

PROCÈS-VERBAL DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

DE L'INSTITUT NATIONAL DU CANCER

DU 14 DECEMBRE 2018

Les membres du conseil d'administration de l'Institut national du cancer se sont réunis le 14 décembre 2018 à 10 heures au siège de l'Institut national du cancer, 52 avenue André Morizet – 92100 Boulogne-Billancourt.

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

- M. IFRAH Norbert, Président du conseil d'administration
- M. SALOMON Jérôme, représentant la Direction générale de la santé, représenté par M. AMBROISE Patrick,
- M^{me} COURREGES Cécile, représentant de la Direction générale de l'offre de soins, représentée par M. DE LUZE Samuel
- M^{me} LIGNOT-LELOUP Mathilde, représentant de la Direction de la sécurité sociale, représentée par M. AMBROISE Patrick
- M^{me} DEVILLE DEPERIERE Dominique, représentant le ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation,
- M. ROUSSET Damien, représentant le ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'innovation,
- M^{me} GIRY Claire, représentant de l'INSERM, représentée par M. Norbert IFRAH
- M. de LAUNOIT Yvan, représentant le centre national de la recherche scientifique (CNRS),
- M. OUMEDDOUR Saïd, représentant la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS),
- M^{me} ARVIS Mariam représentant de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA),
- M^{me} GODET Jacqueline, représentant la ligue nationale contre le cancer (LNCC),
- M^{me} FUMAGALLI Graziella, représentant la ligue nationale contre le cancer (LNCC)
- M. RAYNAUD Jacques, représentant la fondation pour la recherche sur le cancer (Fondation ARC),
- M. GIRAUD Philippe, représentant de la Fédération de l'hospitalisation française (FHF),
- M. FRANCK Denis, représentant de la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)
- Mme. FLAMANT Pascale, représentant la FNCLCC (Fédération Unicancer),
- M. CHAMBAUD Laurent, personne qualifiée, représenté par M. RENAUDIN Noël,
- M^{me} PENAULT-LLORCA Frédérique, personne qualifiée,
- M^{me} TRILLET-LENOIR Véronique, personne qualifiée,
- M. RENAUDIN Noël, personne qualifiée,
- M. VERNANT Jean-Paul, personne qualifiée,

- Mme TAMARELLE-VERHAEGHE, personne qualifiée,
- M^{me} RICOMES Monique, personne qualifiée,

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

Assistaient également au conseil d'administration :

- M. BRETON Thierry, directeur général de l'Institut
- M^{me} CHOMIENNE Christine, directrice du pôle recherche et innovation
- M. VIGUIER Jérôme, directeur du pôle santé publique et soins
- M^{me} DAHAN Muriel, directrice des recommandations et du médicament
- M. COLLIN Emmanuel, directeur de la communication
- M^{me} DE MONTGOLFIER Sandrine, présidente du comité de déontologie et d'éthique
- M^{me} LACOMBE- DUMAS Catherine, présidente du conseil scientifique
- M. BOUCHER Pascal, représentant de la délégation unique du personnel
- M^{me} VOGEL Véronique, représentante du CBCM
- M. GIOVACCHINI Daniel, agent comptable
- M. COTTET Vincent, représentant la direction du budget

Monsieur Norbert IFRAH ouvre la séance du conseil d'administration en souhaitant la bienvenue aux deux nouvelles personnes siégeant au conseil d'administration de l'Institut représentant la fédération hospitalière de France :

- Monsieur Laurent DONADILLE
- Monsieur Philippe GIRAUD

Monsieur Norbert IFRAH rappelle qu'un certain nombre de documents sont à la disposition des administrateurs :

- la version finale maquettée du rapport scientifique de l'Institut.
- la liste des publications de l'Institut qui sont intervenues depuis le dernier conseil d'administration et les publications à venir.

Monsieur Norbert IFRAH rappelle que chaque membre du conseil d'administration a renseigné une déclaration publique d'intérêts, qui a été analysée au regard de l'ordre du jour. Si, au-delà de cette analyse des liens d'intérêts, il existait un risque de conflit d'intérêts avec un point à l'ordre du jour, il demande aux administrateurs de le faire savoir, de façon à déporter si besoin certains membres lors du vote.

Cela étant dit, Monsieur Norbert IFRAH propose de passer à l'examen du premier point de l'ordre du jour.

Point 01 Approbation du procès-verbal du conseil d'administration du 12 octobre 2018 (délibération n° 1)

Monsieur Norbert IFRAH demande aux administrateurs s'ils ont des modifications à apporter sur le procès-verbal.

Sans remarques des administrateurs, Monsieur Norbert IFRAH propose de passer au vote de la délibération de ce premier point et lit la délibération :

« Vu l'article 5-2-7 du règlement intérieur de l'Institut national du cancer, après en avoir pris connaissance, le conseil d'administration approuve le procès-verbal du conseil d'administration du 12 octobre 2018. »

Le procès-verbal est approuvé à l'unanimité.

Point 02 Approbation du plan d'actions 2019 (délibération n° 2)

Monsieur Norbert IFRAH rappelle que le plan d'actions a pour objectif de présenter les grandes orientations de l'Institut en 2019. Il se propose d'en résumer les grandes actions.

L'année 2019 sera, pour l'Institut, une année charnière avec, d'une part, l'entrée dans la dernière année de réalisation du Plan cancer 3 et la préparation de l'évaluation de ce dernier et, d'autre part, la préparation des prochaines orientations de la lutte contre les cancers.

S'agissant des orientations futures de l'Institut, celles-ci s'inscriront dans les objectifs fixés dans le contrat d'objectifs et de performance.

Le contrat d'objectifs et de performance régit les missions législatives de l'Institut, notamment la coordination des actions de lutte dans l'ensemble de ses dimensions, tout en répondant aux besoins des citoyens. Ce sera également l'année des impulsions nouvelles, évoquées en détail lors du dernier séminaire du conseil d'administration.

Concernant les orientations stratégiques du pôle santé publique et soins

Monsieur Norbert IFRAH rappelle que les actions traditionnelles concernent la prévention et le dépistage, les soins mais aussi les actions de partenariat et les plateformes de données

modulaire. Dans le champ de la prévention, l'Institut souhaite mettre l'accent sur la consolidation et le développement de l'expertise et des interventions d'accompagnement sur la nutrition et l'activité physique.

Concernant le dépistage, 2019 sera l'année du déploiement, sur l'ensemble du territoire, de la réorganisation des structures de gestion. L'accent sera également mis sur l'amélioration du dépistage organisé du cancer colorectal et la généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus.

Monsieur Norbert IFRAH précise que, concernant le cancer colorectal, des expérimentations régionales seront menées, notamment sur les remises des kits pour permettre de toucher le plus grand nombre.

Concernant les soins, 2019 sera également caractérisé par le renouvellement du régime des autorisations. Dans ce cadre, une plus grande place doit être accordée à la qualité et à la sécurité des soins, notamment par des propositions relatives à l'évolution des seuils, à la mise en place d'une gradation de l'offre, de la qualité de l'accès à l'innovation et des plateaux techniques.

Concernant les plateformes de données modulaire, il indique qu'il s'agit de l'un des grands sujets de l'Institut. Il s'agit de faire converger des données issues de plateformes, des biothèques ou des bases clinicobiologiques, éventuellement enrichies par des objets connectés, afin d'optimiser les bases de données de l'Institut. Il évoque un certain nombre d'approches progressives ou de preuves de concept en rappelant que ces démarches s'inscrivent dans le cadre du « *Health Data Hub* » souhaité par le Président de la République. Il ajoute que les données cancer et le travail de l'Institut devraient vraisemblablement être inclus prioritairement dans cette réflexion.

Il souligne également l'importance du travail que l'Institut mène avec ses partenaires pour accompagner la fin du Plan cancer 3 et accompagner et enrichir la stratégie cancer.

Concernant les orientations stratégiques du pôle recherche et innovation, les actions sont cadrées, mais le contenu ne cesse d'évoluer et de s'affiner. Monsieur Norbert IFRAH évoque les programmes de recherche innovants, notamment sur les champs de la prévention, mais aussi des travaux concernant des appels à projets récurrents, afin de concevoir des essais selon les besoins. Il souligne la nécessité de cibler un certain nombre de thèmes d'actions prioritaires, comme le cancer du pancréas ou les cancers pédiatriques, la lutte contre le tabagisme ou d'autres cancers incurables.

Il s'agit également d'imaginer de nouveaux modèles comme, sur le plan thérapeutique, l'association de molécules ou la réflexion autour de cohortes plus petites ou d'essais plus précoces.

Monsieur Norbert IFRAH poursuit sa présentation en soulignant qu'une réflexion sera conduite sur les perspectives de modernisation des process pour les prochaines années. Il demeure convaincu que le mode de fonctionnement de cette réflexion doit être la suscitation en suggérant quelques thèmes prioritaires de recherche en plus des appels à projet classiques.

En termes d'évaluation : en poursuivant la démarche pluridisciplinaire et participative autour de l'évaluation d'impact des actions de recherche. Il s'agit là d'un élément clé qui permettra à l'Institut de mieux orienter ses actions futures.

En termes de diffusion : en permettant le partage d'expériences, de données, d'outils, pour permettre le transfert d'innovation sur les territoires en appui auprès du Ministère de la santé. C'est également un objectif de valorisation qui pourrait être poursuivi dans ce cadre.

L'Institut souhaite également automatiser, au maximum, le rapport intermédiaire pour se concentrer sur les analyses à haute valeur ajoutée et notamment le travail de coordination et d'accompagnement de la communauté scientifique.

Monsieur Norbert IFRAH précise que le pôle recherche et innovation sera largement partie prenante à la réflexion sur le *big data* et l'intelligence artificielle dans l'ambition de proposer une plateforme unique regroupant toutes les données en cancérologie.

Concernant les orientations stratégiques en matière de recommandations et du médicament, il rappelle que les missions de la direction des recommandations et du médicament demeurent, dans le champ des bonnes pratiques, de prioriser ce qui n'a pas été couvert ou ce qui nécessite une actualisation. L'objectif est d'avoir revisité les principales localisations d'ici 18 mois, au besoin par simple revalidation.

Concernant l'information du patient, il rappelle la volonté de l'Institut de moderniser les supports, de les simplifier, parfois de les scinder en un document d'accès rapide et pratique et un document source plus dense.

Pour 2019, il paraît essentiel que l'Institut s'assure de la pertinence de ses messages, de ses supports, de ses modalités de diffusion afin d'atteindre au mieux ses cibles.

Il s'agit également d'améliorer l'accès au médicament, en accordant une attention particulière aux médicaments innovants et aux médicaments en tension.

La priorité sera donnée :

- aux anticipations des innovations (CAR-T et programme Horizon scanning),
- aux stratégies de lutte contre la pénurie de certains médicaments anticancéreux (médicaments anciens et / ou présentant un moindre intérêt pour les fabricants) dans le cadre du contrat stratégique des industries de santé (CSIS).

L'Institut devra, sur ces différents sujets, intégrer la dimension internationale à la réflexion.

Concernant les orientations stratégiques en matière de communication et d'information

L'ensemble des actions de l'Institut est appuyé par d'importantes opérations de communication.

Monsieur Norbert IFRAH évoque des opérations de communication massives concernant la prévention. La mobilisation doit se poursuivre, ciblée sur les facteurs de risque comportementaux et prioritairement sur la nutrition (au sens large, incluant l'alcool et l'activité physique) et la lutte contre le tabagisme.

Il est essentiel de faire évoluer les registres de communication ainsi que les outils pour maximiser la prise de parole de l'Institut.

L'Institut cherche également à accroître l'écho de ses messages auprès des populations cibles ; le cas échéant en ne feignant pas d'ignorer la dimension « émotionnelle » qui accompagne le discours « rationnel » de prévention, et qui est elle-même susceptible d'impacter fortement les esprits et les consciences (cf. campagnes de communication de la sécurité routière).

Toujours dans cet objectif d'amplification des messages de l'Institut, sera envisagée la conduite d'actions communes ou coordonnées avec ses partenaires, notamment les agences sanitaires.

Concernant le dépistage, il s'agit d'améliorer l'efficacité des actions de l'Institut pour augmenter le taux de participation aux dépistages. Pour 2019, il est nécessaire de repenser l'articulation entre la communication et l'organisation des programmes de dépistage dont la mise en œuvre territoriale reste très hétérogène. Il souligne la nécessité de capitaliser sur des visuels ou des signatures répétitives.

En terme d'image, Monsieur Norbert IFRAH considère comme primordial de contribuer à la destruction de l'équation *cancer = mort*. Ce travail est en cours. Cependant, il est plus que jamais nécessaire de renforcer la place de l'Institut dans la perception commune de la lutte contre le cancer. En effet, il est important que les personnes recherchant des informations sur le sujet puissent les trouver dans des documents de qualité, validés par l'Institut et non sur des réseaux sociaux de qualité variable.

Ce travail sur l'image est essentiel et il convient d'éviter la banalisation et la diabolisation de la maladie. Il est également nécessaire de re-questionner l'identité visuelle de l'Institut en raison d'une pluralité des libellés trop importante notamment sur internet (avec une pluralité de libellés – Institut du cancer, INCa, e-cancer, cancer info) étant susceptible de générer une certaine confusion.

Toutes ces initiatives conservent néanmoins un certain nombre de fils rouges qui demeurent les credo de l'Institut, à savoir la qualité et l'indépendance de son expertise, son comité de démocratie sanitaire, son comité de déontologie et d'éthique et, bien entendu, la tutelle vigilante et bienveillante du conseil scientifique international.

Ayant achevé sa présentation du plan d'actions 2019, Monsieur Norbert IFRAH propose aux administrateurs qui le souhaitent de réagir à cette présentation.

Monsieur Noël RENAUDIN remercie Monsieur Norbert IFRAH pour cette présentation. Il souhaite toutefois formuler deux remarques. La première concerne les tests de biologie et la nomenclature. Il estime que ce sujet est souvent évoqué puis immédiatement évacué en raison de l'absence de consensus entre les administrateurs. Or, il estime qu'il serait bon que l'Institut dispose d'une position méditée et argumentée sur cette question, en prenant en compte l'intérêt général, notamment celui des malades, et pas uniquement celui de la sécurité sociale. Il estime qu'il s'agit d'un sujet trop important pour qu'il demeure dans l'oubli et souhaite qu'il figure dans le plan d'actions de l'Institut.

Il souhaite également réagir concernant l'accès aux médicaments. Il observe que le chapitre consacré à l'accès aux médicaments est, comme toujours, un chapitre maximaliste. Il s'agit d'accéder aux innovations le plus rapidement possible sans perdre, pour autant, l'accès aux vieux médicaments.

Monsieur Noël RENAUDIN est en accord avec ces deux orientations, mais il rappelle que, dans un monde contraint, il est nécessaire que l'Institut prenne position sur la sélectivité nécessaire en matière d'adoption de nouveaux médicaments. En effet, l'Institut s'inscrit dans un monde économique contraint et, s'il n'adopte pas ce type de position, d'autres entités le feront à sa place, d'une manière qui ne serait pas forcément souhaitable.

Concernant la première remarque, Monsieur Norbert IFRAH rappelle qu'un long point d'information sur les tests de biologie et la nomenclature sera organisé lors du conseil d'administration du mois de juin.

Monsieur Thierry BRETON précise qu'il s'agira d'organiser un temps d'échange au sein du conseil d'administration, sur la base d'une note élaborée par l'Institut.

Monsieur Noël RENAUDIN en prend acte, mais estime qu'il serait préférable que cela figure dans le plan d'actions.

Monsieur Norbert IFRAH indique que c'est déjà plus ou moins le cas puisque ce point figurera à l'ordre du jour du conseil d'administration du mois de juin. En revanche, il rappelle que, concernant ce sujet, l'Institut ne dispose que d'une capacité d'influence.

Monsieur Noël RENAUDIN n'en disconvient pas, mais estime important de déterminer la manière dont s'exerce cette influence.

Concernant l'accès aux médicaments, Monsieur Norbert IFRAH confirme qu'il s'agit d'un sujet majeur et rappelle qu'une partie de la question est en train d'être traitée par le comité de déontologie et d'éthique. En outre, il réaffirme que la question de l'accès – ou du sur-accès – aux médicaments demeure l'une des préoccupations majeures de la Direction des recommandations et du médicament et de l'Institut.

Monsieur Jean-Paul VERNANT estime également qu'il est important que cette discussion s'organise. Cependant, il trouve relativement complexe de ne pas faire bénéficier un patient avec une maladie mortelle d'une innovation thérapeutique potentielle. En revanche, il souligne la

nécessité de faire en sorte que ces autorisations de mise sur le marché (AMM) demeurent des AMM conditionnelles.

Or, il n'a jamais été en mesure d'observer un retrait d'AMM pour un médicament très coûteux si les résultats du terrain n'étaient pas les mêmes que ceux qui étaient observés lors des essais de phase 1 ou de phase 2. Au contraire, il assure que ce n'est jamais le cas. Or, si ce problème était réglé, Monsieur Jean-Paul VERNANT estime que le problème de l'innovation serait nettement moins récurrent. On pourrait faire bénéficier les patients de ces médicaments après des essais précoces à condition de retirer cette AMM. Il partage l'opinion de Monsieur RENAUDIN : il est essentiel que l'Institut se penche sur cette problématique.

Monsieur Norbert IFRAH assure que rien ne s'oppose au fait d'ajouter ces deux points au plan d'actions 2019 de l'Institut.

Madame Pascale FLAMANT remercie le président pour sa présentation. Elle souhaite revenir sur la réforme des autorisations. Il s'agit d'un sujet majeur pour Unicancer qui porte fortement l'aspect gradation des soins et augmentations des seuils et, à ce titre, elle souhaiterait obtenir de l'Institut et de la DGOS davantage de visibilité sur le calendrier. Concernant la plateforme de données modulaires, elle convient qu'il est nécessaire de s'inscrire dans la démarche du *health data hub*. Elle souhaite que, à l'occasion d'un autre conseil d'administration ou d'un groupe de travail *ad hoc*, il soit possible de se pencher sur l'organisation de ce point et d'y entrer de la manière la plus coordonnée possible.

En outre, concernant l'étude Réseaux régionaux de cancérologie, elle se souvient qu'il était question de lancer une étude avec un cabinet extérieur. Or, il lui semble que cette action n'a que fort peu progressé ces derniers temps. Toutefois, comme elle est évoquée dans le plan d'actions, elle souhaiterait obtenir quelques précisions concernant cette initiative.

Enfin, concernant le dépistage du cancer du sein, Madame Pascale FLAMANT remarque que le document comporte une réflexion sur la rénovation du programme à la faveur d'une approche plus personnalisée. Or, elle rappelle l'existence d'une étude, intitulée MyPeBS (My Personal breast cancer screening) lancée dans cinq pays et dont Unicancer est coordonnateur, avec 80 000 femmes. Il s'agit d'une expérimentation de nouvelles modalités de dépistage avec une stratification du risque.

Madame Pascale FLAMANT indique qu'il s'agit d'un projet très important aux enjeux majeurs et estime qu'il serait bon d'échanger sur ce dossier au sein du conseil d'administration.

Sur le calendrier de la réforme des autorisations, Monsieur Samuel DE LUZE confirme que, concernant le calendrier général, aucun changement majeur n'est intervenu. L'horizon, pour les travaux, se situe toujours à la fin de l'année 2019. Un certain nombre d'activités ont été abordées puisque 18 sont actuellement soumises à autorisation. S'agissant du traitement du cancer, le groupe a débuté ses travaux en juin 2018 et le calendrier de fin n'a pas évolué : un projet de décret devrait voir le jour aux environs du mois de juin 2019 et sera, par la suite, soumis au Conseil d'État.

D'autres activités concernent, de près ou de loin, le cancer. Ces activités figurent sur des calendriers dont l'échéance se situe à la fin de l'année 2019, mais avec des exigences parfois différentes. Les éléments de calendrier, diffusés dans les groupes dans lesquels Unicancer est représenté, n'ont pas évolué.

S'agissant de la saisine de l'Institut par la ministre, Monsieur Samuel DE LUZE évoque un travail en deux phases. Le premier concerne les critères transversaux, mais aussi les critères spécifiques. Ils feront l'objet d'échanges dans le cadre du groupe de traitement du cancer avec l'ensemble des partenaires ayant participé à la concertation.

Concernant les réseaux, il évoque des travaux ayant abouti à la concertation de certains réseaux et certaines ARS. Ces travaux sont en cours d'élaboration et devraient donner lieu à une instruction portant sur l'étape suivante qu'il ne souhaite pas évoquer à l'heure actuelle.

Monsieur Jérôme VIGUIER indique que la question comporte deux composantes. Concernant la composante réseaux régionaux de cancérologie, il rappelle que les administrateurs ont été consultés, afin de faire évoluer le texte par rapport à la version de 2016. Ce texte est désormais en phase de concertation, via les ARS pour la DGOS, afin d'aboutir à un texte consensuel accompagnant une instruction sur le référentiel.

En outre, il rappelle que la réflexion sur les 3 C, l'évolution sur les structures territoriales, avait été découplée avec une position du Président qui consistait à pérenniser les structures qui rendent service, mais de s'interroger sur celles qui rencontrent des difficultés à accomplir leur mission pour, éventuellement, en investir le réseau régional de cancérologie.

Néanmoins, un certain nombre d'étapes de l'état des lieux devaient être complétées. Pour ce faire, un prestataire d'appui a été sélectionné. L'étude des 3 C se fera sur la base de certaines analyses exhaustives, à partir des données que les 3 C remontent régulièrement. Il évoque également des enquêtes sur échantillon pour affiner certaines choses avec une méthode basée sur des quotas, en vue d'obtenir une topographie ainsi que des analyses plus fines sur certaines missions.

Concernant le *health data hub*, Monsieur Thierry BRETON assure qu'un point de présentation sera organisé lors d'un prochain conseil d'administration, afin de récapituler les diverses initiatives engagées. Il rappelle que l'Institut est à la fois porteur d'un projet au *health data hub*, et membre du *health data hub*. L'Institut siège au comité de pilotage et au comité de suivi.

Monsieur Thierry BRETON précise qu'il est question de constituer une structure juridique *du health data hub* et qu'il sera nécessaire de discuter de l'opportunité d'en être membre, lors d'une prochaine séance du conseil d'administration.

Concernant le projet *MyPeBS*, Monsieur Norbert IFRAH assure que l'Institut s'y est intéressé et a soutenu, quand cela s'est avéré nécessaire, aussi bien le projet lui-même que la demande de dérogation au programme national de dépistage des cancers du sein qu'il impliquait. Il s'agit d'une étude qu'il qualifie de passionnante, mais elle n'est pas menée par l'Institut. En conséquence, il lui semble délicat de l'inclure dans le plan d'actions de l'Institut.

Mme PENAULT-LLORCA Frédérique exprime son adhésion aux propos de Monsieur Noël RENAUDIN concernant les tests de biologie et souhaite évoquer quelques pistes de réflexion concernant ce sujet. Elle intervenait, ce matin, au sein du groupe français de pathologie pulmonaire qui lui avait demandé de traiter le RIHN et les freins actuels. Les statistiques définitives des cas testés cette année ne sont pas encore disponibles, mais elle assure qu'il est possible de constater une réelle régression sur le terrain, sur les plateformes. Ce retour en arrière est caractérisé par le fait que certaines personnes renoncent à demander des tests moléculaires à cause notamment de l'administratif. Il est urgent de faire passer ces tests à la nomenclature mais il ne faut pas reproduire l'erreur du RIHN en cancérologie, à savoir le fait de relier des techniques à des lettres clés. Il est nécessaire de prévoir une nomenclature d'indication.

Monsieur Norbert IFRAH est d'accord, mais il estime important, d'après son expérience, de pointer ce besoin sanitaire en apportant les preuves requises.

Mme PENAULT-LLORCA Frédérique précise qu'elle parle des tests EGFR.

Madame Véronique TRILLET-LENOIR souhaite revenir sur la question de la gradation des soins et des autorisations en cancérologie. Elle estime que l'idée d'élaborer une nouvelle formulation des critères d'agrément et des définitions de seuils et infrastructures nécessaires pour autoriser les établissements à pratiquer est pleine d'intérêt.

Néanmoins, elle indique avoir été frappée par la récente indignation du rapporteur général (LREM) de la commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale, Monsieur Olivier VERAN, qui a mis en exergue le nombre important – près de 10 % – de patients opérés d'un cancer dans des services de chirurgie non autorisés. Elle a parfaitement conscience que la question de

l'application des décrets et des critères d'agrément ne dépend pas de l'Institut. Cependant, elle se demande si l'agence de priorisation et d'influence ne pourrait pas user de son influence pour exiger l'application de ces critères.

Monsieur Norbert IFRAH explique que la priorisation s'exerce notamment sur des actions de recherche et non sur des régimes d'autorisation pour lesquels la mission de l'Institut est de proposer des critères argumentés. L'Institut transmet ses recommandations à la DGOS qui tranchera et proposera un décret. Par la suite, les ARS auront la possibilité de se prononcer et de trancher.

Monsieur Norbert IFRAH considère que le Plan cancer 3 a permis d'optimiser la collaboration avec les ARS et il estime qu'il y a lieu de s'en réjouir. L'Institut ne s'est pas borné à élaborer des critères de seuil dans ses propositions, mais bien des critères de qualité de gradation des soins.

Madame Monique RICOMES confirme que les ARS ont eu à cœur, dans le cadre du Plan cancer 3, d'aller au plus près des acteurs de terrain et des professionnels. Elle assure qu'un gros travail a été mené sur les seuils et les indicateurs de qualité, en région. Ce travail a progressé difficilement, car il génère de nombreuses réactions des divers acteurs impliqués, notamment des élus.

Monsieur Jean Paul VERNANT estime que le seuil par établissement de santé n'est pas un critère particulièrement pertinent. Il estime préférable de retenir le seuil par chirurgien. En effet, il affirme que le pronostic est souvent lié à l'expérience du chirurgien. Si le chirurgien procède à 20 opérations par an, le pronostic sera bien meilleur que s'il procède à deux ou trois opérations. Il estime que cela pose la question du suivi de l'activité du chirurgien.

Monsieur Laurent DONADILLE rappelle qu'un groupe de travail se réunit tous les mois. Il fédère beaucoup de compétences et il estime préférable de le laisser travailler dans la sérénité et l'indépendance. Il ne doute pas que ces travaux permettront de générer des résultats intéressants permettant d'assurer la gradation et la sécurité, tout en intégrant le fait que ce qui est pratiqué, aujourd'hui, dans la plupart des établissements, demeure de grande qualité. Il souhaite le souligner.

Monsieur Jérôme VIGUIER souhaite réagir aux propos de Madame Véronique TRILLET-LENOIR. Il convient qu'il existe une problématique de définition des critères, de définition de l'évaluation de ces critères d'autorisation et, enfin, de la gestion par les ARS. D'où la nécessité de veiller à ce que ces critères soient facilement compréhensibles par les ARS. Il précise qu'un guide sera proposé aux ARS, afin qu'elles puissent suivre ces critères de qualité.

Monsieur Thierry BRETON rappelle que l'approbation des critères d'agrément figure parmi les prérogatives du conseil d'administration de l'Institut. Ce sujet sera donc traité en séance, lors d'une prochaine réunion.

Monsieur Norbert IFRAH remercie les intervenants et soumet la délibération n° 2 à l'approbation du conseil d'administration.

« Vu l'article 9-1 de la convention constitutive de l'Institut, après en avoir pris connaissance et débattu en séance, le conseil d'administration approuve le plan d'actions 2019 de l'Institut modifié en séance ».

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

Point 03 Approbation du budget initial 2019 (délibération n° 3 et 4).

Concernant ce projet de budget initial, Monsieur Thierry BRETON souhaite, en premier lieu, rappeler quelques éléments de contexte. Il rappelle que l'Institut a été retenu par le fond de gestion, pour le financement spécifique de deux projets.

Il s'agit d'une recette de 10,5 M€ qui devrait intervenir d'ici la fin de l'année, avant que les premières dépenses ne soient exécutées (déploiement du programme TABADO d'aide au sevrage tabagique des adolescents pour 3,5 M€, dont 0,8 M€ décaissés dès 2018 et un programme de recherche appliquée et d'évaluation des interventions visant à réduire le tabagisme pour 7 M€, dont 0,1 M€ décaissés dès 2018.)

Néanmoins, Monsieur Thierry BRETON précise avoir identifié et isolé cette recette et les dépenses afférentes dans le respect de la somme allouée pour le financement de l'appel à projets et du déploiement du projet TABADO.

En outre, il rappelle que, conformément aux engagements de retour à l'équilibre pris il y a trois ans, le budget initial présenté aujourd'hui est à l'équilibre. Il a été conçu pour atteindre cet équilibre, hors recettes spécifiques du fond-tabac, en faisant des efforts sur trois grands axes.

Le premier axe consistait à réduire les dépenses concernant les systèmes d'information qui se caractérise notamment par une baisse du budget de la DSI, mais aussi de l'investissement et des dépenses au niveau informatique qui se concrétisera dès 2019.

Il évoque également une baisse légère de la masse salariale, initiative qui accompagne la forte réduction des ETP. Toutefois, il rappelle qu'il est impossible d'abaisser la masse salariale due à la proportion du pourcentage de réduction des ETP, car, pour remplir ses missions, l'Institut a besoin de profils pointus et experts.

Enfin, pour atteindre cet équilibre, il a été nécessaire de travailler sur la réduction de quelques interventions.

Monsieur Thierry BRETON indique que, dans le cadre d'un exercice sur les registres et de l'établissement de contrats d'objectifs et de performances pluriannuels, il sera nécessaire que les registres fassent un effort de réduction et d'efficacité. La même demande a été formulée aux CLIP.

Il cède la parole à Madame Caroline RITZENTHALER, pour une présentation détaillée.

Madame Caroline RITZENTHALER remercie Monsieur Thierry BRETON. Avant d'aborder la construction du budget 2019, elle souhaite évoquer celui de l'année 2018.

Elle précise que le budget initial de 2018 a été voté en décembre 2017, avec un solde budgétaire déficitaire de 1,2 M€. Un budget rectificatif a été présenté en conseil d'administration au mois d'octobre dont l'objectif était d'intégrer, en recettes et en dépenses, les opérations par le fonds de lutte contre le tabac, soit 10,5 M€ et 950 000 € de dépenses, en 2018.

Le taux d'exécution, en dépense, est de 99 % à la fin de l'année 2018, avec une prévision de trésorerie actualisée. Madame Caroline RITZENTHALER rappelle qu'une trésorerie à 14,3 M€ avait été présentée en début d'année 2018, hors fond-tabac. La prévision de trésorerie, à la fin de 2018, serait de 14,6 M€, hors fond-tabac (24,2 M€ avec le fond-tabac).

En 2019, Madame Caroline RITZENTHALER évoque une légère baisse des recettes en comparaison avec celles de 2018. Elle constate une certaine stabilité des subventions étatiques et une contribution des membres du GIP en augmentation. À ce sujet, elle pointe une contribution INSERM qui est inscrite, à hauteur des dépenses 2019, pour le nouvel appel à projets de recherche sur les préneoplasies.

Elle évoque également une évolution à la baisse des autres recettes, notamment en raison de la perte de certains financements du laboratoire Pfizer en 2019, mais aussi en raison de la caution de l'ancien bail de l'immeuble récupérée en 2018 et non en 2019.

En termes de dépenses, Madame Caroline RITZENTHALER explique que sa présentation se scindera en deux parties distinctes. L'une concerne les dépenses hors fonds-tabac et la seconde inclut le fond-tabac.

Les dépenses d'intervention sont en baisse. Il convient de prendre en compte un effet cyclique des projets. En 2018, le budget comportait l'inscription de la labélisation des SIRIC, des cancéropôles et le PAIR. Madame Caroline RITZENTHALER indique que le budget actuel comprend la labélisation des CLIPP, le financement d'essais précoces et un nouvel appel à projet, ce qui peut expliquer les dépenses d'intervention.

En termes de dépenses de fonctionnement, elle constate une hausse qui s'explique aussi, au regard de 2018, en raison d'une franchise de loyer au démarrage du bail qui n'est pas prévu par le budget 2019. Les charges de personnel sont en baisse de 2 %, comparativement à 2018. Les investissements concernent essentiellement des développements et de l'acquisition.

Les dépenses liées au fond-tabac avaient déjà été évoquées lors de la présentation du budget rectificatif. La diapositive présente les dépenses liées à 2018 et l'encaissement de 10,5 M€. Elle évoque très peu de consommations sur les recettes fléchées en 2018, comparativement à 2019 ou il n'y a pas d'encaissements de recettes, mais une consommation en crédits de paiement à hauteur de 4,6 M€.

Le budget initial 2019 est construit à l'équilibre, hors fond-tabac.

Madame Caroline RITZENTHALER évoque un budget initial avec un total des recettes à 86,8 M€, un total des dépenses, en crédit de paiement, à 86,8 M€.

Avec l'intégration du fond-tabac, Madame Caroline RITZENTHALER mentionne des dépenses sur les recettes fléchées du fond-tabac qui seront de 4,6 M€ avec la présentation d'un solde budgétaire déficitaire à la hauteur de la somme évoquée *ex supra*.

Concernant la projection pluriannuelle de 2019, Madame Caroline RITZENTHALER indique qu'elle met en évidence la possibilité, pour l'Institut, de stabiliser sa trésorerie à 14,6 M€, hors fond-tabac, avec une hypothèse, en 2021, d'un renouvellement, pour deux ans, du financement des SIRIC et des cancéropôles. En outre, elle évoque un équilibre budgétaire qui est suivi sur sa pluriannualité.

Madame Caroline RITZENTHALER remercie les administrateurs pour leur attention.

Monsieur Norbert IFRAH invite le président du comité d'audit à prendre la parole.

Monsieur Noel RENAUDIN indique que le comité d'audit a pris connaissance de ce projet et constate que les annonces de retour à l'équilibre ont été tenues. Il indique que, à l'intérieur de ce budget à l'équilibre, les mouvements sur les crédits de fonctionnement sont anecdotiques et n'impactent pas les orientations de l'Institut. Il constate que, pour la première fois depuis longtemps, ce budget ne prévoit pas de prélèvements sur le fonds de roulement. Monsieur Noel RENAUDIN déclare, au nom du comité d'audit, qu'il y a lieu de s'en réjouir.

Monsieur Thierry BRETON remercie les ministères de tutelle de l'Institut pour la stabilité des recettes. Il juge important de le souligner.

Monsieur Norbert IFRAH propose aux administrateurs d'adopter la délibération n° 3.

« Vu l'article 9 de la convention constitutive de l'Institut, vu les articles 175 et 177 du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique,

Article 1 : le Conseil d'administration approuve les orientations budgétaires suivantes : des autorisations d'emploi fixées à 137 ETPT sous plafond de Loi de finances, 12 ETPT hors plafond de Loi de finances, 101 259 200 € d'autorisation d'engagement dont 13 335 000€ en personnel, 12,893 200€ en fonctionnement, 74 521 500 € en interventions, 509 500 € en investissements, 91 403 700 € de crédits de paiement dont 13,335 000€ en personnel, 15,426 400€ en

fonctionnement, 62,132 800€ en intervention, 509 500 € en investissements, 86,787 000€ de prévisions de recettes et un solde budgétaire déficitaire de 4 616 700 €.

Article 2 : le conseil d'administration approuve les prévisions comptables suivantes : - 4,616,700 € de variation de trésorerie (prélèvements), - 4,907,200 € de résultats patrimonial (pertes), - 4.107.200 € d'autofinancement (insuffisance), - 4.616.700 € de variation de fonds de roulement (prélèvement).

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

Monsieur Thierry BRETON indique que la délibération n° 4 est soumise à l'approbation du conseil d'administration. Il s'agit de prévoir la mise en place, au sein de l'Institut, d'une enveloppe annuelle de dépenses d'action sociale dédiée à la qualité de vie au travail. Il s'agit de pouvoir engager un certain nombre d'actions afin de nourrir et de garantir le bien-être au travail des collaborateurs de l'Institut.

Monsieur Norbert IFRAH propose aux administrateurs d'adopter la délibération n° 4 sur la mise en place d'une enveloppe annuelle de dépenses d'actions sociales dans le cadre de la qualité de vie au travail.

Monsieur Norbert IFRAH lit la délibération : « Dans le cadre de la qualité de vie au travail que l'Institut a initié en 2015, une enveloppe annuelle de 10 000 € sera dédiée, dès 2019, à des dépenses d'actions sociales afférentes à cette politique, sous forme d'avantages en nature en faveur du personnel, cadeaux ou prestations diverses, dont le montant unitaire, par salarié, sera en dessous du plafond soumis à cotisation sociale ».

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

Point 04 Information sur la promotion du dépistage du cancer du sein par l'Institut.

Monsieur Norbert IFRAH rappelle que le dépistage du cancer du sein a déjà fait l'objet d'un certain nombre de discussions au sein du conseil d'administration. Il s'agit d'un sujet très important sur lequel la désinformation est terriblement relayée, alors même qu'elle est souvent le fait d'un assez petit nombre de personnes, mais très actif et disposant de circuits.

Monsieur Norbert IFRAH cède la parole à Monsieur Frédéric DE BELS, responsable du département dépistage.

Monsieur Frédéric DE BELS salue les administrateurs et explique que sa présentation aura vocation à mettre en évidence un certain nombre d'arguments destinés à lutter contre la désinformation des publics et à soutenir la mise en place de ces programmes de dépistage et la diffusion d'informations objectives promouvant cette démarche.

Il rappelle que l'objectif du dépistage est d'effectuer une distinction entre les personnes apparemment en bonne santé mais probablement atteintes d'une maladie donnée et celles qui en sont probablement exemptes. Il s'agit d'anticiper les premiers symptômes pour pouvoir proposer des traitements qui seront moins lourds et plus efficaces. Cette initiative aura pour conséquence de diminuer les séquelles éventuelles et d'optimiser la qualité de vie du patient à l'issue des traitements.

Monsieur Frédéric DE BELS poursuit sa présentation en évoquant les différents points qui sont souvent sujets à controverse. Les quatre premiers concernent une attaque sur le bénéfice du dépistage et les deux suivants concernent une attaque sur le risque qui ne serait pas assez mis en avant.

En termes de bénéfices du dépistage, il s'agit d'attaques des études sur lesquelles sont fondées le dépistage, sur l'ampleur de la réduction de la mortalité, sur le fait que les cancers graves ne sont pas impactés, que le dépistage ne génère pas d'allègement de traitement. Concernant les risques, les attaques portent sur le fait que les dépistages détecteraient des cancers qui

n'auraient jamais fait de mal aux personnes, ce qui remet en question l'utilité du dépistage, mais aussi sur le fait que la procédure de dépistage, du fait des rayons utilisés, pourrait générer des effets nocifs et engendrer des cancers radio-induits.

Monsieur Frédéric DE BELS se propose de reprendre ces attaques l'une après l'autre et d'y accoler les arguments nécessaires à leur réfutation.

Concernant la contestation des études sur lesquelles est fondée le dépistage, Monsieur Frédéric DE BELS estime qu'il suffit d'analyser les évaluations collectives qui ont été faites et les méta-analyses des gros essais. La dernière en date, celle du CIRC, a mis en avant une réduction de la mortalité de près de 23 %.

Il cite également l'évaluation de Cochrane (2013), qui a mis en avant une réduction de la mortalité de près de 15%.

En outre, la dernière évaluation du CIRC a l'avantage d'analyser les études observationnelles, cohortes et cas témoins, et rapporte des chiffres similaires, voire légèrement amplifiés.

Certaines études sont mises en avant par les détracteurs du dépistage et comprennent des données de nature plutôt écologique. Elles fonctionnent avec des données agrégées, soit des comparaisons entre la température ou le taux de participation au dépistage et la mortalité. Il s'agit bien évidemment d'études biaisées avec un moindre niveau de preuves qui interdisent toutes formes d'analyses fines.

« Le dépistage n'a pas fait baisser le nombre de femmes décédées du cancer du sein », Monsieur Frédéric DE BELS assure que ce type d'attaques est récurrent depuis plus de dix ans. Il évoque 11 à 12 000 décès par cancer du sein, par an, en France, depuis 1995 et 1996. Cependant, ces données passent sous silence le fait que le nombre de femmes a considérablement augmenté depuis vingt ans (+12 %) et que, sur les catégories d'âge concernées (50 à 74 ans), il y a plus d'un tiers de femmes supplémentaires.

« Le dépistage n'a pas fait baisser le nombre de femmes décédées du cancer du sein », Monsieur Frédéric DE BELS affirme qu'il s'agit d'un faux message. Le taux de mortalité est relativement stable jusqu'en 1995, mais il a été suivi, jusqu'en 2012, d'une diminution significative. De 1980 à 2012, le taux de mortalité standardisé a diminué de 0,6% par an. La diminution est de 1,5%/an sur la période 2005-2012 depuis la mise en place des dépistages organisés.

Or, cette baisse – ou plutôt l'absence d'augmentation – prouve que le dépistage produit un effet sur la mortalité.

Le nombre de femmes atteintes de cancers graves n'a pas diminué, les détracteurs mettent en avant une étude écologique américaine (Etude Harding 2015) qui présente d'énormes biais en termes d'utilisation et d'interprétation. Dans les faits, les données de Santé publique France et des registres Francim prouvent que 77 % des cancers du sein diagnostiqués après un dépistage (30% des cancers chaque année) le sont à un stade localisé alors que le chiffre tombe à 59 % pour l'ensemble des cancers diagnostiqués en France. Cette variation prouve l'impact du dépistage organisé.

« Le dépistage détecte ces cancers qui ne vous auraient jamais fait le moindre mal », Monsieur Frédéric DE BELS confirme l'existence d'un surdiagnostic inhérent aux procédures de dépistage. Il ne s'agit pas d'erreurs de diagnostic, mais de la détection par le programme de lésions cancéreuses qui n'auraient pas donné de symptôme du vivant de la personne et/ou n'auraient pas causé son décès. La personne ne tirera alors pas de bénéfice du diagnostic et du traitement. Monsieur Frédéric DE BELS rappelle qu'il est très difficile d'évaluer le surdiagnostic à un niveau individuel. Il s'agit d'une notion statistique qui s'estime *a posteriori*, une sorte de « fourre-tout » dans lequel il est possible de ranger des cancers *in situ*, des cancers invasifs et qui s'appuie sur des études qui ont un recul plus ou moins important. Or plus on est proche du dépistage plus la tumeur est en pratique interprétée comme un surdiagnostic alors que l'éloignement, qui va au contraire laisser au cancer le temps de se développer, en réduit mécaniquement le pourcentage.

Il estime que cela interroge vraiment la fiabilité des études mises en avant. Pour sa part, il considère qu'une estimation réaliste du surdiagnostic tourne autour de 10 à 20 %.

Concernant « les effets nocifs des rayons de la mammographie », Monsieur Frédéric DE BELS souhaite, en premier lieu, repositionner le risque de cancer radio-induit compte tenu des expositions. Il rappelle qu'une mammographie génère une dose de rayonnement de 0,70 mSv alors que l'irradiation naturelle annuelle est de l'ordre de 2,4 mSv, 1 radio du rachis lombo-sacré est de l'ordre de 2,4 mSv. La mammographie est donc un examen assez peu irradiant. Il précise que l'évaluation du CIRC, évoquée *ex supra*, a rappelé qu'il n'existait pas de démonstration épidémiologique de ces cancers radio-induits et que seules des modélisations sont actuellement disponibles, avec un risque de décès estimé de 1 à 10 pour 100 000 femmes qui réaliseraient un dépistage versus 150 à 350 décès évités; dans chacun des modèles, estimation 100 fois inférieure au nombre de décès évités.

Il rappelle que l'exposition durant tout le programme est bien inférieure à celle provoquée par un seul scanner abdominopelvien avec injection.

« Le dépistage ne génère aucun allègement du traitement », Monsieur Frédéric DE BELS indique que l'ablation du sein et la radiothérapie ont augmenté en valeur absolue, mais parce que la population de femmes augmente, et donc leur nombre de cancers aussi. Il rappelle d'ailleurs que le dépistage vise à un diagnostic plus précoce de tumeurs moins évoluées et non à diminuer le nombre de cancers détectés. L'observation des données plus fines montre que le rapport mastectomies partielles/mastectomies totales augmente depuis 2009 pour les 50/74 ans, ce qui signe un effet bénéfique du dépistage, indécélable avant 50 ans.

Enfin, il indique que l'étude qui sera présentée par Monsieur Philippe-Jean BOUSQUET porte sur les trajectoires de soins à la suite d'un cancer détecté en fonction de son mode de découverte et prouve qu'il existe un taux de chirurgie conservatrice largement augmentée, dans le dépistage organisé, par rapport à ce qui est effectué généralement dans le dépistage organisé.

Monsieur Frédéric DE BELS précise les chiffres suivants : 82% de chirurgie conservatrice dans le dépistage organisé versus 70 % (hors dépistage organisé) et 34% de chimiothérapie dans le dépistage organisé versus 53 % (hors dépistage organisé).

Monsieur Frédéric DE BELS remercie les administrateurs pour leur attention et cède la parole à Monsieur Philippe-Jean BOUSQUET.

Monsieur Philippe-Jean BOUSQUET explique que cette étude a vocation à répondre à une question très simple. Qu'elle utilise les données de la cohorte cancer, pour savoir si la personne a bénéficié d'un dépistage organisé ou non, pour déterminer les soins qu'elle a reçus à la suite de son dépistage et procéder à une comparaison avec une personne diagnostiquée d'une façon différente.

Ces deux groupes ont été définis : le premier s'intitule DO (dépistage organisé) et le second HDO, (soit en dehors du dépistage organisé).

Cette étude porte, à partir des données de la cohorte cancer et après sélection, sur 24 000 personnes âgées de 50 à 75 ans avec des cancers du sein identifiés en 2014. Seules les personnes ayant subi une mammographie bilatérale ont été sélectionnées, afin d'optimiser l'homogénéité du groupe.

Ces deux groupes comptent, à peu près 13 000 et 10 000 personnes. Il indique que les données de Santé publique France concernant l'évaluation du dépistage portent sur 36 000 personnes sur deux ans, soit 18 000 personnes. La proportion des groupes de cette étude est donc légèrement inférieure, mais Monsieur Philippe-Jean BOUSQUET l'explique par le fait que les critères de sélection étaient relativement stricts, car il était nécessaire d'élaborer des groupes simples.

Une fois ces données posées, Monsieur Philippe-Jean BOUSQUET soulève la question de la précocité des stades. En effet, il est assez commun d'affirmer que le fait de faire un dépistage

génère un stade plus précoce. Il est vrai que des stades N0 et MO sont plus fréquents dans le groupe des personnes DO. De la même manière, il est plus fréquent de déceler des personnes ayant une atteinte ganglionnaire ou une métastase à distance dans le groupe HDO.

Monsieur Philippe-Jean BOUSQUET explique que l'étude a cherché à déterminer si les deux groupes présentaient des similitudes, en termes d'apparition des métastases. Le groupe DO comptait 50 % de personnes ayant un codage « atteinte ganglionnaire hors axillaire » pour 33 % dans le groupe HDO. En revanche, l'examen de tous les types de métastases permet de constater qu'elles sont beaucoup plus fréquentes dans le groupe des personnes qui ne sont pas dépistées.

En conséquence, il semble que l'avance diagnostique est obtenue pour l'ensemble du groupe, y compris chez les personnes ayant une métastase.

Cela signifie que, lors du diagnostic du cancer, celui-ci est déjà métastasé, mais l'évolution métastatique peut être moins importante, car l'attente a été moindre. Cela explique pourquoi il y a davantage d'atteinte ganglionnaire hors-axillaire dans le groupe DO.

Monsieur Philippe-Jean BOUSQUET précise que le fait de faire un dépistage organisé n'impacte nullement le codage.

L'étape suivante consistait à examiner les traitements pour relever d'éventuelles différences. Il a été possible de constater qu'il y a beaucoup plus de chirurgie conservatrice du sein dans le groupe DO. Il évoque 82 % des femmes qui ont subi une mastectomie partielle pour 70 % dans le groupe HDO, soit un écart de 10 % entre les deux groupes.

Un examen des chimiothérapies montre qu'un diagnostic prononcé à l'issue d'un dépistage génère pour 34 % des personnes de la chimiothérapie adjuvante ou néoadjuvante alors que le chiffre monte à 53 % pour le groupe HDO.

Monsieur Philippe-Jean BOUSQUET poursuit sa présentation en détaillant deux schémas illustrant les trajectoires de soins des personnes. Le bleu clair représente les personnes ayant subi une mastectomie partielle et il est possible de constater que cette proportion est plus importante dans le groupe DO que dans le groupe HDO. Le rouge représente les chimiothérapies et il est possible de constater que la proportion de chimiothérapies néoadjuvantes est bien plus importante dans le groupe HDO. Cela signifie que l'avance sur diagnostic touche tous les groupes et que les soins en première intention semblent être moins lourds dans le groupe DO.

Monsieur Philippe-Jean BOUSQUET convient que les stades sont plus précoces. Il s'agit d'un fait. Cependant, il indique que, globalement, les traitements sont moins lourds, il y a plus de chirurgie conservatrice et moins de chimiothérapie quel que soit le stade. En conséquence, cette constatation peut s'inscrire dans le cadre du débat sur le type de traitement qu'une personne souhaite recevoir, en cas de diagnostic de cancer.

Monsieur Philippe-Jean BOUSQUET remercie les administrateurs pour leur attention.

Monsieur Norbert IFRAH souhaite souligner la perversion que constitue la surinterprétation des données agrégées, bien plus aisément disponibles mais moins informatives que des données individuelles. Avec ces données agrégées, une femme qui a suivi un programme de mammographie de 50 à 74 ans et qui voit apparaître un cancer évolué du sein à 85 ans va être interprétée comme un échec de dépistage. Or dans cette situation le dépistage a bien rempli sa mission pendant la période au cours de laquelle il s'applique : il ne vaccine pas contre les cancers. Monsieur Norbert IFRAH estime que ce type de critiques constitue une faute contre l'esprit.

Madame Frédérique PENAULT-LLORCA souhaite rebondir sur le surdiagnostic. Elle convient que des tumeurs sont surdiagnostiquées, mais rappelle que personne n'est disposé à faire un essai randomisé. Elle estime que ce sentiment est intimement lié à la perception et évoque la tenue, actuellement, d'un essai de chirurgie, réalisé par des chirurgiens hollandais, portant sur de la surveillance active d'hyperplasie atypique diagnostiquée sur biopsie ou de cancer *in situ* de bas

grade. Or, le recrutement est un échec, car les femmes refusent de participer à ce type de projet. En conséquence, elle estime que le surdiagnostic est une réalité mais qu'il est assumé.

Madame Sandrine de MONTGOLFIER rappelle que de nombreuses femmes ont exprimé leurs regrets de ne pas avoir tenté une expérimentation, lors de la consultation citoyenne. Elle estime important d'objectiver cette démarche auprès des femmes. Toutefois, au-delà des critiques qu'il convient, bien évidemment de combattre, il est également nécessaire d'entendre que certains travaux pourraient être menés pour améliorer ce dépistage. L'un des points les plus importants demeure la diversité des cancers et donc la diversité des situations. La recherche sur l'histoire naturelle de ces cancers est très importante, car elle permettrait de faire émerger un certain nombre de biomarqueurs permettant d'optimiser l'analyse des cellules en question.

Monsieur Norbert IFRAH rappelle que l'Institut s'est clairement positionné sur cette question. Il précise que l'Institut a porté cette démarche au sein du programme de rénovation. À ce jour, il indique que cette démarche est acceptée, mais non financée. Cependant, lorsque l'Institut assure vouloir mettre l'accent sur la prévention et le dépistage dans une optique de recherche, cette déclaration d'intention s'inscrit dans le cadre évoqué par Madame Sandrine de MONTGOLFIER. Il ne prétend pas que le dépistage est à son zénith. Il rappelle aussi que manifester un intérêt intellectuel pour une question ne constitue pas un engagement à participer personnellement à l'essai, et que de nombreuses questions intéressantes n'ont pas pu être traitées. Il évoque l'essai MyPeBS et d'autres initiatives et estime que la question est de remettre en perspective les interrogations des personnes et la négation des faits, ce qui n'est pas forcément une démarche identique.

Monsieur Jean-Paul VERNANT estime que les travaux présentés sont très intéressants et mériteraient d'être publiés. Il souligne le caractère très hétérogène du groupe HDO. Certains malades ont bénéficié du dépistage opportuniste, d'autres n'ont eu aucun dépistage et d'autres, en particulier ceux à haut risque, ont commencé à être dépistés avant 50 ans et ont continué hors dépistage organisé.

Il engage Monsieur Philippe-Jean BOUSQUET à définir d'une manière plus précise ce groupe HDO.

Monsieur Philippe-Jean BOUSQUET indique qu'une publication est en cours. Il précise que les personnes à haut risque ou possédant un antécédent familial de cancer ont été levées quand les informations étaient disponibles. Concernant les personnes ayant un cancer de l'intervalle, ils figurent dans le groupe HDO. En outre, il indique avoir réussi à déterminer une méthode pour identifier les cancers de l'intervalle dans la cohorte cancer. Les premiers résultats obtenus confirment que les cancers de l'intervalle sont très proches du groupe HDO en termes de trajectoire de soins.

Madame Sandrine de MONTGOLFIER souhaite savoir pourquoi ces cancers sont retirés du DO, étant donné qu'il s'agit d'une femme qui participe au DO.

Monsieur Philippe-Jean BOUSQUET convient que cette question a fait l'objet de nombreux débats, mais que l'étude a mis l'accent sur un certain pragmatisme : il s'agissait de déterminer ce qu'il advenait à l'issue d'un dépistage positif.

Monsieur Norbert IFRAH souligne l'importance du travail mené en partant des données et codages PMSI, à savoir identifier du médical à partir de données conçues pour faire du financier.

Monsieur Denis FRANCK souhaite revenir sur le cas de ces patientes dont le diagnostic de métastase est effectué après la chirurgie. Il juge cela intéressant, car la plupart des référentiels précisent que, en dessous de 2 cm, et avec de bons pronostics et de bons grades, il est possible de se dispenser de faire un bilan. Il trouverait intéressant dans une cohorte de 24 000 personnes d'isoler la proportion de ces bons pronostics, afin de déterminer s'il est pertinent de poursuivre dans cette voie et de profiter d'une cohorte nombreuse, ou de corriger le tir.

Monsieur Philippe-Jean BOUSQUET explique qu'il ne sera pas possible d'obtenir ce résultat avec les seules données de la cohorte cancer qui ne précisent pas la taille réelle, même si la nature invasive est établie. Il évoque, en revanche, deux pistes. La première concerne un chaînage de la cohorte aux données des registres des cancers. La seconde s'inscrit dans le cadre de la partie hors soins des DCC. Il s'agit de récupérer l'anapath et la RCP, afin de récupérer des informations précises sur les stades et de les regrouper.

Concernant le surdiagnostic, Monsieur Frédéric DE BELS indique que l'Institut a essayé de sortir du débat d'experts, il rappelle que c'est 2 à 3 ou 4 surdiagnostics en moyenne pour 1 décès évité. L'étude a été réalisée sur les préférences des femmes qui sont les principales concernées. Elle a permis de mettre en évidence le fait que le rapport était très variable d'une femme à une autre en terme de tolérance, mais qu'une grande majorité l'acceptait. Il ne s'agit donc pas uniquement d'un avis institutionnel favorable sur ce rapport.

Monsieur Norbert IFRAH rappelle que cette présentation avait vocation, à ce stade, à partager ces informations avec les administrateurs et de mettre en valeur le fait que la défense du dépistage ne manque pas d'arguments.

Monsieur Laurent DONADILLE s'interroge sur la meilleure manière de communiquer sur ces questions auprès du grand public pour contrer la désinformation qui prospère sur certains réseaux sociaux. En tant que chef d'établissement, il est actuellement lancé dans une campagne de vaccination contre la grippe. Or, malgré tous les efforts, il regrette de se heurter fréquemment à des refus incompréhensibles. Il regrette de constater une situation similaire en cancérologie, alors même que les études montrent l'intérêt du dépistage et des traitements. Il s'interroge sur la meilleure manière de partager ces données, afin de faire évoluer la posture des publics concernant cette question.

Monsieur Thierry BRETON indique que cette démarche est déjà en cours. Le plan de modernisation du programme de dépistage du cancer du sein comporte des axes de recherche, mais également un axe d'information très important et qui vise à apporter une information complète sur les bénéfices et les risques, afin de permettre aux femmes concernées par ce programme de choisir en toute connaissance de cause. L'Institut a mené un gros travail, afin de mettre à la disposition de ces femmes un livret d'information, faisant le tour du sujet et adressé en même temps que le courrier d'invitation du centre de coordination des dépistages. Monsieur Thierry BRETON évoque également un site internet dédié et une campagne de communication consacré à ce sujet et diffusé durant l'automne 2018.

Monsieur Norbert IFRAH le confirme et souligne également le fait que l'Institut compte beaucoup sur sa force de conviction, mais aussi sur l'influence de ses relais dont les administrateurs font partie. Ils sont publics et partageables et n'ont d'autre vocation que de protéger la santé des concitoyens.

Point 05 : Information sur l'avis en cours d'élaboration du comité de déontologie et d'éthique (CDE) de l'Institut.

Monsieur Norbert IFRAH passe la parole à Madame Sandrine de MONTGOLFIER, présidente du CDE.

Madame Sandrine de MONTGOLFIER se propose de présenter au conseil d'administration l'état des travaux du CDE de l'Institut sur la réflexion en cours. Le titre de cette réflexion est « *réflexion éthique autour de la prescription d'un traitement spécifique pour un patient atteint d'un cancer évolutif en phase avancée* ».

Le CDE a traité beaucoup de question de déontologie depuis 2014. En conséquence, il a été jugé opportun de s'emparer également de sujets éthiques. Lors du renouvellement d'une partie des membres de ce conseil, en novembre 2017, Monsieur Régis AUBRY, chef de service de soins palliatifs de Besançon, membre consultatif du comité national d'éthique et président de

l'observatoire de la fin de vie, est arrivé avec la question citée *ex supra*, dont le comité a accepté de s'emparer.

Ce sujet est situé à la croisée de champs très différents tels que la démocratie sanitaire et, d'une manière plus générale, les limites du sens et du savoir. Cette problématique est également en lien avec des questions relatives à la performance d'un système de santé, la pertinence des traitements et le rapport coût/efficacité. Il s'agit de s'interroger sur les limites de l'action lorsque l'on ne sait pas et lorsque l'utilité de ce qui est possible n'est pas démontrée.

Le CDE souhaite éclairer la complexité des situations qui sont générées, entre autres, par le progrès thérapeutique. L'idée générale de la démarche est de communiquer des éléments de réflexion aux médecins et à leurs équipes, afin de les aider à gérer ce moment d'incertitude de la décision, de redonner du sens à l'acte éventuel de « ne rien faire » et de valoriser la relation.

Madame Sandrine de MONTGOLFIER rappelle que le CDE se réunit deux à trois fois par an. Lors de la réunion de mars 2018, certains membres avaient couché sur le papier des éléments qu'ils estimaient essentiels pour traiter de ce sujet. Après discussion, le comité a opté pour la rédaction d'un avis. Elle a eu l'occasion de le présenter, en mai 2018, devant le conseil d'administration et de recueillir ainsi un certain nombre de conseils émanant de ses membres, notamment concernant l'opportunité de consulter des travaux antérieurs menés notamment par la Ligue ou encore le rapport Vernant 2013.

Un texte a vu le jour et a été débattu lors de la séance du 16 novembre 2018. Une date butoir a été déterminée et fixée à la mi-février, afin de pouvoir, au préalable, le soumettre pour avis au comité de démocratie sanitaire puis au conseil d'administration. En fonction des suggestions des administrateurs, il serait intéressant de réfléchir aux modalités de transmission et de diffusion de cet avis tant aux professionnels et au comité consultatif d'éthique.

Ce document ne comptera pas plus d'une vingtaine de pages, mais une synthèse d'1 à 2 pages sera réalisée à destination des professionnels. En outre, il comptera un certain nombre d'encarts destinés à rappeler le contexte légal de la question.

Madame Sandrine de MONTGOLFIER explique que la question éthique retenue se résume ainsi :

Le CDE a souhaité s'interroger sur la problématique éthique posée par la prescription de traitements spécifiques, parfois onéreux, lors des phases avancées de la maladie cancéreuse. À cette étape ultime de la maladie, quand les différents traitements administrés ont montré leurs limites ou leur inefficacité, le médecin peut se trouver confronté à la décision de tenter un traitement supplémentaire alors même qu'il ne dispose pas de preuves scientifiques de son efficacité. Sans justification scientifique, ne serait-il pas possible de prescrire de tels traitements ? Et dans quels buts ? Quelle serait la juste démarche pour envisager une telle situation ? Le CDE souhaiterait donner quelques éléments de réflexion susceptibles de guider les professionnels confrontés à de telles situations, impliquant des décisions médicales complexes et marquées par l'incertitude.

Le CDE constate que, depuis une quinzaine d'années, les différents plans cancer et les initiatives qui en ont découlé ont permis d'améliorer sensiblement la prise en charge cancérologique. Ainsi en est-il du recours systématique aux réunions de concertation pluridisciplinaire permettant l'organisation collégiale des décisions diagnostiques et thérapeutiques et ce, jusqu'à l'éventuelle phase d'arrêt d'un traitement spécifique.

À cette étape ultime de la maladie quand les différents traitements administrés ont montré leur limite ou leur inefficacité, le médecin peut se trouver confronté à la décision de tenter un traitement supplémentaire alors même qu'il ne dispose pas de preuves scientifiques de son efficacité. La mise en œuvre d'une telle thérapeutique spécifique n'en aurait pas moins pour but l'amélioration et le maintien de la qualité de vie, sachant que le bénéfice sur la survie serait assez faible, voire nul. Elle pourrait s'opposer à l'arrêt de toutes thérapeutiques spécifiques pour l'organisation d'une prise en charge à visée exclusivement palliative.

Madame Sandrine de MONTGOLFIER cite une phrase du rapport Vernant qu'elle considère particulièrement éclairante, à savoir que « le parcours du patient devrait se dérouler comme un ensemble cohérent et sans rupture et qui doit aussi tenir pour indissociable ce qui relève de l'acte de soigner ou du prendre soin ». Le CDE souhaiterait s'interroger sur cette notion de non-rupture et sur les enjeux mis en œuvre autour des moments décisionnels importants comme celui qui est évoqué dans la problématique. Il estime que le fait de s'interroger sur cette situation revient à s'interroger sur la définition du soin et conduit d'emblée à poser une multitude de questions, imbriquées les unes aux autres, dont celle du savoir face à la souffrance, de la différence entre forces et faiblesses qui seraient distinctement réparties entre médecins et malades et de la complexité de la décision en situation d'incertitude.

Le plan du projet va s'articuler d'abord sur les enjeux éthiques d'une telle décision, avec une partie sur le soin, une démarche à multiples facettes. La notion de relation de soins sera également présente ainsi que la reconnaissance de la situation d'incertitude, la reconnaissance par le médecin de ses propres limites, le dialogue difficile autour de la fin de vie et le cas particulier de la proposition de traitements dans un cadre de recherche.

Le CDE a également souhaité relire cette question à travers quelques principes éthiques que sont l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice et donner quelques points de repère tels que :

- L'instauration d'une réelle collégialité sur cette question,
- Meilleure prise en compte des difficultés des professionnels face à ces questions,
- Prise en compte d'un besoin d'accès à l'information ou à des lieux d'échange et de partage concernant ces difficultés, afin de permettre aux professionnels d'avancer personnellement sur cette question.
- Développement de travaux de recherche en sciences humaines et sociales afin d'objectiver les problématiques posées sur le terrain par cette question spécifique, afin de nommer ces sujets et d'améliorer la question décisionnelle finale.

Madame Sandrine de MONTGOLFIER remercie les administrateurs pour leur attention.

Madame Jacqueline GODET rappelle que la Ligue travaille en lien avec Monsieur Régis AUBRY sur ces travaux et qu'elle va financer un certain nombre de projets de recherche sur cette question, une fois qu'ils seront formulés.

Monsieur Jacques RAYNAUD fait remarquer que Madame Sandrine de MONTGOLFIER a particulièrement mentionné les deux parties qui sont le patient et le médecin. La pluridisciplinarité a été évoquée, concernant le médecin, mais la question du meilleur accompagnant du patient n'a pas été mentionnée. Il souhaite obtenir des précisions concernant la prise en compte de cette dimension.

Madame Sandrine de MONTGOLFIER reconnaît qu'il s'agit d'un sujet qui fait débat. La question spécifique a été pensée par les membres du CDE comme une question très individuelle entre le patient et le professionnel de santé. À titre personnel, elle souhaiterait y introduire la notion des membres de la famille ou d'autres accompagnants éventuels. Cependant, il s'agit d'une question délicate. En effet, dans le cadre décisionnel, il n'est question que de la décision du patient. Le cadre légal évoque la place de l'accompagnant mais cette place ne constitue pas le sujet central de la réflexion. Elle estime que l'accompagnant au niveau de l'écoute, de la reformulation pourrait être une manière d'appréhender ces questions, car la décision finale reste portée par cet entre-deux. La question de la prise en compte de l'avis des accompagnants lui semble nécessaire.

Monsieur Noël RENAUDIN relève deux sujets éthiques. Le premier concerne l'éthique des comportements individuels ou collectifs au vu des traitements disponibles. Or, il lui semble important de traiter également la question de la prise en compte et la mise à disposition de

traitements, soit à titre permanent après l'avis de la HAS et de la commission de la transparence, soit à titre provisoire ou précoce avec les décisions du directeur de l'ANSM sur les autorisations temporaires d'utilisation. Or, ces deux instances ne sont à son avis pas du tout équipées sur le plan éthique. Il considère que le mode de réflexion de la HAS demeure relativement « scientifique » et que celui de l'ANSM est trop aléatoire et peu inspiré par des considérations éthiques assumées. Monsieur Noël RENAUDIN estime que ce deuxième sujet doit être traité aussi, car personne ne s'y intéresse. Il estime crucial d'identifier des considérations permettant d'ordonner ou de prioriser l'admission de traitements plus utiles que d'autres. Monsieur Noël RENAUDIN estime que, pour des raisons qui sont plus politiques qu'éthiques, le cancer est considéré comme une priorité nationale. Cependant, il devient difficile d'assumer l'arrivée de toutes les molécules qui se présentent. Il est donc nécessaire d'établir une doctrine méthodologique de gestion de ces molécules.

Madame Sandrine de MONTGOLFIER doute que cet avis soit en mesure de mener ce travail, en tant que tel. En revanche, il pourra y faire référence. Le texte actuel a déjà tenté de lister ce qui poussait le médecin à poursuivre son action et la dimension évoquée par Monsieur RENAUDIN, à savoir la notion de proposition de nouvelles molécules, en fait partie.

Monsieur Jean-Paul VERNANT estime que ce problème est bien réel mais qu'il n'existerait pas si les médicaments évoqués étaient vendus à un juste prix. Il constate qu'une réelle bulle financière est en train de se créer autour de l'industrie pharmaceutique et déplore que si peu d'initiatives soient menées pour obtenir des prix normaux de l'industrie pharmaceutique.

Monsieur Noël RENAUDIN estime que cela revient à parler de l'éternelle question de « *la poule et de l'œuf* ». Il comprend les critiques à l'égard des entreprises du secteur pharmaceutique mais estime que ces comportements sont rationnels du point de vue des industriels. D'où l'importance de faire des choix qui impacteront le niveau général des prix sans persister dans l'absence de l'utilisation de données éthico-économique sur l'accueil de molécules plus ou moins innovantes.

Madame Graziella FUMAGALLI estime que ce qui pousse souvent le médecin à poursuivre le traitement est bien souvent le patient lui-même car l'instinct de vie demeure souvent plus fort que tout.

Madame Sandrine de MONTGOLFIER en convient et indique que cette dimension figure bien évidemment dans le texte de l'avis, tout y ajoutant la nécessité de ne pas entretenir le patient dans cette espérance d'une manière déraisonnable.

Monsieur Norbert IFRAH remercie les participants à cette discussion et suggère de passer à l'examen du point suivant de l'ordre du jour.

Point 06 Affaires administratives et financières.

a- Approbation de la création d'une direction métiers chargée du traitement des données (délibération n° 5)

Monsieur Thierry BRETON rappelle que l'Institut a réalisé un effort important de constitution de la cohorte qui est une plateforme de données issues des données de l'assurance maladie regroupant des patients ayant été touchés par les cancers. Cette source d'information est d'une très grande richesse et ses possibilités pour guider et orienter les politiques publiques sont très importantes. Ces enjeux-là sont très marqués et amplifiés par l'intelligence artificielle. Il s'agit d'un thème ayant fait l'objet d'un séminaire du conseil d'administration en octobre 2016. À ce jour, il est possible de constater une forte évolution de ce concept, doublée d'une impulsion politique très marquée, caractérisée notamment par la création du *health data hub*, en santé.

L'Institut a parfaitement conscience de cet enjeu très important que constitue l'utilisation des données de l'intelligence artificielle (IA). L'exploitation et la valorisation des données prennent une importance encore accrue en raison des nouvelles possibilités ouvertes par l'intelligence artificielle, par l'appariement des données issues de plusieurs sources et par une logique d'ouverture de l'accès à ces données.

Monsieur Thierry BRETON précise qu'aujourd'hui, l'Institut n'est pas organisé pour se saisir pleinement de ces opportunités et en tirer le plein bénéfice pour ses activités et pour les missions qu'il réalise au profit des autorités sanitaires publiques.

Afin de répondre à ces enjeux, Monsieur Thierry BRETON estime nécessaire de prendre un certain nombre de dispositions organisationnelles et qui permettront de structurer plus fortement cette activité au sein de l'Institut.

Cette délibération a vocation à soumettre à l'approbation du conseil d'administration la création d'une direction en charge de ces questions et dont la mission serait de consolider et de développer les bases de données de l'Institut, d'appareiller les sources pour pouvoir retracer les parcours de santé, d'exploiter et de valoriser les données, de définir et de mettre en œuvre les outils de l'IA.

Il précise que cette nouvelle direction serait une direction prestataire de services pour l'ensemble des directions de l'Institut. Elle apporterait sa compétence et aurait la responsabilité de la plateforme évolutive qui s'enrichirait progressivement d'un certain nombre de données.

Dans une logique d'efficience, elle s'organisera à effectifs constants. Il n'y aura pas de création de postes supplémentaires.

Cinq directions métiers seront rattachées à la présidence et à la direction générale :

- Le pôle santé publique et soins
- Le pôle recherche et innovation
- La direction de la communication et de l'information
- La direction des recommandations et du médicament
- La direction en charge du traitement des données ;

Monsieur Thierry BRETON évoque également trois directions de soutien :

- La direction des ressources humaines et des affaires administratives et juridiques
- Le département des systèmes d'information
- La direction des finances

Il mentionne également deux missions : la mission d'appui à la stratégie Plan cancer et partenariat et la mission qualité et conformité de l'expertise.

Monsieur Thierry BRETON précise que la création de cette nouvelle direction a été soumise à un avis consultatif du comité social et économique. Il y a eu 2 votes pour, 3 votes contre et 2 abstentions.

Le nom retenu pour cette nouvelle direction serait « la direction de l'observation, des sciences des données et de l'évaluation ». Elle reprendra intégralement les compétences qui sont celles du département observation, veille, évaluation dont la responsabilité actuelle incombe à Monsieur Philippe Jean BOUSQUET.

Monsieur Norbert IFRAH rappelle que cette initiative était en filigrane du plan d'actions. Il estime que la création de cette direction apportera beaucoup à l'Institut, dans le cadre de l'analyse des données collectées. Cette direction disposera d'un fonctionnement transversal et se placera au service des autres directions. Il considère cela éminemment positif.

Monsieur Jérôme VIGUIER souhaite remercier le département Observation, veille et évaluation qui était rattaché auparavant au pôle santé publique et soins, pour la qualité du travail qui a été effectué au cours de ces dernières années. Il souhaite bonne chance à cette nouvelle direction et à son directeur au cours des années à venir.

Monsieur Norbert IFRAH procède à la lecture de la délibération n° 5.

« Vu l'article 9-1 de la convention constitutive de l'Institut, vu l'avis du comité social et économique de l'Institut rendu le 11 décembre 2018, après en avoir pris connaissance, le conseil d'administration approuve l'organisation générale de l'Institut telle qu'elle lui a été présentée, incluant la création d'une direction métier chargée du traitement des données. »

Le conseil d'administration approuve la délibération n° 5 à l'unanimité.

b- Désignation d'un membre du CDE - (délibération n° 6)

Après le départ de Monsieur Hervé TISSIER qui représentait le comité de démocratie sanitaire au sein du comité de déontologie et d'éthique, Monsieur Thierry BRETON indique que le comité de démocratie sanitaire a proposé, au sein d'un vote, le nom de Madame Pascale ALTIER dont le CV figure dans le dossier transmis aux administrateurs.

Après examen, aucun problème de liens ou de conflits d'intérêts n'a été décelé par rapport à cette candidature. Madame Pascale ALTIER fait partie du collège des usagers et il revient au conseil d'administration d'approuver sa désignation.

Monsieur Norbert IFRAH procède à la lecture de la délibération n° 6.

« Vu l'article 7-1 du règlement intérieur de l'Institut, le président propose au conseil d'administration de désigner, en tant que membre du comité de déontologie et d'éthique, sélectionné au sein du collège des usagers du comité de démocratie sanitaire de l'Institut, Madame Pascale ALTIER. Son mandat, d'une durée de quatre ans, commence à courir le 14 décembre 2018 »

La délibération n° 6 est approuvée à l'unanimité.

Questions diverses.

Monsieur Norbert IFRAH souhaite conclure cette séance en délivrant un certain nombre d'informations diverses.

Il rappelle que le calendrier prévisionnel des dates des conseils d'administration pour 2019 a été transmis aux administrateurs et précise que les horaires sont prévisionnels.

Il rappelle que les rencontres de l'Institut se dérouleront le 4 février 2019 au palais Brongniart, sur le titre « Innovation et cancer : quelles orientations pour la lutte contre les cancers de demain ? ».

La première partie sera une sorte de rétrospective des luttes d'hier et d'aujourd'hui. Elle sera suivie d'une présentation des responsabilités et des priorités de l'Institut. Enfin, un débat sur l'intelligence artificielle interviendra en début d'après-midi, sous la forme d'une table ronde.

Avant de lever la séance, Monsieur Norbert IFRAH souhaite remercier tout particulièrement Monsieur Jean-Paul VERNANT dont le mandat expire en février 2019 et qui siège au conseil d'administration pour la dernière fois. Une nouvelle personne qualifiée sera nommée avant le prochain conseil d'administration afin de le remplacer.

Il souligne l'investissement et l'apport de Monsieur Jean-Paul VERNANT aux débats du conseil d'administration mais aussi au niveau du soin et de la recherche en hématologie et oncologie.

Il tient à remercier Monsieur Jean-Paul VERNANT pour son énergie et son enthousiasme jamais démenti au cours de toutes ces années.

Monsieur Jean-Paul VERNANT regrette de quitter ce conseil d'administration dont il appréciait la qualité des débats. Cependant, il assure qu'il se tiendra toujours à la disposition de l'Institut si ce dernier requiert sa collaboration.

Monsieur Jean-Paul VERNANT est ovationné par l'ensemble des administrateurs.

Monsieur Norbert IFRAH rappelle que la prochaine séance aura lieu le 15 mars 2019. Il remercie les administrateurs pour leur participation et lève la séance.

Monsieur Norbert IFRAH
Président de l'Institut national du cancer