

COUR DES COMPTES

Synthèse du Rapport public thématique

Juin 2008

La mise en oeuvre du plan cancer

■ Avertissement

La présente synthèse est destinée à faciliter la lecture et le commentaire du rapport de la Cour des comptes qui, seul, engage la juridiction.
Les réponses des administrations et des organismes intéressés sont insérées dans le rapport public.

Sommaire

Présentation	5
1 La gestion du plan cancer	7
- Le plan a augmenté d'environ 4 % les crédits consacrés à la lutte contre le cancer	7
- Les dépenses réelles ne sont toutefois pas connues ..	7
- Les faiblesses des indicateurs et des tableaux de bord empêchent de mesurer l'apport précis du plan	7
- L'INCA, un nouvel acteur chargé de la coordination mais sans contrat avec l'Etat	8
2 Le degré de réalisation des 70 mesures du plan cancer	11
- Un tiers des 70 mesures ont été réalisées ; un tiers modérément ou inégalement ; et un tiers, peu ou pas du tout	11
- Deux mesures structurantes pour l'amélioration de la prise en charge du patient	14
- Des écarts importants entre le calendrier initial, les annonces et les réalisations effectives	14
- Des progrès en matière de registres et de dépistage	14
- L'action sur les facteurs de risque : des mesures drastiques et des carences	15
- Un point noir, l'absence d'évaluation du plan	16

Présentation

Lancé par le Président de la République en 2002, le plan cancer 2003-2007 a eu de grandes ambitions : amélioration de la qualité des soins, augmentation du taux de guérison, changement du regard sur le cancer. Il a pris le relai d'un premier plan de lutte contre le cancer, couvrant la période 2000-2005 avant que celui-ci s'achève. Si une certaine continuité existe entre les deux plans, le second a bénéficié d'un périmètre plus large, de moyens beaucoup plus substantiels et d'une grande visibilité.

La lutte contre le cancer correspond à des enjeux humains, médicaux, scientifiques, économiques et financiers considérables. Plus d'une Française sur trois et d'un Français sur deux sont ou seront atteints d'un cancer, même si celui-ci peut être tardif, voire jamais décelé. L'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) a recensé 146 469 décès attribués à des tumeurs malignes en France en 2005, dont 97 % survenus au-delà de 44 ans. C'est devenu la première cause de mortalité, devant les maladies cardiovasculaires. Quelque 1,5 million de patients sont pris en charge, et l'on compte environ 320 000 nouveaux cas par an.

Achevé à la fin de l'année 2007, le plan n'a pas encore de successeur. Toutefois de nombreuses mesures du "plan cancer" sont appelées à être pérennisées ou à porter leurs fruits bien au-delà de cette date. L'existence de l'Institut national du cancer (INCa), dont la création a été une mesure phare du plan, assure par elle-même la poursuite d'un grand nombre d'actions.

Pour réaliser son enquête, portant sur la gestion du plan et le degré de réalisation des objectifs qui lui étaient fixés, la Cour a contrôlé les opérations de la direction générale de la santé (DGS) au sein du ministère chargé de la santé, de la mission interministérielle pour la lutte contre le cancer (MILC) chargée d'impulser le plan de 2003 à 2005, du groupement d'intérêt public de préfiguration de l'INCa (2004-2005) et de l'INCa qui lui a succédé en juillet 2005. L'action de nombreux autres organismes, nationaux ou sur le terrain, a été plus brièvement examinée.

Le contrôle n'a pas inclus une évaluation de l'efficacité du plan en termes d'impact médical et scientifique, que la Cour n'était pas habilitée à réaliser. Cette dernière mission a d'ailleurs été confiée depuis lors par l'Etat au Haut conseil de la santé publique, dont le rapport est attendu fin 2008. ■

1 La gestion du plan cancer

Le plan a augmenté d'environ 4 % les crédits consacrés à la lutte contre le cancer

Les dépenses annuelles de santé en matière de cancer sont évaluées à environ 15 Mds € par an. Le plan comportait trois objectifs d'ordre financier :

- Pour la prévention et le dépistage, une croissance des dépenses de 70% était prévue, sans que le champ en soit précisé. La Cour estime, sur la base de données hétérogènes, que les crédits supplémentaires ont doublé, atteignant 150 M€, en provenance de l'Etat (100 M€), de l'assurance maladie et de divers financeurs. L'objectif a donc été dépassé.

- Pour les soins, le plan mettait à la charge de l'assurance maladie des mesures nouvelles qui devaient atteindre 640 M€ en 2007. Leurs notifications cumulées ont approché 500 M€ pour l'année 2007.

- Le plan indiquait que *“ce montant sera financé par la hausse des droits sur le tabac”* : cette mesure n'a pas été mise en œuvre.

Le plan a donc globalement majoré d'environ 4 % les financements antérieurs. L'effet de cette majoration sur les apports des autres financeurs n'est pas connu et les points de vue divergent sur ce sujet.

Les dépenses réelles ne sont toutefois pas connues

Les dépenses effectives en matière de prévention et de dépistage n'ont pas été exactement recensées ni par le ministère, ni par l'assurance-maladie, ni par l'INCa. En matière de soins, les pratiques budgétaires des agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et des établissements de santé ne permettent pas de savoir dans quelle mesure l'objectif a été atteint ; la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A) dans les établissements contribue à rendre très difficile un suivi précis de ces crédits.

Les faiblesses des indicateurs et des tableaux de bord empêchent de mesurer l'apport précis du plan

Le plan avait été structuré de manière à permettre un suivi détaillé des mesures et une évaluation des résultats, mais les indicateurs et les tableaux de bord n'ont été ni complets ni toujours fiables. Leur faisabilité n'a pas été préalablement assurée et, faute des ressources humaines nécessaires pour les établir, les séries de données n'ont pas toutes été mises en place. Les délais, fort longs, de production et d'analyse des données épidémiologiques n'ont

guère été réduits. La connaissance des moyens effectivement et durablement mis en place a été fragmentaire. Quant aux indicateurs disponibles, y compris ceux communiqués au Parlement, leur significativité était variable, et parfois nulle. Ainsi plusieurs des indicateurs prévus par la loi de santé publique de 2004 ou les lois de finances de la période se sont avérés impossibles à calculer, ou ont été communiqués au Parlement avec des données inexactes.

Sur les quinze indicateurs clés qui devaient rendre compte de la mise en œuvre des priorités du plan cancer, six n'ont jamais été établis.

La Cour avait relevé⁽¹⁾ dès 2000 que l'information nécessaire à l'élaboration d'une politique structurée de lutte contre les cancers n'était pas disponible, et que le développement des registres ainsi que la mesure des coûts directs ou par pathologies étaient défectueux. Ses recommandations n'ont pas été suivies d'effet. La présente enquête a incité le ministère et l'INCa à accroître leurs efforts en ce domaine, mais ce redressement a été tardif et partiel.

Le plan cancer a été crédité de moyens prévus dans d'autres plans ("Hôpital 2007" notamment) ; il a inclus

des mesures envisagées par ailleurs. Il est dans ces conditions difficile de mesurer l'apport véritable du plan.

L'INCA, un nouvel acteur chargé de la coordination - mais sans contrat avec l'Etat

Un nouvel opérateur de l'Etat, l'Institut national du cancer (INCa), a été chargé de coordonner les actions de lutte contre le cancer. Il bénéficie de 180 emplois, et de ressources annuelles qui se montent depuis 2006 à près de 100 M€, ce qui représente des moyens très significatifs au regard de ceux dont disposaient les administrations dans ce domaine. Aucun contrat d'objectifs et de moyens n'a cependant été signé entre l'Etat et l'INCa, contrairement à l'annonce faite en 2006, ni, jusqu'à récemment, entre ce dernier et ses partenaires.

C'est la première fois qu'un opérateur de l'Etat conjugue, pour une seule famille de pathologies, prévention, politique de soins et recherche. Cette option n'a pas fait l'unanimité, mais le progrès qui en a résulté est manifeste.

(1) rapport sur la sécurité sociale 2000 - rapport public annuel 2003, février 2004, La prise en charge du cancer : suivi des recommandations de la Cour, page 453.

L'INCa permet effectivement de renforcer la synergie entre prévention, soins et recherche. S'agissant de la recherche, son rôle est en cours de réévaluation dans le cadre d'une réorganisation annoncée de ce secteur.

En revanche, aucune mesure n'a précisé le rôle des administrations de l'Etat, qu'il s'agisse de l'exercice de la tutelle, notamment sur l'INCa, ou de la réalisation du plan. Les options prises ont été principalement dictées par la présidence de la République. Elles l'ont été sur la base d'amples consultations, mais sans qu'aient été durablement formalisées les concertations, notam-

ment interministérielles ou régionales, nécessaires à la mise en œuvre d'une partie d'entre elles et à leur suivi.

Le plan cancer affichait une grande ambition et bénéficiait de moyens non négligeables. Pourtant, la Cour observe que le plan n'a pas fait l'objet d'un suivi adapté et souligne les difficultés de la coordination pourtant nécessaire entre tous les acteurs, administrations et agences.

2 Le degré de réalisation des 70 mesures du plan cancer

Le plan a incontestablement eu un caractère novateur. L'approche verticale par pathologie a été bien structurée : identification et gestion des risques, prévention, dépistage, soins, accompagnement social et recherche. Globalement, alors que la lutte contre le cancer est de longue date une priorité de l'Etat, le plan cancer l'a significativement amplifiée, fort de sa reconnaissance comme "grand chantier présidentiel". Il a constitué un cadre cohérent.

Autour de sept priorités, le plan était composé de 70 mesures, auxquelles il faut ajouter sept mesures relatives à sa mise en œuvre : création de la mission interministérielle de lutte contre le cancer (MILC), mise en place du suivi régional, désignation de correspondants régionaux, appui du conseil national du cancer, élaboration d'un bilan annuel et évaluation du plan et enfin, création de l'Institut national du cancer (INCa).

Un tiers des 70 mesures ont été réalisées ;
un tiers, modérément ou inégalement ;
et un tiers, peu ou pas du tout

Sur le total des mesures annoncées, y compris les sept mesures de mise en œuvre, on peut estimer qu'à l'issue de la période d'exécution du plan :

- 5 avaient été totalement abandonnées (une en raison de la mise en place de la tarification à l'activité dans les établissements de santé) ;
- 22 avaient été mises en œuvre sans documenter un degré significatif de réalisation ;
- 22 l'avaient été à un degré moyen ou variable selon les sites ;
- 22 avaient été concrétisées à un niveau élevé, largement conforme aux objectifs ; et
- 6 avaient été intégralement concrétisées.

Le degré de réalisation des 70 mesures du plan cancer

Chapitre du plan cancer	Degré de réalisation des mesures					Total
	Abandonnée	Faible/ incertaine	Modérée/ variable	Elevée	Complète	
1. Prévention	1	4	7	6	2	20
2. Dépistage		3	2	3		8
3. Soins	2	6	7	10		25
4. Social		5	1	1		7
5. Formation		3	1	1		5
6. Recherche		1	2	1	1	5
Total Plan	3	22	20	22	3	70
“Mise en oeuvre”	2		2		3	7

Source : Cour des comptes

Cette appréciation nationale recouvre des inégalités considérables entre départements, notamment entre la métropole et l'outre-mer.

Le degré de réalisation des 70 mesures du plan cancer

La réalisation des priorités du plan cancer

I- Prévention

1. Amélioration du système épidémiologique : en deçà des intentions.

2. Tabac : toutes les mesures ont été mises en œuvre, à l'exception de la hausse du prix de vente, stoppée en 2004.

3. Education à la santé : aucun indicateur n'en rend compte.

II- Dépistage

4. Dépistage du cancer du sein : le dispositif programmé pour fin 2004 n'a été stabilisé que deux ans plus tard.

III- Organisation des soins

5. Pôles régionaux de cancérologie : prévus en 2004, ils n'étaient pas encore pleinement développés trois ans plus tard.

6. Réseaux de cancérologie, centres de coordination en cancérologie, programmes personnalisés de soins : ils n'étaient pas encore tous en place fin 2007.

7. Consultations d'annonce⁽²⁾ : leur généralisation était incomplète fin 2007.

8. Agrément des établissements : la procédure a comme prévu été adoptée en 2007, mais ne devrait être pleinement appliquée que fin 2012.

9. Développement des soins et hospitalisation à domicile, des soins de support : il n'est pas documenté par des indicateurs suffisants.

10. Renforcement des matériels d'IRM, scannographie, TEP⁽³⁾, radiothérapie : ce volet s'achèvera vers 2009 au lieu de mi-2007.

11. Accès aux innovations : les indicateurs sont insuffisants.

12. Cancer info service : ouvert en 2004, il a été transféré à l'INCa en 2007.

IV- Social

13. Mesures sociales et aide à l'emploi : le bilan est en deçà des annonces.

V- Formation

14. Evolution de la formation médicale et soignante : les mesures qui devaient être en place fin 2006 n'ont que partiellement été mises en œuvre.

VI- Recherche

15. Cancéropôles : ils ont été mis en place comme prévu dès 2004.

VII- L'INCa et ses programmes : ils ont été mis en place à partir de 2005 comme prévu.

(2) C'est une consultation longue et spécifique, dédiée à l'annonce (initiale ou différée) du diagnostic, du plan thérapeutique ou d'une éventuelle récurrence.

(3) Tomographie à émission de positons.

Le degré de réalisation des 70 mesures du plan cancer

Des écarts importants entre le calendrier initial, les annonces et les réalisations effectives

Les actions institutionnelles (création de l'INCa, de cancéropôles, de réseaux...) ont été plus rapidement visibles que les réalisations opérationnelles. Des mesures disparates n'ont pas été hiérarchisées ; certaines se sont avérées non quantifiables et parfois non réalisables dans les cinq années imparties. Leur degré de mise en œuvre a été hétérogène.

Mais le plan a joué un rôle significatif de catalyseur auprès des professionnels de santé ainsi que des bénévoles. Il a amené à mieux coordonner les actions à tous niveaux, notamment les prises en charge individuelles. Le succès de ces actions continuera cependant à dépendre d'une cohésion accrue et d'une distribution géographique moins inégale des professionnels de santé.

Deux mesures structurantes pour l'amélioration de la prise en charge du patient

Deux des mesures auront durablement des effets structurants sur l'organisation des soins au bénéfice des patients :

- Désormais, les patients atteints de cancer bénéficient d'une concertation pluridisciplinaire.

- Un dispositif d'agrément des établissements en chirurgie cancérologique, radiothérapie et chimiothérapie sera mis en œuvre à partir de la mi-2008. Ses critères font référence à la localisation et aux garanties que doivent présenter les équipes soignantes : compétence, volume d'activité et équipement. Ce dispositif pourrait conduire à réduire ou supprimer l'activité de cancérologie dans quelque 300 établissements publics et privés d'ici 2012.

En parallèle, l'objectif de créer 3 900 emplois et de mettre en place des formations appropriées visait à améliorer la qualité et l'accessibilité des soins. Il a probablement été atteint pour plus de la moitié, mais le suivi de la réalisation effective et du maintien de ces emplois a été souvent déficient.

La Cour a constaté à cet égard, à côté d'une incontestable mobilisation, le scepticisme, voire le pessimisme, de nombre de professionnels de santé, du fait des vacances ou des insuffisances d'emplois dans les établissements. Elles sont rendues responsables de défauts dans l'usage optimal des équipements, de délais d'attente ainsi que de fortes inégalités de prise en charge d'une région à une autre.

Le degré de réalisation des 70 mesures du plan cancer

Des progrès en matière de registres et de dépistage

La connaissance de l'incidence du cancer repose sur la mise en place de registres. Le plan visait un objectif de couverture de 15 % de la population française et prévoyait à cet effet trois nouveaux registres urbains. L'objectif a été atteint en pourcentage, mais deux des trois registres annoncés ne sont pas encore qualifiés et la représentativité des données reste insuffisante. C'est sur ce point, ainsi que sur l'amélioration de la collecte et la célérité du traitement des données, que des progrès doivent encore être enregistrés.

En matière de dépistage, celui du cancer du sein a été significativement étendu grâce, en particulier, aux campagnes de dépistage organisé. Mais les taux de participation demeurent insuffisants et présentent encore des inégalités importantes entre départements. Pour les autres dépistages, chaque type de cancer relevant d'un dispositif spécifique, les progrès sont inégaux.

L'action sur les facteurs de risque : des mesures rigoureuses et des carences

Le chapitre "prévention" contenait 17 mesures consacrées à la prévention primaire (éviter l'apparition d'une maladie), pour réduire les facteurs de risque. La plupart de ses mesures

préexistaient et ont simplement été développées : le mérite du plan a surtout été d'amplifier la notoriété des facteurs de risques de cancers et des moyens de les réduire, tout en associant prévention, dépistage, soins et recherche.

Les mesures les plus rigoureuses ont concerné la lutte contre le tabagisme. En revanche, l'action contre les risques de cancers professionnels ou de cancers provoqués par l'alcool est restée beaucoup trop limitée.

A la différence de certains pays, la France n'a pas de système de surveillance des causes de décès au sein des professions, ni de statistiques nationales de mortalité par cause, profession et secteur d'activité. De nombreux obstacles subsistent à l'information et l'analyse des données en cette matière. L'InVS (Institut national de veille sanitaire) et, depuis mi-2007, l'INCa, tentent de remédier à ces carences, dont la gravité doit être soulignée.

La diminution des plafonds d'exposition des salariés à la majorité des substances les plus dangereuses est intervenue six ans après la directive européenne de 2000 et trois ans après le début du plan cancer. Ni la mission interministérielle de lutte contre le cancer ni l'INCa n'ont, en dépit de leur fonction de coordination, donné l'alerte sur le risque, pendant cette période, de voir des cancers professionnels provoqués par une exposition à des doses supérieures aux nouveaux plafonds.

Le degré de réalisation des 70 mesures du plan cancer

La mise en œuvre durant le plan cancer des plans santé environnement et santé au travail a permis de lancer de nouvelles initiatives dans ce domaine.

Un point noir, l'absence d'évaluation du plan

La dernière mesure de mise en œuvre du plan était la création d'un dispositif d'évaluation de politique publique conduisant, le cas échéant à des réorientations en 2006-2007. Ce dispositif n'a pas été formalisé au cours du plan.

Certes, en termes épidémiologiques et médicaux, la période écoulée depuis 2003 est beaucoup trop courte pour dresser un bilan des résultats du plan, qui prévoyait de diminuer la mortalité par cancer de 20 %. L'INCa a aussi relevé l'insuffisance d'analyses économiques et note que l'on "ne connaît presque rien de l'impact en termes d'incidence, de taux de survie, ou de mortalité, que l'on peut attendre d'une augmentation des ressources financières allouées à ces politiques".

La pauvreté du ministère en moyens, notamment à la direction générale de la santé, a contribué à l'absence d'évaluation. Mais s'y est ajouté le fait que

l'INCa n'a pas pris en charge la mission de suivi et d'évaluation que le plan lui assignait et à laquelle des moyens très importants étaient alloués. Ni le conseil d'administration ni l'administration centrale de tutelle, n'ont pu le faire évoluer à cet égard⁽⁴⁾.

La ministre chargée de la santé a finalement, début 2008, chargé de cette mission le Haut conseil de la santé publique. Ce dernier a prévu un rapport d'étape au printemps 2008 sur les objectifs relatifs au cancer inclus dans la loi de santé publique de 2004, suivi d'un rapport définitif sur le plan cancer fin 2008.

Le plan cancer a eu la particularité de comporter la création d'un opérateur de l'Etat, l'INCa, destiné à lui survivre et chargé par la loi de 2004 d'une mission d'impulsion, de coordination et d'évaluation des actions de la lutte contre le cancer, mission qui relève normalement des services du ministère. L'absence de répartition contractuelle des responsabilités des uns et des autres dans la mise en œuvre, le suivi, l'évaluation, le contrôle des actions du plan a toutefois constitué un handicap et un frein au succès du plan.

(4) L'INCA a informé la Cour en juin 2008 qu'il établissait un bilan du plan cancer.

Les défaillances notées par la Cour sont révélatrices moins de déficiences du plan lui-même que de problèmes transversaux qui restent à résoudre. Ils sont identifiés de longue date, en termes notamment de formation, de créations d'emplois, de parcours de soins, de politique hospitalière, de politique du médicament, de prévention primaire ou encore d'organisation de la recherche.

La Cour rappelle aussi, pour la troisième fois en sept ans en matière de cancérologie, la nécessité de mettre en place les outils propres à suivre la réalisation des mesures prévues par le plan, à en chiffrer le coût et à en évaluer l'impact au regard des objectifs affichés.

Les recommandations de la Cour

La Cour des comptes estime indispensable de renforcer la gouvernance des plans de santé publique, la collecte des données épidémiologiques nécessaires à leur élaboration et les actions contre les facteurs de risques. Elle souligne la nécessité d'optimiser l'efficacité d'une partie des mesures déclenchées par le plan cancer en matière de dépistage et de soins, et enfin d'inclure comme prévu l'INCa dans la réflexion en cours sur la réorganisation de la recherche médicale.

Ces objectifs généraux sont ici déclinés en 26 recommandations opérationnelles.

I - La gestion d'un plan de santé publique

→ 1. Mettre en œuvre pour la lutte contre le cancer, et pour tout plan de santé publique, un dispositif cohérent et durable, doté de moyens de coordination et de suivi, précisant notamment les responsabilités de chaque opérateur, le suivi du calendrier ainsi que sur les aspects budgétaires et économiques, au regard des objectifs initiaux.

→ 2. Accompagner tout plan de santé publique d'indicateurs de situation initiale, d'objectifs, de moyens, de produits et de résultats qui soient mesurables, ainsi que de la désignation des responsables du suivi du calendrier et des indicateurs.

→ 3. Instaurer des fonctions d'audit interne au sein du ministère et de l'INCa, et auditer les organismes subventionnés par eux.

→ 4. Tirer les leçons des problèmes de gestion de la mission interministérielle de lutte contre le cancer (MILC) et de subventions attribuées par la direction générale de la santé, ainsi que de ceux rencontrés lors de la liquidation de la MILC, en termes d'organisation administrative et de contrôles internes en pareil cas.

→ 5. Charger l'INCa d'établir un bilan périodique des initiatives issues des structures et plans régionaux traitant de la cancérologie.

→ 6. Prendre en compte la déclinaison sur le terrain des missions de l'INCa dans toute évolution de l'organisation régionale de la santé.

II - Les données nécessaires à l'élaboration d'un plan cancer

→ 7. Rendre obligatoire et rapide la transmission des données épidémiologiques par les établissements et professionnels de santé concernés aux organismes désignés par le ministère chargé de la santé, avec des sanctions en cas de manquement.

→ 8. Améliorer la collecte de données épidémiologiques, instaurer la transmission des certificats de décès nominatifs aux registres du cancer, et demander au Haut conseil de la santé publique d'inclure ces registres dans le champ de son évaluation du plan cancer.

Les recommandations de la Cour

→9. Renforcer, comme l'ont recommandé le rapport public annuel 2003 de la Cour et les Académies de médecine et des sciences, la connaissance des causes de cancers, des facteurs de risque et des expositions à ces facteurs ainsi que l'évaluation des liens de causalité entre les actions menées et l'évolution des comportements.

III - L'action sur les facteurs de risque

→10. Renforcer la lutte contre l'alcool sur le modèle de ce qui a été accompli contre le tabac.

→11. Etendre l'identification des causes de cancers professionnels et les prendre pleinement en compte dans la politique de santé publique, afin notamment de mieux cibler leur prévention et leur dépistage.

→12. Donner aux autorités sanitaires le droit d'accès aux anciens sites industriels non reconnus comme installations classées pour la protection de l'environnement, pour les études de risques de cancer.

IV - Les dépistages

→13. Examiner l'opportunité de mettre un terme au remboursement du dépistage individuel du cancer du sein dans la tranche d'âge visée, les spécialistes le jugeant moins fiable que le dépistage organisé.

→14. Faire évaluer régulièrement les nouveaux tests et moyens de

dépistage afin d'adopter dans les meilleurs délais ceux présentant le meilleur rapport performance/coût, notamment pour le dépistage du cancer colorectal.

→15. Optimiser le dispositif départemental de gestion des dépistages, ainsi que les multiples applications informatiques, y compris par des regroupements.

→16. Inviter plus fermement les professionnels de santé à généraliser la prescription des dépistages, comme des mesures de prévention à toutes les étapes (prévention primaire, secondaire et tertiaire).

→17. S'assurer du strict respect, par les professionnels de santé, des cahiers des charges relatifs à la réalisation des dépistages.

V- L'organisation des soins

→18. Veiller à la cohérence des expérimentations du “dossier communicant” cancer avec le “dossier médical personnel” et les autres projets d'informatisation et de téléservices dans le domaine de la santé.

→19. Evaluer la pertinence de la régionalisation des référentiels médicaux, au regard des risques d'inégalités de qualité et de coût des prises en charge.

→20. Mettre en œuvre les moyens appropriés pour que les référentiels nationaux de bon usage des médicaments et dispositifs onéreux soient promptement établis et appliqués.

Les recommandations de la Cour

→ 21. Réexaminer le niveau des seuils d'activité relatifs à l'agrément de délivrance de soins cancérologiques, au regard des risques que la faiblesse de ces seuils peut entraîner pour les patients.

→ 22. Restructurer les services de téléphonie sociale financés sur deniers publics, pour en améliorer les performances et en réduire le coût.

→ 23. Améliorer le taux d'utilisation des équipements onéreux (imagerie, radiothérapie...) afin de réduire les délais d'attente ; définir un système de suivi national et des indicateurs appropriés.

→ 24. S'assurer de la réalité des créations d'emplois et de la cohérence de leur répartition, comme des formations, au regard des priorités en termes d'organisation des soins, d'anatomopathologie et d'usage optimal des équipements.

→ 25. Concrétiser les intentions en matière de formation et d'embauche de radiophysiciens et de spécialistes en dosimétrie à un niveau de nature à réduire les risques en matière de radiothérapie.

VI - L'organisation de la recherche

→ 26. Réduire le risque de redondances entre les missions assumées par de multiples agences et celles de l'INCa.