

AVRIL 2024

RECOMMANDATIONS ET RÉFÉRENTIELS

CENTRES DE COORDINATION EN CANCÉROLOGIE / ORGANISATION ET MISSIONS

L'Institut national du cancer (INCa) est l'agence sanitaire et scientifique en cancérologie chargée de coordonner les actions de lutte contre les cancers en France.

Le présent document constitue un référentiel de bonnes pratiques et de prise en charge en cancérologie pris en application du 2° de l'article L.1415-2 du code de la santé publique et a reçu l'avis favorable de la commission des expertises de l'Institut national du cancer le 11 mars 2024.

Cette expertise sanitaire a été adoptée par décision du Président de l'Institut N° 2024-8 en date du 08/04/2024, publiée au Registre des actes administratifs de l'Institut¹.

¹ <https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Registre-d-actes>

Ce document doit être cité comme suit : © Centres de coordination en cancérologie, collection « Recommandations et référentiels », Institut national du cancer, avril 2024.

Ce document est publié par l'Institut national du cancer qui en détient les droits. Les informations figurant dans ce document peuvent être réutilisées dès lors que 1) leur réutilisation entre dans le champ d'application de la loi N°78-753 du 17 juillet 1978, 2) ces informations ne sont pas altérées et leur sens dénaturé et 3) leur source et la date de leur dernière mise à jour sont mentionnées.

Ce document est téléchargeable sur **e-cancer.fr**

SOMMAIRE

GROUPE DE TRAVAIL ET COORDINATION	5
MÉTHODE	6
GLOSSAIRE.....	8
INTRODUCTION	9
 1. DÉFINITION ET PRINCIPES ORGANISATIONNELS DES 3C	 11
1.1. LA DÉFINITION D'UN CENTRE DE COORDINATION EN CANCÉROLOGIE (3C)	11
1.2. LES ÉTABLISSEMENTS MEMBRES OBLIGATOIRES D'UN 3C ET LEUR IDENTIFICATION.....	11
1.2.1. Les acteurs concernés par les 3C	11
1.2.2. La formalisation et l'identification des 3C	12
1.3. L'ORGANISATION TERRITORIALE DES 3C	12
 2. LES MISSIONS DES 3C.....	 14
2.1. ACCOMPAGNER LE DÉPLOIEMENT ET LA MISE EN ŒUVRE DES DISPOSITIFS TRANSVERSAUX QUALITÉ EN CANCÉROLOGIE AU SEIN DES SERVICES DES ÉTABLISSEMENTS MEMBRES DU 3C.....	14
2.1.1. Les 3 démarches ayant trait au parcours de soins du patient	15
2.1.2. Les 3 démarches ayant trait à la qualité du projet thérapeutique	17
2.1.3. Les 4 démarches ayant trait aux soins oncologiques de support	20
2.1.4. Les 4 démarches ayant trait à la garantie de qualité et de sécurité des soins.....	22
2.2. ÉVALUER EN ACCOMPAGNANT LES PROFESSIONNELS DES ÉTABLISSEMENTS MEMBRES DU 3C DANS LA MISE EN ŒUVRE DES MÉTHODES D'AUTOÉVALUATION ET D'ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES (EPP) EN LIEN AVEC LES DISPOSITIFS TRANSVERSAUX DE QUALITÉ DES PARCOURS EN CANCÉROLOGIE.....	24
2.2.1. L'utilisation du dossier communicant de cancérologie (DCC).....	24
2.2.2. La démarche d'autoévaluation des pratiques.....	24
2.2.3. La mise en place de registres de pratiques	24
2.3. ANIMER, CONTRIBUER À L'ANIMATION AU SEIN DES ÉTABLISSEMENTS ET DU TERRITOIRE AUTOUR DU PARCOURS DE SOINS EN CANCÉROLOGIE	25
2.3.1. La mise à disposition de la documentation applicable aux parcours de soins.....	25
2.3.2. L'animation territoriale générale du 3C.....	25
2.3.3. L'animation territoriale ville-hôpital	25
 3. LES MODALITÉS PRATIQUES DE FONCTIONNEMENT DES 3C.....	 26
3.1. L'ORGANISATION DE LA GOUVERNANCE DES 3C	26
3.1.1. La convention du 3C.....	26
3.1.2. L'articulation avec les « dispositifs qualité » des établissements de santé	27
3.1.3. L'animation interne des 3C	27
3.2. LA COMPOSITION DE L'ÉQUIPE OPÉRATIONNELLE DU 3C	28
3.3. LE FINANCEMENT DES 3C	29
3.4. ARTICULATION DES 3C AVEC LES AUTRES DISPOSITIFS.....	29
3.4.1. Articulation entre le 3C et l'Institut national du cancer.....	30
3.4.2. Articulation entre le 3C et le DSRC	30
3.4.3. Articulation entre le 3C et l'OIR	31
3.4.4. Articulation entre le 3C et l'UCOG	32
3.5. REMONTÉE D'INFORMATION SUR L'ACTIVITÉ DES 3C	32

ANNEXE 1 : LES 3C AYANT PARTICIPÉ À LA RELECTURE	33
ANNEXE 2 : SYNTHÈSE DE L'ÉVOLUTION DES MISSIONS AU REGARD DE LA CIRCULAIRE DE 2005	36
ANNEXE 3 : SYNTHÈSE DES MISSIONS DES 3C	38
BIBLIOGRAPHIE	42

GROUPE DE TRAVAIL ET COORDINATION

COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

LIN Jingyuan (coordinatrice), cheffe de projets, département Organisation et Parcours de soins, Institut national du cancer

PUTTON Maxime, responsable du département Organisation et Parcours de soins, Institut national du cancer (en poste jusqu'en mai 2023)

MERIC Jean-Baptiste, directeur du Pôle Santé publique et Soins, Institut national du cancer (en poste jusqu'en mars 2023)

VALDES Lydia, cheffe de projets, département Organisation et Parcours de soins, Institut national du cancer

BERNAT-HOUAS Émilie, responsable de projets, département Organisation et Parcours de soins, Institut national du cancer (en poste jusqu'en décembre 2021)

DUVIARD Anne, responsable du département Organisation et Parcours de soins, Institut national du cancer

LINASSIER Claude, directeur du Pôle Prévention, organisation et parcours de soins, Institut national du cancer

RELECTEURS

Ce référentiel a fait l'objet d'une relecture nationale auprès de 616 destinataires à l'aide de l'outil du sondage en ligne « Sphinx ». Les relecteurs effectifs (ayant fait une restitution écrite à l'INCa) se répartissaient en plusieurs groupes :

- **Agences régionales de santé (ARS)** : Auvergne-Rhône-Alpes, Grand Est, Île-de-France, Occitanie, La Réunion, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Hauts-de-France, Pays de la Loire, Martinique ;
- **Fédérations hospitalières** : Fédération de l'hospitalisation privée (FHP), Fédération hospitalière de France (FHF), Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP), Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (Unicancer), Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (Fnehad) ;
- **Dispositifs spécifiques régionaux des cancers (DSRC)** : Onco Occitanie, Onco Pays de la Loire, Onco Paca-Corse, Oncorif ;
- **Centres de coordination en cancérologie (3C)** (cf. liste en annexe)

MÉTHODE

À la suite de la réunion de la commission des expertises du 16 novembre 2021, l'Institut national du cancer a mis en place une équipe projet au sein du département Organisation et parcours de soins, chargée de produire le présent référentiel, sur la base des travaux préparatoires débutés en 2018. Les éléments nécessaires à l'élaboration du référentiel ont été collectés par l'INCa de deux manières :

1. La réalisation d'une étude nationale portant sur l'analyse et le fonctionnement des 3C en 2019-2020. Réalisés par un prestataire extérieur (PwC-EFECT), les travaux ont été conduits en trois phases :
 - diffusion d'un questionnaire auprès de l'ensemble des 3C et des DSRC ;
 - conduite d'entretiens auprès d'un échantillon d'acteurs ;
 - visites sur sites.

Cette étude a permis d'analyser les éléments suivants :

- la caractérisation des différents types d'organisation des 3C ;
- la mise en œuvre de leurs missions au regard de la circulaire de 2005 ;
- le financement et les circuits d'allocation des moyens ;
- la coordination régionale par les ARS et les DSRC en liaison avec les 3C.

Sur cette base d'analyse, l'étude comprenait également un certain nombre de préconisations en vue d'améliorer l'organisation des 3C. L'INCa a pu s'appuyer sur ces préconisations pour enrichir le référentiel.

Les constats issus de l'étude ont permis d'élaborer la note de cadrage et de justifier la mise en place de l'équipe projet dédiée à l'élaboration du référentiel. Les éléments de préconisation ont permis d'enrichir le contenu du référentiel.

2. Des consultations générales ont été conduites auprès des parties intéressées pertinentes (Agences régionales de santé, Dispositifs spécifiques régionaux de cancer et Centres de coordination en cancérologie) entre la fin de l'année 2021 et le début de l'année 2022. Ces consultations ont permis aux acteurs concernés d'exprimer librement leurs attentes, leurs expériences et les points de vigilance sur le sujet.

Ces consultations générales ont été complétées par un questionnaire reprenant les points centraux des échanges avec les ARS et DSRC : ce questionnaire a permis aux parties intéressées pertinentes d'enrichir les éléments exprimés en réunion collective.

En ce qui concerne les réseaux 3C, compte tenu du nombre important des structures (environ 240), l'Institut national du cancer a procédé à la sélection d'un certain nombre de 3C, selon les règles suivantes :

- au moins 3 structures pluriétablissements par région ;
- des 3C comprenant des établissements de statuts juridiques différents (public, privé lucratif et privé non lucratif).

Sur la base de ces règles de sélection, 25 structures 3C ont répondu favorablement aux consultations générales. Ces 25 structures étaient représentatives des statuts juridiques au sein de 11 régions différentes.

La consolidation des retours a été réalisée et les éléments collectés ont été pris en compte à l'appui de la rédaction du référentiel :

- s'agissant des réunions avec les ARS et les DSRC, les comptes rendus de réunion ont été établis, reprenant l'intégralité des sujets de discussion avec les participants. Les éléments principaux ont fait l'objet d'une attention particulière en vue de la rédaction du référentiel (notamment les éléments relatifs à l'articulation entre DSRC et 3C) ;
- s'agissant des consultations auprès des 3C, un tableau de consolidation a été construit, permettant de formaliser la synthèse de l'ensemble des réponses. Cette synthèse ainsi que les comptes rendus de réunions ont fait l'objet d'un croisement par l'équipe projet. L'objectif était d'identifier les points de convergence exprimés par l'ensemble des parties intéressées consultées. Au moment de la rédaction du référentiel, tous ces éléments ont été classés et répartis dans les différentes parties du référentiel.

Les travaux rédactionnels du présent référentiel ont été achevés en juin 2022.

Une relecture du projet de référentiel a été organisée auprès des ARS, DSRC, des fédérations hospitalières, ainsi qu'auprès de l'ensemble des 3C sur le territoire français. Elle s'est tenue entre le 24 juin et le 31 juillet 2022. Cette relecture visait à recueillir les avis et remarques, portant aussi bien sur les éléments de fond que sur la forme du référentiel.

En termes de diffusion et communication, ce référentiel sera publié sur le site de l'Institut national du cancer (e-cancer.fr), et sera diffusé à l'ensemble des acteurs concernés : 3C, établissements autorisés au traitement de cancer, établissements associés, ARS, DSRC, associations des patients et fédérations hospitalières.

GLOSSAIRE

3C : Centre de coordination en cancérologie
AJA : Adolescents et jeunes adultes
AQTC : Actions de qualité transversale des pratiques de soins en cancérologie
ARS : Agence régionale de santé
CME : Commission médicale d'établissement
COPIL : Comité de pilotage
CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé
DA : Dispositif d'annonce
DAC : Dispositif d'appui à la coordination
DCC : Dossier communicant de cancérologie
DGOS : Direction générale de l'offre de soins
DMP : Dossier médical personnel
DSRC : Dispositif spécifique régional du cancer
ES : Établissement de santé
EA : Établissement associé
EC : Essai clinique
HAS : Haute Autorité de santé
IDE : Infirmière diplômée d'État
IDEC : Infirmière diplômée d'État de coordination
INCa : Institut national du cancer
MIG : Mission d'intérêt général
OIR : Organisation hospitalière interrégionale de recours en oncologie pédiatrique
PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information
PPAC : Programme personnalisé de l'après-cancer
PPS : Programme personnalisé de soins
RCP : Réunion de concertation pluridisciplinaire
RCP – PI : Réunion de concertation pluridisciplinaire pédiatrique interrégionale
RGPD : Règlement général sur la protection des données
RRC : Réseau régional de cancérologie
TMSC : Traitement médicamenteux systémique des cancers
UCOG : Unités de coordination en oncogériatrie

Précision de lecture : les références au Code de la santé publique utilisées dans ce référentiel proviennent de la version en vigueur au 1er juin 2023, conformément aux décrets n°2022-693 du 26 avril 2022 et n°2022-689 du même jour et prévoyant une entrée en vigueur différée dans le temps de la réforme des autorisations d'activité de soins.

INTRODUCTION

Dès 2003, la lutte contre les cancers s'est structurée autour de plans nationaux, visant à mobiliser les acteurs de la santé publique autour de la prévention, du dépistage, des soins, de la recherche et de l'accompagnement du patient et de ses proches, afin de définir une stratégie globale de lutte contre les cancers.

Créés par le 1^{er} Plan cancer 2003-2007, les Centres de coordination en cancérologie (3C) ont été mis en place à l'échelon de l'établissement, en même temps que les Réseaux régionaux de cancérologie (RRC)¹. Ces dispositifs locaux ont structuré les relations entre les acteurs impliqués, permis une acculturation à la démarche qualité en cancérologie, au-delà des critères transversaux de qualité rendus obligatoires par l'introduction des régimes d'autorisation d'exercer l'activité de soins de traitement du cancer en 2007-2008.

Deux évènements majeurs sont venus bousculer cette organisation mise en place en 2008 :

1. la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 renouvelle cet élan qui porte l'ensemble des soignants et engage les autorités politiques à réduire toujours plus l'incidence des cancers dans notre société. Sa mise en œuvre appelle une révision et une évolution des missions et des organisations de coordination des parcours de soins des personnes atteintes de cancer et de leur entourage ;
2. la réforme des autorisations sanitaires, publiée au Journal officiel du 27 avril 2022, a opéré un vaste mouvement de renforcement des dispositions dites « transversales qualité en cancérologie ». Ce mouvement devrait aboutir, à compter de 2023-2024, à un renforcement des exigences de qualité attendues de l'ensemble des établissements autorisés à la cancérologie, et de tous ceux y concourant (les établissements associés à la chimiothérapie par exemple).

Ainsi, après que les RRC aient évolué en Dispositifs spécifiques régionaux du cancer (DSRC)², les 3C, les Organisations hospitalières interrégionales de recours en oncologie pédiatrique (OIR) et les Unités de coordination en oncogériatrie (UCOG) doivent évoluer à leur tour, afin d'optimiser leur contribution à la lutte contre les cancers. Le maillage territorial des différentes organisations pourra, lui aussi, évoluer, à la faveur des travaux menés par les Agences régionales de santé (ARS) et en lien avec les évolutions des financements dévolus aux activités de cancérologie.

Les « 3C » n'avaient pas vu leur encadrement évoluer depuis 2005.

Il n'en reste pas moins que les dynamiques en présence et les changements des pratiques ont conduit les 3C à adapter leurs missions. Ces évolutions, intervenues en dehors de tout cadre fixé, ont conduit au développement de modalités d'organisation hétérogènes, aussi bien à l'échelle des régions qu'à celle des établissements, et aussi bien s'agissant des compétences que des niveaux d'autonomie et des moyens alloués au 3C pour mener leurs missions.

¹ Circulaire n° DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie.

² Décret n° 2021-1797 du 23 décembre 2021 relatif à la mise en cohérence des dispositions relatives aux dispositifs d'appui à la coordination et aux dispositifs spécifiques régionaux.

Acteurs centraux de la coordination en soins oncologiques, dédiés aux travaux d'évaluation et de suivi de la qualité, les 3C ont et auront un rôle majeur à jouer dans les prochaines années afin d'installer, plus encore qu'actuellement, une culture de qualité et d'amélioration continue au cœur des équipes soignantes, des établissements et des écosystèmes d'acteurs en cancérologie. Ils devront le faire en lien avec les DSRC et les ARS, garants de la cohérence régionale de l'action en cancérologie.

L'Institut national du cancer a souhaité faire évoluer les missions des 3C afin de les positionner clairement comme des « cellules qualité » dédiées à la cancérologie.

L'INCa a également souhaité faire de ce référentiel un outil pratique et directement utilisable par les acteurs concernés, les 3C, mais aussi les DSRC et les ARS.

Après avoir rappelé la définition des 3C, le référentiel précise les missions qui leur sont assignées et les modalités pratiques de leur organisation et de leur fonctionnement quotidien.

Les objectifs de la stratégie décennale dessinent la situation à atteindre d'ici à 2030. Les avancées réalisées aussi bien s'agissant des moyens diagnostiques que thérapeutiques doivent bénéficier à tous. Cet objectif fonde la démarche qualité, que les établissements autorisés au traitement du cancer devront porter. Le renouvellement de l'organisation et des missions dévolues aux 3C les conforte dans leur rôle d'acteurs incontournables, disposant d'une vision globale des filières de soins et des éléments structurants pour atteindre ces objectifs.

1. DÉFINITION ET PRINCIPES ORGANISATIONNELS DES 3C

1.1. La définition d'un centre de coordination en cancérologie (3C)

Le Centre de coordination en cancérologie (3C) est une organisation interétablissements, dont le cadre général est fixé par le présent référentiel défini par l'Institut national du cancer.

Il a pour mission d'améliorer la coordination des professionnels en cancérologie et d'appuyer la démarche qualité dans l'organisation des parcours des patients atteints de cancer. Cette organisation repose le plus souvent sur un regroupement d'établissements de santé, incluant au moins les établissements titulaires des autorisations au traitement du cancer sur un territoire donné (cf. Point 1.2.1) et réunis par une convention.

Les établissements choisissent de se coordonner entre eux pour mettre en place un 3C qui est une cellule qualité intégrée aux bénéfices des établissements membres. Il les accompagne dans l'élaboration des procédures d'évaluation, d'indicateurs et des processus d'amélioration des pratiques, garantissant ainsi l'atteinte des objectifs imposés par la réglementation et le maintien d'un haut niveau de sécurité et de qualité des soins attendu en cancérologie. Il contribue, à l'échelon de l'établissement, au déploiement de la stratégie de lutte contre les cancers.

CE QUE LE 3C N'EST PAS

Un centre de coordination en cancérologie n'est pas un offreur de soins et n'intervient pas directement dans les soins prodigués aux patients.

Il n'intervient pas non plus pour promouvoir la recherche clinique.

Lorsqu'une seule personne morale (GCS, association, etc.) mène plusieurs missions, dont celles relevant du 3C (cf. Point 3.1.1), ces dernières sont clairement identifiées et font l'objet d'une organisation dédiée au sein de la structure ayant la qualité de personne morale.

1.2. Les établissements membres obligatoires d'un 3C et leur identification

1.2.1. Les acteurs concernés par les 3C

Tous les établissements suivants doivent être membres d'un centre de coordination en cancérologie :

- établissements autorisés à une ou plusieurs modalités de traitement du cancer³, c'est-à-dire :
 - à la modalité « chirurgie oncologique »,
 - à la modalité « radiothérapie externe, curiethérapie »,
 - à la modalité « traitements médicamenteux systémiques du cancer » ;
- établissements autorisés avec mention « B »⁴ de médecine nucléaire⁵, ces établissements sont habilités à réaliser des actes thérapeutiques pour les pathologies cancéreuses ;

³ Établissement autorisé au 18° de l'article R. 6122-25 du Code de la santé publique.

⁴ Article R. 6123-135 du Code de la santé publique.

⁵ Établissement autorisé au 6° de l'article R. 6122-25 du Code de la santé publique.

- établissements pratiquant la radiologie interventionnelle oncologique ;
- cabinets libéraux autorisés à la modalité radiothérapie, soit en propre ou via l'établissement de santé avec lequel ils ont conventionné au titre de l'article R.6123-93-1 du code de la santé publique.

Cas particulier des établissements dits « associés » pour les suites de traitement des patients sous Traitements médicamenteux systémiques du cancer (TMSC)⁶

Les établissements associés pour les suites de traitement des patients sous TMSC ne sont pas concernés par le présent référentiel.

Pour autant, s'ils le souhaitent, ils peuvent être membres d'un 3C et les actions du 3C peuvent les concerner. C'est pourquoi les établissements associés pour les suites de traitement des patients sous TMSC sont incités à développer des liens et à se coordonner avec les 3C situés à proximité, afin de garantir la qualité des soins donnés aux patients.

1.2.2. La formalisation et l'identification des 3C

L'identification, l'étendue géographique et la formalisation d'un 3C font l'objet d'une convention signée entre tous les établissements membres du 3C (cf. Point partie 3). En ce qui concerne l'identification des 3C au niveau régional, les ARS peuvent demander l'inscription dans le CPOM de la participation d'un établissement à un 3C, en fonction de l'organisation propre de chaque région. L'Institut national du cancer est informé annuellement de ces identifications, en lien avec les ARS à l'occasion de la remontée des indicateurs d'activités des 3C pilotée par l'INCa.

1.3. L'organisation territoriale des 3C

La coordination des actions en matière de cancérologie requiert l'association de toute la filière de soins, impliquant bien souvent plusieurs établissements et professionnels de santé.

Ainsi, les centres de coordination en cancérologie ont vocation à s'inscrire dans une dynamique de territoire. Tout 3C devrait couvrir un nombre d'établissements membres lui permettant de coordonner et d'évaluer de manière cohérente les filières de soins en cancérologie.

En ce sens, **un 3C devrait se construire en incluant, autant que faire se peut, l'ensemble des établissements de son territoire**, indépendamment de leur statut juridique. Chaque 3C constitué doit être composé de manière cohérente en matière de parcours de soins des patients. Chaque 3C doit ainsi intégrer dans sa composition l'ensemble des modalités des traitements autorisés dans les établissements de santé (chirurgie, TMSC, radiothérapie).

Chaque établissement de santé autorisé au traitement du cancer **ne peut être membre que d'un seul 3C à la fois.**

⁶ Article R. 6123-90-1 du Code de la santé publique.

Le cas des 3C « mono établissement »

Le principe des 3C étant de disposer d'une vision cohérente des parcours de soins et du suivi des dispositifs transversaux qualité des établissements membres, les 3C dits « mono établissement » sont incités à se regrouper avec d'autres 3C de leur territoire.

Le cas des 3C « mono statuts »

On a pu observer des 3C regroupant des établissements par statuts juridiques ou entités juridiques sans articulation avec d'autres structures territoriales proches. Si une telle organisation peut se révéler pratique pour certains acteurs, elle n'apparaît pas optimale en termes de coordination des parcours de soins. En effet, la coordination des parcours devrait garantir la recherche du meilleur soin, dans une logique de proximité, et dans le respect de la liberté de choix des patients.

Ainsi, l'organisation d'un 3C dans un territoire doit, avant tout, servir une logique de cohérence du parcours du patient suivant sa typologie. Une vigilance particulière doit donc être appliquée aux 3C dont l'organisation ferait primer les relations entre établissements sur la logique de coordination des parcours, tant en ce qui concerne l'accès à l'expertise que le respect de la proximité d'action.

2. LES MISSIONS DES 3C

L'organisation de la cancérologie repose sur de nombreux services et une importante coordination entre différents acteurs capables de délivrer des soins optimaux et individualisés au patient. Dans ce contexte, il est primordial d'accompagner les établissements et les professionnels de santé pour atteindre les objectifs des dispositifs transversaux de qualité fixés par la réglementation. Cet accompagnement a pour objectif de maintenir un haut niveau de service rendu au patient.

Premier échelon de la coordination de la qualité des prises en charge et des organisations du système français de cancérologie, les 3C ont vocation à accomplir 3 missions :

- **accompagner le déploiement et la mise en œuvre des dispositifs transversaux qualité en cancérologie au sein des services des établissements membres du 3C ;**
- **évaluer, en accompagnant les professionnels des établissements membres du 3C dans la mise en œuvre des méthodes d'autoévaluation et d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) en lien avec les dispositifs transversaux de qualité des parcours en cancérologie ;**
- **animer : contribuer à l'animation au sein des établissements et du territoire autour du parcours de soins en cancérologie.**

En complément des éléments détaillés ci-dessous, une fiche synthétique des missions et des actions est disponible en annexe n°3.

Les missions « socles » et « complémentaires »

Les missions décrites dans le présent référentiel organisationnel constituent un « socle » de compétences minimum, auquel doivent nécessairement répondre tous les 3C.

D'autres missions complémentaires peuvent être menées par le 3C, en fonction des besoins identifiés et de ses moyens. En aucun cas, une mission « complémentaire » ne saurait altérer la nécessité de mener les missions dites « socles » mentionnées dans la présente partie 2.

2.1. Accompagner le déploiement et la mise en œuvre des dispositifs transversaux qualité en cancérologie au sein des services des établissements membres du 3C

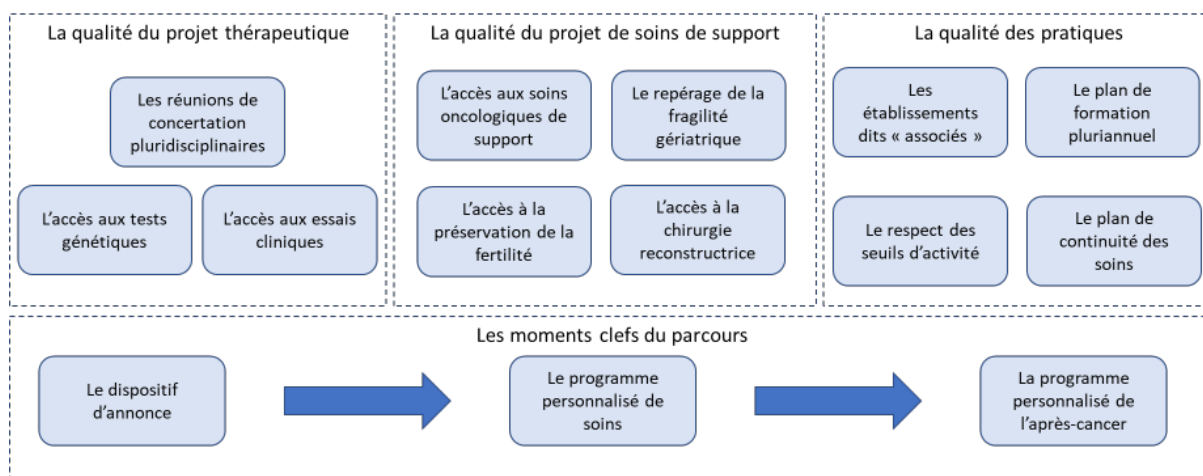
Les dispositifs transversaux qualité en cancérologie sont décrits à la sous-section 2 du titre II du livre I^{er} de la sixième partie du Code de la santé publique, relative aux critères d'implantation des activités de soins de traitement du cancer⁷.

Ils constituent un « socle » de dispositifs qualité, que doit mettre en place l'établissement autorisé à pratiquer des actes thérapeutiques des cancers. Pour assurer le suivi du déploiement de ces dispositifs, les 3C doivent accompagner les directions d'établissements membres et les équipes soignantes dans la définition et l'évaluation de leur stratégie « qualité ». Pour ce faire, un état des lieux et des besoins doit

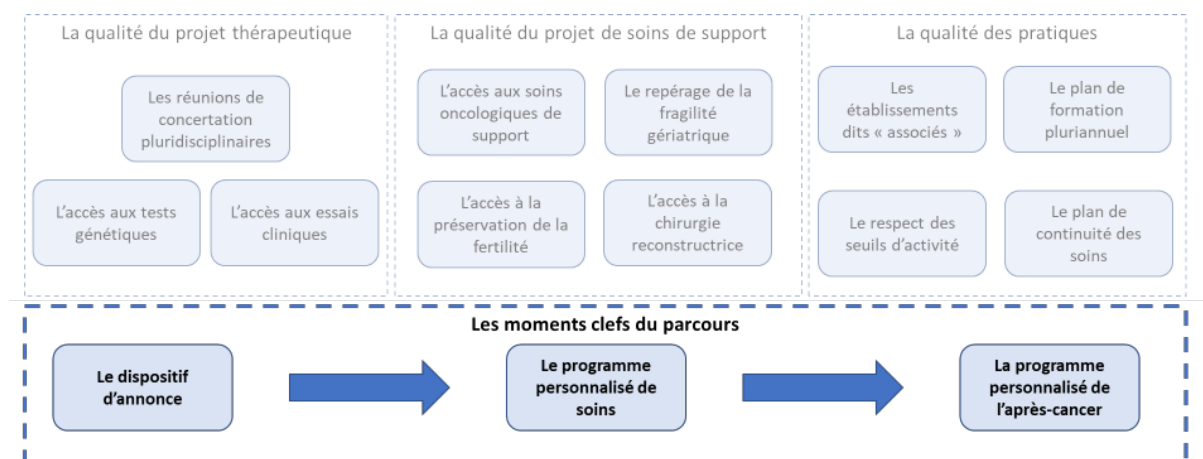
⁷ Articles R. 6123-86 et suivants du Code de la santé publique.

être clairement établi entre le 3C et chaque établissement membre, afin de dresser un bilan d'actions à mettre en place, en adéquation avec l'organisation interne de l'établissement.

On compte actuellement 14 dispositifs transversaux qualité dans la réglementation.



2.1.1. Les 3 démarches ayant trait au parcours de soins du patient



2.1.1.1. L'accompagnement de la mise en œuvre et le suivi du dispositif d'annonce (DA)

Base légale de l'obligation de l'établissement autorisé au traitement du cancer : Articles R. 6123-91-1 et R. 6123-91-5 du Code de la santé publique.

Le dispositif d'annonce est, depuis 2007, un des critères qualité incontournable du parcours des patients atteints de cancer.

Le rôle du 3C en matière de DA est de :

- accompagner les établissements autorisés dans la mise en œuvre dans leur service de dispositif d'annonce du cancer auprès des patients. Le 3C s'appuie sur les recommandations à jour de l'INCa⁸, et évalue le dispositif mis en place dans chacun des établissements membres, au regard de leur organisation respective ;

⁸ <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Evolution-du-dispositif-d-annonce-d-un-cancer>

- s'assurer de l'évaluation régulière de l'effectivité de ce dispositif et d'accompagner les établissements membres dans son amélioration ;
- contribuer, en collaboration avec le DSRC, à l'organisation de formations dédiées à l'annonce à destination des personnels médicaux et non médicaux (diffusion de l'information ; au recrutement des professionnels à former ; à participer à l'évaluation des formations ; etc.) ;
- s'assurer de la diffusion des informations relatives aux bonnes pratiques selon l'évolution des recommandations de l'Institut national du cancer.

2.1.1.2. Le suivi et l'évaluation du programme personnalisé de soins (PPS)

Base légale de l'obligation de l'établissement autorisé au traitement du cancer : article R. 6123-91-1 du Code de la santé publique.

Le 3C propose et évalue le déploiement d'un programme personnalisé de soins (PPS) au sein des établissements membres en se basant, le cas échéant, sur des modèles disponibles (modèle régional ou national⁹, par exemple). Il accompagne les établissements dans l'homogénéisation du PPS.

Ainsi, le rôle du 3C en matière de suivi du PPS est de :

- promouvoir un modèle homogène (lorsqu'un tel modèle existe au niveau régional ou national ou a déjà été développé par l'un des ES) devant être utilisé par les équipes soignantes membres du 3C ;
- accompagner les équipes soignantes dans la mise en œuvre du dispositif PPS ;
- définir avec les professionnels de l'établissement les conditions et modalités selon lesquelles les soignants utilisent le PPS et se le communiquent entre eux, ainsi que les conditions dans lesquelles il est remis au patient ;
- vérifier que le recours au PPS est systématique et qu'il est mis à jour à chaque changement significatif de traitement. Le 3C devra communiquer régulièrement sur l'utilité du PPS auprès des équipes soignantes, etc.

Le 3C doit s'appuyer sur les recommandations de l'INCa, et s'assurer de la mise à jour des pratiques en cas d'évolution des référentiels¹⁰.

2.1.1.3. Le suivi et l'évaluation du programme personnalisé après-cancer (PPAC)

Le 3C propose et évalue le déploiement d'un PPAC auprès de ses établissements membres en se basant, le cas échéant, sur des modèles disponibles (modèle régional ou national¹¹, par exemple). Il accompagne les établissements dans l'homogénéisation du PPAC afin de faciliter les échanges entre les différents professionnels de santé (intra-hospitaliers et extra-hospitaliers) et de partager les informations via un support commun.

⁹ <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Parcours-de-soins-des-patients/Parcours-personnalise-du-patient-pendant-et-apres-le-cancer/Les-outils>

¹⁰ *Ibid.*

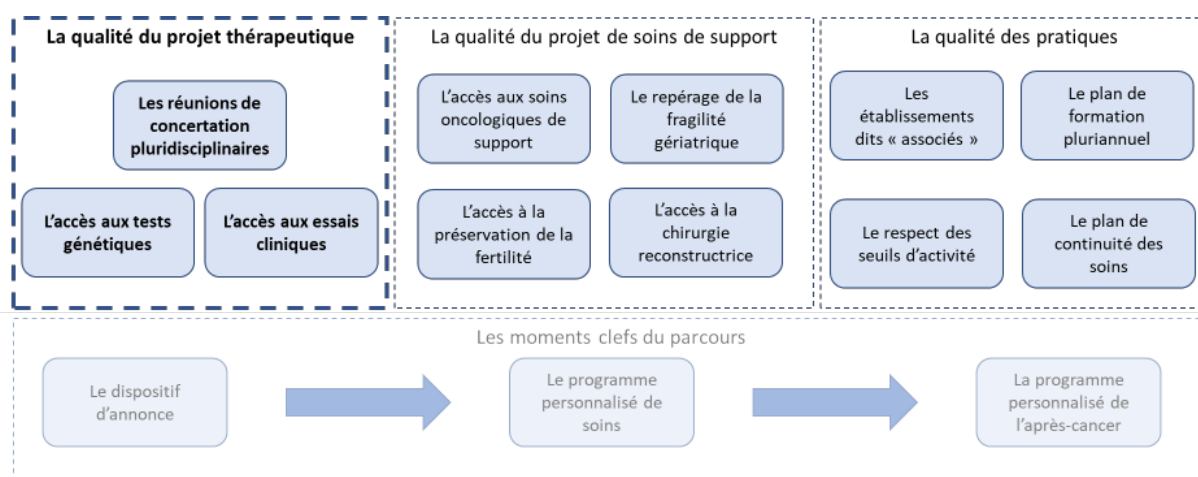
¹¹ *Ibid.*

Ainsi, le rôle du 3C en matière de suivi du PPAC est de :

- promouvoir un modèle homogène (lorsque cela existe au niveau régional ou national) à utiliser dans les équipes soignantes membres du 3C ;
- accompagner les établissements autorisés à la mise en œuvre du dispositif PPAC ;
- définir avec les professionnels de l'établissement les modalités de l'utilisation par les soignants, de la remise du PPAC au patient ainsi que les modalités de communication entre les professionnels concernés ;
- évaluer l'utilisation du PPAC, communiquer régulièrement sur son utilité auprès des équipes soignantes ; susciter des évaluations qualitatives du programme pour faire évoluer les modalités de rédaction par les équipes, etc.

Le 3C doit s'appuyer sur les recommandations de l'Institut national du cancer et s'assurer de la mise à jour des pratiques en cas d'évolution des recommandations¹².

2.1.2. Les 3 démarches ayant trait à la qualité du projet thérapeutique



2.1.2.1. Accompagnement et suivi des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP)

Base légale de l'obligation de l'établissement autorisé au traitement du cancer : Articles R. 6123-91-1 et R. 6123-91-2 du Code de la santé publique.

Les RCP sont organisées par les établissements autorisés. Elles peuvent être organisées sur la base d'une collaboration entre plusieurs établissements¹³ le cas échéant, afin de garantir que l'ensemble des modalités de traitement du cancer soient couvertes.

Le rôle des 3C consiste dans la mise en cohérence et le suivi de la qualité de l'ensemble des éléments qui doivent concourir à une RCP. Ainsi, le 3C :

- s'assure de la mise à disposition de l'annuaire RCP des ES membres du 3C auprès des professionnels concernés au sein de ses établissements. Il veille, en lien avec le DSRC, à la mise à jour régulière dudit annuaire ;
- veille à l'enregistrement et à la traçabilité de la décision prise en RCP dans le dossier patient ;

¹² Ibid.

¹³ Article R. 6123-91-1 du Code de la santé publique.

- centralise et participe à la mise à disposition, auprès des médecins et des soignants, des référentiels, thésaurus, protocoles et outils du parcours patient, régionaux ou nationaux ;
- met en place une évaluation régulière de la pertinence et de la qualité de l'organisation des RCP, conformément aux recommandations de l'INCa ; en tenant compte du volume des dossiers discutés et enregistrés ;
- s'assure de la mise à disposition, auprès des participants des RCP, des listes des essais cliniques ouverts dans les établissements de leur région, en interrégional et au niveau national. Il assure le suivi du taux d'inclusion des patients aux essais cliniques de l'établissement ;
- établit les fiches pratiques à destination des personnels en charge d'organiser les RCP afin d'harmoniser les pratiques organisationnelles. Il veille à ce que ces fiches soient conformes aux recommandations de l'INCa.

Le rôle du 3C et le secrétariat de la RCP

L'établissement ou les établissements (le cas échéant, lorsqu'ils choisissent de se coordonner entre eux) sont chargés de l'organisation des RCP. À ce titre, il appartient à ces établissements de veiller aux bonnes conditions matérielles de réalisation des RCP et de garantir que ces dernières disposent d'un secrétariat dédié.

La mission du 3C, en tant que cellule qualité, est de veiller à la bonne organisation de la RCP. Les modalités d'organisation sont laissées au choix de chaque établissement et des 3C. Les 3C veillent à la cohérence de l'organisation des RCP et notamment à la composition des différents services et/ou établissements qui la composent.

Le 3C s'assure que la qualité des RCP est homogène dans chacune des RCP de ses établissements membres. Il veille à ce que les RCP soient inscrites dans une démarche continue d'amélioration de la qualité et répondent aux besoins des patients sur le territoire. Il s'assure que les démarches qualité des RCP sont mises en place et en assure l'évaluation.

Il est fortement recommandé de clarifier les organisations qui relèvent, par ailleurs, de circuits de financement différents (MIG 3C d'un côté et FIR AQTC de l'autre).

Les 3C doivent assurer la mission de coordination des RCP afin de veiller à la cohérence d'organisation des RCP des différents services et/ou établissements qui le composent.

2.1.2.2. Le suivi et l'amélioration de l'accès à l'innovation et aux essais cliniques (EC)

Base légale de l'obligation de l'établissement autorisé au traitement du cancer : article R. 6123-91-6 du Code de la santé publique.

Le décret n° 2022-689 du 26 avril 2022 précise que les établissements titulaires doivent mettre en place une organisation permettant l'accès aux traitements innovants et aux essais cliniques¹⁴.

Le rôle du 3C en matière d'essais cliniques est de :

- assurer la connaissance auprès des équipes, de l'offre en essais cliniques (régionaux, nationaux et internationaux) auprès des établissements membres grâce au recensement fait avec son DSRC ;
- collaborer avec les instances locales en charge de l'élaboration des répertoires d'essais cliniques locaux s'ils existent, pour la mise à jour de l'information sur les essais réalisés dans les établissements membres ;
- s'assurer de la mise en place des outils et procédures nécessaires au soutien de l'activité de recherche clinique au sein des établissements membres du 3C, ou à l'adressage des patients dans des établissements ayant cette activité, lorsque l'établissement dans lequel ils sont suivis ne la pratique pas, afin de garantir aux patients un accès à la recherche, quel que soit l'établissement dans lequel ils se rendent initialement ;
- connaître et évaluer régulièrement le taux d'inclusion des patients dans les essais cliniques des établissements membres.

2.1.2.3. Le suivi et l'amélioration de l'accès aux tests génétiques des tumeurs

Base légale de l'obligation de l'établissement autorisé au traitement du cancer : article R. 6123-91-5 et R. 6123-91-7 du Code de la santé publique.

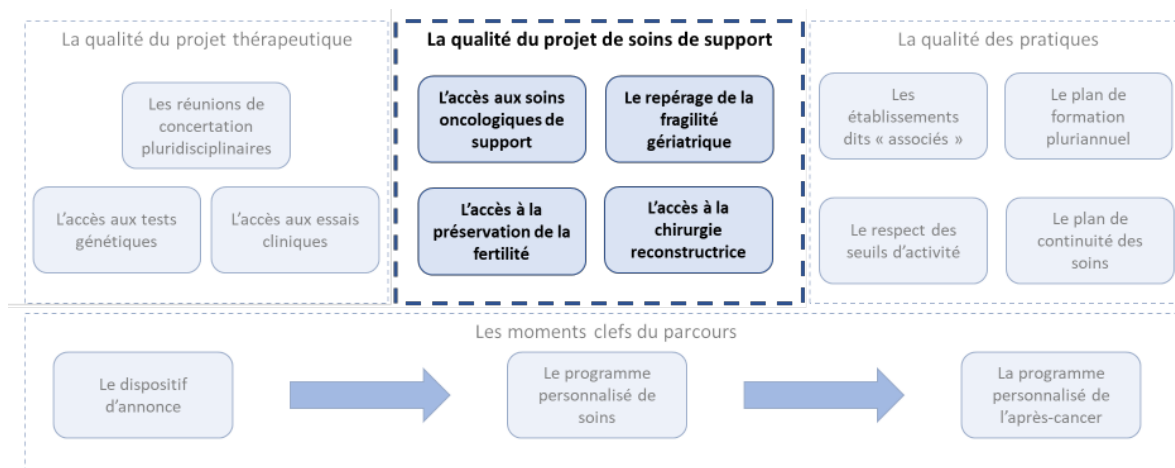
L'établissement autorisé doit disposer, sur place ou par voie de coopération, d'un accès aux consultations d'oncogénétique et aux examens génétiques lorsque le suivi du patient le nécessite. Il doit également orienter le patient ou ses proches vers des consultations d'oncogénétique.

Le rôle du 3C en matière d'accès aux tests génétiques est de :

- veiller à ce que la liste des établissements porteurs des plateformes hospitalières de génétique moléculaire pertinente soit connue des équipes soignantes ;
- s'assurer de l'existence et de la mise en œuvre d'une procédure d'accès et d'adressage des prélèvements aux plateformes hospitalières de génétique moléculaire pertinente ;
- garantir aux équipes de soins et aux RCP l'accès à la liste des établissements proposant des consultations d'oncogénétique existantes à l'échelle du territoire ou de la région ;
- s'assurer de l'existence et de la mise en œuvre d'une procédure d'accès et d'orientation vers les consultations d'oncogénétique.

¹⁴ Article R. 6123-91-6 et D.6123-131-2 du Code de la santé publique.

2.1.3. Les 4 démarches ayant trait aux soins oncologiques de support



2.1.3.1. L'organisation des soins de support (SOS)

Base légale de l'obligation de l'établissement autorisé au traitement de cancer : article R. 6123-91-10 du Code de la santé publique.

Le 3C doit appuyer l'organisation des établissements autorisés, afin de faciliter l'accès aux soins oncologiques de support (SOS), au profit du patient et de son entourage (le soutien psychologique aux aidants faisant partie du panier de soins de support défini par l'INCa¹⁵).

Le rôle du 3C en matière de SOS est de :

- diffuser régulièrement, auprès des professionnels des établissements membres, des annuaires des offres en soins de support mis à jour par les DSRC ;
- accompagner le déploiement, au sein des établissements membres, des outils proposés en matière d'évaluation des besoins et d'orientation en soins de support.

Le 3C doit s'appuyer sur les recommandations publiées par l'INCa, et assurer la mise à jour des pratiques conformément à l'évolution de ces référentiels¹⁶.

2.1.3.2. Le suivi et l'amélioration de l'accès à la préservation de la fertilité

Base légale de l'obligation de l'établissement autorisé au traitement de cancer : articles R. 6123-91-5 et R. 6123-91-8 du Code de la santé publique.

Le décret portant sur l'autorisation de traitement du cancer prévoit que le patient puisse bénéficier d'« un accompagnement et un accès au plus près de son lieu de vie aux techniques de préservation de la fertilité »¹⁷. Le 3C doit s'assurer de la mise à disposition aux personnels concernés (médecins, IDE d'annonce, IDEC, etc.), d'une liste à jour des établissements titulaires d'autorisation d'activités

¹⁵ <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Axes-opportuns-d-evolution-du-panier-des-soins-oncologiques-de-support-Reponse-saisine>

¹⁶ <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Referentiel-organisationnel-national-Soins-oncologiques-de-support-des-patients-adultes-atteints-de-cancer>

¹⁷ Article R. 6123-91-8 du Code de la santé publique.

d'assistance médicale à la procréation mentionnée au d) du 2° de l'article R. 2142-1 du Code de la santé publique pour faciliter l'organisation de celle-ci.

Le rôle du 3C en matière d'accès à la préservation de la fertilité est de :

- identifier l'offre de préservation de la fertilité à l'échelle de son territoire, et assurer la mise à disposition auprès des participants aux RCP et aux personnels des établissements membres du 3C d'une liste à jour des services spécialisés en préservation de la fertilité ;
- s'assurer de l'existence et de la mise en œuvre d'une procédure d'orientation et d'accès des patients aux offres de préservation de la fertilité au sein des établissements composant le 3C ;
- mettre en place, ou s'assurer de l'existence, d'une démarche d'évaluation de repérage des besoins et d'orientation vers les techniques de préservation de la fertilité pour les patients suivis dans les établissements membres du 3C.

2.1.3.3. Le repérage de la fragilité gériatrique

Base légale de l'obligation de l'établissement autorisé au traitement de cancer : article D. 6124-131-4 du Code de la santé publique.

La réglementation prévoit que les établissements doivent mettre en place une procédure particulière visant à repérer les fragilités gériatriques, et permettant d'évaluer, de suivre et d'adapter les traitements proposés aux personnes âgées.

Le rôle du 3C en la matière est :

- d'accompagner le déploiement des outils proposés par la ou les Unités de coordination en oncogériatrie (UCOG) référentes dont relèvent les établissements membres. Il veille à formaliser les modalités de repérage des fragilités gériatriques au sein des établissements membres ;
- d'accompagner les établissements titulaires des autorisations en vue de leur collaboration avec les filières gériatriques de leur territoire, avec l'appui de l'UCOG référente ; de s'assurer de l'existence et de la mise en œuvre d'une procédure d'accès des patients vers les établissements ayant des offres en oncogériatrie ;
- de mettre en place une démarche d'évaluation permettant d'observer l'utilisation des outils de repérage et d'orientation des patients ainsi que le suivi des patients fragiles pris en charge dans les établissements membres du 3C.

2.1.3.4. Le suivi et l'amélioration de l'accès à la chirurgie reconstructrice

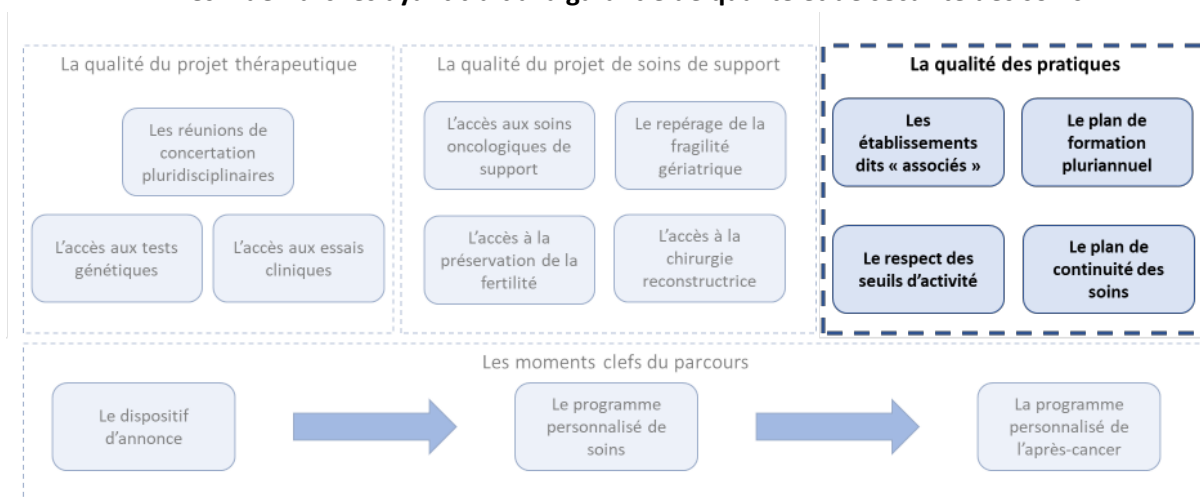
Base légale de l'obligation de l'établissement de santé : article R. 6123-91-5 du Code de la santé publique.

La nouvelle réglementation prévoit que l'établissement autorisé doit mettre en place une organisation permettant l'accès à la chirurgie reconstructrice. Le rôle du 3C en la matière est de :

- veiller à l'identification, en lien avec son DSRC, des établissements proposant une offre en matière de chirurgie reconstructrice dans sa région, qu'il s'agisse d'établissements membres ou d'établissements extérieurs. Le 3C doit s'assurer de la mise à disposition de ces informations lors des RCP et auprès des équipes soignantes ;

- s'assurer de l'existence et de la mise en œuvre d'une procédure d'orientation et d'accès des patients aux offres de chirurgie reconstructrice les plus adaptées lorsque l'établissement ou le territoire du 3C ne disposent pas de cette offre ;
- mettre en place une démarche d'évaluation sur le repérage des besoins et l'orientation vers les techniques de chirurgie reconstructrice pour les patients suivis dans les établissements membres du 3C.

2.1.4. Les 4 démarches ayant trait à la garantie de qualité et de sécurité des soins



2.1.4.1. Le suivi et la vigilance sur les seuils d'activité

Base légale de l'obligation de l'établissement autorisé au traitement de cancer : article R. 6123-91-4 du Code de la santé publique.

Les établissements titulaires sont tenus d'atteindre certains niveaux d'activité pour être autorisés aux traitements de chirurgie, de radiothérapie ou aux traitements médicamenteux systémiques du cancer. L'ARS assure le contrôle du respect de ces seuils, conformément à des procédures dédiées.

Le 3C se doit d'accompagner les directions des établissements, ainsi que les équipes soignantes, dans la mise en place d'une organisation permettant l'évaluation régulière de l'activité soumise à seuil, et dans la définition d'un cadre d'échange entre établissements dans le cas d'activités effectuées par plusieurs établissements.

Aide et appui aux sites « isolés » autorisés à la cancérologie

Conformément à l'article R. 6123-92-11 du Code de la santé publique, l'ARS peut octroyer des autorisations dérogatoires de chirurgie oncologique pour exception géographique, au profit de sites où le seuil d'activité minimale ne sera pas rendu opposable.

Lorsque le 3C compte, parmi ses membres, un ou plusieurs établissements concernés par cette exception géographique, il a alors pour mission de veiller à la mise en œuvre d'une méthodologie d'accompagnement auprès des sites « isolés ».

2.1.4.2. Le suivi des organisations formalisées avec les établissements dits « associés »

Base légale de l'obligation : article R. 6123-90-1 du Code de la santé publique.

Certains établissements, bien que n'étant pas titulaires d'une autorisation de Traitement médicamenteux systémique du cancer (TMSC), peuvent mettre en œuvre, selon les conditions prévues par les décrets du 26 avril 2022, certains TMSC décidés et primo prescrits par un titulaire d'autorisation et en assurer le suivi. On appelle ces établissements des « établissements associés »¹⁸.

Cette « association » entre un centre autorisé et un autre non autorisé repose sur un cahier des charges national élaboré par l'INCa¹⁹.

Le rôle du 3C en matière de suivi des sites associés est de :

- s'assurer de la mise à disposition des outils et référentiels disponibles auprès des établissements autorisés membres et éventuellement des établissements associés ;
- s'assurer de la mise en place d'une démarche d'évaluation des organisations formalisées par les établissements concernés.

2.1.4.3. Le suivi du plan de formation pluriannuel

Base légale de l'obligation de l'établissement autorisé au traitement de cancer : article R. 6124-131-7 du Code de la santé publique.

La réglementation impose aux établissements de disposer d'un « plan de formation pluriannuel spécifique pour chacune des modalités de traitement du cancer pour lesquelles il est autorisé et destiné à tous les professionnels soignants contribuant au traitement oncologique ».

Le rôle du 3C est de :

- veiller à l'existence et au suivi de la mise en place de ce plan de formation pluriannuel, en lien avec le DSRC ;
- évaluer l'adéquation entre le plan pluriannuel de formation et les activités des établissements, l'organisation des filières et les priorités de la Stratégie décennale de lutte contre les cancers.

2.1.4.4. Le suivi du plan de continuité des soins

Base légale de l'obligation de l'établissement autorisé au traitement de cancer : article R. 6123-91-11 du Code de la santé publique.

Le décret portant sur l'autorisation du traitement de cancer précise que « *le titulaire de l'autorisation organise la continuité de la prise en charge et, s'il y a lieu, la coordination des soins des patients qu'il traite, au sein de l'établissement et par des conventions passées avec d'autres établissements ou personnes titulaires de l'autorisation* ».

¹⁸ Article R. 6123-90-1 du Code de la santé publique.

¹⁹ *Ibid.*

Le rôle du 3C en matière de continuité des soins est de veiller à l'existence d'une procédure de continuité des soins dans chaque établissement membre du 3C, conformément à l'article R. 6123- 91-11 du Code de la santé publique.

2.2. Évaluer en accompagnant les professionnels des établissements membres du 3C dans la mise en œuvre des méthodes d'autoévaluation et d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) en lien avec les dispositifs transversaux de qualité des parcours en cancérologie

Cette mission concerne uniquement les titulaires d'autorisation à une ou plusieurs modalités de traitement du cancer.

Le 3C accompagne les établissements dans les démarches relatives à l'évaluation des pratiques professionnelles, selon les recommandations de l'INCa, lorsqu'elles existent, et dans le cadre de la stratégie régionale d'évaluation des pratiques définie par le DSRC.

2.2.1. L'utilisation du dossier communicant de cancérologie (DCC)

Le 3C s'assure, en lien avec le DSRC, de l'intégration au DCC de l'ensemble des documents de soins relatifs au parcours du patient atteint de cancer et nécessaires à l'élaboration des propositions thérapeutiques et de suivi, ainsi que de leur bonne utilisation et complétion par les acteurs.

2.2.2 La démarche d'autoévaluation des pratiques

Base légale de l'obligation de l'établissement autorisé au traitement du cancer : article R. 6123-91-12 du Code de la santé publique.

Le 3C peut accompagner les établissements membres autorisés à une ou plusieurs modalités de traitement du cancer dans leur mise en place d'un processus d'appropriation de la démarche d'autoévaluation prévue au II de l'article R. 6123-91-12 du Code de la santé publique.

Le cas échéant, le 3C accompagne les établissements dans la mise en place de ce dispositif selon les modalités définies par l'INCa. Il peut produire des tableaux de bord d'évaluation de la qualité, qu'il diffuse auprès des établissements membres.

2.2.3. La mise en place de registres de pratiques

Le 3C s'assure que les registres de pratiques professionnelles – déployés par les conseils nationaux professionnels – sont correctement renseignés par les équipes soignantes, dans le champ de la cancérologie. Il appuie les établissements et les équipes dans la mise en place des processus, afin de garantir le respect des préconisations d'usage de ces registres, selon les recommandations de l'INCa.

Pour ce faire, le 3C se tient régulièrement informé sur l'existence des registres de pratiques validés par les conseils nationaux professionnels dans la pratique considérée.

2.3. Animer, contribuer à l'animation au sein des établissements et du territoire autour du parcours de soins en cancérologie

2.3.1. La mise à disposition de la documentation applicable aux parcours de soins

Le 3C doit s'assurer de la mise à disposition des équipes soignantes de la documentation technique émise par le ministère de la Santé, l'INCa, l'ARS et le DSRC.

Il doit également s'assurer que les établissements membres disposent des documentations idoines à destination des patients en cohérence avec les champs d'activité des établissements membres. Le 3C évalue cette mise à disposition.

Ainsi, l'INCa publie et met à jour, à l'attention des patients et de leurs proches, une série de guides²⁰ leur permettant d'accéder à des informations relatives à leur cancer, à leur situation, ainsi qu'à leurs droits sociaux et démarches à engager pour en bénéficier²¹.

2.3.2. L'animation territoriale générale du 3C

En lien avec le DSRC, le 3C :

- participe au recensement des activités exercées et autorisées de l'ensemble des établissements membres ;
- aide les établissements à identifier les modalités d'adressage des patients entre les acteurs du territoire (recours hospitalier, ville, interrégional, etc.) ;
- participe au recensement des parcours structurés existants au sein du territoire et en assure la communication auprès des établissements membres et éventuellement des structures de professionnels de ville ;
- participe au recensement de l'offre en soins oncologiques de support dans les établissements autorisés membres du 3C.

2.3.3 L'animation territoriale ville-hôpital

Le 3C participe à la mise en œuvre des démarches qualité en cancérologie et à l'animation des filières. Il peut être amené à échanger avec les structures de ville (CPTS, DAC, etc.). Le 3C aide à instaurer et favoriser le dialogue entre les professionnels de santé des établissements membres et les acteurs de ville à l'aide du déploiement des outils numériques identifiés comme le DCC, le DMP, le site internet ViaTrajectoire ou tout autre outil numérique sécurisé facilitant la communication ville-hôpital.

Dans son programme d'actions, le 3C organise ou participe régulièrement à des rencontres ou échanges entre les équipes de soins (dont l'HAD) et les structures coordonnatrices de ville (CPTS, DAC, etc.) et peut animer ou participer à des groupes de travail territoriaux d'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles.

²⁰ Accessibles au format électronique ou au format papier diffusés gratuitement sur le site de l'INCa : <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers>

²¹ « Démarches sociales et cancer », collection « Cancer info », INCa, janvier 2018.

3. LES MODALITÉS PRATIQUES DE FONCTIONNEMENT DES 3C

3.1. L'organisation de la gouvernance des 3C

3.1.1. La convention du 3C

Tout 3C doit être institué par une convention définissant son organisation, la composition de son équipe opérationnelle et les contributions respectives de ses membres. Cette convention est publiée et régulièrement mise à jour.

La convention, signée par tous les représentants légaux des membres du 3C, fait également l'objet d'une communication en cas de modification auprès de l'ARS et du DSRC.

La convention doit comprendre au moins les éléments suivants :

- la désignation des établissements membres du 3C, leur statut et les noms des représentants légaux ;
- la composition et les modalités d'organisation de l'équipe opérationnelle du 3C ;
- les modalités de la mise à disposition de moyens humains convenus entre les établissements membres et les modalités d'une éventuelle participation des cellules qualité des établissements ;
- les modalités de la mise à disposition de l'équipe opérationnelle de moyens techniques et logistiques (locaux, moyens informatiques et autres matériels) convenus entre les établissements membres ;
- les modalités d'accès aux données médico-administratives par l'équipe opérationnelle du 3C en respectant la réglementation en vigueur dont le RGPD ;
- les modalités de financement du 3C et la répartition des charges entre ses membres ainsi que la gestion et le suivi de l'utilisation du financement ;
- les modalités de révision et de renouvellement de la convention.

Les 3C disposant d'une personnalité morale

Il existe actuellement des 3C institués en structures associatives de type loi 1901, en groupement de coopération sanitaire (GCS) ou encore sous la forme de groupements d'intérêt public (GIP).

Dans le cas d'un 3C disposant d'une personnalité morale, le pilotage du 3C s'appuie sur la gouvernance de la personnalité morale considérée : Bureau, comité de pilotage, comité de coordination, Conseil d'administration, etc. Les établissements membres du 3C doivent siéger dans son assemblée générale ou son équivalent.

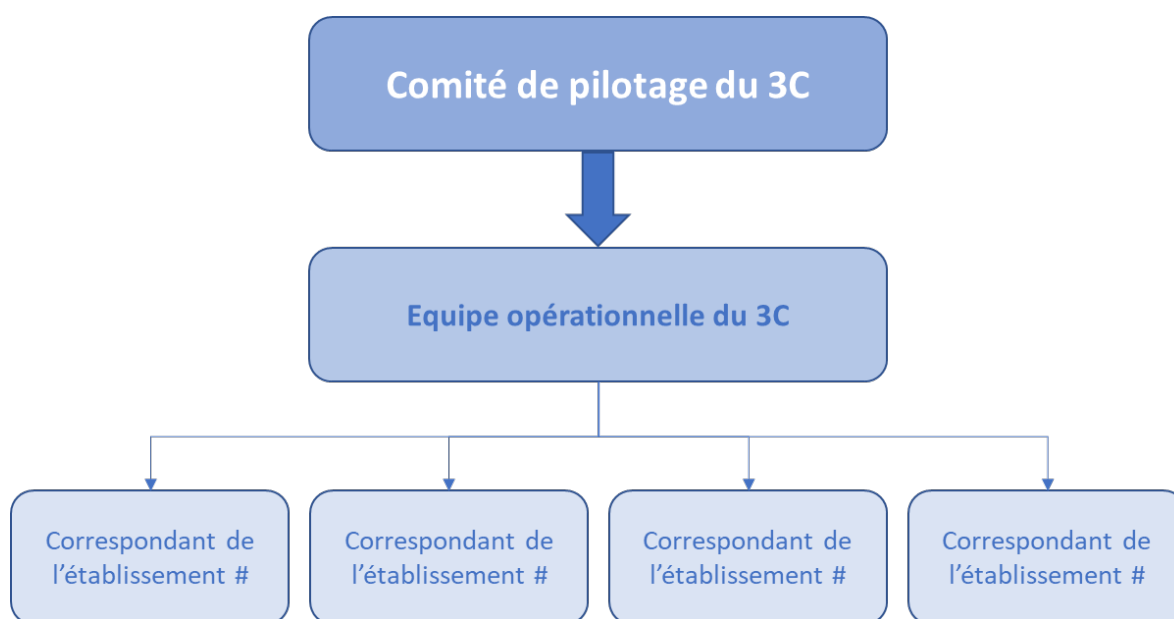
L'équipe opérationnelle du 3C est salariée de la structure ou mise à disposition de cette dernière par les établissements membres. Le statut constitutif de la personne morale peut être assimilé à la convention du 3C si, a minima, les points listés au 3.1.1 y sont présents.

3.1.2. L'articulation avec les « dispositifs qualité » des établissements de santé

Les « cellules qualité » ou les « services ou directions de la qualité » des établissements de santé membres peuvent contribuer aux activités du 3C pour l'amélioration globale de la qualité des filières de soins aux patients.

La mise à disposition du personnel issu des services qualité de ces établissements doit être clairement mentionnée dans la convention, le cas échéant.

3.1.3. L'animation interne des 3C



Le comité de pilotage du 3C

Chaque 3C doit réunir au moins une fois par an un « comité de pilotage » regroupant l'ensemble des établissements membres du 3C, ainsi que l'équipe opérationnelle.

Ce comité a pour objectif de dresser le bilan des actions du 3C et identifier les priorités des établissements, qui seront ensuite à inclure dans sa feuille de route annuelle.

Le 3C peut associer à son COPIL, ou à l'occasion d'une autre réunion, des acteurs non membres du 3C, mais pouvant être intéressés à son activité (ARS, DSRC, OIR, UCOG, structures de ville, CME des établissements de santé, etc.).

L'équipe opérationnelle du 3C

Une équipe opérationnelle assure, l'animation du comité de pilotage et la réalisation des missions du 3C.

Elle conduit par ailleurs les actions suivantes :

- organiser des points réguliers avec les équipes de soins, les directions d'établissements, ainsi que les commissions médicales d'établissement ;
- organiser des ateliers de travail thématiques pour échanger et diffuser les bonnes pratiques ;

- organiser des réunions physiques ou des webinaires informatifs pour animer la démarche qualité et y associer au mieux les personnels des établissements membres de son 3C ;
- assurer le bon fonctionnement du 3C au quotidien, et notamment les interactions avec les établissements membres et leurs équipes ;
- assurer l'ensemble des missions dévolues au 3C par la mise en place d'un programme d'action annuel.

Les correspondants des établissements

Bien que les équipes opérationnelles des 3C soient intégrées aux établissements membres, il peut être nécessaire, dans des 3C multiétablissements, d'identifier des **correspondants dans chaque établissement membre**. Ces correspondants, sans être dédiés aux 3C, garantissent l'harmonisation des actions et la décentralisation de la diffusion des informations à l'échelle des établissements membres.

Chaque correspondant est désigné par son établissement.

Le correspondant peut s'entourer, au sein de son établissement, de personnels participant ponctuellement aux missions du 3C, en lien avec le service qualité, afin de déployer au mieux les actions du 3C au sein de l'établissement, et de faciliter la transmission des informations. Cette organisation permet de faciliter la tâche du correspondant, et d'impliquer les personnels de l'établissement, notamment les personnels de coordination.

3.2. La composition de l'équipe opérationnelle du 3C

Les membres de l'équipe opérationnelle du 3C sont des professionnels exerçant au sein des établissements membres du 3C. Ils doivent être en capacité de dégager du temps pour mener à bien les missions du 3C et en assurer ainsi le bon fonctionnement.

La convention de l'établissement employeur prévoit le détachement de ces professionnels, à temps partiel ou complet, pour exercer les missions au sein de l'équipe opérationnelle du 3C. Des compétences variées et complémentaires permettent de garantir le bon déroulement des missions à réaliser par le 3C.

Quatre types de compétences sont indispensables pour mener à bien les travaux du 3C : compétences **médicales, de coordination, d'assistantat et de conduite de la démarche qualité**. Ces compétences peuvent être couplées (*ie* plusieurs compétences détenues par un même membre de l'équipe) ou dissociées selon l'organisation propre de chaque 3C et peuvent être détaillées ainsi :

- **la fonction « médicale »** est assurée par un médecin clinicien en cancérologie ou, un spécialiste d'organe détenteur du DESC ou de la FST de cancérologie, ou un médecin de santé publique. Son rôle est d'assurer une liaison permanente et une bonne communication entre les différents services concernant les prises en charge en cancérologie ;
- **la fonction de « coordination »** est assurée par tout professionnel ayant des compétences en matière de gestion de projet et d'animation de réseau : personnel médical, paramédical, médico-technique, médico-administratif, etc. Ce professionnel veille à l'animation globale de l'équipe opérationnelle, au maintien des liens avec les établissements membres et notamment les directions et les professionnels de terrain, ainsi qu'à l'appui à la mise en œuvre des dispositifs transversaux de la qualité ;

- **la fonction d'« assistanat »** assure des tâches de gestion administrative, de bonne communication avec les différents interlocuteurs du 3C, de suivi et d'appui à la mise en œuvre des dispositifs transversaux de la qualité ;
- **la fonction de « qualitatif »** assure l'appui à la mise en œuvre des dispositifs transversaux de la qualité et l'animation de la démarche qualité, dans le cadre fixé par les établissements membres lors de la constitution du 3C. Cette fonction peut être effectuée en lien avec la direction de la qualité de l'établissement, à condition qu'un partage clair des fonctions soit opéré entre le 3C et les équipes de l'établissement.

Hors fonction médicale, et afin de lutter contre l'émiettement des quotités de temps dédiées à ces fonctions, il est conseillé que **la quotité individuelle de chaque personne mobilisée au titre d'une ou plusieurs missions au sein du 3C ne soit pas inférieure à un mi-temps.**

L'identification unique d'une personne contact d'un 3C

Chaque équipe opérationnelle d'un 3C doit clairement identifier un responsable ou un référent du 3C au sein de son équipe. Cette personne a pour rôle de faciliter la communication avec les établissements membres et reste l'interlocuteur privilégié de tout autre acteur collaborant avec le 3C.

3.3. Le financement des 3C

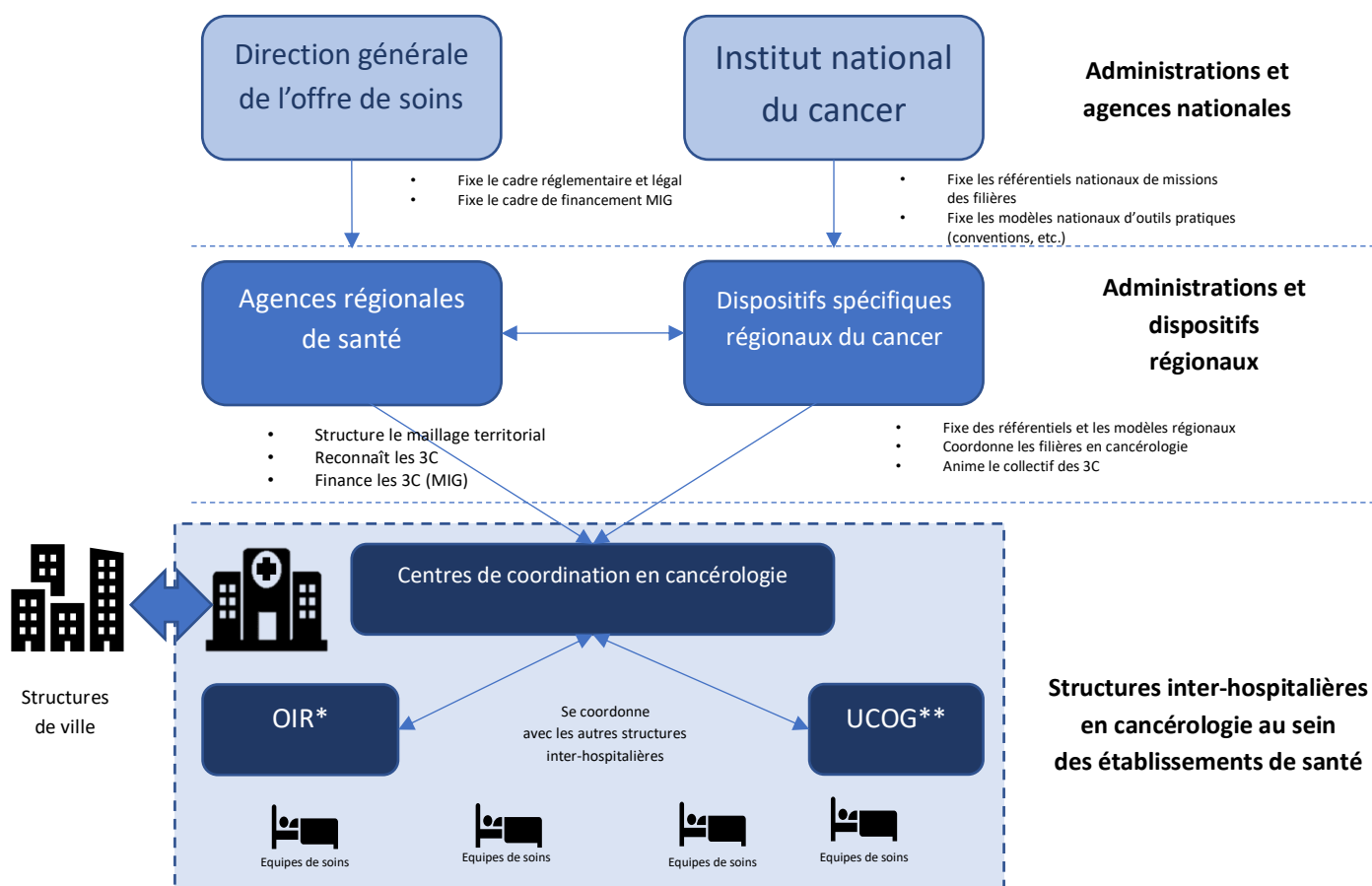
L'ensemble des financements du 3C est retracé lors de la réunion annuelle du comité de pilotage. Le cadre de cette réunion est fixé par la convention du 3C. Cette dernière prévoit les contributions directes et indirectes (mise à disposition, location, etc.) respectives de ses membres, suivant une clef de répartition à définir entre établissements.

Les 3C sont en partie financés par la mission d'intérêt général (MIG), « les centres de coordination en cancérologie », dans les conditions fixées par le ministère chargé de la santé.

Quel que soit le mode de financement, les établissements membres du 3C veillent à la transparence dans l'attribution des fonds et en évaluent régulièrement la bonne utilisation dans le cadre des missions 3C.

3.4. Articulation des 3C avec les autres dispositifs

Du fait de son rôle central auprès des équipes de soins en cancérologie, le 3C est en interaction avec plusieurs acteurs. Le schéma ci-dessous décrit les interactions préconisées avec les principaux acteurs concernés : INCa, DSRC et les autres structures interhospitalières en cancérologie (OIR et UCOG).



* = Organisations interrégionales en cancérologie pédiatrique

** = Unités de coordination en oncogériatrie

3.4.1. Articulation entre le 3C et l'Institut national du cancer

L'INCa mène annuellement une campagne pour collecter des informations de suivi relatives au fonctionnement des 3C et des démarches qualité entreprises dans les établissements de cancérologie (cf. Point 3.5).

L'INCa informera régulièrement les 3C des évolutions des cadres, des référentiels ou d'autres éléments d'organisation. L'INCa sera amené à proposer aux 3C, en lien avec les DSRC et les ARS, des outils et modèles afin d'améliorer leur organisation et leurs pratiques.

Des réunions d'information ou des ateliers de travail pourront être régulièrement organisés par l'INCa à destination des 3C.

3.4.2. Articulation entre le 3C et le DSRC

Le DSRC peut, le cas échéant, intervenir en appui de l'ARS pour assurer les fonctions régionales de coordination et de lisibilité de l'offre de soins en cancérologie, de promotion de la qualité et la sécurité des parcours, de développement de l'expertise en cancérologie et de l'information des acteurs et

patients. Un référentiel organisationnel de l'Institut national du cancer précise l'ensemble de ces missions²².

Le 3C travaille en interface avec le DSRC sur les sujets suivants :

- les 3C participent aux réunions organisées par le DSRC sur des questions de coordination, de méthode, de partages d'expérience ou d'informations vers les équipes soignantes ;
- le 3C met en œuvre et utilise les outils méthodologiques développés ou relayés par le DSRC en matière de qualité des parcours, et participe aux travaux d'évaluation de la qualité (actualisation des RCP, actions d'évaluation, etc.). Par ailleurs, le 3C participe aux études conjointes portant sur l'amélioration des pratiques et aux démarches d'autoévaluation portant sur ces mêmes pratiques et pilotées par le DSRC au niveau régional ;
- le 3C assure la diffusion des référentiels nationaux aux équipes soignantes de son 3C. Par ailleurs, il s'assure également de la mise à disposition aux équipes soignantes de la documentation préparée par le DSRC (RCP, AJA, soins de support, etc.).

3.4.3. Articulation entre le 3C et l'OIR

Les Organisations hospitalières interrégionales de recours en oncologie pédiatrique (OIR) sont des organisations reconnues par le Code de la santé publique (R. 6123-91-3) et identifiées par l'Institut national du cancer. L'OIR a pour rôle la coordination et l'expertise en matière d'amélioration des soins et des parcours des enfants et des adolescents atteints de cancer. Elle accompagne, en lien avec les ARS et les autres dispositifs régionaux spécifiques du cancer de son secteur, les établissements de santé ainsi que l'ensemble des professionnels concernés, dans leur organisation de l'offre de soins afin de garantir un accès équitable à l'expertise, aux soins d'excellence, à l'innovation et à la recherche tout au long du parcours des enfants et des AJA atteints par le cancer.

Dès lors que des filières pédiatriques et/ou AJA sont organisées dans le périmètre du 3C, ce dernier doit travailler avec l'OIR de son ressort sur les sujets suivants :

- les 3C peuvent être invités à participer aux réunions organisées par l'OIR sur les sujets les concernant, en matière de coordination, de méthode, de partage d'expérience ou d'informations des équipes soignantes ;
- le 3C et l'OIR peuvent mettre en place un partage d'outils et de pratiques s'agissant de l'amélioration de la qualité des pratiques et des parcours, en lien avec le DSRC. Ils participent conjointement autant que possible à toutes études ou démarches d'évaluation ou d'autoévaluation portant sur la qualité et l'amélioration des pratiques portant sur les enfants et les adolescents, jeunes adultes et se tiennent informés mutuellement des résultats de leurs actions et évaluations ;
- le 3C collabore avec l'OIR pour la diffusion des référentiels et informations aux équipes soignantes de son 3C. Par ailleurs, il s'assure également de la mise à disposition aux équipes soignantes de la documentation préparée par l'OIR (RCP-PI, essais cliniques, etc.).

²² <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Les-missions-des-reseaux-regionaux-de-cancerologie>

3.4.4. Articulation entre le 3C et l'UCOG

Les Unités de coordination en oncogériatrie (UCOG) sont des structures interhospitalières chargées de structurer et coordonner les filières oncogériatriques et de s'assurer des accès aux essais cliniques des sujets âgés.

Dès lors que des filières en oncogériatrie sont organisées dans les établissements du 3C, ces derniers doivent travailler avec l'UCOG de leur ressort sur les sujets suivants :

- les 3C peuvent être invités à participer aux réunions organisées par l'UCOG sur les sujets les concernant, que ce soit sur des questions de coordination, de méthode, de partages d'expérience ou d'informations vers les équipes soignantes ;
- le 3C et l'UCOG peuvent mettre en place un partage d'outils et de pratiques s'agissant de l'amélioration de la qualité des pratiques et des parcours, en lien avec le DSRC. Ils participent conjointement à toutes études ou démarches d'évaluation ou d'autoévaluation portant sur la qualité et l'amélioration des pratiques portant sur les sujets âgés ;
- le 3C collabore avec l'UCOG pour la diffusion des référentiels et informations aux équipes soignantes de son territoire. Par ailleurs, il s'assure également de la mise à disposition aux équipes soignantes de la documentation préparée par l'UCOG.

3.5. Remontée d'information sur l'activité des 3C

Tout 3C sera sollicité une fois par an par l'Institut national du cancer dans le cadre d'une remontée annuelle d'indicateurs de qualité en cancérologie et de l'état de fonctionnement du 3C. L'INCa peut proposer des modèles et conditions de collecte de ces rapports et indicateurs. Tout 3C est associé et participe aux travaux visant à collecter et structurer les données portant sur les dispositifs qualité en cancérologie.

Les conditions d'accès aux données font l'objet d'une mention dans la convention du 3C, en conformité avec la réglementation en vigueur, et notamment avec le règlement général sur la protection des données (RGPD).

ANNEXE 1 : LES 3C AYANT PARTICIPÉ À LA RELECTURE

Nom de la structure du 3C	Région du 3C
3C CHU Clermont-Ferrand, Puy-de-Dôme, Cantal et Haute-Loire	Auvergne-Rhône-Alpes
3C CHU Grenoble Alpes	Auvergne-Rhône-Alpes
3C DA	Auvergne-Rhône-Alpes
3C de territoire Savoie Belley	Auvergne-Rhône-Alpes
3C des Hospices Civils de Lyon/Bourgoin/Vienne	Auvergne-Rhône-Alpes
3C DROME ARDÈCHE	Auvergne-Rhône-Alpes
3C Haute-Savoie Nord	Auvergne-Rhône-Alpes
3C IDH-GHM	Auvergne-Rhône-Alpes
3C Oncoloire	Auvergne-Rhône-Alpes
3C RÉPUBLIQUE	Auvergne-Rhône-Alpes
3C74Sud	Auvergne-Rhône-Alpes
Centre Léon Bérard	Auvergne-Rhône-Alpes
CH FLEYRIAT	Auvergne-Rhône-Alpes
CLCC Jean Perrin à Clermont-Ferrand	Auvergne-Rhône-Alpes
Hospices Civils de Lyon	Auvergne-Rhône-Alpes
SAUVEGARDE	Auvergne-Rhône-Alpes
3C Bassin de Nevers	Bourgogne-Franche-Comté
3C Belfort-Héricourt-Montbéliard	Bourgogne-Franche-Comté
3C Oncosynergies	Bourgogne-Franche-Comté
Centre Hospitalier de SENS	Bourgogne-Franche-Comté
3C ONCOS	Bretagne
3C Oncovannes	Bretagne
3C-Appui rance Émeraude	Bretagne
APPUI SANTÉ EN CORNOUAILLE	Bretagne
3C CHR Orleans	Centre-Val de Loire
Centre Hospitalier BOURGES	Centre-Val de Loire
3C Haute-Corse 3C	Corse
3C Mulhouse sud Alsace	Grand Est
3C porté par l'Institut de cancérologie de Lorraine	Grand Est
3C Privé Lorrain	Grand Est
HUS-ICANS	Grand Est
ONCOLIA	Grand Est
3C Abbeville	Hauts-de-France
3C Béthunois	Hauts-de-France
3C du Beauvaisis	Hauts-de-France
3C ONCOMEL	Hauts-de-France

3C Val'Hainaut	Hauts-de-France
3C Versant Nord Est	Hauts-de-France
3C ROZA PLUS	Hauts-de-France
SAMBRE ONCOLOGIE	Hauts-de-France
3C HEGP	Île-de-France
3C Paris Ouest	Île-de-France
3C CHSF	Île-de-France
3C Euibonne Montmorency	Île-de-France
3C Hôpital Cochin, Paris	Île-de-France
3C Institut Curie	Île-de-France
3C NORD SEINE-ET-MARNE GHEF	Île-de-France
3C pédiatrique GHU APHP Nord Université de Paris Cité	Île-de-France
3C Sud Île-de-France	Île-de-France
3C Yvelines sud	Île-de-France
3C CONCORDE	Île-de-France
3C FS (La Coopération contre le cancer francilienne sud)	Île-de-France
APHP.SORBONNE UNIVERSITÉ — IUC	Île-de-France
Centre Hospitalier d'Argenteuil	Île-de-France
GCS RISSA	Île-de-France
Institut Curie	Île-de-France
3C AVRANCHES	Normandie
3C Avranches Granville	Normandie
3C de l'Orne	Normandie
3C Guillaume	Normandie
3C Rouen-Elbeuf	Normandie
3C-CFB	Normandie
Le 3C de l'Orne	Normandie
3C Brive	Nouvelle-Aquitaine
3C Landes CH DAX	Nouvelle-Aquitaine
3C CHU Limoges	Nouvelle-Aquitaine
3C de la Vienne Nord Deux-Sèvres	Nouvelle-Aquitaine
3C des Landes	Nouvelle-Aquitaine
3C Haute Vienne-HEMATOLOGIE	Nouvelle-Aquitaine
3C Navarre Côte Basque	Nouvelle-Aquitaine
3C Tivoli	Nouvelle-Aquitaine
3C87	Nouvelle-Aquitaine
Centre de coordination en cancérologie de la Corrèze	Nouvelle-Aquitaine
Centre de coordination en cancérologie du Lot-et-Garonne	Nouvelle-Aquitaine
Centre de coordination en cancérologie – Institut Bergonié	Nouvelle-Aquitaine
Comité médical 3C Deux-Sèvres	Nouvelle-Aquitaine
3C CH LOURDES	Occitanie

3C ALES-CEVENNES	Occitanie
3C Nîmes/Bagnols-sur-Cèze	Occitanie
3C ONCOPO	Occitanie
3C Pasteur	Occitanie
3C Privé de Nîmes	Occitanie
Centre de coordination du CHU de Toulouse Hôpital Joseph Ducuing	Occitanie
CHU Montpellier/Centre Hospitalier de Sète/Clinique Beausoleil Montpellier	Occitanie
CLINIQUE LA CROIX DU SUD	Occitanie
ICM	Occitanie
Narbonne-Lézignan	Occitanie
3C CHU de Nantes	Pays de la Loire
Centre Catherine de Sienne	Pays de la Loire
CHU Angers	Pays de la Loire
Institut de Cancérologie de l'Ouest	Pays de la Loire
3C du CHU de Nice	Provence-Alpes-Côte d'Azur
3C Sainte-Catherine	Provence-Alpes-Côte d'Azur
3C08 libéral	Provence-Alpes-Côte d'Azur
3C10 APHM	Provence-Alpes-Côte d'Azur
3C15	Provence-Alpes-Côte d'Azur
3C6	Provence-Alpes-Côte d'Azur
AP-HM — Hôpital Saint-Joseph	Provence-Alpes-Côte d'Azur

ANNEXE 2 : SYNTHÈSE DE L'ÉVOLUTION DES MISSIONS AU REGARD DE LA CIRCULAIRE DE 2005

Quatre missions des 3C avaient été inscrites dans la circulaire 2005²³ et font l'objet d'une révision lors de l'élaboration du présent référentiel.

Le tableau ci-après présente un récapitulatif de la comparaison entre les missions de la circulaire de 2005 et celles référencées dans le présent référentiel.

Missions des 3C inscrites dans la circulaire de 2005	Partie du présent référentiel reprenant cette mission
Mettre à disposition des médecins et des soignants les référentiels, thésaurus et protocoles validés et actualisés par le réseau régional et mettre en place l'audit interne de leur utilisation	2.1.2.1 2.3.1
S'assurer de la mise en œuvre effective de la pluridisciplinarité en organisant et fédérant les RCP, ce qui implique un secrétariat et permet : la mise à disposition des fiches RCP	2.1.2.1
S'assurer de la gestion des RCP : enregistrement et/ou présentation du dossier de tous les malades en RCP qu'elle se déroule dans l'établissement ou entre plusieurs établissements	Non repris Le décret n°2022-689 du 26 avril 2022 prévoit, à l'article R. 6123-91-1 du code de la santé publique, que l'organisation des RCP revient à la charge des établissements autorisés. Le présent référentiel entend clarifier les rôles entre le 3C et les établissements s'agissant de l'organisation des RCP.
S'assurer de la circulation de l'information médicale : échanges de données et intégration au dossier communicant de cancérologie	2.2.1
S'assurer de la réalisation d'audits internes pour vérifier l'enregistrement de tous les dossiers et l'adéquation des dossiers discutés en RCP	2.1.2.1
S'assurer de la mise en place du dispositif d'annonce	2.1.1.1
S'assure de la remise à chaque patient du programme personnalisé de soins	2.1.1.2

²³ Annexes à la circulaire relative à l'organisation des soins en cancérologie, circulaire N° HOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie.

Pouvoir informer les patients, les orienter, aider à leur prise de rendez-vous, voire obtenir des informations sur leur dossier médical. Cette fonction pourra aussi évoluer vers un suivi plus individualisé des parcours patients, intégrant les soins de support, les soins à domicile et la coordination avec les acteurs du réseau, ainsi que les relations avec les établissements membres du pôle régional pour permettre l'accès au recours. Des structures d'informations et de soutien des patients ont d'ores et déjà été intégrées au sein de certains établissements. À titre d'exemple, la Ligue contre le cancer a défini le cahier des charges des Espaces de rencontre et d'information (ERI).	Non repris Cette mission n'est plus d'actualité en raison de la clarification opérée du fait que le 3C n'est pas un effecteur du soin et n'agit pas directement auprès des patients.
Produire des informations sur les activités cancérologiques médico-chirurgicales et pharmaceutiques de l'établissement, qui s'appuieront notamment sur : • les données d'activité PMSI	• 3.5
• les délais d'attente	• 3.4.2
• le suivi de l'utilisation des anticancéreux dans le cadre des bonnes pratiques	• 2.2.2
• l'accès aux soins de support	• 2.1.3.1
• l'accès aux essais cliniques et à l'innovation	• 2.1.2.2
• l'évaluation de la satisfaction des patients et des équipes soignantes	• 3.4.2

ANNEXE 3 : SYNTHÈSE DES MISSIONS DES 3C

Référence référentiel	Mission	Actions
2.1	Accompagner le déploiement et la mise en œuvre des dispositifs transversaux qualité en cancérologie au sein des services des établissements membres du 3C	
2.1.1	Les 3 démarches ayant trait au parcours de soins du patient	
2.1.1.1	L'accompagnement de la mise en œuvre et le suivi du dispositif d'annonce (DA)	• Accompagner les établissements dans la mise en œuvre du dispositif d'annonce • Évaluer régulièrement l'effectivité de ce dispositif • Contribuer à l'organisation de formations dédiées à l'annonce à destination des personnels médicaux et non médicaux • Diffusion des informations relatives aux bonnes pratiques
2.1.1.2	Le suivi et l'évaluation du programme personnalisé de soins (PPS)	• Promouvoir un modèle homogène de PPS • Accompagner les équipes soignantes à la mise en œuvre du PPS • Définir les modalités d'utilisation et de remise du PPS au patient ainsi que les modalités de communication entre les professionnels • Vérifier l'exhaustivité du recours au PPS et de sa mise à jour
2.1.1.3	Le suivi et l'évaluation du programme personnalisé après cancer (PPAC)	• Promouvoir un modèle homogène de PPAC • Accompagner les équipes soignantes à la mise en œuvre du PPAC • Définir les modalités d'utilisation et de remise du PPAC au patient ainsi que les modalités de communication entre les professionnels • Vérifier l'exhaustivité du recours au PPAC et de sa mise à jour
2.1.2	Les 3 démarches ayant trait à la qualité du projet thérapeutique	
2.1.2.1	Accompagnement et suivi des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP)	• S'assurer de la mise à disposition de l'annuaire RCP régulièrement mis à jour par le DSRC à destination des professionnels concernés des établissements membres et collabore avec le DSRC pour la mise à jour dudit annuaire • Veiller à l'enregistrement et la traçabilité de la décision prise en RCP dans le dossier patient • Centraliser et participer à la mise à disposition des référentiels, thésaurus, protocoles et outils du parcours patient, régionaux ou nationaux • Mettre en place une évaluation régulière de la pertinence et de la qualité de l'organisation des RCP

		• S'assurer de la mise à disposition des listes des essais cliniques ouverts dans les établissements de leur région, en interrégional et au niveau national • Suivre le suivi du taux d'inclusion des patients aux essais cliniques • Établir les fiches pratiques aux professionnels en charge d'organiser les RCP
2.1.2.2	Le suivi et l'amélioration de l'accès à l'innovation et aux essais cliniques (EC)	• S'assurer de la connaissance auprès des équipes l'offre en essais cliniques • Mise à jour de l'information sur les essais réalisés dans les établissements membres • S'assurer de la mise en place des outils nécessaires pour soutenir l'activité de recherche clinique au sein des établissements membres • Évaluer régulièrement le taux d'inclusion des patients dans les essais cliniques des établissements membres
2.1.2.3	Le suivi et l'amélioration de l'accès aux tests génétiques des tumeurs	• Diffuser la liste des établissements porteurs des plateformes hospitalières de génétique moléculaire • S'assurer de la mise en œuvre d'une procédure d'accès et d'adressage des prélèvements aux plateformes hospitalières de génétique moléculaire pertinente • Diffuser la liste aux équipes et aux RCP l'accès aux établissements proposant des consultations d'oncogénétique • S'assurer de la mise en œuvre d'une procédure d'accès et d'orientation vers les consultations d'oncogénétique
2.1.3	Les 4 démarches ayant trait aux soins oncologiques de support	
2.1.3.1	L'organisation des soins de support (SOS)	• Diffuser régulièrement les annuaires des offres en soins de support mis à jour par les DSRC à destination des professionnels des établissements membres • Accompagner le déploiement des outils proposés d'évaluation des besoins et d'orientation en soins de support dans les établissements membres
2.1.3.2	Le suivi et l'amélioration de l'accès à la préservation de la fertilité	• S'assurer de l'identification d'une offre de préservation de la fertilité à proximité de son territoire et de la mise à disposition auprès des participants aux RCP et aux personnels des établissements d'une liste à jour des services spécialisés en préservation de la fertilité • S'assurer de l'existence et de la mise en œuvre d'une procédure d'orientation et d'accès des patients vers les offres de préservation de la fertilité parmi les établissements composant le 3C • Mettre en place ou s'assurer de la présence d'une démarche d'évaluation de repérage des besoins et d'orientation vers les techniques de fertilité pour les patients suivis dans les établissements membres du 3C

2.1.3.3	Le repérage de la fragilité gériatrique	• Accompagner le déploiement des outils proposés par l'UCOG • Accompagner les établissements titulaires des autorisations en vue de leur collaboration avec les filières gériatriques de leur territoire, avec l'appui de l'UCOG référente • S'assurer de la mise en œuvre d'une procédure d'accès des patients vers les établissements ayant des offres en oncogériatrie • Évaluer l'utilisation des outils de repérage et d'orientation des patients ainsi que le suivi des patients fragiles
2.1.3.4	Le suivi et l'amélioration de l'accès à la chirurgie reconstructrice	• Veiller à l'identification et la diffusion des informations concernant l'offre en matière de chirurgie reconstructrice dans son territoire • S'assurer de la mise en œuvre d'une procédure d'orientation et d'accès des patients vers les offres de chirurgie reconstructrice les plus adaptées • Évaluer le repérage des besoins et l'orientation vers les techniques de chirurgie reconstructrice
2.1.4	Les 4 démarches ayant trait à la garantie de qualité et de sécurité des soins	
2.1.4.1	Le suivi et la vigilance sur les seuils d'activité	• Mettre en place une organisation permettant l'évaluation régulière de l'activité soumise à seuil et la définition d'un cadre d'échange entre établissements dans le cas d'activités effectuées par plusieurs établissements
2.1.4.2	Le suivi des organisations formalisées avec les établissements dits « associés »	• S'assurer de la mise à disposition des outils et référentiels disponibles auprès des établissements autorisés membres et éventuellement des établissements associés membres • S'assurer de la mise en place d'une démarche d'évaluation des conventions par les établissements concernés
2.1.4.3	Le suivi du plan de formation pluriannuel	• Veiller à l'existence et au suivi de la mise en place de ce plan de formation pluriannuel en lien avec le DSRC • Mener une évaluation quant à l'adéquation entre le plan pluriannuel de formation et les activités des établissements, l'organisation des filières et les priorités de la stratégie décennale de lutte contre les cancers
2.1.4.4	Le suivi du plan de continuité des soins	• Veiller à l'existence d'une procédure de continuité des soins dans chaque établissement membre du 3C conformément à l'article R. 6123-91-11 du code de la santé publique

2.2	Évaluer en accompagnant les professionnels des établissements membres du 3C dans la mise en œuvre des méthodes d'évaluation et d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) en lien avec les dispositifs transversaux de qualité des parcours en cancérologie	
2.2.1	Le DCC	• S'assurer de l'intégration au DCC l'ensemble des documents de soins relatifs au parcours du patient atteint de cancer
2.2.2	La démarche d'autoévaluation des pratiques	• Accompagner de la mise en place d'un processus d'appropriation de la démarche d'autoévaluation • Accompagner les établissements dans la mise en place de ce dispositif
2.2.3	La mise en place de registres de pratiques	• S'assurer du bon remplissage des registres de pratiques professionnels par les équipes soignantes • Aider à la mise en place de processus afin de respecter les préconisations d'usage de ces registres
2.3	Animer, contribuer à l'animation au sein des établissements et du territoire autour du parcours de soins en cancérologie	
2.3.1	La mise à disposition de la documentation applicable aux parcours de soins	• Évaluer la bonne appropriation par les équipes soignantes de la documentation technique émise par le ministère de la Santé, l'INCa, l'ARS et le DSRC
2.3.2	L'animation territoriale générale du 3C	• Participer au recensement des activités exercées et autorisées de l'ensemble des établissements membres • Aider les établissements à identifier les modalités d'adressage des patients entre les acteurs du territoire • Participer au recensement des parcours structurés existants au sein du territoire • Participer à l'évaluation de l'état du recensement de l'offre en soins oncologiques de support dans les établissements autorisés membres du 3C
2.3.3	L'animation territoriale ville-hôpital	• Participer à la mise en œuvre des démarches qualité en cancérologie et à l'animation des filières • Organiser des échanges entre les équipes de soins et les structures coordonnatrices de ville

BIBLIOGRAPHIE

- Référentiel organisationnel « Les missions des réseaux régionaux de cancérologie », publié par l'INCa en novembre 2021²⁴
- Référentiel organisationnel « Évolution du dispositif d'annonce d'un cancer », publié par l'INCa en septembre 2019²⁵
- Référentiel organisationnel « Le nouveau programme personnalisé de soins — Principes généraux d'utilisation et éléments fondamentaux », publié par l'INCa en octobre 2019²⁶
- Éléments proposés par l'INCa dans ses « Propositions pour la mise en place d'un programme personnalisé de l'après-cancer », publié en mai 2012²⁷
- Référentiel organisationnel « Soins oncologiques de support des patients adultes atteints de cancer », publié par l'INCa en novembre 2021²⁸
- Guides patients leur permettant d'accéder à des informations concernant leur cancer²⁹
- Guides permettant aux patients d'accéder à des informations concernant leur cancer et leur situation ainsi que leurs démarches sociales³⁰
- Décret n°2022-689 du 26 avril 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins de traitement du cancer³¹
- Décret n°2022-693 du 26 avril 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins de traitement du cancer³²
- Référentiel organisationnel « La réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie », publié par l'INCa en décembre 2023³³

²⁴ <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Les-missions-des-reseaux-regionaux-de-cancerologie>

²⁵ <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Evolution-du-dispositif-d-annonce-d-un-cancer>

²⁶ <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Parcours-de-soins-des-patients/Parcours-personnalise-du-patient-pendant-et-apres-le-cancer/Les-outils>

²⁷ <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Parcours-de-soins-des-patients/Parcours-personnalise-du-patient-pendant-et-apres-le-cancer/Les-outils>

²⁸ <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Referentiel-organisationnel-national-Soins-oncologiques-de-support-des-patients-adultes-atteints-de-cancer>

²⁹ Accessibles au format électronique ou au format papier diffusés gratuitement sur le site de l'INCa : <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers>

³⁰ « Démarches sociales et cancer », collection « Cancer info », INCa, janvier 2018

³¹ <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2022/4/26/2022-689/jo/texte>

³² <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045668609>

³³ <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/La-reunion-de-concertation-pluridisciplinaire-en-cancerologie>

CENTRES DE COORDINATION EN CANCÉROLOGIE



52, avenue André Morizet
92100 Boulogne-Billancourt
France

Tel. +33 (1) 41 10 50 00
diffusion@institutcancer.fr

Édité par l'Institut national du cancer
Tous droits réservés - Siren 185 512 777

Conception : INCa

ISBN : 978-2-38559-072-7

ISBN net : 978-2-38559-073-4

DÉPÔT LÉGAL AVRIL 2024

Pour plus d'informations
e-cancer.fr

Institut national du cancer
52, avenue André Morizet
92100 Boulogne-Billancourt
France

Tél. : +33 (1) 41 10 50 00
diffusion@institutcancer.fr