

DAC & Cancérologie : soutenir les médecins traitants et les soignants de proximité pour mieux accompagner les patients dans la complexité de leurs parcours

Camille Bernard ¹, Philippe Atlan ¹, Emmanuelle Secleppe ¹ Stéphanie Richard ²

1 -Pole Projet, DAC 94 OUEST, Hôpital de Chevilly; 24 rue Albert Thuret, 94550, Chevilly-Larue – 01 46 63 00 33

2 -Dispositif des Soins Oncologiques de Support après traitement d'un cancer, 94 – 07 62 06 85 72

Tandis que le nombre de personnes vivant avec ou après un cancer ne cesse de croître, les parcours de soins en oncologie posent de nouveaux défis aux systèmes de santé.

Entre ruptures de continuité, isolement des médecins traitants, vulnérabilités psychique et sociale et attentes fortes des patients, les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) offrent des réponses concrètes et humaines pour fluidifier les trajectoires et soutenir les professionnels de proximité.

Parcours de soins non linéaire, traitements techniques, multiplicité des intervenants, vulnérabilités sociales, retentissement psychique... Le cancer impose une exigence de coordination de sa prise en charge sans équivalent. Dans ce contexte, le rôle du médecin traitant est crucial, mais souvent entravé par des logiques de silos. Le DAC 94 Ouest met en place des dispositifs concrets pour répondre aux attentes des patients et renforcer l'appui aux professionnels de ville.

Une pathologie pas comme les autres

Le cancer, contrairement à d'autres maladies chroniques (comme le diabète ou l'insuffisance cardiaque), surgit souvent de façon brutale, imposant des traitements intensifs, parfois mutilants, concentrés sur une période relativement courte mais bouleversante. Cette phase aiguë est habituellement prise en charge à l'hôpital, avec ses nombreux rendez-vous « en établissement », dans des centres de référence très spécialisés.

Mais le cancer ne s'arrête pas à l'hôpital car le patient demeure le plus souvent « en dehors des murs de l'hôpital ». Aussi bien pendant la phase de diagnostic et de traitement, qu'en période de rémission ou de guérison.

La fin des traitements actifs – chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie – marque en réalité le début d'un long processus d'adaptation, parfois silencieux, souvent solitaire :

douleurs persistantes, fatigue chronique, troubles cognitifs, anxiété, isolement social, précarisation...

Le parcours s'étire, s'enchevêtre avec d'autres problématiques de santé, et le risque de rupture augmente à mesure que les structures hospitalières se retirent.

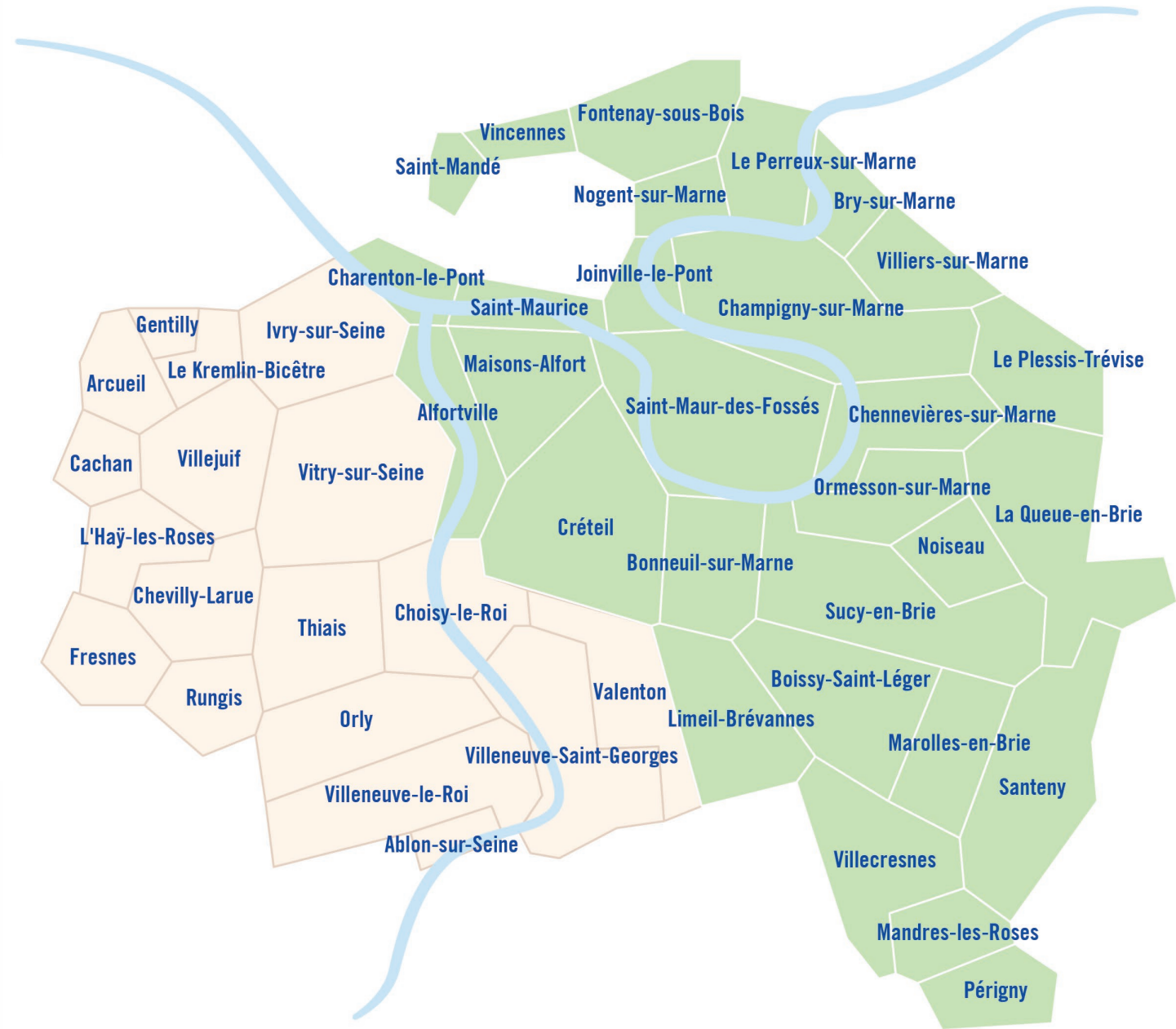
C'est dans ce contexte que les patients – et leurs proches – se tournent naturellement vers leur médecin traitant. Mais celui-ci se retrouve souvent démuni : peu ou pas informé du protocole engagé à l'hôpital, il doit pourtant assurer la continuité des soins, répondre aux multiples demandes administratives, psychologiques ou sociales, et faire face à des situations complexes, sans toujours avoir les ressources adéquates à portée de main.

Ruptures de parcours et isolement des acteurs de proximité

Le DAC94 Ouest, opérant sur 18 communes du Val-de-Marne, constate au quotidien les failles systémiques qui traversent le parcours oncologique. Malgré les efforts des professionnels hospitaliers, et des outils de communication en place, la transmission d'informations vers les médecins de ville reste inégale. Les comptes-rendus sont parfois absents, transmis tardivement ou illisibles sans contexte. Les services inaccessibles, une fois passé le cap du standard téléphonique. Les logiciels informatiques ne communiquent pas entre eux. Le patient devient lui-même vecteur d'information, sans forcément en avoir les moyens , ni l'énergie (ni les compétences... La confiance accordée au corps médical pouvant s'en trouver affectée).

Les proches aidants, quant à eux, jouent un rôle central mais épuisant. Ils sont coordinateurs, relais logistique, soutien émotionnel, parfois traducteurs du jargon médical. Leur charge mentale est immense, et leur isolement, sous-estimé.

Du point de vue du patient, le sentiment de solitude augmente dès la consultation annonçant la fin des traitements ou la sortie de l'hôpital. Le retour à « la vie normale », souvent perçu comme une "victoire", se transforme rapidement en défi : comment gérer les douleurs, la fatigue, l'alimentation, les effets secondaires? Comment reprendre le travail? Comment se faire entendre quand les symptômes ne sont "plus urgents"?



Les Dispositifs d'Appui à la Coordination au cœur des territoires :

Interfaces entre les acteurs de ville, de l'hôpital, du social et du médico-social, ils facilitent l'accès aux ressources et préviennent les ruptures de parcours.

Le DAC 94 Ouest couvre 18 communes du Val-de-Marne et œuvre pour l'accompagnement coordonné des usagers en situation complexe, tout âge, toute pathologie.



Santélien
La solution eParcours d'Île-de-France

La plateforme numérique Santélien s'impose comme un outil clé pour soutenir l'action du DAC. En facilitant le partage sécurisé et en temps réel d'informations entre les différents professionnels impliqués, cet outil contribue à décloisonner les prises en charge et à renforcer la continuité des soins.

Le rôle pivot du médecin traitant : central mais fragilisé

Dans ce contexte, le médecin généraliste est en première ligne. Il incarne la médecine de proximité, le lien humain, la continuité. Mais il ne peut pas tout porter seul.

Nombre de généralistes expriment un sentiment d'impuissance : faute de temps, de formation spécifique ou d'accès à un réseau clair, ils se retrouvent à improviser un accompagnement post-cancer, souvent en dehors de leur cœur de métier. À cela s'ajoutent des difficultés pratiques : comment orienter vers un psychologue compétent ? vers un kinésithérapeute formé à l'activité physique adaptée ? vers un assistant social ? À quel moment relancer une démarche de soins palliatifs ?

Où s'informer sur les aides existantes pour les patients en précarité ?

Pour répondre à ces défis, le soutien des DAC devient un levier essentiel.

Le DAC comme interface humaine et territoriale

Le Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) a pour mission de fluidifier les parcours complexes, d'articuler les niveaux de soins, et de garantir la continuité. À la croisée des mondes hospitalier, libéral, social et médico-social, il est une ressource pour les professionnels comme pour les patients. (1)

En lien avec son historique antérieur de réseau de santé, **le DAC94 Ouest a fait de l'oncologie un axe prioritaire.** (2-6)

Exemple du dispositif des soins de support de l'après-cancer



Les données recueillies montrent une prédominance des femmes entre 40 et 70 ans, souvent en lien avec un cancer du sein (s'expliquant par l'activité de certains partenaires hospitaliers privilégiant comme modèle, le parcours des cancers mammaires).

En raison de la mise en place récente du dispositif, le délai médian entre la fin des traitements et la prescription des soins de support est de 64 jours – trop long pour de nombreux patients en perte de repères.

La variabilité des délais entre le moment de la prescription des SOS et leur mise en œuvre peut aussi révéler des disparités selon les structures hospitalières : par exemple, les prescriptions de Gustave Roussy (GR), organisées lors des "journées de transition", (convoquant dès la fin des traitements actifs, les patients pour mieux les informer et les orienter) sont associées à des délais plus courts. (5) Cela illustre l'importance d'une coordination pensée dès la phase hospitalière, et non après coup.

Pour exemple, le dispositif **“Après-Cancer”** mis en place, en 2023, conjointement avec le DAC94 Est.

En 2024, le dispositif a permis d'accompagner 150 situations, avec des bilans et des consultations personnalisés dans trois domaines de SOS : activité physique adaptée (APA), diététique et soutien psychologique.

Innovations concrètes et organisationnelles

Parmi les initiatives structurantes, **le projet CONTINUATION**, coconstruit avec Gustave Roussy, vise à décentraliser le parcours de l'après-cancer du sein, au moins pour les patientes à faible risque de récurrence : surveillance partagée et alternée entre oncologue et le médecin traitant, permettant à ce dernier une réappropriation du suivi médical de sa patiente, et l'amenant à gérer les soins de support en ville, pour la prise en charge des séquelles et des symptômes résiduels, ou encore celle des comorbidités (HTA, diabète, etc..) dont l'importance est accrue avec l'âge et la fragilité des patients. A retenir également, dans ce projet, la mise à disposition d'outils numériques d'autogestion, pour les patientes, ainsi qu'une offre de formations, pour les professionnels. Cette expérimentation témoigne d'une volonté claire : renforcer les capacités de la ville à prendre le relais de manière sécurisée, tout en restant connectée à l'expertise hospitalière.




Projet

CONTINUATION

Collaboration Ville-Hôpital
pour le suivi après cancer

Collaborez avec Gustave Roussy

pour améliorer le parcours de
soin après traitement du cancer
du sein de nos patients.

Pourquoi un suivi partagé ?



Une Meilleure Expérience Patient

Plusieurs données montrent que le suivi partagé avec le médecin traitant est associé à des taux de satisfaction plus élevés chez les patients, et offre une approche plus globale de l'adressage de leurs besoins.



Une Meilleure Coordination de Soins

Le suivi partagé est un moyen de créer un lien direct et efficace entre la ville et l'hôpital pour favoriser la réinsertion sociale du patient, la prise en charge de ses comorbidités et l'accès aux soins de support de proximité.



Un Suivi Egalement Efficace

Des études ont démontré une efficacité comparable concernant : incidence de récidives, délai avant récidive, détection de nouveaux cancers primaires, et une potentielle meilleure prise en charge des séquelles physiques et psychosociales.



Un Meilleur Rapport Coût-efficacité

Le suivi partagé semble être une manière plus efficace de distribuer les ressources hospitalières sans compromettre la qualité de soins procurée à nos patients.

Eléments du parcours CONTINUATION

- Formation sur l'après cancer et la gestion des effets secondaires pour les professionnels en ville
- Plan personnalisé de suivi après cancer et adressage initial aux soins de support
- Suivi partagé semestriel entre oncologue et médecin traitant en ville
- Outil numérique de coordination et d'échange d'information entre la ville et Gustave Roussy
- Outils numériques pour l'éducation et l'autogestion du patient pendant son suivi
- Accès et repérage des soins de support en ville

Rejoignez le projet.

Pour plus d'informations,
contactez l'équipe:

✉ Philippe.ATLAN@gustaveroussy.fr

✉ Stefano.MACCARONE@gustaveroussy.fr

✉ contact@dac94ouest.fr

Les équipes mobiles territoriales de soins palliatifs (EMSPT) ont pour rôle d'accompagner les patients en fin de vie ou encore de « prendre soin » de tout patient (présentant un cancer ou une autre condition liée à une maladie chronique ou à l'âge), pour lesquels les traitements « actifs » ne peuvent être poursuivis.

Il s'agit de soutenir la personne malade, sa famille, ses proches et ses soignants sans se substituer à l'équipe référente . (7,8)

Dans le Val de Marne, 2 EMSPT sont en cours de labellisation pour couvrir l'ensemble des besoins du département. Ces structures sont opérationnellement distinctes et différentes des DAC, mais elles sont portées par les mêmes associations ONCO 94 OUEST et PARTAGE 94 EST.

En concertation avec le médecin traitant, avec l'accord de la personne concernée, ou en impliquant la Personne de confiance lorsque nécessaire, l'EMSPT intervient pour :

- l'adaptation des thérapeutiques au confort et aux besoins symptomatiques (douleur, troubles digestifs, neurologiques...), en fonction des Directives Anticipées,
- l'évaluation et l'accompagnement de la souffrance psychologique du malade et de ses proches.

Les EMSPT gèrent avec les DAC, la mise en place et la coordination d'aides au domicile et les différents lieux possibles de prise en charge. Elles participent à la promotion et au partage de l'information, avec les autres acteurs des soins palliatifs, en incluant les questionnements éthiques : aide à la concertation, à la prise de décision dans des situations cliniques complexes.

Dispositif	Lieu principal d'intervention	Rôle central	Missions spécifiques	Public cible
Médecin traitant / soignants de 1er recours	Domicile / EHPAD	Repérage et décision initiale	Identifie les besoins palliatifs, alerte les ressources du territoire	Tout patient en situation palliative
DAC (Dispositif d'Appui à la Coordination)	Territorial	Chef d'orchestre logistique	Orienté vers les bons dispositifs (Pallidom, EMASP, HAD, USP), organise la coordination, anime les RCP, suit les parcours	Tous les professionnels en difficulté face à un cas complexe
Pallidom (Équipe d'urgence palliative)	Domicile / EHPAD	Réponse immédiate à l'urgence palliative	Triage médical collégial, déplacement en binôme (médecin + IDE), prise en charge intensive 48-72 h, maintien à domicile	Patient en crise symptomatique grave (douleur, détresse respiratoire, agitation...)
EMSPT (Équipe Mobile de Soins Palliatifs Territoriale)	Domicile / EHPAD	Expertise palliative territoriale	Accompagnement des soignants de ville/EHPAD, soutien clinique, aide à la collégialité, formation	Patients à domicile ou en EHPAD, situations non urgentes mais complexes
HAD (Hospitalisation à Domicile)	Domicile / EHPAD	Soins techniques et continus 24h/24	Gestion des traitements complexes, soins infirmiers spécialisés, coordination interprofessionnelle	Patients nécessitant soins lourds ou continus mais maintenus à domicile
EMASP (Équipe Mobile d'Accompagnement en Soins Palliatifs)	Hôpital (transversal)	Soutien spécialisé aux équipes hospitalières	Appui éthique, formation des soignants, soutien au projet de soins, intervention dans tous services (hors USP)	Patients hospitalisés ou en lien avec l'hôpital
HDJ (Hospitalisation de jour)	Hôpital	Séjour <24h ,	Associant une consultation « dite « classique » de SP (intervention concomitante d'un médecin, IDE et bénévole) et au moins 1 évaluation ou pec complémentaire en soins de support	Patients suivis après RAD
USP (Unité de Soins Palliatifs)	Hôpital / établissement dédié	Prise en charge globale des situations très complexes	Soins médicaux, accompagnement psychologique, social et spirituel, accueil de répit, recherche et formation	Patients dont la complexité dépasse les capacités du domicile
LISP (Lits Identifiés de Soins Palliatifs)	Hôpital (médecine, gériatrie, etc.)	Prise en charge palliative intégrée	Soins palliatifs dans un service non spécialisé, en lien avec EMASP	Patients hospitalisés nécessitant des soins palliatifs sans passage en USP
Réseaux de bénévoles / Soutien spirituel / Psychologues	Partout	Accompagnement humain complémentaire	Présence, écoute, aide au deuil, accompagnement des proches	Patients et familles, tous lieux

Tableau recensant le schéma d'organisation des intervenant en soins palliatifs.

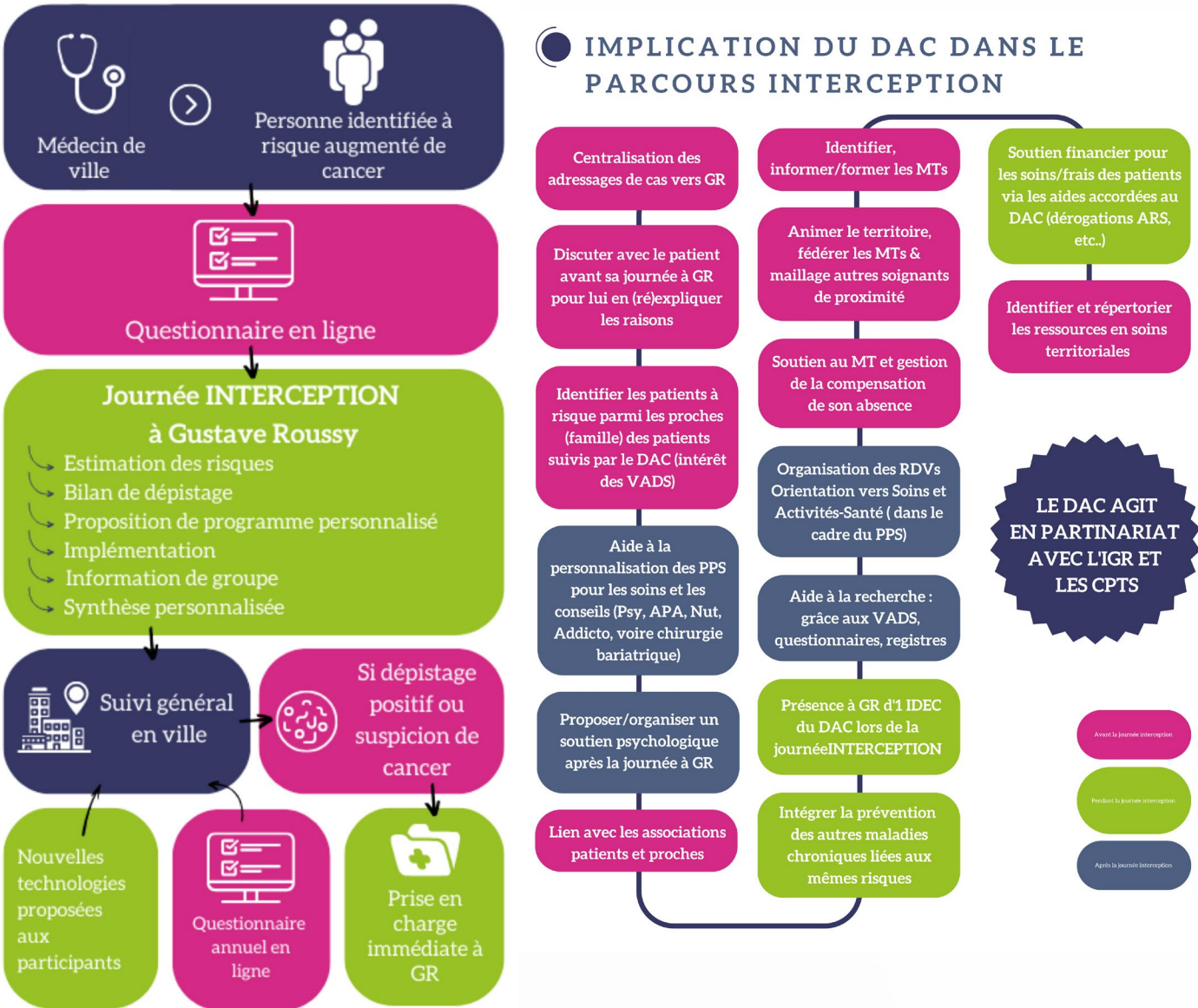
« En périphérie » du parcours de la maladie, et avant même son début, les DAC sont engagés sur plusieurs sujets touchant à diminuer le risque de cancer et celui des autres maladies chroniques (en aidant les usagers à améliorer leur santé).

Dans le cadre de la prévention du cancer, il est possible de réduire les risques, en promouvant les changements de comportements (vis-à-vis du tabac, de l'alcool, du surpoids et de la sédentarité) et en facilitant le dépistage familial. **Le programme INTERCEPTION** dirigé par l'Institut Gustave Roussy s'adresse aux personnes présentant un risque augmenté par une prédisposition héréditaire ou métabolique (soit, au moins 40% des personnes qui vont développer un cancer) et s'articule parfaitement avec les campagnes pour la promotion de l'activité physique ou la vaccination auxquelles participent activement les DAC. (4)

Pour INTERCEPTION, le médecin traitant ou un autre professionnel de santé identifie les situations en fonction de certains facteurs (hérédité, tabac, alcool...). Les personnes concernées se verront proposer un programme pour un suivi personnalisé veillant à limiter leurs risques et/ou maximiser les chances d'un dépistage précoce.

Concrètement, ils pourront bénéficier de consultations, d'examens et ateliers, réalisés en établissement hospitalier et par la suite, en ville, par l'intermédiaire du médecin traitant et du DAC et avec le soutien (conseils et orientation) d'autres acteurs professionnels comme le pharmacien ou l'IDEL, la CPTS...

Les implications possibles du DAC94 Ouest et des CPTS, en appui du programme Interception de l’Institut Gustave Roussy.



D'autres projets sont en cours ou en développement : inclusion des CPTS dans la coordination, procédures opérationnelles avec les MSP, formations croisées, amélioration des prescriptions, simplification des parcours de soins palliatifs, et renforcement des liens entre DAC, réseaux de cancérologie et acteurs du médico-social.

Répondre aux attentes profondes des patients

Les patients n'attendent pas seulement des traitements. Ils attendent de la lisibilité, du sens, de la présence, une prise en compte globale de leur vie, de leur fatigue, de leur contexte. Ils expriment le besoin d'un interlocuteur de confiance. Pour cela, les médecins traitants doivent être mieux intégrés au parcours, mieux informés, mieux appuyés. C'est la condition pour éviter l'effet de tunnel, pour sortir de la logique du "parcours du combattant".

Le DAC, en assurant un maillage territorial, en proposant des ressources lisibles et réactives, en renforçant la coordination, répond à une triple exigence : alléger le poids des professionnels, sécuriser les patients, valoriser l'intelligence collective du soin en fluidifiant les canaux d'information.

Et maintenant ?

L'enjeu n'est pas seulement de créer des dispositifs innovants. Il est de changer de culture : considérer les patients atteints de cancer comme des personnes en situation de vulnérabilité prolongée mais transitionnelle, non comme des "anciens malades". Et considérer les médecins traitants comme des partenaires de premier plan, et non comme des "destinataires" secondaires d'un parcours hospitalo-centré.

Dans cette dynamique, les DAC ont un rôle déterminant à jouer, en apportant une expertise transversale et en promouvant des outils partagés.

Entre la ville et l'hôpital, entre les champs sanitaire, social et médico-social, ils permettent de sécuriser les transitions, prévenir les ruptures de parcours, et renforcer les liens entre les professionnels. C'est à cette condition que l'on pourra bâtir une coordination durable, humaine, partagée – et réellement utile.

Projets DAC 94 Ouest en cancérologie

Projets	Phase cancer
INTERCEPTION –Gustave Roussy : Dépistage des sujets à risque & Prévention des cancers	AVANT
« Dispositif Après-Cancer » : Parcours Soins de Support Après Traitement d'un Cancer	APRES
Projet GR « CONTINUATION » : Partage du suivi des patients après-cancer avec les MTs	APRES
Soirée de Sensibilisation Après Cancer : Epidémiologie-Vulnérabilités- Soins de Support	APRES
Groupe de Travail-INCa : Cahier des charges national pour la qualité des Soins de Support	TOUTES

Sans oublier les liens avec :

EMSPT (Equipe Mobile de Soins Palliatifs Territoriale): Mise en place septembre 2025

Activités Coordination de Parcours

Cohorte DACTeam : situations en cancérologie selon les différents niveaux de complexité

- Communications/ Participation congrès& Séminaires (CNRCC, SFAP, AFSOS, MASCC...)

Références bibliographiques

1. Les Dispositifs d'Appui à la Coordination- Février 2023. <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/les-dispositifs-d-appui-a-la-coordination-dac/>
2. Atlan Ph. et coll. Place des réseaux de santé dans la gestion ambulatoire des soins oncologiques de support (SOS) : interprétation des données d'activité en 2016 du réseau francilien onco 94 Ouest , Poster Afsos Paris 2017
3. Atlan Ph., Bernard C., et coll. Décloisonnement du parcours de soins en oncologie : les spécificités territoriales et l'expertise du DAC comme déterminants de son succès. Poster CNRC Paris Octobre 2023
4. Bernard C., Atlan Ph. et coll. DAC et coordination ville hôpital: un levier pour l'innovation et la recherche sur la prévention en cancérologie; exemple du programme clinique INTERCEPTION-GR. Poster CNRC Paris Octobre 2023
5. Atlan Ph., Bernard C., Bouissou D., Secleppe E. Et coll. Expanding scope and improving territorial organization of healthcare services could impact on cancer care coordination : a case study of DAC Santé 94 Ouest in France. Poster MASCC Lille Juin 2024
6. Richard S. Atlan Ph, Bernard C. et coll. Les DAC comme partenaires de l'innovation en santé : l'exemple du suivi des soins de support de l'après-cancer, dans le Val-de-Marne. Poster AFSOS Lille Octobre 2025 (en cours d'acceptation)
7. SFAP. Développement des soins palliatifs Et accompagnement de la fin de vie - Plan national 2021-2024
8. 6. D'Estaintot E. & Bellande V. Cahier des charges EMSPT ARS IDF DOS – Pôle Ville Hôpital – Octobre 2023

📄 Un questionnaire est disponible à la fin de cet article pour recueillir les besoins des médecins traitants en termes de coordination, de formation, et d'outils pour mieux accompagner les patients atteints de cancer.

Merci de répondre au questionnaire ci-dessous grâce au lien suivant :
<https://forms.office.com/e/FgxtkJ8CsH>

ENQUETE SUR LES BESOINS DES MEDECINS TRAITANTS POUR LEURS PATIENTS EN SITUATION ONCOLOGIQUE

Pendant le parcours de soins de vos patients en situation oncologique,

- ❖ **Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans la prise en charge au long cours ?**
- ❖ **Pouvez-vous identifier les étapes qui fonctionnent bien et celles qui devraient être renforcées ou reconsidérées ?**

Concernant une PEC collaborative avec les oncologues de vos patients en situation oncologique,

- ❖ **Quelles sont les thématiques d'une formation que vous souhaiteriez pour répondre à vos besoins ?**
- ❖ **Comment percevez-vous votre éventuelle participation à ce projet - en termes de disponibilité et d'expérience pratique ?**

Les réponses seront anonymement diffusées dans une prochaine newsletter