

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

1 7 ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission des affaires sociales

- Audition, en application des dispositions de l'article L. 1451-1 du code de la santé publique, de Mme Suzette Delaloge, dont la nomination est envisagée aux fonctions de président du conseil d'administration de l'Institut national du cancer..... 2
- Présences en réunion..... 23

Mercredi
24 juin 2026
Séance de 9 heures 30

Compte rendu n° 92

SESSION ORDINAIRE DE 2025-2026

**Présidence de
M. Frédéric Valletoux,
*président***



La réunion commence à neuf heures trente.

(Présidence de M. Frédéric Valletoux, président)

La commission des affaires sociales auditionne, en application des dispositions de l'article L. 1451 1 du code de la santé publique, Mme Suzette Delaloge, dont la nomination est envisagée aux fonctions de président du conseil d'administration de l'Institut national du cancer.

M. le président Frédéric Valletoux. Par courrier en date du 19 mai 2026, le Premier ministre a informé la Présidente de l'Assemblée nationale qu'il était envisagé de nommer Mme Suzette Delaloge aux fonctions de présidente du conseil d'administration de l'Institut national du cancer (Inca).

Madame Delaloge, en application des dispositions de l'article L. 1451-1 du code de la santé publique, il appartient à la commission des affaires sociales de vous entendre avant votre nomination, comme celle du Sénat l'a fait mercredi dernier.

Pour rappel, le président du conseil d'administration de l'Inca est nommé par décret pour une durée de cinq ans. Ce mandat est renouvelable, comme en témoigne l'exercice de ces fonctions par le professeur Norbert Ifrah depuis juin 2016. Depuis le 4 octobre 2024, le directeur général de l'Institut est M. Nicolas Scotté, pour un mandat de cinq ans également.

Mme Suzette Delaloge. Je suis très honorée d'être ici, et même un peu émue.

Après avoir grandi dans un petit village de l'Yonne, je suis venue faire mes études de médecine en région parisienne, où je me suis installée. Dès l'âge de 16 ans, je souhaitais devenir oncologue : j'ai plutôt réussi sur ce point. J'exerce l'oncologie médicale depuis trente-six ans, et à Gustave-Roussy depuis vingt-six ans. Je suis donc avant tout une clinicienne, mais pas seulement. La recherche m'a en effet passionnée très tôt, dès le début des années 1990 et l'année-recherche effectuée pendant mon internat, et j'ai également exercé de nombreuses responsabilités de management.

J'ai dirigé le groupe national de recherche de Gustave-Roussy dédié au cancer du sein pendant dix-sept ans, jusqu'en 2021, ainsi que plusieurs instances européennes consacrées au même thème. En parallèle, j'ai mené des recherches liées à ma seconde passion, venue de la génétique : la prévention, plus précisément le champ de la prévention personnalisée qui se développe beaucoup actuellement, en particulier grâce à la France. Depuis 2021, j'ai construit un programme national de prévention personnalisée, baptisé Interception. Il s'agit d'une sorte de pilote très avant-gardiste, à l'échelle nationale et internationale, qui se veut complémentaire de la prévention primordiale que nous connaissons tous.

Sur le plan des parcours de soins, j'ai construit celui du diagnostic rapide, qui est une vraie problématique pour le cancer du sein. Dès 2004, j'ai établi un parcours de diagnostic en un jour à Gustave-Roussy, qu'on a ensuite élargi à d'autres pathologies et à d'autres centres, en France et dans le monde.

Ma recherche est assez transversale : je crois beaucoup au dialogue constant entre la recherche fondamentale, absolument cruciale, et les autres champs de la recherche, jusqu'aux

sciences humaines et sociales, pour que l'application pratique soit plus naturelle et plus rapide. J'ai également fait beaucoup de recherches cliniques.

Je dirige plusieurs groupes européens, en particulier l'étude *My Personal Breast Screening* (MyPeBS), qui est emblématique : coordonnée par la France et financée par l'Union européenne, elle a porté sur 56 000 femmes dans six pays pour évaluer, de manière randomisée, si un dépistage du cancer du sein stratifié en fonction du risque individuel – plutôt qu'un dépistage uniforme standard – pourrait être plus efficace. Les résultats sont attendus l'année prochaine.

J'ai beaucoup travaillé sur les données de vie réelle, à l'échelle nationale et européenne. L'Inca a un rôle majeur à jouer dans ce domaine, en particulier grâce à la mise en place du registre national des cancers.

En résumé, j'ai passé ma vie entière au service des patients et de la lutte contre le cancer, pour les patients et avec eux, à l'échelle nationale et européenne.

L'Inca est à mes yeux une réussite française, qui nous a permis de traverser la période difficile des vingt-cinq dernières années au cours de laquelle la pente épidémiologique des cancers s'est fortement accentuée, et qui nous aidera à lutter contre elle dans les années à venir.

Le cancer est une maladie emblématique sur le plan médical, social et sociétal, voire civilisationnel. La force de l'Inca vient de ce qu'il incarne tous les enjeux et besoins – en prévention, en soin, en recherche, en développement, en innovation. Il coordonne tous ces domaines, informe les patients lors des « consultations citoyennes » et tient compte des enjeux de compétitivité internationale. Il construit une intelligence collective en intégrant toutes les parties prenantes, en parlant avec vous qui représentez les citoyens, et en dialoguant avec la société et tous les professionnels de santé et de la recherche.

L'Inca est donc un tiers de confiance : un véritable chef d'orchestre pour les professionnels de santé, de recherche et développement, un interlocuteur majeur pour éclairer les décisions publiques et politiques, et une force collective contre le cancer dont nous avons absolument besoin.

Trois grands enjeux se dessinent à l'horizon. Premièrement, celui de la pente épidémiologique qui nous attend : on annonce en effet une augmentation de l'incidence des cancers de 25 à 50 % dans les trente années à venir. Deuxièmement, celui de la soutenabilité des coûts liés à cette pente épidémiologique, en lien avec un second enjeu d'autonomie, d'indépendance et de souveraineté française – les projections actuelles indiquent en effet que cette pente n'est pas soutenable. Le troisième enjeu est critique : nous devons maintenir l'équité et la justice sociale, médicale et territoriale auxquelles travaille déjà l'Inca.

Je donne trois priorités à mon action. La première, vous l'aurez deviné, concerne la prévention : nous devons monter de plusieurs crans sur ce point, car sur certains aspects, nous ne sommes pas aussi avant-gardistes que nous aimerions l'être. Il existe trois champs dans ce domaine : la prévention primordiale, qui consiste à éviter l'exposition de nos concitoyens à certains facteurs environnementaux inhérents au monde actuel ; la prévention secondaire, c'est-à-dire le dépistage, que nous pouvons améliorer ; la prévention personnalisée enfin, qui intervient une fois l'exposition constatée, et dont la place n'est pas encore entièrement fixée. J'ai un certain nombre de pistes en tête à ce sujet, comme des recommandations participatives

et systématiques de prévention auprès des professionnels et des citoyens, l'accompagnement de la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) pour définir des parcours, l'identification précise des acteurs de la prévention des cancers, ou encore la poursuite d'investissements majeurs dans la recherche.

L'équité et l'humanité sont ma deuxième priorité. Les patients ont l'impression, malgré tous nos efforts, que la médecine actuelle se déshumanise et devient très technique – c'est d'ailleurs une perception partagée ailleurs dans le monde. Il existe en France des inégalités assez importantes en matière de mortalité et d'accès à certains soins : dans le cas de la reconstruction immédiate après un cancer du sein, on passe de 7 % dans le Centre-Val de Loire à 36 % en Île-de-France. Il s'agit de métriques inacceptables, contre lesquelles on peut lutter assez rapidement.

Ma troisième priorité est la recherche. C'est la ressource naturelle qui nous permettra d'être forts dans le futur et de battre le cancer. Il faut donc maintenir et même amplifier un haut niveau de recherche. Des productions de qualité en recherche fondamentale, en recherche clinique et en sciences humaines et sociales garantiront notre autonomie et notre indépendance.

Nous pouvons nous appuyer pour cela sur plusieurs leviers, à commencer par le registre national des cancers en cours d'installation. La coordination des acteurs en est un autre : il y a en France une grande volonté des patients, des citoyens, des professionnels de la santé et de la recherche pour se mobiliser et contribuer à la lutte contre le cancer.

Mon fondement méthodologique reposera toujours sur la science et les données probantes, qui font l'objet de dialogues et d'interprétations dans la société. Il est ensuite très important de mobiliser tout le monde : le dialogue avec vous sera crucial à cet égard. Enfin, il faut donner à notre lutte un ancrage européen, dans l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) ou dans le G7 : nous ne pourrions pas tout faire seuls. L'Europe a permis des progrès considérables : c'est une force que nous devons consolider.

Je suis bien consciente des enjeux financiers, qu'il s'agisse du financement propre de l'Inca ou de celui de la recherche et du soin. Ce n'est pas vraiment de mon ressort, mais je pense que l'Inca peut contribuer dans les deux derniers cas et réfléchir à des pistes complémentaires.

L'Inca est voué à accomplir les missions qui lui ont été confiées, mais aussi à éclairer les décisions politiques : il doit donc être un partenaire permanent de dialogue pour vous, peut-être plus encore qu'auparavant, au fil de rencontres avec la commission et d'entretiens avec le groupe d'étude dédié au cancer. Certes, notre stratégie décennale est bien définie, mais l'Inca doit faire preuve d'une plus grande agilité de réponse et d'action face à vos questionnements, qui le nourrissent. Il doit aussi être force de proposition pour vous suggérer, le cas échéant, des pistes de modification de la loi.

M. le président Frédéric Valletoux. Je vous remercie. Avant d'entendre les questions des représentants des groupes et des autres députés, je donne la parole à notre référent pour l'Inca, M. Simion.

M. Arnaud Simion, référent de la commission pour l'Institut national du cancer. Madame la professeure, je salue votre engagement de longue date au service des patientes et des patients, dans la recherche et dans la lutte contre le cancer. Votre parcours

scientifique et médical, reconnu tant au niveau national qu'international, constitue incontestablement un atout majeur pour présider le conseil d'administration de l'Inca. Qu'il me soit également permis de saluer l'action du professeur Norbert Ifrah, qui quitte ses fonctions après dix ans de présidence.

L'Inca joue un rôle essentiel dans la coordination des politiques de prévention, de recherche, d'innovation et d'amélioration des parcours de soins. Les défis qui se présentent à lui sont nombreux : progression de certains cancers, inégalités territoriales et sociales d'accès aux soins, développement des thérapies innovantes, mais aussi nécessité de renforcer les actions de prévention.

Mes trois questions rejoignent le triptyque que vous avez présenté : prévention, équité et humanité, recherche. Elles concernent la stratégie décennale de lutte contre le cancer et la prévention, la dégradation environnementale et la santé humaine, ainsi que les perspectives ouvertes par l'intelligence artificielle (IA).

Le cancer demeure la première cause de mortalité prématurée dans notre pays. Chaque année, près de 434 000 nouveaux cas sont diagnostiqués, et plus de 3,8 millions de Françaises et de Français vivent avec ou après un cancer. Dans le même temps, les dépenses hospitalières liées au cancer ont augmenté de 40 % entre 2012 et 2023. Les traitements innovants, notamment les immunothérapies, connaissent par ailleurs une croissance très rapide.

La stratégie décennale de lutte contre le cancer a bénéficié d'un financement d'environ 1,7 milliard d'euros sur la période 2021-2025, et du même montant sur la période 2026-2030. Elle vise à réduire de 60 000 par an le nombre de cancers évitables d'ici 2040 en faisant de la prévention son premier pilier. Estimez-vous que les moyens consacrés à la prévention par les lois de financement de la sécurité sociale, notamment face aux risques environnementaux, au tabac, à l'alcool, à l'obésité, sont à la hauteur des ambitions fixées par la stratégie décennale ?

Les liens entre la dégradation de notre environnement et la santé humaine sont un autre enjeu qui prend une importance croissante dans le débat public et dans les travaux scientifiques. Les connaissances progressent concernant l'impact de l'exposition aux polluants atmosphériques, aux substances chimiques, aux perturbateurs endocriniens, aux pesticides ou encore aux particules fines sur la survenue de certaines pathologies, notamment cancéreuses. Dans le même temps, les effets du changement climatique se font de plus en plus sentir : canicules accablantes, dégradation de la qualité de l'air, modification des expositions environnementales ou encore aggravation de certaines vulnérabilités sanitaires.

Dans ce contexte, comment envisagez-vous le rôle de l'Inca dans la production et la diffusion de connaissances relatives aux facteurs environnementaux de risque de cancer ? Considérez-vous que la prévention environnementale doive occuper une place plus importante dans les futures stratégies nationales de lutte contre le cancer ? Si oui, sous quelle forme ?

Par ailleurs, les populations les plus modestes et les plus fragiles sont souvent les plus exposées aux nuisances environnementales et les plus éloignées des dispositifs de prévention. Comment l'Inca pourrait-il contribuer à mieux documenter et réduire ces inégalités ?

Les interactions entre environnement, mode de vie, facteurs génétiques et apparition des cancers constituent un champ scientifique complexe mais essentiel. Quels axes de recherche vous paraissent prioritaires afin d'améliorer notre compréhension de ces mécanismes ?

Les perspectives ouvertes par l'intelligence artificielle transforment déjà profondément la recherche biomédicale, notamment en matière d'analyse des données de santé, d'imagerie médicale et de développement de traitements personnalisés. Elles suscitent de grands espoirs pour améliorer la détection précoce des cancers, affiner les diagnostics et accélérer l'innovation thérapeutique. Comment envisagez-vous le rôle de l'Inca dans le développement et l'encadrement de ces technologies ? Quels sont d'après vous les principaux leviers et les principales garanties éthiques et scientifiques à construire afin que l'intelligence artificielle demeure un outil au service des patientes et des patients, des soignantes et des soignants et de l'égalité d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire ?

Mme Suzette Delalogue. Si l'on compare les moyens alloués en France à la prévention – en recherche et sur le plan clinique – à ce qui se fait dans d'autres pays, nous sommes pour l'instant un peu en-deçà. Il va falloir envisager comment se donner les moyens de la stratégie de prévention qu'on souhaite mettre en place. Des modifications législatives peuvent aider, comme certaines mesures fiscales susceptibles d'aider à financer la recherche sur les cancers de l'enfant.

Nous avons la chance d'avoir en France un financement public de la recherche très solide par rapport à d'autres pays, ainsi que des sources de financement possibles auprès de l'Europe. Il y a d'ailleurs une forte demande de la part de collègues et de gouvernements européens pour cofinancer des actions, ce qui nous coûterait infiniment moins cher. Il existe déjà un certain nombre d'actions conjointes dans le champ de la santé et du cancer en particulier, qui nous montrent la voie. Enfin, il y a une part de financement associatif et citoyen : j'ai beaucoup été aidée, dans mes propres recherches, par la Ligue contre le cancer, la Fondation ARC pour la recherche sur le cancer, Ruban rose, Odyssée et beaucoup d'autres, ainsi que par des dons de particuliers aux institutions. Ces financements concernent la recherche et non le soin, mais les deux sont imbriqués. À l'Inca de trouver des moyens assez agiles et de discuter avec la Cnam pour déterminer comment répondre à ces enjeux financiers dans les années qui viennent.

La dégradation de l'environnement est effectivement un problème majeur. Certes, notre espérance de vie reste très élevée et notre environnement est à certains égards plus favorable. Un certain nombre de cancers liés aux virus connaissent ainsi une incidence en diminution, en France mais aussi dans le reste du monde. Les agents infectieux sont une menace importante pour le cancer, et il faut saluer le développement de politiques vaccinales un peu partout dans le monde – contre le papillomavirus humain (HPV), les hépatites ou encore l'*Helicobacter*. Dans le domaine viral, nous avons donc fait de gros progrès. En revanche, l'exposition à de multiples carcinogènes liés aux polluants a augmenté.

Comment avancer sur ce point dans le futur ? Nous savons, tout d'abord, qu'il n'est pas possible de modifier rapidement ces expositions. Ensuite, nous avons besoin de données suffisantes et probantes pour pouvoir identifier la relation. Il est toujours plus simple, même si c'est très relatif, de reconnaître des expositions massives, en particulier en contexte professionnel, que des expositions de citoyens, qui sont à des niveaux plus faibles où les données épidémiologiques sont très difficiles à colliger. Nous devons donc concentrer notre énergie sur les substances reconnues carcinogènes de niveau 1 ou 2A-2B afin d'obtenir des

données probantes et de vous aider à légiférer, comme cela a été le cas ces dernières années, en fonction des niveaux associés de carcinogénèse et des risques relatifs auxquels sont exposés nos concitoyens. Dans le cas des substances per- ou polyfluoroalkylées (Pfas), par exemple, la loi française a permis de précéder les données – elle est plutôt protectrice, et je salue l’Assemblée nationale à cet égard.

Nous devons donc avancer dans un dialogue permanent et anticiper les expositions, qui ne cessent de se modifier, en colligeant des données, en analysant le rapport bénéfices-risques et en modélisant, davantage que nous ne le faisons actuellement, l’impact de l’environnement sur la santé.

La recherche a un rôle majeur à jouer dans ce domaine. L’Inca finance déjà le Centre international de recherche sur le cancer (Circ), qui est très important. En partenariat avec de grands acteurs nationaux, comme l’Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et l’Agence nationale de la recherche, il finance beaucoup de recherches en épidémiologie : nous avons en effet des cohortes épidémiologiques très puissantes en France, que le registre national des cancers viendra renforcer. Je pense donc que nous pouvons faire confiance aux moyens passés et à venir alloués dans ce domaine.

Il est assez dramatique de constater que les populations les plus modestes sont beaucoup plus exposées que d’autres à un grand nombre de polluants et d’agents carcinogènes environnementaux, sur le plan professionnel ou personnel – le radon dans les habitations, le tabac, l’alcool, la pollution atmosphérique –, mais aussi à l’obésité, à l’inactivité physique ou encore à une nutrition problématique, qui sont une autre forme de pollution environnementale. Ces populations sont également celles qui participent le moins aux dépistages – de moitié, d’après les études. Si l’incidence de certains cancers est plus élevée, le pronostic est par ailleurs toujours le plus défavorable lorsqu’elles sont touchées.

Les actions qui peuvent être menées relèvent beaucoup de l’éducation, en particulier des professionnels de santé, qui n’ont pas toujours les outils et les moyens d’aborder ces questionnements. L’information de la population doit être améliorée, et d’une manière générale, nous devons mener des actions bien plus fortes à l’échelle nationale en nous appuyant sur un certain nombre de territoires, dans le cadre d’une stratégie nationale que nous allons penser en association avec d’autres pays qui ont les mêmes problématiques.

Les axes prioritaires de l’Inca en recherche sont multiples. Le premier concerne la prévention, très bien identifiée dans la stratégie décennale. Le deuxième est celui de l’innovation thérapeutique, qui inclut la prévention, les cancers des enfants et ceux en augmentation chez les jeunes, mais aussi les cancers les plus agressifs, conformément à la feuille de route du G7. La recherche sur les données épidémiologiques est un troisième investissement critique : nous disposons d’une richesse de données très importante en France grâce à l’arrivée du registre national des cancers, que nous devons consolider. La recherche fondamentale française est assez compétitive dans certains domaines : nous avons contribué à plusieurs découvertes ces dernières années, et même si nous sommes en passe de devenir un acteur un peu moins bon, nous devons consolider nos capacités en la matière.

La recherche sur le numérique et l’intelligence artificielle, enfin, est vraiment très importante et donne lieu à plusieurs initiatives européennes. Même si les choses sont encore floues, l’Inca doit être une force de coordination, d’encadrement et de production de référentiels de bonnes pratiques, pour les professionnels comme pour les patients. L’Inca doit

créer et développer une *task force* sur l'intégration de l'IA, en particulier en oncologie où les besoins sont forts et les propositions variées.

La France dispose donc d'un certain nombre de leviers : sa force en matière d'accès aux données, de sociétés qui développent des outils d'IA et de recherche académique.

M. le président Frédéric Valletoux. Nous en venons aux interventions des orateurs des groupes.

M. René Lioret (RN). Je salue votre engagement de longue date dans la lutte contre le cancer et la qualité remarquable de votre parcours.

L'Institut national du cancer est au cœur de la stratégie publique de lutte contre une maladie qui demeure la première cause de mortalité en France. Votre éventuelle nomination intervient à un moment où la stratégie décennale arrive à mi-parcours : j'aimerais donc connaître votre vision de l'Inca à l'horizon 2030. Quels seront, d'après vous, les indicateurs les plus pertinents pour mesurer le succès de cette stratégie : la baisse de la mortalité, la qualité de vie des patients, la réduction des inégalités territoriales ou autres ? Qu'allez-vous prioriser ?

Par ailleurs, vous avez beaucoup œuvré en faveur du dépistage fondé sur le risque individuel – vous êtes reconnue comme une référence dans ce domaine. Cette approche paraît prometteuse : pourriez-vous nous présenter brièvement les différences par rapport au dispositif classique ou habituel de dépistage ?

S'agissant de l'innovation thérapeutique, les thérapies ciblées et les immunothérapies offrent des perspectives majeures. Malheureusement, elles engendrent des coûts très élevés. Existe-t-il des éléments probants, en utilisation généralisée et non dans le cadre des travaux ayant conduit à l'obtention des autorisations de mise sur le marché et des remboursements, démontrant que ces nouvelles approches garantissent un rapport efficacité-tolérance supérieur aux molécules ou aux protocoles déjà existants ?

Quelle est votre analyse des principaux freins à la prévention des cancers dans notre pays ? Comment améliorer la participation aux dépistages organisés, qui demeurent insuffisants ?

Enfin, comment garantir que les progrès bénéficieront à l'ensemble de nos concitoyens, y compris dans les territoires les moins bien dotés en offre de soins, qui se sont malheureusement multipliés au cours des dernières années ?

M. Michel Lauzzana (EPR). Je remercie tout d'abord Norbert Ifrah pour son action et la mise en place de la stratégie décennale : nous avons mené ensemble le combat pour la vaccination contre le HPV.

Je salue ensuite, madame, votre candidature : vous apportez à cette présidence une expertise scientifique de premier rang et une vision stratégique reconnue par tous. Avec Nicolas Scotté, votre directeur général, je suis convaincu que vous déploierez de manière efficace la seconde partie de la stratégie décennale.

Je m'intéresse beaucoup, non seulement à l'organisation des soins et des parcours, mais aussi à l'optimisation des moyens. Comment envisagez-vous de transposer votre

expérience innovante à l'échelle de l'Inca en faveur d'une meilleure organisation des soins en oncologie ?

Le déploiement du registre national des cancers a débuté en janvier. Comment comptez-vous assurer sa montée en puissance et l'exploitation de ces données ?

Pour la première fois, le G7 a parlé du cancer : comment l'Inca peut-il s'approprier ces annonces et les décliner dans ses politiques ? Nous devons en effet nous saisir de ces avancées.

Le groupe Ensemble pour la République sera pleinement à vos côtés dans l'action que vous allez mener au sein de l'Inca.

Mme Karen Erodi (LFI-NFP). Je salue, madame, votre parcours scientifique et votre candidature.

On entend beaucoup parler de prévention, et c'est heureux. Il y a néanmoins deux manières d'en parler. Dans le premier cas, la prévention consiste à dire à chacun : surveille ton corps, fais-toi dépister, change tes habitudes pour diminuer les risques. Dans le second cas, la prévention dit à la société : on ne peut pas continuer à exposer les travailleurs à des cancérogènes, à laisser l'industrie déverser des polluants éternels, à inonder les rayons d'aliments ultratransformés, ou que sais-je encore. La première forme de prévention fait peser le poids sur les épaules des individus. La seconde s'attaque aux causes, qui ont des visages : par exemple, les sapeurs-pompiers qui respirent des fumées toxiques sans veille sanitaire coordonnée, alors que le lien est scientifiquement établi depuis 2022 ; l'agriculteur exposé aux pesticides ; l'habitant d'un territoire industriel ou d'un désert médical où le dépistage n'arrive pas – car il y a une véritable inégalité territoriale face au cancer.

Votre programme, conçu dans un grand centre francilien, peut-il vraiment se déployer dans nos bassins de vie ruraux et dans les outre-mer, où l'on manque déjà cruellement de médecins ? Ou l'innovation restera-t-elle un privilège ? Ferez-vous de l'Institut national du cancer un institut qui éclaire le débat public sur les causes structurelles du cancer – le travail, l'environnement, l'alimentation, les inégalités territoriales – et qui pèse pour qu'on agisse à leur encontre ? Ou se limitera-t-il à perfectionner le dépistage pour celles et ceux qui y ont déjà accès ?

Mme Martine Froger (SOC). Madame Delaloge, je tiens tout d'abord à saluer votre parcours de clinicienne et de chercheuse, ainsi que votre engagement de longue date dans la lutte contre le cancer.

Malgré les progrès réalisés ces dernières années, nous constatons encore d'importantes inégalités selon les territoires. Dans les départements ruraux, voire ultraruraux, l'accès à la prévention, au dépistage ou à certains soins peut être plus difficile qu'ailleurs. La prévention est l'un des moyens les plus efficaces pour faire reculer les cancers. En matière de dépistage, la France reste pourtant en deçà de plusieurs pays européens.

Nous avons également du mal à toucher certains publics qui restent éloignés du système de santé et qui participent peu aux campagnes de prévention et de dépistage. Beaucoup d'acteurs soulignent aussi le manque de continuité, voire la fragmentation dans le parcours de soins, ainsi que l'insuffisance des moyens encore consacrés à la prévention.

La question des données est également importante. Nous avons besoin de mieux connaître les besoins et les réalités des territoires grâce à des registres nationaux et régionaux plus complets et mieux coordonnés.

Quelles seraient vos priorités pour améliorer la prévention et le dépistage, notamment auprès des publics les plus éloignés ? Comment l’Inca peut-il accompagner les acteurs locaux, qu’il s’agisse des collectivités, des professionnels de santé ou des associations ? Enfin, comment comptez-vous faire de la réduction des inégalités territoriales un axe fort de votre action à la tête de l’Institut ?

Mme Marie-Charlotte Garin (EcoS). Madame Delaloge, je vous remercie pour votre engagement et votre long parcours. Votre nomination intervient à un moment où la cancérologie ne peut plus être pensée seulement comme une politique du soin, du dépistage et de l’innovation thérapeutique. Elle doit aussi devenir une politique de prévention primaire, donc de réduction des expositions évitables en matière de santé environnementale.

L’Institut national du cancer rappelle que 40 % des cancers pourraient être évités par des actions de prévention. Cette dernière est souvent abordée sous l’angle des comportements individuels : on pense bien évidemment au tabac, à l’alcool, à l’alimentation et à l’activité physique. C’est indispensable, mais cela ne suffit pas.

Une partie de ces expositions relève en effet de choix politiques et collectifs et dépend de la pollution de l’eau, de la contamination des sols, des pesticides, des substances persistantes, des expositions professionnelles et des inégalités territoriales.

S’agissant du cadmium, l’Agence nationale de sécurité sanitaire de l’alimentation, de l’environnement et du travail (Anses) confirme la surexposition d’une partie de la population française à ce cancérigène par le biais de l’alimentation. Quel rôle l’Inca doit-il jouer pour que le cadmium ne soit pas seulement un sujet d’expertise sanitaire mais aussi de prévention du cancer qui soit documenté, suivi, rendu public et intégré aux politiques nationales ?

En ce qui concerne les Pfas, le Circ a classé l’acide perfluorooctanoïque (PFOA) comme cancérigène pour l’être humain et l’acide perfluorooctanesulfonique (PFOS) comme possiblement cancérigène. Il s’agit de polluants persistants, diffus, pour lesquels l’exposition ne dépend pas de choix individuels. J’en suis l’exemple parfait : j’ai été testée par mon collègue Nicolas Thierry, et en dépit d’un comportement individuel impeccable, je suis la députée la plus exposée aux polluants éternels. Quelle doctrine défendrez-vous à la tête de l’Institut sur les Pfas pour aller plus loin que la loi existante ?

S’agissant des pesticides, l’expertise collective de l’Inserm de 2021 documente des liens entre l’exposition aux pesticides et plusieurs pathologies, dont certains cancers. Le débat sur la réautorisation de substances néonicotinoïdes, notamment l’acétamipride, a montré un risque majeur : traiter les alertes sanitaires comme de simples contraintes administratives. Or en matière de cancer, on sait que plus on attend, plus l’exposition peut produire des dégâts irréversibles. Comment garantir que votre institut pèse davantage dans les décisions publiques qui augmentent ou réduisent les expositions environnementales cancérigènes ou suspectées de l’être ?

Vous évoquiez l’importance de la recherche en tant que ressource qui nous permettra de prendre les décisions les plus éclairées possibles pour la suite : mais on a l’impression que

la recherche n'est pas écoutée dans le monde politique. Le meilleur exemple en est le vote de la loi Duplomb. C'est précisément là-dessus que vous pouvez nous aider.

M. Nicolas Turquois (Dem). Votre dossier, madame Delaloge, est objectivement solide. J'ai regardé votre indice de Hirsch (*h-index*), qui agrège la qualité et la quantité des publications d'un chercheur : il est de 95 sur Google Scholar, et j'ai recensé 392 publications. Ces indicateurs parlent d'eux-mêmes : ils sont exceptionnels.

Vous avez coordonné MyPeBS, essai clinique d'envergure européenne réunissant plus de 53 000 femmes dans huit pays, et piloté le programme Interception. Vous avez mobilisé plus de 35 millions d'euros de financements. Votre mandat au sein du conseil de la Société européenne d'oncologie médicale et la présidence de sa commission Cancer, prévention et interception confirment votre légitimité scientifique, qui dépasse largement nos frontières. Votre parcours est cohérent, exigeant et internationalement reconnu.

Votre engagement pour la prévention personnalisée et le dépistage stratifié, qui privilégie une approche par profils à risque individuels plutôt que par classe d'âge par exemple, n'est pas une posture, mais le fil conducteur de deux décennies de travaux. Or, ces approches sont au cœur de la feuille de route de l'Inca pour la période 2026-2030. Cette cohérence entre votre trajectoire scientifique et les orientations stratégiques de l'Institut mérite d'être soulignée. Elle constitue un atout réel pour la fonction que vous briguez.

L'Inca est un groupement d'intérêt public placé sous double tutelle – santé d'un côté, enseignement supérieur et recherche de l'autre – avec un conseil d'administration composé d'acteurs très hétérogènes : assurance maladie, associations de patients, fédérations hospitalières, représentants de l'État. Votre carrière est celle d'une chercheuse-clinicienne de haut niveau. Comment envisagez-vous concrètement d'exercer cette fonction de présidence, qui relève davantage de la gouvernance institutionnelle que de la direction scientifique ? Quel équilibre souhaitez-vous trouver entre les parties prenantes ?

S'agissant de l'innovation médicale, quel est votre diagnostic sur la situation de la France face à nos principaux compétiteurs, comme les États-Unis, l'Allemagne ou l'Espagne, en matière d'accès précoce aux thérapies, de délais de mise sur le marché, d'essais cliniques et plus généralement d'attractivité de notre recherche clinique ? À titre personnel, je considère par exemple que le parcours administratif du médicament dans notre pays, entre l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, la Haute Autorité de santé et le Comité économique des produits de santé, est beaucoup trop lourd et prive nos patients d'opportunités thérapeutiques. Quelles seraient vos priorités d'action concrètes sur ces sujets depuis le conseil d'administration de l'Inca ?

M. Pierre Marle (HOR). Tout comme mes collègues, je salue votre parcours et votre engagement au service de la lutte contre le cancer.

Le cancer demeure l'un des principaux défis de santé publique auxquels notre pays est confronté. Pour progresser en matière de prévention, de dépistage et d'orientation des politiques publiques, nous avons besoin d'une connaissance toujours plus fine de la réalité des cancers sur nos territoires.

Élu d'un territoire fortement industrialisé, le Dunkerquois, où nos concitoyens sont particulièrement attentifs aux questions d'environnement, d'exposition aux risques et

d'inégalités de santé, je mesure l'importance que revêt la qualité des données disponibles pour objectiver les situations et répondre aux interrogations légitimes de la population.

La création du registre national des cancers constitue à cet égard une avancée importante. Quelle place accordez-vous à cet outil dans la stratégie de l'Institut national du cancer ? Comment pourra-t-il contribuer à mieux identifier les disparités territoriales afin d'orienter plus efficacement les politiques de prévention, de dépistage et de recherche ?

M. Thibault Bazin (DR). Les tumeurs cérébrales représentent la première cause de mortalité chez les enfants et les jeunes adultes : 6 000 enfants sont diagnostiqués chaque année. La survie médiane pour le glioblastome, cancer le plus fréquent et le plus agressif chez les adultes, est de douze mois avec une survie à cinq ans inférieure à 5 %. Face à ce constat, la recherche scientifique se poursuit et constitue une source d'espoir pour les malades et leurs proches.

La France a tout pour réussir et ses chercheurs sont internationalement reconnus : vous en êtes l'incarnation. Les dotations annuelles pour lutter contre les tumeurs s'élèvent à 10 millions d'euros, jugés bien trop faibles par l'Institut du cerveau. En comparaison, les États-Unis allouent annuellement 240 millions d'euros. Le 10 février 2026, le Gouvernement s'est engagé à compléter de 15 millions d'euros le budget consacré à la lutte contre les cancers pédiatriques, en plus de la précédente hausse de 60 millions d'euros.

Il est urgent de poursuivre les efforts financiers sur ces dotations et de se mobiliser pleinement pour les cancers du cerveau, grands absents des priorités de santé publique et des stratégies de l'industrie pharmaceutique. Il s'agit pourtant d'un enjeu de société crucial pour son avenir : prendre soin des jeunes enfants et des jeunes adultes.

Allez-vous développer des solutions concrètes pour faciliter et accélérer l'accès des patients aux essais cliniques en cancérologie ? Ne faudrait-il pas envisager un plan national Tumeurs cérébrales d'ici à 2027 ?

Mme Suzette Delaloge. Je vous remercie pour vos questions, qui vont nourrir mon mandat des cinq prochaines années.

S'agissant de ma vision de l'Inca en 2030, monsieur Lioret, je souhaite associer davantage les citoyens pour que leurs demandes, dont vous vous faites l'écho, aient plus d'influence sur la stratégie décennale. Les grandes actions de l'Institut porteront sur la prévention, l'innovation thérapeutique et l'accès aux soins, ainsi que sur l'équité et l'égalité territoriale.

Je peux vous donner une liste des indicateurs qui me semblent les plus pertinents pour mesurer le succès de la stratégie décennale, sachant qu'une partie d'entre eux sont d'ores et déjà prévus dans la stratégie, mais pas toujours avec la précision qu'on pourrait souhaiter.

En termes de prévention et de dépistage, notre couverture territoriale sur le dépistage et la vaccination contre le HPV est un indicateur extrêmement important. La couverture actuelle, à l'échelle de la santé publique, n'est malheureusement pas satisfaisante. Elle n'est pas uniquement dictée par la liberté de choix de nos concitoyens, en effet, mais très liée aux inégalités sociales.

Il existe des pistes pour y remédier. Pour prendre un exemple concret, une étude randomisée très récente sur le dépistage du cancer du sein au Royaume-Uni compare les

retombées d'invitations à se faire dépister sans prise de rendez-vous associée – comme c'est le cas en France où, dans certains territoires, on peut attendre six à neuf mois pour une mammographie et beaucoup d'autres examens – à celles d'invitations avec rendez-vous associé – qu'utilisent énormément de structures de dépistage dans le monde : les personnes n'ont pas besoin de chercher un rendez-vous, et il suffit ensuite de les appeler pour vérifier qu'elles vont venir. L'écart de participation est de 20 % entre les deux formes d'invitation.

S'agissant de la couverture vaccinale contre le HPV, une étude anglaise publiée il y a deux jours montre que grâce la participation de 80 % des filles de 11 à 14 ans à la vaccination il y a dix ans, la mortalité par cancer du col de l'utérus est tombée à zéro dans cette génération. L'impact attendu en France serait énorme, et nous devons donc avancer sur ce point.

L'accès aux soins est un deuxième indicateur important. Vous êtes nombreux à avoir évoqué la fragmentation des parcours de soins, très importante dans certains territoires français. Lorsqu'on a un cancer, on doit accéder d'abord à un médecin généraliste, puis à des examens complémentaires, puis à la biopsie et au diagnostic, et enfin aux soins curatifs, ou du moins thérapeutiques. Nous devons absolument unifier ces parcours afin d'améliorer l'accès aux soins, c'est-à-dire le délai entre le symptôme et la prise en charge, entre le dépistage, le diagnostic et le traitement. La mesure de ces délais sera facilitée par le registre national des cancers. D'ici cinq ans, nous serons capables de mesurer, et nous devons être capables d'améliorer les choses. Pour cela, nous disposons de plusieurs leviers, comme la production de guides pratiques professionnels très précis.

À ma connaissance, nous sommes le seul pays à ne pas disposer d'un référentiel national de prise en charge des cancers – incluant la prévention. Nous devons en avoir un, qui indiquera comment, où et par qui on doit être traité, pour pouvoir disposer par exemple d'un chirurgien avec un niveau d'activité pertinent, mais effectuer ensuite la chimiothérapie dans un centre près de chez soi, parce que c'est pratique.

Je ne sais pas si l'on se rend bien compte de l'existence de deux écueils pour le futur, en oncologie et dans d'autres domaines. Le premier, c'est la baisse du nombre de professionnels de santé dans certaines spécialités. La France est le pays de l'OCDE qui compte le moins d'oncologues médicaux par rapport au nombre annuel de cancers. Ce chiffre est un peu compensé par d'autres professionnels comme les infirmières, mais ce n'est pas la même chose. Le nombre de radiologues est également en baisse, alors qu'ils sont absolument essentiels pour le diagnostic – plus de la moitié des radiologues ont plus de 60 ans. L'IA va remplacer une partie de leur action, mais pas en totalité. On perd également beaucoup de pathologistes.

Le deuxième écueil est celui du niveau d'éducation des professionnels. L'oncologie est un domaine extrêmement technologique. L'humanité est importante, mais la montée en charge de nos professionnels de santé doit pouvoir suivre cette évolution. Cela se résout avec des territoires et des réseaux qui sont capables de travailler ensemble, ce qui compense le niveau des uns et des autres.

La mortalité, enfin, est un troisième indicateur important, que nous contribuerons à améliorer j'espère, même si le délai de cinq ans est assez court.

La prévention personnalisée vise à pallier les problèmes actuels, en identifiant les personnes qui ont été exposées à des polluants ou qui ont un patrimoine génétique qui les rend

plus susceptibles de développer un cancer. Elle vise donc à transformer le champ de l'oncologie, pour le déplacer avant le cancer. Cela pourra permettre d'éviter les cancers les plus graves – probablement 20 à 30 % d'entre eux dans les cinq à dix années à venir – ainsi que la morbidité et les maladies chroniques liées aux séquelles d'un cancer, avec les coûts que cela entraîne.

Comme nous sommes au début du processus, nous devons construire une prévention personnalisée égalitaire. Pour que tout le monde ait accès à ce type d'innovation – c'est faisable –, il faut utiliser des leviers comme les professionnels de santé de proximité, surtout en période de pénurie de médecins traitants. Dans le parcours Interception, expérimentation relevant de l'article 51, nous utilisons des pharmaciens sur tout le territoire, qui sont très engagés dans la prévention des cancers. Nous pouvons également nous fonder sur un tissu d'infirmières libérales.

Nous sommes donc capables de construire ces parcours entièrement en dehors de Gustave-Roussy. Nous sommes par exemple en train de nous installer à la polyclinique du Parc, à côté de Valenciennes, sur un territoire très défavorisé. Nous ouvrons également un centre Interception à La Réunion, et nous travaillons avec la Martinique pour faire la même chose. Ces exemples vous montrent que lorsqu'on construit quelque chose de nouveau, cela doit être dans nos gènes de travailler avec les patients, avec tous les professionnels territoriaux et avec les élus locaux et les agences régionales de santé afin d'éviter les inégalités.

S'agissant du coût des thérapies ciblées et de l'oncologie en général, la pente est inquiétante : entre 2015 et 2023, les dépenses de l'assurance maladie pour le cancer ont augmenté de plus de 60 %. Elles représentent toujours à peu près 13 % des dépenses de santé. Cela signifie que nos traitements sont de plus en plus efficaces, mais cela représente effectivement des coûts énormes, qui soulèvent un certain nombre d'enjeux, à commencer par celui des médicaments.

Vous savez que la France n'est pas très forte dans le domaine de l'industrie pharmaceutique de fabrication du médicament classique, mais d'autres approches peuvent contribuer. Premièrement, la recherche clinique doit être amplifiée car elle permet l'accès à l'innovation. Deuxièmement, on peut développer le maillage territorial de fabrication des biomédicaments – que le monde académique français est capable de produire – ou de la radiothérapie vectorisée – qui, associée à des anticorps, traite le cancer *in situ*. L'Inca investit dans ces domaines sur le plan académique, pour ne pas rater le coche comme on l'a fait dans le cas de l'industrie pharmaceutique classique. Troisièmement, la personnalisation de la prévention et des traitements utilise beaucoup de biomarqueurs : on analyse la personne ou son cancer pour déterminer la bonne prévention ou le bon traitement. Grâce à l'Inca, la France a créé un tissu académique emblématique capable de délivrer ces biomarqueurs avec une qualité excellente. La compétition avec les industriels internationaux est d'ailleurs très forte.

Ces trois leviers pourraient donc permettre de limiter les coûts tout en développant notre action.

Les freins sociaux au dépistage sont importants, et on les connaît bien. Nous devons mettre en place des actions probantes, sur le modèle de ce qui a été fait ailleurs ou en France, pour lutter contre eux.

Nous pouvons garantir le progrès pour l'ensemble de nos concitoyens, et ce sera dans mon ADN de travailler en ce sens. Je viens en effet d'un territoire et d'une famille relativement peu favorisés, et à Gustave-Roussy, en dépit de son image d'énorme centre, nous traitons tout le monde dans la banlieue sud de l'Île-de-France. Cela me tient très à cœur de continuer à œuvrer en ce sens, et je pense que nous sommes capables de le faire.

L'organisation des soins est un autre élément très important. Premièrement, je pense que nous devons formuler des recommandations très précises, qui doivent à leur tour contribuer à l'accès aux soins en définissant de manière exacte quels délais ne doivent pas être dépassés pour prendre en charge les personnes, comment les interfaces doivent se faire et qui doit faire quoi, pour éviter le flou artistique actuel.

Deuxièmement, il faudrait construire des centres de diagnostic rapide, en particulier dans certaines régions dépourvues, en association intelligente avec un centre hospitalier universitaire, un centre de lutte contre le cancer et des centres privés, en mettant les moyens en commun. On sait que c'est possible et que cela fonctionne : d'autres pays l'ont fait, et on sait le mettre en place à l'échelle nationale. C'est donc une piste que l'Inca aimerait suivre dans les prochaines années.

Troisièmement, le projet en cours EUnetCCC, dont l'Inca est le coordonnateur européen, vise à redéfinir le paysage de l'oncologie dans les années qui viennent à la suite de toutes les actions passées de l'Union européenne dans ce domaine. La définition d'un *comprehensive cancer center* – un centre de cancérologie intégré – est en cours, de même que ses modalités de gestion et la définition d'un réseau de soins et de recherche en oncologie. Le projet avance bien, et constitue une capacité d'alliance avec les autres pays européens et une force incroyable de discussion avec l'industrie pharmaceutique. Le rôle de l'Inca dans ce projet peut également nous permettre de définir comment organiser les choses à l'échelle européenne et française.

Nous attendons tous beaucoup du registre national des cancers, sur lequel l'Inca a fourni un travail remarquable. Les choses ne sont jamais simples, même dans les pays qui en ont un depuis longtemps. En Suède par exemple, il y a en réalité trente-cinq petits registres, coordonnés à l'échelle nationale.

L'Inca met justement en place une coordination nationale de registres qui n'existait pas vraiment jusque-là : les données partaient principalement au Circ plutôt que vers une analyse nationale. À partir de là, l'Inca construit la convergence de neuf types de données différentes, même si celles du système national des données de santé représentent une part importante du volume. Cela va permettre de construire un registre intelligent et agile. Il diffèrera d'un registre classique dans lequel on doit saisir manuellement les données, ce qui n'est plus possible aujourd'hui. Il recourra à l'intelligence artificielle pour capturer les données – avec l'accord des patients bien entendu – dans des centres de toutes tailles. Il utilisera les données des dépistages et s'alliera avec les grandes cohortes nationales pour créer un registre qui devrait être très compétitif sur la scène internationale d'ici cinq ans.

On attend de lui qu'il nous apprenne comment les diagnostics sont faits, comment on traite les cancers et comment on peut s'améliorer sur ces aspects, mais aussi qu'il nous éclaire sur la partie épidémiologique : pourquoi nos concitoyens développent un cancer et comment on peut lutter contre cela. Cette seconde attente est plus difficile à combler que la première : il faut s'associer à d'autres métadonnées, et ce type de registre ne peut pas faire de la micro-épidémiologie – on ne peut affirmer que tel cancer en excès sur tel territoire a telle cause, car

ce n'est pas solide sur le plan épidémiologique. Nous devons donc mesurer nos attentes à l'aune de ce qui peut effectivement être réalisé. Dans tous les cas, cela va transformer nos connaissances et notre capacité de réaction à certaines alertes épidémiologiques.

Les trois parties des annonces du G7 étant déjà ancrées dans la stratégie décennale, cela va considérablement aider l'Inca à les mettre en œuvre.

La première porte sur le financement et les données de la recherche en prévention et en traitement des cancers des enfants, des adolescents et des jeunes adultes. Le G7 propose de faire converger des données pour les analyser à l'échelle internationale, ce qui devrait décupler notre capacité à comprendre pourquoi certaines personnes jeunes développent un cancer. Il existe de nombreuses données à l'échelle internationale qui peuvent éclairer les raisons pour lesquelles le nombre de cancers augmente chez les jeunes. Un article publié hier dans *Nature Medicine* formule des hypothèses liées au vieillissement prématuré des tissus sous l'effet d'un certain nombre d'expositions. On voit l'urgence qu'il y a, non seulement à reconstituer l'effet de certaines expositions qu'on connaît mal, en dépit de toutes les données dont nous disposons, sur la carcinogenèse et le vieillissement des tissus – qui peut conduire à d'autres maladies que le cancer –, mais à le transformer en quelque chose d'actionnable : identifier des biomarqueurs de vieillissement, c'est en effet être capable de contrer le vieillissement – par le biais de vaccins ou de thérapies. C'est là une note d'espoir.

La deuxième partie des annonces du G7 porte sur les cancers de mauvais pronostic. Elle porte notamment sur leur dépistage précoce – en France, nous travaillons sur un dépistage du cancer du poumon, qui est en train d'être testé à l'échelle nationale, et sur celui du pancréas chez les personnes à haut risque, qu'il s'agit d'ailleurs d'identifier. L'aspect prévention est donc très important. S'y ajoutent la question du traitement, la mise en commun de données et la construction d'études cliniques internationales, pour créer une convergence qui est aussi dans l'ADN de l'Inca et dans la stratégie décennale.

Le troisième pilier du G7 est l'accès aux soins, ainsi que les modalités de définition d'un centre de cancérologie intégré. Cela coïncide parfaitement avec le travail mené par l'Inca sur le projet EUnetCCC, et toutes nos stratégies et actions vont y contribuer.

Le débat entre responsabilité individuelle et responsabilité de la société est crucial. Un certain nombre de données nous indiquent que nous sommes exposés à des éléments toxiques qui peuvent provoquer des cancers et bien d'autres maladies. Le risque majeur est de faire retomber la responsabilité sur l'individu : or, c'est la seule chose à ne pas faire. Nous sommes plusieurs à être persuadés que fumer, par exemple, ne relève pas de la responsabilité individuelle : arrêter de fumer est la chose la plus difficile au monde, mais on ne choisit pas de commencer à fumer à 14 ou 15 ans – cela dépend notamment du milieu social. La lutte contre le tabac passe par le fait de donner le choix aux jeunes : c'est ce qui est en train de se passer, puisqu'on constate une forte diminution de l'exposition au tabac.

Il en va de même d'autres expositions : on choisit très rarement de s'y confronter. L'épidémiologie et la prévention primordiale visent donc à faire en sorte que l'ensemble de la société voie diminuer les expositions aux substances toxiques. Beaucoup de données concernent le cadmium, les Pfas, les pesticides, etc. Il s'agit de savoir comment contrer ces expositions, sachant qu'il est très difficile d'obtenir des données suffisantes, en dehors du cadre des maladies professionnelles, permettant de prouver à quel niveau d'exposition et de dosage on est à haut risque de tel ou tel cancer ou de telle ou telle autre pathologie. Le cadmium est un carcinogène prouvé de niveau 1, mais en tant que maladie professionnelle ; à

l'échelle de la population, les données tendent à montrer l'augmentation d'un certain nombre de cancers. Des travaux sont en cours pour les Pfas, sur lesquels vous avez déjà légiféré. C'est la même chose pour les pesticides. On constate globalement un cocktail d'expositions qui modifient le risque pour nos concitoyens.

Pour l'instant, l'action qui est menée consiste surtout à obtenir toutes les données nécessaires à l'échelle de la société. L'Inca travaillera avec votre commission et avec les responsables politiques pour anticiper, grâce aux données que nous avons et sans forcément attendre l'Organisation mondiale de la santé ou le Circ, ce sur quoi nous devons légiférer pour protéger nos concitoyens.

La translation de cette action à l'échelle individuelle est bien plus difficile. Identifier le risque individuel demande un travail énorme. Sans les bonnes données, il y a de fortes chances de se tromper et d'inquiéter les personnes pour rien. Cette prévention personnalisée est en train d'avancer, à l'aide de biomarqueurs et d'autres outils, mais on ne peut affirmer actuellement que votre niveau personnel de cadmium fait de vous une personne à très haut risque de tel ou tel cancer, ce qui déclencherait un dépistage particulier. Nous allons travailler à l'Inca à la fois sur la partie primordiale et sur la partie individuelle. Soyez certains que notre dogme n'est en aucun cas que l'individu serait responsable de ses expositions individuelles ; au contraire, il faut aider les personnes qui ont été exposées à ne pas développer un cancer grave.

L'Inca éclaire, agit, et vise à réduire fortement les inégalités. Je vous remercie d'ailleurs de m'avoir alertée au sujet de certains cas d'iniquités d'un territoire à l'autre.

S'agissant de la gouvernance, l'Inca peut effectivement paraître schizophrène avec ses deux têtes que sont le ministère de la santé et celui de la recherche. Au contraire, cette double tutelle, unique en son genre, lui permet de construire une recherche liée à la santé et de mobiliser tous les professionnels ensemble. Certaines mesures sont en place pour faire fonctionner cette gouvernance bipartite, grâce à des réunions bilatérales très régulières : c'est quelque chose qui nous tient à cœur, à Nicolas Scotté et à moi-même, et je considère donc cette cotutelle comme un avantage plutôt que comme un écueil.

En matière de recherche clinique sur le cancer, la France est plutôt bien positionnée : elle se classe entre la sixième et la huitième place selon les domaines producteurs de publications et de données probantes, même si elle a été doublée par la Chine et la Corée du Sud ces dernières années. Nous sommes donc très compétitifs. En revanche, nous subissons une légère désaffection de l'industrie pharmaceutique sur notre territoire. L'Inca y travaille beaucoup : la discussion et le dialogue ne doivent pas porter que sur l'accès à la recherche clinique pour les patients français, mais construire un équilibre entre l'organisation des soins, notamment européenne, et l'intérêt des industriels pour la recherche clinique en France.

Certains outils numériques vont par ailleurs nous permettre de concrétiser l'accès de tous à la recherche clinique et aux biomarqueurs, sur l'ensemble du territoire. L'Inca mène plusieurs actions nationales en ce sens.

S'agissant de l'idée d'un plan national dédié aux tumeurs cérébrales, des dotations importantes sont consacrées à la recherche sur les cancers pédiatriques. L'une d'entre elles a permis de construire à l'échelle nationale de grands groupes de recherche, mutualisés sur le territoire. Les tumeurs cérébrales représentent une large partie de cette recherche : 30 à 40 %

des tumeurs de l'enfant sont en effet cérébrales. Les efforts sont moins importants pour celles de l'adulte, où les choses sont assez différentes. Il s'agit d'une maladie dont l'incidence est en cours d'augmentation : un plan national serait donc bienvenu dans les années qui viennent, pour mettre en place une prévention qui n'existe pas aujourd'hui, mieux identifier les facteurs qui y contribuent et améliorer l'accès aux soins et la recherche.

M. le président Frédéric Valletoux. Nous en venons aux questions des autres députés.

M. Pierre-Yves Cadalen (LFI-NFP). Étant député de Brest, j'ai travaillé avec mon collègue Maxime Laisney sur l'effet des rayons ionisants et la possibilité qu'ils déclenchent des cancers. Une étude récente, baptisée Inworks, montre que cette possibilité existe, y compris en cas de très faibles doses, alors qu'on pensait jusqu'à présent qu'il y avait des effets de seuil.

Le problème qui est posé concerne des travailleurs de plusieurs secteurs : nucléaire civil et militaire, secteurs du médical et de l'aviation civile. Les travailleurs de Brest étaient dans le domaine de la dissuasion nucléaire ; ils ont été particulièrement exposés entre 1972 et 1996, car quasiment aucune mesure de sécurité n'était prise. Des dizaines d'entre eux sont morts déjà, de cancers qui sont souvent les mêmes, et qui pour certains – pharynx, pancréas, cancer précoce de la prostate – ne sont pas reconnus par le tableau 6 des maladies professionnelles, qui correspond justement aux cancers causés par ce type d'exposition. Ce tableau n'a pas été modifié depuis 1984 en dépit des travaux liés aux victimes des essais nucléaires – qui ont conduit à la loi Morin de 2010 – et des travaux plus récents de Mereana Reid Arbelot et de Didier Le Gac qui, tous, visent à étendre le nombre de cancers reconnus. Ce tableau va-t-il évoluer ?

M. Lionel Tivoli (RN). Vous avez consacré une part importante de vos travaux à la prévention personnalisée et à l'interception des cancers. Notre politique publique repose essentiellement sur les programmes de dépistage organisés. Ils sont indispensables, mais les progrès scientifiques ouvrent désormais des perspectives nouvelles avec une détection très précoce, grâce aux biomarqueurs, aux biopsies liquides, à l'intelligence artificielle et à l'analyse avancée de l'imagerie médicale.

Dans mon département des Alpes-Maritimes, les équipes de l'institut hospitalo-universitaire (IHU) RespirERA conduisent des travaux particulièrement prometteurs dans ce domaine, notamment sur les cancers du poumon, en associant recherche translationnelle, intelligence artificielle réalisée à partir de données du scanner thoracique et obtenues par approche multiomique à partir d'échantillons sanguins, et médecine de précision. L'IHU a la lourde mission de gérer, depuis le 11 mai 2026, le système d'information de ce programme. L'enjeu est considérable. Lorsqu'un cancer est identifié à un stade très précoce, les chances de guérison peuvent être sans commune mesure avec celles observées lors d'un diagnostic tardif, avec à la fois un bénéfice humain majeur pour les patients et un impact potentiellement très important pour notre système de santé.

Considérez-vous que la prochaine grande étape de la stratégie nationale de lutte contre le cancer doit être de compléter la logique traditionnelle de dépistage par une véritable stratégie nationale de détection précoce et de médecine prédictive ? Quel rôle l'Inca pourrait-il jouer dans cette optique ?

Par ailleurs, comment envisagez-vous votre mission en matière de remboursement des tests sanguins des analyses génomiques à grande échelle ? Quid de l'intégration rapide des outils de l'intelligence artificielle dans le système de soins en France ?

Enfin, que pensez-vous de la stratégie de décentralisation des tests sanguins par contraste avec celle de la centralisation, dans une perspective d'équité d'accès et de prise en charge rapide des patients ?

M. Jean-François Rousset (EPR). Ma question concerne le cancer de la prostate, car je trouve sa prise en charge très aléatoire selon les territoires. Des controverses existent sur les indications thérapeutiques et les bénéfices de certaines chirurgies lourdes. L'Inca pourrait-il proposer rapidement une stratégie, fondée sur le dosage de l'antigène prostatique spécifique (PSA) ? L'intérêt sanitaire et peut-être économique serait en effet très important.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Sur les 1 800 cancers professionnels reconnus en 2019, 96 % des personnes atteintes étaient des hommes. Cette donnée est loin d'être un hasard : les tableaux de maladies professionnelles sont en effet pensés au masculin. Le critère du genre est particulièrement déterminant dans la reconnaissance de l'origine professionnelle des cancers. Les secteurs fortement féminisés, comme le soin ou l'entretien, demeurent largement sous-évalués dans l'analyse des risques professionnels. L'avis rendu par l'Anses le 23 avril 2025 est particulièrement préoccupant : il conclut que de nombreux cancers ne font toujours pas l'objet de présomptions d'origine professionnelle, malgré des études scientifiques attestant du contraire.

Parmi ceux-ci, il faut notamment relever le cancer du sein d'origine professionnelle : une personne qui travaille de nuit, par exemple, voit le risque de développer un cancer du sein augmenter de 26 %. Le cancer des ovaires lié à l'amiante, reconnu par le Circ depuis 2012, illustre aussi les lacunes du système actuel. Pourtant, entre 2010 et 2020, seules six demandes de reconnaissance ont été déposées.

Les femmes, qui assument encore majoritairement les responsabilités liées à la maternité, sont plus souvent amenées à interrompre ou à segmenter leur parcours professionnel. La conséquence est grave : la reconnaissance de l'origine professionnelle de leur cancer est en effet plus complexe. Les durées d'exposition sont jugées insuffisantes et manquent de traçabilité : autant de facteurs qui empêchent encore les femmes aux carrières fragmentées d'établir le lien entre leur travail et leur maladie, sans parler du manque de communication sur le sujet.

Dans un tel contexte, quand et comment allez-vous participer à la mise à jour des tableaux des maladies professionnelles, réclamée depuis longtemps par les représentantes et représentants syndicaux et par l'Anses ? Quel engagement précis l'Inca est-il prêt à prendre pour accélérer la reconnaissance des cancers professionnels, en particulier dans les secteurs à forte présence féminine ?

Mme Justine Gruet (DR). Les enjeux dans la prise en charge des patients atteints de cancer sont nombreux. Notre assemblée s'est d'ailleurs pleinement engagée ces dernières années, notamment pour l'accompagnement des parents qui font face à des difficultés liées à l'organisation nécessaire pour être au plus près de leurs enfants lorsque cette terrible annonce est faite. Je tiens à saluer sincèrement les maisons des familles et les aménagements effectués par les divers établissements pour les soutenir dans cette épreuve. Je tiens à mettre à l'honneur

également les associations de patients et de professionnels, qui permettent une coordination précieuse dans le suivi des patients.

Dans le Jura, nous avons l'institut régional fédératif du cancer de Franche-Comté, qui permet d'organiser le dépistage et des prises en charge au plus près des bassins de vie, avec une expertise de grande qualité. La prévention est un maillon essentiel : plus elle est précoce, plus les chances de guérison sont élevées. Il m'apparaît donc fondamental de s'appuyer sur les collectivités en proximité pour développer une culture de la prévention, à la fois primaire – en amont de la maladie –, secondaire – à un stade précoce de son évolution – et tertiaire – pour prévenir les complications et les risques de récurrence.

Je tiens à citer également en exemple le bus de santé des femmes, qui parcourt les routes jurassiennes pour réaliser des consultations et des frottis.

Distribuer un tract ne suffit plus pour associer pleinement les patients à leur santé. Comment concevez-vous la prévention en métropole et dans les territoires plus ruraux ? Comment pouvons-nous fortifier collectivement cette dynamique, qui nécessite une transformation profonde de notre système de santé pour sortir de la vision curative et nous tourner vers une vision préventive, ciblée, et que chaque Français s'approprie dans son quotidien ?

Mme Josiane Corneloup (DR). Votre parcours est marqué par une approche innovante de la cancérologie, notamment autour de la prévention personnalisée et de l'identification des facteurs de risque individuels. Cette évolution représente un changement important dans notre manière d'aborder le cancer : il ne s'agit plus uniquement de traiter une maladie déclarée, mais d'intervenir plus tôt, d'identifier les personnes davantage exposées et de proposer des stratégies adaptées. L'enjeu pour l'Inca est désormais de transformer ces avancées scientifiques en véritables politiques publiques accessibles au plus grand nombre.

Or, les inégalités face au cancer restent importantes : elles tiennent à l'accès aux professionnels, aux délais de diagnostic, à la connaissance des dispositifs, ou encore aux différences entre les territoires. Comment l'Inca pourrait-il accompagner le développement de la prévention personnalisée, tout en garantissant qu'elle bénéficie aussi aux populations les plus éloignées des dispositifs de santé et aux territoires qui disposent de moins de ressources médicales ?

Mme Suzette Delaloge. Monsieur Cadalen, madame Amiot, l'Institut national du cancer n'établit pas le tableau des maladies professionnelles, mais contribue à produire des données qui vont faire avancer les choses. Il existe, au sein de l'Inca, une cellule de surveillance des maladies professionnelles, qui rencontre régulièrement les équipes de sciences et de recherche françaises qui travaillent sur cette question. J'ai pris bonne note de vos recommandations. Il pourrait être intéressant de retravailler sur la partie rayonnements, sachant que c'est un point sur lequel travaillait énormément ces dernières années notre ex-Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire. Je ne connaissais pas le cas des travailleurs exposés à Brest : je vais m'en saisir pour voir si cela nécessite une action particulière de l'Inca.

S'agissant des femmes, les choses sont effectivement plus difficiles : nous disposons de moins de données potentielles et les parcours sont fragmentés. Il y a eu une jurisprudence il y a quelques mois sur le travail nocturne des infirmières et beaucoup d'efforts menés au sujet du métier des hôtesses de l'air. Il est assez difficile d'obtenir des données suffisantes

pour déclencher la reconnaissance de maladie professionnelle. Des équipes à l’Inca connaissent bien mieux ce dossier que moi, et c’est un sujet important dont nous pourrions reparler dans les années qui viennent.

Monsieur Tivoli, vous avez évoqué les tests de détection multicancers par le biais de l’ADN tumoral circulant, dont on attendait beaucoup. Ce champ évolue de manière importante, surtout grâce à des compagnies américaines pour l’instant. Nous avons été déçus malheureusement par les résultats de la vaste étude anglaise NHS-Galleri, publiés tout récemment. Il s’agissait, sur une cohorte de 180 000 personnes de plus de 60 ans, de tester la détection par ADN circulant, mais cette étude n’a pas du tout atteint son objectif principal, ce qui a freiné le développement de la première génération de ces tests. Une deuxième génération est en cours de construction, soit par le biais de tests spécifiques comme ceux de l’IHU RespirERA, qui fait un travail remarquable, soit par d’autres tests ; mais à ce jour, les données probantes ne sont pas suffisantes pour déployer ces tests sur notre territoire.

Nous devons toutefois organiser une veille étroite sur ce sujet, tant à l’échelle européenne que française, pour nous organiser en attendant leur arrivée afin de savoir comment ce sera pris en charge, comment décentraliser si besoin et quels tests utiliser. En dépistage, on a besoin de données très solides parce que les rapports bénéfices-risques sont potentiellement très défavorables avec un test trop sensible, ou qui fait beaucoup de surdiagnostic, au risque d’inquiéter les personnes pour rien. L’évolution sera importante dans les cinq prochaines années, mais nous ne sommes pas encore prêts.

L’Inca va se préparer à la mise en place de ces tests et travailler sur le financement des recherches – c’est d’ailleurs déjà le cas. L’Inserm met en place un important projet en association avec l’Inca, baptisé Prevaction, dans lequel RespirERA est très impliqué, qui vise à identifier les personnes exposées au risque de contracter certaines maladies dans les années qui viennent, et qui met l’accent sur l’anticipation et le dépistage précoce. Ce projet, qui démarre bientôt, est transdisciplinaire et dépasse donc le champ du cancer. Un énorme travail est mené sur les facteurs de risque environnementaux, les expositions et les facteurs sociaux, pour un montant de 60 millions d’euros d’investissements, en cours de signature finale – vous avez déjà dû voir passer ce projet.

Monsieur Rousset, il est vrai que des inégalités territoriales subsistent dans le cas du cancer de la prostate. L’accès à la désescalade thérapeutique diffère selon les territoires : beaucoup de cancers peuvent ne pas être traités mais simplement surveillés si vous tombez sur un urologue qui s’y connaît mal, ce qui est assez inégalitaire. C’est aussi le cas de l’accès à la radiothérapie, par opposition à la chirurgie, avec des morbidités très différentes. Des recommandations nationales de pratiques professionnelles s’imposent donc afin de régler les choses.

Le recours au dosage du PSA va être revu. On avait jusque-là une énorme quantité de surdiagnostics, car le dépistage de toute la population n’était pas valide. Nous allons désormais associer l’identification des personnes à risque, grâce à la génétique, au PSA et à l’imagerie par résonance magnétique, ce qui devrait changer la donne dans les années qui viennent.

Madame Gruet, les bus de santé font effectivement partie des initiatives territoriales très intéressantes pour toucher les personnes éloignées des systèmes de soins. Il s’agit d’une réponse parmi d’autres, toujours multiples, aux problématiques territoriales. L’Inca doit travailler à transmettre l’information, notamment par le biais de webinaires nationaux

évoquant des expérimentations locales inconnues d'autres territoires qui pourraient pourtant s'en inspirer. J'aimerais donc organiser ce type de webinaires nationaux pour diffuser l'information auprès des scientifiques, des professionnels et des citoyens, tant sur les avancées de la recherche en France que sur ce type d'initiatives.

Madame Corneloup, il me semble important de changer les recommandations sur les pratiques professionnelles pour les rendre plus précises – qui fait quoi, à quel endroit –, d'informer nos concitoyens sur les attentes qu'ils peuvent avoir en matière de délais, et d'utiliser le numérique et l'intelligence artificielle pour aider les personnes à s'y retrouver dans le système de santé. Je pense en particulier à l'IA agentique qui pourra aider les personnes éloignées du système à trouver un rendez-vous, à s'orienter et à choisir le bon professionnel, afin de ne pas perdre de temps au moment de leur prise en charge comme c'est de plus en plus le cas.

M. le président Frédéric Valletoux. Je vous remercie pour cet exposé passionnant et pour la densité de vos réponses. Nous suivrons avec beaucoup d'intérêt la suite de vos travaux.

La réunion s'achève à douze heures vingt-cinq.

Présences en réunion

Présents. – Mme Ségolène Amiot, M. Joël Aviragnet, M. Thibault Bazin, Mme Anaïs Belouassa-Cherifi, M. Christophe Bentz, M. Théo Bernhardt, Mme Sylvie Bonnet, M. Marc Chavent, Mme Nathalie Colin-Oesterlé, Mme Josiane Corneloup, Mme Sandrine Dogor-Such, Mme Fanny Dombre Coste, Mme Nicole Dubré-Chirat, Mme Stella Dupont, M. Jérôme End, Mme Karen Erodi, M. Guillaume Florquin, Mme Martine Froger, Mme Marie-Charlotte Garin, M. François Gernigon, Mme Sabine Gervais, Mme Océane Godard, M. Jean-Carles Grelier, Mme Justine Gruet, M. Jérôme Guedj, Mme Zahia Hamdane, M. Alim Latrèche, M. Michel Lauzzana, M. Didier Le Gac, M. René Lioret, Mme Brigitte Liso, Mme Christine Loir, Mme Hanane Mansouri, M. Pierre Marle, M. Christophe Mongardien, M. Yannick Monnet, M. Serge Muller, M. Yannick Neuder, Mme Agnès Pannier-Runacher, M. Jean-François Rousset, Mme Sandrine Runel, M. Arnaud Simion, M. Lionel Tivoli, M. Nicolas Turquois, M. Frédéric Valletoux, Mme Annie Vidal, M. Philippe Vigier

Excusés. – Mme Audrey Abadie-Amiel, Mme Anchya Bamana, Mme Béatrice Bellay, M. Gaëtan Dussausaye, Mme Karine Lebon, Mme Élise Leboucher, M. Thomas Ménagé, M. Jean-Philippe Nilor, M. Sébastien Peytavie, Mme Angélique Ranc, M. Jean-Hugues Ratenon, M. Emmanuel Taché, M. Stéphane Viry

Assistait également à la réunion. – M. Pierre-Yves Cadalen