

Bilan du Plan cancer 2009- 2013 à mi-parcours

Éliane Conseil
Santé Social

www.elianeconseil.com

Le contexte du rapport

Ce rapport du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), rendu public en avril 2012, présente une évaluation à mi-parcours du Plan cancer 2009-2013. Ce plan survient dans un contexte où l'incidence des cancers est en hausse en France, avec un taux de mortalité prématurée assez élevé. Il a pour but de créer en France un dispositif dédié à la lutte contre le cancer, dans le cadre d'un plan thématique. Au moment de l'évaluation, ce choix thématique est confronté à l'évolution de l'organisation sanitaire vers une gouvernance régionale des politiques de santé, organisée selon une approche systémique transversale. Les objectifs du plan sont de favoriser les efforts de recherche et d'innovation pouvant être intégrés au système de santé, de mieux prendre en compte les inégalités de santé face au cancer, de renforcer la coordination des soins, et de susciter de nouvelles initiatives sanitaires et médico-sociales pour améliorer l'accompagnement des personnes pendant et après le cancer. Le plan s'organise en 5 axes, qui sont déclinés en 30 mesures elles-mêmes détaillées en 118 actions.

Axe du plan	Mesures phares
Recherche	<i>Mesure 1 - Renforcer les moyens de la recherche pluridisciplinaire. Mesure 3 - Caractériser les risques environnementaux et comportementaux.</i>
Observation	<i>Mesure 6 - Produire et communiquer annuellement des informations sur le cancer et sur la cancérologie.</i>
Prévention-dépistage	<i>Mesure 14 - Lutter contre les inégalités d'accès et de recours aux dépistages.</i>
Soins	<i>Mesure 18 - Personnaliser la prise en charge des malades et renforcer le rôle du médecin traitant.</i>
Vivre pendant et après un cancer	<i>Mesure 25 - Développer une prise en charge sociale personnalisée et accompagner l'après cancer.</i>

Trois thèmes transversaux sont à prioriser au sein de chaque axe :

- *Mieux prendre en compte les inégalités de santé*
- *Stimuler l'analyse et la prise en compte des facteurs individuels et environnementaux dans la prise en charge des malades*
- *Renforcer le rôle du médecin traitant.*

L'évaluation à mi-parcours, prévue dans le plan, a un double objectif : juger des capacités du plan à atteindre ses objectifs en fin de période et juger de la qualité des indicateurs à disposition pour l'évaluation finale du plan.

En synthèse

- ◆ **Le Plan affiche des ambitions porteuses d'innovations, mais insuffisamment prises en compte dans sa mise en œuvre**

Il faudrait une meilleure prise en compte de ses thèmes transversaux

Le plan contient des **innovations essentielles concernant le parcours personnalisé du patient et le volet social, et surtout l'introduction de ces trois thèmes transversaux à vocation structurante.** Leur formalisation est un point positif, car elle **insère le plan dans une démarche générale de politique nationale** de santé publique, ce qui permet d'évaluer et de préconiser des méthodes concernant l'ensemble des domaines de la santé. Peu de plans nationaux thématiques ont ce type d'approche, qui permet d'envisager une mise en œuvre dans une démarche plus globale de prévention et de prise en charge des patients. Cependant, l'évaluation montre que **ces thèmes ont été insuffisamment pris en compte dans la mise en œuvre et le suivi des mesures et actions du plan**, ce qui limite potentiellement ses effets à terme ainsi que les possibilités de les évaluer.

Des objectifs nationaux quantifiés trop peu nombreux

Le plan ne fixe que **9 objectifs nationaux, ce qui est peu par rapport au nombre d'actions qu'il propose.** De plus, ces objectifs sont **dispersés dans le plan et difficilement identifiables.** L'évaluation souligne également **l'absence d'objectifs quantifiés au niveau régional.**

La pertinence de l'axe « recherche » est discutable

Il peut entraîner des **redondances avec les autres axes** : il aurait donc plutôt fallu décliner un volet recherche dans chaque axe thématique. De plus, la présence de cet axe entraîne une **difficulté d'articulation entre l'évaluation du HCSP et celle de l'AERES**, qui évalue la qualité de la recherche et non sa pertinence en termes de santé publique.

◆ Le pilotage du plan est encore trop limité à une fonction de suivi

Au niveau national, un important dispositif qui n'assure pas un véritable pilotage

Le HCSP témoigne de l'**existence d'un important dispositif de suivi** avec un comité de pilotage interministériel doté d'un arsenal de tableaux et d'indicateurs de suivi des actions, renseignés par une équipe dédiée, avec une restitution trimestrielle de l'état d'avancement. Il souligne une **réelle volonté de doter le Plan d'un pilotage de qualité**. Cependant, ce comité n'assure **pas de révision concrète des actions du plan en fonction de leur pertinence** vis-à-vis des objectifs de santé publique et d'autres politiques de santé, en raison d'un exercice partiel de la fonction de pilotage stratégique des politiques nationales de santé par l'institution dont c'est la mission et de la mesure trop hétérogène de l'état d'avancement et des résultats du plan par les indicateurs de pilotage. De plus, le suivi des thèmes transversaux n'est pas individualisé, ce qui entraîne un manque de vision d'ensemble sur les composantes transversales du plan.

Par conséquent, le HCSP émet quatre recommandations à appliquer à court terme, avant la fin du plan :

- **Faire reposer le pilotage du plan sur deux outils de suivi distincts** : un outil de gestion de projet rassemblant l'ensemble des livrables et jalons et un outil d'évaluation itinéraire décrivant les indicateurs d'activité et de performance ;
- **Individualiser des indicateurs pour les thèmes transversaux** suivants : inégalités sociales, inégalités territoriales, prise en compte des facteurs individuels et environnementaux, rôle du médecin traitant et systèmes d'information ;
- **Faire définir par le comité de pilotage l'ensemble des livrables et indicateurs de performance**, les opérateurs ayant à charge de valider leur faisabilité et de proposer les méthodes de recueil à mettre en place ;
- **Faire réaliser par la Direction Générale de la Santé (DGS) une analyse critique de la présentation objective du suivi du plan**, afin de fixer l'objectif des réunions et le choix des questions prioritaires à traiter par le comité de pilotage.

Les mutations de la politique régionale de santé compliquent l'élaboration de la gouvernance du plan en région

Au niveau territorial, **le lancement du plan a été concomitant avec celui des Agences Régionales de Santé (ARS)**. Le projet régional de santé (PRS) des ARS, qui les mobilise fortement, affiche des objectifs, une structure et un calendrier très différents de ceux du plan cancer. De plus, **la déclinaison régionale du plan n'a pas été prévue lors de sa conception et ne fait pas l'objet d'une réflexion structurée** : très peu d'informations sont donc disponibles sur ce sujet.

L'intégration des mesures du plan cancer dans les PRS est compliquée en raison de la multiplicité des plans nationaux, de leur approche thématique et des incompatibilités de calendrier. Ce contexte n'a pas permis à une dynamique interministérielle de se développer en région, ni la mobilisation des collectivités territoriales. De plus, le HCSP souligne deux problèmes spécifiques : une reconnaissance et un positionnement des correspondants cancer en région très variables, et un insuffisant partage de l'information qui rend l'accès effectif des ARS aux informations disponibles sur le cancer très difficile.

Le HCSP émet donc quatre recommandations pour la période 2012-2013 :

- **Désigner un correspondant régional du Plan cancer dans chaque ARS**, qui coordonne la mise en œuvre et le suivi du plan en région ;
- **Permettre un accès effectif des ARS à l'ensemble des données régionales disponibles** concernant le cancer ;
- **Faire produire par chaque ARS fin 2013 un rapport** analysant la mise en œuvre des différentes mesures et actions du plan en région et/ou leur prise en compte dans le PRS, et précisant les difficultés rencontrées par les ARS.
- **Conforter la mobilisation des acteurs régionaux** par la formulation d'un avis sur ces rapports par la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA).

L'articulation entre ces deux niveaux de gouvernance est difficile à organiser

Le rapport dénonce l'**absence d'un lieu et d'un outil de dialogue entre le niveau national et les ARS** autour du plan, les ARS n'étant pas représentées au sein du comité de pilotage. Cela témoigne d'un **manque patent de communication entre niveau national et régional, qui complique la dynamique de mise en œuvre du plan en région**. De plus, le dispositif de pilotage national des ARS limite les échanges entre les pilotes nationaux du plan et les régions : tout doit

passer par le Conseil de pilotage national, ce qui segmente l'approche du plan. De ce fait, l'articulation entre ces deux niveaux porte essentiellement sur l'organisation des soins et le dépistage.

Le HCSP souhaite donc **formaliser l'articulation entre la politique nationale et régionale de mise en œuvre du plan et améliorer les outils de pilotage permettant cette articulation**. Il fait quatre recommandations :

- **Faire participer deux représentants des correspondants cancer en région au Comité de pilotage du plan ;**
- **Présenter la ventilation régionale des indicateurs du tableau de bord de suivi des actions** lorsque c'est possible ;
- **Systématiser et restituer au niveau national le bilan de la mise en œuvre du Plan dans chaque région ;**
- **Faire une synthèse des bilans régionaux et discuter de cette synthèse dans les différentes instances nationales concernées**, notamment le Comité de pilotage du Plan.

◆ **La question des inégalités de santé a été particulièrement mise en lumière par le plan**

L'objectif de réduction des inégalités sociales a été inégalement pris en compte selon les axes

Il s'agit pourtant d'un des objectifs les plus novateurs du plan. La problématique sociale a souvent été traitée en aval des soins à travers l'intervention des professionnels du domaine social parallèlement aux professionnels de soins. Le plan semble avoir commencé à mobiliser la recherche sur les politiques de réduction de ces inégalités, mais en l'absence d'éléments structurants, les résultats sont limités, ce qui affecte les autres axes. En effet :

- **cette problématique est partiellement intégrée dans la partie dépistage-prévention, mais les mesures restent encore peu nombreuses et ne sont pas toutes engagées ;**
- elle est **très insuffisamment intégrée dans la partie observation ;**
- elle est **pratiquement ignorée en ce qui concerne l'axe soins, alors que l'accès financier pose toujours un problème**, en particulier à cause des dépassements d'honoraires.

Le rapport dégage quatre dimensions d'action avant la fin du plan :

- finir l'expérimentation du volet social dans des conditions rigoureuses et prévoir l'évaluation de son impact sur la réduction des inégalités sociales et de santé ;
- procéder à l'état des lieux des inégalités sociales et l'intégrer dans le prochain rapport annuel sur la situation du cancer en France ;
- mettre en place le suivi et le pilotage national de l'objectif de réduction de ces inégalités sociales en rendant effective de façon urgente une mission dédiée au sein du comité de pilotage et en produisant des indicateurs de suivi pertinents ;
- intégrer dans les mesures de prévention et de prise en charge médicale la prise en compte du gradient social.

Pour cela, il recommande, avant la fin du plan, d'agir dans trois directions :

- **Affirmer une forme de gouvernance des questions d'inégalités sociales de santé** : en confiant à un acteur du plan la responsabilité d'une vigilance transversale et intersectorielle sur cette question, en produisant un état des lieux de ces inégalités et en redynamisant l'action intersectorielle dans le cadre du comité de pilotage ;
- **Améliorer les outils et données de pilotage en matière d'inégalités sociales de santé** : en rassemblant les données disponibles sur certaines actions non suivies et en mettant en place des outils de suivi adaptés à ce défi ;
- **Reprendre la mise en œuvre de certaines actions insuffisamment avancées** : en mettant en œuvre avant la fin du plan le test et l'évaluation de la fiche de détection de la précarité et en développant le volet social du programme personnalisé de soins.

A plus long terme, le HCSP prône un engagement dans deux autres directions :

- **Amélioration du système d'informations sur les inégalités sociales de santé** : mise en place d'un système d'observation permettant de mesurer et de suivre les inégalités sociales relatives au cancer, et élaboration d'un rapport sur le développement ultérieur de données de surveillance ;
- **Lancement d'une réflexion spécifique sur la communication d'une information médicale accessible à tous les patients**, quelles que soient leur niveau d'éducation et leurs capacités à communiquer avec les équipes de soins.

De nombreuses actions ont été engagées pour mieux connaître les inégalités territoriales de santé

Cette thématique est effectivement prise en compte dans de nombreuses actions. Toutefois, il n'y a que deux objectifs quantifiés et les ARS sont trop peu citées dans le plan alors qu'elles sont des acteurs clés de la réduction des inégalités territoriales.

Cette dynamique pourrait donc être améliorée et amplifiée. Pour l'axe observation, il existe plusieurs outils de partage de l'information opérationnels et régulièrement enrichis et mis à jour, mais il faudrait rendre leur complémentarité plus lisible, améliorer leur accessibilité et systématiser l'analyse des données territorialisées. Concernant l'axe prévention/dépistage, le HCSP souligne l'amélioration de la participation aux dépistages organisés et la nécessité de développer des actions plus ciblées et mettre à disposition des données fiables et homogènes. Pour la

prévention, il faut favoriser les actions de proximité, donc renforcer l'information. Enfin, dans l'axe soins, le dispositif d'autorisation des établissements a été déployé comme prévu.

Dans ce domaine, **la mobilisation des ARS est essentielle, aussi doivent-elles disposer de toutes les informations nécessaires pour élaborer et suivre leur politique grâce à un dispositif performant.** Le rapport formule donc des recommandations à court terme :

- **Améliorer la connaissance des inégalités interrégionales** sur le cancer et la cancérologie grâce à la présentation systématique des données régionales disponibles ou susceptibles d'être mobilisées et à la production régulière d'un rapport sur l'évolution des disparités régionales en matière de cancer ;
- **Permettre aux ARS et à leurs opérateurs locaux d'analyser les inégalités territoriales infrarégionales**, notamment en leur offrant un accès effectif aux données disponibles concernant le cancer et la cancérologie à un niveau territorial fin ;
- **Favoriser le développement de politiques de prévention de qualité dans les régions** par la production et l'actualisation de monographies sur les outils et méthodes efficaces et efficientes en termes de prévention et par l'information précoce et systématique des ARS sur les différents supports d'information et de communication destinés aux acteurs locaux, pour qu'elles puissent relayer et amplifier localement cette dynamique ;

A moyen et long terme, le HCSP souhaite aussi **développer des travaux de recherche** aux niveaux infrarégional et infra-urbain, **pour appréhender les mécanismes de constitution des inégalités et orienter les politiques de lutte contre le cancer.**

🔍 **Le rôle du médecin traitant doit être envisagé de manière plus systémique**

L'axe n'est pas suffisamment explicité pour permettre des avancées conséquentes

Les actions déployées semblent maintenir le généraliste dans la périphérie plus que le placer au cœur du dispositif. Leur rôle et la façon dont leur expertise s'articule avec les autres éléments de la prise en charge ne sont pas clairs. Des caractéristiques structurelles comme le mode de rémunération des généralistes freinent le déploiement d'un rôle plus actif pour les généralistes en matière de prévention et de prise en charge. De plus, la faible densité médicale de certaines zones empêche les médecins traitants d'assurer toutes les fonctions envisagées par le plan. Enfin, le rôle des médecins traitants est difficile à évaluer en raison de leurs interventions très hétérogènes. Il faudrait une réflexion plus structurée sur la place du médecin traitant pendant les différentes étapes de la maladie. En effet, si le plan attend de lui une présence permanente dans la chaîne de soins, il n'y a pas de récapitulatif des attentes concrètes à son égard.

Dans le domaine de la prévention, on trouve des actions de communication centralisée sans étude de leur impact

Le HCSP loue la production d'informations et de recommandations, mais souligne le nombre très faible de mesures concrètes dans ce domaine. Aucune étude d'impact n'a été réalisée et la diffusion en tuyau d'orgue de ces informations complique leur prise en compte par les médecins traitants. On trouve des dispositifs coûteux qui se surajoutent sans perception claire des enjeux concrets et de leur articulation : il n'y a notamment pas de partage des rôles entre médecins traitants et structures de dépistage, et le médecin traitant n'est plus présent dans la prévention des cancers professionnels.

Le HCSP formule donc trois recommandations :

- **Réaliser des études d'impact sur les documents d'information produits ;**
- **Favoriser les pratiques préventives des médecins** en facilitant la connaissance des facteurs de risque et l'échange avec les patients, en particulier en reprenant une réflexion d'ensemble sur les consultations préventives ;
- **Réfléchir à des échanges systématiques entre la médecine du travail et la médecine générale de ville**, notamment en systématisant la production de bilans de fin de carrière transmis aux généralistes ;

Pendant la maladie, les médecins généralistes sont contournés

Les actions concrètes sont plutôt concentrées sur la mise en place d'infirmiers coordonnateurs et la place du médecin traitant reste aléatoire selon les disponibilités hospitalières. Le rapport déplore également l'absence d'une réflexion sur les incidences financières de la multiplication des temps passés par les médecins. Le rapport propose six axes de travail :

- **Evaluer concrètement et explicitement l'intérêt des expérimentations en cours** avec l'objectif de renforcement du parcours de soin ;
- **Intégrer ces évaluations dans une réflexion plus générale définissant la place du médecin traitant dans les parcours de soins des malades chroniques ;**
- **Prévoir une évaluation de la place du médecin traitant dans le parcours de soins pour chaque expérimentation de dispositif ;**
- **Evaluer l'impact de la mesure de généralisation du métier d'infirmier coordonnateur sur l'implication des partenaires de ville** avant de la mettre en place ;
- **Procéder à de nouvelles expérimentations abordant le patient de manière plus globale ;**

- Tirer profit des expériences de coordination réussies entre médecins traitants et centres de cancérologie.

Après la maladie, l'approche concentrée sur le suivi social ne laisse pas de place au médecin traitant

Le HCSP propose de tenir compte de l'évaluation des expérimentations de suivi partagé de l'après cancer qui sont en cours pour aborder la mise en place du parcours personnalisé de l'après-cancer. Ces expérimentations devront être associées à une évaluation du parcours de soins mesurant l'intervention du médecin traitant. A plus long terme, il faudrait évaluer les solutions organisationnelles concluantes pour en tirer des enseignements sur les modalités de partage des compétences et expertises, de coopération entre acteurs de santé, de nouveaux modes de rémunération, les conditions de succès de ces expérimentations et les coûts de leur généralisation.

Au delà de la place du médecin traitant, c'est aussi l'organisation de la prévention et des soins de proximité des personnes atteintes de maladies chroniques qui sont questionnées, dans le contexte d'une pathologie dont la prise en charge est organisée autour des plateformes hospitalières. **La place de la prévention et des soins de proximité devrait faire l'objet d'une réflexion globale plutôt que d'une juxtaposition d'expérimentation par pathologies.**

◆ Bien que ne faisant pas l'objet d'un axe individualisé, les systèmes d'information constituent une problématique transversale

Cet axe se justifie également par le besoin d'évaluation du plan. En cancérologie, les systèmes d'information répondent à quatre types de besoins : coordination des soins et de la prévention, observation / recherche / aide à la décision, information de l'utilisateur et des professionnels de santé, suivi des indicateurs d'activité et de performance du plan. Un premier chantier a été lancé pour répondre aux besoins 2 et 4, soit les travaux nécessaires à la mise en place d'un système d'observation permettant de mesurer et suivre l'évolution des inégalités sociales relatives au cancer. Pour le 1^{er} besoin, **le rattachement du dossier communicant en cancérologie (DCC) au Dossier médical personnalisé (DMP) donne à ce dispositif un cadre national, notamment en termes d'interopérabilité, mais complexifie le dispositif**, ce qui a entraîné un retard dans le développement du DCC. De plus, la fonction de partage des actions et données de prévention n'est pas envisagée alors qu'elle ferait du DMP un outil d'accompagnement intéressant. Il faudrait donc explorer ses possibilités en termes de coordination du dépistage-prévention et comme support d'information et d'éducation du patient. En ce qui concerne le 2^{ème} besoin, le rapport note des avancées, notamment **l'amélioration de l'accès aux sources de données**, même s'il reste complexe car les modalités reliant les sources de production de données entre elles n'ont pas été fixées. Enfin, pour le 3^{ème} besoin, le HCSP note une **incontestable amélioration de l'accès aux informations pour un large public.**

Le rapport formule neuf recommandations à court terme :

- **Recentrer l'expérimentation du projet de DCC sur sa vocation principale** : le partage des données médicales entre professionnels ;
- **Distinguer les fonctionnalités du DCC de celles du DMP** en limitant le DCC à un outil exclusif de partage des données entre professionnels et le DMP à celui d'autogestion des données médicales par le patient ;
- **Etudier le type de données, leur mode de présentation, la synthèse médicale à réaliser pour l'exportation dans le DMP des données utiles à l'information des patients à partir du DCC** ;
- **Distinguer la maîtrise d'ouvrage et la maîtrise d'œuvre de ce projet** ;
- **Ajouter une action à la mesure 16** : « partager les données de prévention », dans le cadre du projet DMP ;
- **Développer une structure technique d'interface au niveau national** entre producteurs et utilisateurs de données médico-administratives, incluant un « guichet conseil » ;
- **Renforcer la coordination nationale de gestion des données de santé**, pour mieux répertorier les besoins de production selon les publics et favoriser l'interopérabilité entre les systèmes ;
- **Evaluer le profil des utilisateurs et l'utilisation faite des documents et données mises à disposition** ;
- **Utiliser le DMP pour constituer un support pour l'information et l'éducation du patient.**

A plus long terme, le rapport note également que le cadre d'accessibilité aux données devrait être défini notamment dans le contexte de l'exploitation du DCC et du DMP, et qu'il faudra veiller à ce que le projet de DCC se développe de façon homogène dans toutes les régions pour ne pas creuser les écarts entre elles.

◆ La cohérence externe du plan est satisfaisante mais se heurte à des obstacles en termes de faisabilité

La structuration du plan autour de trois thèmes transversaux permet de l'envisager dans une démarche plus globale. Peu de plans ont ce type d'approche qui permet la mise en place de dispositifs expérimentaux. Toutefois, **cette approche n'offre que des réponses de type expérimental**, qui ne tiennent pas forcément compte de la faisabilité générale. De plus, elle **ne prévoit pas les outils pour l'évaluation de l'efficacité et de l'applicabilité tarifaire de ces expérimentations**. Ces deux paramètres créent un blocage pour pérenniser celles qui sont pertinentes et génèrent une multiplication d'expérimentations non coordonnées, qui entraîne un cloisonnement des dispositifs et un manque de visibilité pour les payeurs et les acteurs. Le plan n'a repris que 2 des 17 objectifs relatifs au cancer, et aucun n'a été

décliné régionalement. A court terme, le HCSP recommande de fixer des objectifs nationaux quantifiés en lien avec ceux qu'il propose afin de préparer la mise en place des indicateurs correspondants à l'échelle nationale et régionale. A long terme, il fait deux recommandations :

- **Prévoir lors de la conception des futurs plans des objectifs nationaux quantifiés extraits de la future loi de santé publique ;**
- **Repenser certaines problématiques selon une vision plus transversale** que le cadre strict d'un plan thématique.

◆ **L'évaluation finale doit encore être préparée**

On trouve encore **peu d'indicateurs de performance et d'activité**. Il faudra effectuer en 2012 un travail préparatoire pour que les indicateurs nécessaires soient disponibles en 2013. De plus, **la préparation des éléments d'évaluation finale est un travail qui reste à engager rapidement**. L'évaluation de l'impact en santé publique de la recherche clinique et de l'accès à l'innovation, qui représentent le fondement de nombreuses avancées potentielles du plan, n'est notamment pas prévue, mais devra être réalisée en fin de période, ainsi que l'évaluation des conditions de généralisation des multiples expérimentations générées par le plan.

Il faudra **aussi préciser avant la fin du plan les modalités d'évaluation de l'impact en termes de santé publique des actions de recherche**, qui constituent une part importante des actions innovantes. Il faudra également coordonner avec l'AERES, l'évaluation de l'axe recherche en termes d'impact sur la santé publique.

Les enjeux et problématiques

◆ **La nécessité de lutter contre les inégalités face au cancer**

On trouve en France des disparités très marquées en termes de cancer. Si on se penche sur les données de l'Institut national du cancer (INCa), on constate que l'incidence du cancer est plus importante au nord du pays qu'au sud : ainsi, dans les régions les plus touchées, l'incidence du cancer pour les hommes atteint 490 cancers pour 100 000 habitants, contre 308 dans un axe sud-est. On trouve aussi que les femmes sont moins touchées, avec des incidences allant de 229 cancers pour 100 000 habitants à 304. Toutefois, la répartition des cancers selon le sexe ne varie pas sur le territoire, à l'exception de la Bretagne, où les femmes sont nettement moins touchées que les hommes par la maladie. Le HCSP relève aussi que l'incidence des cancers est la plus élevée dans les zones où on trouve le plus de facteurs susceptibles de favoriser le développement du cancer, comme le tabac ou l'alcool.

L'un des problèmes posés par ces inégalités face aux cancers est la répartition des organismes de soins sur le territoire. Ainsi, les réseaux en cancérologie financés par le Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins ne se répartissent pas selon l'incidence des cancers. L'Ile de France est la région qui compte le plus de réseaux en cancérologie, suivie par le Rhône-Alpes, alors que les régions du nord du pays qui sont les plus touchées par la maladie ne comptent qu'un ou deux réseaux dans ce domaine. De plus, la baisse des fonds attribués aux réseaux pose la question de la continuité de leurs missions, et de la capacité de ces réseaux à lutter contre les inégalités d'accès aux soins et à promouvoir l'information et la prévention auprès du grand public, alors qu'il s'agit des enjeux soulevés par le rapport du HCSP.

◆ **Quel financement dans un contexte de crise ?**

L'évaluation du HCSP n'aborde pas du tout la question du financement du plan. Il dispose d'un budget quinquennal de 1,9 milliards d'euros, dont 531 millions ont déjà été consommés à mi-parcours, ce qui représente la réalisation de 27,3% du budget prévu. Si cela peut apparaître positif, l'incertitude demeure quant au devenir du plan dans un contexte difficile pour les finances publiques. Ce contexte se répercute sur l'organisation des soins, en particulier avec la diminution des fonds accordés aux acteurs de santé. La question du devenir du plan pourrait également se poser avec la nouvelle majorité au pouvoir. M. Hollande, lorsqu'il était candidat, a notamment proposé un nouveau plan cancer et la constitution de pôles de santé de proximité. Cependant, ces mesures n'ont pas été réellement chiffrées.