



*Image générée par l'intelligence artificielle Gemini*

## Territoires et coordination :

Le rôle des spécificités territoriales dans la coordination  
entre les Centres de Lutte Contre le Cancer  
et les autres acteurs du soin

Master Stratégies Territoriales et  
Urbaines

Camille Baudry  
Achille Beretti  
Manon Bleuzen  
Alice Cottrant

**SciencesPo**  
CHAIRE SANTÉ

**SciencesPo**  
ÉCOLE URBAINE

## PRÉFACE

La place singulière des Centres de lutte contre le cancer (CLCC) dans le paysage de la cancérologie française et plus largement dans l'offre de soins hospitaliers place aujourd'hui ces structures au défi d'une insertion dans des logiques de coordination territoriale, devenues stratégiques au cours des toutes dernières années dans les politiques de santé. Alors qu'ils avaient été pensés et organisés depuis des décennies en vue d'une pratique à dominante hospitalière et à haute valeur ajoutée clinique et technologique, les CLCC doivent aujourd'hui trouver leur place dans des écosystèmes plus larges, à la fois hospitaliers, en liens avec des structures publiques et privées, et ambulatoires. Dans ce contexte, le travail réalisé par Camille Baudry, Achille Beretti, Manon Bleuzen et Alice Cottrant dans le cadre de leur master au sein de l'École Urbaine de Sciences Po portait sur le travail de coordination territoriale des Centres de lutte contre le cancer. Il s'inscrivait dans le cadre d'un partenariat de la Chaire Santé de Sciences Po – qui intervenait ici comme commanditaire de ce travail — avec UNICANCER, la fédération nationale des CLCC.

Le travail produit par les étudiants de l'École Urbaine sous la direction de Héloïse Pilayre, qui avait travaillé sur une thématique proche au sein de la Chaire Santé, intègre des compétences issues des sciences sociales, mobilisant un travail par monographie recourant à de nombreux entretiens, auxquelles sont associées des dimensions plus spécifiquement spatiales, liées aux compétences que les étudiants acquièrent à l'école urbaine. Le résultat est passionnant, dans la mesure où il donne à voir un ensemble de dynamiques partagées et de situations contrastées d'un territoire ou d'un centre à l'autre, appelant à des réflexions sur les dynamiques en cours de définition. Le travail produit est remarquable de précision et de pertinence, qui méritent d'autant plus d'être saluées que le travail a été conduit par les étudiants et par leur encadrante sur un sujet sanitaire particulièrement complexe et dans un temps limité ! Qu'ils en soient ici chaleureusement remerciés.

Daniel Benamouzig  
Sociologue, Directeur de recherche au CNRS  
Titulaire de la Chaire Santé de Sciences Po



## LE PARTENAIRE

### SciencesPo CHAIRE SANTÉ

La Chaire Santé de Sciences Po a été créée en 2006 et cherche à favoriser une approche transversale et pluridisciplinaire des enjeux de santé. Elle porte quatre missions principales. La première est la volonté de favoriser les échanges entre les acteurs du système de santé, pour comprendre les transformations en cours de celui-ci. La deuxième est la contribution à un nouveau corpus de connaissances, pour stimuler la recherche académique sur les questions de santé, par une approche pluridisciplinaire (droit, économie, sociologie etc.) La troisième est le renforcement des échanges académiques et des collaborations avec les collectivités publiques. Enfin, la Chaire contribue aux enseignements de l'École sur la conception et la mise en œuvre des politiques de santé.

La Chaire Santé a collaboré avec Unicancer pour proposer ce sujet de projet collectif 2024-2025. Unicancer est une fédération hospitalière nationale dédiée à la lutte contre le cancer. Elle rassemble 20 Centres de Lutte contre le Cancer, hôpitaux privés à but non-lucratif, répartis sur 22 sites dans toute la France.

## MÉTHODOLOGIE

Pour mener cette enquête, nous nous sommes appuyés sur les travaux de recherche d'Héloïse Pillayre, sur l'analyse des entretiens qualitatifs que nous avons menés, et sur une comparaison entre 9 territoires.

D'une part, notre projet collectif fait suite au rapport d'Héloïse Pillayre intitulé "Le rôle des CLCC dans la coordination des parcours de soins en cancérologie" réalisé pour la Chaire de santé de Sciences Po de 2023 à 2024. Trois territoires y avaient été étudiés : **l'Institut Gustave Roussy à Villejuif, l'Institut Paoli-Calmette à Marseille et le Centre Jean Perrin de Clermont-Ferrand**. Il reprend les principales conclusions dressées par la chercheuse, tout en apportant une analyse de la coordination à partir d'une perspective territoriale, pour comprendre le lien entre les spécificités d'un territoire et la coordination qui s'y déroule.

D'autre part, nous avons étudié de manière approfondie quatre territoires et leurs CLCC : **l'Institut Bergonié à Bordeaux, le Centre François Baclesse à Caen, l'Institut de Cancérologie de l'Ouest à Nantes et l'Institut Godinot à Reims**. Nous avons également réalisé des entretiens avec les directeurs des centres **Antoine Lacassagne de Nice et Claudius Regaud de Toulouse**.

Pour ce faire, nous nous sommes concentrés sur les deux cancers particulièrement incidents, aux modalités de traitement différentes : le **cancer du sein et de la prostate**. Ce rapport s'appuie sur une méthodologie principalement qualitative à base d'entretiens semi-directifs menés avec des acteurs de la lutte contre le cancer. Notre intérêt s'est d'une part porté sur les acteurs hospitaliers, au sein des CLCC, des CHU, CH et cliniques privées. D'autre part, nous avons cherché à comprendre le rôle de la médecine de ville (médecins généralistes, infirmiers libéraux, pharmaciens, spécialistes d'organes, et professionnels des soins de support). Au total, **52 entretiens** ont été réalisés. Des données ont également été mobilisées pour cartographier la coordination des acteurs. Enfin, nous nous appuyons sur l'analyse de liens de coordination que nous avons identifiés : la coopération, la concurrence, l'interdépendance, le conflit, l'anomie (absence de relation), la division organisée du travail, l'anarchie ou encore la hiérarchie.

Notre étude s'appuie donc sur une comparaison entre **9 CLCC**, pour analyser dans quelle mesure les liens de coordination qu'ils entretiennent avec les autres acteurs de la lutte contre le cancer sur leur territoire façonnent la construction des parcours de soin des patients. Nous avons construit une typologie de centre à partir de différents critères pour analyser les liens de coordination entre établissements hospitaliers. Les liens avec la médecine de ville étant peu aboutis, nous avons fait le choix de les analyser indépendamment de notre typologie, n'ayant pu systématiser leur construction

## LES TERRAINS ÉTUDIÉS

Nos quatre études de cas ont d'abord été choisies pour leur éloignement géographique avec ceux préalablement étudiés par Héloïse Pillayre. Nous avons ensuite cherché à sélectionner des centres aux tailles différentes, afin d'évaluer si ces différences influent sur la manière dont sont construits les liens de coordination des CLCC avec les autres acteurs du soin. Enfin, le choix de ces centres s'est porté sur les caractéristiques socio-démographiques des régions où elles sont situées, et les différences d'accès au soin oncologiques que nous avons pu distinguer.



**L'Institut de Cancérologie de l'Ouest** est le seul CLCC de la région Pays de la Loire, où résident 3,9 millions d'habitants. Son PIB par habitant est supérieur à celui de la moyenne des régions métropolitaines hors Île de France. Des quatre CLCC ici étudiés, il s'agit de celui ayant la file active la plus importante, de 14 224 patients en 2024. Cela s'explique notamment par son système bicéphale, composé des sites de Nantes et Angers. L'étude s'est principalement concentrée sur la façade nantaise.

**L'Institut Bergonié** est le seul CLCC de Nouvelle-Aquitaine, région la plus vaste de France et la troisième la plus peuplée. Son PIB par habitant y est légèrement inférieur à celui de la moyenne nationale métropolitaine hors Île de France. 85 établissements sont autorisés à traiter le cancer sur la région. Sa file active, de 9 396 patients en 2024, est très inférieure aux trois CHU de la région (Bordeaux, Poitiers, Limoges).



**L'Institut Godinot** est un centre expert régional situé à Reims, dans la région Grand Est, dont le PIB par habitant vaut 27,5 milliers d'euros. La région est peuplée de 5,5 millions d'habitants, pour une superficie de 57 440 km<sup>2</sup>, et compte deux autres CLCC à Nancy et Strasbourg. 73 établissements y sont autorisés à traiter le cancer. L'IG a soigné 7 149 patients en 2024.



**Le Centre François Baclesse** est situé à Caen en Normandie, une région en grande majorité rurale de 3,3 millions d'habitants, où le PIB par habitant s'élève à 27,2 milliers d'euros. Les établissements autorisés à traiter le cancer sont répartis sur tout le territoire régional. On retrouve un autre CLCC à Rouen, et les deux villes accueillent également les CHU de la région. En 2024, le CFB a soigné 8 963 patients.

Crédits photos : Alice Cottrant, Camille Baudry, Manon Bleuzen

# ENJEUX

## Nature du problème

Notre étude porte sur le **rôle des spécificités territoriales dans la coordination entre les Centres de Lutte Contre le Cancer (CLCC)** et les autres établissements de soins. Elle s'inscrit dans un contexte où les politiques publiques, depuis les années 2000, ont largement encouragé une transformation du système de santé vers une logique de parcours, renforçant les besoins de coordination entre acteurs. L'introduction du concept de gradation des soins (hiérarchisation des institutions de santé selon le degré d'expertise des soins demandés), le virage ambulatoire (favorisation des prises en charge sans hospitalisation complète) et la mise en place des parcours patients ont transformé les relations entre hôpital et ville. En cancérologie, ces transformations sont particulièrement sensibles et rapides. Le parcours de soins mobilise une pluralité d'acteurs, hospitaliers et libéraux, dans une succession d'étapes parfois complexes et non linéaires. Dès lors, la qualité de la coordination entre ces acteurs devient déterminante pour garantir une bonne prise en charge du patient.

Pourtant, **cette coordination reste difficile à structurer**. Les professionnels, à la fois libéraux et hospitaliers, manquent de temps et de moyens pour s'y consacrer. Les relations entre établissements ou entre professionnels reposent souvent sur des dynamiques interpersonnelles plus qu'institutionnalisées. Les enjeux sont accrus par des différences de culture professionnelle, de hiérarchie perçue, et d'ancrage territorial. Cela s'explique par le fait que les acteurs exercent à des échelles géographiques différentes. Les CLCC ont une influence régionale, voire interrégionale, tandis que les acteurs de la ville interviennent sur des territoires plus locaux. Cet écart territorial constitue un frein à l'émergence de véritables dynamiques de coordination.

## Reformulation de la commande initiale

Notre étude répondait initialement à une commande visant à dresser une typologie des formes de coordination existantes entre les CLCC et les autres établissements hospitaliers à l'échelle nationale. Une première phase d'enquête nous a permis d'identifier quatre types de situations de coordination, en croisant plusieurs types de liens comme la coopération, la concurrence, la division du travail ou l'anomie. Cette typologie met en évidence des différences importantes selon les territoires, en lien avec le niveau d'expertise du CLCC, son rapport au CHU, aux cliniques privées, et à la structuration de son réseau.

Notre analyse a rapidement révélé une limite importante : la faiblesse du lien entre le secteur hospitalier et la médecine de ville. Cette articulation est pourtant cruciale à chaque étape du parcours du patient et elle devient centrale avec le développement de la médecine orale et des soins ambulatoires. Dès lors, nous avons choisi d'approfondir cette dimension dans une seconde phase d'enquête, en recentrant notre attention sur les mécanismes de coordination entre ville et hôpital sur nos territoires d'étude.

Cette deuxième partie a permis d'identifier plusieurs leviers structurants le lien entre la médecine de ville et le secteur hospitalier. Ces leviers nous ont permis de mieux comprendre pourquoi les relations entre ville et hôpital restent difficiles à institutionnaliser, en dépit de discours favorables à leur développement. Nous avons ainsi pu intégrer un large panel d'acteurs de la lutte contre le cancer et appréhender les liens qui structurent leurs relations.

## Liens avec les enseignements de l'École urbaine et avec la transition écologique

Cette étude s'inscrit pleinement dans les enjeux portés par l'École urbaine de Sciences Po et par les enjeux de transition écologique, en articulant des problématiques de coordination, de démarche comparative et de transversalité des enjeux urbains.

D'une part, la question de la **coordination** entre acteurs et entre institutions renvoie aux transformations contemporaines de l'action publique territorialisée. Notre étude met en avant la présence de freins et de moteurs aux relations entre acteurs et pense la coordination comme un élément essentiel. La coordination est pensée comme permettant la résilience des territoires face à des défis systémiques comme le vieillissement de la population, l'éloignement géographique, la raréfaction des professionnels de santé, mais aussi la transformation des pratiques médicales.

D'autre part, cette étude repose sur une **méthodologie comparative** par études de cas, ancrée dans les dynamiques locales mais visant une montée en généralité. Cette posture réflexive nous permet de mieux comprendre chaque cas étudié. Elle rejoint les principes d'un aménagement du territoire et d'une transition écologique construits à partir des spécificités locales et des besoins identifiés.

Enfin, ce sujet est riche d'apprentissage au regard de la **transversalité de ses enjeux**. En effet, la santé se rapproche de nombreux autres enjeux territoriaux comme le développement des transports, l'éloignement des territoires ruraux des services de base, le vieillissement de la population et sa prise en compte dans l'aménagement ainsi que les inégalités territoriales. Ce sujet nous enseigne qu'il faut penser la construction de la ville en réfléchissant aux multiples enjeux interdépendants qui la traversent, dont la santé des populations fait partie. Elle illustre ainsi la pertinence d'une approche territoriale de la santé, et de l'implication d'une multiplicité d'acteurs.

## PRINCIPAUX RÉSULTATS

### I. LES LIENS DE COORDINATION ENTRE LES CLCC ET LES AUTRES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS : DES RÉALITÉS CONTRASTÉES SELON LES TERRITOIRES

Nous avons dans un premier temps pu observer que les modalités de coordination des CLCC avec les autres acteurs des établissements hospitaliers varient selon les territoires. Nous avons dégagé trois critères déterminants pour appréhender les types de liens de coordination entre acteurs hospitaliers.

Tout d'abord, la **répartition des plateaux techniques** au sein des territoires et des différents établissements, qui est déterminante pour mettre en avant l'expertise plus ou moins importante d'un établissement. Leur inégale répartition pousse à la création de liens qui peuvent être, selon la situation, de la collaboration, concurrence, division du travail ou dépendance. Mais leur présence ne suffit pas à expliquer les types de liens qui existent, particulièrement dans le cas de doublons de techniques entre un CLCC et un autre établissement. Outre les technologies disponibles, le **nombre de lits disponibles** et le **nombre de praticiens** sont source de compétition et jouent un rôle essentiel dans la construction des coordinations entre les établissements, car ils traduisent leur force de frappe en termes de soins.

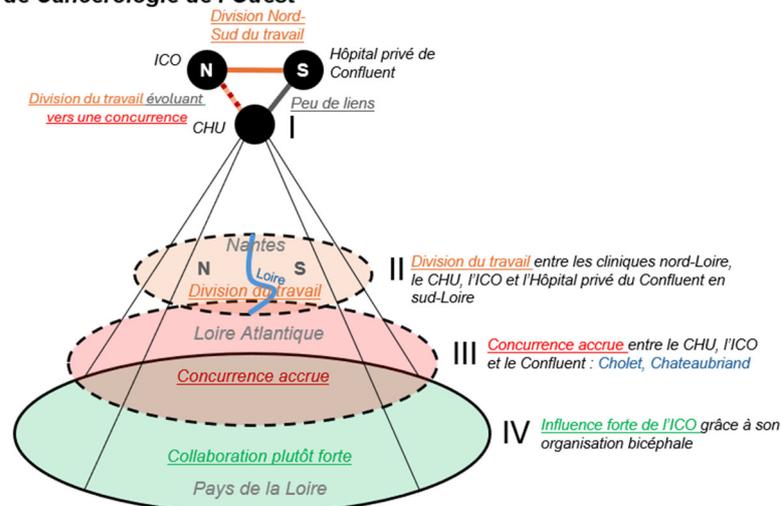
Ensuite, l'institutionnalisation des coordination entre établissements, et notamment la **composition des Centres de Coordination en Cancérologie (3C)** pour mettre en lumière les réseaux institutionnels de coordination des CLCC. La présence d'établissements autres que le CLCC au sein du 3C est un premier indicateur de la volonté de coopérer avec d'autres acteurs hospitaliers. L'organisation de **Réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP)** communes aux établissements du même 3C est une preuve de l'effectivité de la coopération au sein de cette structure. Les liens de coopération sont d'autant plus importants quand les médecins présents en RCP ne se cantonnent pas au 3C d'appartenance du CLCC. De plus, nous nous sommes intéressés aux **conventions** signées par les différents établissements, autre indicateur d'une coopération institutionnalisée, en dehors des 3C.

Enfin, la **file active** qui, quant à elle, représente le nombre de patients soignés dans le CLCC. Bien qu'il ne s'agisse pas d'un indicateur direct de coopération, il se révèle pertinent pour comparer les centres et mettre en relation les types de coopération observés, avec le nombre de patients traités. Notre étude ne nous permet pas pour autant de définir le sens de causalité. Ainsi, la file active importante peut avoir à la fois pour cause et effet les liens de coopération importants, qui améliorent l'adressage vers les CLCC, en faisant un acteur central des soins oncologiques dans sa région. L'analyse des indicateurs statistiques révèle que la file active ne dépend pas de la taille et de la démographie de la région ou de la métropole d'appartenance.

Chacun de ces critères justifie des **différences marquées en fonction des territoires et des centres**. Nous avons identifié **quatre types** de centres en fonction des coordinations qu'ils entretiennent avec les autres acteurs hospitaliers :

- 1. Des centres au rayonnement (inter)national fonctionnant en vase clos.** Cela concerne les deux centres franciliens, l'Institut Gustave Roussy (IGR) et l'Institut Curie. Ils se distinguent largement en termes de file active des autres CLCC, soignant respectivement 16 438 et 16 934 patients. Leur niveau similaire d'expertise, de renommée internationale, leur proximité avec la région Île-de-France et leur file active importante tend à les mettre en concurrence. Ils fonctionnent en vase clos, et sont indépendants des autres centres hospitaliers, comme l'indique le fait que leurs 3C respectifs n'incluent aucun autre établissement. L'IGR a d'ailleurs son propre service d'urgences, ce qui fait de lui le seul CLCC étudié à en disposer. Cette caractéristique favorise son indépendance par rapport au secteur public, qui fait défaut dans les autres CLCC du territoire national.
- 2. Des centres intégrés au sein des réseaux de soin de leur territoire, en lien avec tous les acteurs, publics et privés.** Cela concerne l'Institut de Cancérologie de l'Ouest et l'Institut Paoli-Calmette. Ces centres, très intégrés dans les réseaux de soins de leur région, ont historiquement su nouer des relations de coopération fortes avec les autres établissements hospitaliers de leurs territoires. Cela se concrétise par des 3C partagés, avec des cliniques privées et des Centres Hospitaliers (CH), découlant sur des RCP communes en ce qui concerne le cancer de la prostate, et de la participation de certains thérapeutes aux RCP sein des autres centres.

**Schéma théorique des liens de coordination de l'Institut de Cancérologie de l'Ouest**

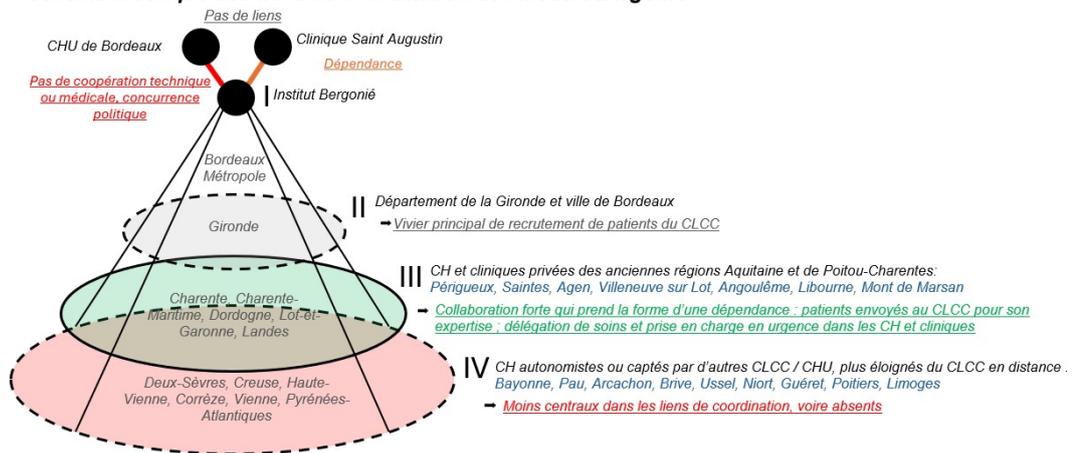


Des praticiens du CLCC se déplacent également vers les CH de proximité pour des actes de soin, ce qui traduit leur lien fort. Leurs files actives (respectivement de 14 143 et 13 707 patients en 2024) sont parmi les plus importantes des CLCC, ce qui peut expliquer une hausse du nombre de patients en dessous de la moyenne des autres CLCC.

- 3. Des centres de recours, qui coopèrent fortement avec les CH et cliniques de proximité, mais qui n'ont pas de liens de collaboration avec les CHU.** Cela concerne l'Institut Bergonié, le Centre François Baclesse et le Centre Jean Perrin. Ceux-ci ont davantage un fonctionnement en vase clos : l'exercice de l'expertise en

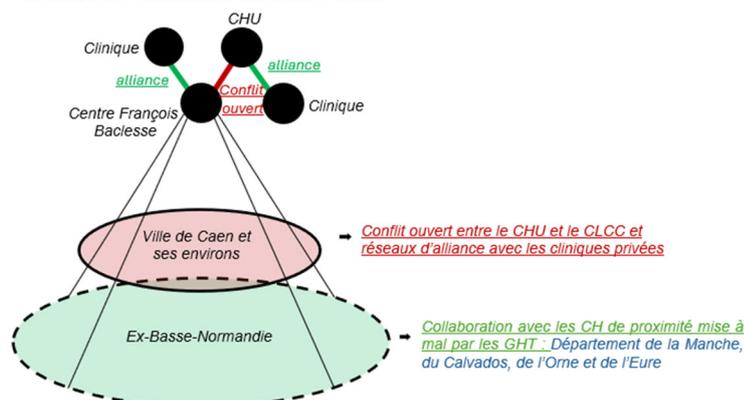
RCP qui se fait rarement avec des praticiens n'exerçant pas au sein des CLCC. Les trois centres se positionnent alors comme des centres de recours, recevant des demandes d'avis extérieurs, des CH et cliniques privés. On retrouve dans les trois centres une forte division du travail avec ces acteurs. Les CLCC conservent les soins les plus complexes, quand les soins plus courants, notamment la chimiothérapie, sont délégués aux CH et cliniques, dans une logique d'interdépendance. Ces forts liens de coopération s'opposent à l'absence de liens avec les CHU. En effet, si la file active des CLCC tend à se rapprocher, autour de 9000 patients, cela peut sembler étonnant, au vu de la taille plus importante de la Nouvelle-Aquitaine. L'activité oncologique des CHU semble alors un élément déterminant d'explication de ces files actives, et du fonctionnement des coopération de ces CLCC. En effet, en Nouvelle-Aquitaine, trois CHU puissants, et notamment le CHU de Bordeaux, captent une part importante des patients et dominant le CLCC, ce qui entraîne une absence de relation avec le CHU. L'adressage des patients se fait de manière indépendante, et le CLCC se tourne plutôt vers les acteurs de proximité.

### Schéma théorique des liens de coordination de l'Institut Bergonié



Les Centre François Baclesse et Jean Perrin bénéficient quant à eux d'un rapport plus égalitaire en termes de nombre de patients traités, avec le CHU. Cela entraîne une concurrence forte qui se traduit en conflit ouvert et se matérialise en une absence de relation entre les établissements. S'ensuit alors une logique d'alliance du CLCC avec les cliniques privées, en concurrence avec le CHU.

### Schéma théorique des liens de coordination du Centre François Baclesse similaire à Jean Perrin





Il est apparu que deux acteurs sont centraux pour la coordination existante entre la ville et l'hôpital : les **infirmiers et infirmières de coordination (IDEC)** et les **infirmiers et infirmières de pratique avancée (IPA)**. Si leur structuration varie selon les centres étudiés (différentes missions, différents effectifs), elles constituent des acteurs pivots pour assurer la continuité des parcours entre les CLCC et la ville. Ce sont elles qui sont en lien avec tous les acteurs de la médecine de ville, pour organiser les retours à domicile en cas de rémission, déclencher les hospitalisations à domicile, garantir le lien avec les soins de support et s'assurer du bon déroulement de la prise des thérapies orales à domicile. Elles sont principalement en contact avec les infirmières libérales, et beaucoup moins avec les médecins traitants. Pour autant, il a été évoqué dans tous les centres que leur nombre trop faible et la diversité très importante de leurs missions sont un frein à une coordination efficace des parcours.

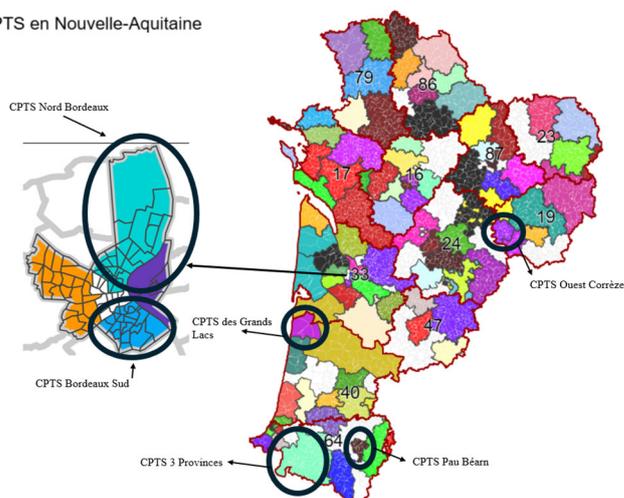
Ensuite, nous avons mis en avant que les **difficultés de communication importantes** qui existent entre la ville et les CLCC, participent à la fragmentation des parcours patients et sont un frein à une collaboration effective. La communication entre les médecins des centres et leurs confrères de la ville est anémique, ne faisant l'objet d'**aucune organisation systématique**. Les échanges sont majoritairement informels, par téléphone quand les praticiens sont disponibles, ce qui est rare. En dehors de ces échanges directs, la transmission des informations médicales par courrier comporte de nombreux biais, notamment la difficulté pour les médecins généralistes d'avoir accès à l'état de santé complet du patient. Pour autant, des plateformes téléphoniques permettant aux médecins de ville d'avoir un numéro direct pour joindre le CLCC ou l'organisation de rencontres régulières entre professionnels sont des outils en cours de développement, dans certains centres, pour améliorer leur interconnaissance et renforcer les liens de coopération. Le moyen le plus efficace d'assurer une communication efficace reste souvent l'interconnaissance des médecins, peu développée entre médecine de ville et hôpital.

En outre, la résorption de ces difficultés de communication peut demander à **revenir sur la division du travail entre la ville et l'hôpital**. En effet, les CLCC se positionnent en tant que centres experts, prenant en charge des cancers complexes nécessitant des thérapies innovantes. Cette complexité de la prise en charge revient souvent à laisser de côté le médecin généraliste, mis en difficulté par la progression très rapide des traitements. On retrouve ce cloisonnement dans la gestion des soins de support. Ceux-ci sont intégrés dans la prise en charge au sein des CLCC, pour favoriser une approche holistique de la maladie, ce qui rend difficile le suivi pour les patients éloignés géographiquement du centre. Le manque d'interconnaissance entre professionnels rend donc difficile toute coopération et peut fragmenter les parcours de soins. De plus, les CLCC ont une **vision** plutôt **descendante** du transfert d'informations, du spécialiste vers le généraliste. Des rencontres entre professionnels afin d'échanger autour de leurs pratiques et de comprendre les contraintes que chacun rencontre pourraient alors permettre de diminuer le rapport hiérarchique entre ces deux acteurs.

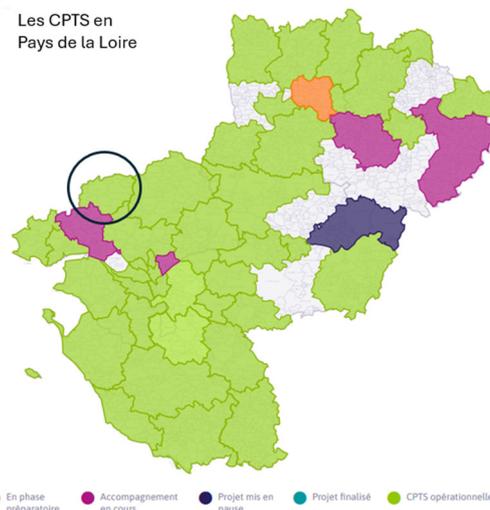
Les **Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)**, nées en 2016, sont des associations ayant pour but de regrouper des professionnels de la ville d'un même territoire en réseau, par la coordination autour d'un projet de santé commun. Celles-ci sont mises en avant par une partie des acteurs de soin comme pouvant permettre d'améliorer les parcours, en améliorant la coopération au sein de la médecine de ville et en devenant les interlocuteurs privilégiés des établissements hospitaliers. D'autres considèrent ces dispositifs

comme de la concurrence faite à des réseaux informels déjà formés. En réalité la mise en place de ce dispositif n'en est qu'à ses débuts, et notre étude a mis à jour l'existence de très peu de parcours patients dédiés au cancer pour le moment : 6 en Nouvelle-Aquitaine, 1 en Pays de la Loire, aucun en Normandie et Grand-Est.

Les CPTS en Nouvelle-Aquitaine



Les CPTS en Pays de la Loire



*CPTS disposant d'un projet de mise en place d'un parcours de soin pour le cancer en Nouvelle-Aquitaine et Pays de la Loire (carte Agora'Lib et CPTS Pays de la Loire)*

Au-delà de leur récente création, le choix des types de parcours de soins mis en place par les CPTS s'appuie sur un diagnostic territorial des problématiques de santé. La place du cancer est alors amenée à varier selon les spécificités locales, ce qui peut expliquer la présence de peu de parcours de soin dédiés sur nos territoires étudiés. Il est ressorti de notre étude que **la création de parcours patients par les CPTS, en coopération avec les CLCC, souffre d'une double difficulté : des échelles territoriales d'intervention différentes et une concurrence avec l'hôpital public dans la création de partenariats**. Si, pour certains établissements, aucune coordination n'est, pour le moment, envisagée, pour les CLCC souhaitant coopérer avec les CPTS, les échelles différentes d'exercice de leur influence sont un frein important. En effet, alors que les CLCC se voient adresser des patients à l'échelle régionale, voir interrégionale, les CPTS s'établissent, elles, à une échelle beaucoup plus locale (moins de 40 000 habitants pour une CPTS de taille 1 et plus de 175 000 habitants pour une CPTS de taille 4). Ainsi, d'une part, du point de vue des CLCC, travailler avec chaque CPTS de son territoire revient à multiplier les interlocuteurs, pour des CPTS qui ne représentent à chaque fois qu'une part minime de leur patientèle. D'autre part, les CPTS privilégient la construction de parcours avec les hôpitaux de proximité, en raison de leur proximité géographique et de l'interconnaissance facilitée avec les médecins. Ces deux logiques peuvent donc être une autre difficulté au fait de faire des CPTS les interlocuteurs privilégiés des CLCC dans la coordination avec la ville. Ainsi, moins de 5% des CPTS existantes en France ont un partenariat avec un CLCC. Pour autant, l'investissement à venir des partenariats de tous les établissements hospitaliers avec les CPTS va se multiplier, et les CLCC vont devoir se saisir de cette nouvelle logique s'ils veulent rester des acteurs innovants et centraux dans les parcours oncologiques.

## ENSEIGNEMENTS

- 1. Une coordination qui doit apparaître légitime aux professionnels de santé.** Le premier enseignement que nous tirons de notre étude est que les dispositifs de coordination, pour qu'ils soient acceptés et utilisés, doivent être légitimes aux yeux des médecins, qu'ils soient généralistes ou spécialistes. Ils doivent ainsi les convaincre qu'ils permettent l'organisation fluide des différentes séquences des parcours de soins. Ils ont un important pouvoir discrétionnaire dans la mise en œuvre des politiques de coordination et sont peu enclins à suivre des initiatives unilatérales, ce qui peut rappeler la figure du maire que nous rencontrons en aménagement. Les dispositifs bien ancrés que nous avons listés reposent le plus souvent sur des réseaux informels préexistants, qu'il ne faut pas négliger et, au contraire, sur lesquels il faut s'appuyer en premier lieu pour favoriser la pérennité d'une nouvelle forme de coordination. La multiplication des formalités, des organismes, des acronymes, habituelle en aménagement du territoire, est peu adaptée en direction de la médecine de ville qui voit souvent dans le poids des tâches administratives, une entrave à l'action médicale. Éviter les écueils du mille-feuille administratif français de l'aménagement semble primordial, y compris dans les démarches des centres habilités à faire de la recherche vers la médecine de ville.
- 2. S'appuyer sur les acteurs de la ville.** Il apparaît que lien entre la ville et le CLCC va devenir déterminant dans les prochaines années, notamment dans le cadre d'un virage domiciliaire pour certains soins. Les CLCC pourront être amenés de plus en plus souvent à déléguer des soins à la médecine de ville, dans une perspective de décentralisation. Pour décloisonner ce lien, les CPTS apparaissent des acteurs centraux, notamment pour mettre en place des coopération avec les territoires en milieu rural où les enjeux de vieillissements de la population et de démographie médicale sont importants, et les CPTS y connaissent de meilleurs taux d'adhésion, les professionnels de santé s'étant souvent déjà fédérés grâce à des projets antérieurs comme les MSP. Les CLCC pourraient ainsi faire des CPTS un interlocuteur central à l'échelle locale, avec laquelle ils ne sont pour l'instant que peu en contact. Malgré les freins que nous avons repérés plus haut, cette coopération pourrait permettre une meilleure organisation des parcours patients, avant, pendant et après leur prise en charge au sein des CLCC pour favoriser un accès plus égalitaire aux soins et à l'information.
- 3. Une étude à poursuivre.** Il nous faut préciser que notre travail n'est pas encore généralisable, seuls deux organes, la prostate et le sein ont été étudiés, nos conclusions ne dressent donc pas un panorama des liens de coordination pour l'ensemble des types de cancer. De plus, tous les CLCC n'ont pas été analysés, il est probable que d'autres schémas de coordination pourraient être dégagés. De même, nous n'avons pas pu couvrir l'ensemble des liens construits entre les CLCC et la médecine de ville, d'autres parcours de soins et liens de coordination pourraient donc être inclus dans notre analyse. Notre typologie est donc spécifique aux terrains que nous avons étudiés.

## POUR EN SAVOIR PLUS

Pour en savoir plus, voilà quelques références bibliographiques et liens vers d'autres travaux.

Tout d'abord, le rapport d'**Héloïse Pillayre**, intitulé "Le rôle des CLCC dans la coordination des parcours de soins en cancérologie" réalisé pour la Chaire de santé de Sciences Po de 2023 à 2024 est celui qui précède notre étude. Ce rapport étudie, avec une approche sociologique, trois centres Unicancer. Il met en lumière les leviers, freins et enseignements liés à la coopération entre établissements de la lutte contre le cancer, pour améliorer les parcours de soins en cancérologie. Il a servi de base à notre étude et nous nous sommes servis des résultats identifiés par la Héloïse Pillayre pour construire notre typologie.

De plus, l'article "Les réformes de l'organisation des soins primaires : perspectives multi-situées. Avant-propos.", écrit par Hassenteufel, P., Naiditch, M. et Schweyer, F.-X. (2020) et publié dans la *Revue française des affaires sociales* donne une vision large sur le contexte de notre étude. Les soins primaires désignent l'ensemble des soins de santé de premier recours, c'est-à-dire les premiers contacts qu'un patient a avec le système de santé. Cet article présente les réformes publiques de santé relatives à ces soins primaires, que l'on peut rapprocher de la médecine de ville. Il a ainsi structuré contextualiser la partie de notre recherche consacrée au lien entre la médecine de ville et la médecine hospitalière.

Enfin, le rapport "Tour de France des CPTS : Bilan et propositions pour le déploiement et le développement des communautés professionnelles territoriales de santé" rédigé par les docteurs Marie-Hélène Certain, Albert Lautman et Hugo Gilardi le 28 juin 2023 pour le ministère de la santé. Il dresse un état des lieux de la construction des CPTS et propose des pistes de réflexions pour améliorer leur rôle dans l'accessibilité de l'offre de soin sur un territoire. Comme nous l'avons vu, les CPTS sont un acteur clé référent pour organiser les relations au sein de la médecine de ville mais également entre la médecine de ville et la médecine hospitalière. Ce rapport permet de comprendre leur émergence, leurs différents stades d'avancement et les raisons qui les expliquent.

## **L'exercice du projet collectif : un dispositif pédagogique original**

Grâce à ce module original, les étudiants sont mis en situation de travail sur une problématique réelle posée par une organisation publique, privée ou associative. Pour tous les Masters de l'École urbaine, l'organisation et le pilotage sont identiques : le projet est suivi conjointement par la direction de l'École urbaine et les partenaires, à toutes les phases du projet ; un encadrement méthodologique régulier est assuré par un tuteur professionnel ou académique spécialiste de la question. Les projets collectifs permettent aux partenaires de mettre à profit les acquis de recherche et de formation développés au sein de l'École urbaine, de bénéficier d'une production d'études et de travaux de qualité, et de disposer d'une capacité d'innovation.

Les projets collectifs se prêtent particulièrement à des démarches d'étude, de diagnostic, de prospective, d'analyse comparée, voire de préparation à l'évaluation, et plus généralement à toute problématique pouvant éclairer l'organisation concernée dans une logique de « R&D ». Chaque projet mobilise un groupe d'étudiants de première année d'un des Masters de l'École urbaine. Les étudiants travaillent entre 1,5 jours et 2 jours par semaine sur des plages horaires exclusivement dédiées, pendant une durée de 6 à 9 mois (selon les Masters concernés). En formation continue, les projets collectifs concernent l'Executive master « Gouvernance territoriale et développement urbain » et mobilisent des professionnels pendant une durée de 4 mois.