par ailleurs un réseau, relativement limité, de sociétés de biotechnologies, telles Actigenics Cepheid, Affichem, GTP technology, Vectalys..., dont seulement certaines sont présentes sur le site. **L'existence de locaux disponibles sur le site de SANOFI pourrait permettre d'accroître sensiblement les possibilités d'accueil.**

Plusieurs interlocuteurs, dont le président de l'Université Paul Sabatier, nous ont fait part de leur désir de développer sur l'Oncopole une installation de protonthérapie, dont la conception pourrait bénéficier de la présence sur Toulouse d'industriels tels qu'Astrium ou EADS.

Le projet de CRCT assumé par Jean-Jacques Fournié est un projet dont la maturation a été difficile, mais il est maintenant sur la bonne voie. Les projets du CRCT ne peuvent pas être dissociés de ceux de l'IUC Oncopole. Le directeur du CRCT doit être garant de l'excellence de la recherche, à la fois fondamentale et clinique, de sorte que l'IUC Oncopole puisse se comparer à terme, en tenant compte de l'effet d'échelle à l'Institut Gustave Roussy de Villejuif, l'Institut Léon Bérard de Lyon, l'Institut Paoli Calmette de Marseille, ou l'Institut Curie de Paris. En matière de recherche clinique, le directeur du CRCT assure cette fonction sous l'autorité de l'administrateur du GCS. **En l'absence d'une coordination exemplaire, tout le bénéfice du montage de l'IUC Oncopole serait perdu. A cet égard, le recrutement des nouvelles équipes s'avère crucial et doit s'opérer grâce à un conseil scientifique international indépendant.**

Si le CRCT doit ouvrir avant l'hôpital, certaines conditions doivent être remplies, du fait de l'intégration fonctionnelle souhaitée entre le CRCT et l'hôpital :

#### 1) contrôle d'accès

Les personnels du CRCT auront un badge qui leur permettra d'entrer dans certaines zones de l'hôpital. Ils seront donc connus du système d'information de l'hôpital. Deux systèmes d'accès différents ont été choisis, mais avec des badges compatibles de part et d'autre.

#### 2) restauration

Avec ce badge, les personnels du CRCT pourront déjeuner à la cantine de l'hôpital. Pendant une période intérimaire, le personnel du CRCT pourrait avoir accès au restaurant des laboratoires Pierre Fabre.

### 3) portail internet

Le portail internet sera unique CRCT/Hôpital.

### 4) téléphonie

Il existe de même un système de numérotation téléphonique commun, avec un standard localisé à l'hôpital. Il sera possible d'activer l'annuaire Inserm national en téléphonie sur IP.

### 5) messagerie

Il existera une adresse électronique unique de type "iuct.fr", tout en maintenant les adresses inserm.fr pour les personnels des deux unités mixtes.

### 6) gestion des déchets

Un cahier des charges régional doit être établi pour permettre la gestion des déchets en commun avec le CHU sur tous les sites (Purpan, Rangueil et Oncopole donc).

### 7) centre de ressources biologiques

L'Inserm est propriétaire de deux collections. Il est envisagé un CRB unique sur le site.

On voit donc qu'un certain nombre de problèmes techniques sont en voie de solution, mais qu'il reste à définir les conditions de fonctionnement pendant la période séparant l'ouverture du CRCT de celle de l'hôpital.

→ L'ENSEMBLE DE CES DOCUMENTS CONSTITUE LE CD ROM N°2 ANNEXE A CE PRE-RAPPORT.

## **Le projet médico-scientifique est un projet hospitalo-universitaire complet et comporte donc un chapitre enseignement (CD Rom N°2).**

Ce projet très complet s'appuie sur la signature (unique en France à ce jour) d'une convention hospitalo-universitaire entre le CHU, l'ICR et l'Université sur la base de la loi HPST.

L'IUCT, lieu de convergence de tous les métiers de la cancérologie, sera le terrain idéal de la formation initiale et de l'enseignement continu de toute la filière oncologique.

La délocalisation à terme de la faculté de Pharmacie et de celle de l'odontologie sur le site de Langlade nous apparaît une opportunité à saisir dès que les moyens financiers seront disponibles. Il faut noter que pour des raisons de sécurité et de respect des normes d'accueil des étudiants, il y a urgence. La rénovation des deux facultés est estimée à 45 Millions d'€uros alors qu'une reconstruction sur le site de Langlade est estimée à 75 Millions d'€uros avec une recette possible liée à la vente des terrains actuels.

Le CDR Rom N°2 comporte les projets détaillés pour les facultés de pharmacie et d'odontologie mais aussi le projet global d'enseignement dont les objectifs sont :

- Améliorer la qualité de l'enseignement des étudiants en médecine en oncologie.
- Renforcer la formation pour la recherche.
- Améliorer l'offre de formation tout au long de la vie.

Il faut souligner que l'IUC Oncopole disposera de 1000 m<sup>2</sup> de bureaux pour les enseignants chercheurs, d'un amphithéâtre de 300 places, de 12 salles de cours. L'ensemble est supérieur au 4% de surfaces habituellement recommandés pour permettre un mode de fonctionnement hospitalo-

universitaire, d'où l'intérêt **d'envisager des mutualisations de salles** qui réduiraient les coûts de la délocalisation de la Pharmacie et de l'Odontologie.

Enfin, signalons que Toulouse a longtemps été leader pour la formation des manipulateurs d'électro-radiologie médicale et des physiciens médicaux et qu'une vraie opportunité existe de redevenir leader national, ce qui pourrait être le cas aussi pour le master « Pharmacologie et métiers du médicament » et « techniques en physique médicale » qui préparent au métier de dosimétriste.

L'université Paul Sabatier a anticipé les évolutions du système de santé et a proposé dès les premières autorisations ministérielles des enseignements pour les professionnels de santé organisés selon le modèle LMD.

Les nouveaux métiers dont le projet IUCT et Institut de Cancérologie Midi-Pyrénées auront besoin pourront s'insérer d'emblée dans un format universitaire européen, évolutif et professionnalisant.

**LE QUATRIEME RESULTAT DE LA MISSION EST D'AVOIR PRECISE LE SYSTEME DE GOUVERNANCE.**

### **Il se décline en deux cercles :**

Premier cercle : une gouvernance stratégique globale de l'Institut Universitaire de Toulouse (IUCT) agira sur les missions de soin, de recherche/innovation, d'enseignement des deux établissements associés dans la mission hospitalo-universitaire. La gouvernance comprendra un Directoire, sur le modèle de celui des CHU et s'appuiera sur trois missions déconcentrées : une **mission soin**, une **mission recherche/innovation**, une **mission enseignement/formation**. Cette gouvernance sera essentiellement stratégique et **sans prendre la place des organes décisionnels des différentes institutions**, elle aura pour rôle d'harmoniser la vision stratégique globale.

**Nous proposons que le directeur du CHU en préside le Directoire (accord des acteurs).**

**Nous avons obtenu l'accord de tous les acteurs sur les principes généraux et sur la composition des 3 missions du Directoire de la Fondation.**

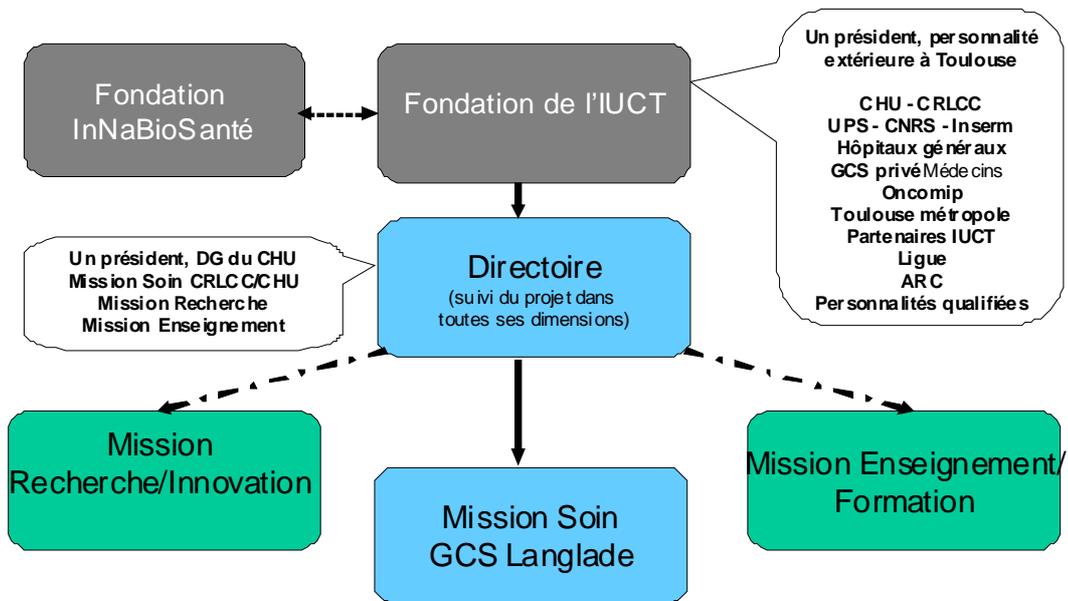
Deuxième cercle avec deux enjeux :

**- La gestion du nouvel hôpital l'IUC ONCOPOLE sur le site de LANGLADE.**

Comme acté précédemment à notre arrivée sa **direction sera médicale et scientifique**. Nous proposons qu'une personnalité médico-scientifique unique dispose de la responsabilité fonctionnelle de la totalité des personnels de l'hôpital. Cette personnalité (administrateur du GCS) devra s'adjoindre outre un directeur adjoint administratif (choisi en lien étroit avec le CHU président de l'assemblée générale du GCS qui nomme l'administrateur), un directeur de la recherche nommé après avis conforme des acteurs de la recherche et de l'innovation, et un directeur de l'enseignement nommé après avis conforme des acteurs universitaires.

Notre proposition :

## LA GOUVERNANCE IUCT



- **Le réseau ONCOMIP qui permet d'introduire dans le projet global la légitimité du privé et des hôpitaux généraux.**

Cette ouverture vers les autres acteurs de la Région Midi-Pyrénées est un élément essentiel du projet d'Institut Universitaire du Cancer de Toulouse.

→ LE TROISIEME CD ROM JOINT A CE PRE-RAPPORT INDIQUE LES GRANDS PRINCIPES DU REGLEMENT INTERIEUR DU DIRECTOIRE ET DES TROIS MISSIONS QUI LE COMPOSENT, DE LA GESTION DU SITE DE L'ONCOPOLE (REGLEMENT INTERIEUR DU GCS) ET, ENFIN, DU LIEN AVEC LES AUTRES ACTEURS VIA LE RESEAU ONCOMIP.

**LE CINQUIEME RESULTAT DE NOTRE MISSION A CE STADE EST AUSSI D'AVOIR PRECISE LES STRUCTURES JURIDIQUES.**

L'enjeu était de simplifier un paysage particulièrement complexe avec, à ce stade comme nous l'avons dit, dix structures juridiques se réclamant à des titres divers du projet.

Nous proposons clairement que **deux fondations** persistent et qu'elles englobent sans forcément les faire disparaître les autres structures. La première serait la nouvelle fondation IUCT, la seconde serait la fondation InNaBioSanté.

◆ **LA PREMIERE FONDATION POURRAIT S'INTITULER « FONDATION IUCT ».**

Nous proposons qu'elle soit créée entre autres par les acteurs de la collecte de fonds régionale à savoir les comités départementaux de la Ligue Nationale Contre le Cancer et l'ARC mais qu'elle se limite pour la collecte de fonds à **obtenir des fonds pour ce qui existe aujourd'hui à Toulouse** et donc pour les acteurs actuellement présents sur les différents sites.

Elle a pour objectif, outre le financement de la recherche, d'harmoniser la relation Soins, Recherche/Innovation, Enseignement au niveau des Instituts Universitaires de Toulouse, en lien via le réseau ONCOMIP avec les acteurs de la Région Midi-Pyrénées.

Cette **fondation** doit, de notre point de vue, être **présidée par une personnalité extérieure** à Toulouse, qui pourrait incarner le projet et qui, compte tenu des objectifs de cette fondation, pourrait plutôt être (mais ce n'est pas obligatoire) une personnalité médicale et universitaire.

Le conseil d'administration de cette fondation (où tous les acteurs sont présents dont l'Université, les organismes de recherche, ONCOMIP et le secteur privé) nommera le Bureau qui, à son tour, nommera le Directoire, chargé d'animer les missions Soins, Recherche/Innovation et Enseignement/Formation.

**La mission Soins voit donc sa stratégie harmonisée par la fondation IUCT.**

Cette fondation harmonisera la cohérence « soins » entre les trois sites et interagira avec le GCS de moyens du nouvel hôpital de l'IUC ONCOPOLE dans le respect des prérogatives juridiques des établissements concernés.

Par ailleurs, une réflexion est en cours sur la situation du GCS public de construction et l'une des pistes pourrait consister à le maintenir en réduisant le nombre de participants.

Le GCS de moyens organise la coopération sur le site de LANGLADE entre le CHU et le CRLCC. Il ne nécessite pas d'autres acteurs qui seront par contre et évidemment présents dans la fondation.

Il est constitué à parité égale entre le CHU et le Centre de Lutte contre le Cancer ; **l'assemblée générale est présidée par le directeur du CHU et l'administrateur en sera le directeur du CRLCC.** Ce GCS de moyens n'est pas facturant.

Le CHU garde ses autorisations et le CRLCC les siennes. Les personnels CHU gardent leur statut public et ceux du centre de Lutte Contre le Cancer leur statut privé. Le GCS pourra adhérer à la fois à UNICANCER et à la FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE et, sur le site, il y aura des services totalement CHU, totalement CRLCC et des services communs. Les services totalement CHU ou totalement CRLCC entraîneront des recettes CHU ou CRLCC et s'il y a des médecins ou des personnels dans un service rattaché à l'autre établissement, leurs coûts seront simplement refacturés par voie

conventionnelle. Les services communs seront refacturés à l'un ou à l'autre selon un système de péréquation totalement transparent et vérifiable par chacun des acteurs.

Ce modèle existe à Lyon pour l'Institut d'Onco-Hématologie Pédiatrique (IHOP) dans le cadre du GCS Lyon Cancérologie Universitaire depuis 5 ans. Il nous a servi de modèle.

Il existera bien un **budget du site de l'ONCOPOLE** (et si l'on souhaite un budget consolidé IUCT) mais ce budget sera « virtuel », chaque établissement gardant sa structure juridique, ses instances, ses recettes, son statut et donc son objectif d'équilibre budgétaire.

## **La mission Recherche voit aussi sa stratégie harmonisée par la Fondation IUCT**

**Il est donc nécessaire, au-delà de la réalisation du bâtiment CRCT-Inserm de construire une double gouvernance gérant d'une part la liaison entre le centre de recherche et l'hôpital et gérant d'autre part la liaison entre les équipes présentes sur le site de Langlade et le reste de la communauté de recherche et d'innovation en cancérologie présente sur les sites de Toulouse, qu'elle soit académique, clinique ou industrielle.**

- La liaison CRCT/hôpital doit permettre de préserver la relation de proximité entre la clinique et la recherche figurant dans le projet originel de construction sur Langlade.
- Si l'objectif premier d'une direction fusionnée n'a pu se concrétiser, il convient d'en prendre acte sans remettre en cause la totalité du propos initial. En l'état de préparation, sans doute l'objectif de direction fusionnée était-il immédiatement trop ambitieux et doit-il être renvoyé à une étape ultérieure de maturation.

Toulouse dispose néanmoins d'arguments spécifiques pour poursuivre avec succès dans cette direction :

- Les conditions d'interaction forte entre chercheurs et cliniciens seront *de facto* réunies et rendent possibles le choix de thématiques communes clinique/recherche et la construction d'un continuum recherche fondamentale/recherche clinique ;
- Toulouse peut se prévaloir d'une excellente méthodologie en recherche clinique et en pratique des essais cliniques.

Cette interaction entre recherche et soin doit trouver sa traduction dans la gouvernance.

L'objectif est de créer une synergie forte au niveau du site de Langlade de façon à favoriser le continuum entre recherche fondamentale et appliquée et recherche clinique. Il est proposé de **créer au sein de la « mission soin » de l'IUCT, plus précisément dans la gouvernance du GCS Oncopole Langlade, une fonction de directeur de la recherche du GCS**. Il intervient dans le domaine de la recherche clinique sous l'autorité de l'administrateur. Le titulaire devra être désigné par le directoire de la Fondation, sur proposition des institutions académiques de recherche. La logique, acceptée par les partenaires, veut que les institutions proposent à ce poste le directeur du centre de recherche en cancérologie de Toulouse (CRCT).

- **La liaison entre l'ensemble des équipes de recherche actives en cancérologie doit constituer le cœur de la « mission recherche/innovation » de l'IUCT.**

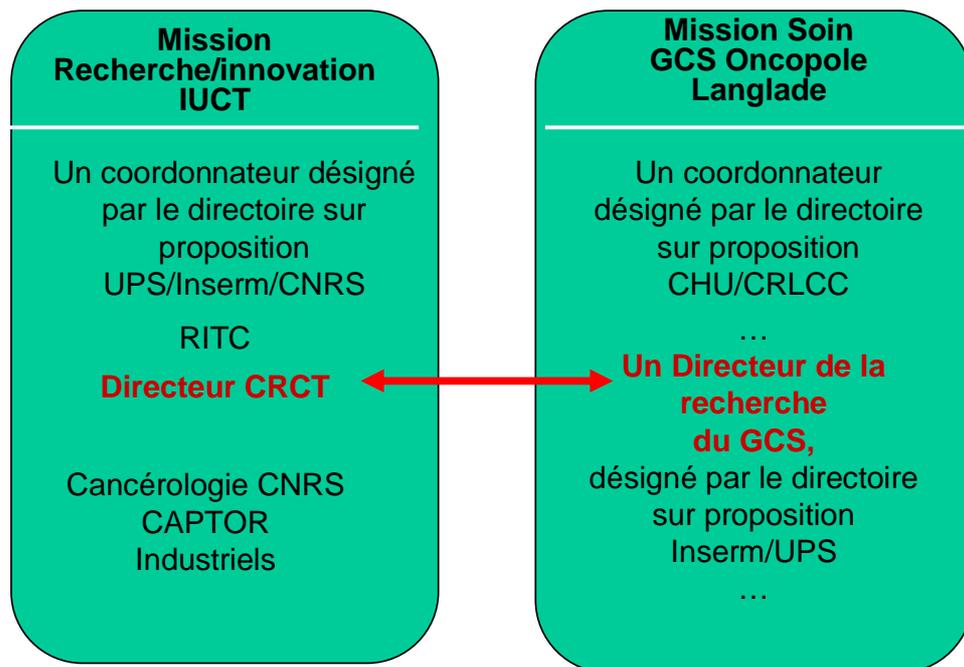
Il est nécessaire que toutes les équipes y soient représentées, quelle que soit leur appartenance disciplinaire ou institutionnelle. La tâche n'est pas hors de portée puisqu'à dire vrai le **RTRS** « Réseau Innovation Thérapeutique en Cancérologie » (RITC) y est pour une large

part déjà parvenu, réalisant une animation qui rencontre la satisfaction de la plupart des équipes.

Manquant désormais de moyens par épuisement de sa dotation initiale et voué à disparaître, en application des dispositions du projet de loi sur l'enseignement supérieur et la recherche, le RITC pourrait voir ses compétences reprises et amplifiées au sein de la mission « *recherche/innovation* ».

**La mission sera animée par un coordonnateur, désigné par le directoire sur proposition des partenaires académiques.** Cette mission aura pour tâche de coordonner la stratégie académique et industrielle de recherche en oncologie de Toulouse, d'assurer la visibilité et la communication de la communauté, de construire une politique d'équipement et de mutualisation des plates-formes, d'élaborer une politique d'accueil des équipes nouvelles, de favoriser les programmes collaboratifs entre disciplines et d'entretenir les liens collaboratifs avec les structures de transfert.

## Le Lien Recherche - IUCT



**La mission Enseignement/Formation harmonise aussi la 3<sup>ème</sup> composante au sein de la Fondation IUCT**

La mission enseignement permet à l'Université et aux doyens de garder toute leur prérogative tout en harmonisant la stratégie globale cancer à Toulouse.

Sous la coordination du président de l'Université ou de son représentant ; les quatre doyens (2 en Médecine + Pharmacie + Odontologie) seront chargés de la mise en œuvre de la stratégie d'enseignement sur les trois sites conformément au projet décrit ci-dessus (voir supra).

◆ **LA DEUXIEME FONDATION SERAIT LA FONDATION InNaBioSanté**

Le projet urbain, la gestion du site de l'Oncopole et du foncier disponible, les enjeux du développement économiques sont actuellement pris en main avec beaucoup d'efficience par Toulouse Métropole qui doit garder le leadership sur cet aspect du projet qui lui donnera in fine son caractère unique et son ambition internationale.

C'est pour cette raison que nous recommandons d'accentuer encore le rapprochement entre l'Association Oncopole et la Fondation InNaBioSanté **pour aboutir à terme à une fusion.**

Nous proposons que cette fondation ait pour **objectif déclaré de financer l'arrivée de nouveaux cliniciens/chercheurs, de nouveaux chercheurs** à temps plein et de leurs équipes dans le Grand Toulouse, et plus spécifiquement sur le site de l'ONCOPOLE.

**Les deux fondations auront le même conseil scientifique, composé de personnalités extérieures, en majorité internationales . Ce conseil scientifique unique pour l'ensemble de l'IUCT est le conseil scientifique de la mission recherche/innovation.**

Les missions principales de InNaBioSanté seront donc la collecte de fonds pour assurer **l'ambition internationale du projet et l'arrivée de nouveaux acteurs**, d'une part, et, le projet urbain et la mise en cohérence de l'ensemble des acteurs du site de LANGLADE, d'autre part.

Le Maire de Toulouse, président de Toulouse Métropole, devrait assurer du fait de sa légitimité sur le projet urbain et économique la présidence de cette fondation qui doit jouer le rôle actuel de l'Association ONCOPOLE.

L'actuel président de la fondation, initiateur du projet, que son successeur aura mené à bien, pourrait à notre sens se voir témoigner la reconnaissance qui lui est due et se voir confier une mission essentielle dans la collecte de fonds et dans la prospection internationale.

→ **Le troisième CD Rom produit également les documents juridiques pour la création de la Fondation IUCT et pour celle du GCS de moyens non facturants. Il comporte aussi les arbitrages entre ce qui dépendra sur le site de l'ONCOPOLE, du CHU, du CRLCC et des deux. Enfin, il indique que la Fondation InNaBioSanté ayant modifié ses statuts, elle peut jouer exactement le rôle que nous définissons dans ce rapport.**

◆ Il reste à préciser le lien avec le réseau Régional, ce qui pourrait être réalisé dans les semaines qui viennent en respectant les chartes d'engagement signées préalablement. Ce n'est pas la première urgence compte tenu du calendrier d'ouverture de l'IUC Oncopole. Il faut d'abord faire fonctionner le nouvel hôpital et l'IUCT dans son ensemble. Nous avons cependant compris les impatiences du secteur privé et la finalisation du projet global est en cours.

**En Juin 2013 : proposition de la création d'une mission partenaire au sein de la fondation IUCT.**

**LE SIXIEME RESULTAT DE LA MISSION A CE STADE EST DONC DE PROPOSER DE FAIRE CONFIANCE AUX ACTEURS LOCAUX DANS CETTE PREMIERE PHASE 2014 - 2016.**

La notion qui reste juste, de faire incarner « Le projet par une personnalité extérieure » se trouve remplie par la cooptation dans la fondation IUCT d'une personnalité extérieure à Toulouse comme Président de la Fondation. Il nommera, via le conseil d'administration et le bureau, le Directoire et s'assurera du lien avec la Fondation InNaBioSanté. Il veillera également à ce que l'ambition internationale et industrielle se réalise rapidement dès le succès de l'ouverture du nouvel hôpital. Cette personnalité restera également attentive à la place du réseau ONCOMIP et donc du Privé et des Hôpitaux Généraux dans le projet global.

**De ce fait, ce sont bien les acteurs qui piloteront ce projet devenant enfin « Bottom Up » et non plus « Top down ».**

Si le Directoire est présidé, comme c'est le cas des directoires de CHU, par le directeur général du CHU, la création respective des **missions** « Soins », « Recherche/Innovation » et « Enseignement » **donne toute leur place et le respect de leurs prérogatives légales à chacun des acteurs constituant un centre hospitalier universitaire.**

Nous proposons clairement de maintenir le professeur Michel ATTAL dans les fonctions de directeur du Centre de Lutte Contre le Cancer où il est nommé jusqu'en 2016 et de lui confier le rôle d'administrateur du site de l'ONCOPOLE avec la responsabilité fonctionnelle de l'ensemble du site de l'IUC ONCOPOLE, chacune des institutions étant juridiquement maintenue et gardant la responsabilité hiérarchique sur ses salariés (voir règlement intérieur du GCS).

Il est clair que le professeur Michel ATTAL a joué un rôle majeur dans ce lien nouveau entre le CHU et le CRLCC. Sa bonne entente avec les professionnels du CHU et le directeur général Jacques EGLISE est un vrai atout. Il faut souligner le rôle majeur joué par le DG du CHU depuis son arrivée pour débloquer de nombreuses situations complexes.

Par ailleurs, Michel ATTAL est une personnalité scientifiquement reconnue au niveau mondial dans sa spécialité des myélomes. Enfin, depuis plus de vingt ans, il est un militant du réseau et du lien avec les acteurs privés et les hôpitaux généraux dans sa spécialité. **Il est donc crédible pour assurer ce premier temps essentiel qui est l'ouverture d'un hôpital, le lien CHU – CRLCC et l'ouverture vers le réseau.**

Si l'hôpital est ouvert en 2014, il faut rappeler que le professeur ATTAL est nommé par le Ministre directeur du CRLCC jusqu'à 2016.

Nous proposons qu'une nouvelle lettre de mission lui soit adressée par les deux ministres et que cette lettre comporte de façon extrêmement précise les objectifs de faire venir de nouveaux médecins et de nouveaux chercheurs sur le site de l'IUC ONCOPOLE.

Si sa mission doit comporter le lien avec l'Industrie et donc avec la Fondation InNaBioSanté dont ce sera un des rôles essentiels, nous proposons qu'il soit **évalué en 2016**, d'abord sur sa **capacité à recruter de nouveaux médecins et chercheurs.** **Une lettre de mission devra être adressée en parallèle au directeur général du CHU, président du Directoire de la fondation IUCT et de l'assemblée générale du GCS.**

**LE SEPTIEME RESULTAT DE NOTRE MISSION EST D'AVOIR MIS EN EVIDENCE L'IMPORTANCE FONDAMENTALE DU SYSTEME D'INFORMATION DANS CE PROJET COMMUN LOCAL A TOULOUSE ET SECONDAIREMENT AU NIVEAU DE LA REGION MIDI-PYRENEES. LA MISSION A PROPOSE DEUX SCENARIOS DONT L'UN A ETE CHOISI PAR LES ACTEURS.**

Ce système d'information commun est absolument indispensable à la réalisation des objectifs juridiques et de gouvernance mais surtout à l'équilibre économique.

Le projet informatique existait et était divisé en sous-projets dont beaucoup avaient encore des périmètres incertains. Un travail important a été effectué par les acteurs, mais sur la base d'une structure juridique de GCS établissement de santé, dont nous avons pu constater qu'elle était rejetée par les institutions partenaires.

Ceci nous a amené à demander l'expertise de Philippe CASTETS, directeur du système d'information des Hospices Civils de Lyon et de Thierry DURAND, directeur du système d'information du Centre Régional de Lutte Contre Le Cancer Léon Bérard et directeur du SISRA, le système d'information Rhône-Alpes.

Nous estimons avoir assez d'éléments en notre possession pour proposer une orientation concernant le système d'information pour une ouverture envisagée en début d'année 2014. Ces orientations reprennent les propositions de nos deux experts qui ont envisagé deux scénarii possibles : fusion complète des systèmes d'information ou cohabitation de deux systèmes administratifs avec une intégration des outils métiers.

1- Dans les deux scénarii, il sera nécessaire de travailler sur les éléments de la charte graphique des documents transmis aux patients. En effet, l'objectif politique demeure de créer une entité unique. Il sera donc nécessaire que les lettres de sorties, les convocations, les comptes rendus d'hospitalisation, les ordonnances, ... soient revus pour que seule l'IUC Oncopole figure sur les entêtes. Ce dossier ne doit pas être sous estimé mais il devait être mené dans toutes les cas.

2- L'activité du GCS IUC Oncopole résulte de la consolidation de l'activité de cancérologie des deux entités juridiques. Cela ne pose pas de difficultés majeures.

3- Les relations avec la société Agfa mériteraient d'être totalement revues et gérées au niveau le plus élevé de la gouvernance. Leur défaillance chronique fait peser un risque lourd sur le projet. Nous suggérons de rompre le marché avec cette société à leurs torts.

4- Le projet DCE est un projet « angulaire ». Il est à la fois la liaison entre les deux SI, entre le futur mais aussi l'histoire des patients, entre l'hôpital et la recherche. Il s'appuie sur des concepts innovants de recherche sémantique. Bien que très séduisant, nous ne préconisons pas de construire toute la stratégie d'usage sur ce dossier qui n'aurait que trop peu de temps pour se mettre en place de manière opérationnelle. Nous suggérons de privilégier des solutions fonctionnelles atteignables (du type « recherche patient » sur les anciens gisements) et de relancer ce dossier après l'ouverture, s'il s'avère nécessaire.

5- Le fédérateur d'identités et le portail patient.

Le fonctionnement du système d'information du site reposera tout particulièrement sur la mise en œuvre de la fédération des identités entre les deux systèmes d'information de l'ICR et du CHU. Une architecture technique permettant cette fédération a été arrêtée en conformité avec les préconisations du rapport des experts. Cette solution doit maintenant être mise en œuvre en priorité dans les tous prochains mois.

Par ailleurs, une solution de portail patient, permettant aux patients atteints de cancer, outre les formalités administratives, de suivre leurs événements de santé, de recevoir et d'envoyer des informations médicales, de suivre leurs parcours de prise en charge, ... apparaît très souhaitable dans le cadre des objectifs du projet. La solution actuellement envisagée mérite d'être retravaillée en regard notamment des options retenues par la Fédération Unicancer.

**En conclusion :** Dans les deux scénarii, nous préconisons de simplifier et de réduire les chantiers techniques en se consacrant sur les chantiers prioritaires à l'ouverture. Nous conseillons à la gouvernance d'arrêter rapidement le cadre de travail des blocs, les aspects liés à la facturation et les dates de déménagement.

Au final, c'est la solution de cohabitation que nous préconisons car elle laisse la porte ouverte à une évolution future plus vaste.

→ **Le quatrième CD Rom reprend les éléments du diagnostic informatique et les éléments historiques.**

**UNE FOIS PRECISE LE PROJET MEDICO-SCIENTIFIQUE, NOUS AVONS DONC INITIE ET ENCOURAGE UN NOUVEAU MODE DE GOUVERNANCE ET D'ORGANISATION JURIDIQUE, MIS AU PREMIER PLAN LA GESTION DU SYSTEME D'INFORMATION, PUIS NOUS AVONS ANALYSE LES PREMIERS ASPECTS BUDGETAIRES SANS QU'A CE STADE NOUS PUISSIONS CONCLURE DEFINITIVEMENT.**

Le budget du nouvel hôpital et les conditions de son équilibre économique constituent la question principale à éclaircir mais pas la première. En effet et tout d'abord, trois thèmes préalables ont dû et doivent encore être traités autour de l'organisation de la structure et de l'analyse prospective de sa situation budgétaire :

1. La préparation de l'ouverture et de la mise en fonctionnement du bâtiment.
2. L'organisation de la gouvernance managériale et budgétaire du site de l'IUC Oncopole au sein de l'IUCT.
3. La répartition des activités cliniques, logistiques et administratives entre le CHU et l'ICR et la définition de leur nouveau fonctionnement en coordination par la future équipe managériale du GCS.

L'équilibre du modèle économique en fonction des arbitrages sur les activités cliniques et de recherche au sein de la structure hospitalière dépend de la mise en œuvre de ces 3 préalables. Ce travail, accompagné et encouragé par la mission, a constitué une part importante de son action depuis le début du mois de mars.

En parallèle a été entamé, un travail avec les directions financières pour déterminer les surcoûts induits par l'ouverture du nouveau site (nouvelles organisations, nouvelles activités) et les modalités de gestion financière et budgétaire du GCS, notamment en fonction de la répartition des charges et des recettes. Ce travail dépendant des arbitrages fonctionnels et solutions organisationnelles toujours en cours n'est qu'esquissé et ne permet pas, à ce jour, de formuler des évaluations

budgétaires **conclusives** et des solutions gestionnaires et comptables opérationnelles. Des éléments plus précis pourront être communiqués début juin.

Enfin, quant à l'investissement financé à 100% sur crédit assurance maladie, la gestion rigoureuse menée et un contexte bancaire et du marché de la construction plus favorable qu'anticipé initialement permettent de dégager des marges à l'horizon de 2032 et ouvre l'opportunité d'acquisition d'équipements lourds envisagés en option. Sous réserve d'une validation de ce constat et de son niveau par les services de l'État, la mission fait une proposition d'acquisition qu'elle précisera dans son rapport définitif.

**LE HUITIEME RESULTAT PERMET D'ENVISAGER, AVEC UNE CONFIANCE RAISONNABLE, L'OUVERTURE FONCTIONNELLE COMPLETE DU BATIMENT IUC ONCOPOLE SUR LE SITE DE LANGLADE (EX-AZF) A L'ECHEANCE DU PREMIER SEMESTRE 2014.**

### **1. La préparation de l'ouverture et de la mise en fonctionnement du bâtiment**

**Au 15 janvier 2013**, les partenaires et les membres de la mission constataient un **état** de prépréparation insuffisant et préoccupant face à l'échéance d'ouverture (annoncée début 2014). **A la mi-avril, la situation a évolué fortement et positivement.**

Les responsables du CHU et de l'ICR ont pris rapidement conscience des enjeux qui pesaient sur le chemin critique de l'ouverture. Deux points majeurs ont été pris en charge :

- a) Si la structure du bâtiment sera remise, comme prévu et sans retard préjudiciable, par la maîtrise d'œuvre entre juillet et octobre 2013 selon les levées de réserve, trois processus conditionnent toujours l'ouverture fonctionnelle et effective du site :
  - La détermination détaillée des équipements à acquérir, leur achat dans le respect du code des marchés et leur installation opérationnelle.
  - La mise à disposition du système d'information compatible avec les nouvelles orientations structurelles retenues (GCS de moyens) et en capacité de traiter les informations issues de l'ICR et des services du CHU transférés de manière efficiente et transparente pour les personnels comme pour les personnes malades (voir *supra*).
  - La préparation du déménagement dans les meilleurs délais, associant l'ensemble des personnes et présupposant la maîtrise des nouvelles organisations communes.

Les deux directeurs ont engagé une action vigoureuse en concertation avec la mission pour que les équipes établissent, enfin, un rétro-planning raisonnable des étapes précédant l'ouverture (v. *tableau ci-dessous*). Dans ce contexte, ils ont désigné un **coordonnateur technique commun** (*voir organisation mise en place, CD Rom 5, Organisation*) pour toute l'opération, lancé l'adaptation du **nouveau système d'information** (v.*supra*), fixé le cadre du nouveau schéma de structures et constitué une équipe spécialisée pour la menée à bien de **l'achat des équipements** (en cours).

- b) Dans ces conditions, le délai d'inertie entre la remise du bâtiment et son ouverture progressive est maintenant maîtrisé :
  - l'ouverture serait réalisée de janvier (bâtiment CRCT INSERM) à mai-juin 2014 (transfert progressif des services),
  - les coûts de maintenance et de gardiennage mensuels de la structure vide, à partir d'octobre 2013, ont été réétudiés et évalués à la baisse (environ 155 000 €uros/mois).

Un premier planning a été réalisé par le coordonnateur technique, reproduit ci-dessous :



**LE NEUVIEME RESULTAT AUTORISE DONC LA PERSPECTIVE D'UN MANAGEMENT UNIQUE ET CONCERTÉ DU SITE IUC ONCOPOLE AU SEIN DE L'IUCT.**

## **2. L'organisation de la gouvernance managériale du site IUC Oncopole de l'IUCT**

Afin de répondre aux fortes ambitions cliniques et de recherche affichées par le projet et de rendre effective l'ambition internationale, il est nécessaire d'assurer un fonctionnement uniforme, sans à-coups et une régulation managériale de l'IUCT en particulier sur le site de l'Oncopole. En tout premier lieu, le CHU et l'ICR se répartissent la responsabilité des différents services du site. L'accueil, l'admission, la prise en charge soignante des personnes malades doivent être, pour eux, transparents et efficaces (les médecins auront une blouse IUCT Oncopole et personne ne saura s'ils viennent du CHU ou du CRLCC).

Cet objectif présuppose :

a) une organisation planifiée et commune des équipes soignantes, administratives et techniques des deux établissements. C'est la finalité des groupes de travail qui doivent persister pour les six mois à venir. Ce travail, malheureusement aujourd'hui à peine entamé, devra être suivi et validé jusqu'à l'ouverture (v.3, infra).

b) un leadership unique du site : l'administrateur du GCS sera, à la fois, l'administrateur du GCS de l'IUC Oncopole et le directeur général de l'ICR qui se réinstalle en totalité dans le bâtiment.

Afin d'assurer une gestion cohérente de l'ICR, d'une part, et de l'IUC Oncopole d'autre part, la mission formule le souhait appuyé que le directeur général adjoint de l'ICR et le directeur administratif du GCS IUC Oncopole soit une seule et même personne, choisie conjointement par les directeurs généraux du CHU et de l'ICR.

**A cette fin, elle fait la proposition, aujourd'hui acceptée par tous, de constituer un comité de sélection composé des deux directeurs généraux et d'un représentant de la FHF et d'un représentant d'Unicancer. Il sera présidé, sans capacité décisionnelle, par Thierry Philip ([v.profil de poste et appel de candidature, CD Rom 5, Organisation](#)).**

c) la mise en place rapide d'une équipe dédiée à la préparation de l'ouverture ([voir organigramme, CD Rom 5, Organisation](#)) qui pourrait assurer le fonctionnement de l'IUC Oncopole ensuite. Cette équipe s'appuyant en partie sur les compétences existantes de l'équipe projet actuelle :

- permettra l'identification des responsabilités d'animation,
- facilitera la désignation des référents par unité en charge de planifier et organiser leur futur fonctionnement à l'appui des équipes concernées des deux établissements.

Sous l'animation des deux directeurs généraux, la directrice projet, à laquelle succèdera le plus rapidement possible, le directeur administratif évoqué ci-dessus et le nouveau coordonnateur technique devront être les acteurs principaux de la mise en opérationnalité du site. Compte tenu de la difficulté déjà évoquée de la tâche, ils assumeront leur mission sous l'autorité des deux directeurs généraux.

LE DIXIEME RESULTAT RESIDE DANS LE TRAVAIL EN COMMUN DE PREPARATION DU FONCTIONNEMENT COMPLEXE DE L'IUC ONCOPOLE EN ASSOCIANT LES PERSONNELS ET LES ORGANISATIONS SYNDICALES AUTOUR D'UN PROJET D'ORGANISATION AUJOURD'HUI MIEUX CLARIFIE.

### 3. La répartition des activités cliniques, logistiques et administratives entre le CHU et l'ICR sous la coordination future de l'administrateur et l'équipe managériale de l'IUC ONCOPOLE

#### Ce point constitue l'aspect le plus complexe du projet.

Afin d'assurer une cohérence de terrain des activités cliniques, de recherche, médico-techniques, administratives et techniques, les partenaires ont fait le choix, **avec notre accord**, de répartir la supervision de chaque service ou secteur identifié, appelé « bloc de compétence » entre l'ICR et le CHU. L'administrateur du GCS assurera la coordination de ces services et gèrera en direct certains secteurs administratifs (V.tableau ci-dessous).

Le choix du fonctionnement en blocs de compétence permet de poser les règles reconnues d'une autorité fonctionnelle dissociée de l'autorité hiérarchique tout en préservant les organisations et statuts différents des personnels.

A l'intérieur des blocs de compétence, les principes de fonctionnement actuellement non totalement validés pourraient être les suivants :

#### 1) Gestion des personnels médicaux (PM)

- Les personnels médicaux des deux structures sont mêlés dans les organisations sans tenir compte des blocs de compétence. Quand un personnel médical (PM) d'une institution intervient dans un bloc de compétence rattaché à l'autre, son intervention fait l'objet d'un remboursement au *prorata temporis* selon des règles fixées dans le règlement intérieur du GCS.
- Les CME des deux structures conservent toutes leurs compétences à l'égard des médecins et postes médicaux rattachés respectivement à chaque bloc de compétence.

#### 2) Gestion des ressources humaines / PNM

- L'ensemble des agents non médicaux sont d'un même statut, ICR ou CHU, sauf exception prévue à l'avance.
- L'activité de l'ensemble des agents s'intègre dans le cadre du GCS, sauf si le bloc de compétence est prévu « hors GCS », auquel cas il n'est qu'une antenne de son institution de rattachement, gérée en totalité par celle-ci.
- Personnel médical (PM) et Personnel non médical (PNM) continuent d'être payés par leur administration d'origine et conservent l'ensemble des dispositions de leur statut. Les directions de ressources humaines (DRH) et directions des affaires médicales (DAM) de chaque administration gèrent chacun les agents qui leurs sont rattachés (paye, discipline, etc.).

- Les personnels sont placés sous l'autorité de l'administrateur du GCS dans le cadre d'une délégation de compétences de chacun des deux directeurs du CHU et de l'ICR. Cette délégation de compétence est de même contenu que la délégation consentie par le DG du CHU à ses chefs de pôles. Pour s'intégrer dans le cadre légal en vigueur (Loi HPST), on peut d'ailleurs envisager que l'administrateur du GCS soit chef de pôle d'un pôle regroupant toutes les activités du CHU localisées à Langlade dans le cadre du GCS.
- Sur la base du volontariat, les personnels PNM du CHU peuvent demander à travailler dans un bloc de compétence ICR, dans le cadre d'un détachement à l'ICR, dans l'application stricte du statut de détachement prévu par les textes. Symétriquement, les agents de l'ICR peuvent demander à travailler dans un bloc de compétence CHU en intégrant le statut correspondant.
- Le CTE, le CHSCT central du CHU sont compétents pour les blocs de compétences qui sont rattachés au CHU.
- Un CHSCT local de Langlade est créé dans le cadre des règles en vigueur au sein de chaque institution, avec compétence respective pour les blocs de compétence rattachés. L'administrateur du GCS préside (ou subdélègue la présidence) par délégation des directeurs du CHU et de l'ICR les deux CHSCT, pour lesquelles seront proposées aux secrétaires des réunions coordonnées.

### 3) Gestion des Charges et recettes

- Chaque institution recouvre les recettes attachées à son bloc de compétence, dans le cadre de son DIM et de ses bureaux de facturation des séjours.
- Les dépenses de fonctionnement sont réparties entre ICR et CHU selon des règles prédéfinies par le règlement intérieur.
- En fin de chaque année, les dépenses et recettes supportées par chacune des institutions font l'objet d'un bilan qui peut donner lieu pour rééquilibrage à une refacturation d'une institution sur l'autre pour être conforme aux règles de répartition des recettes et des dépenses prévues par le règlement intérieur en déclinaison de l'existant constaté avant l'entrée dans le GCS.
- Les dépenses de structure du bâtiment (amortissements et frais financiers, énergie...) sont réparties entre les deux structures au prorata des surfaces occupées par les blocs de compétence de l'une et de l'autre.

### 4) Organisations médicales et soignantes, et qualité

- La gestion des protocoles médicaux et des protocoles de soins sont délégués par chaque institution au GCS, qui les organise dans le cadre d'une Direction médicale et d'une Direction des soins propre au site, et dans le cadre des orientations communes données par la Fondation IUCT.
- Il en va de même pour les différentes organisations qualité. Le site de Langlade fait l'objet d'une certification séparée.

## 5) Responsabilité

- Chaque institution est responsable pour les patients pris en charge dans son bloc de compétence.

	CHU	ICR	Hors GCS	rattachement GCS	Attribution validée	Observations
<b>1- SERVICES CLINIQUES HOSPITALISATION CONVENTIONNELLE</b>						
Chirurgie (2 unités de 25 lits)					OK	Partage nécessaire des activités / modalités en cours de définition
Oncologie médicale (3 unités de 20 lits dont 14 fléchés essais cliniques)					OK	
Médecine nucléaire et curiethérapie (18 lits)					OK	Ouverture hospitalisation de semaine (15 places)
Hématologie et médecine interne (20 lits de soins intensifs, 30 lits en unité protégée, 20 lits)					OK	
Réanimation					OK	hors GCS, rattachée au Pôle anesthésie réa du CHU
<b>2- SERVICES CLINIQUES AMBULATOIRES</b>						
Consultations (36 box)					OK	Ouverture d'un nombre de box en fonction de l'activité
Chirurgie ambulatoire (15 places)					OK	Ouverture de 10 places sur les 15 places installées
Hôpital de jour d'oncologie (2 unités de 15 lits)					OK	
Hôpital de jour essais cliniques (20 places)					OK	ouverture de 15 places
Hôpital de jour d'Hématologie (16 places)					OK	
Hôpital de jour Médecine interne (15 places)					OK	
Oncogénétique					OK	
Oncoréhabilitation					OK	intégrée au fonctionnement des consultations et de l'hôpital de jour d'essais cliniques
Radiothérapie					OK	
RCP et comités d'organes					OK	personnel de chaque RCP rattaché à son service d'origine
<b>3- SERVICES MEDICO-TECHNIQUES</b>						
Anesthésie					OK	
Bloc curiethérapie					OK	
Blocs opératoires					OK	
Anatomo pathologie					OK	techniciens de l'ICR mis à disposition par exception au principe des blocs de compétence
Laboratoire d'hématologie					OK	rattaché au pôle de Biologie, Hors GCS
réception commune des prélèvements					OK	commune aux deux labos
Laboratoire de biochimie					OK	hors GCS
CRB					OK	
Imagerie					OK	
Physique médicale					OK	
Radioprotection					OK	va avec radio physique médicale
PUI					OK	Transfert de l'équipement du CHU
Radiopharmacie					OK	
UPCO					OK	
Soins de support (équipe mobile)					OK	
kinésithérapie					OK	intégrée dans soins de support
Equipe Opérationnelle d'hygiène					OK	rattachée à EOH CHU, Intégration possible de 1,5 ETP personnels ICR
<b>4 - RECHERCHE CLINIQUE</b>						
DRCI	?	?		?	OK	à rediscuter
BEC	?	?		?	??	à rediscuter

	CHU	ICR	Hors GCS	rattachement GCS	Attribution validée	Observations
<b>5- SERVICES DE GESTION DES PATIENTS</b>						
Accueil					Ok	
Admissions					Ok	
Brancardage					Ok	
Chambre mortuaire					Ok	assurée par brancardage
Secrétariats médicaux					Ok	rattachés à chaque bloc de compétence respectifs
Standard					Ok	Commun avec l'INSERM / Modalités d'accueil téléphonique à préciser
Oncophone					Ok	
<b>6- SERVICES LOGISTIQUES</b>						
Archives					Ok	pas de service d'archives à l'ICR: 0 papier
Bionettoyage					Ok	a priori sous traitance des parties communes (marché passé par le CHU) / ménage dans blocs de compétences par personnels rattachés à ceux-ci
Déchets	?	?			Travaux en cours	
Linge					Ok	CHU déjà prestataire de la fonction linge de l'ICR / sera prestataire de l'IUC
Logistique approvisionnement / courrier vaguemestre		?			en cours de discussion	quelle intégration de l'équipe actuelle de l'ICR avec les organisations CHU
Magasin					Ok	logipharma puis PUI
Restauration					OK /modalités en cours de finalisation	restauration organisée par ICR avec appui CHU, achat de prestation par CHU au prix de revient CHU
Stérilisation					Ok	sous traitance de la stérilisation au CHU au lieu de Stérence actuellement
Transports de biens					Ok	
<b>7- SERVICES TECHNIQUES</b>						
Espaces verts					Ok	Prestataire externe géré par Direction PISTE du CHU (rattaché à point précédent)
Gardiennage					Ok	equipe mixte incendie/ ant malveillance
Maintenance des bâtiments et des installations techniques					Ok	Maintenance coordonnée par le CHU sous coordination d'1 ingénieur appartenant à Direction PISTE du CHU mis à dispo du GSC: Mathieu Fleuriot <i>les équipes du CHU prennent en charge la maintenance lourde / une coordination par ingénieur ICR / maintenance des matériels de chaque blocs de compétence par service biomed de chacun / l'équipe ICR assure les interv de 1er niveau par convention avec le CHU</i>
Service Biomédical					Ok	
Sécurité incendie					Ok	Intégration possible du personnels ICR
Système d'information	?	?			en cours de discussion	
<b>8- SERVICES ADMINISTRATIFS</b>						
Direction GCS					Ok	
Direction des soins					Ok	
Contrôle de gestion et comptabilité du GCS					Ok	
Communication					Ok	
Qualité et gestion des risques					Ok	
Direction Claudius Régaud					Ok	
Politique d'achat / Acheteurs / facturation fournisseurs CHU et ICR					Ok	le CHU achète pour le compte du GCS / l'ICR conserve une cellule achat pour se spropres besoins
Facturation patients CHU et ICR					Ok	chacun facture pour son compte dans ses blocs de compétences avec un ajustement dont règles restent à définir
DIM CHU et ICR					Ok	chacun garde son DIM
Services Financiers CHU et ICR					Ok	chacun gère ses propres services financiers
Gestion RH CHU et ICR					Ok	chacun gère ses RH
Médecine du travail CHU et ICR					Ok	idem /réfléchir à conventions possibles pour éviter les déplacements
Trésorerie CHU et ICR					Ok	chacun gère sa trésorerie

Peu ou prou, 70 unités ont été distinguées (*cf. 5ème CD Rom intégré dans le rapport à la suite de ce chapitre*). Pour chacune d'entre elles, il faut en déterminer :

- a) la taille (éventuellement revue à la baisse), la localisation, l'équipement neuf et transféré ;
- b) la structure en responsabilité : ICR ou CHU pour laquelle elle devient un « bloc de compétence » ;
- c) l'organisation opérationnelle, notamment lorsque l'activité de cette unité regroupe des missions exercées auparavant à la fois par le CHU et par l'ICR ;
- d) les moyens, notamment en personnel, compte tenu de la disposition des nouveaux locaux, des ambitions revalidées, formulées par les responsables (qui n'ont pas été cadrés et limités dans la phase précédente) et des contraintes que fait naître un nouveau site (transports et logistique par exemple).

La mission a soumis une fiche descriptive type par unité ou activité qui permet un cadrage complet autorisant à la fois la caractérisation des flux financiers (balance recettes/charges en 2012 et projetées en 2015), la détermination des modalités d'organisation (localisation, rattachement du bloc de compétence, équipement transféré et acheté, modalités de fonctionnement pratique, ...) (*cf. fiche type et exemple fiche hémato provisoire, CD Rom 5, Organisation*).

La menée à bien de ce travail conditionne le bon fonctionnement de la structure dans toutes ses modalités. **Elle constitue une originalité exemplaire pour cette taille d'établissement et reflète l'ambition originale du projet.**

**Ce travail délicat d'ajustement et d'arbitrage, jamais discuté auparavant, est toujours en cours en avril.**

Il faut, une nouvelle fois, souligner l'engagement des directions des deux établissements mais également de la direction projet et de leurs équipes qui se réunissent plusieurs fois par semaine pour **fixer le cadre des actions selon un rythme particulièrement soutenu.**

**Ce travail, qui aurait dû être engagé beaucoup plus tôt, tient plus du défi, voire de la gageure, que d'une préparation normale. Il semble, pourtant, maîtrisé par les équipes.**

**Néanmoins, même si le cadre et les orientations de chaque unité pourront être décidés en quelques semaines, il est illusoire de considérer la tâche comme aboutie.**

Ainsi, les équipes doivent donner corps pour chaque activité clinique, de recherche et médico-technique à l'ambition de dynamique commune et d'amélioration des services rendus. Elles rencontrent d'ores et déjà des enjeux liés aux contraintes des logiques « établissement » portant, par exemple, sur la qualité et la gestion des risques (certification par structure ICR et CHU ou dynamique partagée et certification unique du site du GCS ?).

L'organisation détaillée exigera pour chaque service **au moins six mois d'ajustement et de formalisation** des organisations pour assurer un aménagement et un fonctionnement minimalement harmonieux. Par comparaison, ce délai représente habituellement une année d'effort pour un simple transfert et non pour le regroupement de deux entités de culture différente, comme dans le cas présent.

Dans ce contexte, l'inquiétude exprimée par les personnels et les représentants syndicaux des deux établissements est compréhensible.

Les deux directions se sont engagées à présenter l'organisation et le fonctionnement future des unités, de manière relativement détaillée, ainsi qu'une proposition d'affectation nominative pour chaque professionnel, fin juillet 2013.

Des réunions périodiques avec les organisations syndicales et les directions sont planifiées pour assurer leur information, recueillir et prendre en compte leurs avis et suggestions.

**L'EQUILIBRE DU MODELE ECONOMIQUE PEUT DONC COMMENCER A ETRE ETUDIE EN FONCTION DU MONTANT DES SUBVENTIONS DISPONIBLES, DES CONTRAINTES STRUCTURELLES DU BATIMENT HOSPITALIER ET DES ARBITRAGES SUR LES ACTIVITES CLINIQUES ET DE RECHERCHE.**

Le mois écoulé depuis l'engagement de cet aspect de la mission a été en grande partie consacré à remettre sur les rails le projet de fonctionnement de l'IUC ONCOPOLE et à assurer les conditions optimales de la préparation de l'ouverture. Il a été réalisé grâce à l'appui volontariste des directeurs généraux du CHU et de l'ICR.

**Les responsables actuels de ce projet devront donc réaliser en 6 à 8 mois ce qui se fait d'habitude en 2 ans. Rien, en effet, hors la construction, n'était ni définitivement arbitré, ni engagé,** comme indiqué au chapitre précédent.

Il est difficile, dans ces conditions et aujourd'hui avec précision, de sérier l'impact budgétaire futur du fonctionnement de l'Institut.

Enfin, le choix de la création d'un GCS de moyens induit des conséquences directes de ce fonctionnement sur les situations budgétaires du CHU comme de l'ICR.

En tout état de cause, la comptabilité de l'IUC ONCOPOLE n'impliquera pas l'élaboration d'un EPRD, d'un PGFP ni d'un compte de résultat. Elle ne peut constituer réglementairement un budget annexe des budgets principaux CHU et ICR. Par contre, l'élaboration d'une comptabilité analytique des activités, cliniques ou non, réalisées sur place paraît incontournable. Elle devra être élaborée conjointement et sur des bases identiques par les directions financières des deux structures et consolidée par le contrôleur de gestion du GCS (budget prévisionnel, compte de résultat consolidé).

**LE ONZIEME RESULTAT PERMET DE RESPONSABILISER CHU/ICR ET D'ENGAGER UNE PREMIERE EVALUATION QUANT AUX FUTURS COUTS D'EXPLOITATION DE L'IUC ONCOPOLE.**

**NOUS SOUHAITONS POURSUIVRE LA MISSION JUSQU'A FIN JUILLET ET PRODUIRE A CE STADE UN RAPPORT QUI DISTINGUERA :**

- **Les aspects budgétaires liés aux décisions d'engager le projet** (remboursement d'emprunts, surcoûts liés aux amortissements, à la taille du bâtiment, aux problèmes de sécurité spécifiques, à l'environnement urbain (6 hectares de jardins, ... ).
- **Les aspects budgétaires liés à la gestion hospitalière classique** et aux décisions de créations de postes dépendantes des deux directions générales.

Il serait logique que l'assurance maladie aide à la prise en charge la première catégorie des dépenses alors que la seconde catégorie relève des financements habituels dans la tarification hospitalière.

→ Le cinquième CD Rom comporte la totalité des documents actuellement disponibles sur les enjeux budgétaires.

**LE DOUZIEME RESULTAT DE NOTRE MISSION EST DE RECOMMANDER FORTEMENT A LA FIN DE LA MISSION EN JUILLET 2013 LA CREATION D'UNE MISSION DE SUIVI DONT LA LETTRE DE MISSION POURRAIT COMPORTER LES ELEMENTS CI-DESSOUS :**

1<sup>ère</sup> priorité : La question des ressources humaines et la mise en œuvre des conditions de travail en lien avec les CHSCT et les organisations syndicales représentatives avec l'organisation détaillée de chacune des activités.

2<sup>ème</sup> priorité : L'achat et l'installation des équipements.

3<sup>ème</sup> priorité : Le déménagement et les opérations tiroirs.

4<sup>ème</sup> priorité : La mise en place des opérations de team building au niveau médical, soignant, logistique et administratif.

5<sup>ème</sup> priorité : La mise en place définitive des structures juridiques dans un délai le plus court possible avec pour la Fondation IUCT une phase transitoire basée sur un comité stratégique créant le directoire et ses 3 missions.

6<sup>ème</sup> priorité : La finalisation des éléments budgétaires pour 2014 et 2015.

7<sup>ème</sup> priorité : La mise sur pied de la démarche qualité de l'IUC Oncopole.

8<sup>ème</sup> priorité : La réflexion sur la communication globale du projet et sur la place respective des deux fondations.

9<sup>ème</sup> priorité : La mise sur pied du processus de recrutement de nouveaux médecins, de nouveaux chercheurs venant de l'extérieur de Toulouse.

10<sup>ème</sup> priorité : Le suivi de la mise en œuvre de la solution informatique.

### **Recommandations de notre mission**

1. « L'Institut Universitaire du Cancer » ne pouvant pas exclure la neuro-oncologie, l'onco-gériatrie, l'onco-pédiatrie, l'oncologie maxillo-faciale, l'oncologie digestive, thoracique et urologique, nous proposons :

- de constituer l'Institut Universitaire du Cancer de Toulouse (IUCT) en réunissant la totalité de la cancérologie du CHU et du CRLCC sur 3 sites (Purpan, Rangueil et Langlade, site de l'Oncopole).
- de dénommer IUC Purpan, IUC Rangueil et IUC Oncopole respectivement les deux sites du CHU (Purpan et Rangueil) et la réunion CHU/CRLCC sur le site de Langlade, ancien site d'AZF désormais dénommé l'Oncopole.

2. Le secteur privé et les hôpitaux généraux ayant été associés depuis le début à juste titre et des documents d'engagements réciproques ayant été signés par les plus hautes autorités, nous recommandons :
  - de mettre au premier plan le lien entre l'IUCT et le réseau ONCOMIP, un des meilleurs réseaux français de cancérologie.
  - de labéliser les centres membres d'ONCOMIP qui seront habilités à participer à la recherche clinique en lien avec les centres universitaires dans un cadre qui reste à définir et est en cours de discussions avec les différents partenaires.
3. Le projet médical, le projet recherche et le projet enseignement nous ont paru de qualité et se rapprocher de l'ambition internationale du projet initial. Nous recommandons leur mise en œuvre après acceptation par l'ARS, et évaluation par les organismes de recherche.
4. Bien que les équipes toulousaines soient parvenues à attirer plus de 60 chercheurs ces cinq dernières années dont 30 extérieurs à Toulouse (2/3 de français, 1/3 d'étrangers), mais sans succès à l'European Research Council, nous recommandons d'accélérer le recrutement de nouveaux cliniciens/chercheurs et de nouveaux chercheurs à temps plein venant de l'extérieur et de Midi-Pyrénées. Toulouse titulaire du seul Pôle hospitalo-universitaire de cancérologie hors Ile de France a les capacités d'y parvenir.
5. Nous proposons qu'il n'y ait qu'un seul conseil scientifique sur lequel s'appuieront toutes les structures juridiques concernées par le projet. Nous recommandons de s'inspirer, à cette fin, de celui de l'actuel réseau Recherche Innovations Thérapeutiques en Cancérologie (RITC) en intégrant des thématiques complémentaires aux thématiques proprement biologiques.
6. Une originalité du site de l'IUC Oncopole est que l'hôpital et le Centre de Recherche sur le Cancer de Toulouse (CRCT) sont situés entre les laboratoires Pierre Fabre et ceux de SANOFI. Le partenariat (qui existe depuis 1985) entre le CNRS et Pierre Fabre doit servir d'exemple. Nous recommandons un accroissement des relations entre les industriels et le milieu académique, y compris les sociétés de biotechnologie.
7. Il n'est pas, dans le cadre de notre mission, de proposer des solutions à la restructuration de SANOFI, objet d'une mission séparée. Nous recommandons cependant :
  - de poursuivre les collaborations existantes entre les équipes actuelles de l'Institut Claudius Regaud et de SANOFI ;
  - de négocier avec SANOFI la constitution de Spin off ou/et de Start up sur des thèmes de recherche présents, en particulier sur le site de l'Oncopole ;
  - de s'inspirer d'exemples étrangers tels que le projet « Vision 2025 » d'Hagastaden à Stockholm.
8. Nous recommandons de mettre en œuvre l'excellent programme d'enseignement validé par l'Université Paul Sabatier et de prioriser la relocalisation des facultés de Pharmacie et d'Odontologie sur le site de l'Oncopole Langlade.
9. Nous recommandons de simplifier la gouvernance qui repose actuellement sur 10 structures juridiques souvent redondantes et de résumer cette gouvernance à deux fondations.
  - La Fondation IUCT qui financerait les équipes actuellement présentes à Toulouse en s'appuyant sur un directoire et 3 missions de coordination pour les Soins, la Recherche/Innovation et l'Enseignement/Formation.
  - La Fondation InNaBioSanté (qui pourrait devenir la Fondation ONCOPOLE pour une meilleure compréhension) qui financerait les nouveaux cliniciens/chercheurs et les nouveaux chercheurs à temps plein qu'il faut faire venir à Toulouse pour donner une dimension unique

et internationale au projet. Cette fondation animerait aussi l'ensemble des acteurs du site de Langlade et porterait les projets urbains et économiques. Un lien fort doit se créer (et c'est le cas depuis un an) entre l'Association ONCOPOLE et InNaBioSanté. Nous recommandons à terme la fusion des deux structures.

10. Nous proposons que la Fondation IUCT soit présidée par une personnalité scientifique extérieure à Toulouse capable d'incarner le projet au niveau national et international.
11. Nous recommandons une gouvernance équilibrée de la Fondation IUCT respectant le rôle de chacun et l'équilibre entre les différents acteurs.
  - Le directeur du CHU présiderait le directoire de la Fondation.
  - Le directeur du CRLCC serait l'administrateur de la structure juridique gérant l'IUC Oncopole et le directeur du CRCT serait le directeur de la recherche de l'IUC Oncopole.
  - Le président de l'Université ou son représentant animerait avec les 4 doyens la mission Enseignement/Formation.
  - La mission Recherche/Innovation de l'IUCT serait animée par un coordonnateur désigné sur proposition des partenaires académiques.
  - Le secteur privé, les hôpitaux généraux et ONCOMIP doivent faire partie du conseil d'administration de la Fondation.
  - La structuration de la dimension partenariale devra s'intégrer dans cette architecture conformément au résultat des discussions en cours.

12. Seuls deux des cinq GCS existants sont nécessaires juridiquement pour faire fonctionner l'IUCT :
  - Le GCS de droit public propriétaire des bâtiments et du terrain.
  - Un GCS dit IUC Oncopole en cours de création qui gèrera la coopération CHU/CRLCC sur le site de Langlade.

Nous recommandons que ce dernier soit un GCS de moyens, dont l'assemblée générale sera présidée par le CHU et dont l'administrateur sera le directeur du CRLCC.

Dans le système proposé constitué à parité égale, le CHU garde ses autorisations et le CRLCC les siennes. Les personnels CHU gardent leur statut public et ceux du Centre Régional de Lutte Contre le Cancer leur statut privé. Le GCS pourra adhérer à la fois à UNICANCER et à la FHF.

Sur le site de l'Oncopole, il est proposé une ventilation avec des services restant totalement CHU ou totalement CRLCC ou des services communs.

Les services totalement CHU ou totalement CRLCC entraîneront des recettes CHU ou CRLCC et s'il y a des médecins ou du personnel de l'autre entité, ils seront simplement refacturés par voie conventionnelle. Les services communs seront refacturés à l'un ou à l'autre selon un système de péréquation totalement transparent.

13. Nous recommandons de nommer le directeur du CHU président du Directoire de l'IUCT et le directeur du CRLCC administrateur du site de l'IUC Oncopole et :
  - d'adresser une nouvelle lettre de mission au Professeur Michel ATTAL lui recommandant fortement de s'investir pour faire venir de nouveaux médecins et de nouveaux chercheurs sur le site de l'IUC Oncopole.
  - d'adresser une lettre de mission spécifique pour la mission cancer au directeur du CHU, Monsieur Jacques LEGLISE.
14. La gouvernance et la structuration juridique de l'IUCT ne posent pas de problème particulier (le CHU garde les sites de Ranguel et de Purpan, l'Université, l'Inserm et le CNRS gèrent les laboratoires de recherche selon les conventions qui les lient, ...).

Par contre, le travail en commun CHU/CRLCC sur le site de l'IUC Oncopole nécessite un système d'information capable de faire le lien avec le réseau ONCOMIP et l'Institut du Cancer Midi-Pyrénées. Nous avons fait faire une analyse complète par des experts des enjeux et nous recommandons le scénario informatique dit de cohabitation qui est celui qui laisse le plus de possibilités d'évolution pour le futur.

15. La gestion administrative sur le site de l'IUC Oncopole doit faire co-exister le Centre de Lutte Contre le Cancer, sa direction et ses instances représentatives (CA, CE, CHSCT, organisations syndicales) avec environ 200 salariés du CHU qui eux-mêmes dépendront fonctionnellement de l'administrateur du GCS (directeur du CRLCC) tout en gardant leur relation hiérarchique avec le CHU et le lien avec ses instances (conseil de surveillance, CTE, CHSCT, organisations syndicales).

Nous recommandons très fortement que le directeur général adjoint du CRLCC et l'adjoint de l'administrateur du GCS soit une seule et même personne. Nous avons obtenu l'accord des acteurs pour qu'un recrutement soit lancé et que le choix du candidat recruté soit fait par un comité de sélection de 4 personnes (le directeur du CHU, du CRLCC et un représentant de la FHF et d'UNICANCER). Dès la nomination du candidat, nous recommandons de dissoudre la mission projet et de créer l'administration du GCS en lien avec celles du CRLCC et du CHU.

16. Le projet urbain, la gestion du site de l'Oncopole et du foncier disponible, les enjeux du développement économiques sont actuellement pris en main avec beaucoup d'efficacité par Toulouse Métropole qui doit garder le leadership sur cet aspect du projet qui lui donnera in fine son caractère unique et son ambition internationale.

C'est pour cette raison que nous recommandons d'accentuer encore le rapprochement entre l'Association Oncopole et la Fondation InNaBioSanté **pour aboutir à terme à une fusion.**

Le Maire de Toulouse, président de la Métropole, a toute légitimité à présider ces enjeux. L'actuel président de la Fondation doit continuer à jouer un rôle important, en particulier dans la collecte de fonds et se voir témoigner la reconnaissance qui lui est due pour avoir initié et porté ce projet.

17. La mission n'est pas terminée et nous souhaitons que les deux ministres veuillent bien la prolonger pour aboutir rapidement :

- à des conclusions claires sur les enjeux budgétaires qui sont ébauchés dans le rapport mais sur lesquels nous ne sommes pas en mesure de conclure à ce stade, en particulier sur le budget de fonctionnement.
- à la définition du cahier des charges d'une mission de suivi qui nous apparaît absolument indispensable et qui devra poursuivre sa mission jusqu'à l'ouverture de l'IUC Oncopole entre **Janvier et Avril 2014.**

Le cahier des charges de la mission de suivi devra mettre au premier plan la question des ressources humaines qui doit être clarifiée pour fin Juillet 2013, afin de débiter une phase de négociation précise avec les organisations syndicales sur la mise en œuvre des conditions de travail sur le site de l'IUC Oncopole.

## Annexes du rapport de la mission Thierry PHILIP/André SYROTA

---

Annexe 1 : listing détaillé des Cd-rom

Annexe 2 : liste des personnes rencontrées au cours la mission

## ANNEXES DU RAPPORT DE LA MISSION PHILIP / SYROTA

### CD 1 – Historique

1. Historique
2. SROS Cancérologie
3. Plan Cancer Conseil Régional

### CD 2 – Projet Soin / Recherche / Enseignement / Réseau

#### Soin

1. Projet Médico-Scientifique de l'IUC Oncopole
2. Projet Médical de Cancérologie du CHU (Purpan + Rangueil)
3. Organisation de la Biologie
4. Collège Santé-Soins (CSS)

#### Réseau

1. Projet ONCOMIP
2. Charte d'engagement avec le secteur Privé
3. Charte de Labellisation

#### Recherche

1. Projet CRCT
2. Projet P.H.U.C. (CAPTOR)
3. Projet RTRS
4. Projet Protonthérapie
5. Accord SANOFI

#### Enseignement

1. Projet Université Paul Sabatier
2. Projet Faculté de Pharmacie
3. Projet Faculté d'Odontologie
4. Projet OncoRésonance

### CD 3 – Juridique

1. GCS Clinique Universitaire du Cancer – Convention Constitutive + avenants (GCS propriétaire du bâtiment)
2. Fondation IUCT – Projet Convention constitutive et Règlement Intérieur
3. GCS IUC Oncopole – Projet Convention constitutive et Règlement Intérieur
4. Fondation InNaBioSanté - Acte fondateur
5. Lettre de M. Philippe DOUSTE-BLAZY du 25 février 2013
6. GCS LCU / IHOP - LYON

### CD 4 – Système d'Information

1. Note sur S.I.H. Langlade pour DGOS
2. Synthèse de la mission S.I.H. de Philippe CASTETS (DSI Hospices Civils de Lyon)

## **CD 5 – Fonctionnement / Organisation / Budget**

### ***VOLET 1 - CONSTRUCTION***

1. Photos du bâtiment
2. Plan de Masse par étage et Plan du site
3. Plan de répartition des blocs de compétence par étage
4. Description du coût de l'opération équipement compris
5. Tableau comparatif ratios lit/m<sup>2</sup> (ANAP / APHP)

### ***VOLET 2 - ORGANISATION***

1. Décision de nomination : D. Lafage - Coordonnateur technique général
2. Retroplanning ouverture du site de Langlade
3. Tableau de répartition des blocs de compétences
4. Appel à candidature du Directeur Administratif de l'IUC Oncopole / DGA de l'ICR
5. Fiche de poste du Directeur Administratif et DGA
6. Projet d'Organigramme de Direction GCS IUC Oncopole
7. Description du parcours de soin type du patient – *Non remis*

### ***VOLET 3 - BUDGETAIRE ET FINANCIER***

1. Calcul du cout de maintenance du bâtiment vide
2. Schéma de versement des subventions Etat
3. Synthèse des flux financiers GCS CUC
4. GCS Hypothèses d'amortissement
5. PGFP GCS CUC – *Non définitif*
6. Bilan prévisionnel GCS CUC – *Non définitif*
7. Fiches type de synthèse par activité
8. Budget de fonctionnement prévisionnel 2015 valeur 2012 de l'IUC Oncopole – *Non remis*
9. PGFP du CHU et de l'ICR intégrant l'IUC Oncopole – *Non remis*

### ***VOLET 4 – ORGANISATION DES RESSOURCES HUMAINES***

Organigramme général – *Non remis*

## **CD 6 – SITE DE LANGLADE : Mission économique / Projet Urbain / Mission coordination**

1. Photo du campus avec légende des bâtiments
2. Note sur la dépollution du terrain
3. Plan DREAL
4. Rapport 2012-2015 sur la Gouvernance du site de l'Oncopole
5. Rapport du Séminaire de Toulouse Métropole sur le développement économique du site de l'Oncopole
6. Schéma du réseau Tisséo

## ANNEXE N°2 DU RAPPORT DE LA MISSION PHILIP / SYROTA

### Liste des personnes rencontrées au cours de la mission ONCOPOLE, Toulouse

⇒ 20 décembre 2012 – rdv sur paris  
( 1<sup>ER</sup> Contact)

Nom	Fonction	Coordonnées
Entretien téléphonique avec J.P. ARMAND		armandcancer@gmail.com
Rdv avec Mme la Ministre Geneviève FIORASO  Réunion déjeunatoire	<u>Participants :</u> - Yves LEVY, conseiller auprès de la ministre de l'Ens. Sup et recherche - Lionel COLLET, directeur de cabinet de Mme G.Fioraso - Djillali ANNANE, conseiller santé auprès de la ministre des aff.soc. et de la santé - Cécile COURREGES, ancienne dir cabinet M.Touraine, Matignon	gforaso@assemblee-nationale.fr  lionel.collet@recherche.gouv.fr  djillali.ANNANE@sante.gouv.fr

⇒ 7 janvier 2013

Pierre COHEN	Maire de Toulouse	pierre.cohen@mairie-toulouse.fr
Henri Michel COMET	Préfet de la région Midi-Pyrénées	
Christophe CAZAUX	Conseiller scientifique du président de Toulouse Métropole	christophecazaux@toulouse-metropole.fr
Hervé LEON	DGA CHU Toulouse	leon.h@chu-toulouse.fr
Pr Jean Pierre VINEL	Doyen Faculté Purpan	
Pr Sébastien PIERRE	Président CME Institut Claudius Regaud	
Pr Henri ROCHE	Directeur médical ICR	roche.henri@claudiusregaud.fr
Pr Guy LAURENT	Projet CAPTOR	
Martine BENOIT RIGEOT	Directrice du projet IUC	benoit.rigeot.m@iuc-toulouse.eu

Monique CAVALIER	Directeur de l'ARS Midi-Pyrénées	<a href="mailto:monique.cavalier@ars.sante.fr">monique.cavalier@ars.sante.fr</a> Assistante : Sylvie Gondouin
Pr Bertrand MONTHUBERT	Président université Paul Sabatier	
Pr Jean Jacques FOURNIE	Directeur du centre de recherche	<a href="mailto:jean-jacques.fournie@inserm.fr">jean-jacques.fournie@inserm.fr</a>
Jean ISCARTIN	CGT secrétaire général - CHU Toulouse	
Serge RAMEL	FO - CHU Toulouse	
Frédéric CASAUY	CGT secrétaire du CTE du CHU - CHU Toulouse	<a href="mailto:cazaux.f@chu-toulouse.fr">cazaux.f@chu-toulouse.fr</a>
Alain LE DUC	FO - CHU Toulouse	<a href="mailto:syndicat.fo.bg@chu-toulouse.fr">syndicat.fo.bg@chu-toulouse.fr</a>
Dr FRANCK	Clinique Pasteur Toulouse	<a href="mailto:d.franck@clinique-pasteur.com">d.franck@clinique-pasteur.com</a>
Dr ALZIEU	Clinique Albi ET Hôpital de Rodez	<a href="mailto:alzieu@claudie-bernard-albi.com">alzieu@claudie-bernard-albi.com</a>
Pr Bernard PRADERE	Président CME du CHU	<a href="mailto:pradere.b@chu-toulouse.fr">pradere.b@chu-toulouse.fr</a>
Pr Rosine GUIMBAUD	Président du réseau Oncomip, oncologue médical au CHU	
Pr Michel ATTAL	Directeur du centre Claudius Regaud	<a href="mailto:attal.michel@claudius.regaud.fr">attal.michel@claudius.regaud.fr</a>
Michel ROMATET	Ancien directeur général du CHU de Toulouse	
Madame Christine UNGERER	Directrice de cabinet de l'ARS Midi-Pyrénées	
Pierre VAISSET	CHSCT ICR- CGT	<a href="mailto:vaisset.pierre@claudiusregaud.fr">vaisset.pierre@claudiusregaud.fr</a>
Viviane RICHARD	CE DP ICR - GTT (2 <sup>ème</sup> délégué syndical CGT)	<a href="mailto:richard.viviane@claudiusregaud.fr">richard.viviane@claudiusregaud.fr</a>
Patrick BOSSUT	CE DP ICR - CGT	<a href="mailto:patrick.bossut@sfr.fr">patrick.bossut@sfr.fr</a>
Claude JEANPRETRE	DP délégué syndical CGT - ICR	<a href="mailto:jeanpretreclaudie@claudiusregaud.fr">jeanpretreclaudie@claudiusregaud.fr</a>
Françoise FOUQUE	Secrétaire du CE - ICR	<a href="mailto:fouque.francoise@claudiusregaud.fr">fouque.francoise@claudiusregaud.fr</a>
Trinidad VALERO	CE DP secrétaire CGT - ICR	<a href="mailto:alero.trinidad@claudiusregaud.fr">alero.trinidad@claudiusregaud.fr</a>
Laurence RICHER	CE DP CGT - ICR	<a href="mailto:richer.laurence@claudiusregaud.fr">richer.laurence@claudiusregaud.fr</a>
Jean-Marie BRUGERON	Ancien directeur du Projet, IUC DGA Montpellier	

⇒10 janvier 2013, 11h

Interview téléphonique Emmanuelle REY	Journaliste LA DEPECHE	
--	------------------------	--

⇒17 janvier 2013

Monique CAVALIER	Direction régionale ARS	Assistante Sylvie Gondouin monique.cavalier@ars.sante.fr
B.de LAFONTAN	Responsable CGC cadres médecins Délégué CGC - ICR	
Pr Michel ATTAL	Directeur ICR	
Martine BENOIT RIGEOT	Directrice du projet	benoit.rigeot.m@iuc-toulouse.eu
Marjorie BRIANT	Adjointe chef de projet à Mme BENOIT RIGEOT (pour l'aspect Budget)	
Pierre CANAL	DIH Institut Claudius Regaud	
Jean Marie BRUGERON	Directeur du projet de 2005-2010	

⇒ 18 janvier 2013

Bertrand PRADERE	Président CME - CHU	
Alain BERNARD	DGA - ICR	
Eric TARDIEU	DGA - Grand Toulouse	
Sophie VOINIS	Interview télé Toulouse Journaliste TLT	svoinis@yahoo.fr
François LE CLEZIO Matthieu FLEUREAU ingénieurs direction du projet représentant maîtrise d'ouvrage pour la construction + Bertrand MERCIER, architecte de la maîtrise d'œuvre	Visite de chantier SITE LANGLADE Avenue Joliot Curie	

⇒ 22 janvier 2013 ⇒Visite André Syrota + Hervé Douchin

Jean-Philippe GIRARD	Directeur de l'Institut de Pharmacologie et Biologie Structurale	
----------------------	--	--

Gilles FAVRE	Directeur du RTRS RITC	
Didier TROUCHE	Directeur du LBCMCP (UMR CNRS/UPS)	
Visite chantier du CRCT avec Jean-Jacques FOURNIE	Directeur du CRCT Inserm/UPS)	
Bernard DUCOMMIN	Directeur de l'Institut des techniques avancées du vivant (ITAV)	
Pierre BROUSSET	Porteur du Labex TouCan	

⇒ 24 janvier 2013

(en présence A. Syrota) - Jean-Paul VIGUIER - et Yann PADMEWSKI	Architecte Associé et Directeur du Projet de l'IUC à Toulouse	contact Anne Le Fur Architecture et Urbanisme 16 rue du Champ de l'Alouette
Jacques LEGLISE	Futur DG du CHU de Toulouse	Violetta Bianchi

⇒ 25 janvier 2013

Djillali ANNANE + Denis MORIN + Bruno MAQUART	Conseiller santé auprès de la Ministre des affaires sociales et de la santé	cab-ass-pos@sante.gouv.fr djillali.ANNANE@sante.gouv.fr
---	---	--

⇒ 29 janvier 2013

Entretien avec le directeur général du centre Léon Bérard, Pr Sylvie NEGRIER	Préparation de la venue de la délégation de l'Oncopole Toulouse au Centre Léon Bérard le 15 Février	sylvie.negrier@lyon.unicancer.fr
---	--	----------------------------------

⇒ 30 janvier 2013

Mme Josiane CHEVALIER	Préfète du Tarn et Présidente du conseil de surveillance de l'Institut Claudius Régaud	josiane.chevalier@tarn.gouv.fr
M. Laurent BERGEOT + Christine DACHICOURT	Directeur régional adjoint - DREAL Adjointe au Directeur régional	
M. Jean-Louis SEGURA	Directeur de InNaBioSanté	jlsegura@dcconseil@orange.fr

M. Eric TARDIEU	Directeur général adjoint au Développement économique, Emploi et Rayonnement international de Toulouse Métropole.	
M. Hervé LEON	DGA au CHU de Toulouse	
M. Bernard PRADERE	Directeur de la CME au CHU de Toulouse	
M. Jean-Pierre VINEL	Doyen CHU (Univ. P.Sabatier)	
Professeur Michel ATTAL	Directeur général ICR	
M. Sébastien PIERRE	Président de la CME ICR	
Professeur Henri ROCHÉ	Directeur des affaires médicales ICR	
Mme Martine BENOIT-RIGEOT	Directrice de Projet - Clinique Universitaire du Cancer	
M. Stéphane PYRONNET	Directeur adjoint Centre de Recherche en Cancérologie de Toulouse	
M. Pierre MONTORIOL	Président du pôle de compétitivité CBS	<a href="mailto:p.montoriol@hemodia.com">p.montoriol@hemodia.com</a>
M. Philippe PRIGENT	Directeur du pôle CBS	<a href="mailto:p.prigent@cancerbiosante.fr">p.prigent@cancerbiosante.fr</a>
M. Michel ATTAL	Directeur Institut Claudius Régaud	<a href="mailto:attal.michel@claudiusregaud.fr">attal.michel@claudiusregaud.fr</a>
M. Christophe CAZAUX	Centre de recherche en cancérologie et conseiller scientifique à Toulouse Métropole	<a href="mailto:christophe.cazaux@ipbs.fr">christophe.cazaux@ipbs.fr</a>
M. Benjamin GANDOUET	Directeur de l'association Oncopole de Toulouse	<a href="mailto:benjamin.gandouet@oncopole-toulouse.com">benjamin.gandouet@oncopole-toulouse.com</a> 20, 24 rue du Pont Saint Pierre 31052 Toulouse cedex

⇒ 31 janvier 2013

M. Yannick FRANCIA Entretien Téléphonique	Avocat, cabinet Lefebvre, Lyon	<a href="mailto:yannick.francia@lyon.cms-bfl.com">yannick.francia@lyon.cms-bfl.com</a>
--	--------------------------------	--

⇒ 1<sup>er</sup> février 2013

Rencontre M. Yannick FRANCIA En présence du directeur Général du centre Léon Bérard, Pr Sylvie NEGRIER	Avocat, cabinet Lefebvre, Lyon	<a href="mailto:yannick.francia@lyon.cms-bfl.com">yannick.francia@lyon.cms-bfl.com</a>
--	--------------------------------	--

⇒ 7 février 2013

Rencontre M. Yannick FRANCIA Avec la présence du directeur général du centre Léon Bérard le Pr Sylvie NEGRIER	Avocat, cabinet Lefebvre, Lyon	<a href="mailto:yannick.francia@lyon.cms-bfl.com">yannick.francia@lyon.cms-bfl.com</a>
--	--------------------------------	--

⇒ 12 février 2013

Alain EYCHENE	Responsable cancéro pour le CNRS	<a href="mailto:eychene@curie.fr">eychene@curie.fr</a>
---------------	----------------------------------	--

⇒ 13 février 2013

Gérard VINCENT	Délégué général Fédération Hospitalière de France	
Jean DEBEAUPUIS	Directeur général de l'offre de soins	
Olivier LYON CAEN	Conseiller santé, président Hollande	<a href="mailto:olivier.lyon-caen@elysee.fr">olivier.lyon-caen@elysee.fr</a>
Michel YAHIEL Elysée	Conseiller social	<a href="mailto:michel.yahiel@gmail.com">michel.yahiel@gmail.com</a>
José REIFFERS	Président de la Fédération Nationale des centres de Lutte contre le Cancer	
Pascale FLAMANT	Déléguée générale de la Fédération Française des Centres de Lutte contre le cancer	
Cécile COURREGES	Conseiller santé, Matignon	
François MAURY	IGAS	<a href="mailto:francois.maury@igas.gouv.fr">francois.maury@igas.gouv.fr</a>

⇒ 15 février 2013

**Déplacement sur Lyon (CENTRE LEON BERARD) de la mission ONCOPOLE Toulouse :**

Thierry PHILIP, expert et professeur d'Oncologie Centre Léon Bérard

**participants CLB :**

- Sylvie NEGRIER

Directeur général du centre Léon Bérard

- Jean-Robert GRESLIN

DGA du centre Léon Bérard

- Hervé VALERIAN BESSAC

Drh du centre Léon Bérard

- Thierry DURAND

Directeur de l'Information Hospitalière du centre Léon Bérard

- Dr Christophe BERGERON

Administrateur du centre Léon Bérard

**Participants Institut IHOP :**

- Corinne Krencher,

Directeur du Groupement hospitalier Est

- Franck D'Attoma,

Directeur des ressources financières et du contrôle gestion

Hospices civils de Lyon

- Maître Francia,

Cabinet d'avocats Lefebvre

- M.Guépâtre (en visioconférence)

- M.Alain Collombet Secrétaire général des Hospices civils de Lyon,

- M.Olivier Claris

Président de la CME des Hospices Civils de Lyon

**Participants Toulouse**

- Jacques Leglise,

Futur DG du CHU de Toulouse

- Michel Attal,

Directeur du centre Claudius Regaud

- François Maury

IGAS

- Hervé Douchin

IGAENR

-Henri Roche

Directeur des affaires médicales - ICR

- Pierre Canal

Responsable des systèmes d'information - ICR

- Alain Bernard

Directeur général adjoint - ICR

- Martine Benoit Rigeot

Directrice du projet

⇒ 20 février 2013

Réunion du Conseil d'administration de l'ICR	ICR	
Rencontre avec les organisations syndicales de l'ICR	ICR	
Henri-Michel COMET	Préfet région Midi-Pyrénées	
Rencontre avec les organisations syndicales du chu  Syndicat CFDT Garonne; Syndicat CFDT Hôtel Dieu; Syndicat CFDT La Grave; Syndicat CFDT Larrey; Syndicat CFDT Paule de Viguier; Syndicat CFDT Purpan; Syndicat CFDT Ranguet; Syndicat CGT Garonne; Syndicat CGT Hôtel Dieu; Syndicat CGT La Grave; Syndicat		<a href="mailto:albertin.marie-jose@claudiusregaud.fr">albertin.marie-jose@claudiusregaud.fr</a>
Monique CAVALIER (entretien téléphonique)	Directrice ARS	<a href="mailto:monique.cavalier@ars.sante.fr">monique.cavalier@ars.sante.fr</a>
Pr Philippe ROCHAIX	Anapath, ICR	
Pr Michel ATTAL	Directeur Institut Claudius Regaud	
Madame PINELLI	Journaliste	

⇒ 21 février 2013

M. Pierre COHEN	Maire de Toulouse	
Martin MALVY	Président de la région Midi-Pyrénées, <u>accompagné de</u> : - Nicole BELLOUBET, VP du conseil régional - Michel BOUSSATON, conseiller régional - Jean TKAXZUK, conseiller régional - Stéphane MOULINIER, DGA - Thierry ALCOUFFE, directeur de la mission enseignement supérieur et recherche - Ugo DOUARD, conseiller technique auprès du président de région	
M. Bernard COUDERC Mme Rosine GUIMBAUD Pdte du réseau et du médecin coordinateur du réseau M. Eric BAUVIN	Membre d'honneur de l'ONCOMIP	

⇒ 22 février 2013

M. Didier MIRATON (A. Syrota)	Directeur général Pierre Fabre	
----------------------------------	--------------------------------	--

⇒ 26 février 2013 à Paris T. Philip et A. Syrota

Pr REIFFERS	Président de la Fédération des Centres de Lutte contre le cancer - UNICANCER, Paris	
Pascale FLAMANT	Secrétaire fédérale, Fédération des Centres de Lutte contre le cancer - UNICANCER, Paris	
Pierre COHEN	Maire de Toulouse, président de la FNESE	

⇒ 28 février 2013

Dr. Jacques MONTAGUT	Dir. IFREARES	
Pr. Guy LAURENT	Captor	
Pr. François AMALRIC M. Jean-Pierre SAINTOUIL	CNRS IPBS Responsable Mission Sanofi	
M. Henri-Michel COMET	Préfet région Midi-Pyrénées	
Pr. Alain COSTES	CNRS IPBS	
M. Didier MIRATON	Dir. Général Institut Pierre Fabre	
M. MONTHUBERT	Président de l'UPS	
Pr. Pierre BROUSSET	Chef de service de l'Anapath du CHU	

⇒ 1er mars 2013

Séance de travail	A. Syrota H. Douchin	
-------------------	----------------------	--

⇒ 7 mars 2013 à 9h

Conférence téléphonique n°1	Participants : Thierry Philip, Michel Attal, Jacques Leglise, Alain Bernard, Martine Benoit Rigeot, François Maury (IGas), Yannick Francia (cabinet avocats Lefebvre)	
--------------------------------	---	--

⇒ 8 mars 2013

Séance de travail	A. Syrota H. Douchin	
-------------------	----------------------	--

⇒ 11 mars 2013 - 12H30 - 14h

Conférence téléphonique n°2	Participants : Thierry Philip, Michel Attal, Jacques Leglise, Alain Bernard, Martine Benoit Rigeot, François Maury (IGAS)	
--------------------------------	--	--

⇒ 12 mars 2013

Point TELEPHONIQUE	Doyen D. ROUGE	
RV à l'Inserm A. Syrota	Pr François AMALRIC	

⇒ 14 mars 2013

Point TELEPHONIQUE	François MAURY (IGAS)	<a href="mailto:francois.maury@igas.gouv.fr">francois.maury@igas.gouv.fr</a>
--------------------	-----------------------	--

⇒ 14 mars 2013 : Déplacement d'André Syrota à Stockholm

Rencontre avec Rune FRANSSONN,	Directeur de l'Innovation et de l'Infrastructure à l'Institut Karolinska Stockholm Hagastaden « Vision 2025 »	
Rencontre avec Katarina BJELKE,	Directrice générale pour les politiques de recherche au ministère suédois de l'éducation et de la recherche Stockholm Hagastaden « Vision 2025 »	

⇒ 18 mars 2013 T. Philip, A. Syrota, H. Douchin

Réunion Organisations Syndicales CHU		
Rencontre avec les chercheurs	Université Paul Sabatier	
Rencontre avec les chercheurs	ITAV	
Réunion Organisations Syndicales ICR		
Mme Magalie LACROIX- TRIKI	Médecin pathologiste - cancer du sein, ICR	<a href="mailto:lacroix.magali@claudiusregaud.fr">lacroix.magali@claudiusregaud.fr</a>
Pr. Roland BUGAT	Médecin oncologue, ICR	<a href="mailto:roland.bugat@claudiusregaud.fr">roland.bugat@claudiusregaud.fr</a>
M. Jean-Pierre SAINTOUIL	Directeur Pôle santé de la SATT Responsable mission SANOFI	<a href="mailto:saintouil@toulouse-tech-transfert.com">saintouil@toulouse-tech-transfert.com</a>
- Dr. Claude ALZIEU		<a href="mailto:alzieu@claude-bernard-albi.com">alzieu@claude-bernard-albi.com</a>
- Dr. Jean-Luc MANENC		<a href="mailto:scp.bfm@gmail.com">scp.bfm@gmail.com</a>

- Dr Denis FRANCK	Clinique ALBI et Hôpital de Rodez Président du CGCS libéral Clinique Pasteur, Toulouse	<a href="mailto:d.franck@clinique-pasteur.com">d.franck@clinique-pasteur.com</a>
Rencontre A. Syrota avec Mme Paola ARIMONDO	Unité mixte Pierre FABRE/ CNRS	<a href="mailto:paola.arimondo@etac.cnrs.fr">paola.arimondo@etac.cnrs.fr</a>

⇒ 19 mars 2013

Rencontre avec l'équipe projet - Mme BENOIT- RIGEOT		
- M. Christian BAILLY - M. Liberto YUBERO	Labo Pierre Fabre	<a href="mailto:christian.bailly@pierre-fabre.com">christian.bailly@pierre-fabre.com</a> <a href="mailto:liberto.yubero@pierre-fabre.com">liberto.yubero@pierre-fabre.com</a>
<u>DEJEUNER</u> - Pr PHILIP, Pr. SYROTA, M. DOUCHIN, Pr. ATTAL, M. BERNARD, M. AMALRIC, M. MAURY IGAS -		
- Echanges avec M. MONTHUBERT  - Faculté Pharmaceutique - Faculté d'Odontologie  - Faculté de Médecine Rangueil	Président de l'UPS  <u>Faculté Pharmaceutique</u> : - M. le Doyen Christophe Pasquier  <u>Faculté d'Odontologie</u> : - M. le Doyen Michel Sixou  <u>Faculté de Médecine Rangueil</u> : - M.le Vice Doyen Serrano  <u>Faculté de Médecine Purpan</u> : - M. le Doyen Jean-Pierre Vinel  <u>Le Vice Président Délégué à la Santé</u> : M. Hugues Chap  <u>La Directrice de Cabinet</u> : Mme Marie-Laure Fages	
M. Patrick TIMBARD	Groupe ex Total	<a href="mailto:patrick.timbart@total.com">patrick.timbart@total.com</a>

⇒ 20 mars 2013

Petit-déjeuner à l'hôtel Mercure avec M. Jacques LEGLISE		
Réunion avec les Membres du CE et du CHSCT de l'ICR		
Réunion avec l'intersyndicale CHU - ICR		
Pr. Gilles FAVRE	ICR	<a href="mailto:gilles.favre@claudiusregaud.fr">gilles.favre@claudiusregaud.fr</a>
Pr. Pierre SIE	Laboratoire d'Hématologie Hôpital Rangueil	<a href="mailto:sie.p@chu-toulouse.fr">sie.p@chu-toulouse.fr</a>
<u>DEJEUNER</u> : Pr. PHILIP, M. Jacques LEGLISE, M. Bernard PRADERE Pdt CME au CHU Tlse		
- M. Bernard COUDERC - Mme Rosine GUIMBAUD - M. Eric BAUVIN	ONCOMIP  (M.Bauvin, coordonnateur du réseau)	<a href="mailto:eric.bauvin@oncomip.fr">eric.bauvin@oncomip.fr</a>
M. Luc SENSEBE	Directeur de l'EFS	<a href="mailto:luc.sensebe@efs.sante.fr">luc.sensebe@efs.sante.fr</a>
Pr. Marie-Bernadette DELISLE	Médecin Anapath CHU Rangueil	

⇒ 21 mars 2013

Petit-déjeuner à l'hôtel Mercure avec le Pr. ATTAL		
- M. Hugues CHAP - Mme Marie-Laure FAGES	Directrice Cabinet UPS	<a href="mailto:chap.hugues@wanadoo.fr">chap.hugues@wanadoo.fr</a>
Doyen Daniel ROUGET	Faculté de médecine Rangueil	
Dr. Raymond DESPAX	Clinique Pasteur - Toulouse	<a href="mailto:rdespax@clinique-pasteur.com">rdespax@clinique-pasteur.com</a>
Pr. Gilles DELABESSE	CHU Purpan	<a href="mailto:delabesse.e@chu-toulouse.fr">delabesse.e@chu-toulouse.fr</a>

⇒ 25 mars 2013

Point TELEPHONIQUE	Madame CAVALIER Directeur ARS	monique.cavalier@ars.sante.fr Assistante : Sylvie Gondouin
--------------------	----------------------------------	---

⇒ 26 mars 2013

Séance de travail	A. Syrota/H. Douchin	
-------------------	----------------------	--

⇒ 28 mars 2013

Point TELEPHONIQUE	Pr Jacques IZOPET	izopet.j@chu-toulouse.fr
--------------------	-------------------	--------------------------

⇒ 29 mars 2013

Point TELEPHONIQUE	François MAURY (IGAS)	francois.maury@igas.gouv.fr
--------------------	-----------------------	-----------------------------

⇒ 3 avril 2013

Point TELEPHONIQUE	François MAURY (IGAS)	francois.maury@igas.gouv.fr
--------------------	-----------------------	-----------------------------

⇒ 4 avril 2013 : A. Syrota

RV à l'Inserm	J.P. ARMAND	
---------------	-------------	--

⇒ 8 avril 2013

M. Yannick FRANCIA Entretien Téléphonique	Avocat, cabinet Lefebvre,Lyon	yannick.francia@lyon.cms- fl.com
--	-------------------------------	----------------------------------

⇒ 10 avril 2013

Rdv Francois MAURY	IGAS	francois.maury@igas.gouv.fr
--------------------	------	-----------------------------

⇒ 11 avril 2013

Rencontre 2H J.Leglise/M.Attal/ A.Bernard/B.Pradere/ Maître Francia/F.Maury		
Point avec Monique CAVALIER	Directeur de l'ARS	monique.cavalier@ars.sante.fr Assistante : Sylvie Gondouin
Rdv M.ROUDIL	Président du GCS Privé	

⇒ 12 avril 2013

Séance de travail	A. Syrota/H. Douchin	
-------------------	----------------------	--

⇒ 15 avril 2013

Séance de travail	A. Syrota/H. Douchin	
-------------------	----------------------	--

⇒ 17 avril 2013

Séance de travail	A. Syrota/H. Douchin	
-------------------	----------------------	--

⇒ 17 avril 2013

Rdv Francois MAURY	IGAS	francois.maury@igas.gouv.fr
--------------------	------	-----------------------------

⇒ 19 avril 2013, 12h

Conférence téléphonique Philippe CASTETS Y.MORVEZEN Pierre CANAL Thierry DURANT Michel ATTAL Jacques LEGLISE Francois MAURY, Igas Martine BENOIT -RIGEOT Stéphanie LACARRIERE		
--	--	--

⇒ 19 avril 2013

Conférence téléphonique n°3	Participants : Thierry Philip, Michel Attal, Jacques Leglise, Alain Bernard, Pierre Canal, Philippe Castets, Thierry Durand, Y.Morvezen, Martine Benoit Rigeot, François Maury.	
--------------------------------	---	--

⇒ 19 avril 2013, Paris

Rdv M.DOUSTE-BLAZY		
--------------------	--	--

⇒ 23 avril 2013

Rdv Francois MAURY	IGAS	<a href="mailto:francois.maury@igas.gouv.fr">francois.maury@igas.gouv.fr</a>
--------------------	------	--

⇒ 24 avril 2013

Rdv M.ROUBINET	DG établissement Français du sang	
Conseil d'administration Du CRLCC Claudius Regaud		
Point avec J. LEGLISE	Futur DG du CHU de Toulouse	
Conseil de surveillance du CHU		
Réunion de travail avec le GCS Privé		

⇒ 26 avril 2013

Réunion de travail avec A.SYROTA		
Réunion de travail avec Thierry PHILIP André SYROTA Djillali ANNANE Yves LEVY		<a href="mailto:djillali.ANNANE@sante.gouv.fr">djillali.ANNANE@sante.gouv.fr</a>

⇒ 7 mai 2013

Pr. Gilles FAVRE	ICR	<a href="mailto:gilles.favre@claudiusregaud.fr">gilles.favre@claudiusregaud.fr</a>
Rencontre avec l'équipe de direction - CLCC Claudius Regaud		
Assemblée générale des médecins - CLCC Claudius Regaud		
Réunion de travail avec L'ARS, Madame CAVALIER, Dr MORFOISSE et ses équipes	Directeur ARS	<a href="mailto:monique.cavalier@ars.sante.fr">monique.cavalier@ars.sante.fr</a>

⇒ 17 mai 2013

Réunion d'information /Restitution des premières conclusions du rapport, Hôpital Purpan		
Réunion ONCOMIP - mise en place d'un groupe de travail sur l'IUCT, hôpital Lagrave		

⇒ 27 mai 2013

M. Yannick FRANCIA	Avocat, cabinet Lefebvre, Lyon	<a href="mailto:yannick.franca@lyon.cms.fl.com">yannick.franca@lyon.cms.fl.com</a>
--------------------	--------------------------------	--

⇒ 5 juin 2013

Rencontre réseau ONCOMIP (M.B.Couderc et Eric Bauvin) et le Comité des 10 Ligues contre le cancer de la région		
Audition des candidats Institut Claudius Regaud		
Délibération du jury Institut Claudius Regaud		

⇒ 13 juin 2013 Paris

Rdv avec le Pr. Jacqueline GODET (Paris)	Présidente Ligue Nationale contre le Cancer	
--	---	--

⇒ 17 juin 2013

Interview filmé Thierry PHILIP	En vue du Colloque NBI Tech 2 Life organisé par la Fondation Innabiosanté le 20 Juin	
--------------------------------	--	--

⇒ 27 juin 2013

Point TELEPHONIQUE	François MAURY (IGAS)	<a href="mailto:francois.maury@igas.gouv.fr">francois.maury@igas.gouv.fr</a>
--------------------	-----------------------	--

3 juillet 2013

Conférence téléphonique Commission de suivi de la mission	Thierry PHILIP/ André SYROTA/ Jacques LEGLISE/ Michel ATTAL	
---	---	--

⇒ 15 juillet 2013

Remise du pré-rapport à Toulouse aux Ministres Marisol TOURAINE et Geneviève FIORASO		
--	--	--