



ONCORIF

Réseau Régional de Cancérologie
Île-de-France

**Guide régional d'organisation et de
fonctionnement des centres de
coordination en cancérologie (3C)**

2018



Ce document a été élaboré en collaboration avec l'ARS Ile-de-France dans le cadre des missions attribuées au Réseau Régional de cancérologie*

*Évolution des missions des Réseaux régionaux de cancérologie, collection appui à la décision, INCa, novembre 2016.

COORDINATION ET RÉDACTION DU RAPPORT

Celia Crema, responsable qualité ONCORIF, Réseau Régional de Cancérologie d'Ile-de-France

CONTRIBUTION ET VALIDATION DU RAPPORT

Dr Danièle Legrand, médecin-référent thématique Cancérologie, Agence Régionale de Santé, Direction de l'Offre de Soins

Dr Jérôme Nicolet, Président ONCORIF, Réseau Régional de Cancérologie d'Ile-de-France, Président GOSPEL (Réseau territorial et 3C)

Sandra Lefèvre, Directrice ONCORIF, Réseau Régional de Cancérologie d'Ile-de-France

PERSONNES CONSULTÉES

Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)

- Hélène Kisler, Secrétaire Générale, Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP) d'Ile de France
- Anne Boulogne, Chargée de missions, Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP) d'Ile de France

Assistance publique – Hôpitaux de Paris (APHP)

- Dr Gilles Galula, Chef du service Cancer, Direction de l'Organisation Médicale et des relations avec les Universités (DOMU)

Fédération hospitalière de France (FHF)

- Benoit Fraslin, Directeur du Centre hospitalier Sud Seine et Marne

Centre de lutte contre le cancer (CLCC)

- Pr Michel Ducreux, Directeur des affaires médicales, Institut Gustave Roussy
- Dr Sandra Malak, Hématologue, Institut Curie
- Philippe Laforgue, Chargé de missions, Institut Gustave Roussy

Etablissements de santé privé à but non lucratif

- Dr Jean-Baptiste Meric, Directeur Médical, CH de Bligny



Table des matières

Guide régional d'organisation et de fonctionnement des centres de coordination en cancérologie (3C)	1
I/ Les missions du 3C	6
A/ La concertation pluridisciplinaire	6
B/ La qualité en cancérologie	7
C/ La production et le recueil d'information	7
D/ L'articulation régionale du 3C avec ONCORIF	8
E/ Le décloisonnement ville/hôpital	8
F/ Le dispositif d'annonce	9
G/ Programme Personnalisé de Soins (PPS)	9
H/ Programme Personnalisé d'Après-Cancer (PPAC)	10
I/ L'accès aux innovations et à la recherche clinique	11
II/ Formalisation et composition d'un 3C	12
A/ Le financement du 3C	12
B/ Le Comité de pilotage 3C (COFIL 3C)	12
C/ Cellule 3C	13



Préambule

Le 3C est une cellule qualité opérationnelle. Elle a pour mission **de proposer, de mettre en œuvre et de coordonner** les actions relatives à la qualité des prises en charge des patients atteints de cancer.

Pour ce faire, il a pour rôle premier d'assurer **l'accompagnement et l'appui** du/des établissements membres du 3C concernant les six conditions transversales de qualité précisées dans la circulaire **N°DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie et le Plan Cancer III** :

- ❖ La concertation pluridisciplinaire
- ❖ Le dispositif d'annonce
- ❖ Le respect des référentiels de bonne pratique
- ❖ La remise du Programme Personnalisé de Soins (PPS) et du Programme Personnalisé d'Après Cancer (PPAC)
- ❖ L'accès aux soins complémentaires et d'accompagnement des malades (soins de support)
- ❖ L'accès aux innovations et à la recherche clinique

Le 3C coordonne et accompagne ces actions mais il n'est pas réalisateur de soins et ne participe à aucune prise en charge directe de patients, y compris en ce qui concerne les soins de support.

Outre les conditions transversales de qualité, le 3C peut aussi accompagner les établissements en leur mettant à disposition les éléments nécessaires pour :

- ❖ Les visites de conformité et de contrôle concernant les autorisations d'activité de traitement du cancer
- ❖ Le suivi des seuils d'activité des établissements¹

¹ Arrêté du 29 mars 2007 fixant les seuils d'activité minimale annuelle applicable à l'activité de soins de traitement du cancer



Méthodologie

Cette charte vise à formaliser les règles qui régissent le fonctionnement du 3C. Ce document précise notamment les modalités organisationnelles et de fonctionnement du 3C ainsi que les missions qualité qui lui incombent en conformité avec les recommandations régionales et nationales.

Ce document a été élaboré sur la base d'un travail de construction et de concertation avec les parties prenantes du dispositif dans le cadre d'un comité de pilotage.

L'élaboration du référentiel s'est appuyé sur un dialogue avec les parties prenantes et a ainsi fait l'objet de plusieurs échanges au cours de réunions bilatérales associant ONCORIF, l'ARS Ile-de-France et des représentants des fédérations hospitalières au cours du premier semestre 2018.

Ce travail a permis d'aboutir à la rédaction d'un rapport transmis par l'ARS Ile-de-France à l'ensemble des fédérations hospitalières pour validation et labellisation du document.



I/ Les missions du 3C

Dans le cadre des missions qui lui sont allouées, le 3C doit s'assurer de :

- la mise en œuvre du suivi des 6 critères de qualité transversaux² cités en préambule
- La diffusion des outils régionaux et des informations transmises par ONCORIF à tous les professionnels concernés (recommandations/référentiels de bonnes pratiques, méthodologies, outils régionaux, guides, etc...)
- L'élaboration du programme annuel de ses actions
- Le remplissage des tableaux de bord de l'INCa et l'élaboration du rapport d'activité
- La communication sur les réalisations et activités du 3C auprès de toutes les personnes concernées

A/ La concertation pluridisciplinaire

Dans le cadre du dispositif d'autorisation des établissements de santé pour le traitement du cancer, la concertation pluridisciplinaire est une des conditions techniques de fonctionnement (décret n° 2007- 389 du 21 mars 2007). La RCP est un critère d'agrément que ce soit pour la pratique de la chimiothérapie, de la radiothérapie externe ou de la chirurgie des cancers.

Dans ce domaine, il relève de la responsabilité du 3C de :

- Organiser et veiller au bon fonctionnement des RCP, en lien avec les coordonnateurs/responsables de RCP, sur la base des critères qualité définis par la HAS et l'INCa, et des outils régionaux d'ONCORIF ;
- Répertoire les RCP et leurs coordonnateurs/responsables ; établir et actualiser l'annuaire et le calendrier local des RCP (types, dates et heures, lieux, coordonnateurs des RCP) : le 3C procède à la mise à jour des données RCP dans l'annuaire régional informatisé ;
- S'assurer de la saisie informatisée et de l'utilisation des modèles régionaux des fiches RCP dans l'attente de la mise en œuvre opérationnelle du DCC/DMP ;
- S'assurer de la transmission des fiches RCP aux différents médecins concernés par la prise en charge du patient en particulier son médecin traitant ;
- Mettre en œuvre l'évaluation des RCP et les actions d'amélioration qui en découlent décidées en Comité de pilotage 3C.

² Circulaire N°DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie et le Plan Cancer III



B/ La qualité en cancérologie

Le 3C participe aux évaluations nationales (ex. IPAQSS-RCP/HAS et INCa) et régionales. Il peut également mettre en place des actions d'évaluation propres aux établissements du 3C (ex. audits qualité).

Dans ce contexte, le 3C :

- Met à disposition des ES les référentiels de bonnes pratiques cliniques actualisés et autres outils permettant d'améliorer la qualité des prises en charge
- Informe et sensibilise les services des établissements de santé sur la qualité à mettre en œuvre en cancérologie en lien avec leurs référents qualité
- Soutient les équipes dans les étapes d'évaluation (ex. le 3C peut inciter les équipes soignantes à se saisir d'un sujet d'évaluation ; il leur met à disposition un support méthodologique/technique)
- Est partie prenante dans la démarche de certification des établissements de santé ;
- Participe à l'organisation de retour d'expériences entre les professionnels de santé des établissements sur la base des résultats des évaluations ; si nécessaire, il concourt à la définition d'actions correctives partagées
- Assure le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs (ex. pour les RCP, le dispositif d'annonce)
- Évalue la satisfaction patient en lien avec le RAQ³ interne
- Complète les tableaux de bord nationaux de l'INCa et régionaux d'ONCORIF

C/ La production et le recueil d'information

Le 3C collecte les données d'activités qu'il valorise par l'intermédiaire de trois documents :

I- Le Rapport d'activité annuel

Il est transmis à ONCORIF et comporte à minima :

- Un rappel de l'organisation et du fonctionnement du 3C
- Un bilan de l'activité du 3C (équipe opérationnelle et COPIL)
- Les résultats d'évaluations, les actions d'amélioration mises en place
- Un rappel de l'activité en cancérologie des établissements autorisés

Ce rapport doit être adressé à ONCORIF (à l'adresse mail suivante : contact@oncorif.fr) qui se charge de le transmettre à l'ARS Ile-de-France et à l'INCa.

³ Responsable Assurance Qualité



Parallèlement, les données d'activités transmises par le 3C seront publiées par le ONCORIF sur le site www.oncorif.fr

2- Le Tableau de bord annuel (TdB) 3C de l'INCa

- Il a pour objectif d'évaluer la mise en œuvre nationale du Plan Cancer

3- Le Tableau de bord trimestriel (TdB) DCC de l'INCa

- Il assure le suivi du déploiement de l'informatisation du Dossier Communiquant en Cancérologie (DCC)

D/ L'articulation régionale du 3C avec ONCORIF

ONCORIF joue un rôle d'orientation, d'animation et d'harmonisation des pratiques pour les 3C (ex. méthodes communes) en matière de promotion de la qualité.

Le 3C peut être sollicité par ONCORIF et/ou l'ARS pour des réunions de travail et autres manifestations notamment pour partager ses outils, expériences et résultats avec les autres 3C (ex. outils de pilotage, évaluations, rapports d'activité) ou dans le cadre du recueil des données transmises à l'INCa (cf. TDB 3C, TDB DCC).

E/ Le décroisement ville/hôpital

Le 3C a également pour mission de faciliter la continuité des parcours de soins à la sortie de l'hôpital :

- Il met à la disposition des équipes hospitalières les informations nécessaires concernant les acteurs de ville (ex : Liste des réseaux territoriaux, liste des associations de patients, ressources en soins de support, documents en lien avec la gestion des effets indésirables) et facilite les échanges. Il peut s'appuyer sur ONCORIF pour accéder à ces informations
- Il met son expertise et ses connaissances au service de projets locaux de coordination ville/hôpital

Attention : le 3C n'a pas vocation à se substituer au réseau territorial mais plutôt à le faire connaître auprès des équipes hospitalières.



F/ Le dispositif d'annonce

Dans le cadre du dispositif d'autorisation des établissements de santé pour le traitement du cancer, la réglementation précise (cf. Art. R. 6123-88, Code de la santé publique 2011) que l'organisation mise en place doit assurer à chaque patient des modalités d'annonce du diagnostic et de proposition thérapeutique conformes aux référentiels de prise en charge définis par l'Institut National du Cancer en application du 2° de l'article L. 1415-2.

Dans ce contexte, le 3C doit :

- Veiller à ce que le dispositif d'annonce ait fait l'objet d'une formalisation et d'une sensibilisation auprès des professionnels concernés
- S'assurer que le dispositif d'annonce comprend **à minima** un temps médical d'annonce (cf. consultation médicale dédiée à l'annonce du diagnostic), un temps d'accompagnement soignant (cf. consultation paramédicale réalisée par un infirmier ou un manipulateur en radiologie), et une évaluation des besoins en soins de support⁴
- Veiller à ce que les éléments médicaux discutés dans le cadre du dispositif d'annonce fassent l'objet d'une information et d'une transmission au médecin traitant
- S'assurer en cas de changement de thérapeutique que le patient bénéficie d'une nouvelle consultation d'annonce

G/ Programme Personnalisé de Soins (PPS)

Le Programme personnalisé de soins est l'une des mesures phares du Plan Cancer 2⁵⁶. Il repose sur un document destiné à être remis au malade qui formalise et synthétise la proposition de prise en charge thérapeutique faite au patient.

Ce document doit intégrer **à minima** :

I. Les informations relatives au malade et à l'établissement de santé de référence :

Nom, prénom du patient ; Nom de jeune fille ; Date et lieu de naissance ; N° d'identification ; Code postal de résidence ; Coordonnées de la personne de confiance et présence lors de la remise du programme de soins ; Date de la consultation d'annonce ; Date de remise du programme et coordonnées du médecin l'ayant remis au patient ; Coordonnées de l'établissement de santé et nom du 3C de rattachement

⁴ CIRCULAIRE N°DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie

⁶ Plan Cancer 2009-2013



2. Le volet soins :

Le volet soins repose principalement sur l'élaboration d'un calendrier prévisionnel de soins et de suivi comprenant le plan de traitement (durées prévisibles d'hospitalisation, date et lieux des différentes phases de traitement...), ainsi que les différents bilans prévus et leur fréquence.

3. Le volet social :

Ce volet fait suite à la réalisation d'une évaluation des besoins psycho-sociaux et reprend **à minima** les éléments significatifs associés au bilan réalisé (ex : coordonnées du professionnel ayant réalisé le bilan, conclusions du bilan, actions mises en œuvre

4. Les contacts utiles :

Cette partie du PPS pourra comporter les coordonnées des différents intervenants hospitaliers et de proximité, impliqués dans la prise en charge sanitaire et sociale du malade.

H/ Programme Personnalisé d'Après-Cancer (PPAC)

Elaboré en lien avec le médecin traitant, le PPAC prend le relais du programme personnalisé de soins (PPS) en fin de traitement pour acter l'entrée dans une nouvelle période de la prise en charge, celle de l'après cancer (ou de l'après traitement).

Ce document doit intégrer **à minima** :

1. Une information au patient sur la mise en place du suivi après traitement qui explique au patient son entrée dans la période de surveillance, la mise en place d'un suivi personnalisé et d'une surveillance médicale alternés en lien avec son médecin traitant, la possibilité de bénéficier d'un accompagnement social et psychologique adapté à ses besoins et à ceux de ses proches.

2. Un plan personnalisé de surveillance médicale qui comprend les éléments suivants :

- l'identification du patient et son âge au moment du diagnostic ;
- la synthèse des traitements reçus par le patient, les éventuelles complications associées, le cas échéant les traitements à poursuivre (hormonothérapie par exemple) ainsi que leurs éventuels effets indésirables ;
- un calendrier des différentes consultations et examens de surveillance prévus.

3. Un volet relatif à la qualité de vie et à l'accès aux soins de support qui précise les modalités de prise en charge du patient en soins de support selon ses besoins définis au préalable dans le cadre d'une évaluation.



4. Un volet relatif à l'accompagnement social qui précise le cas échéant la proposition d'accompagnement social faite au patient suite à l'évaluation sociale réalisée dans le cadre du suivi.

5. Un volet contacts qui comprend les contacts utiles pour le patient et les relais de proximité identifiés pour son suivi.

I/ L'accès aux innovations et à la recherche clinique

Le 3C a également pour mission de faciliter l'accès des patients à l'innovation thérapeutique c'est-à-dire à des essais cliniques, qu'ils soient menés dans l'établissement où ils sont soignés ou dans un autre centre. Dans cette perspective, le 3C doit assurer la diffusion de l'information concernant les essais cliniques opérationnels dans le territoire de santé.



II/ Formalisation et composition d'un 3C

A/ Le financement du 3C

1. Le règlement intérieur

Le 3C est régi par un règlement intérieur qui en précise les missions, l'organisation et les modalités de fonctionnement, notamment le **comité de pilotage (COFIL) et la cellule opérationnelle**.

Ce document est écrit, daté et validé par la(les) direction(s) d'(des) établissement(s) et la(les) commission(s) ou conférence(s) médicale(s) d'établissement(s). Il est **actualisé** pour mentionner les modifications constitutionnelles ou organisationnelles intervenues au sein du 3C.

Le financement des 3C est assuré par une enveloppe annuelle versée directement par l'Agence Régionale de Santé (ARS) aux établissements (cf. MIG).

Dans le cas d'un 3C mutualisé cette enveloppe peut être mise en commun et versée par les établissements sous forme de cotisation annuelle à la structure qui porte juridiquement et/ou administrativement le 3C.

2. La convention de partenariat

Dans le cas de 3C mutualisé entre plusieurs établissements autorisés au traitement du cancer, le règlement intérieur est complété par une convention de partenariat qui formalise les relations entre les établissements membres.

Elle précise à minima :

- Les engagements des établissements : participation au COFIL, audits et autres réunions du 3C ; mise à disposition des données nécessaires à l'exercice des missions 3C (dossiers médicaux, statistiques, etc.)
- Les moyens humains et matériels
- Les conditions budgétaires inter-établissements

B/ Le Comité de pilotage 3C (COFIL 3C)

C'est l'organe stratégique du 3C. Il définit :

- les orientations et objectifs annuels
- les moyens à mettre en place
- la stratégie de communication



Le COPIL se réunit régulièrement pour suivre des réalisations du 3C et les résultats (tableaux de bord, rapports d'activité, etc.). Cette instance se compose au minimum d'un référent médical et d'un représentant légal de l'établissement (pour chaque établissement lorsque le 3C est multi-établissements) mais d'autres professionnels sont susceptibles d'intégrer ce comité de pilotage.

La constitution du COPIL est validée par la (les) direction(s) de (des) l'établissement(s), et les présidents des commissions et conférences médicales (CME) d'établissements et précisés dans la convention régissant le 3C.

Le COPIL se réunit au minimum 3 fois par an et ses décisions sont tracées dans un compte rendu.

C/ Cellule 3C

Le 3C dispose d'une équipe opérationnelle adaptée à l'activité et au nombre d'établissements membres. La localisation de l'équipe opérationnelle est laissée au libre choix des établissements membres. Dans tous les cas, elle est **nécessairement mobile**.

Elle est constituée à minima :

a) D'un coordonnateur

Il a de préférence un profil de qualicien, d'attaché médico-administratif ou de recherche clinique. Il doit avoir une expérience et/ou une formation à la qualité, une connaissance des processus de soins, des capacités d'animation et de coordination.

b) D'un secrétariat

Le 3C peut être renforcé par un secrétariat qui est en étroite interaction avec les secrétaires de RCP.

Remarque : Le responsable qualité des établissements membres collabore étroitement avec le coordonnateur 3C en participant notamment aux actions d'évaluation.

En outre, le 3C coordonne l'amélioration des pratiques en cancérologie, il identifie et s'appuie sur **des personnes ressources** au sein des établissements, professionnels de santé médicaux et non médicaux impliqués en cancérologie : responsables qualité, coordonnateurs et secrétaires de RCP, IDE d'annonce, médecins DIM, et équipes des soins de support.

Ces personnes ressources sont le relais du suivi des processus qualité, de la participation aux évaluations, de retours d'expériences, de transmission de données.

Le 3C **doit pouvoir accéder aux RCP**, aux services des établissements prenant en charge des patients atteints de cancer et aux dossiers médicaux⁷ hospitaliers de ces patients.

⁷ Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel



Le 3C participe à toute démarche d'amélioration de la qualité (ex. certification, indicateurs nationaux de qualité) et pour ce faire, il interagit en cohérence au sein des établissements membres, notamment sur les projets qualité et de gestion des risques, avec les :

▪ **Directions et Présidences**

Le 3C présente son programme annuel et rend compte des résultats (ex. tableau de bord, rapport d'activité) aux :

- Directions des établissements,
- Présidents de commissions médicales d'établissements (CME) et Directions du Service de Soins Infirmiers

▪ **Responsables qualité et de la gestion des risques**

Le 3C participe à la politique qualité (ex. Recueil d'indicateurs, Revues de Morbidité-Mortalité (RMM), enquêtes de satisfaction, audits, etc.) concernant le volet de la cancérologie, en interface avec le responsable qualité des établissements. Ce dernier est également destinataire du programme annuel des actions du 3C et des rapports d'évaluation.

Conclusion

Le 3C est une cellule qualité opérationnelle adossée à un COPIL qui :

- S'adresse aux établissements de santé autorisés au traitement du cancer
- Est transversale : elle interagit en interne (au sein de l'établissement autorisé ou entre les établissements autorisés quand le 3C est mutualisé) et en externe (ONCORIF, INCa, ARS, HAS)
- Est clairement identifiée au sein des services des établissements membres, son fonctionnement est formalisé dans un RI et dans une convention de partenariat quand le 3C est mutualisé entre plusieurs ES
- Présente ses résultats d'évaluation aux professionnels de santé concernés en particulier en RCP
- Dispose d'une équipe dédiée qui s'appuie sur un COPIL

