

► Créés dans le cadre du plan cancer 2003-2007, les cancérôpôles doivent faciliter et accroître les interactions entre les chercheurs scientifiques, les cliniciens, les représentants des industries pharmaceutiques et les entreprises de biotechnologie. L'analyse longitudinale de trois cancérôpôles couplée à une enquête ponctuelle sur la totalité des sept cancérôpôles révèle une action structurante limitée sur l'environnement de la recherche en cancérologie. Au final, l'identification des facteurs ayant entravé l'ambition des cancérôpôles conduit à s'interroger sur les facteurs susceptibles d'infléchir toute action publique visant une reconfiguration du secteur biomédical français. ◀

## L'action mitigée des Cancérôpôles

### Les raisons de l'abandon d'une politique biomédicale ambitieuse

Audrey Vézian



Centre de sociologie des organisations, CNRS et Sciences Po Paris, 19, rue Amélie, 75007 Paris, France. [a.vezian@cso.cnrs.fr](mailto:a.vezian@cso.cnrs.fr)

Créés dans le cadre du Plan cancer 2003-2007, les cancérôpôles doivent faciliter la mise en œuvre d'une recherche biomédicale davantage centrée sur le patient. Ces pôles, en facilitant les interactions entre acteurs du soin, de la recherche, du secteur des biotechnologies et de l'industrie pharmaceutique, doivent répondre aux enjeux suscités par la révolution génomique dans le domaine de la cancérologie. Leur mise en place a constitué la première étape majeure de restructuration du paysage de la recherche en cancérologie, qui allait par la suite connaître une succession d'initiatives contribuant au final, pour reprendre l'expression du Pr. Jean-Paul Vernant, à la formation d'un « millefeuille organisationnel » [1]. Au-delà de ce constat, ce qui interpelle, c'est le glissement des objectifs assignés à ces pôles qui affichaient comme ambition initiale de s'imposer parmi les centres de référence européens dans le domaine de la cancérologie<sup>1</sup> et qui, *in fine*, se concentrent sur l'animation scientifique locale. Il ne s'agit pas ici d'effectuer une quelconque évaluation des cancérôpôles dans une perspective coût/bénéfice, mais de porter une première évaluation de

leur dynamique de déploiement. Ainsi, l'analyse longitudinale de trois cancérôpôles (Lyon Auvergne Rhône-Alpes dit CLARA, PACA [Provence-Alpes-Côte d'Azur] et Grand Sud-Ouest), couplée à une enquête ponctuelle sur la totalité des sept cancérôpôles [2], met en évidence un certain nombre de mécanismes ayant conduit à un redimensionnement plus modeste de leurs activités. L'identification des sources du décalage entre la réussite affichée dans les discours officiels et les résultats plus mitigés constatés propose des pistes de réflexion sur les facteurs susceptibles d'infléchir la portée de toute action publique visant une reconfiguration du secteur biomédical français.

### Une volonté de reprise en main de l'État

Principales mesures du volet recherche du Plan cancer 2003-2007 au côté de l'Institut national du cancer (INCa), les sept cancérôpôles sont des entités organisationnelles dématérialisées et construites sur une assise territoriale régionale ou inter-régionale. Le choix en faveur de pôles de recherche pour promouvoir une recherche plus appliquée ne constitue pas une nouveauté (les génopôles, par exemple). Le caractère innovant réside plutôt dans ce qu'il révèle de l'engagement des pouvoirs publics dans le secteur de la cancérologie, plus spécifiquement dans celui de l'organisation de sa recherche. Contrairement aux pays anglo-saxons, États-Unis en tête, qui ont massivement investi dans le soutien à la recherche en cancérologie dès les années 1970, l'État français s'impliquait peu jusqu'alors dans le pilotage stratégique

<sup>1</sup> Mesure 69 du Plan cancer 2003-2007.



des priorités dans ce domaine<sup>2</sup>. Ainsi, par la refonte de l'organisation des forces en présence librement inspirée des expériences étrangères et de solutions déjà existantes, les pouvoirs publics français entendaient mettre fin à une structuration administrative verticale et cloisonnée de la recherche biomédicale. D'une part, la création d'une agence nationale sanitaire et scientifique (INCa)<sup>3</sup>, en charge du pilotage stratégique et d'un système d'appels à projets basé sur une évaluation par les pairs, était censée certifier la neutralité de la sélection et le caractère compétitif des recherches soutenues. D'autre part, le recours à une forme de décentralisation par la mise en place des cancéropôles devait renforcer les moyens d'action par une proximité accrue avec les professionnels en cancérologie. Cette nouvelle configuration devait susciter la mise en place d'un véritable « collectif biomédical » [3]. L'intensification des échanges entre les différentes communautés d'acteurs autour de plates-formes technologiques mutualisées devait contribuer à positionner la France dans la compétition internationale dans le domaine de la génomique, voie privilégiée de la recherche en cancérologie au niveau international [4].

Plus globalement, l'idée d'accélérer la chaîne de l'innovation entre le lit du patient et la paillasse des laboratoires académiques faisait écho à la stratégie de Lisbonne<sup>4</sup>, qui entendait faire de la connaissance un des piliers de l'économie européenne. À ce titre, le domaine de la cancérologie constitue un secteur d'avenir étant donné son potentiel, tant en matière d'innovation liée aux découvertes génomiques qu'en termes économiques au vu du nombre de malades touchés par cette maladie.

Au final, la nouvelle organisation de la recherche en cancérologie promue par le Plan cancer 2003-2007 devait, non seulement, accélérer et développer une meilleure prise en charge des malades atteints d'un cancer mais, par la même occasion, favoriser le développement économique du territoire sur la base des innovations médicales en découlant. L'interministérialité affichée ministère de la Santé/ministère délégué à la Recherche dans le processus même de sélection des cancéropôles, ainsi que l'implication de certaines collectivités au sein de ces derniers, témoignaient de la volonté d'accomplir concomitamment ces deux objectifs.

### Une action mitigée des cancéropôles

Cette réorganisation de la recherche a été accueillie favorablement<sup>5</sup> par la communauté en cancérologie. La volonté de laisser aux acteurs locaux le soin de définir eux-mêmes le contour de chaque cancéropôle laissait présager la réussite du projet. Or, malgré des différences en

termes de gouvernance et de politique d'animation scientifique, les sept cancéropôles affichent communément un échec quant à leur capacité à remplir les objectifs initiaux. Cet échec revêt des formes concrètes multiples dont les traits suivants sont les plus marquants.

Premièrement, on constate un regroupement des forces de recherche insuffisamment sélectif pour assurer une compétitivité accrue des pôles au niveau européen. La configuration des sept cancéropôles couvrant l'ensemble du territoire métropolitain crée plutôt un « effet de distorsion » des capacités de recherche existantes. Chacun affiche en effet sa volonté de balayer l'ensemble des thématiques scientifiques en cancérologie (de la génomique des cancers à la recherche clinique en passant par les sciences humaines, économiques et sociales). Au lieu de mettre en lumière « un potentiel particulier en matière de recherche et d'innovation »<sup>6</sup>, la nouvelle structuration met au même plan les compétences basées en Île-de-France, qui représentent près de la moitié des forces nationales en recherche et soins, et celles plus dispersées des autres cancéropôles. On peut également citer le cas du cancéropôle PACA qui est le seul, à sa création, à véritablement disposer d'une dynamique de recherche en sciences économiques et sociales identifiée comme telle. Bien évidemment, chaque cancéropôle dispose d'expertises propres et reconnues. Mais celles-ci se concentrent essentiellement sur des niches scientifiques et, à ce titre, bénéficient d'une faible visibilité au niveau régional dans l'ensemble des publications en cancérologie à l'échelle des régions européennes [5]. La prise en compte de la répartition géographique des industries pharmaceutiques, PME (petites et moyennes entreprises) et *start-up* impliquées en cancérologie, renforce le constat selon lequel la cartographie des cancéropôles ne reflète pas un potentiel significatif d'innovation et de développement économique local. À titre d'exemple, le cancéropôle Grand Ouest (couvrant les régions Bretagne, Centre, Pays de la Loire et Poitou-Charentes) ne dispose quasiment pas de ressources, contrairement à l'Île-de-France et, dans une moindre mesure, PACA ou encore le CLARA.

Deuxièmement, alors même que le cœur de la démarche cancéropôle résidait dans le souhait de mettre en place une coordination transcendant les organismes de recherche existants et autres établissements de soin, les directions des pôles ont été contraintes d'assurer une représentation et une voix à chaque institution

<sup>2</sup> Cette dimension est endossée par les acteurs associatifs (Ligue nationale contre le cancer et Association pour la recherche sur le cancer). Des rapports publics ont déploré à plusieurs reprises une dispersion des moyens et un manque de coordination des politiques concernant la recherche biomédicale du cancer.

<sup>3</sup> C'est la première créée en France autour d'une pathologie.

<sup>4</sup> La stratégie de Lisbonne est un programme de réformes élaboré en 2000 par les États européens. Assorti d'objectifs quantifiés à atteindre en 2010, ce dispositif avait pour objectif de réduire l'écart en termes de recherche-développement entre les États-Unis et l'Union européenne.

<sup>5</sup> L'établissement des cancéropôles s'accompagne de financements à hauteur de 16,5 millions d'euros pour la période 2003-2007.

<sup>6</sup> Mesure 66 du Plan cancer 2003-2007.

présente sur leur territoire au sein de leurs organes de gouvernance. Cette incapacité à surmonter les logiques représentatives existantes a de fait entravé toute politique de mutualisation et d'intégration, tant au niveau des projets de recherche que des instruments.

Troisièmement, cette prédominance des logiques représentatives est au service d'intérêts particuliers conduisant à un évidement des missions des cancérôpôles. Chaque catégorie d'acteurs qui s'y est (ou non) investie a pu en effet y projeter ses « propres attentes, représentations et intérêts » :

- certains acteurs s'investissent au nom de leurs croyances dans la nécessité de développer de nouvelles pratiques de recherche davantage intégrées entre soins et recherche ;
- d'autres s'investissent également, mais au profit de la structuration du site géographique auquel ils appartiennent, reproduisant des logiques de territoire avec lesquelles les cancérôpôles sont censés rompre ;
- d'autres encore adoptent un comportement de « passager clandestin » en tirant bénéfice du cancérôpôle sans un réel investissement. Ayant déjà une reconnaissance européenne voire internationale (en termes de projets de recherche financés notamment), ces acteurs cherchent à s'accaparer les ressources mises à disposition moins pour mener à bien leur entreprise (ces ressources ne sont pas décisives de ce point de vue), mais davantage pour ne pas les laisser à des thématiques scientifiques jugées moins compétitives que la leur au sein du cancérôpôle ;
- d'autres, enfin, s'investissent mais sont marginaux dans le champ. Ils appréhendent le cancérôpôle comme un moyen de maintenir leur activité en cancérologie.

Par ailleurs, on constate qu'un certain nombre d'acteurs ne s'investissent pas dans les cancérôpôles ou développent des relations très distancées. Ils estiment qu'ils ne constituent pas un préalable nécessaire et/ou utile à leur activité, voire constituent une entrave à celle-ci pour différents motifs : dimension (inter)régionale inadaptée à l'objectif de compétitivité et insuffisamment visible à l'échelle mondiale ; préservation d'une autonomie totale concernant la définition de leur propre politique stratégique (cas des acteurs associatifs) ; services rendus par les cancérôpôles perçus comme redondants ou trop faibles par rapport à d'autres dispositifs (exemple des pôles de compétitivité pour les industriels pharmaceutiques).

Au-delà de cet investissement différencié, ce qui clôt définitivement tout débat quant à la capacité des cancérôpôles à s'imposer comme un pôle de référence, c'est que ceux qui s'y investissent pleinement n'en tirent qu'un bénéfice limité en termes de réussite aux appels d'offres de l'INCa et de participation à la stratégie scientifique nationale. Seuls les appels à projets lancés durant la période de structuration de l'INCa (2005-2006), pour lesquels le nombre de coopérations entre équipes intra-cancérôpôles a été un critère d'évaluation à part entière, ont constitué une forme de reconnaissance de la dynamique initiée à l'échelon local. Par la suite, les directions successives de l'agence nationale n'ont reconnu aucune forme d'expertise associée en tant que telle aux cancérôpôles. La mobilisation d'une compétence scientifique par l'INCa s'effectue alors, soit par le biais des groupes

coopératifs, soit *intuitu personae* sans solliciter la coopération officielle des pôles.

Au final, les cancérôpôles apparaissent donc comme des formes molles d'organisation de la recherche en cancérologie, et davantage comme outils d'aménagement du territoire que sources d'innovation compétitive à l'échelle européenne.

### Un évidement des cancérôpôles sous l'effet conjoint de multiples dynamiques

Ce constat est le fruit de plusieurs dynamiques complexes et variées qui se sont exprimées tout au long du développement des cancérôpôles, de leur conceptualisation à leur mise en œuvre.

### Une configuration de la recherche médicale française, source d'inertie

Dès la phase de réflexion du Plan cancer, la nouvelle structuration de la recherche fait l'objet d'âpres discussions. D'un côté, le ministère de la Santé défend une organisation centrée sur les besoins du patient et une spécificité de la pratique clinique et de sa recherche, à côté d'une recherche en génomique et post-génomique soupçonnée de vouloir détourner les ressources cliniques au profit de travaux purement académiques. De l'autre, le ministère délégué à la Recherche exprime sa volonté de perpétuer une configuration sur la base de modèles préexistants (génopôle et agence nationale de recherche sur le SIDA [syndrome d'immunodéficience acquise]) qui privilégie une concentration des moyens sur quelques sites et/ou sur des thématiques de recherche clairement identifiées et délimitées, pour lesquelles la recherche fondamentale occupe une place à part entière. Il en ressort un désinvestissement à l'égard des cancérôpôles. Faute de ressources symboliques et financières suffisantes, ces derniers sont relégués dans le dispositif national de pilotage de la recherche dirigé par l'INCa. En plus d'une absence de concertation sur les grandes orientations scientifiques, les objectifs de l'agence nationale et ceux des cancérôpôles tendent au cours du temps à se dissocier. Ce phénomène s'illustre, entre autres, par le développement d'une bureaucratisation de l'animation scientifique des cancérôpôles sous l'impulsion de l'INCa et un repositionnement des organismes de recherche dans l'élaboration de la politique stratégique.

En parallèle, ce manque d'intégration des actions entre les deux ministères de tutelle est à l'origine d'une seconde dynamique venant affaiblir les cancérôpôles : un empilement d'instruments d'action publique. Prenant soit la forme d'incitation financière (réforme



du financement des établissements de soins et dispositif spécifique de financements pour les activités de recherche), soit les traits de nouvelles organisations (RTRA/RTRS<sup>7</sup>, pôles de compétitivité, SIRIC<sup>8</sup>). Ces dispositifs contribuent à opacifier et à densifier le paysage de la recherche, diluant l'action des pôles au sein du millefeuille organisationnel ainsi créé. Ils s'imposent, en outre, comme des ressources importantes aux mains de certains acteurs historiques du champ pour maintenir et renforcer la structuration dichotomique institutionnelle préexistante.

### Un rôle décisif des professionnels en cancérologie

Cependant, loin de nous en tenir au poids des ministères et à leurs actions respectives, notre étude met également en évidence le rôle décisif des professionnels en cancérologie dans l'affaiblissement des cancéropôles. Faute de pouvoir exposer clairement notre argument dans l'espace d'un court article, nous nous contenterons de souligner, d'une part, le poids des actions contre-productives des partisans des pôles régionaux en cancérologie. Leur volonté de rompre avec une organisation de la recherche biomédicale dominée par les organismes de recherche les a conduits à saper la légitimité d'intervention des cancéropôles auprès d'équipes de recherche, structurellement et financièrement dépendantes de la direction de leur organisme. D'autre part, la dynamique propre au champ professionnel de la cancérologie, et plus spécifiquement le renouvellement des pratiques cliniques [6] sur la base d'une analyse des altérations génomiques de chaque cancer, a conduit les professionnels à promouvoir et à investir d'autres types de dispositifs plus en adéquation avec ces enjeux (SIRIC, participation au consortium international de séquençage des génomes des cancers).

### Des capacités d'action remises en cause sous l'effet d'une décentralisation inachevée

Le poids de la configuration institutionnelle des relations entre l'État et les collectivités locales constitue enfin l'ultime facteur décisif dans la dynamique de développement des pôles. Le manque d'intégration entre les deux échelles de gouvernement, également constaté pour les politiques de lutte contre l'obésité entre l'Europe et les municipalités [7], est à l'origine d'un « effet de ciseau » des capacités de structuration des directions de pôle suivant que ces dernières tentent de mobiliser les ressources locales ou nationales. Lorsqu'elles accordent une place prépondérante dans leur stratégie aux orientations des politiques locales, elles pâtissent d'un manque de légitimité auprès des acteurs scientifiques et, dans un moindre degré, des cliniciens et des industriels. En effet, la priorité donnée aux objectifs d'aménagement du territoire se fait au détriment des principes de sélectivité et de mise en compétition des projets de recherche, ce qui est contesté par une partie du public local. En d'autres termes, ce que les directions de pôle gagnent en autonomie matérielle, elles le perdent en légitimité scientifique. Dès lors, c'est la capacité même des directions

de cancéropôle à regrouper en leur sein les équipes à la pointe de la recherche en cancérologie qui est remise en question. Dans le cas opposé, lorsque les directions de pôle inscrivent leur démarche dans le respect d'un principe de loyauté à l'égard de l'INCa, et plus généralement, à l'égard des deux tutelles ministérielles, elles sont contraintes de se soumettre à une conception déconcentrée puis marginalisée du rôle des cancéropôles (voir ci-dessus).

### Conclusion

L'étude de la mise en œuvre des cancéropôles invite à s'interroger plus généralement sur l'incapacité de l'État à dépasser une configuration dichotomique et asymétrique de la recherche médicale, et ce malgré les réformes initiées depuis 1958<sup>9</sup> pour rompre avec celle-ci. Notre étude démontre que la segmentation historique entre le ministère de la Santé et le ministère délégué à la Recherche s'est progressivement sédimentée pour donner corps à un mode de fonctionnement imperméable aux intérêts en faveur de la réforme. Plus précisément, non seulement les pouvoirs publics ne désavouent pas les institutions préexistantes par une remise en cause de l'allocation des ressources nécessaires à leur bon fonctionnement, mais ils soutiennent toute une série d'initiatives qui questionnent leur volonté réelle de changement dans ce secteur. ♦

### SUMMARY

#### Why is it difficult to implement biomedical policy? The case of the Cancéropôles, the French cancer organizations

This article examines the new organizations in cancer research in France called cancéropôles and created in 2003, whose mission is to coordinate actors from industry, research and clinical fields. Our research is based on a study of cancéropôles which embraces an evolutionary perspective on cluster formation and development. Our analysis reveals that although clear differences exist between them, our sample of the three established Cancéropôles display similar patterns of unsuccessful cases. Eventually, the identification of mechanisms that reduce their action in the cancer research environment raises questions about the factors that may influence any public action to a reconfiguration of the French biomedical sector. ♦

<sup>7</sup> Réseau thématique de recherche avancée/réseau thématique de recherche et de soins.

<sup>8</sup> Site de recherche intégrée sur le cancer.

<sup>9</sup> L'année 1958 est marquée par la création des centres hospitaliers et universitaires censés rapprocher pratiques de recherche et clinique.

