ESS Cancérologie Cher–Indre

Rencontre avec les CPTS du Cher

Présentation : Dr Thomas Frédéric-Moreau / Dr Christine BERGER - Delphine Dupé — Institut de Cancérologie du Centre (ICC)

Réunion Inter-CPTS du 28 juillet 2026

Pourquoi une ESS en cancérologie ?

Le diagnostic territorial montre un besoin de coordination spécialisée plus qu'un simple manque d'acteurs.

517 k
habitants
Cher + Indre

15
CPTS concernées
sur les 2 départements

29 000+
patients en ALD cancer
sur les 2 départements

11/15
CPTS avec forte
défavorisation sociale

Constat

Les ressources existent : établissements autorisés, CPTS, DAC, OncoCentre, HAD, spécialistes.

Problème principal

Les interfaces restent insuffisamment structurées : suspicion, orientation, diagnostic, retour ville.

Réponse proposée

Une coordination spécialisée ambulatoire entre premier recours, spécialistes et centres de recours.

L'ESS vise à organiser les ressources existantes, pas à remplacer les acteurs du territoire.

Le Cher : six CPTS, un même enjeu

Bourges concentre le volume de patients ; les territoires ruraux cumulent la plus forte précarité et la plus faible accessibilité aux médecins généralistes.

CPTS	Population	Fdep*	ALD cancer (2023)	APL MG** (France = 3,7)
Pays de Bourges	123 871	2/5	5 110	2,8
Giennois-Berry	77 791	3/5	3 507	2,7
Berry Vierzon Sologne	64 304	5/5	2 947	1,8
Sud Cher	41 800	5/5	1 998	1,7
CPTeSt	36 824	5/5	1 622	1,7
Berry Val de Loire	26 289	2/5	1 255	2,1
Cher (18) — total	**299 573**	**58,9% FRR**	**—**	**vs France 3,7**

**Fdep 5 = désavantage socio-économique maximal · **APL MG = consultations accessibles / habitant / an*

Lecture du tableau

Le besoin d'ESS n'est pas uniforme sur le département.

Sud Cher et CPTeSt cumulent Fdep 5 et l'APL MG la plus basse du département (1,7, contre 3,7 en France).

Ces territoires ruraux ont, en proportion, un accès spécialisé plus fragile que Bourges et sont donc prioritaires, pas secondaires.

Une pression qui s'aggrave

Le diagnostic ne documente pas un simple manque de médecins : il documente une trajectoire qui se dégrade.

92,5
MG pour 100 000 hab. dans le Cher
(France 126,3 · -16 praticiens/an en région)

1,3
pneumologues pour 100 000 hab.
dans le Cher (France 4,8)

58,3 %
taux de fuite cancer du col de l'utérus
dans le Cher (Tours attracteur à 43 %)

81,2 %
taux de fuite cancer du sein
dans l'Indre — attractivité locale nulle

Pourquoi les réponses classiques ne suffisent plus

Le recrutement isolé de praticiens, la télémédecine ponctuelle ou les permanences de consultations avancées non coordonnées sont documentés comme **structurellement insuffisants** face à l'ampleur des déficits mesurés.

Seule une approche coordonnée à l'échelle du territoire, organisant l'existant plutôt que d'ajouter une ressource isolée de plus, répond à la complexité documentée du parcours cancer.

Attendre reviendrait à laisser s'accentuer des fragilités déjà documentées.

Où se produisent les ruptures de parcours ?

La difficulté est souvent à l'interface entre le médecin traitant, le spécialiste, l'établissement et le retour au domicile.

1 → **2** → **3** → **4** → **5**

Suspicion

Symptôme, anomalie biologique, image suspecte, résultat de dépistage.

Avis

Trouver rapidement le bon interlocuteur spécialisé.

Diagnostic

Prioriser examens, biopsies, consultations et RCP.

Traitement

Coordonner établissement autorisé, centre de recours et proximité.

Retour

PPS, toxicités, soins support, suivi ville.

Question pratique pour le médecin traitant : ***« qui contacter, avec quelles informations, sous quel délai, et quel retour ? »***

L'ESS doit transformer des parcours implicites en circuits explicites et utilisables.

Ce que l'ESS propose concrètement

Un collectif spécialisé, des filières priorisées, une coordination légère et mesurable.

18
Spécialistes engagés

4
spécialités
partenaires (ESS existantes)

3
filières prioritaires
de démarrage

2026
création et
amorçage

Axe 1 — Expertise

Téléexpertise/adressage structuré, consultations avancées ciblées, Parcours diagnostiques accélérés.

Axe 2 — Parcours

Coordination des situations complexes et des transitions ville–hôpital–domicile.

Axe 3 — Territoire

Analyse des besoins non couverts, argumentaires, attractivité et coopérations inter-ESS.

Filières prioritaires de démarrage : sénologie, urologie, digestif.

Ce que l'ESS change pour vous, médecin traitant

Pas seulement un circuit pour le patient : un appui concret pour votre exercice quotidien.

1	**Un point d'entrée unique**	La même porte pour toutes les filières, quelle que soit la situation clinique - plus besoin de connaître personnellement chaque spécialiste.
2	**Un retour structuré systématique**	Vous n'êtes plus le dernier informé : un retour formalisé vous revient après chaque orientation.
3	**Un délai affiché, un canal identifié**	Via Omnidoc : vous savez à qui vous adressez, sous quel délai cible, sans avoir à relancer.
4	**Une décision d'adressage sécurisée**	Moins d'incertitude sur le bon interlocuteur, moins de charge mentale à chaque suspicion de cancer.
5	**Un accès facilité à l'expertise**	Avis spécialisé et RCP de recours accessibles, y compris pour les situations complexes ou rares.

L'ESS ne se substitue pas au médecin traitant : elle lui donne un point d'appui.

Articulation ESS–CPTS du Cher

Objectif : transformer les besoins du premier recours en circuits spécialisés simples, lisibles et évaluables.

CPTS du Cher

- Repérer les besoins concrets des médecins traitants
- Diffuser les circuits et fiches reflexes
- Identifier les points de blocage territoriaux
- Organiser le retour d'usage des professionnels

Interface commune

- Référent ESS–CPTS par filière
- Canal d'adressage partagé : Omnidoc / formulaire
- Critères d'entrée, délais cibles, réponse standardisée
- Tableau de bord : volumes, délais, orientations, irritants

ESS Cancérologie

- Avis spécialisé et priorisation des demandes
- Orientation vers le bon interlocuteur ou la bonne RCP
- Coordination des parcours complexes
- Retour structuré vers le médecin traitant

L'ESS ne remplace pas les CPTS ; elle met à leur disposition une expertise spécialisée organisée pour tout le département.

Rétroplanning de mise en place de l'ESS

De la lettre d'intention à l'amorçage opérationnel des premiers circuits, sur les 6 CPTS du Cher.

1

Juin 2026

Lettre d'intention, diagnostic territorial, concertation ARS/CPAM/CPTS.

2

Juil.–août 2026

Association loi 1901, instruction institutionnelle, crédit d'amorçage.

3

Sept. 2026

Gouvernance, référents filières/CPTS, indicateurs et priorités.

4

Oct.–nov. 2026

Circuits Omnidoc : sein, urologie, digestif ; fiches pratiques déployées sur les 6 CPTS.

5

T1 2027

Bilan, projet de santé, consolidation sur l'ensemble du département.

Livrables attendus : association support · gouvernance · 3 circuits initiaux déployés sur les 6 CPTS · tableau de bord · projet de santé finalisé

Valider un binôme CPTS et une réunion technique pour écrire les premiers circuits.

Discussion

1. Quelles filières prioriser en premier sur votre territoire : sein, urologie, digestif ?
2. Qui désigner comme référent(e) opérationnel(le) pour votre CPTS ?
3. Quels délais de réponse et quels retours attend le premier recours de votre territoire ?
4. Comment articuler cette démarche avec les initiatives déjà engagées localement (CRTC, CPTS voisines) ?