

**PROCÈS-VERBAL DU CONSEIL D'ADMINISTRATION**

**DE L'INSTITUT NATIONAL DU CANCER**

**DU 14 OCTOBRE 2025**

Les membres du Conseil d'administration de l'Institut national du cancer se sont réunis le 14 octobre 2025.

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

- Monsieur Norbert IFRAH, président;
- Monsieur Didier LEPELLETIER représentant la direction générale de la santé, représentée par Madame Flore MOREUX ;
- Madame Marie DAUDE, représentant la direction générale de l'offre de soins, représentée par Madame Camille HALLAK-ZABROCKI ;
- Monsieur Jérémie CASABIELHE, représentant la direction de la sécurité sociale (DSS), représenté par Madame Flore MOREUX ;
- 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 Monsieur Nicolas ALBIN ;
- Monsieur Didier SAMUEL, représentant de 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 Philippe BERGEROT, représentant de la Ligue nationale contre le cancer (LNCC) et vice-président de l'Inca ;
- Madame Graziella FUMAGALLI, représentante de la Ligue nationale contre le cancer (LNCC);
- Monsieur Dominique BAZY, représentant de la Fondation ARC ;

- Madame Karelle HERMENIER, représentante de la Fédération de l'hospitalisation française (FHF), représentée par Monsieur Xavier TROUSSARD ;
- Monsieur Xavier TROUSSARD, représentant de la Fédération de l'hospitalisation française (FHF) ;
- Monsieur Marc YCHOU représentant de la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC) (Fédération Unicancer) ;
- Monsieur Eric RAYMOND, représentant de la FEHAP, représenté par Monsieur Norbert IFRAH ;
- Madame Marie-Hélène CERTAIN, personnalité qualifiée ;
- Madame Frédérique PERNAULT-LLORCA, personnalité qualifiée, représentée par Monsieur Marc YCHOU ;
- Monsieur Patrick PESSAUX, 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, directeur 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 Jean FERAUD, président du comité de démocratie sanitaire ;
- Madame Sophie LE RICOUSSE, représentant le comité social et économique ;
- Madame Guénaëlle LAUDY, représentant le CBCM ;
- Monsieur Daniel GIOVACCHINI, agent comptable ;
- Monsieur Matthieu LEFEBVRE-DU-PREY, représentant du ministère du budget.

Monsieur Norbert IFRAH souhaite la bienvenue aux membres du conseil d'administration et remercie chacun d'avoir libéré du temps pour participer à la fois à cette réunion et au séminaire annuel de l'Institut national du cancer.

Monsieur Norbert IFRAH informe les administrateurs qu'une synthèse maquetée des publications de l'Institut depuis janvier 2025 est disponible sur table ainsi qu'un aperçu des publications à venir.

Monsieur Norbert IFRAH rappelle que le séminaire se tiendra à partir de 13h30 autour de deux thématiques. La première portera sur l'avenir de la radiologie, avec les interventions de Madame Marie-France BELLIN et Monsieur Alain LUCIANI, représentant la Société française de radiologie. La seconde thématique concernera l'évolution de la radiothérapie et rassemblera trois contributions complémentaires : Madame Véronique VENDRELY, présidente de la Société

française de radiothérapie, Monsieur Eric MONPETIT, qui apportera le point de vue des oncologues libéraux, et Monsieur Philippe BERGEROT, président de la Ligue, vice-président de l'INCa et radiothérapeute, chargé d'exposer la vision associative de la problématique.

Avant d'aborder les points à l'ordre du jour, une évolution notable depuis le dernier Conseil d'administration est évoquée. Le 30 juin 2025, le Parlement a adopté une loi instituant un registre national des cancers (RNC), dont l'INCa assurera la gestion. Cette loi renforce les missions de l'INCa et prévoit un décret en Conseil d'État, pris après avis de la CNIL, pour en définir les modalités d'application. Après concertation menée par le ministère de la santé auprès des acteurs concernés, le projet de décret se trouve en cours d'instruction par les services de la CNIL. Ce décret précisera les finalités du RNC, les catégories et sources de données qui l'alimenteront, les conditions de pseudonymisation et d'appariement, ainsi que les règles de mise à disposition et d'utilisation des données. Il définira également l'articulation avec les registres locaux.

Après plusieurs années de discussions, ce dispositif arrive à son aboutissement. Contrairement à certaines craintes, l'INCa n'a ni pour objectif ni pour vocation d'exploiter les données de recherche des équipes ; le RNC aura une portée strictement populationnelle. Des collaborations pourront toutefois s'engager avec les équipes de recherche qui souhaiteront partager leurs propres bases ou registres pour des projets communs. L'application effective de la mesure reste tributaire de la publication du décret, dont la sortie est attendue avant la fin de l'année.

Monsieur Nicolas SCOTTÉ rappelle que le ministre, lors des débats parlementaires, s'est engagé à publier le décret avant la fin de l'année afin de permettre son entrée en vigueur en 2026.

Monsieur Norbert IFRAH souligne que la mise en œuvre technique et opérationnelle différera inévitablement du calendrier annoncé, en raison des étapes obligatoires : finalisation de la rédaction, examen par la CNIL, puis passage en Conseil d'État.

Monsieur Norbert IFRAH rappelle que chaque membre du conseil d'administration a renseigné une déclaration publique d'intérêts (DPI) examinée au regard de l'ordre du jour. Les administrateurs identifiant un intérêt direct ou indirect sur un point inscrit doivent le signaler et s'abstenir de participer à la délibération et au vote correspondant.

Le quorum étant atteint, le Conseil peut valablement délibérer et la séance est déclarée ouverte.

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

Monsieur Norbert IFRAH invite les membres à confirmer que le document reflète fidèlement leurs propos et à signaler toute erreur pour correction immédiate.

Aucune remarque n'étant formulée, Monsieur Norbert IFRAH lit la première délibération du Conseil d'administration relative à l'approbation du procès-verbal du 17 juin 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 juin 2025. »*

La délibération N°1 est approuvée à l'unanimité.

## **2. Élection des membres des instances de l'INCa**

- Membre du comité des marchés (délibération n°2)

Monsieur Norbert IFRAH rappelle que l'article 24 du règlement intérieur institue un comité des marchés auquel est présenté « les analyses des réponses déposées aux mises en concurrence lancées par l'INCa et les résultats des analyses sont présentées au comité des marchés ». Ce comité n'intervient que pour les marchés d'un montant supérieur ou égal à 90 000 euros hors taxes. Il rend un avis sur les analyses et résultats présentés dans les rapports et annexes. Sa composition inclut notamment un administrateur élu au sein du conseil d'administration, lequel peut se faire représenter, sous conditions, par un membre de son organisme d'origine.

Le mandat de Monsieur Denis FRANCK est arrivé à expiration et il ne souhaite pas le prolonger. La candidature de Monsieur Dominique BAZY, administrateur représentant la Fondation ARC et président de celle-ci, est proposée pour intégrer le comité. Cette nomination permettrait de mobiliser son expérience et, le cas échéant, celle de son représentant.

En l'absence de questions, l'intéressé est invité à se retirer quelques instants afin de laisser place au vote.

Les administrateurs se prononcent unanimement en faveur de cette candidature.

Monsieur Norbert IFRAH lit la délibération n°2 du conseil d'administration : *« Conformément à l'article 24 du règlement intérieur, Monsieur Dominique BAZY, administrateur représentant la Fondation ARC, est élu membre du comité des marchés de l'INCa pour la durée restant à courir de son mandat, soit jusqu'au 1er décembre 2027. »*

La délibération n°2 est adoptée à l'unanimité.

- Election de membres du comité de déontologie et d'éthique (délibérations n°3 et n°4)

Monsieur Norbert IFRAH indique que, selon l'article 7.1 du règlement intérieur, cette instance est composée de sept membres désignés par le conseil d'administration. Actuellement, à la suite de la démission de Madame Pascale FOMBEUR, Présidente de la Cour administrative d'appel de Paris, le CDE compte six membres :

- M. Alain DELMER, retraité de la fonction publique hospitalière (PU-PH)
- Mme Lucile LAMBERT-GARREL Maître de conférences, Maître de conférence, Ecole de droit de la santé, Université de Montpellier UR-UM 206
- Mme Michèle LEVY-SOUSSAN, Médecin PH responsable de l'Unité Mobile d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (UMASP) de la Pitié-Salpêtrière et co-animatrice Cellule Support Ethique
- Mme STOPPA LYONNET, présidente du CDE, médecin généticienne Chef du service de génétique oncologique de l'Institut Curie et professeur de génétique médicale à l'Université Paris cité
- Mme Yannick PIAU, représente du collège des usages du comité de démocratie sanitaire de l'Institut et membre de l'association Patients en réseaux
- M. Xavier RIALLAND, retraité de la fonction publique hospitalière PH- Pédiatrie

Il est proposé de nommer, en remplacement de Madame Pascale FOMBEUR, Madame Claire LEGRAS, conseillère d'État, dont la déclaration publique d'intérêts ne révèle aucun lien susceptible de générer un conflit d'intérêts au regard des missions du CDE.

Par ailleurs, les mandats de Mme Dominique STOPPA-LYONNET, M. Alain DELMER, M. Xavier RIALLAND et Mme Lucile LAMBERT-GAREL arrivant à échéance le 16 décembre 2025, il est proposé que le conseil d'administration désigne, à compter du 17 décembre 2025, les personnes suivantes :

- M. Alain DELMER (renouvellement)
- Mme Julia de FUNES (philosophe et conférencière)
- Mme Lucile LAMBERT-GAREL (renouvellement)
- Mme Dominique STOPPA-LYONNET (renouvellement)

La déclaration publique d'intérêt de ces quatre personnes ne présente pas, non plus, de lien susceptible de constituer un conflit d'intérêt.

Le Conseil d'administration est invité à se prononcer sur ces désignations par deux délibérations successives.

Monsieur Didier SAMUEL demande des précisions sur le fonctionnement concret du comité de déontologie et d'éthique.

Monsieur Norbert IFRAH explique que le comité se réunit régulièrement selon un calendrier fixé à l'avance et qu'il s'auto-saisit des sujets qu'il estime dignes de réflexion. L'Institut peut également le solliciter sur des enjeux de déontologie ou d'éthique qui se pose à l'Institut. Les avis, rédigés par le comité, sont transmis à diverses instances: conférence des doyens, conférence des présidents de commission médicale d'établissement, dirigeants et doyens des CHU et CH de France.

Le comité choisit librement les thèmes qu'il souhaite aborder, ce qui permet de couvrir un large spectre de compétences particulièrement utile à l'Institut. Sa composition actuelle est de sept membres.

Monsieur Didier SAMUEL observe que la déontologie et l'éthique ne recouvrent pas exactement les mêmes notions.

Monsieur Norbert IFRAH précise que cette distinction explique la volonté d'inclure un champ de compétences large au sein du comité. Bien que cela ne soit pas inscrit dans les statuts, la présence d'un conseiller d'État au CDE constitue une pratique constante.

Monsieur Philippe BERGEROT s'enquiert des modalités de partage des productions du comité et de la possibilité pour les membres du Conseil d'administration d'y avoir accès.

Monsieur Norbert IFRAH indique que les réflexions du comité sont systématiquement présentées au Conseil d'administration et mises en ligne sur le site de l'Institut en libre accès, permettant ainsi à toute personne intéressée de les consulter.

Monsieur Norbert IFRAH donne lecture des deux délibérations.

*« Vu l'article 7.1 du règlement intérieur de l'INCa, le Président propose au Conseil d'administration de désigner comme membre du comité de déontologie et d'éthique Madame Claire Legras à compter du 14 octobre 2025. »*

La délibération N°3 est adoptée à l'unanimité.

*« Vu l'article 7.1 du règlement intérieur de l'INCa, le Président propose au Conseil d'administration de désigner en tant que membres du CDE à compter du 17 décembre 2025 les personnes suivantes : Madame Julia de Funès, Monsieur Alain Delmer, Madame Lucille Lambert-Garel et Madame Dominique Stoppa-Lyonnet. »*

La délibération n°4 est adoptée à l'unanimité.

Monsieur Norbert IFRAH recommande aux administrateurs de consulter particulièrement certaines productions du comité, notamment les travaux sur la fin de vie et ceux en cours sur l'accès aux soins, ces sujets ayant été abordés de manière approfondie par les précédents et l'actuel comité.

### **3. Approbation du renoncement à l'émission d'un ordre de recouvrement de créances de faible montants (délibération n°5)**

Madame Aurélia LEGEAY explique que l'INCa est soumis à la gestion budgétaire et comptable publique (GBCP) et veille à une utilisation optimale et responsable de ses ressources. Dans le cadre de son activité, l'INCa peut être amené à constater des créances de faible montant,

résultant notamment de régularisations administratives ou de prestations ponctuelles. La procédure de recouvrement de ces créances comprend de nombreuses tâches administratives et comptables (rédaction des décisions de recettes, saisies de titres, relances, contrôles successifs, suivi comptable et suivi ordonnateur, voire traitement contentieux).

Or, pour des montants très faibles, l'ampleur de ces démarches apparaît disproportionnée au regard des sommes en jeu. Elles mobilisent inutilement les équipes, au détriment du traitement de créances à plus forte valeur ajoutée.

Afin de simplifier et d'optimiser la procédure de recouvrement, tout en garantissant la sécurité et la transparence de la gestion financière, il est proposé d'autoriser l'INCa à renoncer à l'émission d'un ordre de recouvrement des créances dont le montant par engagement juridique est inférieur ou égal à 50 €.

Cette mesure permettrait d'améliorer l'efficacité interne, éviterait une mobilisation disproportionnée des ressources administratives sur des enjeux mineurs et concentrerait l'effort sur les créances significatives, renforçant ainsi la performance financière. Elle s'inscrit dans une logique de simplification administrative et de bonne gestion des fonds publics, dans le strict respect des obligations de contrôle et de transparence propres au GIP.

Pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2024 au 31 août 2025, six titres inférieurs ou égaux à 50 euros ont été enregistrés, pour un total de 163,46 euros. En appliquant cette mesure, seuls trois titres, représentant moins de 38 euros, n'auraient pas été émis. Les quelque 125 euros restants correspondent à des remboursements d'indemnités journalières de la sécurité sociale, non concernés par cette démarche. En pratique, tous les titres liés aux indemnités journalières de la sécurité sociale continueraient donc à être émis.

Monsieur Xavier TROUSSARD indique que le comité d'audit s'est réuni le 22 septembre. Le sujet a été examiné au cours de cette séance et le comité a rendu un avis favorable. Le comité, conscient de se situer à la jonction entre cadre réglementaire et efficacité de gestion, a néanmoins formulé une réserve : assurer un suivi minimal des montants écartés afin de prévenir tout risque de dérive dans le temps. L'avis global demeure favorable.

Monsieur Norbert IFRAH précise que la formulation de la délibération a été adaptée pour tenir compte de la demande exprimée par le comité d'audit. La proposition de délibération n° 5, relative au point 3 de l'ordre du jour est la suivante :

*« Vu l'article 9 de la convention constitutive de l'INCa, vu l'article 192 du décret 2012/1246 du 7 novembre 2012 modifié relatif à la gestion budgétaire et comptable publique, vu l'article 1er du décret 2023/144 du 1<sup>er</sup> mars 2023 sur le seuil d'émission des ordres de recouvrer, vu l'instruction comptable commune BOFIP-GCP-240027 du 3 décembre 2024 relatif aux modalités de mise en œuvre du recueil des normes comptables des organismes dépendants de l'État, après en avoir*

*délibéré, le Conseil d'administration autorise l'INCa à prononcer le renoncement à l'émission d'un ordre de recouvrement des créances de faible montant, défini comme inférieur ou égal à 50 euros par engagement juridique, à l'exception des remboursements des indemnités journalières de Sécurité sociale. Une information annuelle relative à ce renoncement est présentée au Comité d'audit de l'INCa. »*

La délibération n°5 est adoptée à l'unanimité.

#### **4. Présentation relative à l'apport des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) dans la filière cancérologie**

Madame Marie-Pierre CERTAIN remercie Monsieur Norbert IFRAH et son équipe pour l'opportunité de s'exprimer. Médecin généraliste de longue date, engagée dans diverses structures de représentation de la médecine générale, syndicales ou de formation, et récemment au Collège de la médecine générale, elle occupe également la fonction de personnalité qualifiée au sein de cette instance. Elle s'investit désormais particulièrement dans les CPTS.

Dans le cadre des soins primaires et de proximité, le cancer représente un parcours de soins, de santé et de vie, articulé en continuum : prévention primaire, dépistage, repérage diagnostic précoce, adressage pertinent vers le milieu spécialisé pour le suivi curatif, surveillance post-aiguë, gestion des récurrences, soins palliatifs et accompagnement de la vie après cancer. Cette dernière dimension prend une importance croissante : le cancer devient une maladie chronique dont on peut guérir, soulevant des enjeux de réinsertion physique, professionnelle et sociale. Les soins primaires interviennent ainsi à toutes les phases de ce continuum, de manière plus ou moins intense selon les étapes.

Les CPTS constituent un dispositif organisationnel né du constat, partagé par les autorités de tutelle et les professionnels, qu'il manquait une instance de représentation territoriale de l'ambulatoire. Jusqu'alors, les soins primaires disposaient de représentations syndicales, universitaires ou ordinales mais aucune structure n'incarnait cette représentation au niveau territorial. Les CPTS viennent combler ce maillon manquant et visent à structurer et organiser plus efficacement l'ambulatoire à l'échelle des territoires, définis comme bassins de vie.

Pour rappel, les CPTS ont été créées par la loi Touraine de 2016, assorties de textes réglementaires et d'un financement pérenne. Un projet de santé validé par l'ARS leur donne accès à un accord conventionnel avec la CNAM, garantissant ainsi un soutien financier stable.

Ces structures, qui ne constituent pas des établissements de soins mais des organisations d'ambulatoire et de coordination territoriale, regroupent des professionnels de santé de tous modes d'exercice — en centre de santé comme en pratique isolée — autour d'un projet commun au service d'un territoire donné. Il s'agit généralement d'associations loi 1901, de taille



variable selon la population couverte, pouvant atteindre plusieurs centaines de milliers d'habitants. À titre d'illustration, le nord des Yvelines compte treize CPTS, dont celle de Madame CERTAIN qui couvre environ 110 000 habitants.

Le dispositif a connu une croissance rapide : on dénombre aujourd'hui environ 800 CPTS réparties sur la France et l'outre-mer, avec encore quelques zones restées en marge. Cette expansion répond à la fois aux attentes des professionnels de santé et à celles des tutelles et partenaires institutionnels. Les missions fixées par la loi et financées selon un système d'indicateurs portent sur plusieurs axes : accès aux soins, aux médecins traitants et aux autres professionnels ; coordination des parcours pluriprofessionnels ambulatoires avec les établissements hospitaliers, ; participation à la prévention et à la santé publique. C'est aussi l'accompagnement des professionnels, notamment ceux exerçant seuls et susceptibles d'isolement.

L'adhésion à une CPTS favorise la sortie de cet isolement en intégrant les praticiens à un collectif dynamique. La crise sanitaire de la Covid-19 a accéléré la reconnaissance du dispositif, même si la plupart des CPTS n'étaient encore qu'à leurs débuts. Elles ont rapidement participé à l'organisation des centres Covid et des campagnes de vaccination, en servant d'interlocuteur unique aux hôpitaux et collectivités. Cette capacité d'intermédiation a renforcé les partenariats avec les établissements de santé (hôpitaux, GHT), le médico-social, les collectivités territoriales et les dispositifs spécifiques comme les contrats locaux de santé, les DAC, l'hospitalisation à domicile, les pôles d'action territoriale ou les MDPH.

En cancérologie, les CPTS interviennent à toutes les étapes — avant, pendant et après la maladie — en soutenant notamment des actions de prévention telles qu'octobre rose, des campagnes de dépistage ou la sensibilisation de la population, souvent en collaboration avec les communes et associations locales. Ce travail inclut la prévention primaire, le lien entre dépistage individuel et organisé, et l'articulation entre soins curatifs et suivi de terrain. La structuration en « pyramide » du parcours de santé illustre cette démarche : la population générale représente la base, suivie de l'entrée dans le système de soins (première ligne), puis des niveaux de spécialisation croissants (deuxième et troisième lignes). Plus on agit tôt dans ce parcours, plus la couverture de population est large.

Sur les maladies chroniques, l'efficacité repose sur une approche globale intégrant le médico-social et le social. Les interventions sur le logement, la situation économique ou l'accompagnement au quotidien se révèlent déterminantes pour réduire les inégalités territoriales et sociales de santé. L'ancrage local des CPTS favorise la prise en compte de cet environnement, permettant aux patients traités dans des centres spécialisés éloignés, tel l'IGR à Paris, de bénéficier aussi d'un suivi de proximité.

En cancérologie, ce maillage territorial autorise un relais efficace avec les acteurs locaux pour

le suivi post-traitement. L'objectif consiste à limiter la rupture vécue par de nombreux patients entre la phase de soins curatifs, souvent centralisée en structure spécialisée, et le retour à la vie quotidienne.

Madame Marie-Hélène CERTAIN souhaite partager avec le conseil d'administration sa réflexion sur la manière dont ces CPTS, encore jeunes dans le paysage sanitaire, peuvent contribuer à améliorer l'efficacité en oncologie. Certains freins persistent : éloignement des structures spécialisées, culture parfois trop descendante dans l'organisation des services de santé et faible notoriété des CPTS. L'enjeu réside dans une acculturation progressive afin que ces communautés deviennent des partenaires pleinement intégrés, capables d'assurer la continuité entre le soin hospitalier et l'accompagnement de proximité après la phase active des traitements.

La problématique des inégalités sociales et territoriales, dans le domaine du cancer, reste largement présente. Les leviers identifiés reposent sur le développement des CPTS, qui connaissent une progression notable avec déjà 800 structures en activité et un objectif fixé à 1 000, soit une par territoire. Cette couverture presque complète inscrit les CPTS au cœur du continuum de prévention, de dépistage et de soins curatifs, en leur permettant d'agir collectivement sur des enjeux complexes tels que la cancérologie, le vieillissement de la population ou les comorbidités.

La réflexion se poursuit autour de la « prévention tertiaire », en s'appuyant sur la contribution de Monsieur Nicolas Revel, lequel met en avant que les gains de productivité et d'efficacité du système de santé passent par une meilleure action sur les maladies graves et chroniques. L'enjeu réside dans une articulation optimisée entre les acteurs de l'ambulatoire et ceux de l'hôpital. Les leviers pour y parvenir incluent la diffusion et la promotion du modèle CPTS, mission que Madame CERTAIN poursuit activement, ainsi que la création d'expériences innovantes reproductibles. L'idée est de capitaliser sur les initiatives existantes qui fonctionnent, afin d'éviter de repartir de zéro à chaque nouveau projet et de favoriser leur adaptation dans d'autres territoires.

Monsieur Xavier TROUSSARD félicite Madame Marie-Hélène CERTAIN pour l'ancrage territorial majeur des CPTS, tout en observant qu'elles présentent des niveaux d'activité variables selon les zones. En Normandie, par exemple, la performance reste hétérogène. Première interrogation : la capacité des CPTS à pratiquer le « aller vers ». Il arrive que certaines restent centrées sur elles-mêmes, sans engager de démarches vers d'autres acteurs ; côté hospitalier, il existe parfois la même absence de mouvement vers les CPTS. Cette situation souligne le besoin d'une articulation renforcée.

La deuxième question porte sur l'organisation de la prévention : fonctionne-t-elle de manière inclusive ? L'organisation repose-t-elle sur des consultations de prévention à l'échelle du

territoire, intégrant tous les champs, de la cancérologie aux maladies cardiovasculaires ?

Enfin, il exprime une préoccupation concernant l'amont du soin en cancérologie : le rôle du médecin traitant ou référent semble s'éroder au profit d'une prise en charge hospitalière intensive, ce qui fragilise les relais. Certaines injonctions urgentes, comme la réalisation rapide d'un examen médical complexe, se traduisent par un manque de fluidité dans la coordination entre ville et hôpital. L'interrogation finale vise à identifier les leviers d'amélioration pour restaurer cette continuité de suivi, condition essentielle à un dispositif jugé aussi indispensable que le modèle CPTS.

Madame Marie-Hélène CERTAIN précise que le modèle CPTS reste jeune : la CPTS du Val-de-Seine, par exemple, a signé sa Convention Interprofessionnelle d'Intérêt (CII) en 2021. Ces structures, constituées en associations loi 1901 dirigées par des professionnels de santé, doivent concilier leur cœur de métier — le soin — avec les exigences organisationnelles. Cela implique un défi majeur : structurer et former les acteurs.

La montée en charge passe d'abord par une fédération nationale active regroupant 600 CPTS, organisant des journées nationales et fournissant des outils mutualisés. La formation concerne aussi bien les membres des gouvernances, parfois peu familiarisés avec la culture associative, que les fonctions support : coordinateurs, coordinatrices et directeurs, auxquels s'adossent des équipes de gestion. L'objectif reste de préserver souplesse et agilité, en évitant les lourdeurs organisationnelles.

Le partenariat territorial doit également être construit. Une CPTS ne prend sens que si elle fédère des professionnels motivés tout en s'alliant avec les acteurs locaux pertinents. L'ARS valide le projet de santé et, avec la CPAM, forme un trio institutionnel de référence. L'acculturation à ces institutions est nécessaire, tout comme la connaissance des partenaires locaux : établissements hospitaliers, structures psychiatriques, collectivités, dispositifs d'appui à la coordination (DAC), services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), plateformes territoriales d'appui (PTA) et acteurs médico-sociaux.

Sur la prévention primaire, le rôle des CPTS est d'apporter une expertise santé lors d'actions de sensibilisation aux facteurs de risque. La mobilisation des publics cibles nécessite de travailler avec les collectivités et les associations d'habitants, qui disposent de relais sociaux et territoriaux capables d'organiser et de diffuser largement les messages de prévention.

Chaque acteur doit contribuer dans son domaine de compétence, en poursuivant la construction des liens nécessaires avec le secteur curatif. Cette articulation, déjà amorcée, devra progresser progressivement pour atteindre une efficacité optimale.

Monsieur Philippe BERGEROT souhaite poser deux questions, portées par ses doubles fonctions. En tant que représentant de la Ligue, il souhaite savoir comment intégrer les

associations dans les CPTS, constatant leur absence fréquente là où les établissements en collaborent davantage. En tant que président sortant d'un réseau de cancérologie, il s'interroge sur les partenariats possibles entre ces réseaux, organisés à l'échelle régionale et les CPTS, sachant que ces réseaux jouent un rôle de coordination entre ville et hôpital mais que la présence des CPTS dans leurs instances reste rare. L'objectif est d'obtenir des réponses courtes sur ces deux volets.

Madame Marie-Hélène CERTAIN souligne que certaines CPTS incluent des associations dans leur conseil d'administration, même si cela peut rester formel. La priorité consiste déjà à réussir à mobiliser les professionnels, puis à engager, au fil des actions, des collaborations avec les associations comme partenaires. Elle précise que l'intégration avec les réseaux de cancérologie dépend de leur périmètre : structures de proximité ou organisations régionales, ce qui conditionne les modes de coopération envisageables. Le partenariat porte principalement sur l'organisation et la coordination, sans intervention quotidienne systématique.

Monsieur Norbert IFRAH constate que des obstacles subsistent dans le paysage organisationnel, avec des entités trop isolées les unes des autres. L'urgence réside dans la mise en réseau de ces « îlots » afin d'éviter une superposition inefficace d'initiatives, alors que les besoins s'avèrent à la fois sociétaux, médicaux et techniques.

Les réseaux régionaux de cancérologie constituent un exemple. De même, les centres régionaux de coordination des dépistages (CRCDC) jouent un rôle clé dans les dépistages. Les établissements abritent des centres de coordination en cancérologie (3C), auxquels s'ajoutent des associations, notamment la Ligue contre le cancer, qui accompagne les patients, ainsi que les CPTS. L'ensemble de ces acteurs doit coopérer étroitement en soutien direct aux structures de soins. Sans cette synergie, les doublons se multiplieront inutilement. Une organisation globale cohérente apparaît donc indispensable.

Madame Marie-Hélène CERTAIN illustre cette coopération par la création, en Île-de-France, d'une association d'appui aux CPTS, modèle reproductible dans d'autres régions. Une réunion de travail réunissant CPTS et structures spécialisées en cancérologie pourrait être envisagée afin d'identifier des articulations opérationnelles.

L'échelle nationale, comme au sein du conseil d'administration de l'INCa, permet d'informer, mais la réflexion stratégique doit aussi se développer au niveau régional pour s'adapter à la diversité des contextes, puis se décliner localement. Les réseaux régionaux constituent un appui, mais la construction concrète du parcours patient sur le terrain exige de mobiliser d'autres outils : implication des DAC, coordination avec l'hospitalisation à domicile, intégration des relais de prise en charge. Des dysfonctionnements persistent, tels que l'envoi en HAD de patients sans réelle concertation avec les acteurs de proximité, ce qui limite leur implication et réduit les contacts avec le patient. Or, l'enjeu premier demeure l'intérêt de ces derniers.

Monsieur Norbert IFRAH souligne la nécessité de concevoir soigneusement cette articulation des dispositifs. Tant que la priorité reste la réponse immédiate en situation critique, les moyens se concentrent sur les soins vitaux. Il faut parallèlement intégrer de manière réfléchie les actions à moyen terme, tout aussi essentielles, en évitant les redondances inutiles.

Monsieur Norbert IFRAH annonce que les diapositives de la présentation pourront être mises à disposition des administrateurs qui en feront la demande.

## **5. Information relative au projet EUnetCCC**

Monsieur Norbert IFRAH rappelle que l'INCa coordonne ce programme financé par l'Union européenne à hauteur d'environ 90 millions d'euros, associant 161 partenaires issus de 31 pays. Le projet, qui vise la certification de *Comprehensive Cancer Centers (CCC)*, a démarré le 1<sup>er</sup> octobre 2024 et s'achèvera le 30 septembre 2028. Ce point d'étape prolonge les informations déjà présentées.

Monsieur Thomas DUBOIS, responsable des affaires européennes et internationales à l'INCa, coordonne le projet de création d'un réseau européen de *Comprehensive Cancer Centers*. Ce programme, d'ampleur inédite en matière de santé, mobilise 90 millions d'euros, ou 112 millions en incluant les contributions des États membres. Il s'inscrit dans le plan européen pour vaincre le cancer lancé en 2021 par la Présidente de la Commission européenne. L'objectif consiste à constituer un réseau de 100 centres intégrés à l'échelle européenne.

Le point de départ tient à la progression continue de la charge du cancer en Europe, l'une des zones les plus touchées au monde. Cette progression se double de fortes inégalités de prise en charge entre pays, régions et territoires, avec des écarts marqués de taux de survie et de mortalité, notamment entre l'Est et l'Ouest. En 2022, on recensait environ 2,7 millions de nouveaux cas, générant un poids considérable sur les systèmes de santé.

La mise en place d'une plateforme européenne de coopération doit réduire ces inégalités, y compris au sein même des pays, où les disparités régionales demeurent fortes. Les *Comprehensive Cancer Centers* visent à combler ces écarts en garantissant l'accès à des diagnostics performants, à la prévention, ainsi qu'à des structures de soins et de recherche de haut niveau. Leur gouvernance intégrée favorise l'articulation entre soins, recherche et innovation, au service d'une prise en charge multidisciplinaire et de haute qualité.

Ces centres peuvent fonctionner sous forme de groupements d'établissements, l'essentiel étant une coordination solide et un pilotage unifié. Outre l'harmonisation des pratiques, ils doivent accroître les coopérations transnationales, développer des programmes de recherche et de formation, partager les innovations et diffuser les bonnes pratiques.

L'infrastructure ainsi conçue vise à optimiser l'utilisation des ressources financières, en réduisant la fragmentation actuelle liée à la multiplication de petits consortiums. Trois niveaux

d'impact sont visés : au plan national, en améliorant l'accès des patients à des centres d'excellence et à des financements européens ; au plan européen, en renforçant les synergies pour améliorer la qualité des soins et l'équité d'accès ; au plan régional, en réduisant les disparités territoriales. Enfin, ces centres constituent un levier de visibilité accrue pour les structures participantes.

Le projet se fonde sur une certification formelle européenne, permettant aux centres de valoriser leur position auprès de financeurs publics et, potentiellement, privés. Cette reconnaissance vise particulièrement à dynamiser la recherche clinique, jugée en perte de vitesse dans l'Union européenne par rapport à d'autres régions.

L'usage du réseau doit faciliter le lancement de projets pilotes associant trois ou quatre centres, avant un déploiement élargi au sein d'un consortium ou de mini-consortia européens, voire à l'échelle de toute l'Europe. Cette infrastructure servira de socle à divers dispositifs issus du plan européen de lutte contre le cancer, notamment dans le domaine stratégique du partage de données en cancérologie, tout en augmentant les capacités pour organiser des essais cliniques européens multisites.

Les scientifiques et cliniciens, en particulier la nouvelle génération, bénéficieront d'un accès facilité à des formations inter-centres paneuropéennes. Cette démarche concerne notamment les pays disposant de peu d'infrastructures, qui pourront ainsi coopérer avec les meilleurs centres et accéder à des capacités de recherche jusque-là inaccessibles. L'objectif consiste à bâtir un réseau complètement intégré.

Le projet, démarré l'an dernier, a consacré sa première année à structurer la coordination et les différentes composantes. La première réunion annuelle est fixée aux 6 et 7 novembre prochains à Paris et rassemblera environ 800 participants issus des centres membres ainsi que des instituts nationaux de santé, soit quelque 200 organisations partenaires représentant l'ensemble des acteurs de la cancérologie européenne. Cette rencontre constituera un jalon majeur avant le lancement, début 2026, de la certification européenne. Les candidatures sont déjà collectées, y compris en France, et l'engagement des acteurs est notable. L'objectif fixé pour fin 2028 est de structurer un réseau de 100 centres de type CCC à l'échelle européenne, soit plus que les 72 CCC financés depuis 15 à 20 ans aux États-Unis. En Allemagne, un réseau structuré de 14 à 15 CCC bénéficie pour sa part d'un financement semi-public, semi-privé.

L'architecture du projet s'inscrit dans un cadre européen rationalisé autour de « Work Packages » (WP). Quatre composantes transversales, dont la coordination assurée par l'INCa, y figurent. Le WP 5, piloté par la HAS avec Unicancer, établit la certification publique européenne sur la base d'un règlement solide et durable. Ce dispositif introduit une dynamique d'amélioration continue de la qualité, couvrant non seulement les soins mais aussi la recherche, l'innovation, la formation et, de manière innovante, la prévention. Il devient un outil de

pilotage interne pour les équipes, fournissant critères et standards afin de planifier des améliorations ciblées, par exemple dans un secteur d'innovation particulier.

En appui, des actions de renforcement de capacités et d'amélioration de la qualité accompagnent chaque volet du référentiel, incluant formations et mises en réseau entre centres très avancés et structures moins expérimentées, favorisant ainsi des échanges dynamiques.

Le WP 8 développe huit domaines de coopération, de la recherche clinique à la mise en œuvre des guides de bonnes pratiques, en passant par la gestion des données. Chaque domaine, initialement composé de trois à quatre centres, peut s'étendre jusqu'à quinze, avec un budget dédié de 25 millions d'euros permettant de financer des projets pilotes et, dans certains cas, leur montée en puissance.

Le WP 9 vise la structuration de réseaux régionaux de cancérologie ou thématiques par organe, à l'image de l'Allemagne qui en compte une douzaine, intégrant un suivi par indicateurs sur l'ensemble du parcours patient. Cet outil restera disponible pour les centres souhaitant s'en saisir.

Parallèlement, le WP 7 définit la gouvernance du réseau, en plaçant les centres au cœur du dispositif et en leur donnant un rôle moteur dans son évolution, tout en maintenant la contribution des agences gouvernementales telles que l'INCa.

Concernant les critères de désignation des centres, un mécanisme européen encadre le processus, piloté par les autorités nationales. La démarche reste volontaire mais s'inscrit dans le respect des organisations sanitaires territoriales propres à chaque État membre, compétence qui relève toujours de leur prérogative. Le schéma proposé vise un maillage cohérent, tenant compte de la répartition de la population et de la littérature scientifique disponible : environ un CCC pour 3 à 5 millions d'habitants. La Commission européenne a fixé l'objectif d'au moins un CCC par pays, avec des aménagements pour les États de moins d'un million d'habitants, via des mécanismes de coopération internationale.

Cette approche s'appuie sur les structures existantes et permet à chaque territoire d'adhérer au dispositif à son rythme, avec une adaptation locale. Elle soutient l'impact territorial tout en respectant la diversité des systèmes de santé.

Enfin, les rendez-vous des 6 et 7 novembre marqueront une étape clé, et les invitations officielles seront prochainement transmises par voie électronique.

Monsieur Norbert IFRAH souhaite apporter plusieurs précisions avant de laisser la parole aux autres participants.

Une confusion sémantique s'installe entre la notion de « Comprehensive Cancer Center », telle



qu'on la connaît dans les modèles américain, allemand ou encore dans le modèle français des SIRIC, et la logique portée actuellement par l'Union européenne. Dans les modèles historiques, ces centres incarnent le plus haut niveau possible en matière de coordination médicale et scientifique. À l'inverse, l'initiative européenne vise principalement à accélérer la progression des structures les moins avancées. Ainsi, sur le court et moyen terme – probablement durant une décennie – un écart considérable persistera entre des établissements d'excellence, comme par exemple l'Institut Curie, et certains centres d'Europe orientale, tel l'Institut de cancérologie de Moldavie.

Ce programme trouve toutefois sa justification dans la volonté de réduire les écarts de mortalité par cancer au sein de l'Union. Les données présentées préalablement révèlent des différences allant jusqu'à 40 à 45 % de surmortalité d'un État membre à l'autre, ce qui demeure inacceptable. Les pays affichant les taux de mortalité les plus faibles – France, Italie, Espagne et Suède – se distinguent clairement, indépendamment des taux d'incidence. L'action européenne s'accompagne de moyens financiers limités au regard des ambitions affichées, mais elle cherche à rationaliser les pratiques et à harmoniser leur efficacité.

Les États s'approprient cette dynamique de manière contrastée : ceux qui obtiennent les moins bons résultats en oncologie y voient un espoir mêlé d'inquiétude, tandis que les pays les mieux organisés craignent des impacts négatifs sur leur système. En France, l'INCa, désigné par le ministère de la Santé et de la Recherche comme autorité compétente et coordonnateur européen, envisage de recommander aux centres de cancérologie de se regrouper. L'objectif consiste à constituer des organisations horizontales, souples, où les équipes définissent librement leurs coopérations.

L'enjeu principal réside davantage dans la reconnaissance que dans les moyens financiers attribués aujourd'hui. Certaines craintes émergent quant à la possibilité de rendre, à terme, ce label obligatoire pour obtenir des financements européens. Pour l'orateur, cette idée paraît infondée : les financements demeurent attribués selon l'excellence des projets. Toutefois, toute réforme structurelle suscite naturellement des interrogations. Sur une base de 100 centres pour l'ensemble des 31 États, avec au moins un centre pour Malte et ses 400 000 habitants, la France pourrait en compter environ 18, plus ou moins trois.

Plusieurs regroupements se dessinent déjà : les hôpitaux universitaires du Grand Ouest vont présenter des candidatures communes, tout comme le feront ceux de Nouvelle-Aquitaine et ceux de la région Auvergne-Rhône-Alpes. Avec l'AP-HP, ces trois projets couvrent déjà près de 40 % des CHU français. L'AP-HP a choisi une candidature unique ce qui est un signe fort et vraiment dans l'esprit, alors que des regroupements par deux ou trois GHU auraient également pu constituer des candidatures solides et légitimes. La réflexion doit donc porter sur la manière dont la France exploitera cette opportunité pour améliorer encore son offre de soins et sa recherche, plutôt que sur la crainte d'une hypothétique mise sous tutelle.



Deux points méritent d'être intégrés. D'abord, il n'est pas concevable que la France dispose de 50 centres si le total européen s'élève à 100. Une cohérence globale s'impose. Ensuite, l'Union européenne ne souhaite pas confier la labellisation à une structure privée, mais répondre à une directive propre. Elle reconnaît néanmoins l'existence de labels privés de qualité et prévoit un « fast track » pour ceux déjà certifiés par des organismes tels que l'OECI ou son équivalent allemand, évitant ainsi une re-certification complète. Cependant, certains critères européens – notamment relatifs à l'accès aux soins – ne figurent pas toujours dans ces labels et nécessiteront une ou plusieurs validations complémentaires.

L'accessibilité aux soins prend une importance croissante : là où les structures d'excellence concentrent leur attention sur l'organisation interne une fois le patient arrivé, la principale difficulté pour les malades reste d'atteindre ces centres. Ce problème, parfois aggravé par une informatisation mal maîtrisée, touche même des personnes disposant de réseaux solides, qui peinent à obtenir un rendez-vous rapide alors même que leur état est grave.

En résumé, il s'agit de profiter de cette offre européenne – malgré l'absence de compétences directes de l'Union en matière de santé – pour élever les standards et corriger les fragilités des systèmes nationaux, en France notamment sur la question critique de l'accès aux soins.

Monsieur Marc YCHOU représente l'organisation Unicancer et exprime d'emblée son appréciation du projet, qu'il juge porteur et valorisant pour le système français ainsi que pour les différents plans cancer. Selon lui, la désignation de l'INCa comme coordinateur européen consacre la reconnaissance internationale de l'expertise nationale, et il félicite la présidence pour avoir obtenu ce rôle.

Les centres Unicancer, et plus largement les CLCC, possèdent déjà une organisation proche de celle des Comprehensive Cancer Centers, en se consacrant exclusivement à l'oncologie avec une recherche intégrée. Dans ce contexte, la volonté est claire : éviter un nivellement par le bas. Par ailleurs, certains centres disposent déjà d'une accréditation OECI (Organisation of European Cancer Institutes), obtenue au prix d'importants investissements et ne souhaitent pas repartir à zéro dans ce processus.

Monsieur Marc YCHOU formule une question : dans le cas où un centre déjà accrédité OECI bénéficierait d'un « fast track » (procédure accélérée d'accréditation pour les centres déjà accrédités) mais se présenterait en candidature conjointe avec des structures non accréditées, comment s'organiserait et se coordonnerait la procédure ? Cette interrogation porte à la fois sur la stratégie régionale, l'historique des partenariats et la possibilité pour des centres de tailles différentes de candidater seuls ou ensemble, notamment en collaboration avec des CHU.

Monsieur Norbert IFRAH précise que le work package concerné est piloté par la HAS, avec Unicancer, ce qui exclut toute idée que cette organisation ait été surprise par la teneur des

échanges. Il rappelle que le cas de figure d'une association entre un centre déjà accrédité sur l'essentiel de ses activités et un centre non encore accrédité est prévu. Ce modèle repose sur une dynamique où l'équipe qualifiée tire vers le haut l'équipe en cours de qualification. Ce scénario est déjà observé, notamment à l'AP-HP, et il s'inscrit dans un cadre organisé et discuté sereinement.

Certaines structures accréditées disposent d'une offre de soins très restreinte. Cela ne remet pas en cause la qualité des actes réalisés, mais souligne un périmètre d'activité limité. L'intégration de ces centres à une association permettrait d'allier leur culture de la qualité à un élargissement de l'offre de soins et de recherche. Des situations similaires ont parfois résulté d'histoires de coopération marquées par des hauts et des bas et par des répartitions fonctionnelles précises. Ainsi, dans un cas connu et expérimenté par le locuteur, le CHU avait renoncé à une autorisation en radiothérapie pour collaborer plus clairement avec son centre de lutte contre le cancer, conduisant à une organisation où le CHU assurait la chirurgie tandis que le CLCC réalisait la chimiothérapie et/ou la radiothérapie.

Tous ces modèles existent, et l'objectif est de ne pas légiférer mais de laisser les acteurs libres de déterminer leurs modes de coopération. La cible retenue pour un CCC concerne un bassin de 3 à 5 millions d'habitants, conformément à la lettre de commande de Madame von der Leyen, avec la capacité de répondre aux besoins de cette population directement ou par conventions. Certains centres, tout en maintenant une qualité irréprochable, se spécialisent fortement sur une pathologie et ne couvrent pas tous les cancers de leur zone. Il apparaît donc pertinent de leur laisser la liberté de réfléchir à des associations pertinentes.

Dans ce contexte, les chiffres avancés par les autres pays à ce stade — Allemagne (14 candidatures), Espagne (11), Italie (11 ou 12) — incitent à limiter la France à une petite vingtaine de centres, ce qui constitue un maximum réaliste. Quant à l'objectif de 100 centres, il figure sous la signature de Madame von der Leyen et ne pourra malheureusement pas être modifié.

Monsieur Marc YCHOU souhaite vérifier qu'aucune exigence administrative lourde ne sera imposée dans l'organisation envisagée.

Monsieur Norbert IFRAH le confirme et indique avoir déjà formulé par écrit cette information.

Monsieur Xavier TROUSSARD exprime sa gratitude envers les équipes de l'INCa et particulièrement Thomas DUBOIS et Margaux LEGALL en plus de la direction générale pour leur engagement dans un projet ambitieux malgré ses difficultés.

Il formule ensuite trois observations ou interrogations. Premièrement, la question du modèle : le maillage territorial sur l'ensemble du territoire, incluant l'outre-mer est indispensable, mais l'approche actuelle correspond clairement à des consortiums de grande taille, en forte capacité, associant un volume de population important. La cible de trois ou quatre millions

d'habitants constitue le strict minimum et une approche plus large pourrait augmenter encore la qualité des CCC. La réflexion porte sur l'équilibre à maintenir entre de grands consortiums et le maintien d'un maillage garantissant l'accès aux soins partout.

Deuxièmement, la question du parcours et de la filière : dans de vastes consortiums, les parcours de soins ne seront pas identiques d'un territoire à l'autre. Harmoniser totalement ces parcours semble difficile. Faut-il envisager une structuration par pathologie, comme un modèle pour le cancer du pancréas et un autre pour celui de l'estomac, multipliée par des dizaines de situations, ou au contraire se limiter à un nombre restreint de parcours de référence, que l'on pourrait progressivement élargir pour renforcer la qualité des CCC ?

Troisièmement, la question du « fast track » : ce dispositif permet une certification accélérée, compréhensible et légitime. Toutefois, dans le contexte de réseaux associant plusieurs établissements, et au regard des vagues successives de certification, cette accélération pourrait réduire le nombre de places disponibles pour les vagues suivantes, ce qui inquiète la FHF.

En conclusion, cette démarche incite à structurer davantage les relations entre acteurs et à renforcer la communication, ce qui est perçu comme positif, tout en veillant à éviter toute contrainte excessive imposant des alliances forcées. Les points clés à explorer restent la définition du modèle, la gestion des parcours, et les modalités d'application du « fast track ».

Monsieur Norbert IFRAH rappelle que le dispositif en place est programmé jusqu'en 2028. Le soutien prévu s'organisera en trois vagues, et les nombreuses candidatures déjà reçues constituent un signe encourageant. Un effort spécifique se concentrera sur l'analyse des cinq cancers les plus fréquents, afin de préserver les candidats de situations irréalistes. Le modèle développé intégrera progressivement d'autres types de cancers, avec pour objectif central non pas de stimuler une compétition entre établissements performants, mais de réduire la mortalité dans des zones telles que la Hongrie, la Croatie, la Slovaquie ou la Pologne. Cette logique vaut également pour des territoires plus proches, parfois situés à quelques kilomètres seulement d'un lieu bien doté.

Des critères de qualité, uniformes et en amélioration continue, accompagneront le dispositif. La mise en association entre structures se fera selon des modalités raisonnables. Même si l'échelle nationale exclut des associations dépourvues de cohérence, comme un partenariat direct entre Lille et Marseille, l'ouverture à l'inventivité demeure. L'intégration dans une candidature commune d'un établissement déjà accrédité avec un autre qui ne l'est pas figure parmi les scénarios envisagés, permettant une montée en compétence progressive grâce au transfert d'expérience. En France, les disparités observées relèvent le plus souvent de l'organisation plutôt que de la qualité intrinsèque des soins, et aucune grande région ne présente de mortalité structurellement problématique.

Monsieur Yvan de LAUNOIT s'associe aux félicitations exprimées pour le travail réalisé et l'engagement dans ce réseau européen. La question posée porte sur une nuance sémantique : l'usage du terme CCC fait référence à un modèle issu des Comprehensive Cancer Centers américains, déjà intégré en France dans la logique des SIRIC depuis 2012, avec cette intégration depuis la recherche d'amont jusqu'à l'application clinique.

L'interrogation porte sur les 17 centres allemands mentionnés : couvrent-ils l'ensemble du territoire ou suivent-ils un modèle proche des SIRIC français, centrés sur l'excellence scientifique et organisationnelle, avec pour conséquence une forte concentration sur Paris ?

Monsieur Thomas DUBOIS décrit le fonctionnement du système de certification allemand, ancré dans une organisation fédérale très régionalisée. La certification existe depuis vingt ans, avec un premier niveau centré sur les soins, appliqué à une logique territoriale fine. Cette démarche va jusqu'à certifier chaque acteur impliqué dans un parcours de soins par organe, depuis l'établissement de référence jusqu'aux professionnels concernés. Un second niveau correspond aux CCC, orientés vers la recherche, qui ouvrent droit à un financement dédié, similaire au modèle américain. Ce dispositif correspond globalement aux SIRIC français mais conserve un socle initial consacré aux soins, ce qui le distingue des SIRIC, uniquement axés sur la recherche.

Monsieur Norbert IFRAH estime que le processus engagé s'étendra de manière incrémentale sur une vingtaine d'années. La lettre de mission fixe comme priorité de garantir un accès minimal à la recherche clinique et à l'innovation dans des pays où cet accès est inexistant, ainsi que d'améliorer le niveau de soins dans chaque CCC. La finalité réside dans la création de structures à double vocation : soins et recherche, comparables aux Comprehensive Cancer Centers américains et aux SIRIC, mais avec un champ élargi. Les SIRIC actuels se limitent à trois projets de recherche clinique et fondamentale par site, alors que l'ambition est ici plus vaste.

Monsieur Didier SAMUEL souhaite savoir si les grands centres anticancéreux participent individuellement ou collectivement à ce dispositif.

Monsieur Norbert IFRAH précise que la participation dépend des centres : l'Institut Curie, Gustave Roussy et l'Institut de Cancérologie de l'Ouest (ICO) se présentent chacun séparément. L'ICO regroupe les sites d'Angers et de Nantes, le site officiel étant à Angers, et envisage éventuellement une coopération avec Rennes. À ce jour, la candidature portée par Mario Campone demeure individuelle. L'Institut Paoli-Calmettes réfléchit encore à sa position, tandis que l'IUCT-Oncopole ne se sent pas prêt et s'orientera vers une candidature collective ou retardée. Plusieurs établissements hésitent entre diverses formes d'association : hôpital avec centre de lutte, hôpitaux entre eux, ou centres de lutte entre eux. Cette prudence devrait s'atténuer avec le temps. La première vague compte déjà huit candidatures solides.

Monsieur Didier SAMUEL s'enquiert de l'utilisation du financement global de 90 millions

d'euros.

Monsieur Thomas DUBOIS détaille la répartition du budget. Environ 25 millions d'euros sont destinés à des projets pilotes, certains restant limités à trois ou quatre centres, d'autres extensibles à 15 centres sur huit domaines stratégiques. Les activités de renforcement de capacités bénéficient d'environ 10 millions d'euros. La certification mobilise également 10 millions. Une partie significative des dépenses concerne les ressources humaines : un centre engagé dans le projet voit ses heures de travail remboursées à hauteur de 80 %. Avec près de 200 organisations impliquées et environ un millier de personnes participant, la masse salariale constitue un poste budgétaire majeur. Aucun financement d'infrastructure n'a été demandé à ce stade mais la structuration du réseau européen pourrait ensuite ouvrir l'accès à des financements structurels, particulièrement pour certains centres situés dans l'Est.

Monsieur Didier SAMUEL considère l'idée d'un réseau européen intéressante mais s'interroge sur son impact concret pour améliorer l'accès aux soins.

Monsieur Norbert IFRAH espère que l'organisation des groupements se centrera sur cet objectif. Les attentes autour du plan cancer européen doivent néanmoins rester mesurées : le budget total de 4 milliards d'euros sur dix ans pour toute l'Europe reste limité. L'intérêt réside moins dans les financements immédiats que dans la volonté commune de structurer et harmoniser l'accès et la qualité des soins, en ciblant en priorité les régions les plus fragiles. À long terme – quinze à vingt ans –, les centres ou réseaux accrédités pourront bénéficier d'un avantage pour candidater à des appels d'offres européens dans le domaine de la recherche clinique ou translationnelle, ce qui représentera alors un enjeu stratégique majeur.

Monsieur Nicolas ALBIN formule deux remarques et deux questions concernant le projet en discussion. Ce dernier présente l'intérêt de rééquilibrer les relations et les capacités entre l'Europe de l'Est et l'Europe de l'Ouest. Toutefois, un climat de crispation transparaît au sein des fédérations ainsi que dans les échanges entendus. L'enjeu majeur réside dans la capacité à fédérer les acteurs, encourager leur coopération, favoriser le regroupement et l'exploitation mutuelle des expériences et des différences de chacun afin de bâtir un projet commun. La dimension de labellisation induit cependant une tension : l'obtention du label devient un objectif en soi, parfois au détriment de l'esprit initial de coopération visant un progrès partagé.

La seconde remarque, entendue à plusieurs reprises et formulée sous diverses formes, souligne le caractère très « top-down » de l'organisation. Un centre pour quatre à cinq millions de personnes rend difficile l'intégration des structures locales et des territoires comme par exemple une CPTS, dans un dispositif aussi centralisé. Ces nouvelles organisations doivent aussi intégrer et favoriser l'accès aux soins, ce qui constitue une contrainte importante lorsque l'on prétend couvrir un territoire aussi vaste avec un seul centre.

La première question porte sur la lourdeur des critères, jugés particulièrement contraignants.

Le dossier apparaît complexe, avec un volume conséquent de critères à satisfaire. Or, au moment où le système manque de professionnels pour traiter les patients, mobiliser une grande partie des ressources humaines pour l'évaluation pourrait poser un problème.

La deuxième question concerne un autre projet, porté par la Mission Cancer, légèrement en retrait par rapport aux Comprehensive Cancer Centers nommé CCI4EU. La complexité européenne se reflète ici dans la multiplicité des initiatives : la Direction générale de la recherche et de l'innovation est sollicitée pour ce projet de Comprehensive Cancer Infrastructure, elle-même en retard. La lisibilité globale de ces projets reste faible et la compréhension de l'ensemble est difficile à appréhender.

Monsieur Norbert IFRAH estime qu'en concentrant trop le regard sur les difficultés opérationnelles, la perception immédiate devient négative, alors qu'un examen plus éloigné révèle un sens stratégique de long terme.

Les réunions comptant 31 participants illustrent cette complexité : chaque personne expose ses vues en début et fin de séance, ce qui laisse peu de temps effectif pour avancer concrètement. Cette organisation peut être perçue comme incompréhensible par certains partenaires, notamment allemands. Mission Cancer Europe se révèle naturellement plus élitiste, centrée sur la recherche pure et impliquant uniquement les États disposant de crédibilité et d'infrastructures solides dans ce domaine. La situation montre que la France ne figure pas toujours parmi les mieux positionnés, malgré un soutien fort du ministère de la recherche. L'objectif actuel consiste à faire progresser les Comprehensive Cancer Centers. La simplification annoncée passera par une approche pragmatique.

Les critères OECD, très stricts initialement, ont suscité la surprise voire l'incompréhension. Cependant, la quasi-totalité des centres de lutte contre le cancer et certains CHU ont pris les mesures nécessaires pour franchir cette étape, améliorant leur niveau global, notamment dans leurs points faibles. Afficher une ambition, en dépit des contraintes, reste salubre. Les associations appelées à se constituer devraient progressivement élever la qualité dans différents secteurs, même avant l'accréditation.

L'expérience des hôpitaux universitaires du Grand Ouest illustre l'évolution possible : au départ, leurs relations étaient marquées par la méfiance et la compétition. Vingt ans plus tard, la mobilité interne est facilitée, les projets communs exigent la participation d'une majorité des établissements de la zone, et l'identité commune d'HUGO prime sur celle de chaque CHU. Ce succès ne s'est construit qu'avec du temps, alternant moments de solitude et tensions, pour aboutir à une unité efficiente. Ainsi, il apparaît indispensable de viser une réduction des disparités de mortalité en Europe, qu'il s'agisse du cancer du sein ou d'autres pathologies, et de rendre inacceptable le maintien d'écarts aussi importants entre pays.

Monsieur Philippe BERGEROT exprime une remarque à contre-courant, en soulignant le rôle

central de la prévention dans la lutte contre le cancer. Les pays comme la France, l'Espagne ou la Suède bénéficient d'une mortalité relativement basse mais la prévention y reste négligée. En France, la fréquence du cancer du sein augmente sensiblement par rapport à d'autres pays, ce qui interroge sur les stratégies mises en œuvre. Les efforts déployés vers l'Europe de l'Est pour réduire la mortalité devraient inclure un volet dédié aux facteurs de risque. Il s'avère nécessaire de ne pas se limiter aux aspects de recherche et de soin : la prévention doit bénéficier de financements spécifiques. Actuellement, elle ne représente que 2,5 % du budget en France, ce qui demeure dérisoire. La question posée concerne donc l'existence d'un financement prévu pour intégrer des mesures de prévention aux programmes en cours, afin de compléter efficacement les initiatives de recherche et de soins.

Monsieur Norbert IFRAH précise que l'accréditation OECl ne constitue pas la finalité exclusive du projet européen, car plusieurs dimensions supplémentaires, notamment la prévention, sont intégrées dans les critères des Comprehensive Cancer Centers européens. Ces aspects ne figuraient pas traditionnellement partie des missions principales ou des capacités des CHU et des CLCC jusqu'à récemment. Certains points nécessitent donc un approfondissement et un travail supplémentaire et la prévention en fait partie. Malgré l'ampleur des tâches à accomplir, qui ne pourront toutes être menées à terme en quatre ans, cette étape peut servir de tremplin. L'efficacité dépendra toutefois de la capacité des acteurs à consacrer du temps à construire ensemble plutôt qu'à maintenir des relations tendues et à s'échanger des courriels conflictuels.

Monsieur Norbert IFRAH adresse ses remerciements appuyés à Monsieur Thomas DUBOIS et à l'ensemble de l'équipe pour la qualité du travail accompli et la pertinence de la présentation.

Monsieur Norbert IFRAH informe que la prochaine réunion du Conseil d'administration se tiendra le mardi 16 décembre de 14 heures à 17 heures.

La séance est levée.

\*\*\*\*\*

Monsieur Norbert IFRAH

Président