



NOVEMBRE 2016

APPUI À LA DÉCISION

# ÉVOLUTION DES MISSIONS DES RÉSEAUX RÉGIONAUX DE CANCÉROLOGIE

[e-cancer.fr](http://e-cancer.fr)



Agence sanitaire et scientifique de référence sur le cancer, l'Institut national du cancer est chargé de coordonner les actions de lutte contre le cancer. À ce titre, il exerce notamment les missions suivantes (Loi du 9 août 2004, article L 1415-2 du code de la santé publique) :

- Évaluation du dispositif de lutte contre le cancer ;
- Désignation d'entités et d'organisation dans le domaine de la lutte contre le cancer ;
- Réalisation, à la demande des ministres intéressés, de toute expertise relative à la cancérologie et à la lutte contre le cancer.

Ce rapport s'inscrit dans les objectifs et actions du Plan cancer 2014-2019 visant à « optimiser les organisations pour une plus grande efficacité » (Objectif 16) :

Action 16.4 : Garantir à l'ARS un appui régional fort dans le champ de la cancérologie en misant sur le rapprochement des structures :

- Conforter le rôle d'appui auprès des ARS. À la lumière de leur évaluation, actualiser leur missions et leurs articulations avec les acteurs de proximité.

Action 16.5 : Structurer l'organisation territoriale de proximité autour de l'objectif de continuité et de globalité des parcours de prise en charge.

Ce document doit être cité comme suit : © Évolution des missions des Réseaux régionaux de cancérologie, collection appui à la décision, INCa, novembre 2016.

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 ; (3) leur source et la date de leur dernière mise à jour sont mentionnées.

Ce document est téléchargeable sur [e-cancer.fr](http://e-cancer.fr)

## COORDINATION ET RÉDACTION DU RAPPORT

**Émilie Bernat**, chef de projets au département Organisation et parcours de soins, Pôle Santé publique et soins, Institut national du cancer

## CONTRIBUTION ET VALIDATION DU RAPPORT

**Dr Claudia Ferrari**, responsable du département Organisation et parcours de soins, pôle Santé publique et soins, Institut national du cancer

**Catherine Morin**, adjointe au directeur du pôle Santé publique et soins, Institut national du cancer

**Dr Jérôme Viguier**, directeur du pôle Santé publique et soins, Institut national du cancer

## PERSONNES CONSULTÉES

### Bureau de l'Association des coordonnateurs des réseaux de cancérologie (Acoresca)

- Dr Eric Bauvin, président de l'Acoresca, médecin coordonnateur du réseau régional de cancérologie de Midi-Pyrénées, ONCOMIP
- Dr Fabienne Empereur, secrétaire de l'Acoresca, médecin coordonnateur du réseau régional de cancérologie de Pays de la Loire, ONCOPL
- Dr Claire Morin-Porchet, trésorière de l'Acoresca, coordonnateur du réseau régional de cancérologie de Poitou-Charentes ONCO Poitou-Charentes
- Sylvie Pelletier, vice-présidente de l'Acoresca, coordonnatrice réseau territorial ONCO28

### Conférence des Présidents des réseaux régionaux de cancérologie

- En remplacement de Mr Gilly : Dr Fadila Farsi, médecin coordonnateur du réseau régional de cancérologie de Rhône Alpes, Espace santé cancer Rhône Alpes
- En remplacement de Mr May : Dr Isabelle Klein, médecin coordonnateur du réseau régional de cancérologie de Lorraine, ONCOLOR

### Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

- Christine Bronnec, adjointe à la sous-direction de la régulation de l'offre de soins, DGOS
- Frédérique Collombet-Migeon, chargée de mission Plan cancer au bureau des plateaux techniques et des prises en charge hospitalières aiguës (R3), DGOS
- Deborah Cvetojevic, cheffe du bureau des plateaux techniques et des prises en charge hospitalières aiguës (R3), DGOS
- Muriel Rabord, chargée de mission Plan cancer au bureau des plateaux techniques et des prises en charge hospitalières aiguës (R3), DGOS

### Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales

- Dr Elisabeth Fery-Lemonnier, chargée de mission auprès du secrétaire général des ministères sociaux

### Agences régionales de santé (Groupe interface élargi sur le Plan cancer)

- Lauriane Bruet, ARS Bourgogne
- Dr Gwendoline De Guenyveau, ARS Pays de Loire
- Dr Véronique Drouglazet, ARS Ile-de-France
- Aurélie Huriaux, ARS Franche Comté

- Dr Béatrice Jacqueme, ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur
- Dr Danièle Legrand, ARS Ile-de-France
- Dr Marie-Hélène Pietri-Zani, ARS Corse
- Florie Raffe, ARS Bourgogne
- Dr Jean-Paul Romarin, ARS Languedoc-Roussillon
- Dr Philippe Vagner, ARS Languedoc-Roussillon

#### **Institut national du cancer (INCa)**

- Stéphanie Besnard, chef de projets du département Recommandations, Direction des recommandations, du médicament et de la qualité de l'expertise
- Dr Philippe-Jean Bousquet, responsable du département Observation, Veille et Évaluation, Pôle santé publique et soins
- Dr Jeanne-Marie Brechot, responsable de projets au département Organisation et parcours de soins, Pôle santé publique et soins
- Frédérique Buffaut, responsable de projets au département Observation, Veille et Évaluation, Pôle santé publique et soins
- Gilles Chantôme, chef de projets au département Observation, Veille et Évaluation, Pôle santé publique et soins
- Evelyne Fournié, responsable de projets au département Organisation et parcours de soins, Pôle santé publique et soins
- Cécile Henry, chef de projets, Pôle santé publique et soins
- Odile Jullian, chargée de projets au département Dépistage, Pôle santé publique et soins
- Laurence Loupiac, responsable du Service juridique
- Frédérique Nowak, responsable du département Biologie, transferts et innovations, Pôle Recherche et innovation

# Table des matières

<b>1. Contexte</b>	6
<b>2. Méthodologie</b>	7
2.1 Analyse documentaire	7
2.2 Construction et concertation avec les parties prenantes	8
2.3 Référentiel des missions	8
<b>3. Constats et orientations</b>	9
<b>4. Missions</b>	12
<b>Axe I</b> : Contribuer à la coordination de l'organisation régionale en cancérologie et à sa lisibilité	12
<b>Axe II</b> : Promouvoir la qualité et la sécurité des prises en charge des patients atteints de cancers	17
<b>Axe III</b> : Développer l'expertise et l'expérimentation de projets communs innovants et accompagner les évolutions de l'offre de soins	24
<b>Axe IV</b> : Informer et former les acteurs sur le parcours de santé en cancérologie	25
<b>5. Évolution du schéma organisationnel régional</b>	28
<b>6. Conduite du changement</b>	32
6.1 Statut juridique	32
6.2 Budget et personnels RRC	33
6.3 Procédure de labellisation des RRC	36
6.4 Évolution organisationnelle et accompagnement des acteurs	37
<b>7. Conclusion</b>	38
<b>ANNEXES</b>	39
<b>Annexes 1.</b> Évaluation de l'atteinte des missions et objectifs confiés aux réseaux régionaux de cancérologie dans le cadre de la procédure de reconnaissance INCa – tableaux de suivi d'activité	39
<b>Annexe 2.</b> Démarches qualité mises en œuvre par les RRC sur les RCP, le PPS et les soins de support	56
<b>Annexe 3.</b> Procédure de labellisation des référentiels et des recommandations de bonnes pratiques cliniques en cancérologie	58
<b>Annexe 4.</b> Nombre d'actions de formation mises en œuvre par les RRC en 2014	60
<b>Annexe 5.</b> Synthèse des missions des RRC	61
<b>Annexe 6.</b> Rééquilibrage des dotations FIR aux RRC et modélisation de la MIG 3C	70
<b>Annexe 7.</b> Répartition par profils des ETP employés ou mis à disposition par les RRC	72

# 1. CONTEXTE

Le premier Plan cancer a permis la mise en place à l'échelon régional des réseaux régionaux de cancérologie (RRC) et au niveau local des centres de coordination en cancérologie (3C), qui ont fortement contribué au développement de la coordination des acteurs de santé et à l'amélioration continue des pratiques professionnelles. À travers leurs missions, ces structures ont concouru à faire progresser la qualité et la sécurité des prises en charge en cancérologie.

Le réseau régional de cancérologie, en tant que structure de coordination, fédère l'ensemble des institutions et professionnels prenant en charge des patients atteints de cancer. Il assure ses missions en lien avec les 3C, cellules qualité locales. Les établissements de santé doivent d'ailleurs être membres d'un réseau de cancérologie pour être autorisés à pratiquer les traitements du cancer. Le RRC tire ainsi sa légitimité de la participation active des acteurs de terrain à ses travaux et fait le lien entre eux et les tutelles nationales et régionales.

Interlocuteurs privilégiés des Agences régionales de santé (ARS) pour le cancer, les réseaux régionaux de cancérologie ont vocation à devenir de plus en plus une structure d'appui pour les ARS dans chaque région. Par ailleurs, l'organisation des RRC évoluera en cohérence avec la réforme territoriale et la fusion des régions.

En cohérence avec les orientations de la stratégie nationale de santé et les dispositifs portés par la loi de modernisation de notre système de santé, les évolutions des modes de prise en charge des cancers conduisent à interroger l'adéquation des missions et du positionnement des RRC et des 3C pour une plus grande efficacité de l'offre proposée.

Ainsi, les objectifs du Plan cancer 2014-2019 portent une évolution de ces structures visant à :

- Renforcer l'appui apporté aux ARS pour le pilotage régional de la lutte contre le cancer ;
- Décloisonner les parcours de santé, du diagnostic à l'après cancer ;
- Harmoniser les pratiques et améliorer la qualité des prises en charge ;
- Optimiser les organisations pour une efficacité accrue du dispositif et de l'utilisation des moyens.

Au titre de ses missions de coordination des actions de lutte contre le cancer confiées par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique et son rôle de pilotage technique et d'animation des structures en cancérologie rappelé par le Plan cancer 2014-2019<sup>1</sup>, l'INCa est chargé d'élaborer des propositions pour faire évoluer, en lien avec la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), le référentiel des missions des réseaux régionaux de cancérologie à partir des missions initialement définies par les circulaires de 2005 et 2007<sup>2</sup>.

Ces propositions doivent permettre de clarifier les missions et les échelons d'intervention des RRC et 3C et faire évoluer leurs périmètres d'actions et leur organisation, afin d'améliorer leur fonctionnement et la lisibilité pour les acteurs et la population dans une logique d'efficacité.

Le nouveau référentiel des missions devrait être publié courant 2016 après concertation avec les directeurs généraux des ARS.

---

<sup>1</sup> Objectif 16 du Plan cancer 3 – Actions 16.2 et 16.4

<sup>2</sup> Circulaire DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie et circulaire DHOS/CNAMTS/INCA/2007/357 du 25 septembre 2007 relative aux réseaux régionaux de cancérologie

## 2. MÉTHODOLOGIE

Pour mener à bien ses travaux, l'INCa s'est appuyé d'une part sur une analyse documentaire à partir des sources disponibles, d'autre part sur un travail de construction et de concertation avec les parties prenantes du dispositif.

### 2.1 Analyse documentaire

Les travaux ont été conduits à partir de différentes sources étudiées pour documenter les thématiques de travail.

#### Enjeux et orientations stratégiques :

- Recommandations pour le troisième Plan cancer, rapport remis par le Professeur Jean-Paul Vernant, juillet 2013 ;
- Contributions des Agences régionales de santé (ARS) sur l'évolution des organisations et structures régionales en cancérologie : réponses au questionnaire adressé le 4 décembre 2013 pour la préparation du troisième Plan cancer ;
- Plan cancer 2014-2019, en particulier l'objectif 16 « Optimiser les organisations pour une plus grande efficacité » ;
- Feuilles de route régionales élaborées par les ARS pour décliner le Plan cancer 2014-2019 ;
- Évaluation de 10 ans de politique de lutte contre le cancer 2004-2014, Haut conseil de santé publique (HCSP), 2016<sup>3</sup>.

#### Analyse de l'activité des RRC et des 3C et évaluation au regard de leurs missions :

- Évaluations par l'INCa et les ARS pour le renouvellement de la reconnaissance des RRC ;
- Tableaux de suivi d'activité des RRC ;
- Enquête « Tableaux de bord RRC » 2015 ;
- Enquête « Tableaux de bord 3C » 2015.

L'analyse des tableaux de suivi d'activité des RRC et des données de l'enquête « Tableaux de bord RRC » 2015 a permis d'évaluer la réalisation de leurs missions et a contribué à l'identification de celles qui nécessitaient d'être confortées ou développées dans le référentiel.

#### Autres documents pris en compte :

L'élaboration du référentiel des missions des RRC a pris en compte les documents de référence suivants :

- Les circulaires relatives aux RRC et 3C :
  - DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie,
  - DHOS/CNAMTS/INCA/2007/357 du 25 septembre 2007 relative aux réseaux régionaux de cancérologie.
- La procédure de labellisation des référentiels et des recommandations de bonnes pratiques cliniques en cancérologie publiée<sup>4</sup> (cf. annexe 1) ;
- L'instruction de 2016 relative au déploiement du Dossier communicant de cancérologie (DCC) sur l'ensemble du territoire qui doit être accompagné par les réseaux régionaux de cancérologie<sup>5</sup> ;
- La réponse à la saisine relative à l'évolution de l'organisation du dispositif de dépistage des cancers.

<sup>3</sup> Évaluation de 10 ans de politique de lutte contre le cancer 2004-2014, HCSP, 2016

<sup>4</sup> Procédure élaborée par l'INCa (direction des recommandations, du médicament et de la qualité de l'expertise) et publiée au bulletin officiel « Santé - Protection sociale - Solidarité » du 15 décembre 2015

<sup>5</sup> Instruction N° SG/2016/109 du 5 avril 2016 relative à l'actualisation pour 2017 de la cible du système d'information du dossier communicant de cancérologie (DCC).

## 2.2 Construction et concertation avec les parties prenantes

La méthodologie de travail et les premières pistes de réflexion envisagées par l'INCa ont été présentées à la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) le 9 avril 2015.

Parallèlement, le dialogue avec les parties prenantes du dispositif a été mené en deux phases et les acteurs de la cancérologie ont été tenus informés (cf. Liste des personnes rencontrées pages 3-4).

### 1ère phase : ciblage et définition des nouvelles missions des RRC

Afin de cibler et de définir les nouvelles missions des RRC par rapport au référentiel de 2007, l'INCa a échangé à plusieurs reprises avec les réseaux :

- avec le groupe de travail « missions » de l'Association des coordonnateurs des réseaux de cancérologie (Acoresca) à plusieurs reprises entre avril et juin 2015. Ce groupe a remis sa contribution à l'INCa en juin 2015 ;
- avec 9 RRC volontaires lors d'une réunion de travail le 19 juin 2015 sur trois thématiques : la formation, l'évaluation et les soins de support ;
- avec les RRC d'Outre-mer lors d'un atelier dédié le 18 février 2015 pour échanger sur les spécificités de ces territoires ;
- lors du séminaire national INCa/RRC le 8 juillet 2015 regroupant les présidents et coordonnateurs des réseaux.

### 2ème phase : concertation avec les parties prenantes

La concertation s'est faite notamment avec :

- les Agences Régionales de Santé (ARS) : lors d'un atelier de travail le 16 septembre avec le groupe interface des ARS élargi à 3 autres régions, et le Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS). Les échanges ont porté sur les missions (pertinence et formulation) ainsi que sur la gouvernance et la future procédure de labellisation des RRC. Une réunion dédiée aux missions des centres de coordination en cancérologie (3C) s'est tenue avec le groupe interface des ARS le 23 novembre 2015. Cette action du Plan cancer doit en effet être co-construite avec les ARS.
- le bureau de l'Acoresca : la réunion du 11 septembre 2015 a permis de finaliser la formulation de certaines missions mais également de définir les modalités de sollicitation des RRC ; une seconde réunion d'échanges sur les missions s'est tenue le 9 décembre 2015. D'autres réunions sont programmées en 2016.

### Information des acteurs

- L'état d'avancement des travaux a été présenté au Comité des usagers et des professionnels (Comup) de l'INCa lors de la réunion du 29 septembre 2015.
- L'INCa a présenté le projet d'évolution des missions au congrès national des réseaux de cancérologie le 1er octobre 2015 à Amiens. Ce sujet fera l'objet d'un atelier lors du prochain CNRC le 30 septembre 2016.
- L'évolution des missions des RRC et des 3C a fait l'objet de plusieurs échanges avec les fédérations hospitalières, notamment lors de la réunion rassemblant des représentants de la FHF cancer, d'Unicancer, de la FHP et de la Fehap avec l'INCa le 10 juin 2015 et au cours des réunions bilatérales avec ces fédérations au premier semestre 2016.

## 2.3 Référentiel des missions

Ce rapport présente les propositions élaborées par l'INCa à l'issue de l'analyse documentaire et de la consultation des parties prenantes, pour la définition du référentiel des missions des RRC. Ce référentiel sera établi en lien avec la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et après concertation avec les directeurs généraux des ARS.



### 3. CONSTATS ET ORIENTATIONS

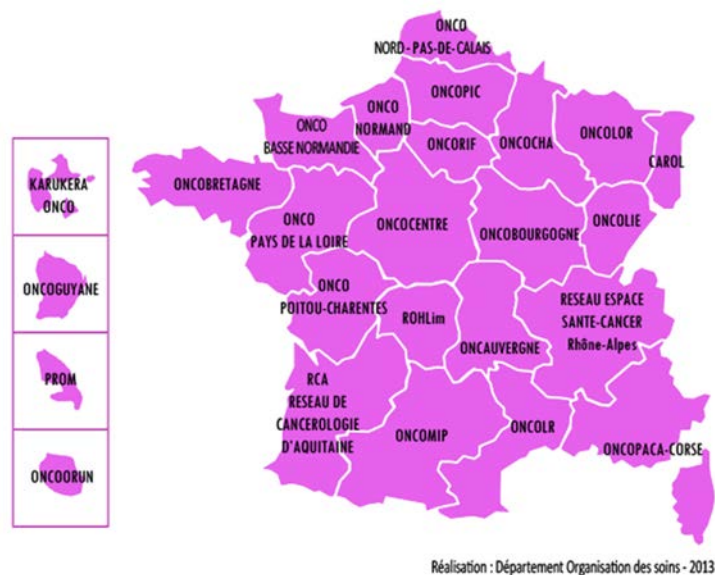
Pour répondre à l'impératif de coordination des acteurs dans la prise en charge des patients atteints de cancer, le réseau régional de cancérologie a été identifié comme une organisation pivot dans le champ sanitaire.

La circulaire DHOS/CNAMTS/INCA/2007-357 du 25 septembre 2007 définit les missions des RRC comme suit :

1. La promotion et l'amélioration de la qualité des soins en cancérologie, comprenant la diffusion auprès des professionnels de santé des recommandations pour la bonne pratique clinique en cancérologie ;
2. La promotion d'outils de communication communs au sein de la région, principalement le dossier communicant de cancérologie (DCC) ;
3. L'information des professionnels de santé, des patients et de leurs proches ;
4. L'aide à la formation continue des professionnels de santé ;
5. Le recueil des données relatives à l'activité de soins cancérologiques et l'évaluation de la qualité des pratiques en cancérologie.

L'ensemble des régions françaises est actuellement couvert par un réseau régional de cancérologie (cf. fig.1) et chacun d'entre eux a fait l'objet d'une procédure de reconnaissance par l'INCa en lien avec les Agences régionales de santé. Certains RRC ont un champ d'intervention limité à un département-région (tels que les RRC d'Outre-mer), et un réseau est positionné à un niveau interrégional (réseau ONCOPACA-Corse).

**Fig 1** : Carte des 25 RRC reconnus en 2013 (source : INCa)



Conformément à la circulaire de 2007, les RRC coordonnent les acteurs de la cancérologie dans chaque région en mettant en œuvre leurs missions. Ils s'articulent notamment avec les centres de coordination en cancérologie (3C).

Le cahier des charges des 3C fixé par la circulaire DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie, définit ces structures comme des cellules qualité opérationnelles dont les missions sont :

- la mise à disposition des médecins et des soignants des référentiels de bonnes pratiques ;
- l'organisation des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) et la gestion de leur secrétariat ;
- l'information et l'orientation des patients ;
- la production d'informations sur l'activité de cancérologie des établissements de santé.

Au nombre de 260, les 3C se sont organisés de façon hétérogène tant sur le plan de leur structure juridique et de leurs moyens, que sur leur périmètre d'intervention. À titre d'exemple, 62 % des 3C sont en coordination inter-établissements<sup>6</sup>. De plus, le manque de lien formalisé entre le RRC et le 3C a rendu parfois difficile un travail concerté entre le niveau régional et infrarégional. Ainsi, dans certaines régions, le RRC rencontre des difficultés à consolider le recueil d'informations sur l'activité de soins et la qualité des pratiques faute de transmission exhaustive par les 3C.

Les 3C sont portés par différents types de structure juridique : structure rattachée à un établissement de santé (33 %) ou à un ensemble d'établissements (24 %), association (24 %), groupement de coopération sanitaire (7 %), établissements de santé privés d'intérêt collectif (4 %). Le type de personnel et de contrat de travail est donc hétérogène sur le territoire.

L'équipe des 3C est composée à 63 % d'une à 4 personnes et en moyenne 5,2 personnes font partie de l'équipe du 3C. La taille des équipes peut être jugée insuffisante et pourrait fragiliser la mise en place des missions dédiées. De plus, certains 3C sont actuellement portés par un réseau territorial ce qui peut questionner la capacité d'assurer à la fois les missions dédiées aux 3C et celles de coordination de la prise en charge de patients sur le terrain.

Les données d'évaluation à disposition de l'INCa montrent que tous les établissements de santé n'ont pas encore mis en œuvre l'ensemble des mesures transversales de qualité définies par les critères d'agrément et la mise en place de démarches qualité reste inégale.

Les résultats de l'enquête menée en 2015 auprès des 3C rapportent les éléments suivants. L'organisation et le secrétariat des RCP représentent la plus grande part d'activité des 3C, puis viennent ensuite l'évaluation et audits de pratiques, le recueil de données de l'activité des établissements et la mise en place d'actions d'amélioration de la qualité.

Les trois quarts des 3C évaluent au moins une fois par an la qualité des RCP mais ils ne sont que 42 % à évaluer la conformité de la prise en charge des patients par rapport aux décisions de RCP. Dans le cadre de l'amélioration de la qualité, les 3C mettent en place des actions correctives sur de nombreux dispositifs. Cependant des efforts doivent être accomplis pour la transmission du programme personnalisé de soins (PPS) au médecin traitant, la remise du programme personnalisé de l'après cancer (PPAC) au patient et pour la transmission du PPAC au médecin traitant.

L'enquête « tableaux de bord 3C » 2015 apporte également des éléments sur la mise en œuvre des mesures de qualité transversale.

- Le dispositif d'annonce est mis en place par 71 % des 3C et 18 % indiquent qu'il n'est que partiellement mis en place.
- La consultation médicale et la consultation soignant sont respectivement mises en place par 67 % et 77 % des 3C.

---

<sup>6</sup> Enquête « Tableaux de bord 3C » 2015 – INCa

- 52 % des établissements utilisent préférentiellement leur propre trame du PPS, 42 % celui proposé par le 3C et 14 % celle proposée par le RRC.
- 75 % ont formalisé un document d'information sur les soins de support et 62 % mettent à disposition des professionnels de santé un référentiel sur ce sujet.

Différentes démarches qualité sont mises en œuvre par les 3C qui portent principalement sur les RCP et le dispositif d'annonce. Viennent ensuite le PPS, les soins de support, les référentiels, etc.

Le rapport d'évaluation de 10 ans de politique de lutte contre le cancer du HCSP souligne d'importantes différences selon les régions dans la mise en place des différents dispositifs de coordination des acteurs. Le HCSP interroge la superposition d'institutions, telles que 3C, RRC, etc. chargées de la coordination des acteurs, de l'observation et de l'évaluation des pratiques, du contrôle qualité, et de la production et de la diffusion de référentiels cliniques. Il pointe le fait que certains acteurs de terrain évoquent un effet « millefeuille » et une confusion des rôles. Enfin, le HCSP questionne l'utilité et la légitimité du maintien à l'intérieur de l'hôpital du dispositif qualité tel que le 3C spécifique au cancer.

Néanmoins, les RRC et les 3C ont largement contribué au développement de la coordination des acteurs de santé et à l'amélioration continue des pratiques professionnelles en cancérologie. Leurs missions et leurs liens doivent à présent être clarifiés pour renforcer l'efficacité du dispositif.

Par ailleurs, la coordination des organisations de prises en charge spécifiques, telles que la cancérologie pédiatrique et l'oncogériatrie qui ont été structurées par les deux premiers Plans cancer, doit être questionnée dans le cadre de l'évolution globale des structures de coordination en réponse aux impératifs de simplification et de lisibilité. Il convient de distinguer, parmi les missions qu'elles exercent, celles qui relèvent de la coordination des acteurs de celles de coordination de la prise en charge des patients, tout en respectant l'objectif d'efficacité et de lisibilité.

De plus, l'évolution des modes de prise en charge des cancers pose des exigences nouvelles en termes d'amélioration des interfaces entre l'hôpital et la ville. En effet, la bonne orientation des patients dès le diagnostic et l'accès rapide aux traitements innovants constituent désormais des enjeux majeurs pour éviter les pertes de chance et rendre plus fluide le parcours des patients.

Ainsi, dans un contexte de moyens contraints, un nouveau positionnement des RRC émerge pour apporter un appui fort à l'Agence régionale de santé dans le domaine du cancer. Ce positionnement est clairement conforté dans les feuilles de route des ARS qui identifient les RRC comme structures d'appui en leur confiant, déjà actuellement, la coordination de nombreuses actions destinées à fluidifier le parcours de santé et de soins des personnes atteintes de cancer.

C'est pourquoi, une nouvelle étape doit être franchie pour mettre en adéquation les missions des RRC avec ces besoins dans une logique d'efficacité et de lisibilité.

L'ensemble de ces constats et de ces orientations a guidé la réflexion sur l'évolution des missions et du périmètre d'intervention des réseaux régionaux de cancérologie afin de conforter l'appui des RRC aux ARS tout en renforçant leur rôle auprès des établissements et des professionnels de santé :

- confier aux RRC une mission de coordination de l'offre de prise en charge en cancérologie incluant les dispositifs d'oncogériatrie et de cancérologie pédiatrique ;
- simplifier et clarifier les organisations régionales et territoriales en faisant évoluer les 3C ;
- développer les interfaces entre le RRC et les autres structures en cancérologie, notamment les structures de gestion du dépistage et les canceropôles.

## 4. MISSIONS

Au regard de l'analyse de la réalisation de leurs missions actuelles et des orientations qui sous-tendent leur évolution (cf. Annexe 1), il est proposé de redéfinir les nouvelles missions des réseaux régionaux de cancérologie selon 4 axes :

- contribuer à la coordination et à la lisibilité de l'organisation régionale en cancérologie ;
- promouvoir la qualité et la sécurité des prises en charge des patients atteints de cancers ;
- développer l'expertise et l'expérimentation de projets communs innovants et accompagner les évolutions de l'offre de soins ;
- informer et former les acteurs sur le parcours de santé en cancérologie.

Les principales évolutions des missions des RRC portent sur les éléments suivants :

- leur positionnement porté par le Plan cancer comme de véritables structures d'appui et d'expertise en cancérologie auprès des ARS et des professionnels de santé ;
- l'intégration de certaines missions des centres de coordination en cancérologie ;
- un rôle renforcé des RRC dans les champs de l'oncogériatrie et de la cancérologie pédiatrique.

Le référentiel comportera des missions socles (identiques et imposées à tous) et des missions complémentaires qui pourront être ajustées par les ARS en fonction des besoins du territoire et des ressources spécifiques allouées.

Toutefois, certains principes généraux de fonctionnement sont communs à l'ensemble des RRC ; ces principes sont les suivants :

- les différentes dimensions de la prise en charge sont à prendre en compte par les RRC dans l'ensemble de leurs missions, et des interfaces doivent être établies avec les acteurs du parcours de santé (prévention, dépistage, traitement du cancer ou soins de support) ;
- les RRC devront s'attacher à associer davantage les usagers et les patients dans la mise en œuvre de leurs missions. S'agissant de la gouvernance, il est souhaitable que les usagers soient représentés au sein des instances du réseau dans une logique de démocratie sanitaire ;
- chaque réseau veillera à s'assurer de l'indépendance des experts en mettant en place un dispositif d'analyse des déclarations publique d'intérêts (DPI) conformément aux dispositions de la Loi n°2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé et son décret d'application du 9 mai 2012.

### **Axe I : Contribuer à la coordination de l'organisation régionale en cancérologie et à sa lisibilité**

Les réseaux régionaux de cancérologie ont été créés pour développer les liens entre les professionnels de santé et favoriser l'amélioration continue des pratiques (missions définies par la circulaire du 25 septembre 2007). Ils jouent désormais un rôle majeur dans la coordination des acteurs de la prise en charge en cancérologie, qui doit être renforcé et clairement inscrit dans leurs missions pour répondre aux enjeux d'accès aux soins et de continuité des parcours.

#### **I.1 – Renforcer la lisibilité de l'organisation de l'offre de soins en cancérologie pour les patients, les professionnels, en appui des tutelles régionales et nationales, afin de faciliter l'équité d'accès aux soins. (Mission renforcée)**

Conformément à la circulaire du 25 septembre 2007, les réseaux régionaux de cancérologie sont un outil d'information sur l'organisation de l'offre de soins en cancérologie. Ils répondent à cet objectif notamment à travers leur site internet et en produisant des documents et supports destinés aux

professionnels et aux patients. Au regard des enjeux actuels liés à l'évolution des modes de prise en charge des cancers, il est attendu des RRC qu'ils contribuent à rendre lisible l'offre de soins en cancérologie afin de faciliter l'orientation des patients et leur accès aux soins et améliorer la continuité des parcours pendant et après le cancer.

La prise en charge en cancérologie doit en effet pouvoir s'appuyer sur une offre de soins lisible, qui permet de fluidifier le parcours des patients à ses différentes étapes : accès initial aux soins, traitements et accès si nécessaire à des techniques et prises en charge spécialisées, soins de support, accompagnement des patients. L'enjeu est également de valoriser les actions de lutte contre le cancer mises en place par les acteurs de la prévention afin de réduire les inégalités et les pertes de chance dans l'accès à la prévention.

Par ailleurs, l'accès à la préservation de la fertilité, garanti par les lois de bioéthique, n'est pas effectif aujourd'hui pour tous les patients concernés atteints de cancer. Ainsi, il importe notamment d'assurer un égal accès de ces patients aux plateformes clinico-biologiques de préservation de la fertilité et ce sur tout le territoire.

S'il existe aujourd'hui une offre importante de consultations d'oncogénétique développée par les précédents Plans cancer sur l'ensemble du territoire et dont le maillage territorial est à renforcer, il apparaît nécessaire de s'assurer que l'ensemble des patients, justifiant d'être adressés à une consultation spécialisée, y ont bien recours.

Ainsi, les ARS doivent pouvoir mobiliser les RRC pour concevoir des supports d'information adaptés et diffuser ces informations au plus près des professionnels et des patients, en réalisant si besoin des enquêtes auprès des structures de prise en charge et des professionnels.

L'objectif de cette mission est de contribuer à améliorer la lisibilité de l'offre par :

- Une description générale de l'offre de soins en cancérologie, notamment à l'attention des acteurs du 1er recours afin de faciliter l'accès initial aux soins, en considérant les différentes populations prises en charge. Il s'agit également d'aider à l'identification des professionnels pour accéder à un second avis spécialisé de prise en charge d'un cancer.
- Une description plus fine de l'offre notamment spécialisée comprenant l'identification des organisations spécifiques en place telles que les réseaux pour cancers rares, les plateaux techniques particuliers, les RCP de recours, etc.
- Une description des soins oncologiques de support disponibles, incluant l'offre hospitalière et libérale assurée par les professionnels du premier et deuxième recours.
- Une description des organisations permettant l'accès aux techniques de préservation de la fertilité et aux consultations d'oncogénétique.
- Une description de l'offre de soins pour les patients âgés atteints de cancer, ainsi que pour les enfants, adolescents et jeunes adultes atteints de cancer.

Pour assurer cette mission, les RRC mettent à jour régulièrement leur site internet sur l'offre de soins en cancérologie et les actions mises en œuvre dans la région dans les différents champs de la cancérologie, de la prévention à l'après-cancer. Le site doit contenir des informations validées et actualisées accessibles à tous.

## **I.2 – Participer à la coordination de l'intervention et à l'animation des différents acteurs de soins en cancérologie. (Mission nouvelle)**

Le référentiel de 2007 confie au RRC un rôle de coordination des acteurs de la cancérologie et identifie les partenaires avec lesquels le réseau doit s'interfacer, notamment les réseaux de santé dans la région.

Cette mission de coordination des RRC est prévue par le Plan cancer 2014-2019 notamment à travers leurs articulations avec les acteurs de proximité tels que les médecins généralistes et les professionnels de l'équipe de soins de premier recours. Le but est de favoriser la mobilisation des ressources pertinentes dans une réponse graduée à la diversité des prises en charge.

- En lien avec les ARS, les RRC participent à l'organisation de l'intervention des différents acteurs, notamment au niveau territorial : professionnels de santé de ville, réseaux territoriaux de santé, structures d'hospitalisation à domicile, prestataires de santé à domicile, etc.
- De plus, les RRC établissent des liens avec les plateformes territoriales d'appui (PTA), dispositif prévu par la Loi de modernisation de notre système de santé. En effet, les PTA ayant vocation à rassembler les fonctions d'appui territoriales, les RRC doivent s'appuyer sur ce dispositif et sur les acteurs associés, notamment au niveau de leurs éventuelles antennes territoriales. Les PTA leur permettent également d'être plus en lien avec les médecins généralistes et les acteurs du premiers recours. Ceci contribuera à renforcer l'implication des RRC dans la coordination ville/hôpital portée par le Plan cancer 2014-2019. Les RRC et PTA s'articulent notamment en termes d'information et d'orientation vers les ressources sanitaires, sociales, et médico-sociales du territoire ainsi qu'en termes d'appui aux pratiques professionnelles.

Dans ce cadre, l'animation des acteurs de la cancérologie au niveau régional et leur réflexion concertée autour des grands enjeux de l'offre de soins s'avèrent essentiels. Les RRC contribuent à cette démarche pilotée par les ARS de plusieurs manières :

- En premier lieu, lors des « temps forts » de la dynamique de concertation régionale que constituent l'élaboration du projet régional de santé et sa déclinaison territoriale. Les RRC interviennent, en appui des ARS, pour organiser la concertation des acteurs de la cancérologie et conduire une démarche partagée de diagnostic territorial, d'analyse des organisations et de proposition d'actions ;
- En dehors de ces échéances, autour de sujets transversaux intéressant les acteurs. Les RRC ont vocation à organiser et animer des réunions d'échanges et de concertation pouvant nourrir des propositions ou des contributions destinées à l'ARS ou aux pilotes nationaux.

## **I.3 – Renforcer le rôle des RRC dans les champs de l'oncogériatrie et de la cancérologie pédiatrique (Mission nouvelle)**

Au-delà des organisations hospitalières interrégionales de recours en cancérologie pédiatrique (OIR), il existe des réseaux régionaux de cancérologie pédiatrique chargés de l'organisation de la prise en charge.

Les réseaux régionaux de cancérologie pédiatrique et les dispositifs de coordination en oncogériatrie étaient cités comme membres potentiels du RRC dans la circulaire de 2007.

Dans plusieurs régions, les financements dédiés aux Unités de coordination d'oncogériatrie (UCOG) et aux réseaux régionaux de cancérologie transitent par le RRC. De ce fait, des liens étroits se sont créés entre les RRC et ces structures. De plus, dans certaines régions, les réseaux régionaux de canceropédiatrie et/ou les UCOG sont intégrés au RRC (par exemple : Pays de la Loire, Midi Pyrénées, Centre).

En réponse aux objectifs d'amélioration de la lisibilité de l'offre et de l'efficacité des organisations, la structuration actuelle en OIR et en UCOG devrait évoluer. En effet, certaines missions confiées à ces organisations spécifiques ont vocation à être portées par les RRC. Il s'agit notamment des missions de coordination des acteurs qui doivent pouvoir être assurées au niveau régional en articulation avec l'échelon territorial (ou de proximité) de prise en charge des patients. Il convient d'avoir une approche concertée entre la cancérologie pédiatrique et la cancérologie adulte d'une part, ainsi qu'entre la cancérologie adulte et l'oncogériatrie d'autre part.

1. Dans le champ de l'**oncogériatrie**, les missions à confier aux RRC sont les suivantes :

- Diffuser les bonnes pratiques, notamment la pratique systématique du test de pré-screening gériatrique G8 avant la RCP de proposition thérapeutique du patient âgé, et la diffusion des recommandations ou référentiels nationaux de bonne pratique chez les sujets âgés pour les différents types de cancers ;
- Assurer la lisibilité de l'offre de soins pour les patients âgés atteints de cancer : prise en charge avec la double compétence oncologue-géronte constituant un binôme identifié au sein des établissements autorisés pour le traitement du cancer, carte des consultations de gériatrie et de l'offre pour faire pratiquer une évaluation gériatrique approfondie (EGA) (hôpitaux de jour gériatriques, équipes mobiles de gériatrie de la région, etc.).

Parallèlement, une réflexion est menée au niveau national sur l'évolution souhaitée pour les UCOG en fonction de l'évolution du paysage de l'organisation des soins, et le développement de la dimension « parcours » d'un patient âgé atteint de cancer.

2. **Dans le champ de la cancérologie pédiatrique**, les organisations hospitalières interrégionales de recours en cancérologie pédiatrique (OIR) ont contribué à l'amélioration de la prise en charge des enfants atteints de cancer. Il appartient aux pouvoirs publics au niveau national comme au niveau des régions de s'assurer de la couverture de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire et de sa lisibilité pour les malades et leurs familles ainsi que pour tous les professionnels impliqués. À cet effet, un état des lieux est en cours en régions sous la coordination des ARS à la demande de la DGOS et de l'INCa. Les résultats permettront d'échanger avec les OIR et les associations de parents pour envisager les évolutions des organisations. Ces travaux devront s'inscrire dans le contexte de la réforme territoriale et du nouveau découpage des régions.

En ce qui concerne les adolescents et jeunes adultes (AJA), les RRC contribuent à l'organisation régionale coordonnée en faveur de leur prise en charge en particulier ceux âgés de 18 à 24 ans.

Leurs missions sont définies comme suit :

- contribuer à la lisibilité de l'offre de prise en charge AJA afin de faire connaître aux professionnels l'existant et les ressources développées par les équipes régionales et par toute autre organisation en faveur des 18-24 ans et d'en faciliter l'accès. De ce fait, la constitution ou la mise à jour d'annuaires de ressources dans le champ de la prise en charge pour cette tranche d'âge est une priorité ;
- être en appui des ARS et des professionnels régionaux pour accompagner la mise en place de l'organisation régionale coordonnée des AJA ;
- participer à l'organisation de la double compétence de la cancérologie adulte et pédiatrique nécessaire aux prises en charge pour cette tranche d'âge ;
- participer à l'accès à des soins de support adaptés à cette tranche d'âge.

Ces missions sont en adéquation avec le cadre national de prise en charge des AJA porté dans l'instruction DGOS du 30 mai 2016<sup>7</sup>.

#### **I.4 – Renforcer les interfaces avec d'autres structures de cancérologie : structures de gestion des dépistages, registres des cancers, cancéropôles, Groupement interrégional de recherche clinique et d'innovation (GIRCI). (Mission renforcée)**

Les interfaces entre les structures intervenant dans le champ de la cancérologie sont à renforcer afin de fluidifier le parcours de santé du dépistage aux soins, et de gagner en efficacité en optimisant les moyens associés à chaque structure<sup>8</sup>.

L'objectif est d'instaurer des relations de travail plus régulières entre ces structures et de conjuguer leurs compétences pour accompagner les acteurs et décideurs régionaux dans une approche continue de la prévention, des soins et de la recherche en cancérologie.

Ces collaborations peuvent prendre la forme de :

- travaux conjoints : actions de formation coordonnées, travaux de recherche sur des thématiques connexes ;
- mutualisation de ressources humaines : postes partagés sur des thèmes d'interface entre structures, par exemple.
- rapprochement de fonctions logistiques (systèmes d'information par exemple). Pour cela, la structuration des échanges entre les différents systèmes d'information devra s'accompagner d'une mise en conformité avec la réglementation de la Commission nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).
- partage de données visant à l'évaluation des politiques publiques de lutte contre le cancer et permettant d'améliorer la qualité et l'exhaustivité des bases de données.
- appui méthodologique aux cancéropôles dans le cadre de projets portant sur les Sciences humaines et sociales (SHS).

La mise en œuvre de cette mission sera à adapter dans chaque région, en fonction des interfaces déjà existantes ou attendues entre le RRC et les autres structures de cancérologie.

#### **I.5 - Déployer et suivre le Dossier communiquant en cancérologie (DCC) (Mission renforcée)**

Le contexte relatif à la mise en place du DCC et les actions relevant des RRC étaient détaillés dans la circulaire de 2007. Le nouveau référentiel des missions des RRC doit à présent faire référence à la généralisation de cet outil sur le territoire et au suivi de son utilisation effective.

En effet, le déploiement du DCC a pour objectif d'améliorer le partage et l'échange sécurisé des informations entre professionnels de santé, en particulier ceux exerçant en ville. C'est également un outil d'observation, d'évaluation à travers le « composant national de santé publique », et d'orientation. À cet effet, des documents et outils de référence sur les prises en charges des personnes atteintes d'un cancer sont édictés par l'INCa.

- Le RRC est chargé de s'assurer de l'intégration au DCC de ces documents, ainsi que de leur bon usage par les acteurs. Il s'assure de leur conformité, actualisation et complétion, notamment au regard des critères nationaux du cadre d'interopérabilité des systèmes d'information de santé (CISIS).

---

<sup>7</sup> Instruction N° DGOS/R3/INCa/2016/177 du 30 mai 2016 relative à l'organisation régionale coordonnée en faveur de la prise en charge des adolescents et jeunes adultes atteints de cancer.

<sup>8</sup> Action 16.4 du Plan cancer 3



- Il veille à ce que la mise en œuvre du DCC soit en cohérence avec le cadre des espaces numériques régionaux de santé<sup>9</sup> (ENRS) et au respect de l'instruction portant sur l'actualisation 2017 de la cible du système d'information du dossier communiquant en cancérologie qui a été publiée au BO Santé n° 2016/05 du 15/06/201610.
- En accord avec les choix de mise en œuvre du DCC portés par l'ARS et dans le cadre du suivi national du déploiement du DCC et des outils du parcours, le réseau répond aux enquêtes pilotées par l'INCa et s'assure de la participation des acteurs impliqués.

### **I.6 – Appui aux ARS dans le suivi des établissements de santé titulaires d'une autorisation en cancérologie (Mission nouvelle)**

La réglementation en vigueur fixe l'obligation pour les établissements de santé autorisés en cancérologie d'adhérer à un réseau régional de cancérologie.

- En cohérence avec cette disposition, les RRC pourront venir en appui des ARS dans l'accompagnement des établissements de santé autorisés à exercer en cancérologie, en émettant des propositions favorisant le respect des obligations réglementaires qui incombent aux titulaires d'autorisation en termes de formation, de seuils d'activité, etc.

## **Axe II : Promouvoir la qualité et la sécurité des prises en charge des patients atteints de cancers**

Les missions des centres de coordination en cancérologie, définies par la circulaire DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie, portent sur la qualité de la prise en charge, l'organisation des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) et la production de données en cancérologie. Toutefois, ces missions n'ont pas été déclinées dans un référentiel qui aurait mieux précisé les modalités pratiques de leur mise en place et de leur fonctionnement.

Les données de l'enquête menée par l'INCa en 2015 et l'analyse des tableaux de bord montrent que, bien que les 3C accomplissent globalement leurs missions, des progrès restent à faire pour que soient atteints les objectifs attendus des établissements de santé autorisés pour le traitement des cancers. Ainsi tous les établissements n'ont pas encore mis en œuvre l'ensemble des mesures transversales de qualité définies par les critères d'agrément, et la mise en place de démarches qualité reste inégale (cf. Partie 3 – Constats et orientations).

Parallèlement, dans le référentiel en vigueur<sup>11</sup>, les RRC ont un rôle d'animation des 3C et ils sont incités à s'articuler avec eux pour différentes actions telles que l'évaluation de la qualité de prise en charge et des RCP, la diffusion et l'utilisation des référentiels. Toutefois ces liens qui n'ont pas été clairement formalisés, impactent parfois l'activité des RRC qui n'ont pas tous un niveau de mobilisation des 3C satisfaisant pour remplir correctement les missions. C'est le cas notamment du suivi de la mise en œuvre du DCC.

<sup>9</sup> L'ENRS est défini comme un espace de services dématérialisés, porté institutionnellement par l'ARS et piloté par une maîtrise d'ouvrage régionale. Il respecte le cadre d'interopérabilité et les référentiels promus par l'ASIP Santé tout en répondant aux besoins régionaux de santé.

<sup>10</sup> Instruction N° SG/2016/109 du 5 avril 2016 relative à l'actualisation pour 2017 de la cible du système d'information du dossier communicant de cancérologie (DCC).

<sup>11</sup> Circulaire DHOS/CNAMTS/INCA/2007/357 du 25 septembre 2007 relative aux réseaux régionaux de cancérologie

Dans une logique d'amélioration de l'efficacité des dispositifs et de l'utilisation des moyens, le plan cancer 2014-2019 porte une évolution des structures de coordination en cancérologie en confortant le rôle des RRC en tant que structure régionale d'appui à l'ARS.

Les propositions établies par l'INCa visent à répondre à cet objectif<sup>12</sup> par une réattribution des missions des 3C d'une part au sein des RRC et d'autre part au sein des établissements de santé autorisés, et ce afin de donner plus de lisibilité et de cohérence aux organisations actuelles tout en conservant les acquis en termes de sécurité et de qualité des prises en charge.

Cette évolution vise une meilleure efficacité des organisations en cancérologie afin d'assurer une continuité des missions au niveau territorial au plus près des prises en charge et une meilleure coordination avec le niveau régional. Enfin, l'évolution souhaitée doit intégrer le principe d'une animation inter-établissements qu'ils soient publics ou privés, et non plus mono-établissement comme c'est le cas aujourd'hui pour une partie des 3C.

Pour l'accomplissement de ces nouvelles missions, tout en prenant en compte la réforme des régions, les réseaux devront s'appuyer sur une nouvelle configuration territoriale (cf. § 6). Ainsi, des antennes territoriales des RRC pourraient, en proximité, assurer l'amélioration et la coordination inter-établissements sur un territoire défini.

La réattribution des missions, portées actuellement par les 3C, porte sur 3 volets : l'organisation et le fonctionnement des RCP, l'évaluation de la qualité de la prise en charge et le recueil/production d'informations et de données. Le tableau 1 ci-après décrit les missions en fonction de l'acteur qui serait en charge de leur mise en œuvre.

## **II.1 – Intégration des missions actuellement mises en œuvre par les centres de coordination en cancérologie (3C) de la région. (Mission nouvelle)**

Le dispositif actuel « RRC-3C intra ou inter établissements » est remplacé par un dispositif « RRC-antennes locales inter-établissements du RRC ».

- Les RRC sont chargés de s'assurer de la conformité et de l'actualisation de l'offre existante en RCP, de définir les actions pour leur évaluation et de suivre leur mise en œuvre sur le territoire.
- Les RRC sont également chargés d'harmoniser la qualité de la prise en charge en sensibilisant notamment les établissements sur les mesures transversales de qualité en articulation avec leurs cellules qualité.
- Ils doivent soutenir les établissements de santé pour développer l'évaluation en mettant à leur disposition des supports méthodologiques et les aider dans le suivi des indicateurs nationaux et/ou régionaux.
- Ils recueillent les données d'activité de ces établissements et mettent en œuvre des actions correctrices si besoin par rapport aux évaluations menées.

Pour remplir ces missions, les RRC peuvent s'appuyer sur des antennes territoriales leur permettant d'être au plus près des acteurs de la prise en charge.

---

<sup>12</sup> Objectif 16, Action 16.5 du Plan cancer 2014-2019

Les établissements porteurs de RCP assurent l'organisation et le fonctionnement des RCP. Ils sont également chargés de mettre en œuvre les actions d'évaluation des RCP et si besoin, les actions correctives définies par le RRC. L'interlocuteur privilégié des RRC sera une personne référente au sein de l'équipe en charge de l'organisation des RCP.

Tous les établissements de santé autorisés doivent veiller à l'application des référentiels de bonnes pratiques nationaux. De plus, ils sont chargés d'implémenter les documents informatisés du parcours du patient définis au niveau national (DSSIS, ASIP, INCa) dans une solution informatique partagée. Ils transmettent les données d'activité aux réseaux (enquêtes de l'INCa) notamment sur le dispositif d'annonce, le programme personnalisé de soins, le programme personnalisé de l'après cancer, les soins de support, les référentiels de bonnes pratiques. Pour cela, les établissements de santé doivent disposer d'un système de traçabilité réactif pour la remontée de ces données et doivent également identifier l'interlocuteur ou le référent pour le RRC.

Les éventuelles antennes territoriales des RRC représentent les interlocuteurs privilégiés des établissements de santé et leur apporteront un appui pour assurer les missions qui leur sont confiées.

**Tableau 1 : Répartition des missions des 3C entre les RRC et les établissements de santé**

Acteur	Thème	Missions	Actions	Niveau antenne territoriale du RRC
RRC	RCP	Définir la structuration des différentes RCP	Contrôler la qualité, l'exhaustivité du remplissage des fiches RCP	oui
		S'assurer de la conformité, l'actualisation et la complétion et réaliser un suivi annuel quantitatif et qualitatif de l'activité RCP	Actions correctives/Actions préventives (AC/AP), sensibilisations relatives à la conformité, l'actualisation et la complétion des RCP	
		Définir et organiser les actions d'évaluation des RCP (dont indicateurs IPAQSS) par rapport aux recommandations et référentiels nationaux dont l'évaluation de la conformité de la prise en charge par rapport aux décisions des RCP	Mettre en place 1 à 2 évaluations/an sur tous les établissements porteurs de RCP  Transmettre les résultats à chaque établissement participant	oui
		Suivre les actions d'évaluation des RCP		
		Définir et suivre des plans d'actions préventives et/ou correctives à mettre en œuvre pour améliorer la qualité des RCP	Définir et mettre en œuvre un programme d'actions d'amélioration des pratiques par an (AC/AP)	
	Promouvoir, suivre, évaluer la qualité en cancérologie	Sensibiliser les établissements de santé (ES) sur la stratégie qualité en articulation avec leurs cellules qualité (Mesures transversales de qualité) et harmoniser la qualité de la prise en charge	Harmoniser la qualité des pratiques entre les établissements pour chacun des dispositifs mis en place dans le cadre des autorisations (Mesures transversales de qualité)  Relayer et diffuser les documents de référence et outils nationaux auprès des ES	oui
		Soutenir les ES pour développer l'évaluation en mettant à leur disposition des supports méthodologiques/techniques, suivi indicateurs nationaux et/ou régionaux	Développer et transmettre des méthodologies d'évaluations, des outils de recueil, des indicateurs de suivi/résultats	
		Recueillir les données d'activité des ES, définir et mettre en œuvre des actions correctrices si besoin par rapport aux évaluations menées	Assurer le traitement des données recueillies auprès des ES Proposer et suivre l'implémentation des actions correctives/préventives par thématique (hors RCP) : dispositif d'annonce (DA), PPS, PPAC, soins de support, etc.	oui
Mettre en place des réunions de restitution des évaluations conduites dans l'année		1 à 2/an avec tous les établissements		

<b>RRC</b>	<b>Produire, recueillir et transmettre de l'information</b>	Suivi d'activité : rapport d'activité, indicateurs CPOM et enquêtes INCa : transmission à l'ARS et INCa	Assurer le traitement des données recueillies auprès des ES et les agréger au niveau de la région  Interpréter les données et évolutions mesurées  Constituer et transmettre le rapport d'activité  Mesurer et transmettre les indicateurs CPOM	
<b>ES</b>	<b>Promouvoir, suivre, évaluer la qualité en cancérologie</b>	Veiller à l'application des référentiels de bonnes pratiques	1 à 2 audits sur une ou deux thématiques/an	
		Relayer auprès des RRC l'identification des besoins de formation	Transmettre une synthèse/an au RRC en lien avec le service formation des RH	
	<b>Produire, recueillir et transmettre de l'information</b>	Transmettre les données d'activité (dans le cadre des enquêtes INCa)	Mettre en place et suivre un système de traçabilité des éléments d'activité non tracés (non disponible dans le PMSI, SNIIRAM, DCC) : DA, PPS, PPAC, soins de support, référentiels de bonnes pratiques  Exploiter les données de ces éléments d'activité non tracés	Avec l'appui des antennes territoriales
<b>DCC</b>	Implémenter les documents informatisés du parcours du patient définis au niveau national (DSSIS, ASIP, INCa) dans une solution informatique partagée	Garantir l'accès à une solution informatique partagée (locale ou régionale)  Implémenter les nouveaux documents dès leur publication officielle.		
<b>ES porteur de RCP</b>	<b>RCP</b>	Organiser le fonctionnement des RCP	Tenir à jour et diffuser les annuaires RCP et les calendriers de réunion Envoyer les convocations aux participants Inscrire et préparer les dossiers à l'ordre du jour de chaque réunion Pré remplir les fiches RCP et les transmettre	
	<b>Promouvoir, suivre, évaluer la qualité en cancérologie</b>	Participer aux actions d'évaluation des RCP mises en œuvre par le RRC	1 à 2 évaluations/an sur tous les ES porteurs	
		Mettre en œuvre et suivre les actions correctives définies par le RRC en lien avec le médecin coordonnateur RCP	1 Programme d'actions par an	

## **II.2 – Être en appui méthodologique des ARS par, notamment, la définition d'indicateurs et/ou tableaux de bord sur les différentes étapes du parcours en cancérologie. (Mission renforcée)**

L'appui méthodologique auprès des ARS est une nouvelle mission pour les RRC. En effet, leur positionnement comme structure d'appui et d'expertise les amène à être leur interlocuteur privilégié notamment pour la définition d'indicateurs d'évaluation.

Cet appui méthodologique concerne en particulier les outils du parcours (le dispositif d'annonce, le programme personnalisé de soins, le programme personnalisé de l'après-cancer) mais également la mesure des délais de prise en charge, ainsi que l'accès aux soins de support. Certaines ARS ont déjà initié la mobilisation de leur RRC dans cette mission.

## **II.3 – Participer et coordonner des évaluations sur la qualité des prises en charge (Mission renforcée)**

L'analyse de l'enquête « Tableaux de bord » 2015 permet de documenter les démarches qualité mises en œuvre par les RRC sur les RCP, le PPS et les soins de support :

- Concernant les RCP et le PPS, ce sont principalement des audits qui ont été mis en place (respectivement par 45 % et 18 % des RRC) ;
- Pour les soins de support, d'autres types d'actions sont menés : 18 % des RRC réalisent des actions de terrain, 18 % des enquêtes de satisfaction et 14 % des audits.

Les RRC peuvent, en appui et en complément des actions conduites par les cellules qualité des établissements, accompagner les professionnels dans l'amélioration continue de la qualité de leurs pratiques.

Les RRC peuvent ainsi coordonner, au plus près des équipes, des évaluations sur les prises en charge et la qualité des parcours de soins (cf. II.1).

- Le RRC doit s'assurer au niveau local que les établissements sont engagés dans une démarche d'assurance qualité en cancérologie, ceci pour assurer à tous les patients atteints de cancer la qualité et la sécurité des actes réalisés dans les structures de soins où ils effectuent leurs parcours diagnostique et thérapeutique.
- Ils peuvent aussi intervenir ponctuellement, à la demande d'établissements de santé ou d'autres professionnels confrontés à des problématiques de prise en charge particulièrement complexes. En s'appuyant sur des expériences repérées ou des réflexions des acteurs régionaux, les RRC peuvent apporter aux équipes une aide concrète et un éclairage sur ces sujets complexes.
- Enfin, les RRC assurent une communication formalisée sur les travaux d'évaluation en publiant un programme annuel d'évaluation qui intègre des propositions d'actions d'amélioration. Ils publient chaque année un rapport de synthèse des évaluations menées.

Ces missions d'évaluation s'imposent à tous les RRC et sont renforcées dans le nouveau référentiel. Toutefois, ils peuvent mettre en place d'autres actions d'évaluation définies en concertation avec les ARS. Ces actions peuvent être mises en œuvre au niveau régional mais également en interrégional en fonction des moyens dévolus aux RRC.

Les graphiques présentés en annexe 2, issus de l'enquête « Tableaux de bord RRC » 2015, illustrent les démarches qualité mises en œuvre par les RRC sur les RCP, le PPS et les soins de support.

#### **II.4 – Mettre en œuvre une démarche d’autoévaluation sur la base du référentiel. (Mission reconduite)**

La démarche d’autoévaluation n’était pas inscrite dans le référentiel de 2007. L’objectif est de mesurer l’atteinte, par les réseaux, des missions nouvellement introduites par le cahier des charges. Pour ce faire, les réseaux devront mettre en place une analyse critique de leurs pratiques et leur adéquation au regard des missions qui leur sont confiées. Ils pourront développer les outils nécessaires à cette fin.

Bien que le référentiel de 2007 intègre la communication des travaux d’évaluation et que cette mission présente un niveau de réalisation globalement satisfaisant (environ 80 %), elle reste la mission la moins bien notée dans le cadre des tableaux de suivi d’activité 2014. C’est pourquoi le nouveau référentiel renforce cette mission en précisant la formalisation d’un programme annuel d’évaluation.

En 2014, seulement 45 % des RRC ont mis en œuvre une ou plusieurs actions dans le cadre d’une démarche qualité visant les soins de support ; 64 % des RRC ont mis en œuvre une ou plusieurs actions dans le cadre d’une démarche qualité visant les RCP et seulement 23 % des RRC ont mis en œuvre une ou plusieurs actions dans le cadre d’une démarche qualité visant le PPS.

#### **II.5 – Participer à l’élaboration des référentiels nationaux et recommandations de bonnes pratiques cliniques en cancérologie. (Mission nouvelle)**

L’INCa met en place une procédure de labellisation des référentiels nationaux et de recommandations nationales de bonnes pratiques en cancérologie<sup>13</sup> (cf. Annexe 3). Cette procédure est définie selon les principes de qualité, de transparence et d’indépendance de l’expertise sanitaire. L’objectif est de permettre une harmonisation des pratiques des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des patients atteints de cancer.

- Les RRC peuvent participer à la procédure de labellisation nationale en répondant aux appels à candidature publiés par l’INCa. Ils peuvent être porteurs d’un projet, ou s’associer à un projet porté par un autre acteur.

Il s’agit d’une mission complémentaire qui sera mise en œuvre en fonction des ressources de chaque RRC pour participer à cette procédure nationale. Les compétences méthodologiques requises pour y participer peuvent être internes au RRC ou centralisées pour l’ensemble des RRC.

Le référentiel de 2007 permettait aux RRC d’élaborer des référentiels régionaux et de décliner/adapter les référentiels nationaux selon une méthodologie précisée.

- Dans le nouveau référentiel, les RRC ne pourront donc plus élaborer de référentiels régionaux de bonnes pratiques cliniques spécifiques à chaque région mais pourront participer à la procédure nationale pilotée par l’INCa. Les RRC devront ainsi s’inscrire dans cette démarche nationale pour fournir à leurs membres des documents d’appui pour leur pratique élaborés de façon homogène et communs à tous les RRC.
- En outre, et dans le cadre de l’élaboration des recommandations nationales de l’INCa, les RRC devront pouvoir identifier des relecteurs après sollicitation de l’INCa.

---

<sup>13</sup> Procédure de labellisation des référentiels et des recommandations de bonnes pratiques cliniques en cancérologie publiée au bulletin officiel « Santé - Protection sociale - Solidarité » du 15 décembre 2015

## **II.6 – Diffuser les référentiels nationaux et veiller à leur implémentation par tous ses membres et ses partenaires sur le territoire. (Mission renforcée)**

Cette mission qui était déjà inscrite dans le référentiel de 2007 est reconduite et renforcée dans le nouveau référentiel. L'enjeu pour les RRC est de faire connaître les recommandations et référentiels nationaux de bonne pratique en cancérologie et d'inciter les professionnels à les appliquer.

- Ils contribuent tout d'abord à diffuser les référentiels et recommandations nationales de bonnes pratiques et à inciter leur implémentation par l'ensemble des professionnels.
- Ils doivent veiller à l'accessibilité de ces documents pour l'ensemble des acteurs et à tout moment, en s'assurant de la mise à jour du contenu du site internet du RRC.
- Ils doivent également s'assurer de l'appropriation par les professionnels de ces référentiels et conduire pour cela des actions visant à inciter à leur utilisation, à évaluer leur utilisation au plus près des acteurs de terrain, ainsi qu'à renforcer au niveau local la traçabilité de cette mise en œuvre.

## **Axe III : Développer l'expertise et l'expérimentation de projets communs innovants et accompagner les évolutions de l'offre de soins**

### **III.1 – Faciliter, en appui des cancéropôles, des GIRCI et des équipes mobiles de recherche clinique (EMRC), l'inclusion des patients dans les essais cliniques et contribuer à l'animation de la recherche clinique au niveau régional. (Mission renforcée)**

Les protocoles de recherche clinique étaient identifiés comme des éléments d'information que les RRC devaient rendre disponibles. Le nouveau référentiel proposé développe cet axe en missionnant les RRC dans le développement de la recherche clinique en interface avec les cancéropôles et les groupements interrégionaux de recherche clinique et d'innovation (GIRCI).

L'enquête menée par les RRC en 2015 sur leur place dans la recherche clinique montre que la majorité des réseaux sont impliqués dans la recherche clinique de différentes manières :

- 9 RRC sont en lien avec une EMRC,
- 23 RRC sont impliqués dans la recherche clinique (lien avec des structures de recherche clinique, cancéropôles, GIRCI),
- 17 RRC diffusent l'information relative à la recherche clinique en région et 9 utilisent le DCC pour faciliter la recherche clinique dans la région,
- 11 RRC facilitent l'inclusion des patients en pré screening et 6 pour l'adressage de patients.

Les prises en charge des patients atteints de cancer se sont considérablement modifiées ces dernières années grâce aux progrès accomplis dans la compréhension de la biologie des tumeurs, dans les stratégies et les techniques thérapeutiques.

- En cohérence avec le Plan cancer 2014-2019, les RRC doivent être en interface étroite avec les autres structures contribuant à la recherche clinique et à l'inclusion des patients dans des essais au niveau régional.

Réciproquement, l'interface avec les RRC est inscrite dans les Contrats d'objectifs et de performance (COP) des cancéropôles.



### **III.2 – Accompagner les évolutions de prise en charge nouvelles et émergentes, tels que les traitements anticancéreux par voie orale. (Mission nouvelle)**

Les évolutions constantes des modes de prise en charge en cancérologie nécessitent une démarche d'anticipation et d'accompagnement des structures et des acteurs qui est conduite tant au niveau national que niveau régional, sous le pilotage des ARS.

Grâce à l'expertise acquise dans le champ du cancer, les RRC doivent être en capacité d'accompagner les changements.

Ils contribuent à :

- L'évaluation des besoins d'adaptation des organisations ;
- La proposition de réorganisations/évolutions de l'offre ;
- L'accompagnement des acteurs, en appui méthodologique au montage de projets ou de coordination de projets ;
- Ils assureront par ailleurs une fonction de veille, signalant aux ARS des innovations techniques et organisationnelles susceptibles de faire l'objet d'évaluations et ce en vue d'éventuelles diffusions au plan régional comme national.

Les RRC portent une attention plus particulière à des enjeux majeurs pointés par le Plan cancer 2014-2019 :

- L'organisation des prises en charge complexes et spécifiques (enfants, adolescents et jeunes adultes, patients à risque génétique de cancer, personnes âgées, personnes atteintes de cancers rares),
- Le repérage d'innovations techniques et organisationnelles dans les domaines par exemple de la radiologie interventionnelle, de la radiothérapie, etc...

### **III.3 – Participer aux différentes enquêtes pilotées par l'INCa portant sur les missions des RRC. (Mission reconduite)**

L'INCa pilote plusieurs enquêtes relatives à la cancérologie notamment les enquêtes « tableaux de bord RRC/3C » et le suivi de la montée en charge du DCC. Les contenus des enquêtes tableaux de bord seront revus pour être en conformité avec les nouvelles missions des RRC et l'organisation de la cancérologie.

Ainsi, la transmission des données par les RRC à l'INCa est indispensable pour le suivi et le pilotage de ces structures. Elles permettent également le suivi des différents dispositifs ou outils nécessaires à la prise en charge des cancers : DCC, qualité de la prise en charge des patients, mesures transversales de qualité (dispositif d'annonce, Programme personnalisé de soins, Programme personnalisé de l'après-cancer, etc.).

## **Axe IV : Informer et former les acteurs sur le parcours de santé en cancérologie**

### **IV.1 – Mettre à la disposition des acteurs régionaux, professionnels de santé et patients des outils et documents d'information sur l'offre de soins en cancérologie. (Mission renforcée)**

Le référentiel 2007 précisait les informations qui devaient être mises à disposition des patients et de leurs proches sur l'offre de prise en charge, mais également sur l'organisation et le fonctionnement

du réseau et l'offre de soins en cancérologie. Le nouveau référentiel maintient cette mission d'information afin que tous les RRC y répondent de manière exhaustive.

Dans le cadre de l'évaluation de l'activité des RRC, les critères relatifs à l'information sur l'offre régionale de soins en cancérologie étaient en deçà du niveau moyen (79 %). Les données de l'enquête « tableaux de bord » 2015, montrent que 57 % des RRC mettent en place des rencontres interrégionales, 67 % des rencontres locales sur le lieu d'exercice des professionnels et 89 % des actions régionales.

Les RRC jouent donc un rôle important de relais d'informations auprès des professionnels de la cancérologie, dans un objectif d'actualisation de leurs connaissances sur les pratiques de soins et de l'offre en place, ainsi qu'auprès de la population et des personnes atteintes de cancer. Ils contribuent ainsi à l'orientation adaptée des patients par la diffusion des documents d'information existants au niveau régional et national.

Une attention particulière doit être notamment portée à :

- L'information des patients, du grand public et des professionnels de santé sur les spécificités de prise en charge du sujet âgé atteint de cancer, notamment via le site Internet des RRC.
- La prise en charge des patients atteints de cancers rares, et notamment la description de RCP de recours et l'organisation de la double lecture dans la région.
- La sensibilisation et la formation des professionnels hospitaliers et de premier recours aux spécificités de prise en charge des adolescents et jeunes adultes (AJA).

Le RRC peut également organiser des journées d'échanges régionales ou interrégionales ou des réunions afin de présenter et discuter de sujets jugés pertinents avec différents types de publics.

#### **IV.2 – Participer à l'amélioration et à la réactualisation des connaissances et des pratiques professionnelles. (Mission renforcée)**

La mission Formation était détaillée dans le référentiel de 2007 qui indiquait notamment que les RRC pouvaient devenir organismes agréés Développement professionnel continu (DPC). Le nouveau référentiel précise cette mission et pointe l'obligation de s'assurer de l'indépendance des experts intervenant dans les formations par la mise en place d'un système d'analyse des déclarations publique d'intérêts (DPI). Le graphique en annexe 4 présente le nombre d'actions de formation mises en œuvre par chaque RRC.

Le nombre d'actions de formation mises en œuvre en 2014 par les RRC est très hétérogène (il varie de 1 à 75). Des manifestations interrégionales sont mises en place par 56 % des RRC, des rencontres locales sur lieux d'exercice des professionnels pour 67 %, des manifestations régionales pour 89 %. Les données de l'enquête tableaux de bord 2015 indiquent que 7 réseaux sont agréés organisme de formation, 7 sont agréés pour le développement professionnel continu (DPC) et 10 mettent en place des formations dans ce cadre.

Les missions d'information et de formation doivent être poursuivies pour donner une meilleure lisibilité et pour renforcer la formation des professionnels de santé.

Dans un contexte de fortes évolutions des prises en charge au profit de parcours de plus en plus ambulatoires, la formation des professionnels est un enjeu majeur des RRC. Celle-ci doit permettre d'assurer aux acteurs du premier et deuxième recours une montée en compétences.

- Les RRC identifient les besoins de formation de l'ensemble des professionnels de la cancérologie, recensent et diffusent les programmes de formation régionaux. Ils peuvent également mettre en place à leur initiative des formations en fonction des besoins particuliers identifiés.

Le réseau a la possibilité de s'adresser à un organisme de formation agréé DPC pour la mise en place de formations et faire valoir celles-ci auprès des professionnels de santé.

Pour toucher l'ensemble des professionnels concernés, les RRC peuvent conduire des formations pluriprofessionnelles, permettant de réunir autour d'un thème commun ces différentes professions.

Ainsi, les missions attendues des RRC dans ce domaine sont de deux ordres :

- un apport méthodologique qui doit permettre d'identifier les priorités régionales de formation et qui peut aller jusqu'à concevoir les outils et les programmes adaptés ;
  - une diffusion en proximité des actions de formation existantes pour permettre aux professionnels d'acquérir de nouvelles connaissances.
- S'agissant des axes de formation développés, les RRC privilégieront les thèmes qui sont peu ou pas présents dans les programmes des organismes agréés DPC ou qui requièrent une technicité particulière.
  - Ils doivent faire une large place aux thématiques d'évolution de la prise en charge en cancérologie tels que le suivi des traitements anticancéreux par voie orale, le suivi postchirurgie ambulatoire. Les actions conduites en lien avec les OMEDIT pour informer/sensibiliser les professionnels dans le champ de la chimiothérapie orale et le bon usage du médicament, devront être développées.
  - Les RRC doivent informer tous les professionnels de santé concernés par la prise en charge de patients âgés (oncologues, gériatres, mais aussi cancérologues d'organes, chirurgiens, médecins généralistes, pharmaciens, infirmiers) des formations en oncogériatrie en lien avec les équipes de terrain, dans le cadre du développement professionnel continu.
  - Les RRC peuvent valoriser, en complément des actions de formation classiques, les retours d'expérience intéressants et contribuer à leur diffusion.
  - Enfin, les composantes de cancérologie adulte, de cancérologie pédiatrique et d'oncogériatrie doivent être incluses dans cette démarche de contribution à la formation des acteurs.

Les missions qui seront confiées aux RRC sont synthétisées dans l'annexe 5.

## 5. ÉVOLUTION DU SCHÉMA ORGANISATIONNEL RÉGIONAL

L'évolution des missions des RRC et de la structuration en centres de coordination en cancérologie impacte l'organisation des RRC et ce d'autant que certains réseaux devraient être amenés à fusionner du fait de la réforme territoriale. Les nouvelles missions des RRC ont une portée régionale mais elles nécessitent de s'articuler avec les acteurs de proximité effectuant la prise en charge dans une logique d'animation de territoire.

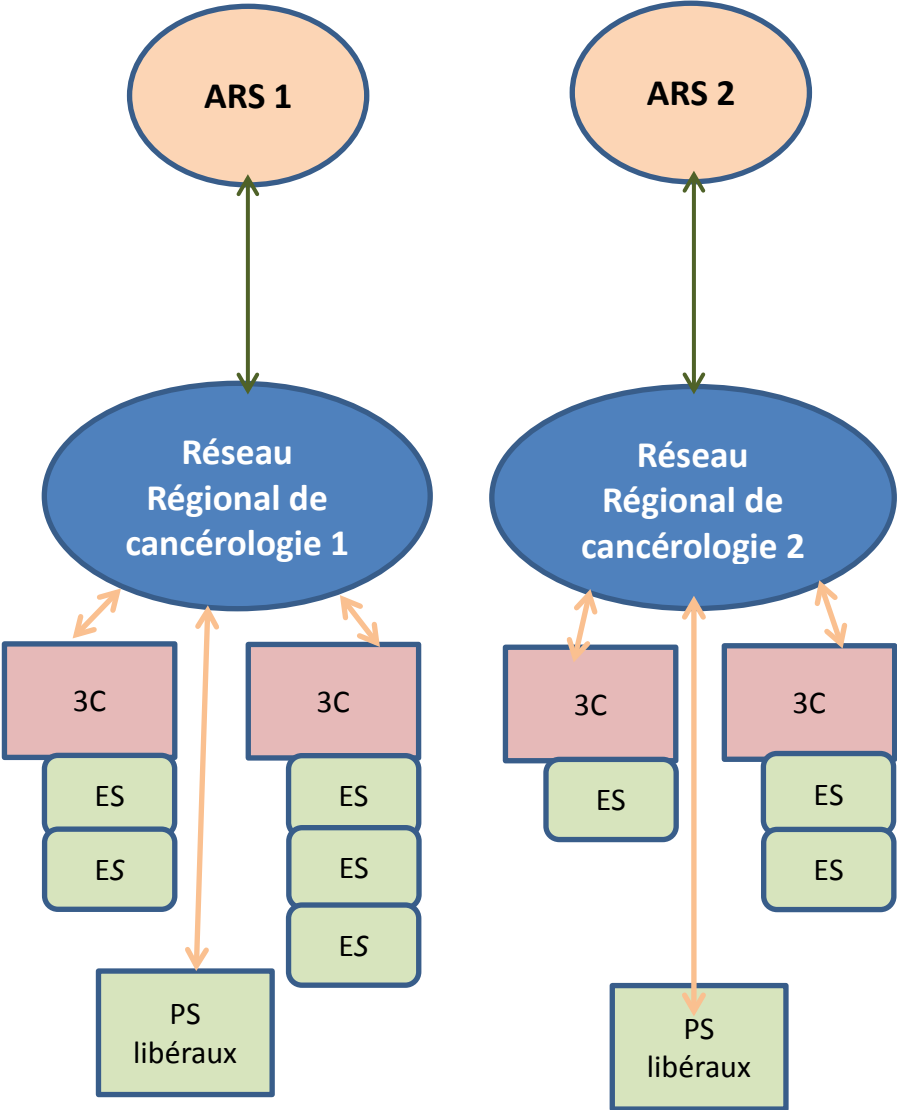
Afin de mettre en œuvre les nouvelles missions qui leur sont confiées, il est proposé que les RRC puissent disposer d'antennes territoriales qui pourraient être sur une échelle départementale voire interdépartementale en fonction des territoires et de leur logique d'organisation (territoires de santé, Groupements hospitaliers de territoire, etc.).

Le nombre et le lieu d'implémentation de ces antennes territoriales seront définis en lien avec les ARS en fonction du territoire d'action. Ces antennes devront être positionnées en interface avec plusieurs établissements autorisés à la prise en charge du cancer, dans une logique de territoire et non d'établissements. Elles devront s'articuler avec les différents acteurs publics ou privés.

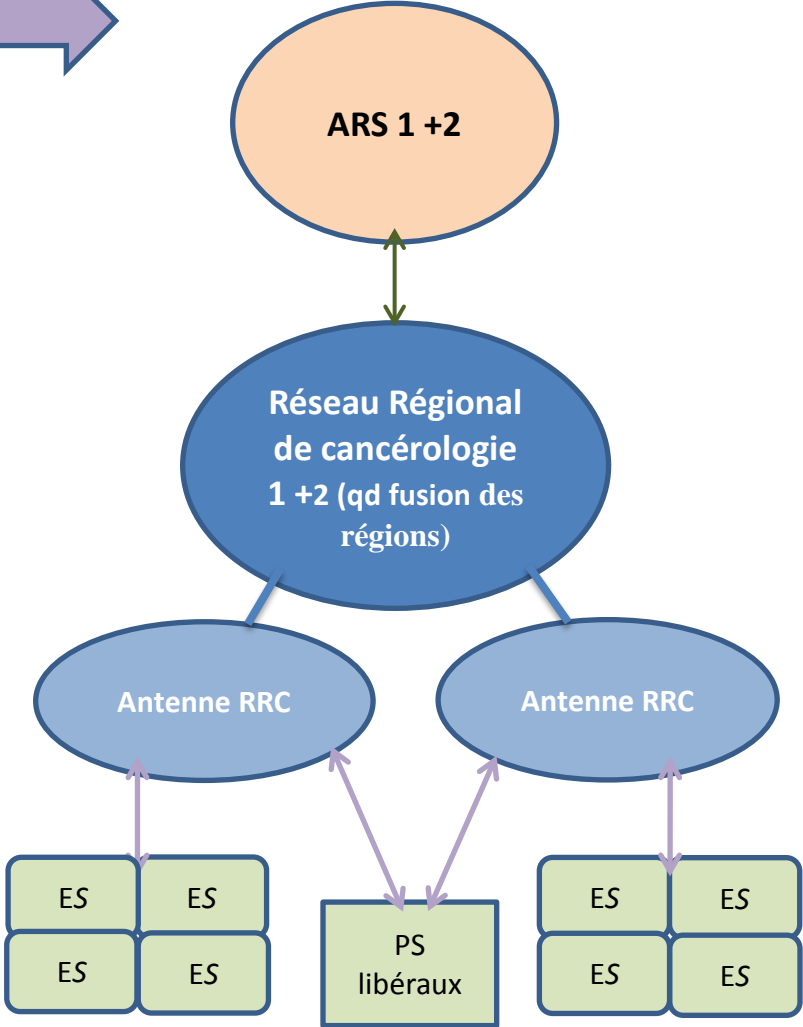
Le schéma ci-après présente la proposition d'évolution organisationnelle sur la région.

Schéma : Schéma cible organisationnel

ACTUELLEMENT



ÉVOLUTION



Le tableau suivant présente la répartition territoriale des nouvelles missions des RRC proposée par l'INCa.

AXES	MISSIONS <sup>14</sup>	POSITIONNEMENT RÉGIONAL	POSITIONNEMENT TERRITORIAL
<b>Contribuer à la coordination de l'organisation régionale en cancérologie et à sa lisibilité</b>	Renforcer la lisibilité de l'organisation de l'offre de soins en cancérologie pour les patients, les professionnels	X	
	Participer à la coordination de l'intervention et à l'animation des différents acteurs de soins en cancérologie	X	
	Renforcer le rôle de coordination des RRC dans les champs de l'oncogériatrie et de la cancérologie pédiatrique	X	
	Renforcer les interfaces avec d'autres structures de cancérologie	X	
	Déployer et suivre le dossier communiquant en cancérologie (DCC)	X	X
	Appui aux ARS dans le suivi des établissements de santé titulaires d'une autorisation en cancérologie	X	X
	<b>Promouvoir la qualité et la sécurité des prises en charge des patients atteints de cancers</b>	Promouvoir la qualité et la sécurité de la prise en charge (réattribution des missions des 3C)	
Être en appui méthodologique des ARS par, notamment, la définition d'indicateurs et/ou tableaux de bord sur les différentes étapes du parcours en cancérologie		X	
Participer et coordonner des évaluations sur la qualité des prises en charge		X	X
Mettre en œuvre une démarche d'autoévaluation sur la base du référentiel		X	
Participer à l'élaboration des référentiels nationaux et recommandations de bonnes pratiques cliniques en cancérologie		X	X
Diffuser les référentiels nationaux et veiller à leur implémentation par tous ses membres et ses partenaires sur le territoire			
<b>Développer l'expertise et l'expérimentation de projets communs</b>	Faciliter l'inclusion des patients dans les essais cliniques et contribuer à l'animation de la recherche clinique au niveau régional	X	
	Accompagner les évolutions de prise en	X	

<sup>14</sup> Proposition de redéfinition des missions des RRC et 3C

<b>innovants et accompagner les évolutions de l'offre de soins</b>	charge nouvelles et émergentes, tels que les traitements anticancéreux par voie orale Participer aux différentes enquêtes pilotées par l'INCa portant sur les missions des RRC	X	X
<b>Informier et former les acteurs sur le parcours de santé en cancérologie</b>	Mettre à la disposition des acteurs régionaux, professionnels de santé et patients des outils et documents d'information sur l'offre de soins en cancérologie Participer à l'amélioration et à la réactualisation des connaissances et des pratiques professionnelles	X	X

## 6. CONDUITE DU CHANGEMENT

Parallèlement à la définition du nouveau référentiel, un travail sur le statut juridique, la gouvernance, et sur un budget type est nécessaire pour pouvoir accompagner les réseaux et les ARS dans cette évolution. Enfin, une nouvelle procédure de labellisation des RRC sera définie par l'INCa en lien avec les ARS.

### 6.1 Statut juridique

Actuellement les statuts juridiques des RRC sont les suivants : 22 Associations loi 1901, deux groupements de coopération sanitaire (GCS) et un groupement d'intérêt public (GIP). Les nouvelles missions des RRC nécessitent pour certains un changement de statut juridique notamment du fait de l'intégration de certaines missions des centres de coordination en cancérologie. Le statut juridique devrait permettre d'employer des personnes de statuts différents mais également de recevoir et déléguer des financements publics.

Le tableau ci-dessous présente les caractéristiques des différents choix de statut juridique qui pourraient porter un RRC.

Statut	Caractéristiques
<b>Associations</b> <sup>15 16</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Regroupement de personnes privées et publiques</li> <li>Financement et mise à disposition de personnel possibles par les membres</li> <li>Simplicité de mise en place (déclaration des statuts à la préfecture)</li> <li>Absence de but lucratif</li> <li>Structure indépendante à durée indéterminée</li> <li>Budget soumis à l'ARS et contrôlé par un commissaire aux comptes</li> <li>Liberté contractuelle et souplesse du fonctionnement (liberté de gestion et d'organisation)</li> <li>Organes de gestion : Bureau (organisation courante de l'activité), Assemblée générale (organe décisionnaire dont les modalités de fonctionnement sont librement définies), Conseil d'administration (modalités de fonctionnement librement définies)</li> </ul>
<b>Groupements d'intérêt économique (GIE)</b> <sup>17</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Régime juridique défini à l'article L. 251-1 du code de commerce :</li> <li>- Prolongement de l'activité économique de ses membres et ne doit pas s'y substituer</li> <li>- Liberté contractuelle</li> <li>- Absence de but lucratif</li> <li>- Regroupe personnes privées et publiques et professionnels de santé</li> </ul>
<b>Groupements d'intérêt public (GIP)</b> <sup>18 19 20</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Même caractéristiques que le GIE mais davantage contrôlé</li> <li>Mission d'intérêt général à but non lucratif</li> <li>Comptabilité publique et contrôle par la Cour des comptes et chambres régionales</li> </ul>

<sup>15</sup> Loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association.

<sup>16</sup> Décret du 16 août 1901 pris pour l'exécution de la loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association.

<sup>17</sup> Article L. 251-1 à L 251-23 du Code de commerce.

<sup>18</sup> Loi de simplification et d'amélioration du droit du 17 mai 2011.

<sup>19</sup> Décret du 26 janvier 2012 relatif aux groupements d'intérêt public.

<sup>20</sup> L'article 166 de la loi de modernisation de notre système de santé prévoit la possibilité pour le gouvernement de prendre des mesures par ordonnance pour regrouper et harmoniser les dispositions législatives relatives aux missions, à l'organisation, au fonctionnement et aux ressources des groupements d'intérêt public.



	<p>des comptes (soumis à une obligation de mise en concurrence mais non soumis au code des marchés publics)</p> <p>Regroupement de l'État et de personnes publiques et privées</p> <p>Financement et mise à disposition de personnel possibles par les membres</p> <p>Durée limitée mais dont le renouvellement peut être prévu dans la convention constitutive</p> <p>Organes de gestion : Assemblée générale (administration, règlement intérieur, plan d'actions, budget), Conseil d'administration (mise en œuvre des décisions de l'AG, du plan d'actions et du budget)</p>
<p><b>Groupements de coopération sanitaire (GCS)<sup>21 22</sup></b></p>	<p>Mêmes caractéristiques que le GIE mais statut plus pertinent dans la santé</p> <p>Mise en commun de moyens et réalisation de missions partagées</p> <p>Chaque membre du GCS garde son identité</p> <p>Participation obligatoire d'un établissement de santé</p> <p>Le directeur de l'ARS approuve la convention constitutive</p> <p>Budget soumis à l'ARS (comptabilité publique si personne morale de droit public avec agent comptable et comptabilité privée en cas de personne morale de droit privé avec un commissaire aux comptes)</p> <p>Personnalité morale de droit privé ou de droit public selon les membres qui le composent</p> <p>Organes de gestion : Assemblée générale (budget, règlement intérieur...)</p> <p>Durée indéterminée</p>

Le choix du statut devra permettre aux établissements de santé (privés ou publics) d'être membres du RRC et de contribuer de différentes manières aux moyens de celui-ci. Il convient donc d'identifier les avantages et inconvénients des statuts pour les missions des RRC. Pour ce faire, l'INCa s'appuiera sur l'expertise complémentaire d'un cabinet juridique. Le choix du cadre juridique de la nouvelle organisation conditionnera les règles de gouvernance.

## 6.2 Budget et personnels RRC

### 6.2.1 Budget

#### Construction d'un budget type

La circulaire de 2007 ne prévoyait pas la construction d'un budget type pour les RRC, or les évolutions inscrites dans le troisième Plan cancer vont imposer une certaine harmonisation des budgets qui doivent être plus transparents et mieux refléter les moyens mis en œuvre dans l'accomplissement des nouvelles missions.

Un cadre budgétaire devra être élaboré courant 2016 afin d'homogénéiser les budgets des RRC. Ce travail sera effectué avec l'appui des éléments budgétaires transmis par les RRC suite aux demandes de l'INCa en 2015 et 2016 sur les sources de financements et les montants associés ainsi que la ventilation des différents postes de dépenses. Les RRC seront sollicités pour participer à ce travail.

#### Dotations FIR (Fonds d'intervention régional)

Les RRC sont financés principalement par les ARS via le FIR. Ils reçoivent aussi ponctuellement et selon les projets, des financements de l'INCa.

<sup>21</sup> Décret du 23 juillet 2010 relatif aux groupements de coopération sanitaire.

<sup>22</sup> L'article 201 de la loi de modernisation de notre système de santé prévoit la possibilité pour le gouvernement de prendre des mesures par ordonnance pour adapter les conditions de création, d'organisation et de fonctionnement des groupements de coopération sanitaire.

La réforme territoriale mise en œuvre à partir de 2016 impose de rééquilibrer les dotations FIR allouées aux régions pour éviter que celles qui fusionnent ne soient surdotées (cumul des FIR) par rapport aux autres. Il est proposé qu'une partie du financement de la MIG 3C serve à harmoniser les dotations FIR allouées aux réseaux régionaux de cancérologie. Le montant à prévoir pour le rééquilibrage des dotations FIR serait d'environ 9 M€.

### **Modélisation de la Mission d'intérêt général (MIG) 3C**

Les 3C sont financés par une MIG « MIG 3C » pour assurer les 3 missions fixées par la circulaire de 2005 : qualité de la prise en charge, organisation des RCP et production de données en cancérologie.

Il va de soi que l'évolution des organisations doit faire en sorte de gagner en efficacité sans porter atteinte aux acquis des précédents Plans cancer en termes de sécurité et qualité de prise en charge des patients. Pour ce faire, une nouvelle modélisation de la MIG 3C est nécessaire en réaffectant des crédits entre les acteurs à la hauteur des missions qu'ils assureraient.

Pour la modélisation de la MIG 3C, il est proposé de regrouper les actions par thématiques à partir du projet initial de référentiel de missions 3C (non publié), des enquêtes « Tableaux de bord 3C » ainsi que des retours de l'enquête conduite par l'INCa en 2015 auprès des 3C sur leur structuration et leurs missions.

Pour chacune des thématiques, une évaluation du temps et des compétences nécessaires a été réalisée. Puis, les coûts en personnel qui incomberaient aux acteurs qui assumeraient les missions et actions des actuels 3C ont été estimés.

Les coûts réels en personnel par action ont ensuite été calculés à partir des salaires bruts moyens chargés pour les cinq types de personnel identifiés<sup>23</sup> par les RRC dans le questionnaire budgétaire mené en 2016 dans le cadre de la demande de renouvellement de leur reconnaissance.

Enfin, les montants déterminés par catégories de personnel identifiées comme nécessaires pour la mise en œuvre des thématiques et actions ont été répartis entre les structures identifiées :

- les RRC (17), pour leur échelon régional et leurs antennes territoriales ;
- les établissements de santé autorisés (927) ;
- les entités de RCP (1906 établissements porteurs de RCP).

Pour la répartition des financements par structure, il est proposé d'attribuer une part variable en plus de la part fixe quand cela se justifiait. Pour les réseaux régionaux de cancérologie, la part variable a été indexée d'une part sur le nombre d'établissements autorisés de la région et l'activité (nombre de fiches RCP enregistrées) et d'autre part sur le nombre potentiel d'antennes du réseau, à raison d'une estimation d'une par département. En revanche, pour les établissements de santé, les missions qui leur incombent étant indépendantes du nombre de patients, un socle fixe indépendant du volume d'activité serait alloué.

Dans cette modélisation et selon les hypothèses, le montant global à réaffecter entre l'ensemble des acteurs sur lesquels vont se reporter les missions des 3C est estimé à 36 325 194 €.

- La part fixe de la MIG 3C à réaffecter aux réseaux régionaux serait ainsi de 589 500 € (soit 34 700 € par RRC) et la part variable de 2 746 425 €.
- En ce qui concerne les établissements, le montant total s'élèverait à 9 090 932 € soit 9 715 € par établissement.

---

<sup>23</sup> Médecin ; secrétaire ; qualitatif ; statisticien ; informaticien

- Enfin le financement à prévoir aux établissements porteurs de RCP pour l'activité de RCP serait de 24 488 537 €.

Le détail des propositions de dotations FIR de la modélisation financière figure en annexe 6.

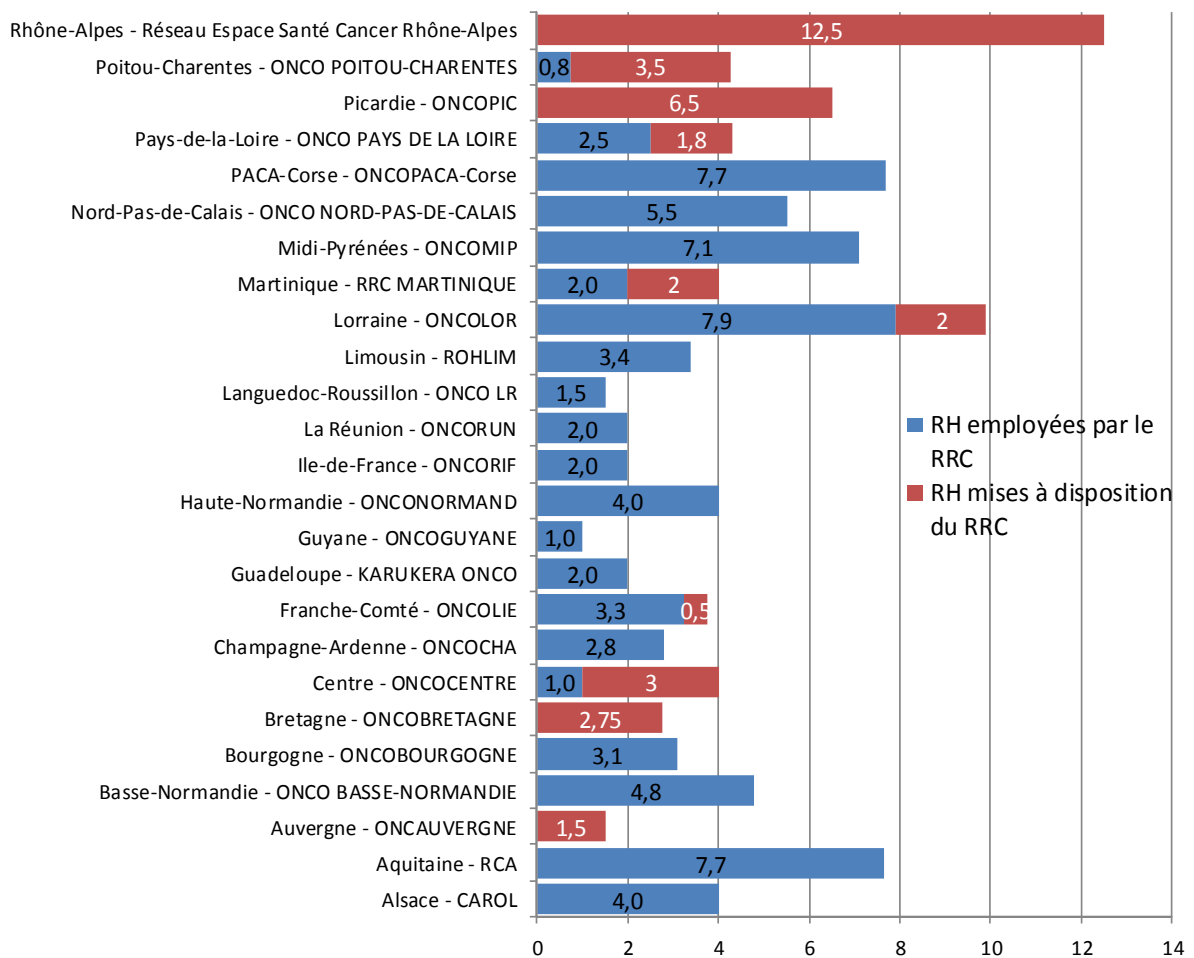
## 6.2.2 Le personnel

L'analyse de données de l'enquête « tableaux de bord RRC » 2015, permet de constater que le nombre total d'emplois temps plein (ETP) des RRC est de 75,97 et que ces ETP sont hétérogènes sur le territoire et potentiellement inégalitaires dans la mise en œuvre des missions.

Le graphique ci-dessous montre une grande hétérogénéité dans le nombre d'ETP par RRC mais également dans la répartition des ETP employés par le RRC ou mis à disposition par un membre du réseau. En effet, le nombre global d'ETP varie de 1 à 12,5, sachant que ceux-ci peuvent être en partie ou globalement mis à disposition par certains membres du réseau (concerne 10 RRC).

La répartition des ETP employés par le RRC ou mis à disposition par un membre en fonction de leur profil est présentée ci-après.

**Fig. 6 :** Effectifs des RRC en 2014 : nombre d'ETP par réseau



- En ce qui concerne les ETP employés par les réseaux (cf. fig.1 annexe 7) : les profils médecin et assistante sont les plus importants mais le profil « autre » représente 26 % et comprend par exemple des profils de type juriste, géographe de la santé, cadre administratif, etc.
- Concernant les ETP mis à disposition (cf. fig.2 annexe 7) : les profils majoritaires sont « médecin » et « autre » qui englobe la communication, les fonctions administratives et les missions spécifiques. Par exemple, recherche clinique, DCC, hématologie... Viennent ensuite les profils des ingénieurs, informaticiens, pharmaciens et d'attachés de recherche clinique.

Au vu de l'hétérogénéité des profils dans les RRC, il conviendra d'identifier les compétences types nécessaires au sein du RRC pour mener à bien les nouvelles missions qui lui seront confiées. Le personnel des RRC devra monter en compétences (sur les compétences métiers mais aussi en management, gestion du personnel, etc).

La réflexion devra prendre en compte l'éventuel redéploiement des personnels actuellement en poste au sein des 3C. Ceci permettrait de maintenir les compétences acquises au fil des années afin de continuer à assurer le service rendu au niveau territorial.

### 6.3 Procédure de labellisation des RRC

Les reconnaissances des RRC ont été renouvelées jusqu'au 31 décembre 2016 par l'INCa.

Une nouvelle procédure de labellisation des réseaux régionaux de cancérologie par l'INCa devra être définie courant 2016, en lien avec les ARS, afin de s'assurer de la mise en œuvre harmonisée des missions conformément au nouveau référentiel. Il est envisagé que cette procédure soit effectuée en deux temps :

- 1<sup>ère</sup> phase de préfiguration : Dans l'attente de la structuration du réseau régional cible, du fait de la réforme territoriale et de l'éventuel nouveau statut juridique, chaque région devra identifier un RRC préfigurateur. Ce dernier sera désigné pour deux ans sur son engagement à mettre en œuvre les nouvelles missions définies dans le nouveau référentiel. Cette reconnaissance sera donc transitoire.

Il conviendra de suivre et évaluer la montée en charge des RRC selon des modalités et des indicateurs qui sont à définir par l'INCa avec l'appui des RRC. L'enquête annuelle « tableaux de bord RRC » devra donc continuer à être soumise auprès des RRC. Le contenu de cette enquête devra être actualisé afin de prendre en compte les nouvelles missions et devra associer certains éléments de l'enquête actuelle « tableaux de bord 3C » puisque les RRC seront responsables de la remontée des données relatives à la qualité de la prise en charge.

- 2<sup>ème</sup> phase : labellisation des RRC

La procédure « officielle » de labellisation des RRC sera ensuite mise en œuvre. Pour cela, il conviendra de définir la durée et le renouvellement de la labellisation ainsi que les modalités de conventionnement entre les acteurs (INCa/ARS/RRC). Cette procédure devra être accompagnée d'indicateurs de suivi et de pilotage annuels permettant de suivre et d'évaluer la montée en charge de la mise en place des missions. Les RRC seront sollicités pour participer à ce travail d'élaboration des indicateurs.

## 6.4 Évolution organisationnelle et accompagnement des acteurs

Dans le cadre de la réforme territoriale, le territoire d'action des RRC évolue du fait de la fusion de certaines régions, ce qui implique des mutations organisationnelles pour la plupart d'entre eux. En outre, il faudra prendre en compte l'intégration des missions actuelles des 3C aux RRC et aux établissements de santé autorisés qui va impacter l'organisation des acteurs sur le territoire.

Il est du ressort des ARS de piloter cette évolution de l'organisation territoriale. Certaines ARS ont déjà engagé un travail d'analyse sur les RRC (ETP, budget, personnel, statut, etc.) en lien avec les coordonnateurs afin de définir une organisation cible d'ici fin 2016.

Les configurations pourront varier car les paramètres à prendre en compte sont multiples (taille de la région, localisations des établissements autorisés, balance entre établissements publics et privés membres du réseau, ...). Toutefois, il apparaît assez clairement que les réseaux auront besoin d'un échelon intermédiaire qui pourrait être positionné au niveau départemental pour permettre ainsi au réseau la déclinaison infrarégionale de ces nouvelles missions.

Les organisations retenues devront se conformer au nouveau référentiel de missions et au cadre national qui sera défini pour le statut juridique et le budget type des RRC. De plus, les modalités de gouvernance devront permettre de clarifier le rôle et les compétences de chaque échelon.

Dans ce contexte, la conduite du changement doit permettre de réduire au maximum la période de déstabilisation des acteurs afin d'assurer la continuité des missions. Afin d'accompagner les décideurs et les acteurs dans cette évolution, plusieurs actions sont envisagées.

- Les attentes des directeurs généraux des ARS en termes d'appui et d'accompagnement à la conduite du changement seront recueillies lors d'un séminaire de travail organisé par l'INCa et le SGMAS avec la DGOS le 7 juillet 2016.  
De plus, l'INCa continuera de s'appuyer sur le groupe d'interface des ARS, afin d'avancer sur les travaux liés à l'évolution des missions des RRC.
- Deux séminaires annuels seront organisés par l'INCa avec les RRC. Le premier séminaire est prévu le 5 juillet 2016 avec les correspondants cancer des ARS afin de présenter les propositions d'évolution des missions avant la publication du nouveau référentiel.
- Des échanges seront organisés avec les fédérations hospitalières sur la nouvelle organisation des acteurs en cancérologie et la répartition des missions entre les RRC et les établissements de santé.

En outre, l'INCa veillera à ce que les interfaces avec les autres structures, notamment celles du dépistage organisé et les cancéropôles, se développent en cohérence avec les nouvelles missions des réseaux.

## 7. CONCLUSION

Le premier Plan cancer a permis la mise en place à l'échelon régional des réseaux régionaux de cancérologie et au niveau local des centres de coordination en cancérologie, qui ont fortement contribué au développement de la coordination des acteurs de santé et à l'amélioration de la qualité et la sécurité des prises en charge en cancérologie.

Le Plan cancer 2014-2019 prévoit de faire évoluer ces organisations et de renforcer l'appui apporté par les RRC aux ARS pour le pilotage régional de l'offre de soins et de la prise en charge des cancers. L'évolution des organisations en cancérologie, portée par le Plan cancer, vise à :

- conforter l'appui apporté aux ARS pour le pilotage régional de la politique de lutte contre le cancer ;
- harmoniser les pratiques et améliorer la qualité des prises en charge ;
- décloisonner les parcours de santé, du dépistage à l'après cancer, et renforcer la coordination des acteurs ;
- optimiser les organisations pour une efficacité accrue des dispositifs et de l'utilisation des moyens.

Au vu de l'analyse des différents documents sources et des données disponibles pour les RRC et les 3C, l'INCa propose un schéma cible d'évolution des RRC. Ces propositions conduisent à renforcer certaines missions définies dans la circulaire de 2007 et à identifier de nouvelles missions telles que la promotion de la qualité et la sécurité de la prise en charge. Il s'agit également de faire évoluer la structuration des 3C en réattribuant leurs missions d'une part au sein des RRC, et d'autre part au sein des établissements de santé autorisés afin de donner plus de lisibilité et de cohérence aux organisations actuelles.

Ce schéma cible a pour objectif de renforcer la coordination régionale des acteurs en cancérologie ainsi que la qualité et la sécurité de la prise en charge des cancers. Il a également pour but de développer les interfaces avec d'autres structures de cancérologie telles que les structures de gestion des dépistages afin de fluidifier le parcours de santé.

L'évolution de ces missions ainsi que la réforme territoriale qui entraîne la fusion de certains RRC, amènent à identifier une nouvelle organisation territoriale, à savoir une entité juridique unique pour la région comprenant des antennes territoriales permettant d'assurer en proximité la coordination inter-établissements, qu'ils soient publics ou privés, et d'améliorer le lien avec les acteurs et dispositifs locaux dans une logique d'animation de territoire.

Enfin, il paraît essentiel que les différents acteurs soient accompagnés dans la conduite du changement. Il conviendra d'identifier avec les ARS les besoins spécifiques afin de stabiliser le schéma cible organisationnel et de mettre en œuvre les missions des RRC qui seront définies dans le nouveau référentiel. Des outils seront proposés pour aider la transition vers la cible et permettre aux RRC de monter en compétences pour conduire l'ensemble de leurs missions et gérer le dispositif régional dans sa nouvelle configuration.

Une étape de préfiguration devra être envisagée et la mise en place d'une procédure de labellisation des RRC associée à des indicateurs de pilotage et d'évaluation sera de nature à accompagner l'évolution à toutes ses étapes.

# ANNEXES

## Annexes 1. Évaluation de l'atteinte des missions et objectifs confiés aux réseaux régionaux de cancérologie dans le cadre de la procédure de reconnaissance INCa – tableaux de suivi d'activité

### Méthodologie d'analyse et d'exploitation des résultats

#### Limites et contraintes

Les décisions de reconnaissances INCa ont été délivrées sur une période d'un an entre 2010 et 2011 pour 23/25 RRC<sup>24</sup>.

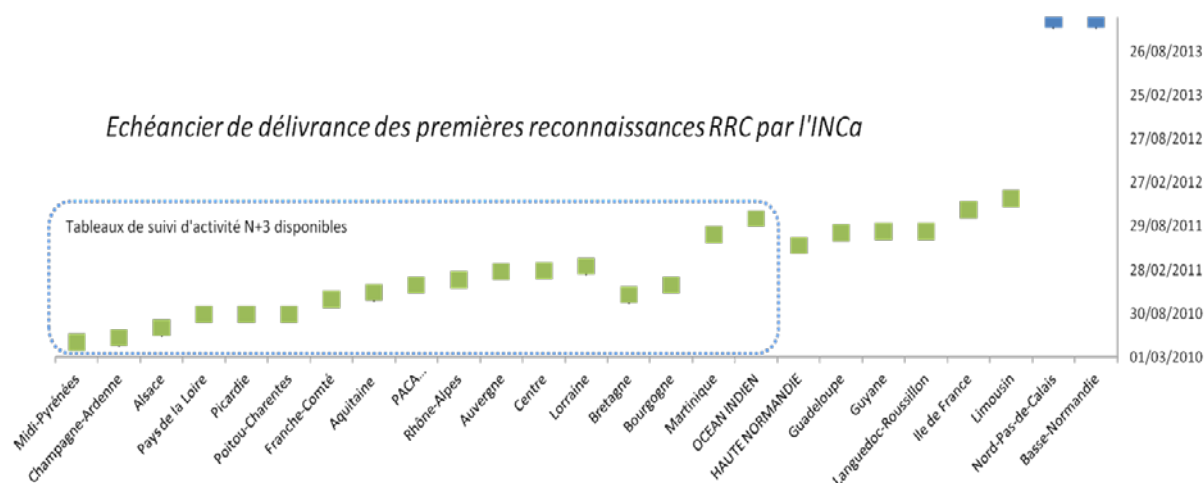


Figure 1 : calendrier de délivrance des reconnaissances de première génération

Afin de pouvoir suivre l'avancement de l'atteinte des différents objectifs (67 critères), chaque RRC retourne annuellement à l'INCa et à l'ARS un tableau de suivi d'activité<sup>25</sup> (TSA).

À la date de réalisation de la présente évaluation, l'ensemble des décisions de reconnaissance des réseaux ne sont pas arrivées à échéance. Les résultats et évolutions présentés ci-après sont donc basés sur :

- Données de situations initiales : 25 TSA N
- Données de situations finales : 17 TSA N+3 (au 29.09.2014) soit plus de 2/3 des RRC.

Au total 6 TSA doivent être transmis à l'INCa d'ici à fin 2014. Ils permettront de finaliser cette évaluation qui portera sur 92 % des RRC (soit tous les réseaux à l'exception des 2 réseaux reconnus en décembre 2013).

<sup>24</sup> ONCO BASSE-ORMANDIE et ONCO NPDC ont été reconnus fin 2013 du fait de circonstances exceptionnelles liées à des difficultés en ressources humaines

<sup>25</sup> Chaque RRC transmet ainsi 4 TSA : N (lors de la reconnaissance), N+1, N+2 et N+3 (fin de reconnaissance).

## Répartition des critères d'évaluation par axe thématique, et neutralisation

Tableau 1 : nombre de critères d'évaluation par axe thématique (objectif) du référentiel national des RRC

Axes thématiques	Actions	Nombre de critères
1. Coordonner et animer le RRC	<b>Organiser la coordination</b> des membres du RRC dans le cadre de ses missions	5
	<b>Favoriser les liens</b> entre les acteurs et faciliter le travail en partenariat	13
2. Diffuser et informer sur les recommandations nationales	<b>Implémenter</b> auprès de tous les établissements de la région prenant en charge des patients atteints de cancer <b>les recommandations nationales</b> mises à disposition par l'INCa	4
	<b>Participer aux relectures nationales</b> des recommandations quand le RRC est sollicité par l'INCa	2
3. Promouvoir le partage de l'information médicale via le DCC	<b>Mettre à disposition l'annuaire régional informatisé</b> des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) et en assurer la mise à jour permanente	3
	<b>Poursuivre le déploiement des RCP informatisées et du DCC</b> dans tous les établissements en suivant le cadre national DMP-DCC	8 (5) <sup>26</sup>
4. Informer les professionnels de santé, les patients et leurs proches	<b>Mettre à disposition un site Internet</b> , pour les professionnels, les patients et leurs proches, pour informer sur la cancérologie et communiquer sur les activités du RRC	5
	<b>Informersur l'offre de soins</b> en cancérologie régionale	9
	Aider à la <b>formation continue</b>	8
5. Évaluer les pratiques professionnelles en réseau	<b>Évaluer</b> notamment le fonctionnement des RCP	7
6. Recueillir et analyser les données régionales de cancérologie	<b>Renseigner annuellement le tableau de bord (TdB)</b> régional d'activité cancérologique	3

Parmi les critères colligés dans le cadre de l'axe n°3, certains présentaient des faiblesses :

- ils ont été remplis de manière hétérogène selon le réseau (critère sujet à interprétation),
- ils nécessitaient pour disposer d'une base de comparaison commune de calculer un indicateur à partir de données non disponibles pour l'ensemble des régions (par ex. : estimation de l'incidence des cancers en 2005).

<sup>26</sup> Cf. ci-dessous



Ces écueils ne permettaient pas une exploitation statistique robuste et reproductible quelle que soit la région considérée, ce qui a conduit à la neutralisation de ces items. L'axe 3 ne comporte donc plus que 8 critères d'évaluation et le nombre total de critères d'évaluation est donc réduit de 67 à 64.

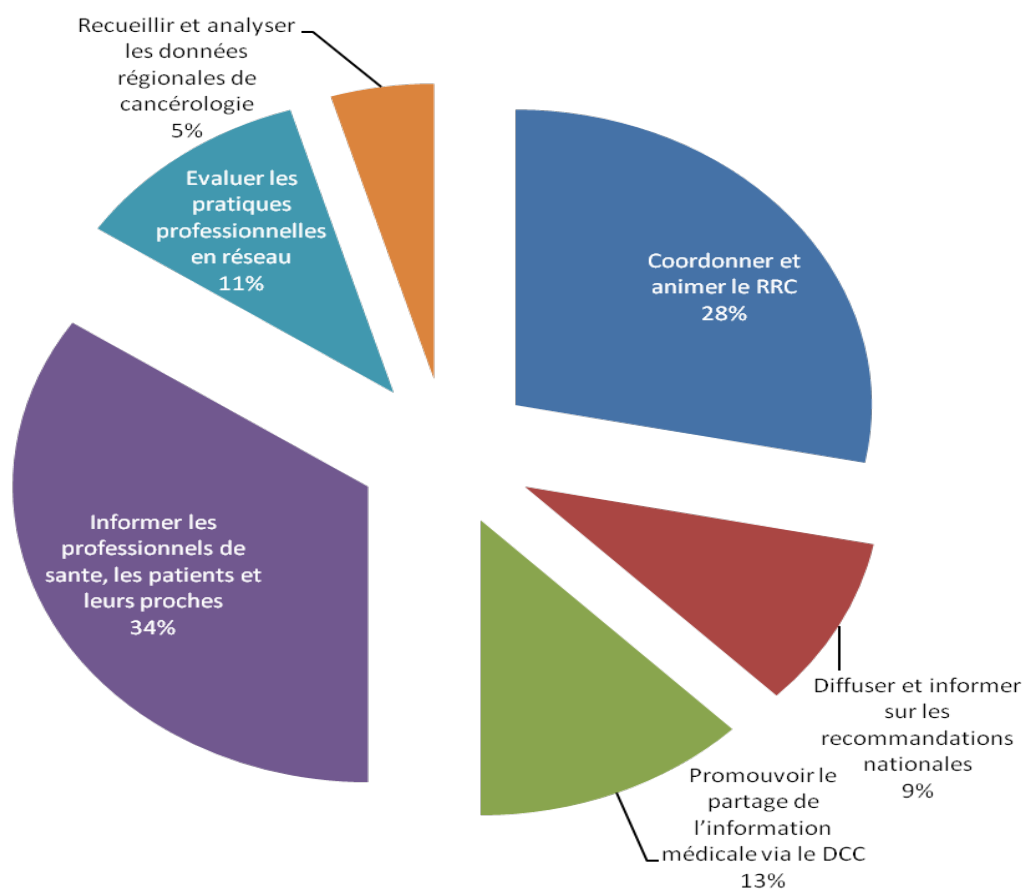


Figure 2 : répartition des critères d'évaluation en fonction des axes thématiques

## 1. Résultats et discussion

Les résultats sont présentés chronologiquement et par échelle :

- de la situation initiale (année d'obtention de la reconnaissance INCa)
  - analyse nationale globale, par axe et par critère,
  - analyse régionale (RRC).
- à la situation finale (TSA le plus récent) avec mesure de l'évolution
  - analyse nationale globale, par axe et par critère,
  - analyse régionale (RRC).

### 1.1. Situation initiale

#### 1.1.1. Analyse nationale

Lors de l'obtention de la reconnaissance INCa, le niveau moyen de mise en œuvre tous axes confondus était de **64 %**.

Les six axes thématiques peuvent être classés en deux groupes selon que leurs niveaux de mise en œuvre initiale se situaient au-dessus, ou au-dessous de cette moyenne.

L'analyse présentée dans ce document se focalise sur les 3 critères disposant de la plus grande marge de progression<sup>27</sup> pour atteindre un objectif optimal (théorique) de 100 % et concerne :

- l'information des professionnels de santé, des patients et de leurs proches (<63 %),
- la promotion du partage de l'information médicale via le DCC (<60 %),
- et l'évaluation des pratiques professionnelles en réseau (< 45 %).

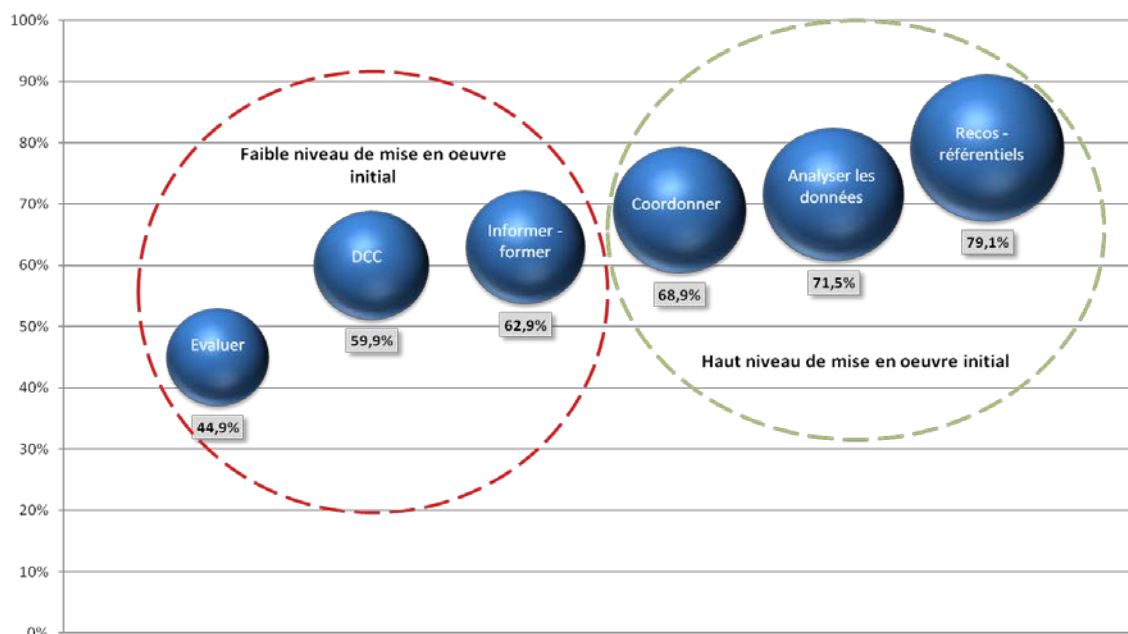


Figure 3 : Année N - répartition des axes thématiques en fonction de leurs niveaux de mise en œuvre

Remarque : pour faciliter la lecture, les pourcentages de mise en œuvre des critères ont été remplacés par une note de 0 à 5.

Tableau 2 : table de correspondance note/pourcentage de mise en œuvre

Note	Niveaux de mise en œuvre
0	0 %
1	0 %<...<25 %
2	25 %≤...<50 %
3	50 %≤...<75 %
4	75 %≤...<100 %
5	100 %

<sup>27</sup> Il s'agit des 3 critères dont le niveau moyen de mise en œuvre est inférieur à la moyenne nationale

#### Axe 4 : Information des professionnels de santé, des patients et de leurs proches

Les principaux points de faiblesse concernent la mise à disposition des informations relatives à l'offre de soins en cancérologie régionale et notamment :

- la prise en compte de la dimension oncogériatrique dans les annuaires sur l'offre de soins en cancérologie<sup>28</sup>,
- l'information sur l'offre de soins à domicile et leurs modalités d'organisation<sup>29</sup>,
- l'accès aux plateformes de génétiques moléculaire et aux consultations d'oncogénétique<sup>30</sup>,
- et dans une moindre mesure l'élaboration par le RRC d'une charte de financement de ses actions de formation posant les principes d'indépendance du réseau<sup>31</sup>.

### Informer les professionnels de sante, les patients et leurs proches

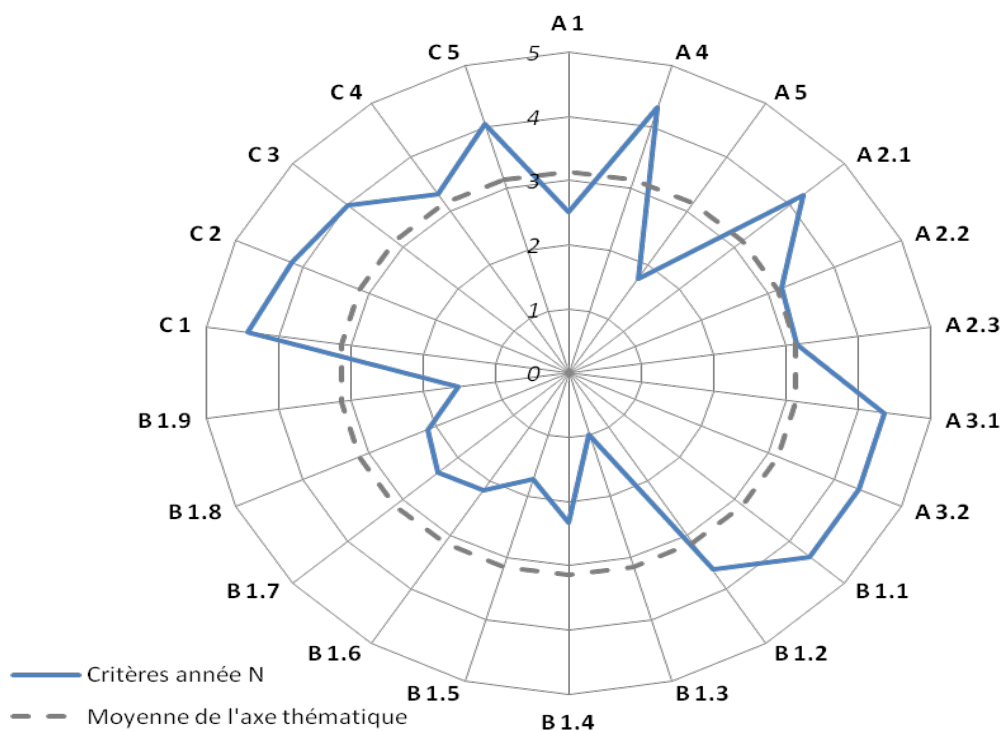


Figure 4 : Année N – niveau de mise en œuvre des critères constitutifs de l'axe 4

<sup>28</sup> Critère n° B1.3 de la Figure 4

<sup>29</sup> Critère n° B1.5 de la Figure 4

<sup>30</sup> Critère n° B1.9 de la Figure 4

<sup>31</sup> Critère n° A5 de la Figure 4

### Axe 3 : Promotion du partage de l'information médicale *via* le DCC

Deux critères portant sur le déploiement des RCP informatisées et du DCC disposaient plus particulièrement d'une grande marge de progression et concernaient :

- le taux d'utilisation du DCC<sup>32</sup>,
- et le taux de fiches RCP informatisées<sup>33</sup>.

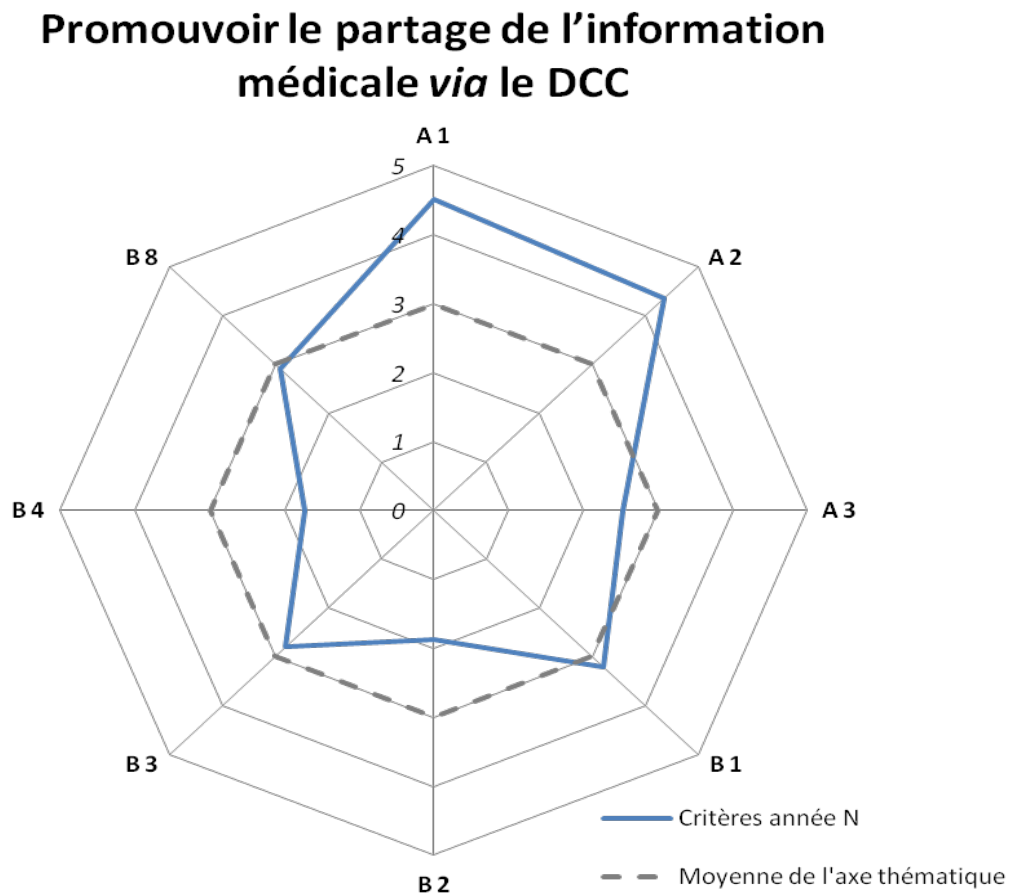


Figure 5 : Année N – niveau de mise en œuvre des critères constitutifs de l'axe 3

<sup>32</sup> Critère n° B2 de la Figure 5

<sup>33</sup> Critère n° B4 de la Figure 5

## Axe 5 : Évaluation des pratiques professionnelles en réseau

Deux points relevant de la formalisation devaient faire l'objet d'une attention particulière :

- l'existence d'un programme régional annuel d'évaluation transmis aux 3C<sup>34</sup>,
- et la publication d'un rapport de synthèse (a minima sur le site internet du RRC)<sup>35</sup>.

### Evaluer les pratiques professionnelles en réseau

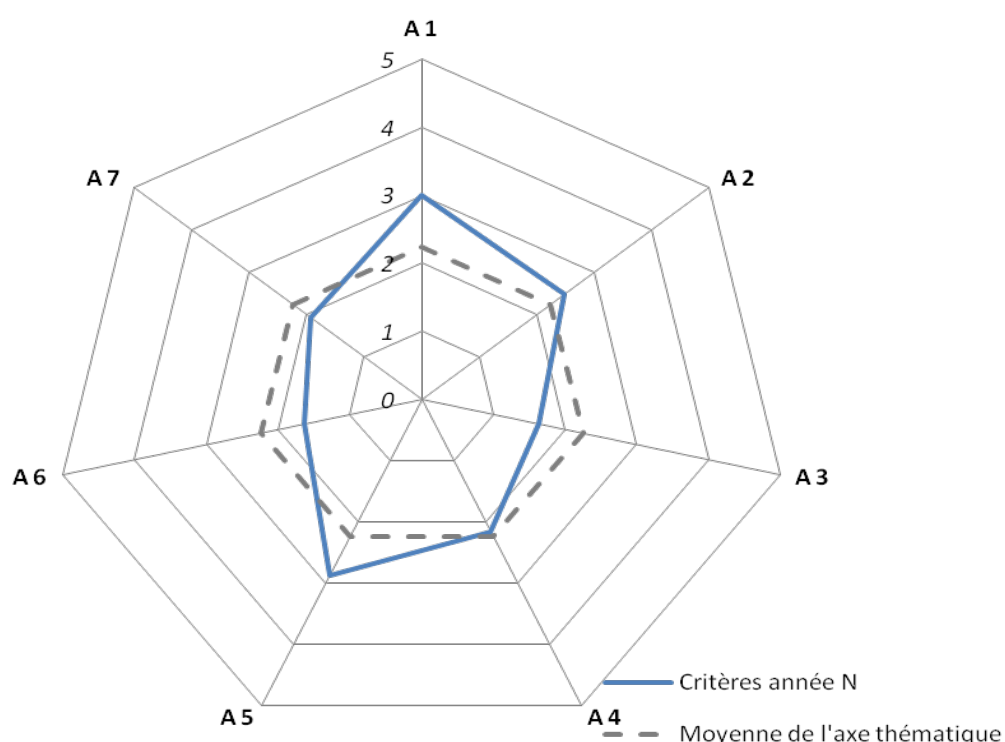


Figure 6 : Année N – niveau de mise en œuvre des critères constitutifs de l'axe 5

#### Remarque particulière concernant l'axe 1 : Coordonner et animer le RRC

Bien que l'axe 1 fasse partie de ceux présentant le niveau global de mise en œuvre le plus élevé, deux des critères constitutifs de l'action « Favoriser les liens entre les acteurs et faciliter le travail en partenariat » sont à souligner du fait de leur faible score.

<sup>34</sup> Critère n° A3 de la Figure 6

<sup>35</sup> Critère n° A6 de la Figure 6

## Coordonner et animer le RRC

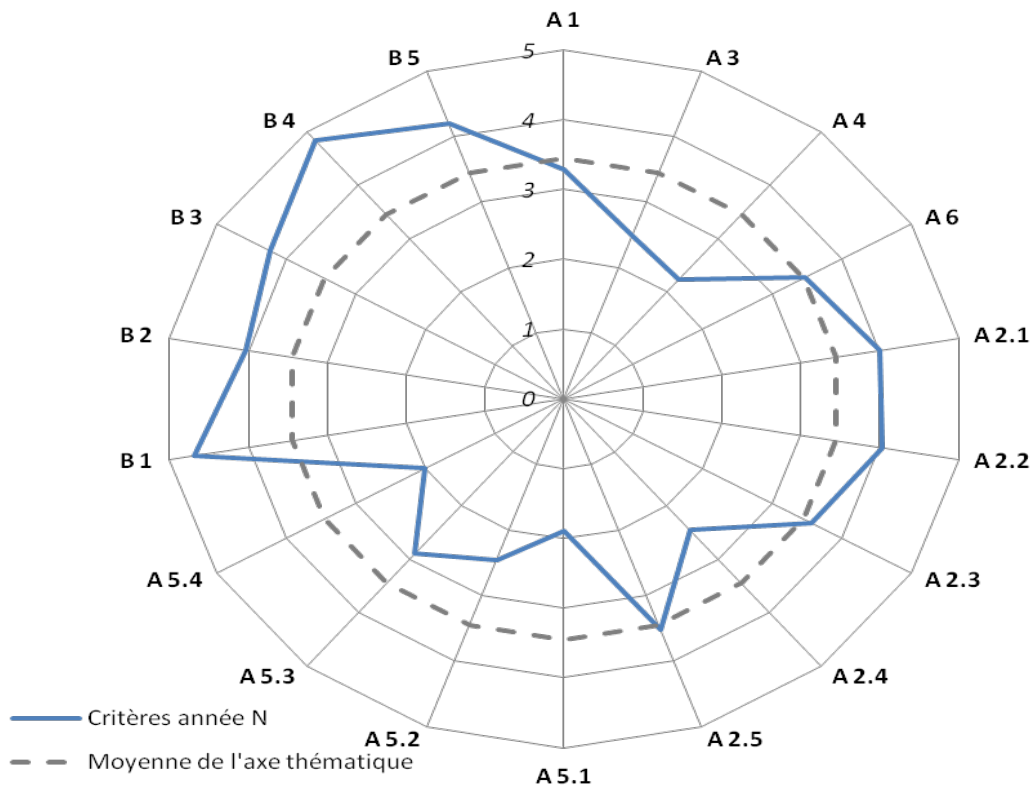


Figure 7 : Année N – niveau de mise en œuvre des critères constitutifs de l'axe 1

Ils<sup>36</sup> concernent le développement d'articulations avec d'autres réseaux de santé, et plus particulièrement les réseaux de gérontologie et les réseaux polyvalents de proximité.

### 1.1.2. Analyse régionale

En fonction de leur niveau de satisfaction global au référentiel par rapport à la moyenne nationale tous RRC confondus (64 %), deux situations peuvent être mises en exergue :

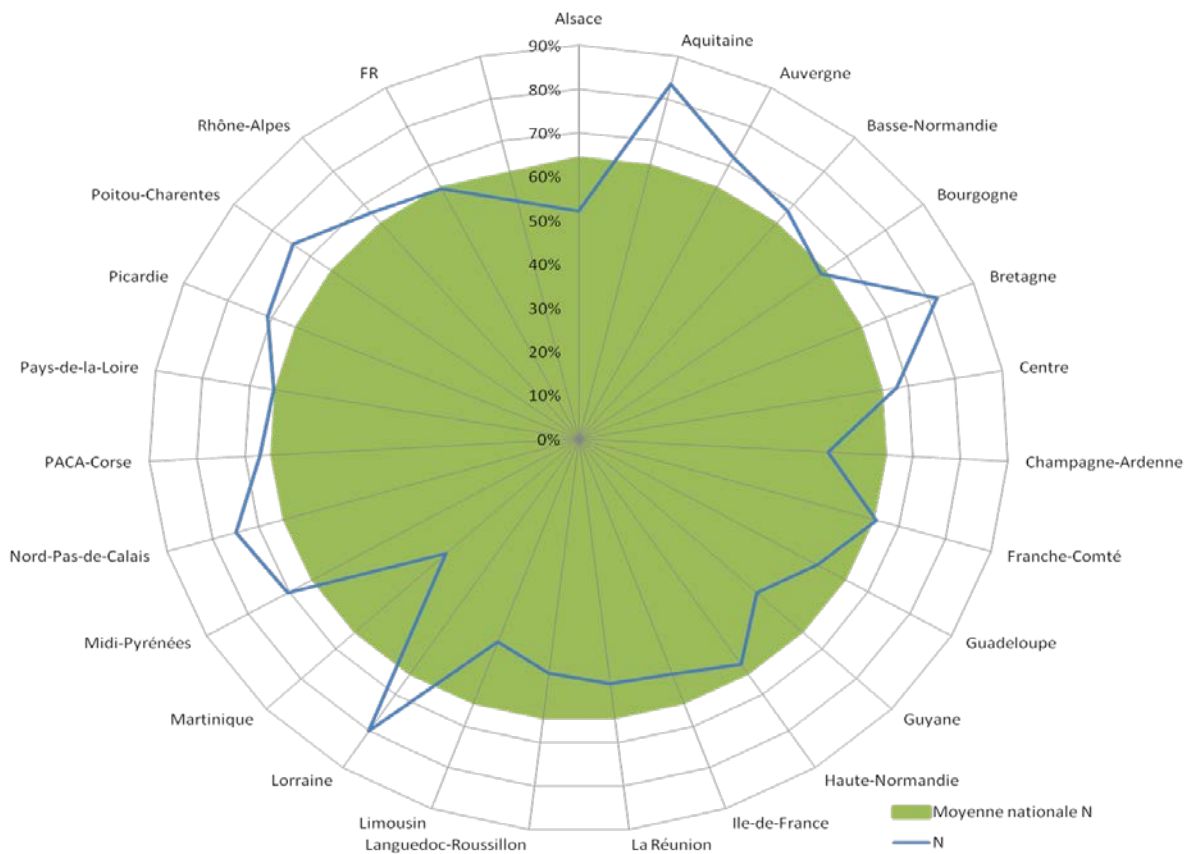
- les RRC dont la situation initiale est meilleure que la moyenne RRC (14),
  - Pays de la Loire,
  - Franche-Comté,
  - PACA-Corse,
  - Rhône-Alpes,
  - Centre,
  - Basse-Normandie (reconnaissance en 2013),
  - Midi-Pyrénées,
  - Picardie,
  - Auvergne,
  - Poitou-Charentes,
  - Nord-Pas-de-Calais (reconnaissance en 2013),
  - Lorraine,
  - Bretagne,
  - Aquitaine.

<sup>36</sup> Critères n° 5.1 et A5.4 de la Figure 7

- les RRC dont la situation initiale est moins bonne que la moyenne RRC (11)

- Martinique,
- Limousin,
- Guyane,
- Alsace,
- Champagne-Ardenne,
- Languedoc-Roussillon,

- La Réunion,
- Île-de-France,
- Guadeloupe,
- Haute-Normandie,
- Bourgogne.

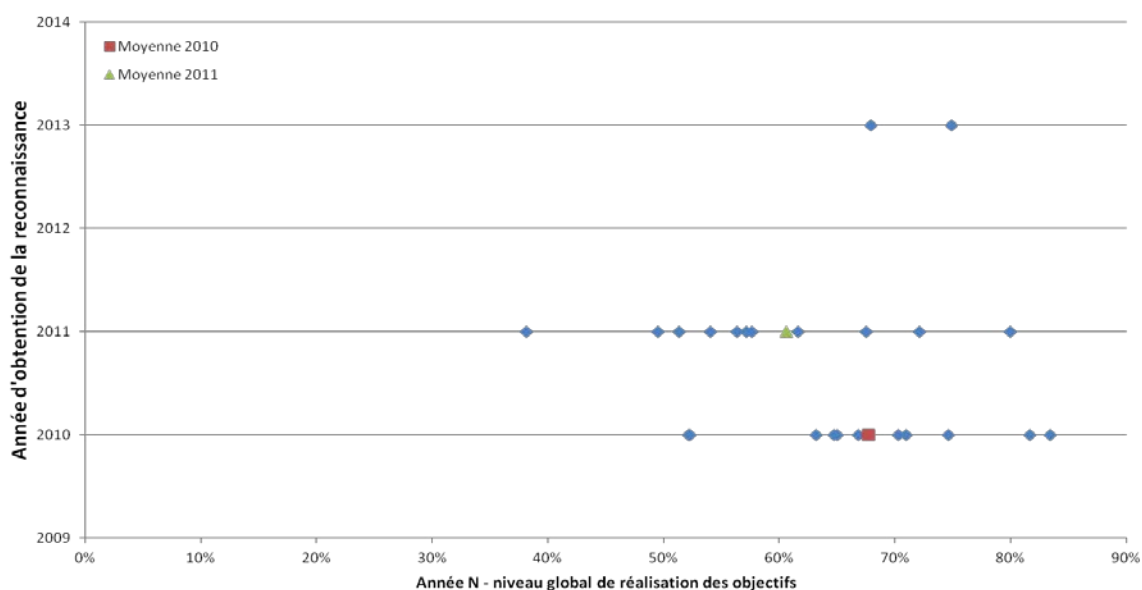


**Figure 8 : Année N - niveau global d'atteinte des objectifs par RRC**

On observe une légère différence<sup>37</sup> entre les moyennes des scores initiaux selon l'année d'obtention de la reconnaissance :

- Score moyen des RRC reconnus en 2010 : 68 % (médiane de 67 %),
- Score moyen des RRC reconnus en 2011 : 59 % (médiane de 57 %).

<sup>37</sup> Différence à la limite de significativité statistique  $p\text{-value} = 0,056$



Une des hypothèses pouvant apporter des éléments d'interprétation du phénomène observé ci-dessus porte sur la « taille » du RRC (nombre d'établissements membres) et le nombre de cas de cancers par an (cf. Tableau 3).

En effet, les RRC reconnus après 2010 sont majoritairement<sup>38</sup> des réseaux comportant moins d'établissements membres et présentant moins de cas de cancers. Les moyens humains disponibles dans ces réseaux (potentiellement plus réduits) lors de la reconnaissance ont pu impacter le niveau d'adéquation initial avec les objectifs sur référentiel national.

**Tableau 3 : répartition des RRC en fonction du nombre d'établissements autorisés et du nombre de cas de cancer par an**

Nombre d'établissements autorisés au traitement du cancer	Nombre de cancers/an	Région du RRC
< 19	< 15 000	Franche-Comté, <b>Limousin</b> , <b>La Réunion</b> , <b>Guyane</b> , <b>Guadeloupe</b> , <b>Martinique</b> <sup>39</sup> .
19-28	15 000 – 24 999	<b>Alsace</b> , Auvergne, <b>Bourgogne</b> , <b>Champagne-Ardenne</b> , <b>Haute-Normandie</b> , Picardie, Poitou-Charentes, Basse-Normandie.
29-50	25 000 – 40 000	Bretagne, Centre, Midi-Pyrénées, <b>Languedoc-Roussillon</b> , Lorraine
	> 40 000	Pays de la Loire
> 50	25 000 – 40 000	Aquitaine
	> 40 000	Rhône-Alpes, <b>Île-de-France</b> , PACA, Nord-Pas-de-Calais.

Source : Etude ACORESCA 2012 « Enquête sur les ressources et les missions des Réseaux Régionaux de Cancérologie »

<sup>38</sup> Pour 9/11 RRC (exception pour les régions Île de France et Languedoc-Roussillon)

<sup>39</sup> Région non-présente dans l'étude ACORESCA 2012



Les principaux axes thématiques sur lesquels devaient porter les plus grands efforts concernaient l'évaluation des pratiques professionnelles en réseau (10/11 RRC) et le déploiement du DCC (8/11 RRC).

### 1.1.3. Synthèse et faits marquants

**Niveau moyen de mise en œuvre : 64 %**

**3/6 axes avec un plus faible niveau de mise en œuvre :**

- l'information des professionnels de santé, des patients et de leurs proches (< 63 %),
- la promotion du partage de l'information médicale *via* le DCC (< 60 %),
- et l'évaluation des pratiques professionnelles en réseau (< 45 %).

**Principaux critères devant faire l'objet d'une vigilance particulière :**

- Oncogériatrie : la prise en compte de la dimension oncogériatrique (tant en termes de communication vers les patients, leurs proches et les professionnels qu'en termes d'articulations entre réseaux de santé),
- DCC : le déploiement du DCC et l'informatisation des RCP,
- Évaluation des pratiques professionnelles :
  - l'élaboration et la transmission d'un programme annuel d'évaluation des pratiques professionnelles (portant notamment sur le fonctionnement des RCP),
  - la publication d'un rapport de synthèse.
- Le développement d'articulations RRC-autres réseaux de santé.

**Des réseaux avec un niveau de mise en œuvre initial hétérogène ; une attention spécifique portée sur les 4 départements ultramarins.**

## 1.2. Situation finale et évolution

### 1.2.1. Analyse nationale

*Rappel : les résultats suivants sont issus des retours de 13 RRC (soit plus de 50 %) et peuvent donc évoluer au fur et à mesure de la réception des prochaines demandes de reconnaissance.*

*Les moyennes nationales calculées à ce stade font référence à 13/25 RRC.*

Lors de l'obtention de la reconnaissance INCa, le niveau moyen de mise en œuvre tous axes confondus était de **81 % (+ 17 points)**.

Les écarts observés entre les six axes thématiques sont moins dispersés autour de la moyenne que lors de la délivrance de la reconnaissance.

En effet, 4/6 axes progressent en moyenne de 15 points sur la période de 3 ans, tandis que les deux axes les plus en difficulté l'année N (l'évaluation des pratiques professionnelles et le déploiement du DCC) progressent respectivement de 35 et 23 points, traduisant ainsi les efforts particuliers portés sur ces 2 thématiques.

L'analyse présentée ci-dessous présentera plus particulièrement les 2 critères sur lesquels doivent encore porter les efforts (niveau de mise en œuvre inférieur à la moyenne nationale) :

- l'information des professionnels de santé, des patients et de leurs proches (79 %),
- et l'évaluation des pratiques professionnelles en réseau (< 80 %).

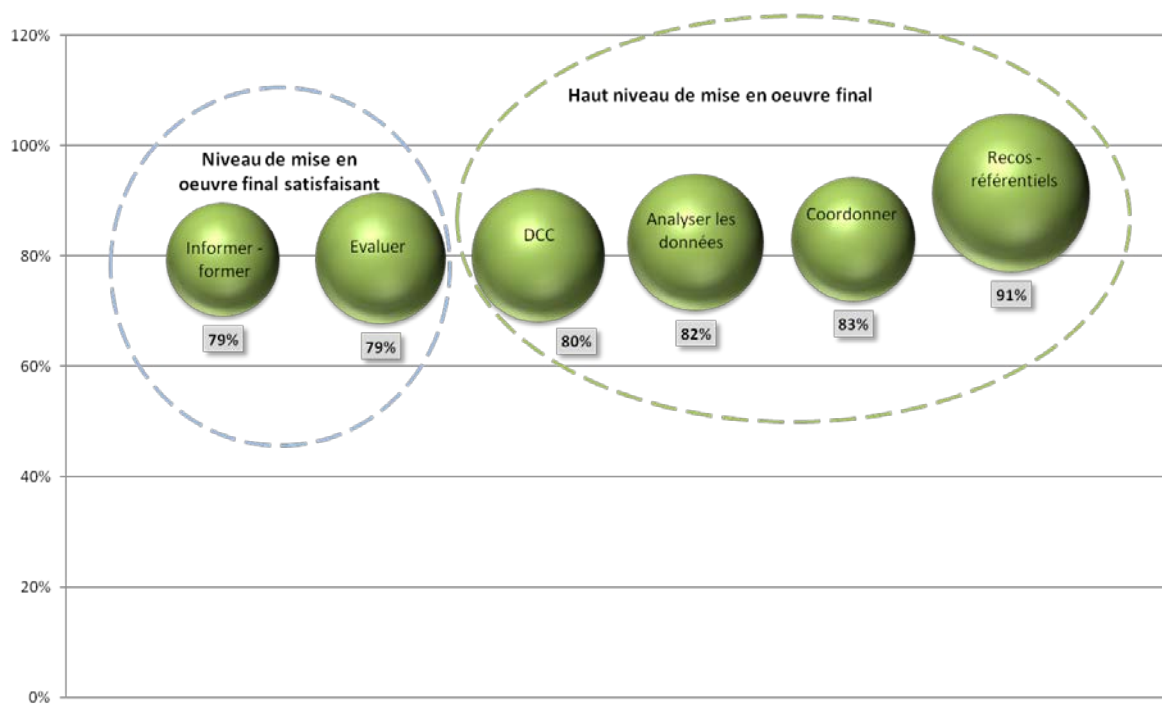


Figure 9 : Année N+3 - répartition des axes thématiques en fonction de leurs niveaux de mise en œuvre

#### Axe 4 : Information des professionnels de santé, des patients et de leurs proches

Les critères présentant les plus grandes marges de progression ont pour la plupart fait l'objet d'efforts ciblés comme ceux portant sur l'intégration de la dimension oncogériatrique dans les annuaires (critère n° B1.3), la mise à disposition d'une information sur l'offre de soins à domicile (critère n° B1.5) ou l'accès aux plateformes de génétique moléculaire ainsi qu'aux consultations d'oncogénétique (critère n° B1.9).

Toutefois, d'une manière générale les critères relatifs à l'information sur l'offre régionale de soins en cancérologie doivent encore pouvoir progresser (critères n° B1.3 à B1.9) car ils restent en deçà du niveau moyen de l'axe (cf. Figure 11 ci-dessous).

De même, certains aspects des dispositions d'appui à la formation continue doivent être encore approfondis et notamment la communication d'information relative aux organismes de formation et aux programmes proposés (critère n° A1), et dans une moindre mesure les actions liées à la thématique du dispositif d'annonce<sup>40</sup> (critère n° A2.3), et l'élaboration d'une charte de financement des actions de formation garante du principe d'indépendance du réseau (critère n° A5).

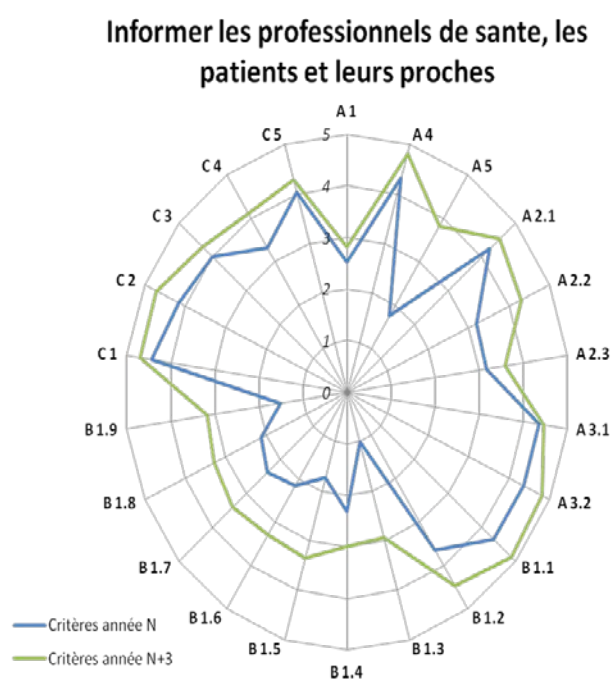


Figure 10 : Axe 4 - évolution du niveau de mise en œuvre des critères entre N et N+3

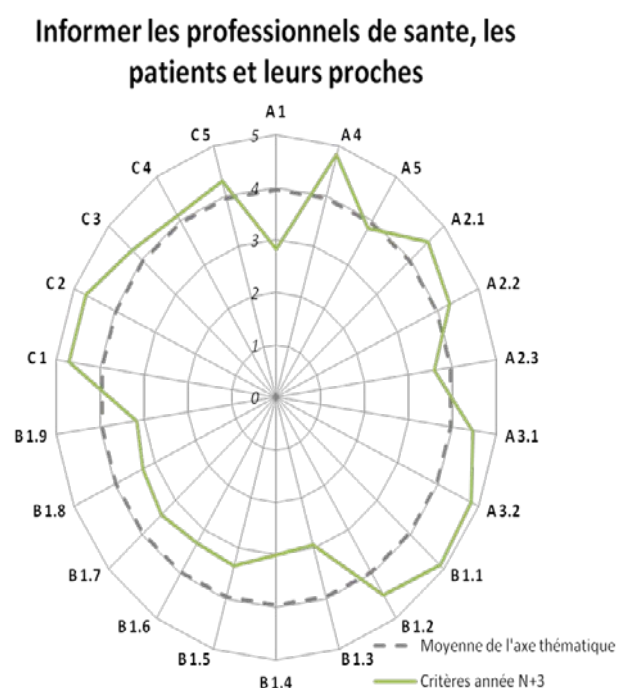


Figure 11 : Axe 4 - niveau de mise en œuvre des critères à N+3

<sup>40</sup> Au cours de la période de reconnaissance, de nombreuses actions ont été conduites sur cette thématique, ce qui peut expliquer la moindre importance de ce thème à l'issue du processus de reconnaissance

## Axe 5 : Évaluation des pratiques professionnelles en réseau

Le niveau moyen de mise en œuvre de l'axe thématique est relativement homogène et des actions ciblées ont permis une progression globale de 35 points entre l'année N (45 % → ≈ 80 %).

Bien que présentant un niveau d'atteinte de l'objectif satisfaisant proche de la moyenne tous axes confondus (81,4 %), les actions relatives à l'évaluation des pratiques professionnelles doivent perdurer particulièrement en ce qui concerne les RCP, et la formalisation doit se renforcer (existence de procédures d'évaluation établies en lien étroit avec les 3C, définition d'un programme annuel transmis aux 3C, élaboration d'un rapport de synthèse, etc.).

### Evaluer les pratiques professionnelles en réseau

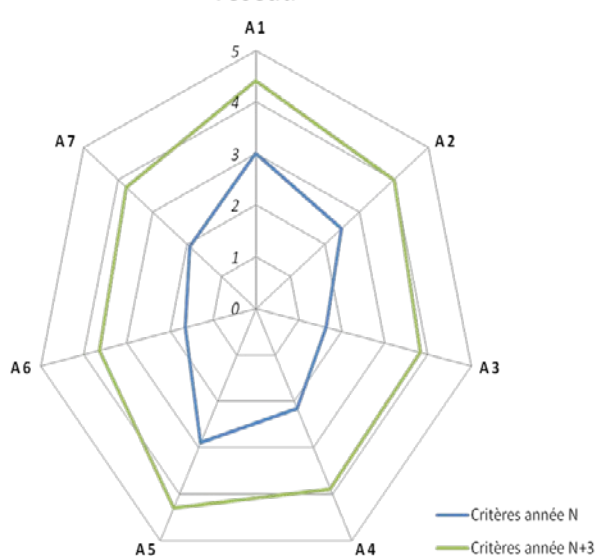


Figure 12 : Axe 5 - évolution du niveau de mise en œuvre des critères entre N et N+3

### Evaluer les pratiques professionnelles en réseau

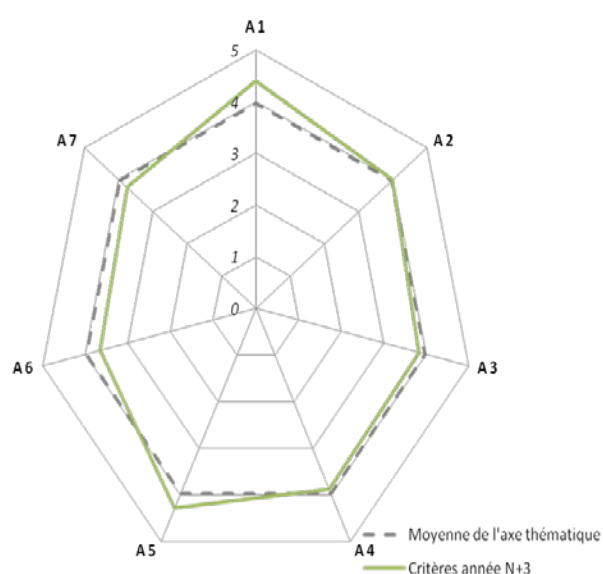


Figure 13 : Axe 4 - niveau de mise en œuvre des critères à N+3

## Axe 1 : Coordonner et animer le RRC

### Remarque particulière concernant l'axe 1 : Coordonner et animer le RRC

Bien que l'axe 1 fasse partie de ceux présentant le niveau final de mise en œuvre le plus élevé, plusieurs critères visant à « favoriser les liens entre les acteurs et faciliter le travail en partenariat » sont toujours nettement en deçà du score moyen du critère<sup>41</sup> et portent sur le développement d'articulations avec les autres réseaux de santé, et notamment sur les thématiques :

- gériatrique,
- douleur,
- soins palliatifs,
- et polyvalents (critère le moins mis en œuvre).

<sup>41</sup> cf. Figure 14

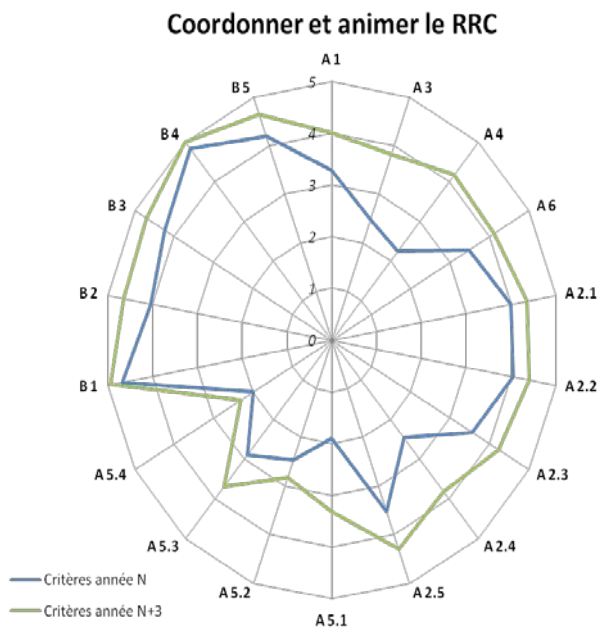


Figure 14 : Axe 1 - évolution du niveau de mise en œuvre des critères entre N et N+3

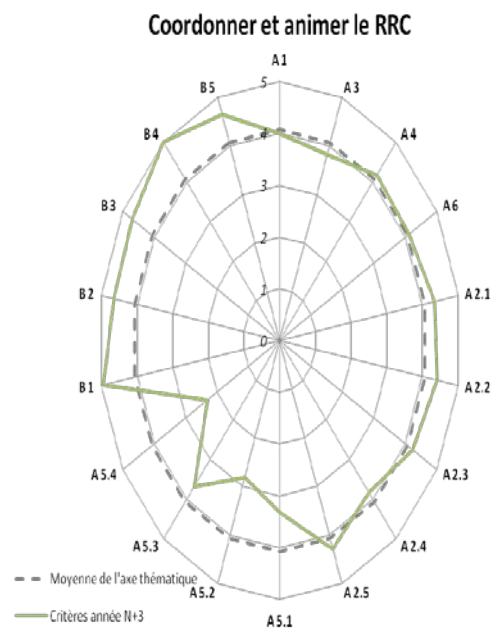


Figure 15 : Axe 1 - niveau de mise en œuvre des critères à N+3

### 1.2.2. Analyse régionale

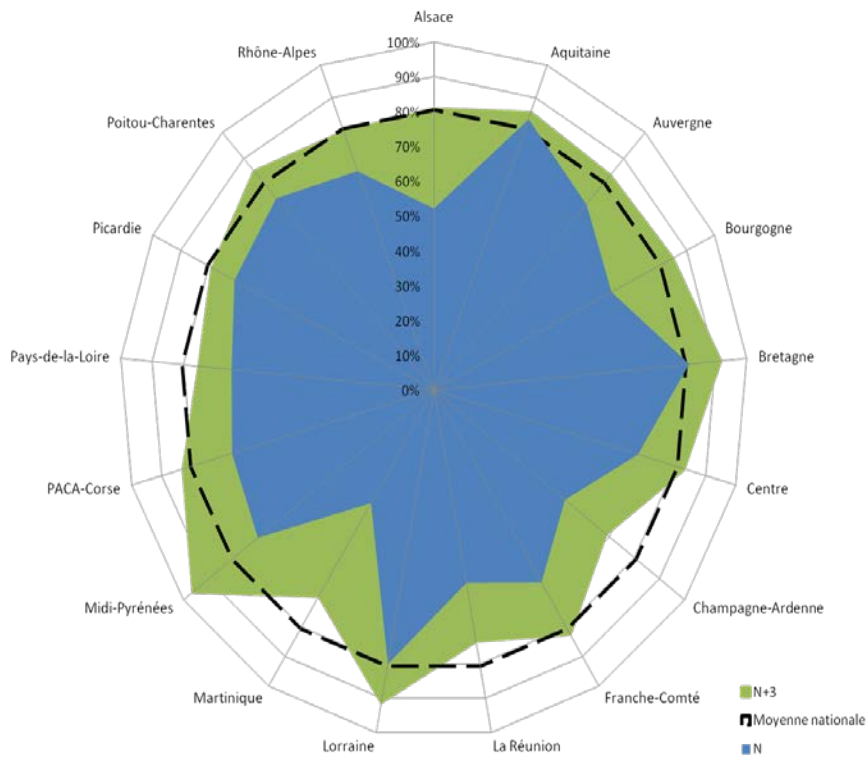


Figure 16 : Évolution N/N+3 - niveau global d'atteinte des objectifs par RRC

À partir des résultats de ces treize premières échéances de reconnaissance, 2 grandes situations se dégagent en fonction du niveau global de mise en œuvre des missions :

- les RRC ayant un niveau d'atteinte des objectifs proche ou supérieur à la moyenne nationale
  - Alsace,
  - Aquitaine,
  - Auvergne,
  - Bourgogne
  - Bretagne,
  - Centre,
  - Franche-Comté,
  - Lorraine,
  - Midi-Pyrénées,
  - PACA-Corse,
  - Picardie,
  - Poitou-Charentes,
  - Rhône-Alpes.
- les RRC ayant un niveau d'atteinte des objectifs inférieur à la moyenne nationale
  - Champagne-Ardenne,
  - La Réunion,
  - La Martinique,
  - Pays de la Loire.

Au-delà de ce constat, plusieurs situations extrêmes sont à souligner :

- Parmi les RRC dont le niveau est supérieur à la moyenne
  - les réseaux de Midi-Pyrénées et Alsace présentent des évolutions entre l'année N et N+3 très nettement supérieures à la progression moyenne tous réseaux confondus<sup>42</sup>, ce qui souligne la mobilisation et les investissements déployés pour mettre en œuvre leurs missions.
  - à l'inverse, le réseau aquitain a progressé de 2 points au cours de la période de reconnaissance.
- Parmi les réseaux présentant le niveau d'atteinte le moins élevé, les régions Pays de la Loire, Picardie et Rhône-Alpes ont progressé plus modestement que la moyenne nationale<sup>43</sup> tandis que le réseau martiniquais présente la plus forte progression avec + 31 points.

---

<sup>42</sup> Respectivement + 26 et + 28 points pour une progression moyenne nationale de 17 points

<sup>43</sup> Entre 8 et 12 points pour une progression moyenne nationale de 17 points

Parmi les principaux axes thématiques sur lesquels doivent encore porter les efforts, quatre réseaux présentent une situation de mise en œuvre particulièrement faible :

- Information des professionnels de santé : 57 % en Champagne-Ardenne,
- Évaluation des pratiques professionnelles en réseau : 49 % en Pays de la Loire,
- Recueil et analyse des données régionales de cancérologie : 47 % en Bretagne,
- Promotion de l'information médicale via le DCC : 43 % en Auvergne et (50 % en Bourgogne).

*Rappel : ces résultats sont à pondérer au vu du nombre de TSA N+3 reçus à ce jour.*

### 1.2.3.

### Synthèse et faits marquants

**Niveau moyen de mise en œuvre : 81 %**

**2/6 axes avec un plus faible niveau de mise en œuvre :**

- l'information des professionnels de santé, des patients et de leurs proches (79 %),
- et l'évaluation des pratiques professionnelles en réseau (< 80 %).

**Principaux critères devant faire l'objet d'une vigilance particulière :**

**Identiques N-N+3**

- Oncogériatrie : la prise en compte de la dimension oncogériatrique dans l'information délivrée aux patients, à leurs proches et aux professionnels, notamment au travers d'annuaires,
- Le développement d'articulations RRC/autres réseaux de santé (toutes thématiques confondues).

**Spécifiques N+3**

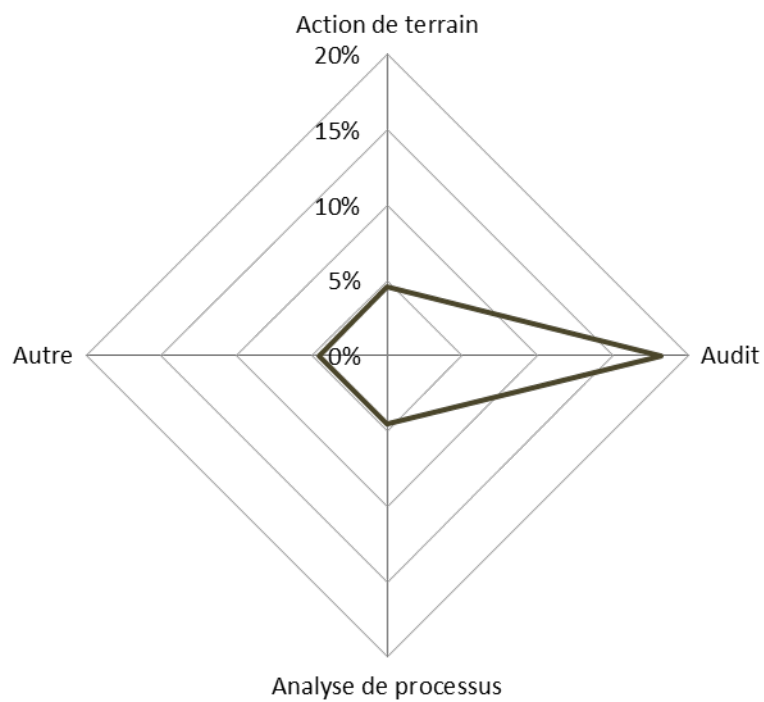
- Appui à la formation : la communication autour de l'offre régionale en matière d'organismes de formation et de programmes proposés annuellement
- Oncopédiatrie : la mise à disposition des professionnels et des patients d'annuaires incluant la dimension oncopédiatrique,
- Soins oncologiques de support : mise à disposition du répertoire des compétences en soins de supports (douleur, nutrition, social, psychologique, palliatif, y compris à domicile).

**Des réseaux avec un niveau de mise en œuvre final homogène avec une attention spécifique pour certains afin qu'ils soient en mesure d'atteindre la moyenne nationale à court terme (ex. : Champagne-Ardenne, Martinique, La Réunion, ou Pays de la Loire).**

## Annexe 2. Démarches qualité mises en œuvre par les RRC sur les RCP, le PPS et les soins de support

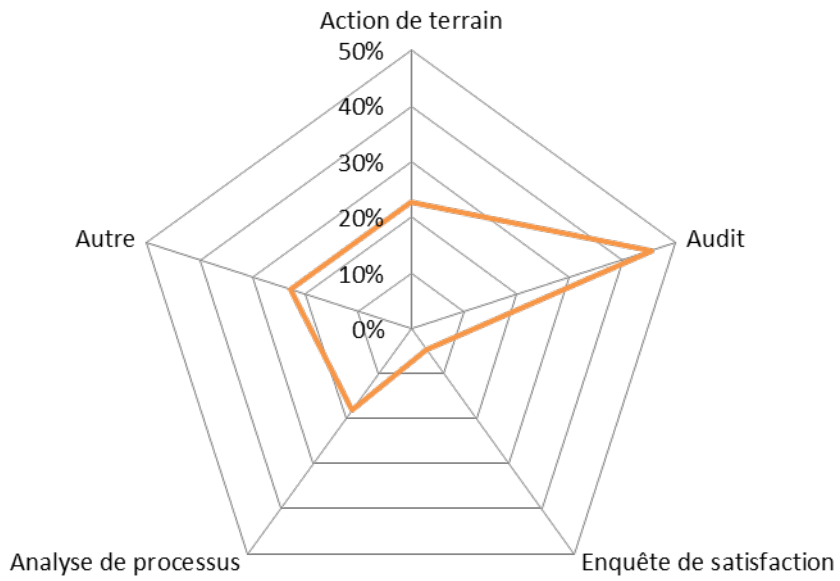
Source : Enquête « Tableaux de bord RRC 2015 »

Proportion de RRC en fonction de la nature des actions qualité mises en œuvre en 2014 sur le PPS

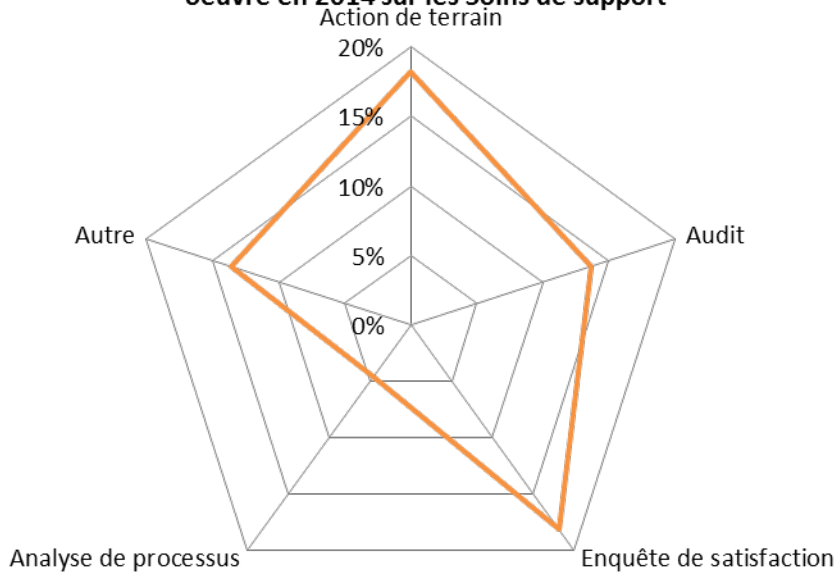




**Proportion de RRC en fonction de la nature des actions qualité mises en oeuvre en 2014 sur les RCP**



**Proportion de RRC en fonction de la nature des actions qualité mises en oeuvre en 2014 sur les Soins de support**



## Annexe 3. Procédure de labellisation des référentiels et des recommandations de bonnes pratiques cliniques en cancérologie

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES

### ADMINISTRATION

#### AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

**INCa**  
Institut national du cancer

Procédure de labellisation des référentiels et des recommandations de bonnes pratiques cliniques en cancérologie approuvée, le 16 octobre 2015, par le conseil d'administration de l'Institut national du cancer

*AFSX1530832X*

Au titre des articles L 1415-2 et D.1415-1-8 du code de la santé publique portant sur les missions de l'INCa, l'institut est en charge notamment de la « définition des référentiels de bonnes pratiques et de prise en charge en cancérologie ». Dans ce cadre, l'INCa met en place une procédure de labellisation des référentiels et des recommandations de bonnes pratiques cliniques en cancérologie.

La procédure est ainsi établie :

La labellisation des référentiels et des recommandations de bonnes pratiques cliniques en cancérologie s'inscrit dans un programme pluriannuel de travail établi par l'INCa sur propositions d'un comité de programmation partenarial, constitué par ses soins.

Un cahier des charges établi par l'INCa et diffusé sur son site Internet fixe notamment :

- la méthodologie d'élaboration et d'actualisation des recommandations et des référentiels ainsi que les critères d'attribution de la labellisation et ce dans le respect de la loi du 29 décembre 2011 sur le renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé et du décret du 21 mai 2013 approuvant la charte de l'expertise sanitaire ;
- les modalités d'accompagnement de l'INCa dans l'élaboration des recommandations et des référentiels.

#### L. APPEL À CANDIDATURES

Sur la base du cahier des charges et du programme de travail, un appel à candidatures est lancé par l'INCa.

L'appel à candidatures précise les modalités de dépôt du dossier de candidature, son contenu (notamment note de cadrage, engagement à appliquer le cahier des charges), les conditions de recevabilité ainsi que les modalités d'examen des candidatures soumises.

#### II. - SÉLECTION DES CANDIDATURES

L'INCa examine les candidatures reçues au regard des conditions de recevabilité définies dans l'appel à candidatures.

Après examen des candidatures recevables par l'INCa, la présidence de l'INCa sélectionne le candidat en charge d'élaborer le référentiel ou la recommandation.

Un avis motivé est rendu à tous les candidats.

Les notes de cadrage retenues sont publiées sur le site de l'INCa.

### III. - ÉLABORATION DES RÉFÉRENTIELS OU DES RECOMMANDATIONS

L'organisme sélectionné est en charge de l'élaboration du référentiel ou de la recommandation dans le respect du cahier des charges et informe l'INCa de tout événement pouvant entraîner le non-respect de ce dernier.

L'INCa s'assure *du* respect du cahier *des* charges tout au long de l'élaboration du référentiel ou de la recommandation et, dans ce cadre, valide la composition du groupe de travail devant être constitué par l'organisme sélectionné pour l'élaboration du référentiel ou de la recommandation.

### IV. - DÉCISION DE LABELLISATION DU RÉFÉRENTIEL OU DE LA RECOMMANDATION

Après vérification du respect du cahier des charges et examen par l'INCa, sa présidence décide de labelliser le référentiel ou la recommandation et notifie à l'organisme sélectionné la décision de labellisation.

### V. PUBLICATION

La décision de labellisation est publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Le document labellisé est publié avec la mention de la labellisation par l'INCa et selon un plan de diffusion établi en lien avec ce dernier (diffusion notamment sur le site de l'INCa et de l'organisme sélectionné).

Le conseil d'administration est informé régulièrement de la mise en œuvre de la présente procédure.

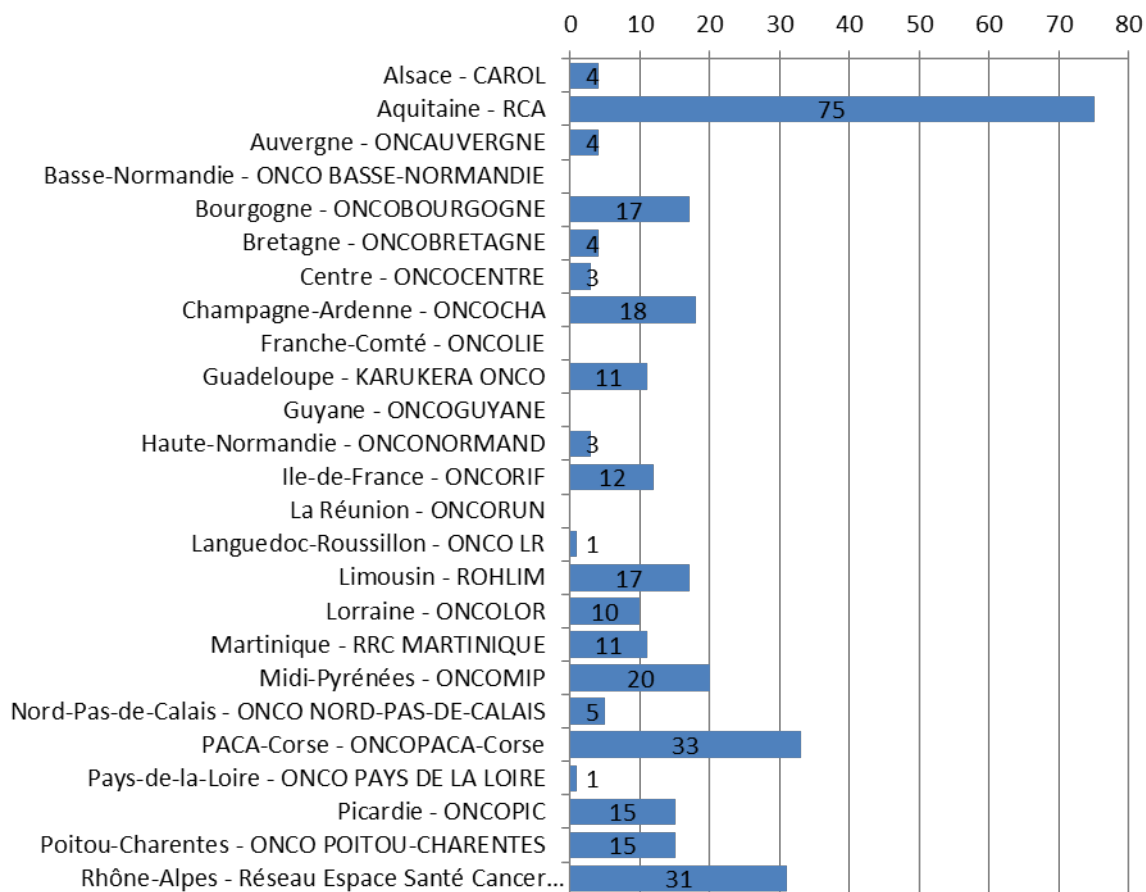
### VI. - MODIFICATIONS DE LA PROCÉDURE

La présidence de l'INCa peut, avant le lancement de l'appel à candidatures, apporter des adaptations mineures à la présente procédure. Ces adaptations sont applicables à l'appel à candidatures expressément mentionné. Elle en informe le conseil d'administration. Toute modification substantielle de la procédure doit être adoptée par le conseil d'administration de l'INCa.

BO Santé – protection sociale – Solidarité n° 2015/11 du 15 décembre 2015, pages 176/177

## Annexe 4. Nombre d'actions de formation mises en œuvre par les RRC en 2014

Source : Enquête « Tableaux de bord RRC 2015 »



## Annexe 5. Synthèse des missions des RRC

### Axe I : Contribuer à la coordination de l'organisation régionale en cancérologie et à sa lisibilité

Les réseaux régionaux de cancérologie ont été créés pour développer les liens entre les professionnels de santé et favoriser l'amélioration continue des pratiques (missions définies par la circulaire du 25 septembre 2007). Ils jouent désormais un rôle majeur dans la coordination des acteurs de la prise en charge en cancérologie, qui doit être renforcé et clairement inscrit dans leurs missions pour répondre aux enjeux d'accès aux soins et de continuité des parcours.

#### **I.1 – Renforcer la lisibilité de l'organisation de l'offre de soins en cancérologie pour les patients, les professionnels, en appui des tutelles régionales et nationales, afin de faciliter l'équité d'accès aux soins. (Mission renforcée)**

Conformément à la circulaire du 25 septembre 2007, les réseaux régionaux de cancérologie sont un outil d'information sur l'organisation de l'offre de soins en cancérologie. Ils répondent à cet objectif notamment à travers leur site internet et en produisant des documents et supports destinés aux professionnels et aux patients. Au regard des enjeux actuels liés à l'évolution des modes de prise en charge des cancers, il est attendu des RRC qu'ils contribuent à rendre lisible l'offre de soins en cancérologie afin de faciliter l'orientation des patients et leur accès aux soins et améliorer la continuité des parcours pendant et après le cancer.

La prise en charge en cancérologie doit en effet pouvoir s'appuyer sur une offre de soins lisible, qui permet de fluidifier le parcours des patients à ses différentes étapes : accès initial aux soins, traitements et accès si nécessaire à des techniques et prises en charge spécialisées, soins de support, accompagnement des patients. L'enjeu est également de valoriser les actions de lutte contre le cancer mises en place par les acteurs de la prévention afin de réduire les inégalités et les pertes de chance dans l'accès à la prévention.

Par ailleurs, l'accès à la préservation de la fertilité, garanti par les lois de bioéthique, n'est pas effectif aujourd'hui pour tous les patients concernés atteints de cancer. Ainsi, il importe notamment d'assurer un égal accès de ces patients aux plateformes clinicobiologiques de préservation de la fertilité et ce sur tout le territoire.

S'il existe aujourd'hui une offre importante de consultations d'oncogénétique développée par les précédents Plans cancer sur l'ensemble du territoire et dont le maillage territorial est à renforcer, il apparaît nécessaire de s'assurer que l'ensemble des patients, justifiant d'être adressés à une consultation spécialisée, y ont bien recours.

Ainsi, les ARS doivent pouvoir mobiliser les RRC pour concevoir des supports d'information adaptés et diffuser ces informations au plus près des professionnels et des patients, en réalisant si besoin des enquêtes auprès des structures de prise en charge et des professionnels.

L'objectif de cette mission est de contribuer à améliorer la lisibilité de l'offre par :

- Une description générale de l'offre de soins en cancérologie, notamment à l'attention des acteurs du 1er recours afin de faciliter l'accès initial aux soins, en considérant les différentes populations prises en charge. Il s'agit également d'aider à l'identification des professionnels pour accéder à un second avis spécialisé de prise en charge d'un cancer.
- Une description plus fine de l'offre notamment spécialisée comprenant l'identification des organisations spécifiques en place telles que les réseaux pour cancers rares, les plateaux techniques particuliers, les RCP de recours, etc.
- Une description des soins oncologiques de support disponibles, incluant l'offre hospitalière et libérale assurée par les professionnels du premier et deuxième recours.
- Une description des organisations permettant l'accès aux techniques de préservation de la fertilité et aux consultations d'oncogénétique.
- Une description de l'offre de soins pour les patients âgés atteints de cancer, ainsi que pour les enfants, adolescents et jeunes adultes atteints de cancer.

Pour assurer cette mission, les RRC mettent à jour régulièrement leur site internet sur l'offre de soins en cancérologie et les actions mises en œuvre dans la région dans les différents champs de la cancérologie, de la prévention à l'après-cancer. Le site doit contenir des informations validées et actualisées accessibles à tous.

### **1.2 – Participer à la coordination de l'intervention et à l'animation des différents acteurs de soins en cancérologie. (Mission nouvelle)**

- En lien avec les ARS, les RRC participent à l'organisation de l'intervention des différents acteurs, notamment au niveau territorial : professionnels de santé de ville, réseaux territoriaux de santé, structures d'hospitalisation à domicile, prestataires de santé à domicile, etc.
- De plus, les RRC établissent des liens avec les plateformes territoriales d'appui (PTA), dispositif prévu par la Loi de modernisation de notre système de santé. En effet, les PTA ayant vocation à rassembler les fonctions d'appui territoriales, les RRC doivent s'appuyer sur ce dispositif et sur les acteurs associés, notamment au niveau de leurs éventuelles antennes territoriales. Les PTA leur permettent également d'être plus en lien avec les médecins généralistes et les acteurs du premier recours. Ceci contribuera à renforcer l'implication des RRC dans la coordination ville/hôpital portée par le Plan cancer 2014-2019. Les RRC et PTA s'articulent notamment en termes d'information et d'orientation vers les ressources sanitaires, sociales, et médico-sociales du territoire ainsi qu'en termes d'appui aux pratiques professionnelles.

Dans ce cadre, l'animation des acteurs de la cancérologie au niveau régional et leur réflexion concertée autour des grands enjeux de l'offre de soins s'avèrent essentiels. Les RRC contribuent à cette démarche pilotée par les ARS de plusieurs manières :

- En premier lieu, lors des « temps forts » de la dynamique de concertation régionale que constituent l'élaboration du projet régional de santé et sa déclinaison territoriale. Les RRC interviennent, en appui des ARS, pour organiser la concertation des acteurs de la cancérologie et conduire une démarche partagée de diagnostic territorial, d'analyse des organisations et de proposition d'actions ;
- En dehors de ces échéances, autour de sujets transversaux intéressant les acteurs. Les RRC ont vocation à organiser et animer des réunions d'échanges et de concertation pouvant nourrir des propositions ou des contributions destinées à l'ARS ou aux pilotes nationaux.

### **I.3 – Renforcer le rôle des RRC dans les champs de l'oncogériatrie et de la cancérologie pédiatrique** (*Mission nouvelle*)

Dans le champ de l'**oncogériatrie**, les missions à confier aux RRC sont les suivantes :

- Diffuser les bonnes pratiques, notamment la pratique systématique du test de pré-screening gériatrique G8 avant la RCP de proposition thérapeutique du patient âgé, et la diffusion des recommandations ou référentiels nationaux de bonne pratique chez les sujets âgés pour les différents types de cancers ;
- Assurer la lisibilité de l'offre de soins pour les patients âgés atteints de cancer : prise en charge avec la double compétence oncologue-géronte constituant un binôme identifié au sein des établissements autorisés pour le traitement du cancer, carte des consultations de gériatrie et de l'offre pour faire pratiquer une évaluation gériatrique approfondie (EGA) (hôpitaux de jour gériatriques, équipes mobiles de gériatrie de la région, etc.).

Parallèlement, une réflexion est menée au niveau national sur l'évolution souhaitée pour les UCOG en fonction de l'évolution du paysage de l'organisation des soins, et le développement de la dimension « parcours » d'un patient âgé atteint de cancer.

1. **Dans le champ de la cancérologie pédiatrique**, les organisations hospitalières interrégionales de recours en cancérologie pédiatrique (OIR) ont contribué à l'amélioration de la prise en charge des enfants atteints de cancer. Il appartient aux pouvoirs publics au niveau national comme au niveau des régions de s'assurer de la couverture de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire et de sa lisibilité pour les malades et leurs familles ainsi que pour tous les professionnels impliqués. À cet effet, un état des lieux est en cours en régions sous la coordination des ARS à la demande de la DGOS et de l'INCa. Les résultats permettront d'échanger avec les OIR et les associations de parents pour envisager les évolutions des organisations. Ces travaux devront s'inscrire dans le contexte de la réforme territoriale et du nouveau découpage des régions.

En outre, les RRC contribuent à l'organisation régionale coordonnée en faveur de la prise en charge des adolescents et jeunes adultes (AJA), en particulier ceux âgés de 18 à 24 ans.

Leurs missions sont définies comme suit :

- Contribuer à la lisibilité de l'offre de prise en charge AJA afin de faire connaître aux professionnels l'existant et les ressources développées par les équipes régionales et par toute autre organisation en faveur des 18-24 ans et d'en faciliter l'accès. De ce fait, la constitution ou la mise à jour d'annuaires de ressources dans le champ de la prise en charge pour cette tranche d'âge est une priorité ;
- Être en appui des ARS et des professionnels régionaux pour accompagner la mise en place de l'organisation régionale coordonnée des AJA ;
- Participer à l'organisation de la double compétence de la cancérologie adulte et pédiatrique nécessaire aux prises en charge pour cette tranche d'âge ;
- Participer à l'accès à des soins de support adaptés à cette tranche d'âge.

### **I.4 – Renforcer les interfaces avec d'autres structures de cancérologie : structures de gestion des dépistages, registres des cancers, cancéropôles, Groupement interrégional de recherche clinique et d'innovation (GIRCI).** (*Mission renforcée*)

L'objectif est d'instaurer des relations de travail plus régulières entre ces structures et de conjuguer leurs compétences pour accompagner les acteurs et décideurs régionaux dans une approche continue de la prévention, des soins et de la recherche en cancérologie.

Ces collaborations peuvent prendre la forme de :

- Travaux conjoints : actions de formation coordonnées, travaux de recherche sur des thématiques connexes ;
- Mutualisation de ressources humaines : postes partagés sur des thèmes d'interface entre structures, par exemple.
- Rapprochement de fonctions logistiques (systèmes d'information par exemple). Pour cela, la structuration des échanges entre les différents systèmes d'information devra s'accompagner d'une mise en conformité avec la réglementation de la Commission nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).
- Partage de données visant à l'évaluation des politiques publiques de lutte contre le cancer et permettant d'améliorer la qualité et l'exhaustivité des bases de données.
- Appui méthodologique aux cancéropôles dans le cadre de projets portant sur les Sciences humaines et sociales (SHS).

### **I.5 - Déployer et suivre le Dossier communiquant en cancérologie (DCC) (Mission renforcée)**

Le déploiement du DCC a pour objectif d'améliorer le partage et l'échange sécurisé des informations entre professionnels de santé, en particulier ceux exerçant en ville. C'est également un outil d'observation, d'évaluation à travers le « composant national de santé publique », et d'orientation. À cet effet, des documents et outils de référence sur les prises en charges des personnes atteintes d'un cancer sont édictés par l'INCa.

- Le RRC est chargé de s'assurer de l'intégration au DCC de ces documents, ainsi que de leur bon usage par les acteurs. Il s'assure de leur conformité, actualisation et complétion, notamment au regard des critères nationaux du cadre d'interopérabilité des systèmes d'information de santé (CI-SIS).
- Il veille à ce que la mise en œuvre du DCC soit en cohérence avec le cadre des espaces numériques régionaux de santé<sup>44</sup> (ENRS) et au respect de l'instruction portant sur l'actualisation 2017 de la cible du système d'information du dossier communiquant en cancérologie qui a été publiée au BO Santé n° 2016/05 du 15/06/201645.
- En accord avec les choix de mise en œuvre du DCC portés par l'ARS et dans le cadre du suivi national du déploiement du DCC et des outils du parcours, le réseau répond aux enquêtes pilotées par l'INCa et s'assure de la participation des acteurs impliqués.

### **I.6 – Appui aux ARS dans le suivi des établissements de santé titulaires d'une autorisation en cancérologie (Mission nouvelle)**

La réglementation en vigueur fixe l'obligation pour les établissements de santé autorisés en cancérologie d'adhérer à un réseau régional de cancérologie.

- En cohérence avec cette disposition, les RRC pourront venir en appui des ARS dans l'accompagnement des établissements de santé autorisés à exercer en cancérologie, en émettant des propositions favorisant le respect des obligations réglementaires qui incombent aux titulaires d'autorisation en termes de formation, de seuils d'activité, etc.

---

<sup>44</sup> L'ENRS est défini comme un espace de services dématérialisés, porté institutionnellement par l'ARS et piloté par une maîtrise d'ouvrage régionale. Il respecte le cadre d'interopérabilité et les référentiels promus par l'ASIP Santé tout en répondant aux besoins régionaux de santé.

<sup>45</sup> Instruction N° SG/2016/109 du 5 avril 2016 relative à l'actualisation pour 2017 de la cible du système d'information du dossier communicant de cancérologie (DCC).



## **Axe II : Promouvoir la qualité et la sécurité des prises en charge des patients atteints de cancers**

### **II.1 – Intégration des missions actuellement mises en œuvre par les centres de coordination en cancérologie (3C) de la région. (Mission nouvelle)**

Le dispositif actuel « RRC-3C intra ou inter établissements » est remplacé par un dispositif « RRC-antennes locales inter-établissements du RRC ».

- Les RRC sont chargés de s'assurer de la conformité et de l'actualisation de l'offre existante en RCP, de définir les actions pour leur évaluation et de suivre leur mise en œuvre sur le territoire.
- Les RRC sont également chargés d'harmoniser la qualité de la prise en charge en sensibilisant notamment les établissements sur les mesures transversales de qualité en articulation avec leurs cellules qualité.
- Ils doivent soutenir les établissements de santé pour développer l'évaluation en mettant à leur disposition des supports méthodologiques et les aider dans le suivi des indicateurs nationaux et/ou régionaux.
- Ils recueillent les données d'activité de ces établissements et mettent en œuvre des actions correctrices si besoin par rapport aux évaluations menées.

Pour remplir ces missions, les RRC pourront s'appuyer sur des antennes territoriales leur permettant d'être au plus près des acteurs de la prise en charge.

### **II.2 – Être en appui méthodologique des ARS par, notamment, la définition d'indicateurs et/ou tableaux de bord sur les différentes étapes du parcours en cancérologie. (Mission renforcée)**

Cet appui méthodologique concerne en particulier les outils du parcours (le dispositif d'annonce, le programme personnalisé de soins, le programme personnalisé de l'après-cancer) mais également la mesure des délais de prise en charge, ainsi que l'accès aux soins de support. Certaines ARS ont déjà initié la mobilisation de leur RRC dans cette mission.

### **II.3 – Participer et coordonner des évaluations sur la qualité des prises en charge (Mission renforcée)**

Les RRC peuvent, en appui et en complément des actions conduites par les cellules qualité des établissements, accompagner les professionnels dans l'amélioration continue de la qualité de leurs pratiques.

Les RRC peuvent ainsi coordonner, au plus près des équipes, des évaluations sur les prises en charge et la qualité des parcours de soins.

- Le réseau doit s'assurer au niveau local que les établissements sont engagés dans une démarche d'assurance qualité en cancérologie, ceci pour assurer à tous les patients atteints de cancer la qualité et la sécurité des actes réalisés dans les structures de soins où ils effectuent leurs parcours diagnostique et thérapeutique.

- Ils peuvent aussi intervenir ponctuellement, à la demande d'établissements de santé ou d'autres professionnels confrontés à des problématiques de prise en charge particulièrement complexes. En s'appuyant sur des expériences repérées ou des réflexions des acteurs régionaux, les RRC pourront apporter aux équipes une aide concrète et un éclairage sur ces sujets complexes.
- Enfin, les RRC assurent une communication formalisée sur les travaux d'évaluation en publiant un programme annuel d'évaluation qui intègre des propositions d'actions d'amélioration. Ils publieront chaque année un rapport de synthèse des évaluations menées.

Ces missions d'évaluation s'imposent à tous les RRC et sont renforcées dans le nouveau référentiel. Toutefois, ils pourront mettre en place d'autres actions d'évaluation définies en concertation avec les ARS. Ces actions peuvent être mises en œuvre au niveau régional mais également en interrégional en fonction des moyens dévolus aux RRC.

#### **II.4 – Mettre en œuvre une démarche d'autoévaluation sur la base du référentiel. (Mission reconduite)**

La démarche d'autoévaluation n'était pas inscrite dans le référentiel de 2007. L'objectif est de mesurer l'atteinte, par les réseaux, des missions nouvellement introduites par le cahier des charges. Pour ce faire, les réseaux devront mettre en place une analyse critique de leurs pratiques et leur adéquation au regard des missions qui leur sont confiées. Ils pourront développer les outils nécessaires à cette fin.

#### **II.5 – Participer à l'élaboration des référentiels nationaux et des recommandations nationales de bonnes pratiques cliniques en cancérologie. (Mission nouvelle)**

L'INCa met en place une procédure de labellisation des référentiels nationaux et de recommandations nationales de bonnes pratiques en cancérologie<sup>46</sup> (cf. Annexe 3). Cette procédure est définie selon les principes de qualité, de transparence et d'indépendance de l'expertise sanitaire. L'objectif est de permettre une harmonisation des pratiques des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des patients atteints de cancer.

- Les RRC peuvent participer à la procédure de labellisation nationale en répondant aux appels à candidature publiés par l'INCa. Ils peuvent être porteurs d'un projet, ou s'associer à un projet porté par un autre acteur.

Il s'agit d'une mission complémentaire qui sera mise en œuvre en fonction des ressources de chaque RRC pour participer à cette procédure nationale. Les compétences méthodologiques requises pour y participer peuvent être internes au RRC ou centralisées pour l'ensemble des RRC.

Le référentiel de 2007 permettait aux RRC d'élaborer des référentiels régionaux et de décliner/adapter les référentiels nationaux selon une méthodologie précisée.

- Dans le nouveau référentiel, les RRC ne pourront donc plus élaborer de référentiels régionaux de bonnes pratiques cliniques spécifiques à chaque région mais pourront participer à la procédure nationale pilotée par l'INCa. Les RRC devront ainsi s'inscrire dans cette démarche nationale pour fournir à leurs membres des documents d'appui pour leur pratique élaborés de façon homogène et communs à tous les RRC.

<sup>46</sup> Procédure de labellisation des référentiels et des recommandations de bonnes pratiques cliniques en cancérologie publiée au bulletin officiel « Santé - Protection sociale - Solidarité » du 15 décembre 2015

- En outre, et dans le cadre de l'élaboration des recommandations nationales de l'INCa, les RRC devront pouvoir identifier des relecteurs après sollicitation de l'INCa.

## **II.6 – Diffuser les référentiels nationaux et veiller à leur implémentation par tous ses membres et ses partenaires sur le territoire. (Mission renforcée)**

L'enjeu pour les RRC est de faire connaître les recommandations et référentiels nationaux de bonne pratique en cancérologie et d'inciter les professionnels à les appliquer.

- Ils contribuent tout d'abord à diffuser les référentiels et recommandations nationales de bonnes pratiques et à inciter leur implémentation par l'ensemble des professionnels.
- Ils doivent veiller à l'accessibilité de ces documents pour l'ensemble des acteurs et à tout moment, en s'assurant de la mise à jour du contenu du site internet du réseau.
- Ils doivent également s'assurer de l'appropriation par les professionnels de ces référentiels et conduire pour cela des actions visant à inciter à leur utilisation, à évaluer leur utilisation au plus près des acteurs de terrain, ainsi qu'à renforcer au niveau local la traçabilité de cette mise en œuvre.

## **Axe III : Développer l'expertise et l'expérimentation de projets communs innovants et accompagner les évolutions de l'offre de soins**

### **III.1 – Faciliter, en appui des cancéropôles, des GIRCI et des équipes mobiles de recherche clinique (EMRC), l'inclusion des patients dans les essais cliniques et contribuer à l'animation de la recherche clinique au niveau régional. (Mission renforcée)**

En cohérence avec le Plan cancer 2014-2019, les RRC doivent être en interface étroite avec les autres structures contribuant à la recherche clinique et à l'inclusion des patients dans des essais au niveau régional.

### **III.2 – Accompagner les évolutions de prise en charge nouvelles et émergentes, telle que les traitements anticancéreux par voie orale. (Mission nouvelle)**

Grâce à l'expertise acquise dans le champ du cancer, les RRC doivent être en capacité d'accompagner les changements.

Ils contribuent à :

- L'évaluation des besoins d'adaptation des organisations ;
- La proposition de réorganisations/évolutions de l'offre ;
- L'accompagnement des acteurs, en appui méthodologique au montage de projets ou de coordination de projets ;
- Ils assurent par ailleurs une fonction de veille, signalant aux ARS des innovations techniques et organisationnelles susceptibles de faire l'objet d'évaluations et ce en vue d'éventuelles diffusions au plan régional comme national.

Les RRC portent une attention plus particulière à des enjeux majeurs pointés par le Plan cancer 2014-2019 :

- L'organisation des prises en charge complexes et spécifiques (enfants, adolescents et jeunes adultes, patients à risque génétique de cancer, personnes âgées, personnes atteintes de cancers rares),
- Le repérage d'innovations techniques et organisationnelles dans les domaines par exemple de la radiologie interventionnelle, de la radiothérapie, etc...

### **III.3 – Participer aux différentes enquêtes pilotées par l'INCa portant sur les missions des RRC. (Mission reconduite)**

L'INCa pilote plusieurs enquêtes relatives à la cancérologie notamment les enquêtes « tableaux de bord RRC/3C » et le suivi de la montée en charge du DCC. Les contenus des enquêtes tableaux de bord seront revus pour être en conformité avec les nouvelles missions des RRC et l'organisation de la cancérologie.

Ainsi, la transmission des données par les RRC à l'INCa est indispensable pour le suivi et le pilotage de ces structures. Elles permettent également le suivi des différents dispositifs ou outils nécessaires à la prise en charge des cancers : DCC, qualité de la prise en charge des patients, mesures transversales de qualité (dispositif d'annonce, programme personnalisé de soins, programme personnalisé de l'après-cancer, etc.).

## **Axe IV : Informer et former les acteurs sur le parcours de santé en cancérologie**

### **IV.1 – Mettre à la disposition des acteurs régionaux, professionnels de santé et patients des outils et documents d'information sur l'offre de soins en cancérologie. (Mission renforcée)**

Les RRC jouent donc un rôle important de relais d'informations auprès des professionnels de la cancérologie, dans un objectif d'actualisation de leurs connaissances sur les pratiques de soins et de l'offre en place, ainsi qu'auprès de la population et des personnes atteintes de cancer. Ils contribuent ainsi à l'orientation adaptée des patients par la diffusion des documents d'information existants au niveau régional et national.

Une attention particulière doit être notamment portée à :

- L'information des patients, du grand public et des professionnels de santé sur les spécificités de prise en charge du sujet âgé atteint de cancer, notamment via le site Internet des RRC.
- La prise en charge des patients atteints de cancers rares, et notamment la description de RCP de recours et l'organisation de la double lecture dans la région.
- La sensibilisation et la formation des professionnels hospitaliers et de premier recours aux spécificités de prise en charge des adolescents et jeunes adultes (AJA).

Le RRC peut également organiser des journées d'échanges régionales ou interrégionales ou des réunions afin de présenter et discuter de sujets jugés pertinents avec différents types de publics.

#### **IV.2 – Participer à l'amélioration et à la réactualisation des connaissances et des pratiques professionnelles. (Mission renforcée)**

Dans un contexte de fortes évolutions des prises en charge au profit de parcours de plus en plus ambulatoires, la formation des professionnels est un enjeu majeur des RRC. Celle-ci doit permettre d'assurer aux acteurs du premier et deuxième recours une montée en compétences.

- Les RRC identifient les besoins de formation de l'ensemble des professionnels de la cancérologie, recensent et diffusent les programmes de formation régionaux. Ils peuvent également mettre en place à leur initiative des formations en fonction des besoins particuliers identifiés.

Le réseau a la possibilité de s'adresser à un organisme de formation agréé Développement professionnel continu (DPC) pour la mise en place de formations et faire valoir celles-ci auprès des professionnels de santé.

Pour toucher l'ensemble des professionnels concernés, les RRC pourront conduire des formations pluriprofessionnelles, permettant de réunir autour d'un thème commun ces différentes professions.

Ainsi, les missions attendues des RRC dans ce domaine sont de deux ordres :

- o un apport méthodologique qui doit permettre d'identifier les priorités régionales de formation et qui peut aller jusqu'à concevoir les outils et les programmes adaptés ;
  - o une diffusion en proximité des actions de formation existantes pour permettre aux professionnels d'acquérir de nouvelles connaissances.
- S'agissant des axes de formation développés, les RRC privilégieront les thèmes qui sont peu ou pas présents dans les programmes des organismes agréés DPC ou qui requièrent une technicité particulière.
  - Ils doivent faire une large place aux thématiques d'évolution de la prise en charge en cancérologie tels que le suivi des traitements anticancéreux par voie orale, le suivi post chirurgie ambulatoire. Les actions conduites en lien avec les OMEDIT pour informer/sensibiliser les professionnels dans le champ de la chimiothérapie orale et le bon usage du médicament, devront être développées.
  - Les RRC doivent informer tous les professionnels de santé concernés par la prise en charge de patients âgés (oncologues, gériatres, mais aussi cancérologues d'organes, chirurgiens, médecins généralistes, pharmaciens, infirmiers) des formations en oncogériatrie en lien avec les équipes de terrain, dans le cadre du développement professionnel continu ;
  - Les RRC peuvent valoriser, en complément des actions de formation classiques, les retours d'expérience intéressants et contribuer à leur diffusion.
  - Enfin, les composantes de cancérologie adulte, de cancérologie pédiatrique et d'oncogériatrie devront être incluses dans cette démarche de contribution à la formation des acteurs.

## Annexe 6. Rééquilibrage des dotations FIR aux RRC et modélisation de la MIG 3C

1<sup>er</sup> tableau : Rééquilibrage des dotations FIR allouées aux réseaux régionaux de cancérologie

2<sup>ème</sup> tableau : Proposition de modélisation de la MIG 3C

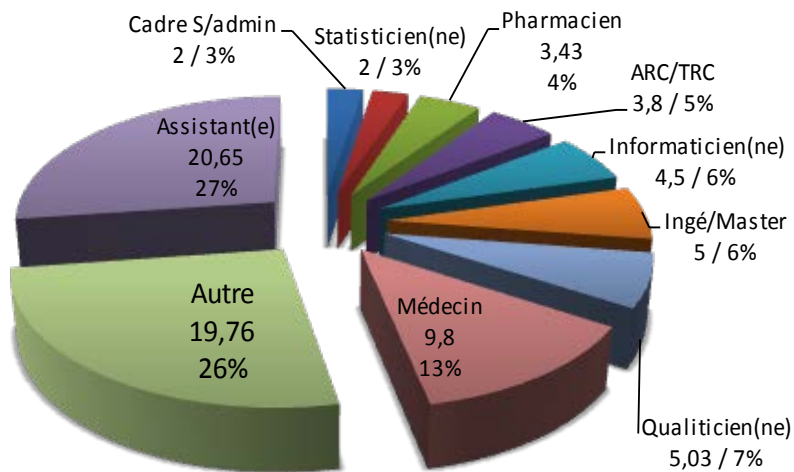
Nouvelles régions	File active 2014 (1)	Montants FIR RRC 2014 (2)	Ratio montant FIR/nb patient (2)/(1)	Montant total à prévoir si rééquilibrage dotation [15*(1)] (3)	Financement complémentaire à prévoir (3)-(2)	Abondement FIR sans baisse appliquée aux régions "surdotées"
Alsace-Champagne Ardenne-Lorraine	109 670	1 273 462	12	1 645 050	371 588 €	371 588 €
NPC-Picardie	104 623	385 600	4	1 569 345	1 183 745 €	1 183 741 €
Basse-Normandie - Haute-Normandie	59 561	800 000	13	893 415	93 415 €	93 415 €
Bourgogne Franche-Comté	53 964	523 700	10	809 460	285 760 €	285 750 €
Poitou-Charente-Limousin-Aquitaine	125 028	1 663 962	13	1 875 420	211 458 €	211 445 €
Auvergne - Rhône Alpes	149 781	2 264 728	15	2 246 715	-18 013 €	0 €
Midi-Pyrénées - Languedoc	111 286	828 647	7	1 669 290	840 643 €	840 636 €
IDF	215 273	320 000	1,5	3 229 095	2 909 095 €	2 909 094 €
Bretagne	61 517	264 000	4	922 755	658 755 €	658 751 €
Pays de la Loire	76 589	473 340	6	1 148 835	675 495 €	675 489 €
Centre	41 982	306 925	7	629 730	322 805 €	322 798 €
PACA	125 972	453 966	4	1 889 580	1 435 614 €	1 435 610 €
Corse	5 909	90 181	15	88 635	-1 546 €	0 €
Guadeloupe	4 347	233 000	54	65 205	-167 795 €	0 €
Réunion	8 622	580 848	67	129 330	-451 518 €	0 €
Martinique	3 597	173 120	48	53 955	-119 165 €	0 €
Guyane	770	115 154	150	11 550	-103 604 €	0 €
<b>Total</b>	<b>1 258 491</b>	<b>10 750 633</b>		<b>18 877 365</b>	<b>8 126 732 €</b>	<b>8 988 316 €</b>

RRC (nouvelles régions)	Nb. Entités RCP	fRCP 2013	Nb. ES	Part RRC MIG	Part Antenne MIG (€)	Part ES MIG (€)	Part RCP MIG (€)	MIG (€)
ALSACE-CHAMPAGNE-ARDENNE-LORRAINE	159	68 237	84	78 075	120 000	816 060	2 001 775	3 015 910
AQUITAINE-LIMOUSIN-POITOU-CHARENTES	204	97 370	94	86 750	240 000	913 210	2 856 410	4 096 370
AUVERGNE-RHONE-ALPES	262	97 988	98	86 750	210 000	952 070	2 874 540	4 123 360
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE	30	37 308	41	52 050	120 000	398 315	1 094 454	1 664 819
BRETAGNE	66	45 298	44	60 725	60 000	427 460	1 328 845	1 877 030
CENTRE-VAL DE LOIRE	127	34 093	32	52 050	150 000	310 880	1 000 140	1 513 070
GUADELOUPE	8	2 073	5	41 640	-	68 005	85 138	194 783
GUYANE		351	2	41 640	-	27 202	14 416	83 258
ILE-DE-FRANCE	284	127 058	151	86 750	150 000	1 466 965	3 727 326	5 431 041
LANGUEDOC-ROUSSILLON-MIDI-PYRENEES	221	78 373	81	78 075	270 000	786 915	2 299 121	3 434 111
MARTINIQUE	13	3 358	4	41 640	-	54 404	137 913	233 957
NORD-PAS-DE-CALAIS-PICARDIE	179	79 423	88	78 075	60 000	854 920	2 329 924	3 322 919
NORMANDIE	101	39 945	48	69 400	60 000	466 320	1 171 812	1 767 532
PAYS DE LA LOIRE	64	33 921	46	52 050	120 000	446 890	995 094	1 614 034
PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR	188	80 918	101	86 750	150 000	981 215	2 373 780	3 591 745
REUNION		4 390	8	44 005	-	119 401	197 850	361 256
<b>Total</b>	1906	830 104	927	1 036 425	1 710 000	9 090 232	24 488 537	<b>36 325 194</b>

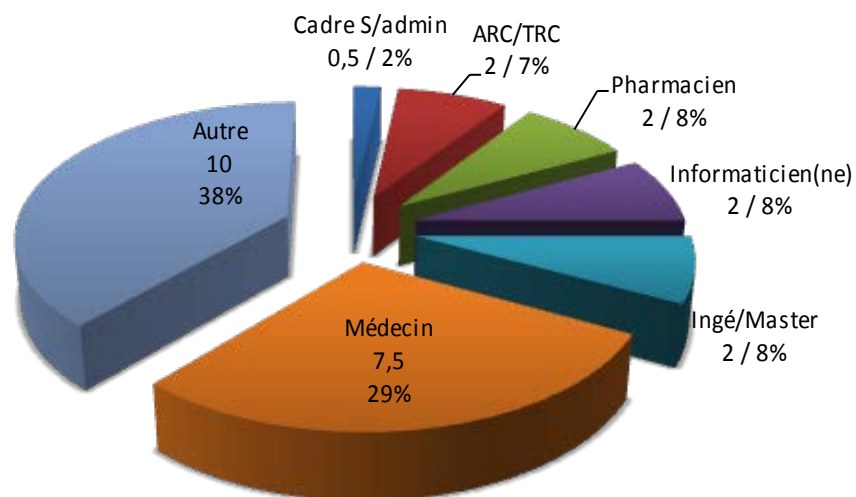
## Annexe 7. Répartition par profils des ETP employés ou mis à disposition par les RRC

Source : tableaux de bord RRC » 2015

**Fig. 1 : Effectifs des RRC en 2014 - répartition par profils des ETP employés par les réseaux**



**Fig. 2 : Effectifs des RRC en 2014 - répartition par profils des ETP mis à disposition**





---

**ÉVOLUTION DES MISSIONS**  
**DES RÉSEAUX RÉGIONAUX DE 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  
ISSN 2104-953X  
ISBN : 978-2-37219-256-9  
ISBN net : 978-2-37219-257-6

DEPÔT LÉGAL NOVEMBRE 2016

Pour plus d'informations  
**e-cancer.fr**

Institut National du Cancer  
52, avenue André Morizet  
92100 Boulogne-Billancourt  
France

Tel. +33 (1) 41 10 50 00  
Fax +33 (1) 41 10 50 20  
diffusion@institutcancer.fr

ADEMRRC16

[e-cancer.fr](http://e-cancer.fr)

