

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

X I V ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission des affaires sociales

- Audition, ouverte à la presse, de Mme Anne Burstin, inspectrice générale des affaires sociales, dont la désignation à la direction générale de l'Institut national du cancer (INCa) est envisagée (application de l'article L. 1451-1 du code de la santé publique)..... 2
- Informations relatives à la Commission 14
- Présences en réunion..... 15

Mercredi

4 juillet 2012

Séance de 10 heures 30

Compte rendu n° 02

SESSION EXTRAORDINAIRE DE 2011-2012

**Présidence de
Mme Catherine
Lemorton,
*Présidente***



COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

Mercredi 4 juillet 2012

La séance est ouverte à dix heures trente.

(Présidence de Mme Catherine Lemorton, présidente de la Commission)

La commission des affaires sociales procède à l'audition, ouverte à la presse, de Mme Anne Burstin, inspectrice générale des affaires sociales, dont la désignation à la direction générale de l'Institut national du cancer (INCa) est envisagée en application de l'article L. 1451—1 du code de la santé publique.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Mes chers collègues, l'audition de Mme Anne Burstin a lieu en application de l'article L. 1451-1 du code de la santé publique. Cet article a été introduit par la loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé, dans le but d'accroître la transparence des liens d'intérêt à la tête d'un certain nombre d'instances chargées de la santé – dont l'Institut national du cancer ; il prévoit notamment que les présidents, directeurs généraux et directeurs de neuf instances sont auditionnés par le Parlement avant leur nomination. Cette procédure est distincte de celle prévue par l'article 13 de la Constitution : on ne demande pas l'avis des commissions compétentes et la présente audition ne sera donc pas suivie d'un vote.

L'INCa a une double mission : d'une part, développer l'expertise en matière de cancérologie, d'autre part, programmer, financer et évaluer des projets de recherche. Il est en outre chargé du suivi de la mise en œuvre du plan Cancer 2009-2013. Il est présidé, depuis mai 2011, par Mme Agnès Buzyn, professeure d'hématologie.

Après avoir entendu son propos liminaire, les représentants des groupes puis les autres commissaires pourront poser des questions à Mme Burstin. Le bureau de la commission, qui s'est réuni ce matin, a décidé que les interventions en commission doivent être courtes. Je vous demande donc de faire preuve de concision – et si un collègue a déjà posé votre question, il est inutile de prendre la parole ! Par avance, je vous en remercie.

Mme Anne Burstin, inspectrice générale des affaires sociales. Je retracerai dans un premier temps mon parcours professionnel, puis j'indiquerai les raisons pour lesquelles je postule à la fonction de directeur général de l'INCa, avant de présenter les enjeux liés à ce poste et mes projets en la matière.

Je suis inspectrice générale des affaires sociales, actuellement en poste à l'inspection générale (IGAS). Mon intérêt pour les politiques de santé m'a conduit à opter pour ce corps à la sortie de l'ENA, il y a 17 ans ; il a depuis structuré l'essentiel de mon parcours professionnel, mené en alternance à l'IGAS et dans des postes opérationnels.

À l'IGAS, j'ai conduit plusieurs missions d'inspection et d'évaluation des politiques de santé : sur les greffes, les dons d'ovocytes ou, plus récemment, la mise en œuvre des politiques de santé-environnement par les agences régionales de santé (ARS). Je coordonne actuellement le rapport annuel sur l'hôpital, qui devrait paraître à l'automne. J'ai aussi contrôlé des structures hospitalières et des centres de sécurité sociale. Enfin, je suis membre de la structure collégiale qui coordonne la démarche qualité au sein de l'IGAS dans le champ

de la santé ; comme ce collège compulse la totalité des rapports consacrés aux politiques de santé, cela me permet de disposer d'une vue d'ensemble du sujet.

Mon premier poste opérationnel m'a conduit à être, de 2000 à 2003, directrice adjointe de la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) d'Aquitaine, chargée du pôle Santé. Ce fut une expérience fondatrice pour moi, en termes tant de connaissance des politiques de santé que de management, puisque j'eus à cette occasion à traiter – en liaison avec l'agence régionale de l'hospitalisation – de l'organisation de l'offre de soins, des relations avec les établissements de santé, des questions de sécurité sanitaire et d'inspection, et de l'animation des politiques régionales de santé. À ce titre, j'ai piloté la mise en œuvre régionale du premier plan Cancer, au moment où se mettaient en place les politiques de dépistage.

Ensuite, après un rapide passage à l'inspection générale, j'ai été nommée à un autre poste opérationnel : directrice adjointe de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), jusqu'en juin 2008. Cette expérience m'a permis d'approfondir mes connaissances en matière de sécurité sanitaire, de me familiariser avec le monde complexe des produits de santé et de faire l'apprentissage de la gestion de l'urgence au quotidien. Je me suis initiée à de nouveaux domaines, comme la recherche clinique ; j'ai piloté le projet sur l'accompagnement de l'innovation, qui traitait de questions pointues comme les produits complexes ou l'association entre les médicaments et les dispositifs médicaux, mais qui visait aussi à développer les relations de l'Agence avec les petites entreprises de biotechnologie – lesquelles avaient quelques difficultés à se frayer un chemin dans les processus réglementaires. Je pense que cette expérience sera un atout pour mes futures fonctions à l'INCa, eu égard à l'importance de l'innovation et de l'accès aux produits innovants dans le domaine de la lutte contre le cancer.

Au terme de ce parcours, je pense avoir acquis une bonne connaissance des politiques de santé et de leurs acteurs, tant au plan national que régional, ainsi qu'une certaine pratique des relations avec les professionnels de santé et les associations de patients, qui sont très actives dans la lutte contre le cancer.

Pourquoi poser ma candidature au poste de directeur général de l'INCa ? Pour quelqu'un qui, comme moi, est passionné par les politiques de santé, participer à la lutte contre le premier fléau sanitaire en France – plus de 150 000 décès par an ! – est un défi majeur. La politique de lutte contre le cancer offre des marges de progrès significatives ; nous pouvons faire progresser et la science et la prise en charge des patients.

L'institut précise en outre une singularité : il s'agit de la seule agence dédiée à une pathologie. De ce fait, il englobe toutes les facettes de la politique de santé : recherche clinique, recherche fondamentale, information des patients et des professionnels de santé, organisation du système de soins, prévention, prise en charge après traitement, réinsertions sociale et professionnelle. Au cours de ma carrière professionnelle, j'ai déjà pu mesurer que de telles missions transversales étaient délicates à mener, mais déterminantes pour le succès des politiques de santé.

L'INCa est d'autant mieux placée pour surmonter les cloisonnements et les difficultés de communication qu'il s'agit d'une structure juridique particulière, à savoir un groupement d'intérêt public dont la mission est de réunir l'ensemble des acteurs de la lutte contre le cancer et de favoriser les projets conjoints de recherche, de soins et de prévention. Ce partenariat avec les organismes de recherche, les fédérations d'établissements de santé, les

professionnels de santé et les associations de patients – comme la Ligue contre le cancer ou la Fondation ARC pour la recherche sur le cancer – est pour moi un aspect très intéressant.

Enfin, l'INCa est une structure de taille moyenne, ce qui correspond à mes attentes en tant que manager, et notamment à mon goût du travail en équipe.

Avant d'en venir aux enjeux du poste et à mes projets, je voudrais souligner la spécificité de la gouvernance de l'INCa. Comme Mme la présidente l'a signalé, il y a une présidente – Mme Agnès Buzyn, professeure de médecine, qui a été nommée à l'été 2011, et un directeur général de formation plus administrative – poste auquel je prétends. La présidente actuelle a défini un certain nombre de stratégies, notamment en matière de recherche, qui est son champ de prédilection. Le directeur général est plus particulièrement chargé de la gestion de l'institut. À ce titre, je devrai poursuivre la consolidation de celle-ci et maîtriser les risques tant comptables et financiers qu'opérationnels ; dans le prolongement de la loi du 29 décembre 2011, il me faudra être attentive à la qualité et à l'indépendance des processus d'expertise et d'appel à projets ; et, en tant que responsable du suivi de la mise en œuvre du plan Cancer, je serai également mobilisée sur les principaux volets de celui-ci.

L'INCa est un des protagonistes de ce plan, d'abord parce qu'il a été créé pour coordonner la politique de lutte contre le cancer, ensuite parce qu'il pilote plus de la moitié des actions du plan 2009-2013. J'espère que celui-ci sera prolongé par un troisième plan, car cela permettrait de donner à la lutte contre le cancer une feuille de route ambitieuse et méthodique – le but ultime étant de diminuer l'incidence des cancers, de réduire leur mortalité et d'améliorer la qualité de vie des personnes. Si l'incidence continue, hélas, à progresser, en revanche les résultats sont meilleurs en termes de mortalité : il est de plus en plus souvent possible de guérir d'un cancer, et les taux de survie à cinq ans s'accroissent, notamment pour les cancers les plus fréquents, comme le cancer du sein ou le cancer de la prostate.

Pour atteindre ces objectifs, plusieurs priorités ont été arrêtées. La première, qui tient particulièrement à cœur à la présidente, est de faire en sorte que les découvertes scientifiques bénéficient plus rapidement aux patients, en accélérant le passage de la recherche fondamentale à la recherche clinique et de la recherche clinique au soin. Pour ce faire, il conviendra d'inclure le plus grand nombre de patients possible dans les essais cliniques et d'intégrer les activités de recherche fondamentale et de recherche clinique dans des structures dédiées : les sites de recherche intégrée sur le cancer (SIRIC), aujourd'hui au nombre de cinq.

Seconde priorité, lutter contre les inégalités sociales et géographiques, afin de garantir pour tous l'accès à des actions de santé de qualité et à l'innovation. La présidente et moi-même sommes particulièrement attachées à cette action, parce que nous avons conscience qu'il existe de fortes inégalités en matière de prévention, d'accès aux soins et de prise en charge après le traitement, et qu'il importe d'y remédier.

Troisième priorité, amplifier la personnalisation des parcours de prise en charge. Les thérapeutiques en matière de lutte contre le cancer sont de plus en plus ciblées en fonction des caractéristiques des tumeurs et des patrimoines génétiques des malades, de manière à leur proposer un traitement personnalisé et à éviter les traitements trop lourds et contraignants. Les progrès sont rapides, mais la personnalisation doit concerner, outre les parcours de soins, la prévention, la prise en charge sociale et l'accompagnement tout au long de la maladie.

Quatrième et dernière priorité, optimiser la relation ville-hôpital en matière de prise en charge des patients. Il convient en particulier de s'appuyer sur le médecin traitant – qui

joue un rôle fondamental dans le dépistage – en amont mais aussi en aval de l’hôpital, en facilitant l’accès rapide des malades aux prises en charge et en associant le médecin traitant à la sortie de l’hôpital, de manière à assurer correctement le relais.

Au-delà, je suis très attachée aux droits des patients et à la démocratie sanitaire. La politique de lutte contre le cancer a permis de bien progresser sur le sujet, notamment dans le cadre du travail sur l’annonce – ô combien délicate ! – du diagnostic de cancer : un effort important, et régulièrement évalué, a été fourni afin d’améliorer les conditions d’annonce, de préserver l’intimité de la personne et d’associer les proches. En outre, le comité des patients et des proches permet à ces derniers d’être impliqués dans les grandes orientations et consultés sur un certain nombre de documents. Enfin, la plateforme *Cancer Info* bénéficie du caractère transversal de l’INCa : sur ce site sont mises à jour l’ensemble des informations disponibles en matière de cancer, qu’il s’agisse de la prévention ou de la prise en charge, ce qui permet aux malades de préserver leur autonomie et d’exprimer leur point de vue.

De ces enjeux stratégiques découlent des enjeux opérationnels immédiats. D’abord, il convient de continuer à concevoir des actions innovantes, expérimentales et transversales en matière de prise en charge et de prévention, de les expérimenter sur le terrain, et de bénéficier des retours d’expérience des professionnels de santé et des usagers avant de se prononcer sur une possible généralisation. Cette méthode me semble pertinente, et doit s’accompagner d’un renforcement des liens avec les autres acteurs de la lutte contre le cancer – ce qui relève plus particulièrement de la responsabilité du directeur général. Il faudrait notamment renforcer l’articulation entre l’échelon national et l’échelon régional, car les agences régionales de santé ayant été créées après le lancement du plan Cancer II, leurs relations avec l’échelon national n’ont pas toujours été formalisées. Il s’agit d’un chantier prioritaire, et ma connaissance du niveau régional sera dans ce domaine un atout.

Voilà les magnifiques chantiers auxquels je serai fière de prendre part si j’ai la chance d’être nommée à la tête de l’INCa.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Merci, madame, de nous avoir fait partager votre enthousiasme.

Oui, le cancer est un enjeu de santé publique. Il existe des inégalités criantes, notamment en matière de prévention, de dépistage et de vaccination. Vous arrivez à ce poste au moment où la presse se fait l’écho de controverses sur l’intérêt du dépistage systématique du cancer de la prostate et du cancer du sein. Nos concitoyens se posent des questions. Sans doute faudra-t-il faire preuve de pédagogie.

Je rappelle aussi qu’un vif débat avait opposé la majorité et l’opposition de l’époque lorsqu’il s’était agi de sortir du régime des affections de longue durée, prises en charge à 100 %, les personnes dont on pensait au bout de cinq ans qu’elles étaient guéries de leur cancer.

M. Gérard Bapt. Madame Burstin, je note dans votre curriculum vitae que vous avez été l’adjointe du directeur général de cette agence entre 2006 et 2008. Il s’agit d’une période importante, durant laquelle cette agence a eu à mener des travaux sur le *Médiateur*[®]. À votre poste, avez-vous eu connaissance de ce dossier et d’éventuels liens – si l’on en croit *Le Canard enchaîné* – entre le directeur général de l’agence et une conseillère directe du président Servier ?

À l'AFSSAPS, vous étiez chargée de l'animation de la réflexion sur les processus d'expertise et du pilotage de la gestion des conflits d'intérêt. Quelles conclusions tirez-vous de cette expérience après la faillite totale de l'AFSSAPS dans ce domaine ? À l'INCa, vous serez, en effet, de nouveau confrontée à la question des conflits d'intérêt !

Vous avez rédigé un excellent rapport sur la mise en œuvre des politiques de santé-environnement par les agences régionales de santé, qui montrait que la moitié d'entre elles avaient considéré les services de santé-environnement comme des variables d'ajustement, notamment en termes d'emploi et d'action. Le précédent Gouvernement avait-il commencé à en tirer des leçons ?

M. Dominique Dord. Madame Burstin, pourriez-vous nous en dire davantage sur les moyens actuels de l'INCa ?

Madame la présidente, nous sommes au tout début de la législature. Ceux d'entre nous qui siégeaient à la commission des affaires sociales pendant la précédente législature savent que la participation y est forte, mais que, revers de la médaille, nos débats ont tendance à s'éterniser. Par conséquent, je serais favorable à ce que nous nous mettions d'accord sur un format d'intervention. Je vous fais la proposition suivante : suivre l'exemple de l'hémicycle où, lors des séances de questions au Gouvernement, le temps de parole est limité à deux minutes et demie ; ceux dont les interventions dépasseraient ce temps pourraient transmettre au secrétariat de la commission une note de cinq à dix lignes à intégrer au compte rendu. Ainsi, nous pourrions tous nous exprimer sans que nos débats traînent en longueur !

Mme la présidente Catherine Lemorton. Monsieur Dord, le bureau a statué sur ces questions avant le début de la réunion. Il a décidé que les orateurs s'exprimant au nom de leur groupe pourraient prendre la parole durant cinq minutes, et ceux intervenant à titre individuel durant deux minutes. De plus, en ouvrant la séance, j'ai bien précisé que si un collègue avait déjà posé la même question, on pouvait s'abstenir de prendre la parole. Quant à déposer un texte par écrit, cela ne s'est jamais fait, ni en commission, ni en séance publique d'ailleurs !

M. Dominique Dord. Dans la précédente assemblée, il y avait moins de groupes politiques. Si vous accordez cinq minutes aux représentants des six groupes, on aura une demi-heure de débat avant de pouvoir s'exprimer individuellement ! À mon avis, il faudra revoir la question.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Je le répète : le bureau a statué ce matin – à l'unanimité. Chaque groupe aura droit à cinq minutes, y compris les groupes minoritaires – à charge pour les groupes de fonctionner de manière collégiale ! L'essentiel devra être dit durant ce laps de temps, chacun pouvant ensuite apporter sa touche personnelle durant deux minutes.

M. Christian Hutin. Madame Burstin, vous avez été chargée du pilotage et de l'animation de la mise en œuvre du plan Cancer en région Aquitaine. Y a-t-il eu une coordination avec les organismes s'occupant des facteurs de risques, comme les associations intervenant dans le cadre des plans de surveillance de la qualité de l'air, les secrétariats permanents de la prévention des pollutions industrielles ou les commissions locales d'information mises en place autour des installations nucléaires ? Comptez-vous développer une telle coordination ?

Il existe aussi des risques liés au travail. Après l'amiante, d'autres drames surviendront dans les prochaines années. Je pense, par exemple, aux effets des pesticides sur les agriculteurs – même si l'on n'en est pas encore conscient, puisque la surveillance des facteurs de risque n'est pas obligatoire, elle ne se fait que grâce aux subventions de certaines régions, sur la base du volontariat. Je pense, également, à la qualité de l'air intérieur, dont on parle rarement. Il y aurait tant de choses à faire dans ces domaines ! Les particules fines vont être un problème de santé publique majeur, et plusieurs dizaines de milliers de personnes mourront prématurément dans les prochaines années !

M. Jean-Pierre Door. Madame Burstin, nous n'avons aucune raison de ne pas vous faire confiance. Vous n'avez pas le même profil que vos prédécesseurs, puisque vous n'êtes pas médecin, mais ce n'est pas une tare ! On connaît les enjeux qui vous attendent : il s'agira d'atteindre non seulement des objectifs scientifiques, liés à la prévention, aux traitements et à la recherche, mais aussi des objectifs financiers. De surcroît, vous aurez la responsabilité de la gestion et du suivi de la mise en œuvre du plan Cancer, qui va s'achever en 2013 – c'est-à-dire demain. Il semble indispensable de poursuivre l'effort dans ce domaine. Comptez-vous établir un nouveau plan ? Avez-vous déjà évalué vos besoins en matière de personnel et de finances ? Un article du *Figaro* de ce jour montre que nombre d'actes ou de traitements peuvent être considérés comme peu utiles : avez-vous défini le bon usage en la matière, de façon à persévérer dans la maîtrise des dépenses de santé ?

M. Bernard Perrut. L'INCa est à la fois une agence d'expertise dans le champ des cancers et une agence d'objectifs et de moyens dédiée à la cancérologie. Vous serez donc amenée à organiser des appels à projets et des appels à candidatures sur des projets de recherche. Quelles seront vos priorités dans ce domaine ?

Le bilan du Comité national de suivi des mesures pour la radiothérapie, qui avait été mis en place en 2008, a été publié il y a quelques jours. Pourriez-vous nous en dire quelques mots ?

La précédente majorité avait mis en œuvre le plan Cancer 2009-2013, avec des moyens importants et trois thèmes transversaux prioritaires : une meilleure prise en compte des inégalités de santé pour assurer plus d'équité et d'efficacité dans les mesures de lutte contre les cancers ; l'analyse et la prise en compte des facteurs individuels et environnementaux pour personnaliser la prise en charge avant, pendant et après la maladie ; le renforcement du rôle du médecin traitant à tous les moments de la prise en charge pour permettre une meilleure vie pendant et après la maladie. Quel regard portez-vous sur ce plan ? Avez-vous des projets pour l'avenir ?

Mme Gisèle Biémouret. La « loi HPST », relative à l'hôpital, aux patients, à la santé et aux territoires, a confié aux agences régionales de santé une compétence en matière de prévention pour la santé. Quelle place doit occuper l'INCa dans ce domaine ?

M. Arnaud Robinet. Vous avez rappelé les missions principales de l'Institut – informer, garantir le parcours de soins, promouvoir la recherche et l'innovation – ainsi que les trois principaux axes du Plan cancer 2009-2013 : transfert de la recherche vers le soin, garantie de l'accès aux soins et mise en avant du rôle du médecin traitant dans l'accompagnement.

Si vous dirigez l'INCa, quels seront vos liens avec la nouvelle Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, l'ANSM ? Quelles procédures permettraient

de garantir l'indépendance et l'exemplarité des experts qui participeront aux différentes études ?

Comment allez-vous articuler votre action en faveur de la recherche et de l'innovation avec celle des agences régionales de santé et des différents organismes de recherche comme le Centre national de la recherche scientifique (CNRS) et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) ?

Si la France est performante en matière de soins et de formation du personnel médical, elle connaît au contraire un retard s'agissant de la prévention. Quels sont vos objectifs en ce domaine ?

Enfin, en matière de cancer, il y a l'avant – la prévention –, mais aussi l'après. Quelles mesures souhaiteriez-vous mettre en place pour répondre aux difficultés que connaissent les patients après leur guérison, favoriser leur insertion professionnelle et améliorer leur qualité de vie ?

Mme Barbara Romagnan. Comment comptez-vous lutter contre les inégalités d'accès à la santé ? Lorsqu'une politique publique est appliquée de façon indifférenciée, elle n'atteint pas certains publics parmi les plus éloignés. Par exemple si, en moyenne, le taux de dépistage du cancer du sein est plutôt bon, les femmes les plus pauvres ou celles qui sont d'origine étrangère y ont moins facilement accès. Les raisons ne sont pas nécessairement d'ordre financier ; elles peuvent être culturelles, concerner le rapport au corps ou l'accès à l'information.

M. Bernard Accoyer. Ma question concerne les liens entre « vérité scientifique et démocratie » – pour reprendre le titre d'un colloque organisé à l'Assemblée lors de la précédente législature – et leurs conséquences sur nos choix en matière de programmes de recherche. Je pense notamment aux dérives entraînées par l'introduction, en 2005, du principe de précaution dans notre constitution : la moindre suspicion d'un effet cancérigène, même si elle ne fait l'objet d'aucune preuve absolue, donne lieu à d'incessants débats, polémiques et postures politiques, qui compromettent les avancées scientifiques et nuisent à l'objectivité.

La manipulation des peurs autour du principe de précaution a mis la France dans une situation particulière. Elle conduit à perturber la recherche et à retarder l'accès à des thérapies prometteuses en matière de lutte contre le cancer – je pense en particulier aux nanotechnologies. Quelle est votre opinion à ce sujet ?

Mme la présidente Catherine Lemorton. M. Christian Paul donne l'exemple : il renonce à prendre la parole, la question qu'il souhaitait poser ayant déjà été abordée.

Mme Sylviane Bulteau. Vous avez évoqué la nécessité de fédérer les acteurs de la lutte contre le cancer. Comment comptez-vous vous y prendre, en particulier s'agissant des collectivités locales – comme les régions ou les départements – qui ont engagé des actions en ce domaine ?

De même, quels liens pensez-vous nouer avec les acteurs locaux – associations de prévention, observatoires régionaux de la santé, registres des cancers –, qui se sentent trop souvent isolés ?

Enfin, à côté du comité des patients, existe-t-il un comité des associations ?

Mme Isabelle Le Callennec. Certains organismes indépendants prétendent que la proximité de lignes à très haute tension est susceptible de développer des cancers, notamment chez les enfants, tandis que des experts estiment au contraire que ces installations ne posent pas de difficulté majeure. Il existe, dans ma région, une forte demande en faveur d'une étude épidémiologique sur les éventuelles conséquences sanitaires des lignes à haute tension. Les services santé-environnement des agences régionales de santé seraient-ils en mesure de se saisir d'un tel sujet, susceptible de concerner un grand nombre de personnes ?

M. Gérard Sébaoun. Qui évalue les pratiques des équipes pluridisciplinaires exerçant dans le champ de la cancérologie ? Est-ce l'INCa ou d'autres organismes ? L'institut élabore-t-il les processus d'évaluation ? Je pose la question en songeant en particulier à la catastrophe survenue dans le service de radiothérapie d'Épinal.

Mme Anne Burstin. Je tenterai de répondre dans la mesure du possible à toutes vos questions, même si, n'étant pas médecin, certaines d'entre elles sont à la limite de ma compétence. C'est tout l'intérêt du binôme constitué par la direction générale de l'institut et sa présidence, aujourd'hui assurée par une hématologue.

La lutte contre les inégalités, notamment en matière de dépistage, est une des priorités de l'INCa. Il est vrai que certaines populations – personnes défavorisées ou d'origine étrangère – bénéficient peu du dépistage organisé du cancer du sein. D'une manière générale, seules 53 % des femmes de la classe d'âge concernée – c'est-à-dire entre 50 et 74 ans – ont accès à ce dépistage, ce qui reste insuffisant. Il convient d'en comprendre les raisons, grâce à une analyse fine par territoire, et d'identifier plus précisément les catégories de population qui ne se mobilisent pas, celles qui ont des difficultés à bénéficier de telles prises en charge. On les trouve en particulier dans les quartiers, dans le monde agricole ou parmi les personnes d'origine étrangère. C'est pourquoi certaines expérimentations innovantes ont été lancées avec la Mutualité sociale agricole ou l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (ACSé). C'est un des aspects du processus de personnalisation dont je parlais à l'instant : il s'agit de comprendre les facteurs de blocage, les raisons pour lesquelles certaines personnes placent la santé au second rang de leurs priorités.

M. Bapt m'a interrogé sur mon rôle à l'AFSSAPS à l'époque où celle-ci traitait le dossier du *Mediator*[®], entre 2006 et 2008. En raison du partage des rôles entre moi-même et le directeur général – indispensable compte tenu de la charge de travail à laquelle nous étions confrontés –, je suis restée à l'écart de cette affaire et suis donc incapable d'expliquer la façon dont elle s'est déroulée. En effet, mon parcours professionnel m'a plutôt amenée à gérer des situations d'urgence sanitaire – comme lors de la crise de la pharmacie Demours, au cours de laquelle des femmes sont tombées dans le coma après avoir abusé d'extraits thyroïdiens de porc mal dosés – ou à travailler sur des dossiers transversaux : projet d'établissement, accompagnement à l'innovation, équilibre entre évaluation interne et externe, prévention des conflits d'intérêts, etc. De son côté, le directeur général était en charge du processus réglementaire et signait à ce titre les autorisations de mise sur le marché.

De même, j'ai découvert bien après, par la presse, l'existence de relations entre M. Jean Marimbert et cette conseillère de Servier, et j'ignore tout à fait quelle était la nature de leurs liens – peut-être l'avait-il connue dans d'autres circonstances. La seule chose que je peux dire, pour avoir fréquenté M. Marimbert pendant un peu plus de deux ans, est que je suis convaincue de son intégrité.

Vous avez souligné mon investissement dans la gestion des liens d'intérêts et des conflits d'intérêts. Quoique l'on ait pu en penser ensuite, c'était, bien avant même mon arrivée, une des priorités de l'AFSSAPS : nous avons déjà l'habitude de publier les déclarations publiques d'intérêts – DPI – lorsque l'affaire que vous évoquez est survenue. J'avais même parfois l'impression de fouetter mes équipes en ce sens, tant nous étions conscients de l'importance de ce sujet. Mais recueillir des déclarations est une chose, et les exploiter en est une autre. Cela représentait une charge extrêmement lourde, et il était parfois difficile de confier aux évaluateurs un travail qu'ils considéraient comme étant d'abord d'ordre administratif, les dossiers d'évaluation scientifique étant prioritaires à leurs yeux. Je n'ai pourtant eu de cesse de leur expliquer à quel point cette préoccupation était fondamentale.

Une personne était d'ailleurs spécifiquement chargée de gérer cette question, tandis qu'une commission déontologique réfléchissait aux liens susceptibles d'influencer ou non la prise de décision. Nous avons également à cœur d'inciter les présidents de commission à écarter les experts dont la situation pouvait poser problème.

Il était cependant difficile d'expliquer à ces derniers que leur honnêteté n'était pas en cause, qu'il s'agissait avant tout d'une question d'indépendance objective, conformément à la fameuse théorie des apparences du Conseil d'État. En outre, en tant que personnel administratif, nous ne pouvions pas être présents dans toutes les commissions. Il fallait compter, enfin, sur les relations entre membres, la gêne que l'on peut éprouver à écarter un collègue dont l'honnêteté ne fait pas de doute. Pour toutes ces raisons, la gestion des liens d'intérêts n'a pas toujours été aussi exigeante que nous l'aurions souhaité. Si je dois assumer la direction de l'INCa, il est clair que je devrai faire preuve d'une plus grande vigueur et montrer plus de pédagogie sur ce sujet, afin que les règles soient appliquées sans défaut.

Mais l'enseignement que je tire de l'affaire du *Mediator*[®], c'est aussi l'importance d'un fonctionnement collégial et de la transparence, autant d'aspects que je souhaite privilégier au sein de l'Institut national du cancer. À l'AFSSAPS, nous étions plutôt en avance sur les textes, même si la mise en œuvre de cette transparence faisait l'objet de tâtonnements. Par exemple, nous avons parfois craint, en mettant en avant l'opinion minoritaire d'une personne, de l'exposer à une attention excessive, voire à des pressions. L'exemple de Servier n'a-t-il pas montré à quel point les relations avec les industriels pouvaient être violentes ? Pourtant, il est clair que de tels états d'âme ne doivent plus avoir cours : nous devons nous montrer plus déterminés.

Le rapport sur la mise en œuvre par les agences régionales de santé des politiques de santé-environnement était une initiative prise par l'IGAS sur ma suggestion. Après avoir abordé ces questions à la DRASS d'Aquitaine, je m'étais en effet convaincue que l'environnement constituait un déterminant essentiel de l'état de santé. Je souhaitais savoir si les agences régionales de santé s'étaient emparées du sujet, ce qu'elles ont fait de manière inégale. Pourtant, le groupe de travail constitué autour du préfet Ritter avait jugé décisif qu'une autorité de santé puisse exprimer, sur des problèmes mettant en jeu des intérêts contradictoires, un point de vue libre et indépendant. Dans notre rapport, nous avons donc insisté sur la responsabilité des agences, seules susceptibles de jouer un tel rôle. En effet, même si, dans ce domaine, le ministère de l'environnement tend à monter en puissance, il ne dispose pas de l'expertise d'ingénieurs spécialisés ou de médecins de santé publique, et n'a pas la connaissance des enjeux épidémiologiques nécessaires pour apprécier les situations de crise. Or, pour avoir travaillé, dans le cadre du rapport de l'IGAS, sur la question des sites pollués, je sais combien de tels enjeux vont gagner en importance.

Vous m'avez interrogée sur les conséquences de la publication de ce rapport. Le secrétariat général du ministère de la santé en a tenu compte dans l'élaboration des contrats d'objectifs et de moyens passés avec les agences régionales de santé, de façon à mieux structurer les orientations et à renforcer les partenariats entre agences. J'ai donc le sentiment que ce travail n'est pas resté sans effet.

J'évoquerai brièvement les moyens dont dispose l'INCa. Son budget est d'environ 100 millions d'euros, dont 45 sont consacrés à la recherche et 35 aux soins. L'effectif est pour l'instant d'environ 170 personnes, même si les arbitrages budgétaires en cours laissent craindre une réduction.

J'en viens à la coopération avec les acteurs de terrain dans le cadre du pilotage du Plan cancer, et en particulier au problème de la pollution de l'air. Les analyses européennes montrent toute l'importance de l'enjeu, puisque plusieurs millions de personnes, en Europe, décèdent du fait de cette forme de pollution. C'est pourquoi le rapport de l'IGAS soulignait la nécessité d'une vigilance accrue en ce domaine, tout comme il mettait l'accent sur les risques en matière de santé au travail. Tous ces enjeux sont d'ailleurs pris en compte par le plan national Santé-environnement (PNSE). Celui-ci donne ainsi la priorité à la connaissance des risques cancérigènes liés à certains produits utilisés au travail : vous avez évoqué les pesticides, mais on peut aussi citer le perchloréthylène employé dans les pressings. En tout état de cause, c'est bien un des rôles majeurs de l'INCa que de développer – en lien avec les instances internationales chargées de classer les substances en fonction du risque qu'elles entraînent – la recherche sur les déterminants de la maladie cancéreuse.

La qualité de l'air intérieur est également un des axes importants du plan national Santé-environnement, d'ailleurs bien repris par les différents programmes régionaux. Des référents en matière de qualité de l'air ont ainsi été mis en place, soit dans les agences régionales de santé, soit dans les directions régionales de l'environnement.

N'étant pas médecin, les questions de bon usage et d'encadrement des actes et des prises en charge ne seront évidemment pas de ma responsabilité. Mais l'institut dispose d'experts très compétents en ce domaine, et un des axes importants de son action consiste, en lien étroit avec la Haute Autorité de santé, à élaborer les référentiels nécessaires. S'il lui appartient de définir les bonnes pratiques, il laisse toutefois à d'autres acteurs – notamment aux agences régionales de santé – la responsabilité de les évaluer.

En ce qui concerne les appels à projets, les priorités concernent avant tout ce que nous appelons la recherche translationnelle, c'est-à-dire le transfert aussi rapide que possible de la recherche fondamentale vers la recherche clinique. C'est la vocation première des Sites de recherche intégrée sur le cancer (SIRIC) : rapprocher les équipes de façon à accélérer la diffusion des connaissances.

Les essais précoces, visant à faire bénéficier les patients, le plus en amont possible, des thérapies innovantes, constituent une autre priorité. Dans ce domaine, l'INCa a joué un rôle de pionnier, reconnu au niveau international, en mettant en place sur l'ensemble du territoire dix-huit plateformes génétiques moléculaires destinées à analyser les caractéristiques génétiques d'une tumeur et à mettre au point des traitements personnalisés. Il a également financé l'accès à ces tests lorsqu'ils n'étaient pas encore remboursés, du fait de l'inachèvement de certaines procédures. L'objectif était de faciliter l'accès aux soins par le recours aux techniques les plus sophistiquées de diagnostic.

S'agissant du suivi de la radiothérapie, l'épisode d'Épinal, que j'ai vécu lorsque je travaillais à l'AFSSAPS, a mis en évidence des déficiences en matière d'équipements – insuffisamment contrôlés – ou de moyens humains. Le nombre de radiophysiciens était par exemple très faible, alors que leur rôle est essentiel dans l'ajustement et le ciblage des matériels. Depuis, leurs effectifs ont triplé, des efforts très importants ont été consentis en matière de bonnes pratiques, et la matériovigilance a été renforcée. Les progrès sont donc significatifs, même si, d'une manière générale, les moyens humains et médicaux restent un des points faibles du Plan cancer. Ainsi, les effectifs d'internes, de professeurs d'université et de praticiens hospitaliers spécialisés en cancérologie restent aujourd'hui insuffisants.

Vous m'avez interrogée sur l'avenir après l'échéance du second plan. Le Haut conseil en santé publique, qui vient de procéder à son évaluation, souligne le bon taux de réalisation de ses actions. Sur les 1,9 milliard d'euros mobilisés par le Plan cancer, environ 880 millions ont été dépensés, ce qui correspond à peu près aux prévisions. La plupart des objectifs ont été atteints, sauf en matière de démographie médicale. Le Haut conseil a également souligné la nécessité de développer les relations avec le niveau régional, c'est-à-dire les agences régionales de santé.

En matière de prévention, l'INCa, en lien avec l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé – INPES –, pilote un certain nombre de campagnes nationales : lutte contre le tabac et l'alcool – respectivement premier et deuxième déterminants des pathologies cancéreuses –, par exemple, mais aussi contre l'exposition excessive au soleil, responsable des cancers de la peau. Cependant, au plus près du terrain, il appartient aux agences régionales de santé de promouvoir ces politiques, au travers des programmes régionaux de santé ou des schémas régionaux de prévention qu'elles ont mis en œuvre au cours de l'année 2011.

Les liens, monsieur Robinet, ont toujours été étroits entre l'INCa et l'AFSSAPS, puis avec la nouvelle agence – ANSM. En matière d'accès aux thérapies innovantes, une coordination très étroite est ainsi nécessaire, notamment pour définir les référentiels temporaires d'utilisation, qui permettent à des personnes ne pouvant pas bénéficier d'autres thérapeutiques de se voir administrer certains médicaments un peu avant leur autorisation de mise sur le marché. Bien entendu, ces liens perdureront et seront même renforcés.

L'articulation entre l'action de l'institut et celle des agences régionales de santé fait partie des chantiers que j'aurai à conduire, dès cette année, en lien avec le secrétariat général du ministère. Des jalons ont déjà été posés, puisqu'une analyse du champ – immense – d'interactions entre l'INCa et celles-ci a été effectuée.

S'agissant des relations entre l'INCa et les organismes de recherche, la constitution d'un groupement d'intérêt public, dont sont membres le CNRS ou l'INSERM, constitue une première réponse. Le fait que le directeur général adjoint en charge de la recherche à l'INCa, et celui de l'institut thématique dédié au cancer au sein de l'INSERM, soient une seule et même personne, est également un facteur de bonne coordination. Enfin, INCa et INSERM ont élaboré un plan commun prospectif dans le domaine de la recherche contre le cancer.

M. Accoyer m'a interrogée sur les perspectives en matière de recherche et les risques de dérives dans l'application du principe de précaution. Assurément, ce principe nous impose d'objectiver au plus vite les situations, si nous ne voulons pas voir notre action bloquée trop longtemps et de manière trop préjudiciable. Il nous incite également à user de pédagogie à l'égard des populations, et à bien expliquer ce que sont les enjeux. Or, pour avoir tenté à

certaines occasions d'expliquer la notion de rapport bénéfices-risques d'un médicament, je sais combien un tel travail peut être difficile. Nous devons pourtant nous y consacrer de manière acharnée.

L'après-cancer est également un sujet majeur suivi par l'INCa. À cet égard, les travaux sur la vie des patients après la maladie, réalisés en lien avec la Ligue contre le cancer, se sont révélés très instructifs et devraient contribuer à l'amélioration de leur prise en charge. L'accès aux assurances ou aux prêts bancaires, en particulier, doit faire l'objet d'une attention vigilante, afin que les malades puissent se réinsérer et que leur projet de vie ne subisse pas d'entraves.

Mme Bulteau a abordé les relations entre l'INCa et les collectivités locales. Lorsque je travaillais à la DRASS Aquitaine, le dépistage du cancer du sein nous a amenés à développer des relations très étroites avec les conseils généraux, responsables des structures de gestion. En dépit de la recentralisation du dépistage, près de la moitié des départements reste très impliquée dans cette politique.

Les relations avec les associations de prévention et les observatoires régionaux de santé me semblent plutôt relever de la responsabilité des agences régionales de santé. Quant aux registres des cancers, l'INCa est évidemment positionnée sur ce sujet, en lien avec l'Institut de veille sanitaire – InVS. Nous avons à cœur de renforcer et développer ces registres, afin d'affiner notre connaissance des pathologies cancéreuses.

Par ailleurs, le comité des patients et des proches est constitué notamment de représentants d'associations telles que la Ligue contre le cancer ou la Fondation ARC.

La question des éventuelles conséquences sanitaires des lignes à haute tension dépasse ma compétence, mais elle fait l'objet d'une certaine vigilance de la part de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail – ANSES – qui a mis en place des groupes de réflexion spécifiques. À l'évidence, une étude épidémiologique en ce domaine peut constituer l'un des objectifs du programme santé-environnement de votre région. Cependant, un lien avec l'ANSES reste indispensable, car les agences régionales de santé ne disposent pas des connaissances ni des compétences suffisantes pour creuser un tel sujet.

Enfin, une question concernait l'évaluation des équipes de soins et leur encadrement, à partir de l'exemple d'Épinal. L'INCa a la charge de définir les référentiels sur lesquels se fondent les autorisations. En effet, une procédure d'autorisation des structures en charge de la cancérologie a été mise en place il y a quelques années, afin de préciser les exigences en termes de compétences, de moyens ou de procédures. L'objectif de cette campagne, dont l'INCa a défini le cadre mais que les agences régionales de santé ont mise en œuvre, était d'augmenter le niveau de qualité de la prise en charge du cancer dans les établissements de santé. Un budget important – près de 30 millions d'euros – a été consacré au renforcement des équipes et des structures hospitalières spécialisées dans la cancérologie.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Je vous remercie pour la qualité de votre intervention liminaire ainsi que pour la précision de vos réponses. Même si aucun vote n'est organisé sur votre nomination, je crois pouvoir, au nom des membres de cette commission, vous prédire un beau parcours au sein de l'Institut national du cancer, une institution chère en particulier à trois membres de cette commission – Jean-Luc Moudenc, Gérard Bapt et moi-

même –, en raison de la présence à Toulouse de l’Oncopôle, un des grands centres français d’oncologie.

Vous avez montré que la lutte contre le cancer était non seulement un enjeu de santé publique, mais aussi un enjeu industriel, dans la mesure où ce secteur est l’un de ceux qui connaissent le plus d’innovations thérapeutiques.

La séance est levée à onze heures quarante.



Informations relatives à la Commission

*La Commission des affaires sociales a désigné **M. Denys Robiliard** rapporteur pour avis sur le projet de loi de finances rectificative pour 2012 (n° 71).*

*La Commission a désigné **Mme Barbara Romagnan** rapporteure pour avis sur le projet de loi relatif au harcèlement sexuel, actuellement en cours d’examen au Sénat*

Présences en réunion

Réunion du mercredi 4 juillet 2012 à 10 h 30

Présents. – Bernard Accoyer, M. Pierre Aylagas, M. Gérard Bapt, Mme Véronique Besse, Mme Gisèle Biémouret, M. Jean-Claude Bouchet, Mme Kheira Bouziane, Mme Sylviane Bulteau, M. Jean-Noël Carpentier, Mme Martine Carrillon-Couvreur, M. Christophe Cavard, M. Gérard Cherpion, M. Rémi Delatte, M. Guy Delcourt, M. Jean-Pierre Door, M. Dominique Dord, Mme Hélène Geoffroy, M. Jean-Marc Germain, M. Jean-Patrick Gille, Mme Linda Gourjade, M. Henri Guaino, M. Christian Hutin, Mme Monique Iborra, M. Denis Jacquat, M. Philippe Kemel, Mme Chaynesse Khirouni, Mme Conchita Lacuey, Mme Isabelle Le Callennec, Mme Annie Le Houerou, Mme Catherine Lemorton, M. Jean Leonetti, Mme Geneviève Levy, M. Michel Liebgott, Mme Gabrielle Louis-Carabin, Mme Véronique Louwagie, M. Gilles Lurton, M. Laurent Marcangeli, Mme Véronique Massonneau, M. Pierre Morange, M. Hervé Morin, M. Jean-Luc Moudenc, Mme Ségolène Neuville, Mme Dominique Orliac, Mme Monique Orphe, M. Christian Paul, M. Bernard Perrut, Mme Martine Pinville, Mme Bérengère Poletti, M. Arnaud Richard, M. Denys Robiliard, M. Arnaud Robinet, Mme Barbara Romagnan, M. Jean-Louis Roumegas, M. Gérard Sebaoun, M. Christophe Sirugue, M. Jonas Tahuaitu, M. Jean-Louis Touraine, M. Francis Vercamer

Excusés. – Mme Marie-Françoise Clergeau, Mme Geneviève Fioraso, M. François Lamy, M. Jean-Philippe Nilor, Mme George Pau-Langevin

Assistait également à la réunion. – M. Régis Juanico