



Aide méthodologique pour la mise en place des Centres de Coordination en Cancérologie (3C)

Formalisation et moyens

Validation 16/06/08

La Circulaire du 22 février 2005 sur l'organisation des soins en cancérologie précise le cahier des charges des 3C (annexe 1), mais ne donne pas de directives sur leur mise en place.

L'ACORESCA, à partir de l'expérience des régions Françaises, a fait le point sur les différentes réalisations opérationnelles et propose ici des outils et des pistes de réflexion pour la mise en place et le fonctionnement des 3C.

Ce travail vient en complément des tableaux de bord en cours de définition par l'Institut National du Cancer.

A - Formalisation et organisation

Le 3C est une organisation médicale et, à ce titre, sa création est de la compétence de la Commission Médicale d'Établissement (CME). Son mode d'organisation repose sur des statuts internes à l'établissement qui devront être validés par la CME pour s'imposer à tous. Le 3C peut également concerner plusieurs établissements : dans ce cas, les statuts doivent être validés par les CME respectives.

Le 3C est une structure transversale qui concerne l'ensemble des ressources utilisées pour l'organisation de la cancérologie. Il se compose d'une structure de pilotage qui peut s'appuyer sur une cellule opérationnelle. La structure de pilotage comporte des médecins de chaque spécialité concernée par la prise en charge thérapeutique de la maladie, mais également des personnels infirmiers (dispositif d'annonce...), des professionnels des soins de support (soins palliatifs, prise en charge de la douleur, psychologues, diététiciens, kinésithérapeutes, assistantes sociales...) et des représentants de l'administration des établissements. Cette structure de pilotage a vocation à être sollicitée avant toute décision d'établissement concernant la cancérologie. Son représentant, reconnu par la CME, est l'interlocuteur des instances et du réseau régional.

Le 3C dispose de moyens propres, en personnel et en locaux, financés par les organismes de tutelle.

Voir formalisation-type en annexe 2

La mise en place des 3C nécessite une synergie entre l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et le réseau régional. La reconnaissance des 3C et leur financement par les ARH doivent être en cohérence avec la révision des schémas régionaux d'organisation sanitaire, qui va engager le processus d'autorisation des établissements de santé à traiter des cancers. Le réseau régional doit être consulté par l'ARH pour définir la répartition souhaitable des 3C sur le territoire régional.

B – Périmètre des 3C

La définition du périmètre des 3C est liée à l'organisation régionale des RCP, qui en constitue un élément moteur.

Un établissement de santé proposant les 3 principales modalités de traitement des cancers (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie) peut en toute logique créer un 3C qui lui est propre et y intégrer, selon le contexte local, les établissements voisins qui ne disposent que d'autorisations partielles. En revanche, il ne paraît pas adapté de créer un 3C au sein d'établissements chirurgicaux, si ceux-ci n'organisent pas eux-mêmes leurs RCP.

Dans le cas des 3C inter-établissements, l'organisation du contrôle qualité peut se révéler délicate. En effet, la mise en œuvre de certaines missions des 3C, comme le dispositif d'annonce ou les soins de support, relève spécifiquement des établissements de santé. Chaque établissement membre d'un même 3C désigne alors un correspondant 3C, chargé de veiller au contrôle qualité au niveau de son propre établissement.

C – Liens avec le RRC

La généralisation des 3C apparaît comme une véritable opportunité pour disposer de relais d'information entre les professionnels de santé et le réseau régional, dans les sens ascendant et

descendant : remontée des données du terrain d'une part, diffusion des informations venant du réseau régional via les coordonnateurs de 3C d'autre part.

L'articulation entre le RRC et le 3C est décrite dans le Référentiel National des Réseaux Régionaux de Cancérologie de septembre 2007 (annexe 3). En voici les principaux points :

- travail de collaboration et d'échange : les 3C sont les interlocuteurs privilégiés du réseau régional
- rôle d'animation des 3C par le RRC, en particulier dans le domaine de l'évaluation : **les missions des 3C ne peuvent être menées qu'en partenariat et en cohérence avec le RRC** (qui a une vision globale et transversale de la réalisation de leurs missions)

D – Moyens nécessaires au fonctionnement

Différentes compétences peuvent être retrouvées au sein d'un 3C. Si le responsable de la structure de pilotage, reconnu par la CME, en est l'interlocuteur vis-à-vis des instances, la cellule opérationnelle se charge de la mise en œuvre.

Cette cellule est animée par un professionnel de santé exerçant à temps partiel ou plein, suivant le dimensionnement du 3C, garantissant la validité des données produites par la cellule qualité. La cellule doit être à même de conduire les audits qualité demandés.

Si une mission de coordination ville-hôpital a été confiée au 3C, en l'absence de réseau territorial, la présence de soignants au sein de la cellule opérationnelle d'un 3C est indispensable.

De plus, un secrétariat est indispensable au fonctionnement d'un 3C.

Annexe 1 : extraits de la CIRCULAIRE N° DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie

Cahier des charges des Centres de coordination en cancérologie (3C) – mesure 32 du plan cancer

Il s'adresse aux établissements de santé et aux centres de radiothérapie autorisés en cancérologie.

Missions des 3C

Le terme de 3C a vocation à se substituer à celui d'Unité de Coordination Pluridisciplinaire en Oncologie (UCPO).

Les 3 C seront de véritables cellules qualité opérationnelles, dont les missions sont de :

1. 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. s'assurer de la
 - a. mise en œuvre effective de la **pluridisciplinarité** en organisant et fédérant les RCP, ce qui implique un secrétariat et permet la :
 - i. mise à disposition des fiches RCP
 - ii. 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 ;
 - iii. circulation de l'information médicale : échanges de données et intégration au dossier communiquant de cancérologie
 - iv. réalisation d'audits internes pour vérifier l'enregistrement de tous les dossiers et l'adéquation des dossiers discutés en RCP ;
 - b. mise en place du dispositif d'**annonce** ;
 - c. remise à chaque patient du **programme personnalisé de soins** ;
3. 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. A titre d'exemple la Ligue contre le cancer a défini le cahier des charges des Espaces de Rencontre et d'Information (ERI).
4. produire des informations sur les activités cancérologiques médico-chirurgicales et pharmaceutiques de l'établissement, qui s'appuieront notamment sur :
 - a. les données d'activité PMSI
 - b. les délais d'attente¹
 - c. le suivi de l'utilisation des anticancéreux dans le cadre des bonnes pratiques
 - d. l'accès aux soins de support
 - e. l'accès aux essais cliniques et à l'innovation
 - f. l'évaluation de la satisfaction des patients et des équipes soignantes.

Ces différents éléments seront formalisés par l'établissement sous forme d'objectifs chiffrés lui permettant de mesurer son évolution. Un rapport d'activité annuel standardisé permettra d'analyser les principaux paramètres de la cancérologie dans l'établissement. Il sera précisé par l'institut National du Cancer. Il sera transmis au réseau régional de cancérologie et entrera dans le tableau de bord régional de suivi du plan cancer, permettant à l'ARH et aux instances nationales, Ministère de la santé et Institut national du cancer, de rendre compte de la mise en œuvre du plan cancer.

Mode d'organisation

¹ Les délais d'attente devront constituer un indicateur de suivi prioritaire, donnant lieu à des procédures d'audit et d'analyse des dysfonctionnements en terme organisationnel.

Le terme de 3C recouvre une organisation nouvelle et des missions qualité ; A partir des objectifs attendus, l'organisation retenue relève de l'initiative de chaque établissement.

Le 3C pourra, comme cela a été précisé dans la circulaire, être ;

- spécifique à un établissement
- ou commun à plusieurs établissements
- ou partagé au sein d'un réseau territorial.

Il pourra être mis en œuvre dans une structure disposant de locaux dédiés, mais pourra dans certains cas être porté par une cellule ou un comité de cancérologie, selon la taille des établissements. L'organisation retenue et la réalisation des missions devront par contre faire l'objet d'une validation par la commission ou la conférence médicale.

Composition des 3C

Ils peuvent ainsi être composés de façon variable et adaptés selon la taille, et l'implication des établissements dans la lutte contre le cancer.

A titre d'exemple ils peuvent comprendre des représentants de diverses disciplines : oncologie médicale et radiothérapie, chirurgie, spécialités d'organe, anatomo-pathologie, pharmacie, biologie, imagerie, radiologie interventionnelle, compétences en soins de support ainsi que paramédicaux.

Les 3C seront également ouverts aux médecins généralistes qui le souhaitent.

Ils devront prioritairement bénéficier de renforcement en personnels de secrétariat pour dégager du temps médical et soignant.

Annexe 2 : exemple de formalisation-type de 3C

<p>FORMALISATION DU CENTRE DE COORDINATION EN CANCÉROLOGIE (3C) <i>DU CENTRE HOSPITALIER ...</i></p>

ou nom décrivant l'entité géographique du ou des établissements composant le 3C

Préambule

- Vu le Plan Cancer 2003-2007
- Vu la circulaire n° DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005, relative à l'organisation des soins en cancérologie qui précise que le Plan Cancer prévoit la création d'un Centre de Coordination en Cancérologie (3C)
- Vu le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) 2006-2011 chapitre cancérologie
- Après avis de la Commission Médicale d'Établissement (CME) en date du _____, il est créé, **au Centre Hospitalier _____** : *ou « il est constitué entre les établissements signataires : »*

le Centre de Coordination en Cancérologie (3C) du CH de ou nom particulier

Le 3C étant une organisation médicale, sa création est de la compétence de la (ou des) CME

Article 1 : Composition

- Le 3C représente l'ensemble du personnel médical, soignant, médico-social, administratif, associatif et bénévole impliqués dans la prise en charge du cancer dans l'établissement *ou on peut décrire ici les établissements +/- un Centre de Radiothérapie*

Article 2 : Missions

Le 3C doit s'assurer de :

- La mise à disposition des médecins et des soignants des référentiels, thésaurus et protocoles validés et actualisés par le réseau régional et mettre en place l'audit interne de leur utilisation,
- La mise en œuvre effective de la pluridisciplinarité en organisant et fédérant les RCP, et la réalisation d'audits internes pour vérifier l'enregistrement de tous les dossiers et l'adéquation des dossiers discutés en RCP,
- La mise en place des procédures organisationnelles pour l'utilisation du Dossier Communicant de Cancérologie (DCC),
- La mise en place du dispositif d'annonce,
- La mise à disposition des soins de support pour tous les patients,
- La remise à chaque patient du programme personnalisé de soins,

- Pouvoir informer les patients, les orienter, aider à leur prise de rendez vous, voire obtenir des informations sur leur dossier médical,
- Produire des informations sur les activités cancérologiques médico-chirurgicales et pharmaceutiques de l'établissement,
- L'élaboration d'un rapport d'activité annuel présenté à la CME et remis au réseau régional

Article 3 : Le Représentant du 3C *ou président, ou coordinateur*

Le représentant du 3C est élu par la CME ... *ou sur proposition du 3C pour une durée de...*

Il représente le 3C devant la CME

Il est l'interlocuteur privilégié du réseau régional de cancérologie.

Il convoque la structure de pilotage du 3C, établit l'Ordre du jour et anime les séances.

Il gère le personnel affecté au 3C.

Article 4 : La Structure de Pilotage du 3C *à adapter si plusieurs établissements ou pour le secteur privé*

La structure de pilotage du 3C comprend :

- M. le Directeur de l'établissement ou son représentant (*consultatif*)
- M. le Président de la CME ou son représentant
- Mme la Directrice des Soins ou son représentant
- Les animateurs des RCP
- Le chef de service ou le représentant
 - des services d'oncologie
 - des services ayant une activité de cancérologie
 - du département d'information médicale (DIM),
 - de l'équipe mobile de soins palliatifs et de la consultation anti-douleur,
 - du service de radiologie,
 - du service d'anatomie pathologique et/ou de biologie médicale,
- Le praticien assurant la consultation de tabacologie
- Les pharmaciens responsables de l'unité de reconstitution des cytostatiques
- La secrétaire du 3C (*consultatif*)
- Une Onco-psychologue
- *Etc...*

La structure de pilotage du 3C met en œuvre les missions du 3C. Elle se réunit trois fois par an sur convocation du représentant du 3C. Celui-ci peut inviter toute personne physique ou morale (association par exemple) à participer à ces réunions. Il peut convoquer des réunions exceptionnelles ou restreintes de la structure de pilotage en fonction des sujets à délibérer.

Ces réunions donnent lieu à des comptes-rendus communiqués en CME.

Le 3C est l'interlocuteur de la CME pour ce qui concerne la qualité de l'organisation des soins en cancérologie

Article 5 : Fonctionnement

Le 3C doit disposer d'une cellule opérationnelle avec du temps de secrétariat pour ses activités de coordination, de communication et pour la gestion des RCP.

Des moyens spécifiques, logistiques, techniques et en ressources humaines peuvent être attribués au 3C afin d'assurer son fonctionnement et la mise en œuvre de ses actions par l'Agence Régionale d'Hospitalisation et selon la réglementation en vigueur.

Article 6 : Rapport d'activité

Le représentant du 3C élabore le rapport d'activité du 3C. Après approbation par la structure de pilotage, il le transmet à la CME et au Réseau Régional de Cancérologie.

Ce rapport comporte :

- les données du P.M.S.I. sur l'activité en cancérologie,
- les données d'activités des RCP,
- le nombre de consultations dans le cadre du dispositif d'annonce,
- le suivi de l'utilisation des anti-cancéreux dans le cadre des bonnes pratiques,
- les enquêtes d'évaluation de satisfaction des patients,
- etc...

Article 7 : Validation et amendement des statuts

Les présents statuts entreront en vigueur après validation par le Directeur de l'établissement, le président de la CME et la CME. Leur amendement suit les mêmes modalités.

A , le ,

Signatures :

1- Articulation (du RRC) avec les Centres de coordination en cancérologie

L'articulation entre le RRC et les 3C se réalise à travers :

- un travail de collaboration et d'échange qui se décline principalement sur les volets de la diffusion et de l'utilisation des référentiels régionaux, de l'organisation et du fonctionnement des RCP, de l'information des professionnels et des patients, de l'échanges de données et de leur intégration au DCC, d'informations sur les activités cancérologiques. Les 3C sont ainsi les interlocuteurs privilégiés du RRC.

- un rôle d'animation des 3C par le RRC, en particulier dans le domaine de l'évaluation par le biais d'audits « qualité », par exemple sur l'utilisation des référentiels ou l'organisation des RCP. Dans ce domaine notamment, le RRC s'attachera à favoriser la communication et l'interfaçage entre les différents 3C de la région. Les missions des 3C ne peuvent être menées qu'en partenariat et en cohérence avec le RRC qui a une vision globale et transversale de la réalisation de leurs missions.

Deux points d'interface autour des RCP sont centraux pour la qualité des pratiques :

- l'application du critère de discussion des dossiers (les référentiels constituant ainsi le critère de discussion des dossiers en fonction de leur classement : standard ou non) ;

- l'organisation des RCP territoriales. En lien avec les 3C, qui en sont les responsables, le RRC s'assure de la bonne organisation des RCP territoriales, premiers niveaux de discussion des cas cliniques, et de leur adéquation aux recommandations.

Afin de limiter les déplacements des praticiens participant aux RCP, l'utilisation de la visioconférence doit être fortement encouragée.

Le réseau régional identifie l'ensemble des RCP et les répertorie sous forme d'un annuaire. Il porte cette information à la connaissance des professionnels de santé et des patients (cf. p.6 "Information sur l'offre de soins régionale").