

CHARTRE REGIONALE  
D'ORGANISATION  
ET DE FONCTIONNEMENT  
DES CENTRES DE COORDINATION EN  
CANCEROLOGIE

3C

Mai 2013



## PREAMBULE

Le 3C 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 le décret n° 2007-388 du 21 mars 2007 :

- la concertation pluridisciplinaire
- le dispositif d'annonce
- le respect des référentiels de bonne pratique
- la remise du Programme personnalisé de soins (PPS)
- 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 n'a pas vocation à être un effecteur de soins et ne concourt à aucune prise en charge directe de patients, y compris concernant les soins de support.**

Le 3C est partie intégrante du ou des établissements autorisés à l'activité de soins de traitement du cancer, ses missions et ses actions s'inscrivent dans les projets d'établissement et les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés avec l'ARS. Le 3C agit en cohérence avec l'organisation des soins de traitement du cancer mise en place dans la région (établissements de santé autorisés à l'activité de soins de traitement du cancer et réseau régional de cancérologie (RRC)).

## FORMALISATION et COMPOSITION du 3C

Le 3C est composé d'une équipe opérationnelle et d'un comité stratégique interdépendants. **Le terme 3C utilisé dans ce document comprend donc de façon implicite ces deux organes.**

Le 3C est régi par un règlement intérieur (ou tout autre document jugé nécessaire) qui précise l'organisation et les modalités de fonctionnement du 3C.

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.

Particulièrement, dans le cas de 3C mutualisé entre plusieurs établissements autorisés, le document visé ci-dessus est complété par une convention de partenariat qui formalise, dans le respect des orientations du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS-PRS), les relations entre les établissements de santé autorisés qui mutualisent le 3C.

Cette convention prévoit notamment l'organisation du 3C dans ses deux composantes, comité stratégique et cellule opérationnelle.

Le financement du 3C est assuré par une dotation spécifique qui, dans le cas de 3C mutualisé est versée à l'un des établissements de santé autorisés à l'activité de soins de traitement du cancer membres du 3C. Ce financement sert à rétribuer les personnels de l'équipe opérationnelle, les locaux et le matériel nécessaire au fonctionnement du 3C, et tout ce qui concourt à ses missions.

Dans le cas de 3C mutualisé, s'agissant d'une dotation spécifique à cette mutualisation, finançant une mission d'intérêt général précise, il est exclu qu'elle soit intégrée dans le fonctionnement de la structure qui les perçoit. La plus grande transparence quand à l'utilisation des fonds est de rigueur vis-à-vis de l'ARS comme des autres membres du 3C.

Les modalités de mise à disposition des moyens humains et matériels pour le fonctionnement du 3C, les conditions éventuelles de reversement aux établissements partenaires (ex. pour le dédommagement de locaux, de personnels mis à disposition, d'outils informatiques) sont formalisés dans le document. Les établissements de santé partenaires s'engagent dans ce document à participer au fonctionnement du 3C sur les plans logistiques, techniques et humains. Ils s'engagent également à donner accès aux informations actualisées et aux données annuelles nécessaires à l'exercice des missions du 3C et aux dossiers médicaux de cancérologie afin de permettre les évaluations nécessaires.

## 1. COMITE STRATEGIQUE

C'est l'organe qui a un rôle décisionnel et qui gouverne l'équipe opérationnelle du 3C (décrite ci-après) pour définir les orientations et objectifs annuels, les moyens à mettre en place, les stratégies de communication sur les programmes, suivre les réalisations du 3C et les résultats (ex. relecture des résultats des tableaux de bord et des rapports d'activité).

Ce comité stratégique est nécessairement pluridisciplinaire et pluri professionnel et au moins un représentant des usagers est invité à y participer autant que de besoin. Le 3C doit être piloté par des personnes réellement impliquées, disponibles et légitimes aux yeux des professionnels médicaux et non médicaux. Chaque établissement autorisé, membre du 3C doit participer activement à ce comité stratégique et aux décisions adoptées. Un partage des rôles entre les structures au sein de ce comité et une alternance (dont le rythme est à fixer) sont facilitateurs.

L'appellation et la constitution de ce comité stratégique sont laissés à la discrétion des établissements mettant en place le 3C ; ils sont validés par la (les) direction(s) de (des) l'établissement(s), et les présidents) des commissions et conférences médicales d'établissements et précisés dans la convention régissant le 3C.

Les réunions du comité stratégique sont tracées et les décisions sont formalisées dans un compte rendu. Ces comptes rendus font partie intégrante du rapport d'activité du 3C.

Le pilotage de la cellule opérationnelle justifie un minimum de 3 réunions par an du comité stratégique.

## 2. EQUIPE OPERATIONNELLE

Le 3C dispose d'une équipe opérationnelle adaptée à l'activité des établissements partenaires. Son mode de désignation est prévu par la convention établie entre les établissements membres du 3C.

Elle est constituée à *minima* :

### a) D'un coordonnateur

Il n'est pas nécessairement médecin, il peut être infirmier, cadre de santé, attaché de recherche clinique ou qualificateur. Il doit avoir une expérience et/ou une formation à la qualité, une connaissance des processus de soins et des capacités rédactionnelles et en techniques d'animation et de coordination. Lorsque le coordonnateur n'est pas un médecin, il doit pouvoir s'appuyer sur un président de comité stratégique médecin.

### b) D'un secrétariat

Le secrétariat du 3C est nécessairement en étroite interaction avec les secrétaires de RCP.

*Remarque : L'équipe opérationnelle du 3C ne comprend pas et n'assume pas le secrétariat des sessions de ces réunions. Elle ne comprend pas non plus les équipes du dispositif d'annonce et des soins de support.*

### c) D'un personnel formé à la qualité

Il peut s'agir d'un (des) responsable(s) qualité des établissements de santé partenaires du 3C. Il soutient le coordonnateur du 3C et participe notamment aux actions d'évaluation.

En outre, pour mener à bien ses missions, le 3C :

- identifie et s'appuie sur des personnes ressources au sein des établissements, professionnels de santé médicaux et non médicaux impliqués en cancérologie (ex. responsables qualité, coordonnateurs et secrétaires de RCP, infirmiers et cadres de santé, médecins DIM, équipes du dispositif d'annonce et équipes des soins de support). Le 3C accompagne et coordonne l'amélioration des pratiques en cancérologie et ces professionnels en sont nécessairement le

relais notamment en termes de suivi des processus qualité, de participation aux évaluations, de retours d'expériences, de transmission de données.

- doit disposer des moyens, notamment des informations et données des établissements partenaires. La localisation de l'équipe opérationnelle est laissée au libre choix des établissements membres. Dans tous les cas, cette équipe est **nécessairement mobile**. Elle doit pouvoir accéder aux RCP, aux services des établissements prenant en charge des patients atteints de cancer et aux dossiers médicaux hospitaliers de ces patients.

Le 3C participe à la démarche d'amélioration de la qualité (ex. certification, indicateurs nationaux de qualité) et pour ce faire, nécessite l'existence d'interfaces clairement identifiées au sein des établissements mutualisant le 3C, avec notamment les :

#### - Directions et présidences

Le 3C présente son programme annuel et rend compte des résultats annuels (ex. tableau de bord, rapport d'activité) aux : directions des établissements, présidents de commissions et conférences médicales d'établissements et directions des Soins.

#### - Services des établissements

La réalisation des missions du 3C nécessite également des interfaces avec le DIM<sup>1</sup>, la DSI<sup>2</sup>, les Pôles d'activité médicale des établissements autorisés, les bureaux d'étude ou directions de la recherche

#### - Commissions internes des établissements

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

Au sein des établissements, le 3C collabore nécessairement avec les divers comités traitant de la qualité des pratiques comme le CLIN<sup>3</sup>, le CLAN<sup>4</sup>, le CLUD<sup>5</sup>, le COQVIRIS<sup>6</sup>, la CSI<sup>7</sup>, la COMEDIMS<sup>8</sup> (ex. démarches qualité et projets communs ; procédure de certification des établissements de santé).

#### - Patients et proches

S'assurer de la qualité des pratiques en cancérologie, c'est améliorer le service rendu aux patients et à son entourage. A cet effet, le 3C interagit au sein de chaque établissement notamment avec : la CRU<sup>9</sup>, les comités de patients, les lieux d'informations pour les patients et leurs proches comme les ERI<sup>10</sup>. Cette interface concerne les dispositifs relatifs aux droits des patients et à la qualité de la prise en charge.

---

<sup>1</sup> Département d'information médicale

<sup>2</sup> Direction du système d'information

<sup>3</sup> Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales

<sup>4</sup> Comité de Liaison Alimentation et Nutrition

<sup>5</sup> Comité de Lutte contre la Douleur

<sup>6</sup> Comité Qualité Vigilances et gestion des RISques

<sup>7</sup> Commission des soins Infirmiers

<sup>8</sup> Commission du Médicaments et des Dispositifs Médicaux Stériles

<sup>9</sup> Commission de relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge

<sup>10</sup> Espaces Rencontres et Information

## MISSIONS DU 3C

L'équipe opérationnelle, sous l'égide du comité stratégique du 3C, a en charge la réalisation et le suivi des actions du 3C. Elle doit notamment assurer :

- la mise en œuvre des missions du 3C et le suivi qualitatif et quantitatif des critères de qualité transversale du dispositif d'autorisation à l'activité de soins de traitement du cancer
- la diffusion des outils régionaux et des informations transmises par le RRC à tous les professionnels concernés (ex. dossier communicant de cancérologie, recommandations/référentiels, méthodologies, guides, charte des RCP, ...)
- la mise en œuvre des objectifs d'évaluation déterminés en articulation avec l'ARS et le RRC
- l'élaboration du programme annuel de ses actions
- la production annuelle du tableau de bord et du rapport d'activité
- la communication sur les réalisations et activités du 3C auprès de toutes les personnes concernées
- l'interface auprès : des directeurs et des présidents des commissions et conférences médicales des établissements partenaires ; des autres commissions internes aux établissements de santé partenaires du 3C (ex. CLIN, CLUD, CLAN, CRU, etc.) ; des coordonnateurs et secrétaires de RCP et du RRC.

### 1. LA PLURIDISCIPLINARITE

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 également un des critères d'agrément que ce soit pour la pratique de la chimiothérapie, de la radiothérapie externe ou de la chirurgie des cancers.

Dans ce domaine, le 3C a notamment en charge de :

- organiser et veiller au bon fonctionnement des RCP, en lien avec les coordonnateurs de RCP, sur la base des critères qualité définis par la HAS et l'INCa et complétés par la charte régionale des RCP du RRC
- s'assurer de la cohérence territoriale de l'organisation des RCP en lien avec le RRC
- répertorier la ou les RCP et leurs coordonnateurs ; établir et actualiser l'annuaire et le calendrier des RCP (types, dates et heures, lieux, coordonnateurs des RCP) en lien avec le RRC qui les diffuse notamment sur son site Internet : le 3C procède à la mise à jour des RCP sur l'annuaire régional informatisé mis à disposition par le RRC
- s'assurer de la saisie des fiches RCP dans l'outil régional OncoRCP 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 atteint de cancer dont son médecin traitant
- mettre en œuvre, ou participer à la mise en œuvre :

- des actions d'évaluation des RCP (dont les indicateurs<sup>11</sup> IPAQSS-RCP<sup>12</sup>/HAS<sup>13</sup> et les évaluations régionales mises en œuvre par le RRC)
- des actions d'amélioration qui en découlent décidées en comité stratégique 3C
- réaliser le suivi annuel quantitatif et qualitatif de l'activité de chaque RCP en s'appuyant sur le rapport d'activité annuel de l'ARS et le tableau de bord de l'INCa ; ce suivi fait l'objet d'une restitution notamment aux coordonnateurs de RCP, aux référents qualité des établissements de santé, aux directeurs des établissements et aux commissions et conférences médicales d'établissements.

## 2. LA QUALITE EN CANCEROLOGIE

Le 3C participe aux évaluations nationales (ex. IPAQSS-RCP/HAS) et régionales coordonnées par le RRC avec l'ensemble des 3C. Il peut également mettre en place des actions d'évaluation propres aux établissements du 3C en articulation avec l'ARS et le RRC. Dans tous les cas, le RRC joue un rôle d'orientation, d'accompagnement et d'harmonisation pour les 3C dans la région (ex. méthodes communes) en matière de promotion de la qualité en cancérologie.

Le 3C s'implique réellement dans une véritable stratégie de la qualité dans la prise en charge des patients atteints de cancer, pour ce faire il :

- informe et sensibilise les services des établissements de santé sur la qualité à mettre en œuvre en cancérologie en liens 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, il met en forme les résultats sous forme d'un rapport, il effectue la restitution des évaluations). Le 3C 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)
- remplit le rapport d'activité annuel de l'ARS et le tableau de bord annuel de l'INCa
- **garantit l'objectivité des données** et assure leur transparence en diffusant le tableau de bord et le rapport d'activité notamment auprès des directions et professionnels du/des établissements de santé du 3C et du RRC

*Il s'agit principalement pour le 3C de décrire et d'établir les processus qualité en cancérologie, de vérifier la concordance des organisations et des pratiques avec ces processus et les recommandations de pratiques nationales (ex. trame type du PPS et réalité du parcours de soins du patient, parcours de l'après cancer, ...).*

<sup>11</sup> Recueil généralisé de l'indicateur «Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)»

<sup>12</sup> Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

<sup>13</sup> Haute Autorité de Santé

### 3. PRODUIRE ET RECUEILLIR DE L'INFORMATION

#### 3.1 Evaluation des données recueillies

Les données d'activités, les résultats des évaluations, sont analysés de façon périodique au cours de l'année afin d'être évalués, compris voire corrigés par des actions correctrices ad hoc.

#### 3.2 Suivi des activités

Les données d'activités annuelles sont valorisées dans deux documents complémentaires sous la responsabilité des directions et commissions ou conférences médicales des établissements concernés :

- Rapport d'activité :

Il est transmis chaque année à l'ARS et au RRC. Les informations présentées dans ce rapport sont de deux ordres :

- \* d'une part, il s'agit du rappel de l'organisation et du fonctionnement du 3C et de l'activité du 3C (équipe opérationnelle et comité stratégique) concernant notamment les actions réalisées, les bilans des évaluations, les actions d'amélioration mises en place et les échanges (ex. réunions organisées par le 3C et auxquelles il a participé dont celles avec le RRC),
- \* d'autre part, il s'agit de l'activité en cancérologie des établissements autorisés.

- Tableau de bord (TdB) 3C de l'INCa : (ce paragraphe, dépendant des orientations qui seront adoptées par l'INCa, est susceptible d'évoluer)

Il est transmis au RRC qui l'intègre dans le TdB régional. Afin de pouvoir assurer un suivi régulier de la qualité en cancérologie et une réactivité dans la mise en place des mesures correctives, il est important de le compléter périodiquement (ex. remplissage mensuel ou trimestriel de données comme le nombre de patients ayant reçus un PPS, le nombre de nouvelles inclusions de patients dans des essais cliniques, etc...).

#### 3.3 Communication

Les données recueillies par le 3C font l'objet d'un suivi et d'une communication au moins annuelle vers chacun des établissements faisant partie du 3C.

Le 3C communique sur ses propres activités (ex. programmes annuels, résultats) et les activités en cancérologie des établissements. Cette communication est tout d'abord interne aux établissements de santé, par exemple *via* la messagerie, le réseau Intranet, le site Internet ou tout autre moyen de communication – support papier et/ou électronique - mis en place par les établissements (ex. lettre d'information, etc.). L'information s'adresse aux professionnels de santé, aux patients et à leurs proches. Pour ces derniers, elle peut-être relayée par exemple *via* les Espaces de rencontre et d'information (ERI).

Le 3C communique également hors les murs des établissements et échange des informations avec le RRC. Le site Internet du RRC peut notamment être le support de diffusion d'informations provenant des 3C (agenda, ...).

Le 3C peut être sollicité par le RRC 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).

### 3.4 Centre de Coordination en Cancérologie et Réseau Régional de Cancérologie

RRC et 3C sont investis de missions complémentaires nécessairement articulées. Cette articulation est prévue dans la circulaire du 25 septembre 2007.

- Le RRC a en charge la diffusion des recommandations pour les professionnels : le 3C s'assure de leur mise à disposition des soignants (ex. dans les salles de RCP format papier et/ou accès internet ; information *via* le site du RRC des réunions d'information, des manifestations régionales...)
- Le RRC est chargé de l'information des professionnels de santé : le 3C transmet cette information auprès des professionnels des établissements autorisés
- Le RRC est chargé de l'information des patients et proches : le 3C relaie l'information et la lisibilité de l'organisation de la cancérologie dans les établissements du 3C
- Le RRC est chargé de l'information sur l'organisation et l'offre de soins en cancérologie régionale : le 3C s'occupe de la transmission d'annuaires actualisés au RRC (ex. mise à jour de l'annuaire régional informatique des RCP, compétences en soins de support du territoire)
- Le RRC effectue le recueil des données d'activité de soins (TdB RRC) : le 3C produit des informations (ex. mise en place d'un processus d'enregistrement des activités de soins ; recueil des données dans le TdB 3C, production d'un rapport d'activité)
- Le RRC est en charge de l'évaluation des pratiques : le 3C participe à l'élaboration du programme annuel au sein du RRC en cohérence avec les autres 3C. Il met en œuvre des évaluations en tant que pilote ou soutien des établissements selon les cas (ex. utilisation des référentiels, fonctionnement des RCP, délais de prise en charge)
- Le RRC est chargé de la mise en œuvre du DCC-DMP : le 3C facilite les échanges de données et leur intégration au DCC/DMP, en favorisant l'incrémentation de OncoRCP dans l'attente du dossier partagé national (ex. fiches RCP, planification et gestion des RCP)

La traduction concrète de cette articulation à double sens s'effectue par différents moyens dont :

- L'identification par les 3C, d'un correspondant privilégié pour le RRC par ex. le coordonnateur, (ce correspondant est le relais ascendant et descendant des professionnels des établissements, auprès du RRC, pour toute information et tout questionnement)
- La participation active du 3C aux groupes de travail / aux réunions organisées par le RRC (ex. présentation de programme d'actions, partages d'expériences, etc.)
- L'utilisation des espaces dédiés aux 3C sur le site internet du RRC (pour une lisibilité globale de l'organisation de la cancérologie dans la région)
- La définition d'outils méthodologiques d'évaluation communs.

## MODALITES DE TRAVAIL

Le détail des missions rappelées ci-dessus place l'ensemble du 3C, comité stratégique et équipe opérationnelle, non pas dans un rôle de juge mais dans un rôle de partenaire impliqué dans la qualité de la prise en charge des cancers.

Tous les membres du 3C sont soumis au respect du secret professionnel tant en ce qui concerne les données relatives aux patients que les informations portées à leur connaissance.

Le 3C accède aux informations nécessaires à la réalisation de ses missions dans le respect des organisations en place dans les services des différents établissements et le respect des professionnels de santé.

C'est bien en partenariat au niveau du comité stratégique, et de façon impartiale, que sont analysés les résultats des évaluations et décidés les axes d'amélioration ainsi que les travaux devant être mis en œuvre.

Le 3C s'interroge périodiquement sur son fonctionnement et son organisation procédant ainsi à une auto-évaluation, permettant des réorientations éventuelles décidées en comité stratégique. A cet effet, il est recommandé de mettre en place une grille d'indicateurs de suivi. Quelques indicateurs listés ci-après (liste non exhaustive) sont des exemples d'aide au pilotage pour le 3C. Ces indicateurs peuvent également servir de fondement à une évaluation externe qui peut être menée par exemple par l'ARS.

*Exemples d'indicateurs de suivi de l'organisation et du fonctionnement :*

- *Il existe un programme annuel des actions du 3C : oui / non*
- *Il existe un outil de pilotage et de suivi des missions du 3C : oui / non / de quel type ?*
- *Nombre de réunions réalisées par le 3C ayant donné lieu à un compte rendu diffusé aux personnes concernées / Nombre de réunions réalisées par le 3C dans l'année*
- *Nombre de participations aux réunions 3C - RRC / Nombre total de réunions 3C - RRC de l'année*

---

### **Le 3C est une cellule opérationnelle adossée à un comité stratégique qui :**

- s'adresse aux établissements de santé et aux cabinets libéraux de radiothérapie autorisés à l'activité de soins de 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 (RRC)
  - clairement identifiée au sein des services et des établissements membres du 3C, son fonctionnement est formalisé
  - dispose d'une équipe dédiée qui s'appuie sur un comité stratégique fonctionnel
  - évalue annuellement sa performance (auto-évaluation)
-