

PROCÈS-VERBAL DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

DE L'INSTITUT NATIONAL DU CANCER

DU 17 JUIN 2025

Les membres du conseil d'administration de l'Institut national du cancer se sont réunis le 17 juin 2025.

Ont signé la feuille de présence les administrateurs présents ou représentés suivants :

- Monsieur Norbert IFRAH, président ;
- Madame Sarah SAUNERON, représentant la direction générale de la santé, représentée par Madame Marion MARTY ;
- Madame Marie DAUDE, représentant la direction générale de l'offre de soins, représentée par Madame Camille HALLAK-ZABROCKI ;
- Monsieur Jérémie CASABELHE, représentant la direction de la sécurité sociale (DSS), représenté par Madame Marion MARTY ;
- Monsieur Nicolas ALBIN, représentant du ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation ;
- Madame Laurence PINSON, représentante du ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, représentée par Madame Isabelle DELACROIX ;
- Madame Elli CHATZOPOULOU représentant l'INSERM ;
- Monsieur Yvan DE LAUNOIT représentant le CNRS ;
- Madame Stéphanie DESCHAUME, représentante de la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) ;
- Madame Louise BOURDEL représentant la Caisse centrale de la Mutualité agricole (CCMSA) ;

- Monsieur Khaled MEFLAH représentant de la Ligue nationale contre le cancer (LNCC),
- Madame Graziella FUMAGALLI, représentante de la Ligue nationale contre le cancer (LNCC);
- Monsieur Dominique BAZY, représentant de la Fondation ARC, représenté par Monsieur Norbert IFRAH ;
- Madame Karelle HERMENIER, représentante de la Fédération de l'hospitalisation française (FHF);
- Monsieur Xavier TROUSSARD, représentant de la Fédération de l'hospitalisation française (FHF);
- Madame Sophie BEAUPERE, représentante de la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC) (Fédération Unicancer), représentée par Madame PENAULT-LLORCA;
- Monsieur Eric RAYMOND, représentant de la FEHAP, représenté par Monsieur Norbert IFRAH ;
- Monsieur Philippe GIRAUD, personnalité qualifiée;
- Madame Frédérique PERNAUT-LLORCA, personnalité qualifiée;
- Monsieur Patrick PESSION, personnalité qualifiée ;
- Monsieur Jean-Yves CAHN, personnalité qualifiée et vice-président de l'Institut;
- Madame Linda CAMBON, personnalité qualifiée ;
- Monsieur Hugo GILARDI, personnalité qualifiée ;

Le quorum étant atteint, le conseil d'administration a pu valablement délibérer.

Assistaient également au conseil d'administration :

- Monsieur Nicolas SCOTTÉ, directeur général;
- Madame Aurélia LEGEAY, directrice des finances ;
- Monsieur Jérôme VIGUIER, conseiller médical ;
- Monsieur Bruno QUESNEL, direction du pôle recherche et innovation;
- Monsieur Claude LINASSIER, directeur du pôle Santé publique et soins ;
- Madame Marianne DUPERRAY, directrice des recommandations et du médicament;
- Monsieur Emmanuel COLLIN, directeur de la communication et de l'information;
- Madame Claire MORGAND, directrice de l'observation, des sciences des données et de l'évaluation;
- Monsieur Gérard SOCIÉ, président du conseil scientifique;
- Monsieur Jean FERAUD, président du comité de démocratie sanitaire ;
- Madame Dominique STOPPA-LYONNET, présidente du comité de déontologie et d'éthique ;
- Madame Sophie LE RICOUSSE, représentant le comité social et économique ;
- Madame Guénaëlle LAUDY, représentant le CBCM ;
- Monsieur Daniel GIOVACCHINI, agent comptable;

Monsieur Norbert IFRAH souhaite la bienvenue à l'ensemble des participants et les remercie de leur présence.

La réunion débute par l'accueil de nouveaux administrateurs : Madame Marion MARTY représentante de la DGS, sous-directrice de la sous-direction de la santé des populations et prévention des maladies chroniques ; Madame Stéphanie DESCHAUME, représentante de la Cnam ; et Madame Elli CHATZOPOULOU, administratrice suppléante de l'INSERM.

Pour information, la liste des publications de l'INCa parues depuis le dernier conseil d'administration ainsi que celles à paraître sont disponibles sur table.

Monsieur Norbert IFRAH rappelle qu'une invitation aux 20 ans de l'Institut a été transmise à tous les membres. Cet événement se tiendra le 3 juillet au Jardin d'acclimatation à partir de 14h00.

En perspective de cet anniversaire, Monsieur Norbert IFRAH indique que l'Institut a engagé depuis 2023 une réflexion sur l'évolution de son logo afin d'améliorer sa visibilité et mieux traduire sa singularité. Les équipes ont travaillé pendant plus d'un an pour concevoir ce nouveau symbole destiné à accompagner l'Institut pour les années à venir. Ce logo symbolise la place de l'Institut et traduit son statut de référent dans la lutte contre les cancers.

Une vidéo de présentation du logo est alors diffusée, dont le conseil d'administration a la primeur pour l'extérieur.

Monsieur Norbert IFRAH souligne que contrairement au logo précédent, considéré comme trop ésotérique et difficile à décoder, cette nouvelle version se veut plus claire et affirmée, conçue comme un contrepoint à la Marianne présente sur la gauche du logo.

Il rappelle ensuite que chaque membre a renseigné une déclaration publique d'intérêt qui a été analysée au regard de l'ordre du jour. Aucun lien susceptible d'interférer avec les décisions n'a été identifié, mais si un membre en repère, il lui est demandé de le signaler et de ne pas participer aux débats ni aux votes concernés.

La séance du conseil d'administration est officiellement déclarée ouverte.

1. Approbation du procès-verbal du conseil d'administration du 17 mars 2025 (délibération N° 1)

Monsieur Norbert IFRAH aborde le premier point de l'ordre du jour, soit l'approbation du procès-verbal du conseil d'administration du 17 mars 2025. Il invite les participants à faire part de leurs éventuelles remarques.

En l'absence de remarque, il soumet au vote la délibération numéro 1 du CA du 17 juin 2025, concernant l'approbation de ce PV.

Monsieur Norbert IFRAH lit la première délibération du Conseil d'administration relative à l'approbation du procès-verbal du 17 mars 2025 :

« Vu l'article 5.2.7 du règlement intérieur de l'Institut national du cancer, après en avoir pris connaissance, le conseil d'administration approuve le procès-verbal du conseil d'administration du 17 mars 2025 ».

Le procès-verbal du Conseil d'administration du 17 mars 2025 est adopté à l'unanimité.

2. Approbation du budget rectificatif n°1 (délibération n°2)

Monsieur Nicolas SCOTTÉ rappelle que lors du CA de fin d'année 2024, un budget initial avait été adopté sur la base des services votés, en raison de la démission du gouvernement quelques jours avant le conseil d'administration. Cette situation avait engendré des difficultés sur certaines dépenses importantes, notamment sur le programme libre de recherche fondamentale sur les cancers (PLBIO). Ce programme avait été inscrit en engagement mais avec des incertitudes fortes sur la capacité à effectuer un paiement pour la première année du PLBIO 2025.

À la suite des échanges avec les différents ministères depuis février dernier, permettant une meilleure appréhension des décaissements et des dépenses réalisés depuis le début de la stratégie décennale, les deux ministères ont envoyé une notification. Le budget rectificatif proposé tient compte de ces évolutions, avec un engagement important de dépenser l'argent disponible. L'objectif principal reste de conserver le niveau de situation financière tel que prévu au budget initial voté par le conseil d'administration.

En pratique, le budget rectificatif intègre une baisse de l'engagement du ministère de la santé, annoncée dès le début de l'année. Cette réduction a été anticipée par des baisses de dépenses ciblées principalement dans le domaine de la santé publique. Ainsi, une année blanche est actée pour les appels à projets de santé publique qui seront publiés cette année, mais dont les premiers décaissements n'interviendront que l'année prochaine. Les campagnes de communication non encore engagées connaissent également une réduction importante, tout en préservant les campagnes prioritaires concernant la vaccination HPV et le cancer du sein. Des efforts significatifs ont donc été réalisés pour annuler, arrêter ou décaler certains projets prévus, conduisant à une réduction du budget 2025 en communication.

Une évolution positive concerne le volet de la recherche, avec un engagement du ministère de la recherche supérieur aux prévisions, atteignant environ 4 millions d'euros. Cette somme

correspond aux besoins identifiés pour assurer le bon déroulement du PLBIO cette année et éviter toute interruption de la recherche fondamentale. Ce budget rectificatif permettra ainsi de réactiver des décaissements dès 2025 sur le PLBIO grâce à cette augmentation de la subvention ministérielle.

Un autre point important concerne la masse salariale de l'Institut. Conformément aux instructions initiales, aucune augmentation n'avait été intégrée dans le budget initial. La nouvelle proposition inclut désormais des hausses, selon la pratique habituelle de l'Institut. Cette précision est importante, car l'établissement n'est pas soumis à des conventions collectives, ne dispose pas de classification spécifique et n'applique pas de GVT. L'absence totale de mesures aurait conduit à une stagnation des salaires en valeur nominale, entraînant de facto une baisse du pouvoir d'achat pour les agents. La proposition soumise au conseil d'administration prévoit donc une augmentation qui se traduira exclusivement par des mesures pour le personnel.

Madame Aurélia LEGEAY précise qu'une modification a été effectuée dans les documents transmis la semaine précédente concernant la masse salariale, à la demande des ministères de tutelle. Cette révision confirme l'absence de mesures générales, avec un impact limité à 20 000 euros sur le budget. Ces ajustements sont visibles dans les autorisations d'engagement et les crédits de paiement respectifs.

Le budget rectificatif présenté s'inscrit dans la continuité de la stratégie décennale de l'Institut et intègre deux éléments essentiels : le PLBIO et le projet Impulsion. La situation financière reflète deux évolutions distinctes : une diminution de 2,4 millions d'euros pour la dotation santé (DGS) et une augmentation de 3,2 millions d'euros pour la dotation recherche.

Face à ces variations, différents arbitrages internes ont été réalisés, avec notamment une révision des pondérations des versements des subventions, point qui sera abordé ultérieurement concernant le règlement des subventions. Les chiffres présentés dans le support sont tous arrondis pour faciliter la lecture.

Les objectifs principaux de ce budget rectificatif consistaient à intégrer officiellement ces nouvelles dotations, à rééquilibrer les dépenses en conséquence et à inclure le PLBIO, absent du budget initial. La vision macroéconomique du projet de budget rectificatif révèle un résultat prévisionnel déficitaire de 9,3 millions d'euros, avec un total de recettes de 120,5 millions et des dépenses de 129,8 millions. Par rapport au budget initial, les variations restent modérées : une augmentation des recettes de 0,9 million et une diminution des dépenses de 100 000 euros.

Concernant les ajustements de dépenses, les dépenses non fléchées augmentent de 900 000 euros. Cette évolution comprend des augmentations sur la masse salariale, un complément pour le projet Impulsion et le PLBIO (6 millions d'euros). En revanche, des réductions sont appliquées sur plusieurs postes : 1,2 million d'euros liés à la révision du règlement des

subventions, diverses baisses significatives principalement en communication, et une année blanche sur le volet santé publique comme l'a évoqué le Directeur général.

Pour les dépenses fléchées, une réduction globale d'un million d'euros est constatée. Cette diminution résulte d'un ensemble d'augmentations et de baisses, notamment sur l'appel à projets « cancer pédiatrique » (+200 000 euros), des ajustements de diverses conventions en cours (+100 000 euros au total), l'impact des révisions des pondérations des règlements de subventions spécifiquement sur les dépenses fléchées (-900 000 euros), et le report du consortium Tabac (-400 000 euros).

La trésorerie estimée au 31 décembre présente un résultat positif de 15,7 millions d'euros. Cette somme se décompose en une trésorerie fléchée positive de 19,2 millions, une trésorerie non fléchée négative de 9,5 millions, et une trésorerie pour compte de tiers de +6,0 millions, principalement destinée au projet EUnetCCC.

Le total atteint donc 15,7 millions d'euros, soit une variation négative de 1,6 million par rapport au budget initial. Bien que la trésorerie globale apparaisse positive, cette situation résulte de plusieurs variations et notamment de l'importance des opérations pour comptes de tiers, qui ne sont pas comptabilisées comme opérations budgétaires.

Monsieur Xavier TROUSSARD commence par formuler des interrogations concernant la trésorerie. Il salue d'abord les efforts réalisés par la DGRI, tout en déplorant, au nom du comité d'audit, les rabotages annuels effectués par le ministère de la santé. Cette situation aboutit à un solde budgétaire déficitaire de 9,3 millions d'euros et à une trésorerie non fléchée négative, ce qui, selon lui, devrait susciter une profonde réflexion collective. En effet, une trésorerie non fléchée déficitaire risque d'affecter non seulement la masse salariale déjà évoquée, mais également l'attractivité de l'établissement pour le personnel.

Au-delà de ce premier constat, il s'interroge sur les modalités précises de versement des subventions. Il demande si celles-ci sont programmées mensuellement ou selon d'autres périodicités, car l'absence d'alimentation régulière des comptes de l'Institut pourrait compromettre le paiement des salaires. La persistance d'une trésorerie non fléchée négative constitue, pour lui et pour le comité d'audit, un sujet de préoccupation majeure.

Il convient néanmoins de souligner deux éléments positifs : l'engagement du personnel de l'Institut et les efforts de réduction des dépenses de fonctionnement mentionnés par Monsieur Nicolas SCOTTÉ, notamment en matière de communication et de certains appels à projets. Son inquiétude principale porte sur la valorisation de la trésorerie par les différentes tutelles, avec le risque d'une situation rapidement intenable en cas de trésorerie globale négative.

Il lance ainsi un appel aux autorités de tutelle, formulé avec bienveillance mais fermeté, pour que les versements suivent des modalités précises et prévisibles afin d'éviter les problèmes de

trésorerie qui affecteraient directement le personnel. Il salue enfin la CAF (Capacité d'Autofinancement), notant qu'aucun projet d'investissement majeur n'est à sa connaissance prévu au sein de l'Institut.

Monsieur Xavier TROUSSARD ouvre une discussion sur l'état préoccupant de la trésorerie de l'Institut. La trésorerie constitue l'indicateur principal de la situation financière et se caractérise actuellement par un déficit persistant de la partie non fléchée, situation qui ne peut perdurer sur une longue période.

La question centrale porte sur les modalités d'alimentation de cette trésorerie et le positionnement des tutelles ainsi que de l'Institut face à cette problématique. Malgré les efforts déjà rapportés, le niveau actuel de trésorerie semble critique, probablement limité à un ou deux mois de fonctionnement.

Les chiffres présentés nécessitent toutefois une analyse nuancée, car ils incluent les subventions des programmes européens EUnetCCC, créant ainsi une image trompeuse de la situation réelle. En retirant ces fonds fléchés, la trésorerie disponible devient extrêmement faible, ce qui pourrait rapidement compromettre le fonctionnement opérationnel de l'INCa.

Tout en saluant les efforts déployés par l'Institut et ses parties prenantes, il souligne l'engagement remarquable des salariés. Malgré des conditions parfois difficiles, ils continuent de donner le meilleur d'eux-mêmes.

Madame Aurélia LEGEAY explique que l'année 2025 présente un caractère atypique concernant les calendriers de versement des subventions. Une réunion s'est tenue le matin même avec la DGRI, aboutissant à la décision d'établir une convention spécifique pour encadrer les versements.

Concernant la DGS, une demande d'informations a été initiée le matin même pour clarifier le calendrier prévu. Habituellement, les fonds sont versés bien plus tôt dans l'année. Des échéances importantes, notamment liées à la masse salariale, rendent ces financements absolument nécessaires dans les meilleurs délais.

Madame Marion MARTY salue l'assemblée et exprime son plaisir de participer à cette réunion. Un léger écart existe dans l'évaluation de la baisse de la subvention pour charge de service public, question qui nécessitera une clarification hors séance. De nombreux échanges ont déjà eu lieu entre les équipes de l'INCa et celles de la Direction générale de la santé sur ce sujet. La baisse est effectivement confirmée dans un contexte de contraintes budgétaires pesant sur l'ensemble du budget de l'État. Cependant, selon ses calculs, cette diminution s'élèverait à 1,3 millions d'euros (passant de 31,8 à 30,5 millions d'euros) et non à 2,4 millions comme évoqué précédemment.

Après un bref échange de clarification, il apparaît que la différence d'appréciation provient

des références utilisées – budget initial versus montant effectivement versé en 2024 – et un accord se dégage sur les chiffres présentés.

Madame Marion MARTY tient particulièrement à saluer les efforts de l'INCa qui, malgré cette réduction budgétaire, a su préserver les priorités de santé publique identifiées conjointement avec la tutelle, démontrant ainsi la qualité du travail partenarial établi. Concernant les dépenses de personnel, elle rappelle que l'orientation privilégiée portait sur des mesures sélectives ciblées plutôt que des mesures transversales, et remercie l'Institut pour cet ajustement.

Elle indique enfin qu'elle reprendra contact avec la sous-direction de l'appui au pilotage et des ressources (SDAR) concernant le calendrier de versement.

Monsieur Nicolas ALBIN confirme qu'une réunion constructive s'est tenue le matin même, portant sur l'élaboration d'une convention. Le calendrier de versement prévoit que les fonds pourront être versés dès la signature de cette convention, ce qui devrait intervenir rapidement sans exposer l'Institut à une attente prolongée.

Il évoque également la volonté d'adopter une approche par enveloppe globale, précisant que les 5 millions destinés à la pédiatrie, reconduits depuis 2019 s'ajoutent au budget existant pour atteindre un total de 76,2 millions d'euros.

Monsieur Xavier TROUSSARD insiste sur l'importance cruciale du calendrier des versements des subventions. Bien que comprenant les difficultés rencontrées par les différentes tutelles dans un contexte général de contraintes budgétaires, il souligne que le problème dépasse largement cette dimension.

La principale difficulté réside dans l'impossibilité de gérer efficacement une telle structure sans visibilité ni lisibilité sur les échéances de versement des fonds. Cette situation critique touche actuellement de nombreuses organisations, y compris au-delà du secteur associatif.

L'urgence d'établir un calendrier précis est d'autant plus grande que la trésorerie non fléchée présente un solde négatif, situation qui risque de générer très rapidement des complications opérationnelles. Si 2025 s'annonce déjà difficile, il s'interroge sur les perspectives pour 2026, espérant une amélioration de la situation financière.

En conclusion, il demande expressément que ces deux points de vigilance, voire d'alerte, soient bien repris au procès-verbal de cette séance.

Monsieur Nicolas SCOTTÉ confirme la justesse de l'observation de Madame Marion MARTY concernant la méthode de comparaison budgétaire. La référence pertinente devrait être le budget exécuté plutôt que les budgets initiaux, notamment en tenant compte de contributions supplémentaires comme celle relative à la campagne HPV. Cette correction

méthodologique permet de constater que la baisse est moins importante qu'initialement calculée, même si les chiffres de base restent exacts.

Le contexte actuel impose des contraintes à tous les acteurs, particulièrement aux ministères qui subissent ces restrictions de manière encore plus marquée. Cette situation a engendré des délais inhabituellement longs pour stabiliser la situation budgétaire. Alors que les années précédentes offraient une meilleure visibilité dès le mois de mars, l'incertitude persiste encore en juin, générant légitimement de nombreuses inquiétudes parmi les agents de l'Institut.

Malgré ces difficultés, il convient de saluer l'effort de transparence et la qualité du travail collaboratif mené, notamment avec le ministère de la recherche. Cette coopération a permis d'identifier clairement les zones critiques et les solutions possibles. De même, le partage des priorités avec le secteur de la santé publique a été constructif malgré le contexte contraignant.

Concernant le projet Impulsion dédié au dépistage du cancer du poumon, le ministère a également consenti un effort financier supplémentaire en dehors du budget de l'Institut, en allouant des ressources via le *FIR* pour la coordination régionale du projet. Ce soutien facilite significativement la mise en œuvre opérationnelle en permettant aux ARS de déployer efficacement ce programme de dépistage particulièrement important.

Les récents débats à l'Assemblée nationale démontrent également une certaine écoute des préoccupations exprimées. Néanmoins, la vigilance reste de mise. Le rôle de l'Institut consiste aussi à définir clairement ce qu'il est possible de réaliser avec les ressources allouées, et à assumer la nécessité de réduire ou prioriser certaines actions lorsque les moyens diminuent. Cette démarche de responsabilité et de transparence est pleinement assumée.

Monsieur Norbert IFRAH remercie l'assemblée et souhaite apporter une précision importante. La trésorerie fléchée, tout comme la trésorerie pour comptes de tiers, correspond à des fonds qui ne sont plus disponibles pour l'organisation, étant déjà attribués à des projets spécifiques. Dans le cas des projets de recherche, le versement progressif des fonds s'effectue en fonction de l'avancement des travaux, ce qui constitue une garantie prudentielle. Cette position s'apparente à celle d'une Caisse des Dépôts et Consignations interne. Cette caractéristique fondamentale doit être comprise par l'ensemble des parties prenantes, ce qui semble être le cas actuellement.

Monsieur Norbert IFRAH exprime sa satisfaction concernant la qualité des échanges entretenus avec les administrateurs ainsi qu'avec la DGRI et la DGS, soulignant que ces discussions se déroulent à livre ouvert, dans un climat de confiance mutuelle. L'objectif commun reste de trouver des solutions adaptées malgré un contexte général difficile, comme chacun peut le constater dans l'actualité. Il cède ensuite la parole au président du comité d'audit pour d'éventuels compléments.

Monsieur Xavier TROUSSARD indique que le comité d'audit s'est réuni le 9 mai 2025, précisant que des modifications importantes sont intervenues depuis cette date. Au moment de cette réunion, le comité ne disposait ni de la notification de la DGRI ni de l'ensemble des données chiffrées nécessaires.

Ce budget rectificatif s'inscrit néanmoins dans une dynamique positive. Le comité d'audit accorde sa pleine confiance à l'INCa, à sa gouvernance et à l'ensemble de son personnel. Les efforts de réduction des dépenses de fonctionnement déjà engagés démontrent une gestion rigoureuse et responsable.

Une réserve subsiste concernant le calendrier de versement des subventions. Ce dernier doit faire l'objet d'une convention rapide afin d'éviter toute dégradation préoccupante de la trésorerie non fléchée. La confiance reste néanmoins accordée aux tutelles et aux différents opérateurs qui financent l'INCa.

Les ajustements apportés aux programmes de recherche témoignent d'une approche judicieuse et adaptée aux contraintes actuelles. Le maintien des programmes essentiels, notamment le dépistage du cancer du poumon, constitue un point particulièrement positif. En tant que président du comité d'audit, il exprime un avis favorable sur ce budget rectificatif, tout en rappelant que l'ensemble des éléments n'était pas disponible lors de la réunion du comité.

Monsieur Norbert IFRAH confirme que les ajustements finaux sont effectivement très récents, ce qui explique les précautions oratoires prises lors de la présentation des données, y compris concernant les documents transmis préalablement qui étaient néanmoins proches des éléments définitifs.

En l'absence d'autres demandes d'intervention, il propose de passer au vote de la délibération n°2 relative au budget rectificatif n°1 de 2025.

« Vu l'article 9 de la convention constitutive de l'Institut, vu les articles 202 et 210 à 214 du décret numéro 2012-1246 du 7 novembre 2012 modifié, relatif à la gestion budgétaire et comptables publics, vu l'arrêté du 7 août 2015 modifié relatif aux règles budgétaires des organismes, le conseil d'administration vote les autorisations budgétaires suivantes :

- *des autorisations d'emploi fixées à 131 ETPT sous plafond de loi de finances, 30 ETPT hors plafond de loi de finances ;*
- *129 510 000 euros d'autorisation d'engagement, dont 15 680 000 en personnel, 29 145 000 en fonctionnement, 83 558 000 en intervention et 1 127 000 en investissement ;*
- *129 720 000 euros de crédit de paiement, dont 15 680 000 en personnel, 26 672 000 en fonctionnement, 86 255 000 en intervention et 1 113 000 en investissement ;*
- *120 490 000 de prévision de recettes, ;*

- un solde budgétaire déficitaire de 9 230 000 euros.

Le conseil d'administration vote les prévisions comptables suivantes :

- -28 319 660 euros de variation de trésorerie (prélèvement) ;
- -10 373 733 euros de résultat patrimonial (perte) ;
- -9 673 733 euros d'autofinancement (insuffisance) ;
- -10 786 733 euros de variation de fonds de roulement (diminution).

Les tableaux des emplois, des autorisations budgétaires de l'équilibre financier et de la situation patrimoniale sont annexés à la présente délibération. »

La délibération numéro 2 est approuvée à l'unanimité.

Monsieur Norbert IFRAH remercie l'assemblée pour la qualité des débats et son soutien dans ce contexte national difficile.

3. Retour sur l'activité 2024

3.1 Approbation du rapport d'activité (délibération n°3)

Monsieur Norbert IFRAH explique que le format du rapport d'activité a été simplifié cette année, s'articulant autour d'actions phares illustrées par des témoignages de collaborateurs internes.

La présentation s'organise autour de cinq axes principaux :

- l'accélération du virage préventif,
- l'amélioration continue des soins des malades,
- la recherche et l'innovation,
- l'exploitation des données comme vecteur de progrès,
- le renforcement des synergies à l'échelle internationale.

Concernant le premier axe relatif à l'accélération du virage préventif, Monsieur Norbert IFRAH souligne que les actions sur la vaccination HPV ont été multiples : production de documents accessibles aux publics en situation de handicap ou éloignés de l'information médicale, déploiement de campagnes d'information dans les DROM en créole et en français, et la sensibilisation des professionnels de santé via des campagnes presse et digitales.

Monsieur Norbert IFRAH évoque ensuite le dépistage organisé du cancer du poumon qui progresse avec le lancement d'un appel à candidatures pour un programme pilote financé à hauteur de 6 millions d'euros, soutenu par le ministère de la santé auprès des ARS. Le projet lauréat dénommé « Impulsion », porté par l'AP-HP et les Hospices Civils de Lyon, associe un dépistage par scanner thoracique à faible dose à un accompagnement au sevrage tabagique. Ce dispositif sera progressivement déployé dès 2025 avec l'appui des ARS.

Monsieur Norbert IFRAH souligne que les efforts pour intégrer le dépistage du cancer colorectal dans les habitudes des Français se poursuivent à travers une nouvelle campagne de communication grand public ciblant particulièrement les quinquagénaires, nouveaux entrants dans le programme mais aussi les populations les plus réticentes.

L'INCa est également partenaire de la mobilisation territoriale contre le cancer avec le renforcement du soutien aux initiatives locales, notamment par la création des trophées « Collectivités et prévention des cancers ». Un appel à candidatures a été lancé en janvier 2024, aboutissant à la réception de 20 projets, dont 18 ont été étudiés et 4 récompensés.

Dans cette même dynamique préventive, l'INCa a développé un test ludique baptisé « Mon test prévention cancer » portant sur les facteurs évitables de cancer. Ce dispositif interactif, basé sur une série de questions concernant le profil du participant, ses antécédents et ses habitudes de consommation a rencontré un succès significatif avec près de 1 200 000 visites enregistrées entre le 28 août et le 17 septembre 2024 sur le site de l'INCa.

Le deuxième chapitre porte sur l'amélioration continue des soins aux malades. Ce volet se traduit d'abord par l'optimisation des parcours de soins, particulièrement pour les cancers de mauvais pronostic, à travers une expérimentation organisationnelle impliquant sept sites hospitaliers. La structuration d'un parcours de diagnostic rapide constitue un axe majeur, comme l'illustre l'initiative mise en place à Gustave Roussy pour les cancers du foie et du pancréas. Cette démarche a conduit à l'instauration de journées d'accueil et de créneaux d'imagerie dédiés, permettant ainsi une réduction moyenne de 20 jours du délai entre l'accueil du patient et la proposition thérapeutique.

Concernant la thématique « cancer et emploi », l'INCa a adopté une approche concrète et participative. Ainsi, des lauréats d'un appel à projets dédié ont été sélectionnés, notamment sur la base d'immersions en entreprise ou en organisation publique. Ces porteurs de projets bénéficieront d'un soutien financier et méthodologique pour développer des dispositifs d'accompagnement adaptés.

Par ailleurs, des outils concrets ont été élaborés pour guider les professionnels de santé. En 2024, une dizaine de nouveaux outils ont vu le jour, dont un référentiel sur la gestion des effets indésirables des médicaments inhibiteurs de point de contrôle, des recommandations sur les traitements en première ligne du cancer bronchique sans addiction oncogénique, ainsi que des travaux sur le maintien et le retour à l'emploi. La collection « Cancer Info » s'est également enrichie de cinq nouvelles fiches abordant la fertilité, la santé sexuelle, le soin de soi et de son image, les conditions d'emprunt, ainsi que le maintien et le retour à l'emploi.

Le troisième chapitre concerne l'intensification de la recherche et de l'accès à l'innovation.

Monsieur Norbert IFRAH cite la labellisation de deux réseaux de recherche l'un consacré au

cancer du poumon à Toulouse et l'autre consacré au cancer du pancréas à l'hôpital Beaujon.

Il cite ensuite la nouvelle labellisation des CLIP² (Centres Labellisés INCa de Phase précoce) pour 2024-2029. Parmi les 16 structures qui ont obtenu le label le 14 mars 2024, 7 disposent d'une double compétence adulte/pédiatrique et 13 voient leur labellisation reconduite, dont certains sur un périmètre élargi. Trois centres, respectivement basés à Strasbourg, Nice et Paris sont de nouveaux entrants, leur arrivée facilitant encore l'accès des patients aux essais cliniques de phase précoce d'excellence partout en France. Ensemble, ces 16 centres contribueront à positionner la recherche clinique française comme un acteur majeur sur la scène internationale.

L'accompagnement de la fin de vie fait l'objet d'une attention particulière. Les 11 et 12 décembre 2024, l'INCa a organisé à Paris un colloque international consacré à l'accompagnement en fin de vie dans le champ du cancer et aux apports de la recherche en sciences humaines et sociales et de la recherche interventionnelle en santé des populations.

Monsieur Norbert IFRAH évoque le réseau de science ouverte créé en 2020 autour de l'INCa et de quatre grandes agences publiques qui vise à accélérer l'innovation scientifique par la diffusion et le partage des connaissances et l'accès immédiat et gratuit aux publications. Il se réjouit de l'arrivée de la Fondation pour la Recherche Médicale, première agence non gouvernementale à rejoindre ce réseau. Cette adhésion marque une nouvelle étape pour la science ouverte.

Dans le domaine de la cancérologie pédiatrique, la labellisation PEDIACRIEX, soutenue par le ministère de l'Enseignement supérieur et de la recherche, constitue une avancée majeure. Ce programme a permis de labelliser trois centres multisites en 2024 pour une période de cinq ans, avec pour objectif d'intégrer, structurer et développer une recherche d'excellence, comparable à un SIRIC pédiatrique. Cette dynamique résulte d'une collaboration avec l'INSERM dans le cadre d'une gestion coordonnée d'une enveloppe dédiée, les PEDIACRIEX relevant de l'INCa tandis que les Chaire relèvent de l'INSERM.

En 2024, l'Institut a par ailleurs lancé un nouvel appel à projets pour labelliser un quatrième centre, le nom du lauréat est attendu en 2025.

Le quatrième chapitre concerne l'exploitation des données comme vecteur de progrès majeur. La plateforme de données en cancérologie représente un atout stratégique pour améliorer la compréhension des cancers et optimiser les parcours de soins des patients. À ce jour, 22 projets d'études ont été engagés à partir des données de la plateforme, dont cinq dans le cadre de la filière intelligence artificielle et cancer (FIAC). L'année 2024 marque une nouvelle étape avec le démarrage du recueil des données des 27 registres des cancers.

Chaque année en France, 2 300 cas de cancers sont diagnostiqués chez des enfants et

adolescents. Cette rareté rend difficile, voire impossible, la constitution de cohortes suffisantes à l'échelle nationale pour améliorer la prise en charge de ces cancers et, plus largement, comprendre leurs causes et leurs effets sur le long terme. Face à ce constat, le G7 Cancer a décidé de faire des cancers pédiatriques son modèle prioritaire pour l'élaboration d'une stratégie de partage de données à l'échelle mondiale. Le National Cancer Institute américain (NCI) a rejoint cette initiative, démontrant ainsi l'attractivité et la pertinence de l'offre de l'INCa au niveau mondial, malgré les fluctuations possibles dans la coopération internationale en matière de recherche.

En parallèle, la standardisation des documents médicaux se poursuit au service des patients et de la recherche. La standardisation des documents médicaux et l'interopérabilité des systèmes d'information ont pour objet de faciliter la récupération des données, leur échange et leur analyse. Pour les patients, elle participe à fluidifier les parcours de soins, la coordination et l'utilisation des informations médicales numériques par les professionnels de santé. Pour la recherche, elle favorise l'intégration, à grande échelle, de données homogènes au sein de la plateforme de données de cancérologie pour nourrir les études et évaluer l'efficacité des pratiques.

Un modèle standardisé de compte-rendu génétique moléculaire a été créé et étendu à plusieurs types d'examens en 2024, s'inscrivant ainsi dans la continuité du plan gouvernemental France Génomique 2025. Il apparaît important de saisir cette opportunité collective.

Le cinquième chapitre vise le renforcement des synergies à l'échelle internationale. EUnetCCC représente une étape stratégique dans la lutte européenne contre le cancer. Cette action conjointe du plan cancer européen a été confiée à l'Institut et lancée officiellement en octobre 2024 pour une durée de quatre ans. Son objectif est d'harmoniser la prise en charge du cancer en Europe en introduisant un cadre commun de certification pour constituer un réseau de Comprehensive Cancer Centers, capables d'offrir des soins de haute qualité à tous les patients, quel que soit leur lieu de vie. Cette initiative positionne la France comme un acteur central de la construction de l'Europe de la santé, particulièrement dans la coordination de la cancérologie.

Le G7 Cancer constitue également un moteur de la coordination mondiale de la lutte contre le cancer. Sa logique diffère cependant du plan cancer européen. Le G7 est un réseau informel qui réunit les organisations des 7 pays les plus avancés dans la lutte contre le cancer et le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC). Cette approche trouve sa concrétisation dans des initiatives comme Cancer Grand Challenge qui développe des activités de niveau Nobel ou para-Nobel dans ce domaine.

Pour conclure, Monsieur Norbert IFRAH indique avoir terminé en mai sa troisième année de mandat à la présidence du Centre international de recherche sur le cancer, fonction exercée

en tant que président de l'INCa. Il reconnaît que cette période n'a pas été de tout repos compte tenu du contexte géopolitique actuel.

Monsieur Nicolas ALBIN remercie Monsieur Norbert IFRAH pour la présentation du rapport d'activité et formule plusieurs observations. Il note l'absence d'informations concernant l'accès à l'innovation, tout en reconnaissant que ce sujet ne relève pas directement du périmètre de l'Institut mais plutôt du ministère de la santé, de la HAS et de l'ANSM.

Il souligne l'importance de mentionner les efforts ministériels pour faciliter l'accès aux nouveaux médicaments. À titre d'exemple, les dispositifs médicaux représentent plusieurs milliards d'euros, la cancérologie constituant environ 50 % de ce montant. L'accès compassionnel avoisine le milliard d'euros, avec une prépondérance similaire de la cancérologie. Ces efforts considérables méritent d'être évoqués, malgré leur positionnement hors du périmètre direct de l'Institut.

Par ailleurs, il relève que l'initiative Cancer Grand Challenge n'apparaissait pas dans le rapport mais a été mentionnée oralement. Il observe également que l'Institut joue un rôle moteur non seulement sur les Comprehensive Cancer Centers, mais aussi sur de nombreux projets européens dans le cadre d'EU for Health et d'autres missions cancer, positionnant la France en troisième ou quatrième position en termes de levée de fonds. Cette dimension internationale et européenne lui paraît importante à souligner.

Monsieur Norbert IFRAH exprime son accord sur le premier point soulevé. Toutefois, il précise qu'il est expressément interdit à l'INCa d'aborder le sujet du médicament, ce champ étant explicitement exclu de son périmètre d'action. Cette restriction explique l'absence de ce thème dans le rapport d'activité. La seule action possible pour l'INCa consiste à solliciter l'ANSM et la HAS lorsqu'un sujet mérite, à son avis, d'être traité. Dans certains cas, l'INCa peut apporter une contribution, notamment en situations de pénurie de médicaments, en aidant à identifier avec les sociétés savantes les solutions les moins défavorables. Toutefois, cette exclusion formelle du champ du médicament rend difficile son intégration dans un rapport d'activité.

Cette contrainte renforce la conviction de l'Institut que la fuite en avant n'est pas une solution viable. C'est pourquoi le premier axe de la stratégie décennale concerne la prévention primaire et secondaire, avec pour objectif fondamental la réduction de l'incidence des cancers. En effet, la poursuite constante de médicaments toujours plus efficaces se heurte à leur coût exponentiel qui augmente bien davantage que leur efficacité. La seule façon de freiner la progression des cancers consiste à réduire leur incidence par tous les moyens possibles. L'affinement des connaissances biologiques permet de développer des médicaments plus efficaces mais également plus coûteux. Par exemple, l'apparition des CAR-T dans le traitement des tumeurs solides commence à donner des résultats intéressants avec des essais cliniques de

phase 2 et même une phase 3 sur le cancer de l'estomac. Toutefois, si ces traitements qui coûtent environ 300 000 euros l'injection passent de 200-250 indications par an en France à 25 000 malades par an, le système de solidarité publique deviendrait financièrement insoutenable.

Ce problème ne relève pas du champ d'autorité de l'INCa, dont le rôle est plutôt de tirer la sonnette d'alarme. Des actions particulièrement vigoureuses contre le tabac et l'alcool sont impératives pour éviter une rupture du système de paiement. En effet, près de 10 % des cancers sont liés à l'alcool, y compris certains dont le lien est peu connu comme le cancer du sein. Par ailleurs, le coût sociétal du tabac en France s'élève à au moins 125 milliards d'euros par an, à comparer aux 6 ou 7 milliards d'euros de taxes perçues.

Concernant le prix des médicaments, il estime que malgré l'effort colossal de l'État, la situation s'apparente à une course sans fin.

Monsieur Jean-Yves CAHN exprime son inquiétude concernant l'accès aux soins en amont du parcours de soins. Le problème majeur réside dans l'accessibilité rapide au diagnostic lorsqu'un patient présente des signes évocateurs de cancer ou d'autres pathologies. Cette situation s'est nettement détériorée par rapport aux pratiques antérieures qui permettaient une communication directe entre praticiens. Le développement des plateformes informatiques pour la prise de rendez-vous constitue un frein réel à l'accès rapide aux soins. La question fondamentale porte donc sur l'accélération du processus entre l'apparition des symptômes et la prise en charge effective par un spécialiste, particulièrement dans les zones dépourvues de centres anticancéreux. Ce défi concerne l'ensemble des acteurs : les Agences régionales de santé, les médecins généralistes et les spécialistes.

Monsieur Norbert IFRAH reconnaît l'importance majeure du problème soulevé. Un travail est actuellement mené avec la Direction générale de l'offre de soins, cet objectif commun étant considéré comme prioritaire. L'apparition des plateformes numériques comparables à Doctolib a effectivement aggravé la situation pour plusieurs raisons. D'une part, ces outils mettent en difficulté les personnes moins familières avec l'informatique. D'autre part, ces plateformes imposent pratiquement toutes une orientation préalable créant ainsi un obstacle pour les patients qui ne savent pas décrire précisément leurs symptômes, ou si la situation n'a pas été « prévue » par le logiciel. Ces systèmes ne permettent pas une expression libre du type « j'ai tel symptôme et j'ai besoin d'aide ». Parallèlement, les médecins généralistes, en nombre insuffisant et qui ont progressivement perdu une partie de leur « réseau », ne peuvent plus assurer le rôle d'intermédiaire efficace qu'ils jouaient auparavant.

Ce problème identifié fait l'objet d'initiatives concrètes. Par exemple, l'AP-HP développe actuellement une offre de contact rapide, en moins de huit jours, accessible à partir d'une simple inquiétude non médicalisée. Toutefois, la solution ne pourra être uniforme mais devra

être adaptée région par région, en collaboration avec les ARS et les principaux réseaux de soins. Des consultations ont déjà été engagées avec les représentants de la Fédération hospitalière de France, d'Unicancer et de la FEHAP. L'enjeu central demeure l'accompagnement des personnes désorientées face à un système devenu trop complexe, ce qui constitue un véritable drame sociétal.

L'outil numérique présente des limitations intrinsèques par sa conception fermée. De plus, la réduction des effectifs des secrétariats dans les établissements de santé, conséquence des restrictions budgétaires, a considérablement dégradé la prise en charge téléphonique.

Monsieur Norbert IFRAH illustre son propos par une expérience personnelle : malgré sa position d'ancien président de Commission Médicale d'Etablissement pendant plus de huit ans, il a dû se déplacer physiquement pour obtenir un rendez-vous de scintigraphie cardiaque pour une ancienne patiente, le logiciel d'accueil le renvoyant en boucle, et les démarches téléphoniques s'étant révélées infructueuses face au barrage efficace du secrétariat.

Madame Graziella FUMAGALLI intervient sur deux points distincts. Premièrement, elle rappelle avoir précédemment signalé l'absence de CLIP² dans la région Grand Est qui compte dix départements. Elle se réjouit qu'un tel centre soit désormais implanté à Strasbourg, facilitant ainsi l'accès aux soins pour les familles qui n'ont plus à se déplacer jusqu'à Paris.

Deuxièmement, concernant les supports d'information, elle souligne l'importance persistante des publications au format papier malgré la transition numérique. Fort de son expérience de 17 ans comme bénévole dans une structure hospitalière à Metz, elle observe que les patients apprécient et utilisent réellement la documentation physique de l'INCa mise à leur disposition, qu'ils peuvent ensuite consulter chez eux.

Monsieur Norbert IFRAH répond en revenant sur leur discussion antérieure concernant les CLIP². Il estime que le maintien d'exigences élevées était justifié, car cela a incité les équipes locales à rehausser leur niveau de qualification. Abaisser les critères aurait conduit à des centres de moindre qualité, alors que la région dispose désormais d'un CLIP² pleinement opérationnel, ainsi que d'un centre de recherche pédiatrique du plus haut niveau (PEDIACRIEX). Il conclut en affirmant l'importance de faire preuve de pédagogie sans tomber dans la démagogie, confirmant ainsi la pertinence de la décision de ne pas réduire les exigences.

Madame Linda CAMBON remercie Monsieur Norbert IFRAH pour la présentation du rapport d'activité et formule une remarque concernant la partie relative à la prévention. Elle trouve que cette section ne rend pas pleinement justice à l'ensemble des actions de l'INCa. Les informations y sont présentées principalement sous l'angle de la communication, alors que l'Institut réalise bien davantage. La stratégie de simple communication est pourtant la moins probante et la plus susceptible d'augmenter les inégalités de santé. L'INCa est en effet très

présent sur les territoires, en soutien des ARS, notamment à travers les appels à projets « Agir » et « Tabac ». Sans l'Institut, ce développement d'actions territoriales n'existerait pas. Elle s'interroge sur la possibilité de mieux valoriser ces aspects dans le document.

Monsieur Norbert IFRAH reconnaît qu'il s'agit d'une question de communication orale, précisant que le document écrit présente les choses de façon plus complète. Le rapport d'activité fait face à un dilemme : soit être exhaustif mais difficile à lire, soit mettre en avant certains éléments au risque d'en omettre d'autres. La partie prévention a fait l'objet de nombreuses discussions l'année précédente. Il ne s'agit aucunement d'une volonté de réduire l'importance des activités dans ce domaine, mais simplement d'un choix éditorial. De nombreuses actions ont été menées et continueront d'être développées dans ce secteur qui demeure prioritaire.

Monsieur Yvan de LAUNOIT revient spécifiquement sur la partie concernant le cancer du côlon, pour lequel les résultats sont désormais probants et sans ambiguïté, contrairement à la problématique du HPV qui fait encore l'objet de controverses sur les réseaux sociaux. Concernant le dépistage du cancer du côlon, il demande si l'Institut met suffisamment en avant les avantages de la détection précoce et les résultats actuels, notamment l'augmentation significative des deux principales méthodes de dépistage : la coloscopie d'une part et le test dans les selles d'autre part.

Monsieur Norbert IFRAH explique que ce sujet bénéficiera certainement de l'amélioration des données disponibles dans la plateforme de données en cancérologie. Actuellement, l'analyse présente des zones d'ombre qui nécessiteront un travail approfondi avec l'assurance maladie. En effet, certains patients ayant déjà bénéficié d'une coloscopie sont considérés à tort comme n'ayant pas été dépistés, car ils n'ont pas répondu aux sollicitations de tests. Ces coloscopies peuvent résulter de décisions individuelles ou familiales mais les données actuelles sont difficiles à extrapoler.

Par ailleurs, malgré un consensus général sur l'importance du dépistage, la mobilisation effective de la population reste problématique, avec trop peu de personnes qui passent concrètement à l'acte.

Monsieur Yvan de LAUNOIT reformule sa question de manière plus directe : est-il possible d'obtenir facilement, « en appuyant sur un bouton dans un tableau Excel », le nombre total de coloscopies réalisées chaque année en France ?

Monsieur Norbert IFRAH note que ce sera possible à l'avenir, mais que cette information n'est pas disponible actuellement du moins de manière utilisable en pratique.

Monsieur Jérôme VIGUIER fournit des chiffres précis, indiquant que le nombre total de coloscopies s'élève à 1,2 million. Santé Publique France a commencé à analyser les taux de

couverture par dépistage, quelle que soit la procédure employée. Cette approche englobe différentes méthodes : pour le cancer colorectal, sont comptabilisées tant les coloscopies préventives (souvent réalisées autour de la cinquantaine) que les tests de dépistage spécifiques. Avec cette méthodologie inclusive, les taux de couverture en France atteignent 47,8 % pour le cancer colorectal, dont 19,9 % par « coloscopie de dépistage ».

Monsieur Norbert IFRAH souligne que la situation est moins critique que ce qui est généralement annoncé, tout en reconnaissant qu'une marge de progression considérable existe encore. La tendance est néanmoins positive, avec une courbe en phase ascendante. Le problème principal réside dans les limites des moyens et du budget disponibles, malgré les nombreuses campagnes de sensibilisation menées. Avec le soutien de l'assurance-maladie, l'accès au kit de dépistage a été considérablement facilité : il est désormais disponible chez les pharmaciens, auprès de presque tous les professionnels de santé, et peut également être commandé en ligne puis envoyé directement. Cette collaboration avec l'assurance-maladie vise à rendre le kit extrêmement accessible.

Madame PENAUT-LLORCA salue l'important travail réalisé par l'INCa dans le domaine du dépistage, domaine sur lequel elle a récemment travaillé. Les kits d'auto-prélèvement représentent une avancée particulièrement significative pour les patients peu observants. De même, les actions de sensibilisation concernant le HPV auprès des enfants ont contribué à une augmentation majeure de la couverture même si l'objectif de 80 % n'est pas encore atteint. Elle partage l'avis exprimé précédemment selon lequel ces réalisations ne sont pas suffisamment mises en valeur. Le dépistage du cancer du sein présente actuellement un nouveau défi avec une légère baisse du taux de dépistage. Malgré la difficulté à évaluer précisément le dépistage individuel, les résultats demeurent encourageants : près de 60 % des cancers du sein sont détectés grâce au dépistage organisé, ce qui représente une performance non négligeable.

Monsieur Norbert IFRAH reconnaît l'importance de toujours chercher à progresser et constate que les performances françaises sont meilleures que ce que les acteurs du secteur tendent à affirmer. Cette sous-estimation provient du fait que la France ne considère que le dépistage organisé dans ses statistiques. Lorsque les comparaisons internationales incluent tant le dépistage organisé qu'individuel, la France se désavantage clairement dans ces comparatifs.

La France, même si historiquement elle a privilégié le traitement plutôt que le dépistage, n'est pas si éloignée des autres pays, tout en soulignant que pour le cancer du sein spécifiquement, une analyse approfondie a révélé que 95 % des femmes sont favorables au dépistage. Contrairement aux hypothèses initiales, le problème ne vient pas d'une opposition au principe du dépistage mais d'un manque d'information sur les démarches à suivre. Comment faciliter concrètement l'accès au dépistage ?

Madame PENAUT-LLORCA soulève la question de l'accessibilité pour les personnes disposant de moyens limités, notamment comment se rendre aux centres de dépistage, même si le dépistage lui-même est gratuit.

Monsieur Norbert IFRAH confirme que ces aspects pratiques constituent le cœur des efforts actuels. L'enjeu n'est plus conceptuel mais opérationnel : comment accompagner concrètement les personnes vers le dépistage ? Les unités mobiles représentent une solution intéressante puisque le dispositif se déplace jusqu'aux patientes. Cependant, cette approche présente aussi des limites : absence de radiologue dans le camion, impossibilité de réaliser une échographie immédiate ou un examen clinique. Il s'agit donc d'une solution à la fois plus accessible mais de moindre qualité technique, nécessitant de trouver un équilibre optimal.

Monsieur Norbert IFRAH propose de passer au vote de la délibération.

« Vu l'article 9.1 de la convention constitutive de l'INCa, après en avoir pris connaissance et débattu en séance, le conseil d'administration approuve le rapport d'activité 2024 de l'Institut national du cancer ».

La délibération numéro 3 est adoptée à l'unanimité.

3.2 Présentation du rapport de performance (délibération n°4)

Monsieur Nicolas SCOTTÉ précise la distinction fondamentale entre les différents types de rapports produits par l'Institut. Le rapport d'activité présente les actions de l'Institut selon une approche métier, tandis que les rapports sur le bilan de la stratégie décennale remis annuellement au Président de la République offrent une vision plus intégrative et interministérielle sur les questions évoquées.

À son arrivée à l'INCa, il n'existe pas de rapport de performance public. Son objectif était donc de créer deux exercices distincts : d'une part, un rapport d'activité mettant en avant les actions à des fins d'information et de valorisation de l'Institut, et d'autre part, un rapport de performance public détaillant la bonne performance de l'Institut dans ses missions. Ce second document répond également à la demande des tutelles d'avoir un document synthétique combinant actions, orientations, considérations budgétaires et efficacité des dispositifs mis en place.

Le rapport de performance est conçu pour suivre les indicateurs qui figureront dans la convention d'objectifs et de performance (COP) de l'Institut, permettant ainsi d'évaluer l'efficacité des différentes dimensions des métiers de l'établissement. Ce document intègre des éléments synthétiques sur le budget, notamment les ressources, les dépenses, la trésorerie et l'exécution budgétaire. L'exécution budgétaire atteint désormais près de 98 %, ce qui démontre l'efficacité du circuit ordonnateur comptable de l'Institut.

En matière de financement de la recherche, le rapport présente une vision agrégée des budgets consacrés à la cancérologie, une information qui n'existe pas auparavant. Cette vision couvre la période 2021-2024, correspondant au début de la stratégie décennale, avec un accent particulier sur les fonds transitant par l'Institut, mais également sur les financements indirects ou sur lesquels l'Institut a son mot à dire via l'ITMO et sa Direction cancer, ainsi que les fonds provenant de l'ONDAM et de la DGOS. Le rapport détaille également la répartition de ces budgets entre financement de projets de recherche (58,3 M€) et structuration de la recherche (23,1 M€) ainsi que les thématiques principales, en complément du rapport scientifique qui offre une vision exhaustive et détaillée.

Concernant la prévention et les actions de communication, le rapport présente les campagnes menées et leur efficacité. 17 M€ sont consacrés aux actions de prévention et 8,2 M€ aux campagnes publicitaires. Plus de 24 millions de dépliants d'information ont été imprimés et distribués aux assurés. En termes d'impact, plus de 85 % des personnes de plus de 50 ans sont touchées par au moins une campagne de communication de l'Institut chaque année, démontrant ainsi le bon ciblage des messages. Le rapport intègre également les principaux chiffres sur la vaccination HPV et les campagnes associées, ainsi que sur la distribution des dépliants d'information et la fréquentation du site cancer.fr. Ce dernier compte désormais 18 millions de visiteurs annuels, soit une hausse de 50 % en trois ans, confirmant son statut de site de référence en matière de cancer et soulignant le besoin d'information des populations et des patients.

Le rapport aborde également la situation des ressources humaines, avec les actions menées par la Direction générale et la DRH, notamment sur l'index égalité professionnelle et les actions de formation. Ces dernières constituent un facteur clé d'attractivité pour l'Institut, en permettant aux agents d'accéder à des formations adaptées à la complexité et à la technicité de leurs métiers.

Enfin, un axe est consacré aux systèmes d'information, un enjeu particulièrement important dans la perspective de la gestion d'un registre national des cancers. Cette section présente les projets informatiques, les engagements budgétaires croissants dans ce domaine, et les mesures de sécurisation des systèmes d'information, notamment pour le traitement des données nominatives nécessitant une pseudonymisation, qui constituera un défi majeur dans les prochaines années. Ce rapport de performance annexera des indicateurs permettant d'évaluer l'efficacité des métiers et des actions de l'Institut et sera rendu public.

Monsieur Norbert IFRAH propose de passer à la délibération numéro 4 relative au point 3 de l'ordre du jour.

« Vu l'article 9.1 de la convention constitutive de l'Institut National du Cancer, après en avoir pris connaissance et débattu en séance, le conseil d'administration approuve le rapport de

performance 2024 de l'Institut National du Cancer. »

La délibération numéro 4 est adoptée à l'unanimité.

3.3 Informations sur les décisions de reconnaissance et de labellisation

Monsieur Norbert IFRAH rappelle que depuis 2009, le conseil d'administration a adopté une procédure générique d'identification des organisations œuvrant dans le domaine du cancer. Le conseil est informé annuellement des décisions prises dans ce cadre et des éventuelles adaptations. Monsieur Norbert IFRAH présente les décisions qui ont fait l'objet d'une décision s'inscrivant dans cette procédure au cours de l'année 2024.

Il cite les réseaux d'excellence clinique sur les cancers de mauvais pronostic. Jusqu'à présent, les réseaux nationaux étaient organisés par appareils identifiés (digestifs, thoraciques, gynécologiques, mammaires, neurologiques) autour de centres experts. En 2023, deux réseaux avaient été labellisés, l'un dédié à la neurologie, l'autre à l'appareil gynécologique et à la sénologie. En 2024, un réseau supplémentaire dédié au cancer thoracique a été labellisé jusqu'en avril 2027. Il s'agit du Réseau d'Expertise Nationale en Cancéro-Pulmonaire (RECAP), rattaché à l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris.

Par ailleurs, deux réseaux de recherche d'excellence spécialisés sur les cancers de mauvais pronostic ont également été labellisés jusqu'en avril 2029 : l'un sur les cancers du poumon, nommé Cure Oncogene-Addicted Lung Adenocarcinoma (COALA), piloté conjointement par le CHU de Toulouse et l'Hôtel-Dieu Saint-Jacques, et l'autre sur les cancers du pancréas, piloté par l'INSERM dans sa délégation régionale de Paris-Île-de-France Centre-Nord, intitulé French Research Network Against Pancreatic Cancer (FRAP).

La stratégie décennale a également permis de labelliser un réseau national de recherche sur les CAR-T cells et autres thérapies géniques innovantes en cancérologie. En 2024, le « consortium national de la recherche sur les thérapies cellulaires (UNITC) » rattaché à la société française d'immunothérapie du cancer (FITC) a été labellisé par l'Institut jusqu'en avril 2027. Le budget alloué, de l'ordre de 300 000 à 400 000 euros, vise essentiellement à faciliter le travail en réseau, ce montant étant inférieur au coût d'une seule injection de CAR-T.

En matière d'oncologie pédiatrique, la labellisation des organisations hospitalières interrégionales de recours (OIR) en oncologie pédiatrique est une compétence de l'Institut en cohérence et en articulation avec la politique régionale de santé définie et mise en œuvre par les agences régionales de santé (ARS). Ainsi, en 2010, dans le cadre d'un appel à candidatures, l'Institut avait identifié 7 OIR couvrant l'ensemble du territoire pour une durée de 5 ans reconductible.

Les OIR en oncologie pédiatrique ont été restructurées, passant de sept à cinq structures à la

suite d'une démarche confiée à l'INCa par le ministère de la santé. Cette réorganisation, menée en collaboration avec les sociétés de cancérologie pédiatrique, a permis de labelliser jusqu'en décembre 2028 cinq OIR :

- PACAURA (Auvergne-Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte-d'Azur et Corse),
- GOCE (Bretagne-Pays-de-Loire-Normandie, Centre-Val-de-Loire-Pays-de-la-Loire),
- CANPEDIF (Île-de-France-La Réunion),
- une OIR Sud-Ouest (Nouvelle-Aquitaine, Occitanie),
- EN-HOPE (Hauts-de-France-Grand-Est-Bourgogne-Franche-Comté).

Quatre de ces cinq organisations ont obtenu un financement PEDIACRIEX, tandis que la cinquième, celle du Grand Ouest, figure sur la liste complémentaire en fonction des budgets disponibles.

Concernant les centres labellisés de phase précoce, ces structures sont implantées dans de nombreuses villes françaises : Toulouse, Caen, Nice, Dijon, Paris (plusieurs sites), Nanterre, Talence, Marseille, Lyon, Villejuif, Rennes, Clermont-Ferrand, Montpellier, Strasbourg et Lille. Trois autres centres seront annoncés l'année prochaine. L'Institut, en partenariat avec la Ligue nationale contre le cancer, a conduit des appels à candidatures ayant abouti à la labellisation, jusqu'en juin 2029, de 19 CLIP², dont 8 labellisés adulte et pédiatrie, ainsi qu'à l'allocation d'un soutien financier et opérationnel. Cette initiative, menée en collaboration avec la Fondation ARC et la Ligue nationale contre le cancer, s'avère essentielle pour permettre aux patients d'accéder aux essais de phase précoce, voire ultra-précoce.

Par ailleurs, la labellisation des 17 réseaux de référence pour les cancers rares de l'adulte a été prolongée jusqu'en juillet 2025. Un processus de réévaluation est en cours, avec quelques ajustements encore nécessaires, notamment pour un réseau dont la logique médicale pose question. On s'interroge en particulier sur la pertinence d'un réseau de tumeurs thymiques n'incluant ni l'anatomopathologie ni la chirurgie thoracique, composantes pourtant essentielles du diagnostic et du traitement.

4. Approbation du règlement des subventions de l'Institut (délibération n°5)

Le règlement des subventions de l'Institut prévu par l'article 25 du règlement intérieur de l'Institut régit l'ensemble des actes attributifs de subvention notifié par l'Institut.

Monsieur Nicolas SCOTTÉ soumet aux administrateurs une proposition de modification du règlement des subventions comportant deux mesures principales. La première consiste en une modification des taux des premiers et derniers versements selon les durées de projets. Le taux de financement de la première année baisserait de 10% tandis que le taux du solde augmenterait (solde à 20% versus 10% précédemment). Cette évolution répond au contexte budgétaire actuel mais vise également à simplifier la gestion administrative. En effet,

l'augmentation du taux du solde permettra de réduire le nombre de titres de recettes en fin de projet.

S'agissant de la seconde modification majeure, il rappelle que jusqu'à présent, l'INCa appliquait la réglementation selon laquelle un bénéficiaire de subvention publique doit disposer d'un comptable public pour recevoir et gérer ces fonds. En pratique, cette situation forçait les CLCC à utiliser l'intermédiation d'un organisme public, la plupart du temps un cancéropôle de droit public. Cette contrainte, imposée par la direction générale des finances publiques (DGFIP), a été assouplie à la suite de nouvelles discussions. Désormais, ces acteurs pourront coordonner des projets sous réserve de leur participation effective et moyennant des règles plus strictes de suivi des subventions.

Cette évolution représente une avancée significative pour le financement de la recherche en cancérologie, permettant aux centres de lutte contre le cancer d'assumer un rôle de coordinateur tant attendu. Il s'agit de corriger ce qui était perçu comme une injustice dans le dispositif juridique antérieur. La mise en œuvre de ces ajustements fera l'objet d'un suivi attentif. Il invite ensuite Madame Laurence LOUPIAC responsable du service juridique à détailler les aspects non abordés avant de procéder au vote.

Madame Laurence LOUPIAC présente une synthèse du règlement des subventions. Ce document, prévu par le règlement intérieur de l'Institut, régit l'ensemble des actes attributifs de subvention. Il s'agit d'un acte réglementaire qui nécessite un vote du conseil d'administration avant d'être publié sur le site de l'INCa.

Madame Laurence LOUPIAC rappelle que le premier règlement des subventions a été établi en 2011 et la modification actuelle constitue la cinquième révision. Cette version comporte à la fois des modifications substantielles et des actualisations plus techniques qui ne seront pas détaillées durant cette présentation. Elle rappelle que l'ensemble des documents relatifs à cette modification a été transmis aux membres du conseil une semaine avant la réunion en accompagnement des autres documents du conseil d'administration. Par ailleurs, elle souligne que ce règlement modifié a reçu un avis favorable du comité d'audit.

Concernant les modifications substantielles déjà évoquées par Monsieur Nicolas SCOTTÉ, Madame Laurence LOUPIAC rappelle que pour prendre en compte l'analyse de la DGFIP du 24/03/2025, l'article 5.3.3 du règlement sur l'utilisation des fonds publics a été modifié : le bénéficiaire qu'il soit public ou privé peut désormais reverser la subvention à d'autres équipes à condition, pour les organismes privés, d'avoir une équipe participante au projet qui lui est rattachée.

Les pratiques de l'Institut ont également été harmonisées avec celles d'autres agences similaires comme l'ADEME, l'ANR et l'Anses pour compléter les obligations des bénéficiaires en matière de plan de gestion de données (PGD), ainsi que concernant les codes sources et les

logiciels et intégration de précisions sur les modalités de publication liées à la science ouverte.

Dans un objectif d'efficience, le règlement intègre désormais des modalités spécifiques à la signature électronique. Les actes attributifs de subventions, qu'il s'agisse de conventions ou de décisions unilatérales, pourront ainsi être signés par voie électronique.

Madame Laurence LOUPIAC laisse enfin la parole à Madame Aurélia LEGEAY, directrice des finances pour présenter les deux modifications substantielles liées au budget et à la gestion administrative.

Madame Aurélia LEGEAY indique que la première modification concerne les taux de versement des subventions, déjà évoqués par Monsieur Nicolas SCOTTÉ et brièvement mentionnés lors de la présentation du budget rectificatif. Cette révision vise à optimiser et simplifier l'activité de l'INCa, tout en améliorant l'efficacité de la gestion de trésorerie.

La seconde modification porte sur la suppression du rapport à six mois. Auparavant, il était prévu que chaque bénéficiaire transmette un rapport six mois après le début du projet concernant le contenu et l'avancée du projet. Cette obligation a été supprimée. Les autres rapports sont toutefois maintenus, notamment les rapports à mi-parcours et les rapports finaux. Ces suppressions représentent une simplification significative de l'activité pour l'ensemble des parties concernées.

Monsieur Xavier TROUSSARD indique qu'il souhaite simplement formuler un commentaire. Le comité d'audit a examiné ce sujet et ne peut que se féliciter des processus de simplification, notamment la signature électronique et l'ouverture avec le Plan de Gestion de Données (PGD), élément fondamental pour les chercheurs, la communauté médicale et l'utilisation des fonds publics.

Cependant, il tient à souligner que la baisse des premiers taux de versement combinée à l'augmentation des taux de versement en fin de projet ne résoudra aucunement les problèmes budgétaires évoqués précédemment. Ce changement ne constitue qu'un simple déplacement des échéances. En conclusion, il rappelle que le comité d'audit a néanmoins émis un avis très favorable à cette modification.

Monsieur Norbert IFRAH souhaite ajouter un commentaire avant de soumettre le texte au vote. Il estime que l'INCa se trouve actuellement dans une situation dangereuse, aux limites de ses capacités. En effet, tous les acteurs de la recherche savent que la première année d'un projet représente généralement la période où les dépenses sont les plus importantes, notamment pour le recrutement de personnel et l'acquisition de matériel. Bien que ces modifications s'imposent pour des raisons évidentes, l'Institut atteint les limites de ce qu'il peut faire. La priorité actuelle consiste à maintenir les appels à projets essentiels dont les chercheurs ont besoin pour émerger. Toutefois, cette stratégie d'attribution des subventions

pousse l'Institut à l'extrême limite de ce que les projets peuvent supporter sans être mis en danger.

Monsieur Gérard SOCIÉ affirme qu'il est indispensable de pouvoir évaluer objectivement un certain nombre de programmes, tant sur leurs aspects financiers que scientifiques. En recherche, environ cinq ans sont nécessaires pour se forger une idée claire des résultats obtenus, ce qui représente un délai raisonnable.

Il propose de prendre comme exemple le programme PLBIO, l'un des projets phares de l'Institut, en particulier PLBIO 2020. Il s'interroge sur le nombre de projets financés, les montants alloués, l'utilisation des fonds et les retombées scientifiques, notamment en termes de publications. Malgré sa présence depuis deux ans au sein de l'instance, il déplore n'avoir obtenu aucune réponse concrète à ces questions pourtant fondamentales.

Le Conseil scientifique international (CSI) de novembre constituera, il l'espère, une occasion de revenir sur cette adéquation entre projets et finances. Il indique qu'il finalise actuellement le rapport du CSI sur l'évaluation intermédiaire du plan cancer, mais se trouve dans l'impossibilité de comprendre clairement comment les sommes ont été allouées et quelles sont les règles financières de ce plan, ce qui complique considérablement l'évaluation à mi-parcours.

Il précise qu'il ne met pas en cause la direction des finances, mais souligne l'impossibilité d'accéder à ces informations essentielles. Si l'évaluation à mi-parcours présente des difficultés inhérentes à son caractère intermédiaire, l'analyse rétrospective de programmes achevés comme PLBIO 2020 devrait être possible. Il se déclare prêt à effectuer lui-même ce travail d'analyse dans les six mois à venir, à condition d'obtenir les informations nécessaires : liste des projets, montants alloués, composition des équipes, utilisation des fonds, rapports finaux et publications scientifiques.

Monsieur GERARD SOCIÉ soutient pleinement la position de Monsieur Norbert IFRAH quant aux risques encourus. La suppression du rapport à six mois est compréhensible face aux contraintes actuelles. Cependant, il insiste sur l'importance de connaître précisément l'utilisation des fonds et les résultats obtenus, particulièrement pour des projets ayant bénéficié de financements substantiels mais n'ayant produit ni publication ni présentation en congrès.

Son souhait n'est pas de jouer un rôle de contrôleur, mais rappelle qu'il est du ressort du conseil scientifique de réaliser ce type d'évaluation. La situation actuelle, qui permettrait théoriquement des dépenses sans contrôle ni justification, n'est pas tenable. Il conclut en réitérant sa demande de pouvoir disposer de données objectives pour mener à bien cette mission d'évaluation, particulièrement sur des programmes comme PLBIO qu'il maîtrise suffisamment, tout en reconnaissant ses limites sur d'autres domaines comme l'épidémiologie.

Monsieur Norbert IFRAH confirme que la demande a été prise en compte et présente un intérêt évident pour l'Institut. La difficulté principale réside dans le comportement des bénéficiaires qui savent solliciter des financements mais – pour beaucoup – se montrent réticents à fournir des informations précises sur l'utilisation des fonds ou du moins leur évolution.

L'expérience vécue avec les CLIP² illustre parfaitement cette problématique. Une simple demande de rapport d'activité concernant l'utilisation des fonds alloués et des molécules fournies a, il y a quelques années, provoqué une véritable levée de boucliers. Les responsables des CLIP², dans une démarche s'apparentant à une protestation syndicale, ont unanimement signé une réponse demandant essentiellement d'être laissés tranquilles. Face à cette situation, l'Institut a dû rappeler que cette absence de transparence pourrait conduire à une suspension totale des financements, ce qui a finalement permis d'apaiser le débat.

Cette problématique dépasse la simple question de l'évaluation finale. Certains lauréats omettent systématiquement de mentionner les soutiens reçus du ministère de la santé, du ministère de la recherche, de l'INSERM ou de l'Institut dans leurs travaux, comme s'ils ne devaient leurs résultats qu'à leur propre génie et leurs financements qu'à leurs ressources personnelles. Au-delà de ces cas particuliers bien identifiés, la difficulté majeure concerne l'obtention de résultats intermédiaires.

Ce sujet nécessite une approche scientifique rigoureuse, d'où l'importance du SAB et de son président. Le contexte peut effectivement être complexe, comme l'a démontré la période Covid avec le sacrifice de cohortes d'animaux et les années de recherche perdues qu'il a fallu compenser.

Il propose ensuite de passer à la délibération numéro 5 du CA sur l'actualisation du règlement des subventions :

« Vu l'article 9.1 de la Convention constitutive et l'article 25 du règlement intérieur, après en avoir pris connaissance, le conseil d'administration approuve l'actualisation du règlement des subventions de l'Institut. »

La délibération est adoptée à l'unanimité.

5. Rapport d'activité des instances

5.1 Présentation du rapport annuel 2024 du comité de déontologie et d'éthique

Madame Dominique STOPPA-LYONNET rappelle que le comité de déontologie et d'éthique (CDE) est composé de sept personnes : quatre médecins, deux juristes et une représentante du comité de démocratie sanitaire de l'INCa.

En 2025, le comité s'est réuni en séance plénière avec la gouvernance de l'Institut à trois

reprises, en présentiel ou en distanciel. Par ailleurs, six à huit réunions de travail en visioconférence ont été organisées, format qui s'est révélé particulièrement efficace.

Concernant les sujets relevant de la déontologie, le CDE a rendu un avis favorable sur le renouvellement de la désignation de Madame Camille GOASGUEN en qualité de déontologue de l'INCa. Le comité a également remercié cette dernière pour son intervention et pour le rapport de la déontologie concernant les « bilans déontologies ».

En matière d'éthique, une saisine soumise par l'INCa portait sur le devenir d'échantillons biologiques issus de deux essais cliniques, Phare et Signal. Cet avis, déjà présenté en mars dernier concernait principalement la gestion d'échantillons stockés mais insuffisamment utilisés. La problématique éthique centrale opposait les perspectives de projets de recherche potentiels utilisant ces échantillons et le coût de la poursuite de leur conservation, impliquant des fonds publics dont l'Institut est gestionnaire et comptable.

L'analyse a pris en compte plusieurs facteurs : les études envisageables, la nature des projets potentiels, les exigences réglementaires et leurs délais d'obtention, le point de vue des patientes sur l'éventuelle destruction des échantillons, ainsi que les coûts de stockage.

Le comité a émis quatre recommandations spécifiques au projet et deux recommandations plus générales. Pour les échantillons, il a préconisé la conservation de 19 000 tubes d'ADN et 600 ampoules de lignée, justifiée par la bonne conservation de l'ADN et le faible coût de stockage. En revanche, la destruction de 47 000 ampoules de plasma et 14 000 ampoules de globules blancs a été recommandée en raison des coûts élevés liés à leur conservation sous azote à -90 degrés. Cette solution permettrait de préserver environ 25 % de la collection.

Le CDE a également recommandé de lancer rapidement de nouveaux appels à manifestation d'intérêt ciblant l'épidémiologie génétique, ainsi que d'informer les patientes ayant participé aux études sur le devenir de la collection et sur les résultats des travaux réalisés grâce à ces études.

Au-delà de la question initiale, le comité s'est interrogé sur les exigences réglementaires actuelles, jugées trop séquentielles et chronophages dans un contexte international compétitif ou collaboratif. L'idée d'un guichet unique pour l'obtention des autorisations a été évoquée. Par ailleurs, à l'image de France Cohorte, qui facilite la conduite et l'exploitation des cohortes de recherche, le comité a proposé d'améliorer les modalités d'hébergement d'échantillons biologiques dans le cadre de cohortes dépassant l'étude initiale.

Toutes ces propositions sont disponibles sur le site de l'INCa.

Madame Dominique STOPPA-LYONNET mentionne enfin qu'un second avis éthique est en cours de rédaction, intitulé « Enjeux éthiques de l'entrée dans le parcours de soins en oncologie », dont un premier document de travail a déjà été élaboré. Les travaux prévus à

l'automne suivent l'objectif de proposer un avis d'ici la fin 2025.

Lors du dernier CA, deux problématiques importantes ont été abordées. La première concerne les difficultés rencontrées par les patients pour accéder à des examens simples face à des symptômes initialement incompréhensibles, sujet sur lequel la Ligue a récemment mené une campagne de communication. La seconde porte sur la place du numérique et des rendez-vous en ligne qui, bien qu'adaptés pour les personnes averties sans urgence particulière, peuvent également présenter des inconvénients.

Par ailleurs, l'Institut a présenté différents dispositifs, notamment la stratégie décennale ainsi que l'unité de coordination en oncogériatrie (UCOG). Le CDS constitue une instance particulièrement efficace en raison du nombre restreint de participants, ce qui facilite les échanges. Les relations avec la gouvernance de l'Institut, son président et Laurence LOUPIAC sont excellentes. Cette ouverture permet une réflexion sereine sur les sujets traités.

Monsieur Khaled MEFLAH s'adresse à Madame Dominique STOPPA-LYONNET concernant la destruction des échantillons et demande si les patientes sont informées de la destruction de leurs échantillons, pourtant donnés avec leur consentement, et si elles reçoivent une justification pour cette destruction.

Madame Dominique STOPPA-LYONNET répond que les patientes seront informées, bien que le processus soit encore en phase de mise en place. L'une des recommandations formulées concerne précisément cette information via le site des études Phare et Signal. La difficulté réside dans la méthode de communication à adopter, d'autant que plusieurs milliers de personnes sont concernées, dont certaines sont peut-être décédées. Cette problématique rejoint une question récurrente dans le cadre des essais cliniques, à savoir la nécessité de disposer d'un site permettant d'accéder à l'information. Un suivi sera effectué pour vérifier l'état d'avancement de l'information des participants à l'étude.

Monsieur Norbert IFRAH précise que le processus est en cours. Il contextualise la situation en expliquant qu'il s'agissait de la première et unique fois où l'INCa a accepté d'être promoteur de recherche, bien avant la présidence de Monsieur Dominique MARANINCHI. La philosophie de l'INCa consiste habituellement à guider, financer et inspirer des recherches sans en être l'opérateur direct. Cette exception s'est produite au tout début de l'Institut, période caractérisée par une vision plus holistique de ses missions.

Monsieur Khaled MEFLAH interroge sur la question des registres, évoquée précédemment, et plus particulièrement sur le pilotage de ces registres par l'INCa. Il demande si cette décision est liée à la demande d'un registre national des cancers. Il s'inquiète également de l'impact potentiel sur le projet de loi déjà adopté par le Sénat et en attente d'examen par l'Assemblée.

Monsieur Norbert IFRAH confirme que cette décision s'inscrit dans la logique du projet de loi

en cours d'examen à l'Assemblée nationale. À la suite d'une audition à l'Assemblée, il existe de bonnes raisons de penser que le vote pourrait s'aligner sur cette orientation, voire être totalement conforme. L'approche retenue est bien celle d'un registre unique des cancers dont la gestion serait confiée à l'INCa. Comme pour toute nouvelle initiative, des ajustements ont été nécessaires entre l'intérêt public et les intérêts particuliers. La mission de l'Institut reste centrée sur la promotion de l'intérêt public.

Monsieur Khaled MEFLAH profite de l'occasion pour poser une question concernant le projet de loi Duplomb. Il s'interroge sur la position adoptée par l'INCa concernant les pesticides et demande si l'Institut a réexaminé l'autorisation de ces substances.

Monsieur Norbert IFRAH explique que l'INCa qui étudie le dossier – évidemment plus complexe que la presse ne le présente- n'a pas encore pris position mais intervient en appui de l'Anses (Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail) lorsque nécessaire. L'Institut a notamment soutenu le projet Exposome de l'Anses à l'Agence de programmation en santé. Il évoque également sa fonction antérieure, terminée récemment, dans laquelle il a souligné le problème de l'opposition entre l'OMS et le Centre international de recherche sur le cancer. La différence méthodologique est fondamentale : le CIRC ne travaille que sur des données publiées avec accès au matériel, tandis que l'OMS accepte des données semi-ouvertes provenant des industriels, ce qui conduit à des résultats différents. En tant que représentant de l'INCa et président du conseil de gouvernance du CIRC, il a œuvré pour obtenir une position commune issue d'une concertation, afin d'éviter ce qui pourrait être perçu comme des atermoiements de l'OMS.

Concernant les pesticides spécifiquement, l'INCa n'a pas pris position sur des sujets pour lesquels l'information était insuffisante, mais s'est exprimé sur le plan Ecophyto, sans toutefois être suivi. L'Institut ne manque jamais une occasion de donner son avis, même si celui-ci reste consultatif.

5.2 Présentation du rapport annuel 2024 du comité de démocratie sanitaire

Monsieur Jean FÉRAUD remercie pour la parole qui lui est accordée et présente le comité de démocratie sanitaire (CDS), qui comprend 28 membres, répartis équitablement entre 14 usagers et 14 professionnels de santé. Ces derniers représentent divers corps de métier incluant médecins, pharmaciens et infirmières. Le fonctionnement du comité s'articule autour de trois réunions plénières annuelles, complétées par des sollicitations ponctuelles de l'INCa pour participer à différentes activités. Ces activités peuvent être individuelles, comme la relecture de documents de l'INCa, ou collectives via des groupes de travail. Cette année, le comité a notamment contribué au développement du site web dans sa partie consacrée aux aidants ainsi qu'à l'élaboration de la seconde phase de la feuille de route de la stratégie décennale. Par ailleurs, plusieurs groupes de travail auto-saisis ont été constitués, portant sur

les soins oncologiques de support (qualité, accessibilité et évolutivité), les suivis personnalisés ville-hôpital (groupe abandonné en milieu d'année en raison de la forte sollicitation des participants) et la prévention et le traitement des séquelles.

Un groupe méthodologique a également été mis en place pour structurer la parole des membres, définir les modalités de recueil des avis et leur prise en compte en collaboration avec l'INCa. Ce dernier groupe vise à produire un livrable avant la fin du mandat.

Monsieur Jean FÉRAUD évoque la dualité inhérente au CDS qui constitue à la fois une difficulté et une richesse. Cette complexité provient principalement des différences culturelles et socio-économiques entre les membres, ainsi que de leurs visions distinctes de la démocratie.

La notion même de démocratie représente tout un programme : elle implique de trouver des consensus sur des idées fortes malgré ces différences. Par ailleurs, la question de l'engagement pose également un défi majeur. Les membres sont des bénévoles, certains fournissant un travail considérable, dans des conditions parfois inégales. L'enjeu consiste donc à maintenir un engagement permettant des actions continues et cohérentes dans la durée.

Concernant les perspectives pour 2025, trois axes prioritaires se dégagent. Premièrement, l'amélioration de la communication interne sur les activités du CDS car sa visibilité au sein de l'INCa reste insuffisante. Deuxièmement, la mise en place d'outils de structuration tels qu'un calendrier de réunions et des tableaux pour les projets collaboratifs. Des trames d'ordre du jour standardisées ont déjà été implémentées pour faciliter la coordination avec le président et le directeur général. Troisièmement, une réflexion approfondie sur la place du CDS au sein de l'INCa, sa contribution potentielle et les modalités de cette contribution.

Monsieur Nicolas ALBIN formule une remarque suivie de deux questions spécifiques. Il demande d'abord si certaines actions remontées par le CDS à la Direction de l'INCa ont produit des résultats concrets, sollicitant quelques exemples à cet égard. Il indique avoir bien compris que le comité doit faire remonter les préoccupations des patients mais s'interroge également sur sa capacité à relayer les difficultés rencontrées par les praticiens. Cette question se pose particulièrement dans le contexte actuel de problèmes de soutenabilité avec des patients toujours plus nombreux vivant plus longtemps, face à des ressources médicales et soignantes en diminution. Il souhaite savoir si le comité dispose d'un espace suffisant pour faire remonter également les remarques émanant des soignants.

Monsieur Jean FÉRAUD confirme que les groupes de travail ont une composition mixte, intégrant généralement à la fois des professionnels de santé et des usagers. Toutefois, un déséquilibre existe car les professionnels de santé sont moins sollicités par l'INCa que les usagers. Cette question récurrente est en cours de traitement avec les collègues concernés et devrait trouver une résolution relativement simple.

Monsieur Norbert IFRAH rappelle le cadre fondamental de la mission de démocratie sanitaire qui constitue le champ d'expression totalement libre des membres mais strictement dans ce périmètre. Cette liberté d'expression s'applique pleinement aux usagers, tandis que pour les professionnels, elle peut être circonscrite à des cas ponctuels. Des discussions ont parfois affleuré le domaine syndical, situation qui nécessite une réévaluation et une révision par l'ensemble du comité. L'enjeu est d'éviter que le comité ne devienne simplement une juxtaposition de prises de position individuelles, même émanant de personnalités importantes ou véhémentes qui parlent en leur nom propre.

Ce point fait l'objet d'une attention particulière de Monsieur Jean FÉRAUD, comme de ses prédecesseurs.

Madame Linda CAMBON pose une question concernant la capacité d'auto-saisine du comité pour donner un avis sur les politiques publiques non sanitaires à impact sur la santé comme la loi Duplomb, le décret plastique de janvier. Ces avis pourraient être pris en compte ou non, mais elle souligne que la marge de manœuvre de l'INCa reste limitée sur ces sujets très politiques relevant d'autres ministères. Sa question porte donc sur la capacité d'auto-saisine de l'instance sur ces thématiques.

Monsieur Jean FÉRAUD confirme que le comité s'est effectivement autosaisi sur certains sujets, notamment ceux relevant du programme de l'INCa, conformément à sa mission de formuler des avis. Cette pratique existe également dans d'autres commissions et ne fait l'objet d'aucune restriction particulière. Néanmoins, le périmètre d'intervention reste circonscrit au domaine de l'Institut. Les sujets traités dans la stratégie décennale offrent déjà un vaste champ d'intervention possible. Par exemple, concernant la partie des soins oncologiques de support, le comité a pris l'initiative d'examiner les contributions supplémentaires qu'il pourrait apporter au travail déjà réalisé par l'INCa.

Monsieur Norbert IFRAH complète la réponse en abordant la question fondamentale de la légitimité. Une distinction claire s'impose : les membres du comité ne peuvent absolument pas parler au nom de l'INCa. Ils peuvent s'exprimer au nom du comité de démocratie sanitaire, mais pas représenter l'institution dans son ensemble. Le fonctionnement le plus fréquent observé au cours des 15 dernières années consiste en une auto-saisine sur des sujets pour lesquels le comité interpelle l'INCa, comme dans le cas du CDE, et sur lesquels l'institution tente de répondre aux demandes formulées.

Jusqu'à présent, à sa connaissance, il n'est jamais arrivé que le CDS ou le CDE s'expriment publiquement au nom de l'INCa. Le comité peut s'exprimer, comme cela s'est produit récemment, en tant que CDS ou CDE de l'INCa pour répondre à une pétition ou signer en cette qualité mais jamais en se présentant comme porte-parole de l'institution.

Madame Linda CAMBON apprécie précisément cette séparation claire qui évite toute

confusion des rôles. Elle souligne que les sujets évoqués précédemment (sociétés protectrices, perturbateurs endocriniens, pollutions atmosphériques) s'inscrivent pleinement dans la feuille de route, relevant clairement de la cancérologie en matière de prévention primaire ou primordiale. Dans ce contexte, elle estime que le CDS pourrait légitimement jouer un rôle sur ces thématiques, sans pour autant s'exprimer au nom de l'INCa.

Madame Dominique STOPPA-LYONNET abonde dans le sens de l'intervenante précédente. Elle compare le CDE à la plupart des comités d'éthique institutionnels, qui constituent des groupes de travail autonomes. Toutefois, cette autonomie a pour contrepartie leur caractère uniquement consultatif, ce qu'elle juge parfaitement approprié. Dans le cadre de la stratégie décennale, les deux comités ayant été sollicités pour leur point de vue, le CDE a spécifiquement mis en lumière les problématiques liées aux pesticides et à l'alcool, sans toutefois nourrir beaucoup d'espoir quant à l'impact de ces observations.

Monsieur Norbert IFRAH affirme que l'INCa n'a jamais prétendu porter cette position. Il souligne, sous réserve de confirmation, que l'objectif est bien de garantir une très grande liberté au CDS comme au CDE. Cette liberté représente, comme l'a justement fait remarquer Madame Dominique STOPPA-LYONNET, le prix à payer pour maintenir cette autonomie.

Madame Dominique STOPPA-LYONNET apporte une précision importante concernant le statut des comités. Ces derniers sont effectivement autonomes et consultatifs mais cette consultation s'exerce exclusivement à l'intérieur de l'INCa. Pour toute expression publique, l'aval du président demeure indispensable. Une sollicitation récente provenant du comité d'éthique de l'INSERM a été adressée au comité d'éthique de l'INCa. Elle insiste sur le fait qu'il n'est pas envisageable que le CDE s'exprime publiquement sans l'approbation préalable du président. La liberté de parole existe pleinement à l'intérieur de l'INCa mais le CDE ne peut mener de campagne externe en tant que CDE.

5.1 Présentation du rapport annuel 2024 du comité d'audit

Monsieur Xavier TROUSSARD présente un compte rendu des activités du comité d'audit dont il est président. Ce comité est composé de quatre membres, notamment des représentants de la MSA, de la Cnam, de l'université Paris-Dauphine et d'autres institutions. Le travail du comité bénéficie également du soutien des équipes financières de l'INCa, ainsi que de l'appui de son directeur général et de son président.

Le comité d'audit s'est réuni à trois reprises et remplit trois missions principales. La première concerne l'analyse des documents budgétaires, notamment le budget initial et le budget rectificatif. Dans ce cadre, le comité émet des avis favorables ou défavorables, voire s'abstient si nécessaire.

La deuxième mission porte sur les audits financiers. Douze audits sont réalisés annuellement

sur l'ensemble des projets éligibles de l'Institut. La sélection de ces projets suit des règles précises : choix aléatoire parmi les projets supérieurs à 15 000 euros, auditabilité jusqu'à quatre ans après l'achèvement, exclusion des projets ultramarins, et diversification selon le type de structure porteuse (association, fondation, université, etc.). Ces audits visent uniquement à vérifier l'utilisation des fonds, sans procéder à une évaluation scientifique des projets.

Le comité a également réalisé une analyse tendancielle portant sur 50 audits financiers antérieurs. Cette analyse a mis en évidence quelques difficultés principalement liées aux ressources humaines et à l'appartenance des personnels aux différentes équipes impliquées dans les projets, ainsi qu'à la production des justificatifs notamment les feuilles salariales. Face à ces constats, le comité a adopté une approche facilitatrice pour les entités auditées, en accord avec la direction générale de l'Institut.

Les audits financiers se déroulent globalement dans les délais impartis. Les divergences constatées restent minimes, ce qui témoigne d'une bonne gestion globale.

La troisième mission concerne les audits internes, dont le nombre a été réduit de quatre à deux par an, en raison des ressources humaines disponibles. En 2023, ces audits ont porté sur la gestion des ressources humaines et sur la gestion des immobilisations incorporelles. Pour 2025, un travail important est prévu concernant la cartographie des risques internes et transverses de l'Institut, qui constituera un élément déterminant pour le suivi assuré par le comité.

Monsieur Xavier TROUSSARD souligne l'ambiance conviviale au sein du comité et remercie les différentes tutelles pour leur soutien : la Cnam, la MSA, l'Université Paris-Dauphine, ainsi que les directions financières et la présidence de l'Institut. Des procédures ont récemment été mises en place pour faciliter le travail du Comité d'audit, en collaboration avec l'Institut et les auditeurs externes.

Monsieur Norbert IFRAH remercie le président du comité d'audit et demande si des questions lui sont destinées. Il exprime sa reconnaissance pour les efforts pédagogiques déployés par le comité, permettant de rendre les éléments financiers compréhensibles pour des personnes non spécialistes comme lui.

Il passe ensuite la parole à Madame Charlotte MARCHAND, directrice de cabinet, pour la présentation de l'élaboration de la seconde feuille de route de la stratégie décennale.

6. Présentation de l'élaboration de la seconde feuille de route de la stratégie décennale

Madame Charlotte MARCHAND présente un point d'étape sur l'élaboration de la feuille de route 2026-2030 de la stratégie décennale, un travail engagé depuis plus d'un an. Elle rappelle brièvement le cadre de cette stratégie qui s'étend sur dix ans et comprend deux feuilles de route opérationnelles de cinq ans chacune.

Cette stratégie repose sur quatre axes issus de constats cardinaux qui ont guidé les choix prioritaires pour la décennie, associés à des objectifs chiffrés.

La première feuille de route 2021-2025 qui arrive à son terme comprenait près de 240 actions, impliquait une vingtaine de pilotes et disposait d'un budget prévisionnel en hausse par rapport au plan cancer 3.

En ce qui concerne l'état d'avancement à mi-2025, le bilan apparaît très satisfaisant avec plus de 210 actions déjà engagées. Moins d'une trentaine d'actions ont connu des retards ou restent à lancer. Environ cinquante actions, soit 20 % du total sont considérées comme achevées. Ces réalisations couvrent l'ensemble des volets : prévention, parcours de soins, séquelles, innovations, recherche et qualité de vie après cancer.

Pour l'année 2025, qui constitue une année charnière dans l'élaboration de la prochaine feuille de route 2026-2030, trois grandes questions guident les travaux de l'Institut. La première concerne le devenir des actions déjà engagées dans la feuille de route actuelle et la détermination de celles qui doivent se poursuivre.

Elle présente ensuite les questions directrices qui guident l'élaboration de la nouvelle feuille de route stratégique. Ces interrogations portent sur l'identification des priorités nécessitant une mobilisation renforcée pour les cinq années à venir, ainsi que sur l'amélioration de la lisibilité et l'appropriation de cette stratégie par tous, notamment par le grand public.

L'évaluation intermédiaire constitue un point majeur dans ce processus d'élaboration. Cette étape, prévue dès le lancement de la stratégie par la loi a été confiée au conseil scientifique international de l'Institut qui finalise actuellement ses travaux. Son avis basé principalement sur un bilan d'activité de la mise en œuvre de la feuille de route 2021-2025 devrait être remis dans les prochaines semaines.

Cette évaluation n'est cependant pas le seul élément pris en compte. Un vaste exercice de réflexion a été mené en parallèle avec différentes instances de l'Institut, incluant les membres du conseil d'administration, le comité de déontologie et d'éthique, ainsi que le comité de démocratie sanitaire.

Cette démarche s'est complétée par une consultation élargie des partenaires mobilisant plus de 60 parties prenantes (fédérations, sociétés savantes, organismes de recherche, acteurs de terrain dont les ARS, associations). Environ cinquante retours ont été collectés apportant des éléments précieux pour répondre aux questions fondamentales sur les priorités et actions à privilégier ou à reconstruire.

La phase actuelle consiste à synthétiser l'avis évaluatif intermédiaire du Conseil scientifique international et les propositions prospectives des partenaires afin d'entamer la rédaction de la nouvelle feuille de route. Les éléments présentés sont très préliminaires, les travaux étant

encore en cours, et donc susceptibles d'être amendés.

La structure de la stratégie maintient les quatre axes directeurs jusqu'en 2030 mais vise une rationalisation significative. Ainsi, les 41 thématiques de la première feuille de route seront regroupées en environ 25 sujets non pas en abandonnant des thématiques mais en créant des synergies pertinentes. De même, les 237 actions initiales seront réduites à 100-150 actions, grâce à la finalisation de certaines et à la fusion d'autres pour plus de cohérence et d'efficacité.

La nouvelle feuille de route s'articulera autour de cinq priorités et cinq publics cibles. La première de ces priorités vise la prévention primaire avec un accent particulier sur les jeunes. Cette approche s'inscrit dans une logique de continuum dès le plus jeune âge, élargissant les points de contact au-delà des écoles pour inclure les PMI, les crèches et les campus.

Des focus spécifiques concerneront les connaissances sur les cancers liés à l'environnement et deux localisations particulières : le cancer du col de l'utérus, avec une stratégie d'élimination déjà annoncée au niveau ministériel et les cancers de la peau, avec une approche globale allant de la prévention au diagnostic précoce et à la prise en charge. Un dernier aspect méthodologique vise à accélérer le repérage et le déploiement à grande échelle des actions de prévention dont l'efficacité est avérée.

Les différentes priorités de la nouvelle feuille de route concernent la lutte contre le cancer. Le dépistage du cancer du poumon constitue un axe important, actuellement au stade de programme pilote, avec l'ambition potentielle de le déployer comme quatrième programme de dépistage organisé. La simplification de l'accès au dépistage et l'intégration de l'innovation dans les programmes existants figurent également parmi les priorités. Un aspect abordé rapidement dans la première feuille de route fait désormais l'objet d'un focus particulier : la personnalisation du dépistage et l'accompagnement renforcé des personnes présentant un profil à haut risque ou à risque aggravé de cancer.

Concernant la priorité d'un parcours de santé augmenté, l'accent est mis sur une meilleure prise en compte des étapes préalables au diagnostic. La question des délais de diagnostic, de prise en soins et de fluidification de l'entrée dans les parcours est également abordée. Tout au long du parcours, l'exigence de qualité de vie est favorisée à travers différents leviers : le virage ambulatoire, la désescalade thérapeutique, l'accessibilité à l'innovation via l'investissement dans les équipements, ainsi que l'intégration optimisée des soins chronologiques de support. Ce dernier point a été largement soulevé par les partenaires sous différents angles : information, accessibilité géographique et financière, lisibilité de l'offre.

L'amélioration de la vie après un cancer demeure un projet phare de la stratégie, notamment autour du dispositif de fin de traitement, en lien avec les approches sociales et médico-sociales.

La notion de service public du cancer s'articule autour des droits, des démarches et de

l'information des personnes, avec une volonté de favoriser un accès éventuellement unique à cette information. La lutte contre les fausses informations et les idées reçues sur le cancer s'inscrit dans cette démarche. La mobilisation des données constitue un levier d'action essentiel, notamment via le registre national des cancers et la plateforme de données de l'Institut. Enfin, dans une logique d'accessibilité et de lisibilité de l'offre, une réflexion est menée au niveau des territoires, en collaboration avec les agences régionales de santé, sur l'organisation territoriale de la cancérologie.

La quatrième priorité thématique concerne la recherche et les innovations. Un enjeu majeur, issu des consultations porte sur l'accélération et la simplification de l'ouverture d'essais cliniques en France, en lien avec la réduction des inégalités d'accès et l'innovation sur de nouveaux formats d'essais. La génétique et la personnalisation des prises en charge sont également mises en avant ainsi que la poursuite de programmes de recherche audacieuse ou à risque. L'implication de l'Institut dans le cadre de Cancer Grand Challenge et les appels à projets de type « high risk high gain » est maintenue, avec un renforcement de la recherche translationnelle. Le sujet de l'intelligence artificielle, relativement absent de la première feuille de route, s'impose désormais comme une priorité, avec l'objectif de développer des applications concrètes, sécurisées et éthiques en cancérologie.

Au-delà de ces 5 priorités thématiques, certains publics et environnements d'action sont identifiés comme prioritaires : maintien de l'attention sur les cancers de l'enfant, de l'adolescent et du jeune adulte, prise en compte des personnes en situation de handicap, priorité aux territoires ultramarins, accompagnement de la personne âgée sur l'ensemble du continuum, et repositionnement des mondes du travail. Ce dernier point vise à renforcer la transversalité entre le rôle de l'entreprise en prévention et l'accompagnement des travailleurs pour le maintien et le retour à l'emploi après la maladie.

Sur le plan méthodologique, ces sujets prioritaires feront l'objet d'une nouvelle approche. Des groupes de travail sont mis en place au niveau de l'Institut pour réfléchir à ces thématiques et proposer des actions nouvelles. Pour les sujets qui se poursuivent sans être nécessairement priorisés, un travail de mise à jour est effectué directement avec les pilotes d'action.

En termes de calendrier, la phase actuelle est celle de la réflexion avec les groupes de travail sur les sujets prioritaires. L'avis du conseil scientifique international sera pris en compte pendant l'été pour permettre des ajustements et une approche plus opérationnelle. Une première version de la feuille de route sera ensuite partagée, l'automne étant consacré aux arbitrages et à la déclinaison opérationnelle des actions correspondant aux priorités définies.

Monsieur Gérard SOCIÉ exprime sa surprise face à la définition de priorités avant même la lecture du rapport fourni par le conseil scientifique. Il souligne l'importance de ce point compte tenu du travail considérable réalisé. Il éprouve des difficultés similaires à celles

rencontrées lors de la première étape du rapport, notamment concernant l'adéquation des informations fournies par rapport aux objectifs.

Il salue néanmoins l'initiative de rationalisation et de réduction du nombre d'objectifs, passant selon ses termes « de 140 à 100 », élément qui figure d'ailleurs dans les conclusions du rapport en cours de finalisation. Il rappelle que les éléments nécessaires à la rédaction du rapport ont été fournis tardivement, le dernier rapport de l'action 1 ayant été transmis en mai au lieu de février, tout en maintenant l'échéance au 30 juin.

Il exprime sa frustration de voir des priorités définies avant même que le CSI ait fourni son rapport ou que celui-ci ait pu être lu, tout en reconnaissant que ces priorités correspondent en grande partie à leurs recommandations. Il s'inquiète enfin de la mise en adéquation des nouvelles priorités avec des axes et objectifs déjà fixés. Ces axes ne vont pas changer, les objectifs seront rationalisés mais il est à craindre que de nouveaux objectifs soient tracés, ce qui constituerait selon lui une erreur méthodologique.

Fort heureusement, il se trouve être le seul membre du CSI présent aujourd'hui, sinon cette démarche aurait probablement suscité une forte opposition collective. L'élaboration d'un rapport scientifique représente en effet un travail considérable. Les contraintes de délai pour une livraison d'ici la fin de l'année sont certes compréhensibles mais une présentation de l'état d'avancement au CSI en novembre s'avère absolument indispensable pour éviter des tensions majeures. La situation actuelle pose un problème fondamental : il est difficile de demander au CSI de produire un rapport d'évaluation à mi-parcours tout en constatant que des priorités ont déjà été établies sans leur consultation. Cette approche risque d'être rejetée, à moins de présenter les choses différemment ou de prétendre faussement que le travail s'est appuyé sur leur rapport.

Monsieur Gérard SOCIÉ reconnaît avec ironie que son point de vue pourrait être considéré comme erroné et que l'importance du CSI sera certainement mise en avant mais il maintient que la situation reste problématique sur le fond.

Monsieur Norbert IFRAH affirme entendre parfaitement les préoccupations exprimées. Toutefois, il rappelle que l'Institut conduit bien sûr, en parallèle, sa propre analyse critique de ses actions comme de l'évolution du paysage depuis la période de conception de la stratégie décennale. Cette introspection tiendra le plus grand compte, comme à chaque fois, des avis et recommandations du Conseil scientifique. Cependant l'INCa fait face à des échéances précises et à des négociations impératives avec ses financeurs, eux-mêmes dépendants des échéances budgétaires, dont ni le calendrier ni les incertitudes n'échappent à qui que ce soit au sein du Conseil d'Administration. Attendre jusqu'au 15 novembre pour ensuite tenter de trouver un accord en un mois s'avérerait totalement irréaliste.

L'approche adoptée repose sur une démarche parallèle à l'avis du CSI : une introspection

institutionnelle légitime. Rien n'interdit en effet de mener une analyse critique interne des actions réalisées et de tenir compte des constats déjà établis. Cette démarche s'impose d'autant plus que l'INCa ne pilote que deux tiers des actions et non leur totalité. Pour plusieurs actions externes, les retours attendus des pilotes externes n'ont pas été obtenus du fait à la fois du calendrier propre de ces institutions et d'un pouvoir d'influence malgré tout limité de l'INCa.

Par ailleurs, certaines demandes en fait imposées il y a cinq ans concernant le nombre d'actions ou leurs pilotes se sont révélées contre-productives avec le temps. La réorganisation interne actuellement proposée vise donc une meilleure efficacité et une adéquation plus réaliste avec les moyens disponibles. Cette démarche relève davantage d'une réorganisation logique et d'une analyse critique du travail accompli que d'une refonte complète.

La dernière diapositive illustre parfaitement cette approche : elle ne fait que reprendre le quatrième axe transversal de la stratégie existante en rappelant un modèle qui, bien qu'appliqué dans les faits, n'avait pas été explicitement mentionné - celui concernant les malades en situation de handicap. Deux sujets méritent une attention particulière : d'une part, la cancérologie psychiatrique devenue grande cause nationale, et d'autre part, les patients en situation de handicap atteints de cancer.

Le CSI donne naturellement son avis au président de l'Institut et à ses instances, conformément à la loi. Néanmoins, la proposition finale appartient au conseil d'administration, qui doit également prendre en compte les consignes des autorités de tutelle, et bien sûr de l'Élysée comme ce fut le cas lors de l'initiation du projet. L'Institut intégrera évidemment les recommandations du CSI mais l'expérience de l'évaluation tardive du plan cancer 3 démontre qu'attendre trop longtemps les contributions externes peut considérablement nuire à l'action.

Monsieur Gérard SOCIÉ déclare approuver entièrement la position exprimée sur le fond. Cependant, il s'étonnait de voir apparaître des priorités avant même la remise du rapport du CSI. Cette réaction s'explique par plusieurs difficultés rencontrées ces trois derniers mois. Le CSI s'est efforcé d'obtenir des rapports qui n'ont pas été livrés dans les délais convenus. Environ 20 % des fiches d'action sont manquantes, principalement issues d'organismes dont les acronymes commencent par "DG" - et non de l'Institut national du cancer lui-même.

Par ailleurs, la coordination avec des experts internationaux, notamment américains influencés par le contexte politique actuel, s'est avérée complexe. Malgré ces retards, le CSI a dû s'adapter à une demande de remise de rapport pour le 30 juin.

Le contenu des propositions actuelles correspond globalement aux recommandations du CSI, avec certaines nuances importantes qui apparaîtront dans le rapport complet. Néanmoins, il estime qu'une formulation plus prudente aurait été préférable, présentant ces éléments comme des pistes de réflexion susceptibles d'être ajustées à la lumière du rapport du CSI,

plutôt que comme des priorités définitives.

Monsieur Nicolas ALBIN reprend le propos de Monsieur Gérard SOCIÉ en soulignant l'importance critique de cette période charnière. Les décisions prises maintenant détermineront l'orientation des cinq années à venir, d'où la nécessité absolue de ne pas commettre d'erreurs stratégiques. L'attente des rapports d'évaluation est réelle, tant au niveau ministériel qu'au sein de l'Institut. Le rapport du CSI reste particulièrement attendu, avec des demandes régulières qu'il adresse à Monsieur Bruno QUESNEL concernant sa disponibilité prochaine. En parallèle, d'autres sources d'information sont consultées, notamment le rapport scientifique du CIRC ainsi que les rapports d'autres instances internationales. Les cinq priorités présentées semblent omettre certains aspects essentiels comme la soutenabilité économique et l'économie de la santé.

La convergence de tous ces documents dans un processus de concertation approfondie apparaît fondamentale pour aboutir à une décision solidement étayée par l'ensemble des expertises disponibles. Cette approche collective constitue un facteur déterminant pour la qualité des orientations futures.

Monsieur Nicolas ALBIN s'interroge sur l'existence de priorités au sein du ministère de la santé et du ministère de la recherche. Il regrette que ces priorités soient communiquées tardivement et suggère que les deux ministères pourraient partager des objectifs similaires. La concertation en cours lui paraît intéressante, d'autant qu'une réunion sur ce sujet est prévue la semaine suivante.

Monsieur Norbert IFRAH signifie d'autant plus sa reconnaissance au CSI que les informations n'ont pu être transmises à ce dernier qu'au fur et à mesure de leur disponibilité... Au final deux approches méthodologiques s'opposaient : la première, séquentielle, aurait retardé la finalisation du projet, tandis que la seconde, parallèle, permettait d'avancer plus rapidement tout en intégrant les corrections et propositions attendues.

Le choix de l'approche parallèle s'impose par une optimisation de ressources humaines limitées. L'institution ne peut en effet suspendre toutes ses activités pour se consacrer ensuite et exclusivement à un seul sujet pendant plusieurs mois.

L'introspection et l'analyse critique des actions constituent une prérogative essentielle. Ce travail bénéficiera incontestablement des avis du Conseil scientifique international, comme cela a toujours été le cas. Les projets ainsi enrichis seront ensuite soumis aux instances de financement qui décideront de leur soutien. C'est cette méthodologie, déjà éprouvée, qui a été appliquée jusqu'à présent.

La présentation au conseil d'administration s'inscrit dans une démarche normale d'information sur l'avancement des travaux. Ce conseil est également tenu informé des avis attendus du CSI,

qui est d'ailleurs invité à participer. Cependant, certains projets confiés à des pilotes externes limitent le pouvoir d'action direct à une simple influence, rendant parfois difficile l'obtention de retours, comme l'interlocuteur et l'équipe en ont fait l'expérience.

L'objectif principal vise à proposer une stratégie véritablement décennale, sans rupture ni discontinuité pour les équipes de recherche et de soins. Il serait particulièrement dommageable d'alterner des périodes de cinq ans entrecoupées de vides de 18 mois. La méthode la moins problématique pour assurer cette continuité consiste à mener une réflexion parallèle tout en établissant des points de jonction, de coordination et d'analyse critique.

Monsieur Norbert IFRAH se dit très sensible aux questions sémantiques soulevées par son interlocuteur mais souligne que la situation actuelle nécessite une certaine souplesse. Plusieurs rapports et retours promis il y a plus d'un an par certains pilotes sont toujours en attente. Face à cette situation, il estime qu'il faut choisir entre s'arrêter pour s'auto-évaluer ou continuer à avancer en restant à l'affût des réorientations argumentées.

Monsieur Norbert IFRAH remercie les participants pour la richesse des échanges, leur patience, leur présence et le travail accompli collectivement.

Monsieur Norbert IFRAH annonce que le prochain conseil d'administration se tiendra le 14 octobre et qu'il sera suivi d'un séminaire. Il recommande aux participants de prévoir une plage horaire de 10 heures à 16 heures pour cette journée, soulignant que le séminaire est généralement de très bonne tenue.

La séance est levée.

Monsieur Norbert IFRAH

Président