



6ème CHAMBRE

2ème SECTION

**S2025-1212**

# **OBSERVATIONS DÉFINITIVES**

(Article R. 143-11 du code des juridictions financières)

## **L'INSTITUT NATIONAL DU CANCER**

**Exercices 2019-2024**

Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés,  
a été délibéré par la Cour des comptes, le 23 juin 2025.

## Procédures et méthodes

Les rapports de la Cour des comptes sont réalisés par l'une des six chambres thématiques<sup>1</sup> que comprend la Cour ou par une formation associant plusieurs chambres et/ou plusieurs chambres régionales ou territoriales des comptes.

Trois principes fondamentaux gouvernent l'organisation et l'activité de la Cour ainsi que des chambres régionales et territoriales des comptes, donc aussi bien l'exécution de leurs contrôles et enquêtes que l'élaboration des rapports publics : l'indépendance, la contradiction et la collégialité.

L'**indépendance** institutionnelle des juridictions financières et l'indépendance statutaire de leurs membres garantissent que les contrôles effectués et les conclusions tirées le sont en toute liberté d'appréciation.

La **contradiction** implique que toutes les constatations et appréciations faites lors d'un contrôle ou d'une enquête, de même que toutes les observations et recommandations formulées ensuite, sont systématiquement soumises aux responsables des administrations ou organismes concernés ; elles ne peuvent être rendues définitives qu'après prise en compte des réponses reçues et, s'il y a lieu, après audition des responsables concernés.

La **collégialité** intervient pour conclure les principales étapes des procédures de contrôle et de publication. Tout contrôle ou enquête est confié à un ou plusieurs rapporteurs. Le rapport d'instruction, comme les projets ultérieurs d'observations et de recommandations, provisoires et définitives, sont examinés et délibérés de façon collégiale, par une formation comprenant au moins trois magistrats. L'un des magistrats assure le rôle de contre-rapporteur et veille à la qualité des contrôles.

Sauf pour les rapports réalisés à la demande du Parlement ou du Gouvernement, la publication d'un rapport est nécessairement précédée par la communication du projet de texte que la Cour se propose de publier, pour exercice de leur droit de réponse, aux ministres, directeurs d'administration centrale ou chefs de service intéressés (selon les cas) et aux responsables des organismes concernés, ainsi qu'aux autres personnes morales ou physiques directement intéressées. Leurs réponses sont présentées en annexe du rapport publié par la Cour.

\*  
\*\*

Le présent rapport d'observations définitives est issu d'un contrôle conduit sur le fondement des articles L. 111-2 et L. 111-3 du code des juridictions financières. Il est rendu public en vertu des dispositions de l'article L. 143-6 du même code.

Le contrôle de l'Institut national du cancer (INCa) a été conduit par la sixième chambre de la Cour des comptes. Il a donné lieu à un contrôle sur pièces ainsi qu'à des entretiens et visites sur place.

Le projet de rapport d'observations définitives a été préparé, puis délibéré le 23 juin 2025, par la sixième chambre, présidée par le Président Bernard Lejeune et composée de MM. Alain Chailland, conseiller maître, Denis Burekel, conseiller maître, Nicolas Fourrier, conseiller maître et Mme Florence Legrand, conseillère maître ainsi que, en tant que rapporteurs M. Sébastien Gallée conseiller référendaire et Mme Jennifer Bouaziz, conseillère référendaire en service extraordinaire, et, en tant que contre-rapporteur, Mme Caroline Régis, conseillère maître. Le Premier président en a approuvé la publication le 2 septembre 2025.

Les rapports publics de la Cour des comptes sont accessibles en ligne sur le site internet de la Cour et des chambres régionales et territoriales des comptes : [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr)

---

<sup>1</sup> La Cour comprend aussi une chambre contentieuse, dont les arrêts sont rendus publics.

# TABLE DES MATIÈRES

<b>TABLE DES MATIÈRES .....</b>	<b>2</b>
<b>SYNTHÈSE.....</b>	<b>5</b>
Une agence d'expertise avec un rôle moteur dans la lutte contre le cancer.....	5
Un contexte budgétaire qui se resserre fortement .....	6
Des adaptations importantes nécessaires pour permettre à l'INCa d'assurer ses missions dans ce nouveau contexte .....	7
<b>RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>8</b>
<b>1 UNE AGENCE EN CHARGE D'UNE PATHOLOGIE À L'IMPACT SANITAIRE ET AU COÛT BUDGÉTAIRE IMPORTANTS .....</b>	<b>11</b>
<b>1.1 Une pathologie qui représente un enjeu de premier ordre pour la santé .....</b>	<b>11</b>
1.1.1 Une pathologie en expansion sur le plan sanitaire .....	11
1.1.2 Une augmentation des dépenses d'assurance maladie consacrées au cancer .....	14
<b>1.2 Une agence d'appui au ministère de la santé aux missions étendues.....</b>	<b>16</b>
1.2.1 Une agence au profil volontairement spécifique.....	16
1.2.2 Un opérateur impliqué dans l'exercice de missions de l'administration centrale du ministère de la santé .....	18
1.2.3 Des articulations à améliorer entre l'INCa et les autres agences sanitaires.....	21
1.2.3.1 Le projet inabouti de regroupements des agences sanitaires .....	21
1.2.3.2 Des projets de mutualisation entre l'INCa et les autres agences sanitaires dont les résultats sont restés très limités.....	22
1.2.3.3 Un dispositif incomplet pour éviter les chevauchements de compétences entre l'INCa et les autres agences sanitaires.....	23
1.2.4 Un lien avec les ARS difficile à établir.....	24
1.2.5 La démocratie sanitaire : une préoccupation ancienne à l'INCa devenue coûteuse depuis la création du living lab .....	25
<b>2 FACE AUX CONTRAINTES FINANCIÈRES, LA NÉCESSITÉ DE DÉGAGER DES MARGES DE GESTION .....</b>	<b>27</b>
<b>2.1 Une gestion qui laisse apparaître des marges de progrès .....</b>	<b>27</b>
2.1.1 Une démarche de maîtrise des risques qui répond aux attentes .....	27
2.1.2 Un contrat d'objectifs et de performance qui n'aborde que peu la recherche d'efficience .....	27
2.1.3 Des marges de manœuvre à rechercher dans les dépenses de personnel .....	28
2.1.3.1 L'absence de saturation du plafond d'emplois .....	28
2.1.3.2 Une agence disposant de fonctions supports étoffées principalement composées de cadres .....	31
2.1.4 Des améliorations nécessaires dans la gestion du système d'information.....	32

2.1.4.1	Des dépenses qui ont fortement augmenté, principalement en vue de la création de la plateforme de données en cancérologie .....	32
2.1.4.2	Une absence de formalisation de documents stratégiques.....	33
2.1.4.3	Un hébergement des données de la plateforme des données en cancérologie à sécuriser davantage.....	34
2.2	Une situation budgétaire qui a été confortable mais qui est désormais sous tension .....	35
2.2.1	Des dépenses en essor sous l'effet de la stratégie décennale, des recettes qui ont augmenté mais dont l'évolution à venir est plus incertaine .....	35
2.2.1.1	Le poids prépondérant des dépenses d'intervention.....	35
2.2.1.2	Des dépenses de fonctionnement hors intervention en augmentation .....	36
2.2.1.3	Des concours financiers de l'État qui ont été accrus depuis 2021, mais dont l'évolution devient plus incertaine .....	37
2.2.2	Un niveau de trésorerie qui a fortement augmenté avant d'entamer une réduction .....	40
3	DES MODALITÉS D'ACCOMPLISSEMENT DES MISSIONS A ADAPTER AU CONTEXTE BUDGÉTAIRE .....	41
3.1	Un rôle de premier plan dans le financement de la recherche en oncologie, à mieux articuler avec l'Agence nationale de la recherche .....	42
3.1.1	Des enjeux primordiaux qui s'attachent à la recherche financée par l'INCa.....	42
3.1.2	Un rôle de l'INCa qui comporte, outre le financement, la coordination des actions de recherche.....	44
3.1.3	L'action de financement déployée par l'INCa .....	47
3.1.4	Un processus administratif allégé, mais qui affaiblit la qualité de la détermination du montant des restes à payer .....	48
3.2	Un rôle de l'INCa en matière de prévention partagé avec plusieurs acteurs mais sans coordination suffisante .....	49
3.2.1	Un rôle au titre de la prévention primaire à recentrer autour de Santé publique France et de la CNAM.....	50
3.2.2	Une redistribution des rôles des différents acteurs dans le cadre des dépistages organisés confortant le rôle d'expertise de l'INCa .....	53
3.2.2.1	Une participation faible au dépistage organisé des cancers expliquant les résultats médiocres obtenus par la France .....	53
3.2.2.2	Une rationalisation prometteuse du rôle des différents acteurs dans le dépistage organisé qui reste néanmoins inachevée.....	54
3.2.2.3	Le rôle de l'INCa dans la future campagne de dépistage organisée du cancer du poumon.....	56
3.2.3	Des programmes de prévention tertiaire autour des soins oncologiques de support.....	57
3.3	La plateforme des données en cancérologie : un projet ancien important qui risque désormais d'être redondant.....	58
3.3.1	Les données alimentant la PDC .....	60
3.3.2	Les moyens budgétaires engagés et à venir .....	62
3.3.3	La question de l'avenir à moyen terme de la plateforme des données en cancérologie.....	63

<b>ANNEXES.....</b>	<b>66</b>
Annexe n° 1. INCa – comptes de résultat – exercices 2019 à 2023.....	67
Annexe n° 2. INCa – bilans exercices 2019 à 2023 .....	68
Annexe n° 3. Répartition des dépenses d'intervention de l'INCa par destination (en CP) .....	69

## SYNTHÈSE

### **Une agence d'expertise avec un rôle moteur dans la lutte contre le cancer**

L'Institut national du cancer (INCa) est un groupement d'intérêt public (GIP), doté en 2025 d'un budget de 129,7 M€ en dépenses (crédits de paiement), dont 86,3 M€ de crédits d'intervention (principalement pour le financement de la recherche en oncologie), 26,7 M€ au titre du fonctionnement courant et 15,7 M€ au titre des dépenses de personnel (correspondant à un effectif de 161 effectifs en équivalent temps plein travaillé). Placé sous la tutelle de deux ministères (chargés respectivement de la santé et la recherche), l'INCa a été créé en 2004 dans un contexte de mobilisation des pouvoirs publics contre une maladie qui, à l'époque et encore à présent, constitue un enjeu de santé de première importance.

Les cancers constituent en effet la première cause de mortalité. De plus, le nombre de personnes atteintes du cancer et les décès liés à cette maladie vont mécaniquement s'accroître dans les années qui viennent sous l'effet, notamment, du vieillissement de la population. Dès lors, promouvoir les efforts de recherche pour mieux connaître les ressorts de la maladie et les moyens de la combattre, améliorer les conditions de prise en charge des patients et favoriser l'évolution des comportements de la vie quotidienne pour réduire le risque de contracter cette maladie constituent une préoccupation de longue haleine.

Devant aider les pouvoirs publics à aborder l'ensemble de ces dimensions de la lutte contre les cancers, l'INCa dispose d'un positionnement qui fait sa spécificité dans le paysage des agences sanitaires. D'une part, à la différence des autres agences, l'INCa est compétent à l'égard d'une pathologie donnée. D'autre part, les missions qui lui sont confiées par la législation le font intervenir à la fois dans le champ du financement de la recherche et dans les politiques de santé ; le périmètre de ses interventions explique ainsi la tutelle conjointe des deux ministères.

Depuis sa création, l'INCa, dans le cadre de plans quinquennaux de lutte contre les cancers, s'est investi dans de nombreux domaines, notamment en impulsant l'évolution des modalités de prise en charge des patients atteints de cancer – par exemple en poussant à l'organisation de réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) ou à la tenue de dossiers communicants de cancérologie (DCC) ou en préparant pour le ministère de la santé des projets de textes encadrant l'organisation des soins de cancérologie en établissements de santé.

En 2019, la législation a conforté le positionnement de l'INCa en consacrant son rôle de préparation d'un plan de lutte contre le cancer, sous la forme désormais d'une stratégie décennale. Adoptée par les pouvoirs publics à la suite des travaux de l'INCa, elle est mise en œuvre depuis 2021 et s'organise autour de quatre axes (améliorer la prévention, limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie, lutter contre les cancers de mauvais pronostic, s'assurer que les progrès bénéficient à tous). Courant jusqu'en 2030, cette stratégie est organisée en deux phases successives. La première, s'appliquant jusqu'en 2025, a donné lieu à la formulation d'une feuille de route impliquant l'ensemble des administrations sanitaires ainsi qu'à une trajectoire financière. Il en résulte un accroissement programmé des financements publics alloués à l'INCa – qui consistent en majeure partie en des subventions pour charges de service

public<sup>2</sup>. Dernièrement, le contenu des missions légales de l'INCa s'est encore enrichi en application de la loi du 30 juin 2025<sup>3</sup> qui a prévu la mise en place d'un registre national du cancer et confié à l'INCa le soin d'en être le responsable de traitement. Son rôle en matière de connaissance épidémiologique de la maladie pourrait s'en trouver renforcé, mais la mise en œuvre de cette mesure nécessitera la mobilisation supplémentaire de moyens budgétaires dont le financement reste à définir.

Un effort particulier engagé par l'INCa consiste, enfin, à développer une plateforme des données en cancérologie (PDC). L'objectif poursuivi *via* cette plateforme est de mettre à disposition des équipes de recherche un vaste ensemble de données associant des informations médico-administratives issues du système national des données (SNDS) à des données médicales issues notamment des registres de cancer, de l'activité des centres régionaux de coordination des dépistages collectifs (CRCDC) ou encore des DCC. Si la constitution de cet entrepôt de données de santé constitue pour l'INCa un objectif de longue date, le déroulement du chantier connaît actuellement des avancées importantes, sous la forme de la mise à disposition de sites d'hébergement et de la préparation à l'intégration des données médicales. La constitution de cette plateforme est porteuse de nombreuses potentialités, d'autant plus que l'extension de l'utilisation du SNDS, telle qu'attendue par les pouvoirs publics depuis 2019, a été entravée par des obstacles d'ordre juridique<sup>4</sup>. Mais lorsque ces obstacles auront été surmontés et que les pouvoirs publics auront pu mettre en œuvre la stratégie d'extension du contenu et des usages du SNDS, il sera possible aux équipes de recherche de disposer par ce biais de l'ensemble des données médico-administratives et médicales, y compris en matière de cancérologie.

### **Un contexte budgétaire qui se resserre fortement**

La mobilisation des pouvoirs publics contre le cancer se traduit dans la stratégie décennale adoptée pour les années 2021 à 2030, qui implique un accroissement des engagements financiers de la part des différents acteurs (outre l'INCa, l'assurance maladie, l'Etat et les organismes nationaux de recherche). Pour la première phase de cette stratégie, couvrant les années 2021 à 2025, les moyens budgétaires ainsi prévus sont proches de 1,7 Md€ selon le ministère de la santé : dans ce contexte, il est prévu que les engagements budgétaires de l'INCa se traduisent par une diminution de son niveau de trésorerie à hauteur de 56,6 M€. Cette première phase a notamment été marquée par une élévation importante du niveau de financements alloués à la recherche en oncologie au bénéfice de la mise en œuvre de la loi de programmation sur la recherche<sup>5</sup>.

Pour autant, dans la mesure où l'INCa est, pour l'essentiel, financé par le budget de l'Etat, il est nécessairement concerné par l'importante recherche d'économies budgétaires qu'impose le redressement des finances publiques. La trajectoire de progression des concours financiers de l'Etat que la stratégie décennale laissait augurer pour les prochains exercices apparaît donc plus incertaine : ainsi, alors qu'il avait été envisagé que l'INCa bénéficie en 2025 de dotations

---

<sup>2</sup> 102,5 M€ en 2024, dont 68 M€ par le ministère de la recherche et 34,5 M€ par le ministère de la santé.

<sup>3</sup> Loi n° 2025-596 du 30 juin 2025 visant à mettre en place un registre national des cancers

<sup>4</sup> Cette question a été exposée par la Cour dans le RALFSS de 2024 (chapitre sur les usages du SNDS).

<sup>5</sup> [Loi n° 2020-1674 du 24 décembre 2020 de programmation de la recherche pour les années 2021 à 2030 et portant diverses dispositions relatives à la recherche et à l'enseignement supérieur.](#)

au titre des programmes 172 (pour le financement de la recherche) et 204 (ministère de la santé) respectivement de 78 M€ et 39 M€, leur montant serait en fait ramené à 71,2 M€ et 30,6 M€. La conjonction de la montée de ses dépenses en vue de l'application de la stratégie décennale et de cette nouvelle trajectoire de concours budgétaires de l'Etat expose l'INCa à une diminution significative de sa trésorerie qui rend plus problématique le caractère soutenable de sa gestion.

Cette difficulté est aggravée par le fait que la trésorerie de l'INCa procède actuellement principalement d'opérations fléchées ou pour compte de tiers, de sorte que ces ressources ne sont pas disponibles pour couvrir dans la durée les dépenses liées au fonctionnement courant ou à l'accomplissement de missions telles que le financement de la recherche fondamentale.

### **Des adaptations importantes nécessaires pour permettre à l'INCa d'assurer ses missions dans ce nouveau contexte**

L'INCa voit sa situation financière se fragiliser à un moment où il doit aborder des échéances importantes : préparation du contenu de la seconde étape de la stratégie décennale et négociation de son prochain contrat d'objectif et de performance (COP) avec l'Etat, tout en devant engager les travaux nécessaires à la constitution du nouveau registre national des cancers.

Ce contexte exigeant justifie que l'INCa prenne un ensemble de mesures tendant à une plus grande efficacité dans son fonctionnement courant ainsi que – s'agissant des missions que la Cour a pu examiner lors de son présent contrôle – dans la conduite des missions.

En premier lieu, l'INCa a conduit un effort important de maîtrise des risques budgétaires et comptables au cours des dernières années et dispose d'un comité d'audit qui joue un rôle actif en matière d'audit interne. En complément, il conviendrait qu'il s'attache à dégager des marges de manœuvre en termes de dépenses budgétaires.

En deuxième lieu, une proportion relativement importante des effectifs de l'INCa est affectée aux fonctions support. Des réflexions avaient été entamées par le ministère de la santé, afin de les mutualiser avec celles d'autres agences sanitaires, que ce soit sur le plan immobilier ou dans le domaine de systèmes d'information, mais elles n'ont pas abouti. Une relance de ces travaux serait donc à engager.

Troisièmement, une clarification des rôles en matière de communication et de prévention est souhaitable : l'INCa pourrait se concentrer sur son cœur de métier, l'expertise scientifique, tandis que des organismes comme Santé publique France ou la CNAM prendraient en charge la gestion des campagnes d'information grand public.

Enfin, une révision de son suivi des appels à projets en matière de financement de la recherche, devrait permettre d'identifier de manière plus précoce les projets qui n'aboutiront pas, ce qui contribuerait à préserver le niveau de trésorerie non fléchée de l'INCa.

## RECOMMANDATIONS

**Recommandation n° 1. (DGS, DGRI) : Mutualiser certaines fonctions support (dans le domaine des ressources humaines, des achats et de la commande publique notamment) entre agences sanitaires.**

**Recommandation n° 2. (INCa) Supprimer le *living lab* et se rapprocher des structures existantes au niveau de la DITP ou au sein du ministère de la santé.**

**Recommandation n° 3. (DGS, DGRI, INCa) Inclure dans le prochain contrat d'objectifs et de performance (COP) des indicateurs permettant au GIP et aux ministères de tutelle un suivi de l'efficacité des fonctions support s'appuyant sur des indicateurs chiffrés.**

**Recommandation n° 4. (INCa) Doter l'INCa d'un schéma directeur des systèmes d'information.**

**Recommandation n° 5. (INCa) Formaliser et tester le plan de continuité de l'activité.**

**Recommandation n° 6. (DGS, DGRI, INCa) À l'occasion de la définition des priorités de la seconde étape de la stratégie décennale et de la conclusion du prochain COP, déterminer les perspectives budgétaires pluriannuelles de l'INCa.**

**Recommandation n° 7. (DGRI) Collecter les données permettant de connaître le montant et l'évolution des financements de la recherche en oncologie.**

**Recommandation n° 8. (INCa) Exploiter, à partir de la troisième année de mise en œuvre du projet de recherche, les rapports d'activité et en tirer, au besoin, les conséquences financières qui en découlent.**

**Recommandation n° 9. (DGS, SGMAS, INCa, SPF, CNAM) Transférer l'ensemble des actions de communication nationales mises en place au titre de la prévention primaire en cancérologie à SpF et à la CNAM et les actions locales aux ARS.**

**Recommandation n° 10. (DGS, INCa, CNAM) Confier l'intégralité de la communication sur les dépistages organisés à la CNAM.**

## INTRODUCTION

L'Institut national du cancer (INCa) a été créé en 2004, dans le cadre de l'adoption du premier plan de lutte contre les cancers. Traduisant la priorité politique que la lutte contre le cancer constitue pour les pouvoirs publics, l'INCa est une agence sanitaire qui joue un rôle de premier plan dans ce domaine : s'il ne délivre pas de soins et ne conduit pas de recherche, il a en revanche pour mission d'impulser et de suivre les politiques visant à améliorer la prévention, à favoriser une meilleure qualité des prises en charge et à soutenir les efforts de recherche, notamment dans ses composantes fondamentale et clinique.

Le contrôle des comptes et de la gestion de l'INCa intervient près de 15 ans après des constats particulièrement critiques de la Cour des comptes en 2008 et en 2009. En 2008<sup>6</sup>, il avait été relevé de graves anomalies dans la gestion comptable et financière de l'institut dans ses premières années de fonctionnement. En 2009<sup>7</sup>, la Cour avait recommandé un profond remaniement de la gouvernance de l'Institut ainsi qu'une modification de ses modalités de gestion administrative et comptable.

La Cour des comptes a conduit en 2024 une mission de contrôle des comptes et de la gestion de l'INCa afin d'en évaluer la gestion financière, sa conformité aux règles de la comptabilité publique et l'efficacité de l'utilisation des ressources allouées. Le présent rapport étudie les procédures budgétaires mises en place, la gestion des dépenses et des financements, la gouvernance financière ainsi que le système d'information de l'Institut. Il examine également certaines des missions légales de l'INCa exposées plus haut : développement et suivi des actions communes dans les domaines de la prévention et du dépistage, financement des actions de recherche. Est aussi abordée la question de l'investissement de l'INCa dans la constitution d'un entrepôt de données de santé dénommé Plateforme des données en cancérologie (PDC). Les conditions de mise en œuvre des autres missions de l'INCa n'ont pas été examinées lors du présent contrôle.

### Les missions de l'INCa

Au regard de la législation<sup>8</sup>, l'agence se voit investie de huit missions :

- proposer, mettre en œuvre et suivre la stratégie décennale de lutte contre le cancer, en coordination avec l'ensemble des acteurs concernés ;
- observer et évaluer le dispositif national de lutte contre le cancer ;
- définir les référentiels de bonnes pratiques et les critères d'agrément des établissements et professionnels de santé en cancérologie ;
- informer les professionnels de santé, les patients et le grand public sur toutes les problématiques relatives au cancer ;

---

<sup>6</sup> Cour des comptes, « La mise en œuvre du plan cancer », rapport public thématique 2008, accessible en ligne sur le site internet de la Cour et des chambres régionales et territoriales des comptes : [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr)

<sup>7</sup> Cour des comptes, « Une remise en ordre à parfaire », rapport annuel sur l'application des lois de financement de sécurité sociale 2009, accessible en ligne sur le site internet de la Cour et des chambres régionales et territoriales des comptes : [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr)

<sup>8</sup> Article L 1415-2 du code la santé publique.

- participer à la formation continue des professionnels intervenant dans la lutte contre le cancer ;
- mettre en œuvre, financer et coordonner des actions de recherche et de développement, et désigner les entités de recherche répondant à des critères de qualité ;
- développer et suivre des actions communes entre opérateurs publics et privés dans les domaines de la prévention, du dépistage, de la recherche, des soins et de l'évaluation ;
- participer à des programmes européens et internationaux ;
- réaliser, à la demande des ministres, toute expertise sur les questions relatives à la cancérologie.

Le contrôle de la Cour est intervenu alors que l'INCa est confronté à plusieurs échéances importantes.

S'agissant de la tutelle de l'agence exercée conjointement par les ministères de la santé et de la recherche, de nouveaux objectifs seront à assigner à l'agence dans le cadre du prochain contrat d'objectifs et de performance (COP) qui sera établi à partir de 2026.

D'autre part et de façon plus générale, ce contrôle s'inscrit dans un contexte budgétaire contraint. Au-delà des investigations traditionnelles réalisées au titre du contrôle comptable et budgétaire, la Cour a examiné la façon dont l'INCa réalisait certaines de ses missions. Cette analyse s'est notamment appuyée sur une réflexion plus globale sur la recherche d'efficacité dans l'action des différentes agences d'Etat sous la tutelle du ministère de la santé et de la recherche et de l'enseignement supérieur.

Après avoir rappelé les enjeux de l'action de l'INCa et l'articulation de son rôle au niveau national et territorial (I), le présent rapport dresse un bilan de la gestion budgétaire et comptable de l'agence (II). Une attention particulière est ensuite portée à trois missions de l'INCa : le financement de la recherche, le rôle de l'INCa au titre de la prévention et enfin, le développement de la plateforme de données en cancérologie (III).

#### **Chiffres clés sur le cancer en France :**

Première cause de mortalité avec près de 160 000 décès enregistrés chaque année

Environ 400 000 nouveaux cas de cancers sont diagnostiqués chaque année

Les cancers les plus fréquents sont ceux de la prostate, du sein, du poumon et du côlon-rectum

## 1 UNE AGENCE EN CHARGE D'UNE PATHOLOGIE À L'IMPACT SANITAIRE ET AU COÛT BUDGÉTAIRE IMPORTANTS

Face à l'augmentation du nombre de nouveaux cas de cancer et à l'accroissement significatif des dépenses liées à sa prise en charge, les pouvoirs publics ont confié à une agence spécifique, l'Institut national du cancer (INCa), la mission d'élaborer une stratégie intégrée de lutte contre la maladie, combinant prévention, recherche et soins.

### 1.1 Une pathologie qui représente un enjeu de premier ordre pour la santé

L'augmentation du nombre de cancers, principalement liée au vieillissement de la population, entraîne une forte hausse des dépenses d'assurance maladie consacrées à cette pathologie.

#### 1.1.1 Une pathologie en expansion sur le plan sanitaire

Comme l'indique l'INCa dans son dictionnaire des termes du cancer, « *le cancer est une maladie provoquée par la transformation de cellules qui deviennent anormales et prolifèrent de façon excessive. Ces cellules dérégées finissent par former une masse qu'on appelle tumeur maligne. Les cellules cancéreuses ont tendance à envahir les tissus voisins et à se détacher de la tumeur. Elles migrent alors par les vaisseaux sanguins et les vaisseaux lymphatiques pour aller former une autre tumeur (métastase)* ». Le [Dictionnaire médical de l'Académie de médecine](#) souligne le risque de récurrence de cette maladie, même après ablation de la tumeur, et rappelle que son évolution spontanée peut être mortelle.

Parmi les tumeurs malignes, il est opéré une distinction entre les tumeurs solides (telles que carcinomes ou sarcomes et qui constituent un amas de cellules localisé), qui représentent la majorité des cas de cancer, et les tumeurs liquides (telles que les leucémies) qui circulent dans le sang ou dans la lymphe.

Face à cette pathologie, l'offre de soins en cancérologie « *comprend la prévention primaire et secondaire, la prise en charge initiale et lors d'une récurrence, locale ou métastatique, puis la surveillance et le rétablissement, ou l'accompagnement, en cas de nécessité, vers les soins palliatifs. Ce parcours doit être accompagné, depuis son début, par les soins de support nécessaires* »<sup>9</sup>.

En 2024, près de 3,8 millions de personnes étaient traitées au titre d'une forme de cancer, soit un peu moins de 5 % de la population<sup>10</sup>. Les modalités de prise en charge thérapeutique s'organisent principalement autour de trois axes : la chirurgie, les traitements médicamenteux (incluant notamment les chimiothérapies et les immunothérapies) et la radiothérapie. Les

---

<sup>9</sup> Académie nationale de médecine, « L'offre de soins en cancérologie adulte », rapport adopté en novembre 2024.

<sup>10</sup> Taux de prévalence de 4,93 % (source : CNAM, [Datapathologies](#), à partir des données du SNDS portant sur 68,7 millions de personnes ayant eu recours à des soins remboursés et INCa, <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Panorama-des-cancers-en-France-edition-2024>).

protocoles de soins associent de manière quasi systématique ces différentes approches, selon des séquences et des calendriers définis pour optimiser l'efficacité médicale. Par ailleurs, les traitements innovants – tels que les immunothérapies, les thérapies ciblées et les hormonothérapies – sont désormais intégrés à l'ensemble de ces modalités, qu'il s'agisse des interventions chirurgicales, des traitements médicamenteux ou de la radiothérapie.

### Principales définitions en épidémiologie

**Facteur de risque :** tout attribut, caractéristique ou exposition d'un sujet qui augmente la possibilité de développer une maladie ou de souffrir d'un traumatisme.

**Taux de prévalence :** indicateur épidémiologique qui mesure la proportion de personnes dans une population atteinte d'une maladie ou d'un état de santé particulier à un moment précis ou sur une période donnée.

**Taux standardisé d'incidence :** indicateur épidémiologique qui exprime le nombre de nouveaux cas d'une maladie dans une population, en tenant compte de la structure par âge de cette population. Le suivi de cet indicateur permet de suivre l'évolution du nombre de nouveaux cas non liée au vieillissement de la population.

Le taux de prévalence calculé sur cette base est d'autant plus important que l'âge augmente : il est ainsi de 2,5 % pour les femmes de 40 à 44 ans mais de 12 % entre 70 et 74 ans ; pour les hommes, cette sensibilité à l'âge est encore plus manifeste puisque ces taux sont respectivement de 1 % et 17 %.

D'après [l'INCa](#), le nombre de nouveaux cas de cancers a été de l'ordre de 430 000 en 2023<sup>11</sup>. Une augmentation du taux d'incidence est relevée au cours des dernières décennies : entre 1990 et 2023, le nombre de nouveaux cas de cancers a en effet doublé, avec une augmentation de 98 % chez l'homme et de 104 % chez la femme. Cette évolution tient essentiellement au vieillissement de la population et à l'exposition accrue aux facteurs de risque<sup>12</sup>. Sur ce dernier point, certains éléments, qu'ils soient environnementaux ou liés au mode de la vie de la population (consommation de tabac et d'alcool, hygiène alimentaire...), jouent défavorablement : parmi les nouveaux cas de cancers, l'INCa estime ainsi que, sans ces différents facteurs, 179 000 seraient évitables<sup>13</sup>, soit un peu plus de 40 % de l'ensemble.

Cependant, le risque individuel de contracter un cancer ou d'en décéder – que mesurent les taux dits standardisés – a diminué entre 1990 et 2023, hormis sur un aspect important : le taux d'incidence standardisé a augmenté pour les femmes au cours de la période, en lien notamment avec une progression que l'INCa qualifie de préoccupante du nombre de cas de cancers du poumon et du pancréas.

---

<sup>11</sup> 433 136 cas exactement identifiés par l'INCa (*op. cit.*) au moyen de l'exploitation du SNDS pour lequel il dispose d'un accès permanent : cette exploitation permet en effet à l'INCa d'identifier les nouveaux cas sous la forme d'une liste d'individus pseudonymisés. Les nouveaux cas les plus fréquents concernent les cancers de la prostate, du sein, colorectaux et du poumon.

<sup>12</sup> Source : INCa, panorama des cancers 2023.

<sup>13</sup> En épidémiologie, sont considérés comme évitables les cancers que l'on peut attribuer à des facteurs de risque évitables : comportements individuels (consommation de tabac ou d'alcool, alimentation, activité physique...) ou facteurs environnementaux.

Une autre caractéristique, signalée par l'INCa, consiste en l'amélioration tendancielle du taux de guérison<sup>14</sup>, particulièrement sensible pour certaines formes de cancers (en particulier ceux du sein).

Malgré ces évolutions favorables en termes de réduction du risque de contracter cette maladie ou de taux de guérison, et comme l'a rappelé la Cour récemment<sup>15</sup>, les cancers, avec près de 172 000 décès en 2023 constituent la première cause de mortalité en France<sup>16</sup>. Les cancers de mauvais pronostic (définis comme ceux pour lesquels le taux de survie à 5 ans est inférieur à 20 %) sont principalement ceux affectant le pancréas (11 % de taux de survie nette observée pour les personnes diagnostiquées entre 2010 et 2015<sup>17</sup>), l'œsophage (17 %), le foie (18 %), le poumon (20 %), le système nerveux central (26 %), ainsi que les leucémies aiguës secondaires.

C'est à partir de 2026 que l'INCa disposera de données plus récentes en termes de taux de survie, pour prendre en compte les personnes diagnostiquées jusqu'en 2021.

**Tableau n° 1 : Les sept cancers les plus létaux en France en 2022**

<i>Rang (mortalité)</i>	Type de cancer	Nombre estimé de nouveaux cas (2022)	Proportion parmi les nouveaux cas de cancer	Nombre estimé de décès (2022)
1	Cancer du poumon	49 000	14,4 %	39 200
2	Cancer colorectal	43 000	12,6 %	19 350
3	Cancer du pancréas	14 000	4,1 %	12 600
4	Cancer du sein	58 500	17,2 %	9 945
5	Cancer de la prostate	50 000	14,7 %	7 500
6	Cancer du foie	10 500	3,1 %	8 925
7	Cancer de l'estomac	7 000	2,1 %	4 900

Source : Cour des comptes sur la base des données de l'INCa

<sup>14</sup> Le terme de guérison (celui de rémission n'est plus en usage) désigne, d'après le dictionnaire des termes du cancer de l'INCa la situation dans laquelle toute trace de cancer a disparu après un certain temps : cela signifie que la maladie est suffisamment sous contrôle pour que l'on puisse considérer que le risque de rechute pour le patient ne soit pas supérieur à celui de contracter la maladie dans la population générale.

<sup>15</sup> Cour des comptes, [RALFSS 2024](#), chapitre VI : « Les médicaments anti-cancéreux : mieux réguler en préservant un accès rapide aux traitements innovants ».

<sup>16</sup> Pour mémoire, le professeur David Khayat (chef du service d'oncologie médicale à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, et dont les réflexions avaient inspiré la création de l'INCa, évoquait [en 2001](#) un nombre annuel de 150 000 décès, alors que 250 000 nouveaux cas étaient diagnostiqués chaque année.

<sup>17</sup> Source : INCa, panorama des cancers 2023. Le diagnostic d'un cancer est consécutif soit à un examen d'anatomopathologie portant sur une biopsie (prélèvement d'un morceau de tissu à fins d'examen par un microscope), soit à un examen d'imagerie médicale (extension du tumeur), soit à un compte-rendu opératoire.

Les cinq cancers pour lesquels le taux de survie est le plus élevé en 2022 sont les suivants : cancer des testicules (95 %), cancer de la prostate (93 %), mélanomes malins cutanés (90 %), cancer de la thyroïde (90 %) et cancer du sein (88 %).

Au regard des données de l'OCDE<sup>18</sup>, le taux standardisé d'incidence en France (619 pour 100 000 habitants en 2022) est supérieur à celui constaté en moyenne pour l'Union européenne (572).

### 1.1.2 Une augmentation des dépenses d'assurance maladie consacrées au cancer

En lien avec l'augmentation du nombre de patients atteints de cette pathologie, les dépenses d'assurance maladie<sup>19</sup> consacrées à la prise en charge du cancer sont en augmentation : 24 Md€ en 2022 contre 22,5 Md€ en 2021 et 16,3 Md€ en 2015<sup>20</sup>. Elles représentent 12,1 % des dépenses d'assurance maladie en 2022 selon la CNAM. Ce montant inclut les coûts directs relatifs aux frais d'hospitalisation ainsi que la prise en charge des traitements dans les établissements de santé et les soins de ville. En revanche, ce chiffre n'inclut pas les dépenses d'assurance maladie liées aux indemnités journalières et aux rentes d'incapacité versées aux patients atteints de cette maladie<sup>21</sup>.

En 2022, le cancer est ainsi la pathologie la plus onéreuse pour l'assurance maladie après la santé mentale<sup>22</sup> selon la Caisse nationale d'assurance maladie dans son rapport sur l'amélioration de la qualité du système de santé et la maîtrise des dépenses pour 2024<sup>23</sup>.

Les dépenses relatives au cancer sont majoritairement hospitalières (à plus de 60 %). Quatre cancers concentrent la moitié des dépenses : cancer du sein, du poumon, de la prostate et colorectal. A lui seul, le cancer du poumon représente ainsi 6 % des patients traités et 12 % des dépenses d'assurance maladie consacrées aux cancers.

Parmi les coûts directs du cancer, la structure des dépenses prises en charge par l'assurance maladie varie également selon que le cancer est actif ou sous surveillance<sup>24</sup>. En 2022, celles-ci s'élèvent respectivement à 21,6 Md€ et 2,4 Md€.

La dépense totale pour les cancers actifs s'explique notamment par une dépense individuelle par an élevée, qui s'élève en moyenne en 2022 à 28 000 € pour le cancer bronchopulmonaire, 14 340 € pour le cancer du sein ou 10 600 € pour le cancer colorectal.

---

<sup>18</sup> OCDE, [Profils sur le cancer par pays](#) (France), 2025. Ces profils par pays de l'UE ont en particulier pour objet d'analyser l'importance des inégalités sociales face aux cancers.

<sup>19</sup> Les données de l'assurance maladie comprennent l'ensemble des dépenses remboursées, à savoir les soins de ville et les hospitalisations dans des établissements de santé publics ou privés.

<sup>20</sup> Source : CNAM, [rapport charges et produits](#), juillet 2024.

<sup>21</sup> La CNAM ne disposait pas encore de ces données au moment de l'enquête de la Cour.

<sup>22</sup> Si l'on regroupe les maladies psychiatriques et les traitements chroniques par psychotropes, la santé mentale représente 26,2 Md€, soit 14 % des dépenses totales.

<sup>23</sup> Rapport au ministère chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance maladie au titre de 2025.

<sup>24</sup> L'assurance maladie considère qu'un cancer est actif dès lors qu'il a nécessité une prise en charge autre que pour le bilan dans les deux ans suite à sa détection. Un cancer est, quant à lui, sous surveillance dès lors qu'un diagnostic principal ou relié au cancer a été détecté au cours des années n à n-4 mais non traité immédiatement par des interventions invasives comme la chirurgie ou la chimiothérapie. Cette approche s'applique souvent à des cancers à croissance lente pour lesquels les bénéfices d'un traitement immédiat ne surpassent pas les effets indésirables ou risques associés.

En effet, les traitements des cancers actifs sont principalement dispensés dans des établissements de santé avec des dépenses liées à des traitements dépendants de médicaments figurant sur la liste en sus<sup>25</sup>, alors que les dépenses pour la prise en charge des cancers sous surveillance relèvent davantage des soins de ville. 70 % de la dépense moyenne individuelle relative à un cancer colorectal actif résultent des frais d'hospitalisation ou de la liste en sus, ce pourcentage s'élevant à 60 % pour un cancer bronchopulmonaire actif et 50 % pour un cancer du sein actif.

La prise en charge du cancer représente ainsi un enjeu majeur pour les comptes de la branche maladie du régime général ; les dépenses d'assurance maladie y afférentes ont augmenté de plus de 24 % entre 2015 et 2023, soit le double du taux de croissance de l'ensemble des dépenses sous ONDAM sur la même période (12 %)<sup>26</sup>. Au-delà de la hausse de la population concernée par cette pathologie, les innovations thérapeutiques (comme les immunothérapies ou les CAR T Cells<sup>27</sup>) sont responsables à hauteur de 18 % de cette augmentation<sup>28</sup>.

Par ailleurs, comme un récent rapport du cabinet d'études économiques Astéres<sup>29</sup> de février 2020 commandé par l'INCa le souligne, l'incidence économique dépasse la seule sphère publique. En effet, le cancer impliquerait, selon ses auteurs, un coût de 771 M€ par an pour les entreprises au titre de la perte de productivité liée aux arrêts de travail et de 9,7 Md€ par an suite aux décès prématurés.

Dès lors, au-delà des enjeux sanitaires relatifs à la détection précoce des cancers et à la bonne prise en charge de cette pathologie pour les personnes qui en sont affectées, son poids sur les dépenses d'assurance maladie justifierait une recherche d'amélioration de la pertinence des soins<sup>30</sup> dispensés en matière de cancer. Toutefois, cet objectif ne figure pas parmi les attentes exprimées par les tutelles à l'égard de l'INCa ; il n'est pas non plus évoqué dans les documents de contractualisation, ni dans la stratégie décennale de lutte contre le cancer.

---

<sup>25</sup> Au sein des établissements de santé, la liste en sus permet la prise en charge par l'Assurance maladie de spécialités pharmaceutiques, pour certaines de leurs indications thérapeutiques, en sus des tarifs d'hospitalisation, lorsque ces indications présentent un caractère innovant. Cette liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale et précise les seules indications concernées, conformément à l'article L. 162-22-6 du code de la Sécurité sociale (source : <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/professionnels-de-sante/autorisation-de-mise-sur-le-marche/la-liste-en-sus/>).

<sup>26</sup> Chiffres actualisés sur la base du rapport de la Cour des comptes « [La politique de prévention en santé](#) » de novembre 2021, tableau n°3 p. 36

<sup>27</sup> Les CAR-T cells (pour cellules T porteuses d'un récepteur chimérique) sont des thérapies géniques. Ces nouveaux traitements – utilisés pour le moment en onco-hématologie – sont fabriqués à partir des lymphocytes T du patient qui, une fois modifiés génétiquement et réinjectés, sont capables de reconnaître et de détruire spécifiquement les cellules cancéreuses. Ils sont administrés en une injection unique (Haute Autorité de santé).

<sup>28</sup> CNAM, [rapport charges et produits](#), juillet 2024.

<sup>29</sup> <https://asteres.fr/site/wp-content/uploads/2020/02/ASTERES-CANCER-FEV-2020-compressé.pdf>

<sup>30</sup> Selon la définition de la Haute Autorité de santé, un soin est qualifié de pertinent lorsqu'il est nécessaire, en phase avec les besoins du patient, et approprié dans son indication.

## 1.2 Une agence d'appui au ministère de la santé aux missions étendues

L'INCa est un GIP dont le champ de compétence, contrairement aux autres agences sanitaires, est centré sur une pathologie. Cette particularité conduit l'INCa à sa forte implication auprès des administrations centrales, auprès d'acteurs locaux et auprès des patients et citoyens. Pour autant, l'INCa a faiblement développé des mutualisations, pourtant possibles, avec les autres agences sanitaires.

### 1.2.1 Une agence au profil volontairement spécifique

Comme il ressort des travaux parlementaires<sup>31</sup> sur le projet de loi de 2004 relatif à la politique de santé publique, la création de l'INCa répondait à la volonté des pouvoirs publics de se doter d'un organisme permettant une approche intégrée de la lutte contre le cancer et intervenant à la fois sur les questions de prévention, de soins et de recherche. Loin d'être isolé dans le paysage sanitaire international, l'agence française s'inspire de modèles étrangers mis en place dans un certain nombre de pays de l'OCDE pour mieux prendre en charge cette maladie<sup>32</sup>. Leur champ d'action diffère néanmoins d'un pays à l'autre : alors que les pays anglo-saxons privilégient la spécialisation de leur agence dans le domaine de la recherche en oncologie, d'autres ont préféré le modèle d'une entité disposant d'une vision transversale (prévention, recherche et soins). C'est le cas de l'agence australienne créée en 2006, dont les contours sont proches de l'INCa, ou du plus ancien *Instituto Nacional de Cancer* brésilien datant de 1937. Les instituts du cancer se caractérisent également par une grande diversité de statuts, certains étant financés par les gouvernements et d'autres par des fonds caritatifs.

En France, le choix a été fait de confier à l'INCa à la fois des fonctions<sup>33</sup> :

- d'impulsion, en proposant au Gouvernement des plans quinquennaux puis la stratégie décennale de lutte contre le cancer (cette mission précise n'ayant néanmoins été formalisée qu'en 2019), en définissant une stratégie de recherche, en la mettant en œuvre et en labellisant des structures de recherche contre le cancer ;
- de coordination, en remédiant à la tendance identifiée à l'époque d'une dispersion des efforts des différents acteurs (notamment des établissements de santé) engagés dans la lutte contre le cancer, sans toutefois que ce rôle conduise à l'exercice d'un pouvoir de tutelle ;
- d'amélioration de la qualité, par la définition de référentiels de bonnes pratiques pour la prise en charge des cancers.

---

<sup>31</sup> [Rapport pour la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale](#) sur ce projet de loi.

<sup>32</sup> Création du *National Cancer Institute (NCI)* en 1937 : principale agence du gouvernement fédéral américain pour la recherche et la formation sur le cancer.

<sup>33</sup> Les missions confiées à l'INCa sont définies par l'article L 1415-2 du code de la santé publique. La stratégie décennale de lutte contre le cancer ainsi que le contrat d'objectifs et de performance mentionnent également un ensemble d'attentes de l'État à l'égard de l'INCa.

En sus de ces missions, l'INCa est impliqué dans des tâches de soutien direct au ministère de la santé ainsi que dans des fonctions plus opérationnelles telles que la gestion des procédures de versement des subventions aux organismes de recherche ou la conduite de campagnes de communication en matière de prévention.

A la différence des autres agences sanitaires, c'est au regard de la maladie éponyme que sont définies les missions de l'INCa. En cela, il présente des similarités avec l'Agence nationale de la recherche en santé (ANRS)<sup>34</sup>, à ceci près que cette dernière traite exclusivement de recherche et qu'elle est rattachée à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM).

### Quelques exemples étrangers d'agences spécialisées dans la recherche en oncologie

L'INCa a été institué sous l'inspiration d'agences analogues, et notamment de celles situées aux Etats-Unis et au Royaume-Uni, qui bénéficient des financements les plus importants dédiés à la recherche.

Contrairement à ses équivalents américain ou britannique, l'INCa ne dispose cependant pas d'équipes de chercheurs en son sein.

Le financement de la recherche médicale aux Etats-Unis repose sur les *National Institute of Health* finançant des programmes thématiques et sur l'*Office of the Director* en charge du financement de programmes transversaux. Doté d'un budget de 7,6 Md\$ en 2023, le *National Cancer Institute* dispose d'un des plus importants budgets parmi les 27 *NIH*. Créé en 1937, le *NCI* finance et conduit des recherches de pointe sur le cancer, notamment des essais cliniques, des études génétiques et des recherches sur les traitements. De façon générale, les *NIH* fonctionnent selon deux modalités : d'une part, ils soutiennent les programmes de recherche réalisés dans leurs propres laboratoires et d'autre part, ils financent des programmes de recherche réalisés par d'autres partenaires (universités ou laboratoires). Le budget du *NCI* a augmenté de manière constante au fil des années, en particulier depuis 2016 avec le programme *Cancer Moonshot*<sup>35</sup>, qui visait notamment à accélérer la recherche sur le cancer. Ce programme a bénéficié d'un financement substantiel d'1,8 Md\$ sur sept ans prévus dans le *21st Century Cures Act*.

Au Royaume-Uni, 60 % de la recherche en oncologie est financé par des fonds privés. À côté du *National Institute for Health and Care Research* (NIHR)<sup>36</sup>, principal bailleur de fonds du gouvernement britannique pour la recherche en cancérologie, le *Cancer Research UK*<sup>37</sup> (CRUK) se présente comme la plus grande organisation indépendante de recherche sur le cancer au monde. Créée en 2002 suite à la fusion de deux organisations britanniques de lutte contre le cancer, le CRUK est doté d'un budget d'environ 770 M€ lui permettant de conduire des recherches dans le domaine de la prévention, du diagnostic et du traitement des cancers. Il est composé d'un institut interne de recherche fondamentale, le *London Research*, mais il

---

<sup>34</sup> L'ANRS Maladies infectieuses émergentes est une agence autonome de l'INSERM qui anime, évalue, coordonne et finance la recherche sur le VIH/ sida, les hépatites virales, les infections sexuellement transmissibles, la tuberculose et les maladies infectieuses émergentes.

<sup>35</sup> Le *Cancer Moonshot* est une initiative lancée en 2016 sous la présidence de Barack Obama. En 2022, Joe Biden a relancé et renforcé l'initiative sous le nom de *Cancer Moonshot 2.0* avec l'objectif de réduire de 50 % le taux de mortalité par cancer aux États-Unis au cours des 25 prochaines années.

<sup>36</sup> [Homepage | NIHR.](#)

<sup>37</sup> [Cancer Research UK.](#)

finance également des équipes de recherches universitaire et hospitalière à travers tout le Royaume-Uni. Au cours des cinq dernières années, *Cancer Research UK* a néanmoins enregistré une baisse de 19 % de son budget en raison du climat d'incertitude économique.

Le Japon dispose également d'une agence dédiée à la recherche en oncologie. Créé en 1962, le *National Cancer Center Japan* (NCC) est un centre de recherche et de traitement de référence au Japon pour les maladies cancéreuses. Doté d'un budget de 500 M€ en 2024, ses missions s'organisent principalement autour des recherches biomédicales et cliniques sur les différents types de cancers, avec un accent sur les particularités génétiques des patients asiatiques.

## **1.2.2 Un opérateur impliqué dans l'exercice de missions de l'administration centrale du ministère de la santé**

Même si cela n'est mentionné ni dans le code de la santé publique, ni dans la convention constitutive qui l'a institué en tant que GIP, l'Institut national du cancer est placé sous la double tutelle du ministère de la santé et du ministère de l'enseignement et de la recherche. Ce double pilotage trouve son origine dans les missions exercées par l'INCa telles que définies à l'article L. 1415-3 du code de la santé publique et exposées plus haut, à la fois dans le domaine de la recherche mais également dans celui de la santé, ainsi que dans son statut d'opérateur de l'Etat.

En tant qu'opérateur, l'INCa fait l'objet d'une tutelle par l'État en contrepartie du financement alloué. Bien que ce financement soit assuré en premier lieu par le ministère de la recherche, c'est principalement le ministère de la santé (direction générale de la santé) qui assure la tutelle de l'INCa, avec le soutien de la direction générale de la recherche et de l'innovation. Le contexte budgétaire 2025 (cf. partie 2) pourrait conduire la DGRI à renforcer sa tutelle sur cette agence dont elle assure la majorité du financement.

L'exercice de la tutelle prend les formes usuellement rencontrées des relations entre un ministère et un opérateur. En sus des séances de conseil d'administration et de leurs réunions préparatoires (dites pré-CA), la direction générale de la santé (DGS) a ainsi mis en place un dialogue de gestion annuel avec l'INCa. Il vise à faire le point sur l'exécution de l'année en cours, l'état d'avancement des projets, les prévisions d'atterrissage en fin d'année de la trajectoire budgétaire, et à échanger sur les projets nouveaux qui pourraient supposer des crédits spécifiques.

Une spécificité des relations entre le ministère de la santé et l'INCa tient à ce que l'exercice de la tutelle coexiste avec une implication de ce dernier dans des tâches traditionnellement confiées à une administration centrale.

L'INCa joue en effet un rôle essentiel dans la conception et le suivi de la politique publique que traduit la stratégie décennale de lutte contre le cancer. Des instances distinctes de pilotage stratégique, de pilotage opérationnel et de suivi ont ainsi été mises en place. Un comité interministériel de pilotage stratégique est présidé par les directeurs de cabinet du ministère chargé de la santé et du ministère chargé de la recherche. Cette instance, qui a pour mission de s'assurer du bon déroulement de la stratégie, prend les mesures nécessaires au suivi du plan sur proposition du comité de pilotage opérationnel, présidé par l'INCa. L'agence en propose notamment l'ordre du jour, formule des recommandations sur l'ajout, la suppression ou la réorientation de certaines actions.

L'INCa, en tant que pilote de la stratégie décennale de lutte contre le cancer, est en charge de l'animation de réunions interministérielles et s'assure du suivi d'actions relevant de différentes administrations centrales. Lui est également confié le suivi budgétaire de la mise en œuvre de la stratégie décennale.

### **Le passage de plans quinquennaux à la stratégie décennale de lutte contre le cancer**

L'INCa inscrit son action depuis sa constitution dans le cadre de plans pluriannuels qu'il a préparés et qui ont été approuvés par les pouvoirs publics : tel a été le cas des 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> plans cancers, ayant couvert respectivement les années 2009 à 2013, puis 2014 à 2019. Alors que ces deux plans quinquennaux avaient été adoptés et mis en œuvre sans que ce soit prévu par les textes, la situation a évolué à la suite d'une loi de 2019<sup>38</sup> : celle-ci a consacré l'existence de ce type de programme pluriannuel, en confiant la préparation et le suivi de la mise en œuvre à l'INCa, son adoption relevant dorénavant d'un décret.

Il s'agit désormais d'une stratégie décennale et non plus d'un plan quinquennal, cet allongement étant motivé par la nécessité de s'inscrire dans une vision à plus long terme : l'objectif est de permettre une continuité dans les actions, d'assurer un suivi plus efficace et de s'adapter aux évolutions scientifiques et sociétales sur une période plus longue.

La stratégie décennale de lutte contre le cancer (2021-2030), adoptée par voie réglementaire en 2021, vise à réduire le nombre de cancers évitables de 60 000 par an à horizon 2040 et à améliorer la qualité de vie des patients. Elle s'articule autour de quatre axes principaux : améliorer la prévention ; limiter les séquelles et améliorer les conditions de vie ; lutter contre les cancers de mauvais pronostic ; s'assurer que les progrès bénéficient à tous. L'accent est mis sur la personnalisation des soins, le soutien à l'innovation et l'amélioration du parcours des patients. Un volet spécifique est également consacré à la lutte contre les cancers pédiatriques et à la prise en charge des cancers rares.

Le financement de la mise en œuvre de la stratégie décennale est programmé pour la période 2021 à 2025, l'exercice 2025 devant être celui de la définition de la programmation pour les années suivantes.

A cet égard, deux modalités de financement ont été retenues, selon qu'il s'agisse de la reconduction des mesures initiées lors de plans cancers antérieurs ou de mesures nouvelles introduites par la stratégie décennale.

Le premier ensemble porte sur un montant cumulé sur la période 2021-2025 de l'ordre de 1,5 Md€, principalement financé par l'Ondam et géré par la DGOS, le financement apporté par l'INCa étant de 0,3 Md€.

Pour la mise en œuvre des mesures nouvelles (224,6 M€ en cumulé 2021-2025), il revient à l'INCa de les financer à hauteur de 56,6 M€ en mobilisant sa trésorerie. Le

---

<sup>38</sup> Loi n° 2019-180 du 8 mars 2019 visant à renforcer la prise en charge des cancers pédiatriques par la recherche, le soutien aux aidants familiaux, la formation des professionnels et le droit à l'oubli. Ce texte est issu d'une proposition de loi du 18 octobre 2018. Alors que cette proposition prévoyait l'adoption d'un plan quinquennal centré sur la prise en charge des cancers pédiatriques, c'est finalement une stratégie décennale couvrant l'ensemble des champs relatifs aux cancers qui a été retenue.

financement par l'Etat de la recherche (92,4 M€ sur le programme budgétaire 172) et l'Ondam (53,7 M€) constituent les deux autres apports essentiels.

Une autre modalité d'implication de l'INCa dans les missions du ministère de la santé se situe au niveau de la direction générale de l'offre de soins (DGOS). Celle-ci a en effet confié à l'INCa le soin de préparer un ensemble de textes réglementaires relatifs à la réforme des autorisations d'exercer en cancérologie. L'INCa a notamment formulé des recommandations aidant à définir sur le plan réglementaire les conditions techniques de fonctionnement<sup>39</sup> et les conditions d'implantation<sup>40</sup> des activités de traitement des cancers. Engagée à la demande du ministère de la santé, la définition de ce nouveau régime d'autorisations a donné lieu à un travail d'expertise conduit par l'INCa, avec la participation de la Haute Autorité de santé.

Par ailleurs, l'association de l'INCa aux travaux de la DGOS s'est traduite en 2016 par la cosignature de textes réglementaires par la directrice générale de la DGOS et le directeur de l'INCa concernant l'organisation régionale des soins pour les adolescents et les jeunes adultes<sup>41</sup>. Ce fut également le cas en 2017 avec l'instruction relative à l'amélioration de l'accès aux soins de support, puis de façon plus récente au moment de la définition des missions des réseaux régionaux de cancérologie<sup>42</sup>, ou plus récemment dans les instructions transmises aux ARS sur la déclinaison de la stratégie décennale de lutte contre le cancer<sup>43</sup>.

Le contrat d'objectifs et de performance de l'Inca pour 2021-2025 fait en partie référence à ce type de missions dans l'objectif 4 où il est précisé que l'agence peut « *contribuer, en lien avec la DGOS, à l'accompagnement des ARS, des titulaires d'autorisations et des autres établissements de santé et acteurs de médecine de ville, à la mise en œuvre de la réforme des autorisations d'exercer l'activité de soins de traitement du cancer* ». Les livrables attendus consistent en la production de « *guides autour des futurs textes réglementaires* ». Il conviendrait néanmoins de définir de façon plus détaillée le rôle de l'INCa dans ses relations avec l'administration centrale.

Enfin, l'INCa assure pour le compte de la DGOS la gestion du programme hospitalier de recherche clinique en cancérologie (PHRC dit K), ce qui comporte notamment la sélection des projets. Le financement de ce programme s'impute sur l'Ondam, au titre des dotations relatives aux missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation.

---

<sup>39</sup> Articles R. 6123-86 à R. 6123-94-2 du code de la santé publique.

<sup>40</sup> Articles D. 6124-131 à D. 6124-134-11 du code de santé publique.

<sup>41</sup> Instruction N° DGOS/R3/INCa/2016/177 du 30 mai 2016 relative à l'organisation régionale coordonnée en faveur de la prise en charge des adolescents et jeunes adultes atteints de cancer – Légifrance.

<sup>42</sup> Instruction N° DGOS/R3/INCa/2017/62 du 23 février 2017 relative à l'amélioration de l'accès aux soins de support des patients atteints de cancer - Légifrance et instruction n° DGOS/R3/INCa/2019/248 du 2 décembre 2019 relative à l'évolution des missions des réseaux régionaux de cancérologie.

<sup>43</sup> Instruction N° DGS/SP/DGOS/DGCS/DSS/SG/INCa/2021/156 du 16 juillet 2021 relative à l'élaboration des feuilles de route régionales de la stratégie décennale de lutte contre le cancer.

### 1.2.3 Des articulations à améliorer entre l'INCa et les autres agences sanitaires

#### 1.2.3.1 Le projet inabouti de regroupements des agences sanitaires

À l'occasion du renouvellement du schéma pluriannuel de stratégie immobilière, la DGS a envisagé en 2017 la constitution d'un pôle « produits et pratiques » entre certaines agences sanitaires<sup>44</sup> qui avait pour ambition de « proposer de nouveaux modèles de prise en charge ou de diagnostic, d'assurer un meilleur partage de l'information et l'exploitation des données de santé, notamment dans le cadre de l'INDS (Institut national des données de santé) et du Health Data Hub ». Ce projet, engagé dans l'objectif d'améliorer la qualité, la sécurité et la pertinence des soins, s'est accompagné d'une stratégie de regroupement immobilier de toutes les agences sanitaires sur le site de Saint-Denis.

Abandonné, ce premier projet engagé de façon isolée par le ministère de la santé a été remplacé par une seconde initiative, conjointe avec le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche et incluant une dimension recherche. Elle visait à répondre à un appel à projet de la Direction immobilière de l'État (DIE) sur le site du Val-de-Grâce. Ce projet de campus « santé, recherche et innovation » avait pour objectif de constituer un pôle européen d'excellence en recherche, produits et pratiques en santé en réunissant l'ensemble des acteurs publics et privés sur un même site.

Le périmètre de ce projet a été défini entre décembre 2017 et 2019. Le ministère de la santé estimait alors qu'il pouvait en résulter des gains de mutualisation de 60 à 80 M€ sur 15 ans, soit entre 4 et 6 M€ par an.

Une expression commune des besoins de l'ensemble des agences sanitaires dans le ressort du ministère de la santé avait été définie grâce à des travaux en ateliers avec l'Inserm. Dans les premiers *scenarii* de constitution de ce campus, il avait été envisagé un regroupement de la façon suivante :

- la mise en place d'un pôle produits et pratiques des agences sanitaires ;
- la constitution d'un pôle recherche autour de l'Inserm ;
- et un approfondissement de l'exploitation des données de santé grâce aux équipes de l'Institut national des données de santé (INDS).

Le campus devait être décliné autour de trois axes majeurs au service des enjeux d'innovation, de recherche et politique de santé : l'axe innovation et développement international, l'axe démocratie sanitaire, l'axe expertise et données de santé.

Suite à une réunion interministérielle fin 2019, les agences sanitaires ont été exclues du périmètre du campus Val-de-Grâce. Une mission conduite par l'inspection générale des finances avait notamment indiqué que le coût de l'implantation des agences dans Paris *intra-muros* serait supérieur aux bénéfices attendus du projet sur le plan immobilier. Le projet a ainsi été recentré autour de l'innovation et du numérique en santé. *Parisanté campus* rassemble désormais uniquement cinq opérateurs publics : l'Inserm, l'université PSL, l'Institut national

---

<sup>44</sup> Les agences concernées par la constitution de ce pôle sont l'Agence de biomédecine (ABM), l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM), l'Établissement français du sang (EFS), la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'INCa.

de recherche en sciences et technologies du numérique (Inria), le Health Data Hub, l'Agence du numérique en santé (ANS) et des partenaires privés de la recherche et de l'innovation.

Ce projet qui verra le jour à l'horizon 2029-2030 poursuit notamment trois ambitions : « *stimuler la production et l'exploitation des données de santé pour la recherche et l'innovation, soutenir la formation d'excellence autour de la e-santé et améliorer les stratégies de prises en charge médicale et l'efficience du système de soin dans l'intérêt permanent du patient* ».

Même si l'INCa ne fait pas partie du projet *Parisanté campus*, il aura très probablement des interactions avec ce centre unique rassemblant chercheurs, soignants et entrepreneurs. Les missions autour du numérique en santé pourront notamment s'appuyer sur les projets conduits par l'INCa.

### 1.2.3.2 Des projets de mutualisation entre l'INCa et les autres agences sanitaires dont les résultats sont restés très limités

Une première opération de mutualisation des fonctions financières et comptables avait été proposée par la direction générale de la santé aux opérateurs en 2014 afin de mettre en œuvre un système d'information financier et comptable commun à l'ensemble des agences sanitaires. Le « système d'information finance des agences sanitaires » (SIFAS) avait été développé par cinq établissements dont l'INCa.

Ce projet de mutualisation inter-agences d'un outil informatique n'a cependant pas connu de suites. Or il aurait pu être à l'origine d'un mouvement plus important de mutualisations entre agences en matière de ressources humaines ou de marchés publics.

Par ailleurs, une réflexion en vue de la mutualisation de fonctions avait été engagée en 2018, envisageant trois *scenarii* d'intégration :

- un premier visant à mutualiser uniquement les fonctions support ;
- un second relatif à la mutualisation des fonctions supports et de certaines fonctions métiers ;
- un troisième visant à la fusion de l'ensemble des agences sanitaires dans une vision intégrée prenant pour modèle la *Food and Drug administration* américaine.

Ces réflexions n'ont finalement pas abouti.

L'exercice 2025 va probablement être marqué par des réductions des moyens alloués aux agences sanitaires, qu'ils proviennent du budget de l'État (dans le cas de l'INCa) ou de l'Ondam. Cette perspective devrait conduire à relancer les recherches de mutualisation des fonctions support entre agences sanitaires. Des synergies entre agences pourraient être recherchées sur les missions suivantes :

- ressources humaines : mutualisation des fonctions de paie ;
- achats et commande publique : service commun en charge des factures (système d'information commun), homogénéisation des applications support ;
- assistance à maîtrise d'ouvrage (AMOA) : constitution d'une équipe commune mobilisée sur des projets transversaux ;
- plan de continuité des activités : constitution d'une base commune logistique et immobilière.

A cette occasion, l'implantation historique de l'INCa à Boulogne<sup>45</sup> pourrait également être réétudiée, compte tenu de l'arrivée prochaine à échéance du bail. Ce changement de localisation serait à envisager dans le cadre d'une réflexion plus globale conduite par la DGS sur la mutualisation des fonctions supports telles que définie précédemment.

**Recommandation n° 1. (DGS, DGRI) : Mutualiser certaines fonctions support (dans le domaine des ressources humaines, des achats et de la commande publique notamment) entre agences sanitaires.**

### 1.2.3.3 Un dispositif incomplet pour éviter les chevauchements de compétences entre l'INCa et les autres agences sanitaires

À la différence des autres agences sanitaires constituées autour du ministère de la santé (ANSM, ANSP, ABM...), le champ de compétences de l'INCa correspond à celui d'une pathologie donnée. Ce faisant, il est attendu de lui une approche intégrée du cancer associant les différentes dimensions de recherche, de santé publique, de soin et d'information. Des protocoles de coordination ont pour objet de définir les attributions de chacune des agences et d'éviter les redondances qui peuvent naître de cette différence de logique entre l'INCa et les autres agences sanitaires. Les protocoles sont à la main des agences et ne font l'objet d'aucune validation ou *a minima* de relecture par la tutelle.

Par ailleurs, la DGS assure via le comité d'animation du système des agences (CASA) le pilotage opérationnel<sup>46</sup> de l'ensemble des agences sanitaires. Créé par l'ordonnance du 19 janvier 2017, ce comité ne s'est néanmoins réuni qu'une fois en 2022 et une autre en 2023, en raison selon la DGS de la « tenue des jeux olympiques ».

En outre, à la lecture des comptes-rendus transmis, le comité n'est en fait qu'une instance d'informations descendantes du directeur général de la santé aux agences relevant de la tutelle de la DGS<sup>47</sup>. Il n'y a pas de suivi des différents sujets d'une réunion sur l'autre. Chaque réunion du CASA est l'occasion d'évoquer des thématiques différentes où chaque agence présente son action sur le sujet figurant à l'ordre du jour. En 2022, une volonté de revoir le format des CASA a émergé. Aucune suite ne semble néanmoins avoir été donnée depuis : le seul compte-rendu transmis en 2023 retrace une réunion thématique conforme au déroulé des précédentes réunions.

Il serait souhaitable de remplacer le CASA par une instance qui se consacrerait à la réflexion sur la mutualisation et l'avancée des chantiers de rapprochement en matière de ressources humaines, de commande publique et d'achats. Elle permettrait à la DGS de disposer

---

<sup>45</sup> Contrairement à d'autres agences sanitaires implantées en Seine-Saint-Denis et dans le Val-de-Marne, l'INCa est localisé à Boulogne-Billancourt (92), où il occupe des locaux pris en location. Le montant annuel du loyer s'élève à 2,05 M€.

<sup>46</sup> Article R 1411-58-1 du code de la santé publique

<sup>47</sup> À titre d'exemple, dans le compte rendu du 11 avril 2019, le directeur général de la santé présente les enjeux de l'année 2019 au titre desquelles figure « la *communication des politiques de prévention de santé* ». Ce sujet qui fait intervenir de nombreux acteurs aurait eu le mérite d'un échange sur les actions réalisées par les différentes agences sanitaires et du ministère. Or il n'a été évoqué que de façon très générale et en quelques lignes sous l'angle de l'approche ministérielle.

d'une instance regroupant les directeurs d'agence sanitaire et ainsi de positionner la recherche de synergies au plus haut niveau de responsabilités.

#### 1.2.4 Un lien avec les ARS difficile à établir

Au fil des différents plans cancer, le ministère de la santé a mis en place plusieurs catégories de dispositifs locaux œuvrant à la lutte contre le cancer. Peuvent notamment être cités :

- les centres de coordination en cancérologie (3C), créés en application du premier plan cancer par une circulaire de 2005<sup>48</sup> : associant les établissements de santé sous la forme de groupement de coopération sanitaire ou de groupements d'intérêt public, ces organisations sont des « cellules qualité » garantes de la qualité des soins prodigués par les établissements membres et ont pour objet de les « accompagner[r] dans l'élaboration des procédures d'évaluation, d'indicateurs et des processus d'amélioration des pratiques, garantissant ainsi l'atteinte des objectifs imposés par la réglementation et le maintien d'un haut niveau de sécurité et de qualité des soins attendu en cancérologie » ;
- les dispositifs spécifiques régionaux du cancer (DSRC) mis en place en application d'une des instructions ministérielles cosignées par l'INCa<sup>49</sup> dans le cadre du deuxième plan cancer : constitués sous forme associative et sujets à une labellisation par l'INCa, leur objet est multiple. Il s'agit de : contribuer à la coordination de l'organisation régionale de l'offre de soins en cancérologie et à sa lisibilité, promouvoir la qualité et la sécurité des traitements des patients atteints de cancer, développer l'expertise et l'expérimentation de projets communs innovants, contribuer à l'information et à la formation des acteurs, des patients et de leurs proches sur le parcours de santé en cancérologie.

Répondant à une logique comparable aux cellules d'intervention en région (CIRE) qui relèvent à la fois des ARS et d'une agence sanitaire (Santé publique France), ces dispositifs locaux sont en lien à la fois avec les ARS, qui les financent au moyen des dotations du fonds d'intervention régional (FIR) dont elles disposent, et avec l'INCa qui définit les référentiels devant guider leur action.

Il ressort de l'enquête de la Cour que le fonctionnement de ces dispositifs locaux n'est pas exempt de tensions entre l'INCa et les ARS : ces dernières estiment en effet que l'INCa tend à voir dans ces structures des relais locaux de son action, ce qui viendrait contredire leur positionnement en tant qu'organismes d'appui aux ARS.

Il est ainsi relevé que ces dispositifs pilotés et financés par les ARS peuvent être sollicités pour participer à des réunions organisées par l'INCa sans que les référents oncologie des ARS ne soient systématiquement présents. Or les orientations de ces dispositifs sont notamment assurées dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) dont la rédaction et le suivi incombent aux ARS.

---

<sup>48</sup> Circulaire DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie.

<sup>49</sup> Instruction n° DGOS/R3/INCa/2019/248 du 02 décembre 2019 relative à l'évolution des missions des réseaux régionaux de cancérologie.

Bien que l'INCa bénéficie d'une expertise solide, d'une légitimité reconnue et d'un réseau étendu de partenaires dans le domaine de la santé, l'agence doit constamment gérer des tensions entre ses rôles de coordination, de régulation et d'exécution, ce qui peut nuire à l'efficacité de son action.

Un exemple concret de difficulté relevé par les ARS est celui de la production de référentiels organisationnels dans le champ des soins et de la santé publique. En effet, les ARS sont souvent sollicitées dans des délais contraints pour formuler leurs remarques sur les propositions de rédaction de l'INCa. Or, alors même que les calendriers de publication sont souvent revus, les ARS ne sont informées ni des changements de calendrier, ni de la prise en compte de leurs observations. Des réunions de présentation des référentiels nouvellement publiés permettraient d'améliorer la communication et le partage sur ce type de documents. De même, le lancement de l'appel d'offres sur l'expérimentation du cancer du poumon (cf. partie 3) a été réalisé sans concertation préalable avec les ARS.

L'absence de répartition claire des rôles entre l'INCa et les ARS a créé par exemple une confusion dans le cadre des échanges avec les sites expérimentateurs – Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) et Hospices Civils de Lyon (HCL). Le manque de clarté sur les financements attribués, notamment sur la part du FIR consacrée à cette expérimentation, a par ailleurs renforcé la perception d'une gestion centralisée de l'expérimentation par l'INCa.

### **1.2.5 La démocratie sanitaire : une préoccupation ancienne à l'INCa devenue coûteuse depuis la création du living lab**

L'association des patients aux missions de l'agence fait partie des objectifs attribués à l'INCa par l'Etat. En effet, l'objectif 18 relatif à la démocratie sanitaire du contrat d'objectifs et de performance signé pour la période 2021- 2025 invite l'INCa à « *toujours mieux prendre en compte la parole de nos concitoyens dans toutes les actions de l'Institut* ».

L'INCa s'est doté dès 2013 d'un comité associant les patients à la gouvernance, devenu comité de démocratie sanitaire (CDS) en 2023. Le CDS vise à associer les patients, les aidants et les associations qui les représentent à la gouvernance de l'INCa. Composée de 28 membres, cette instance de consultation permanente est placée auprès de la présidence de l'Institut. Les membres du comité participent à trois réunions plénières par an. Les sujets portés par le CDS sont extrêmement larges<sup>50</sup>. Cette instance fait l'objet d'informations régulières et descendantes de la part de la présidence de l'INCa sur les différents chantiers en cours. Des groupes de travail ont été mis en place pour permettre des travaux en comité restreint depuis 2023.

Le rôle du comité de démocratie sanitaire dans la gouvernance de l'INCa n'est pas d'infléchir les décisions prises ou de revoir les orientations de la stratégie décennale. Il est avant tout un lieu de transmission d'information par la direction de l'INCa.

En 2020, une consultation citoyenne a été engagée au moment de la rédaction de la stratégie décennale. 11 nouvelles actions ont été créées et 35 contributions ont permis de

---

<sup>50</sup> Parmi eux figurent notamment des questions relatives aux améliorations à apporter pour faciliter les inclusions dans les essais cliniques ou au lien entre cancer et environnement sous l'angle des actions locales pour réduire les expositions de la population.

compléter des actions figurant dans la stratégie décennale de lutte contre les cancers. Les citoyens ont ainsi pu commenter, amender et déposer de nouvelles propositions.

Plus récemment, en 2020, l'INCa s'est doté d'une structure d'intelligence collective dénommée *living lab* dont l'objectif est « *de s'assurer d'une plus grande prise en compte des préoccupations des patients dans la conduite des politiques conduites par l'INCa* ». Cet incubateur a été créé avec le soutien d'une équipe de consultants sélectionnée à l'issue d'une procédure de marché public. Il vise à offrir un nouvel espace d'échanges réunissant l'ensemble des parties prenantes, notamment les patients, les professionnels de santé, les industriels et les associations. Aucune lettre de mission ou accord formel n'a néanmoins été donné par la DGS ou la DGRI pour créer cette structure, qui paraît redondante avec des organismes similaires préexistants au niveau interministériel ou au sein du ministère de la santé.

Depuis sa création, 1,3 M€ ont été consacrés au financement du *living lab* de l'INCa. Ce budget a permis notamment de réaliser l'accompagnement d'appels à projets sur la télésurveillance en oncologie, d'animer une table ronde sur l'élaboration des PROMS et PREMS<sup>51</sup> et d'organiser des journées annuelles de l'Institut. Le champ d'action du *living lab* est vaste et son programme de travail, qui n'est pas formalisé de façon annuelle ou pluriannuelle, permet d'instruire des projets qui ne font pas partie des missions prioritaires de l'INCa.

Sans remettre en cause l'intérêt de ce type de structures, il ne semble pas pertinent que l'INCa en dispose d'une en son sein. L'agence pourrait recourir aux autres « *labs* » existant d'ores et déjà dans l'écosystème des agences sanitaires ou au sein du ministère de la santé<sup>52</sup>. Afin de poursuivre l'accompagnement de *start-up* dans le domaine de la télésurveillance, l'INCa pourra également s'appuyer sur l'incubateur mis en place par la Direction interministérielle pour la transformation publique (DITP).

Il est proposé de supprimer le *living lab* et de ne pas renouveler le marché d'accompagnement des projets sur la base des méthodes d'intelligence collective.

**Recommandation n° 2. (INCa) Supprimer le *living lab* et se rapprocher des structures existantes au niveau de la DITP ou au sein du ministère de la santé.**

---

<sup>51</sup> Les *Patient reported outcomes measures* (PROMS) et *Patient reported experience measures* (PREMS) sont des dispositifs d'évaluation des soins à partir de questionnaires remplis par les patients.

<sup>52</sup> Il existe un incubateur au sein du ministère de la santé mais également un accélérateur de projets pour les équipes de l'article 51 en charge des innovations en santé.

## **2 FACE AUX CONTRAINTES FINANCIERES, LA NÉCESSITÉ DE DÉGAGER DES MARGES DE GESTION**

Depuis 2023, l'INCa fait face à une dégradation de sa situation financière, pouvant altérer sa capacité à financer ses projets. La maîtrise des dépenses devient donc indispensable, notamment pour les dépenses de personnel et informatiques.

### **2.1 Une gestion qui laisse apparaître des marges de progrès**

Si l'INCa a su mettre en place une démarche de maîtrise des risques, sa gestion montre qu'il existe des marges d'efficacité, notamment en matière de dépenses de personnel et de dépenses informatiques, toutes deux en nette croissance.

#### **2.1.1 Une démarche de maîtrise des risques qui répond aux attentes**

Le contrôle conduit sur la gestion budgétaire et comptable de l'INCa a permis d'examiner le fonctionnement de l'ensemble des comités, dont celui en charge de l'audit. Il ressort du contrôle de la Cour que l'INCa a bien mis en place une démarche de maîtrise des risques conforme à la réglementation sur le contrôle interne budgétaire et comptable. Le fonctionnement du comité d'audit est conforme au décret du 22 avril 2022 sur le contrôle interne de l'État<sup>53</sup>. Par ailleurs, les comptes du GIP sont certifiés chaque année par un commissaire aux comptes.

De même, les vérifications sur la commande publique n'ont pas fait ressortir d'anomalies.

Hormis une prise en charge irrégulière de frais de taxis de certains personnels de l'INCa pour des raisons d'ordre circonstanciel, il n'est pas davantage relevé d'irrégularité quant aux dépenses de personnel.

Dans l'ensemble, il s'avère ainsi que l'INCa a mis en place une réelle démarche de maîtrise des risques financiers.

#### **2.1.2 Un contrat d'objectifs et de performance qui n'aborde que peu la recherche d'efficacité**

Conformément à la circulaire du Premier ministre du 26 mars 2010 relative au pilotage stratégique des opérateurs de l'État<sup>54</sup>, la tutelle sur l'INCa repose sur un contrat d'objectifs et de performance (COP) signé pour la période 2021-2025. Ce quatrième COP prend en compte

---

<sup>53</sup> Arrêté du 17 décembre 2015 relatif au cadre de référence des contrôles internes budgétaire et comptable, pris en application de l'article 215 du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique.

<sup>54</sup> Circulaire du Premier ministre n°5454/SG du 26 mars 2010 relative au pilotage stratégique des opérateurs de l'État.

les objectifs et les priorités fixés par la stratégie décennale de lutte contre les cancers prévue par la loi n° 2019-180 du 8 mars 2019 dans les quatre premiers axes du COP. L'axe 5 de ce document, consacré au renforcement de la performance et de l'efficacité de l'agence, est, quant à lui, peu détaillé.

Aucun indicateur chiffré relatif à l'amélioration de l'efficacité des fonctions supports n'y est ainsi défini. L'évaluation de la performance des fonctions ressources humaines, informatique, immobilière et financière par les tutelles est rendue difficile par l'absence d'objectifs, de jalons et de cibles permettant d'améliorer la performance de l'agence.

Le contrat d'objectifs actuellement en vigueur arrive à expiration en 2025. Lors de la conclusion du prochain COP, il conviendrait donc d'inclure des indicateurs plus détaillés, qui pourraient prendre en compte les recommandations en la matière du ministère des comptes publics (direction du budget)<sup>55</sup>.

**Recommandation n° 3. (DGS, DGRI, INCa) Inclure dans le prochain contrat d'objectifs et de performance (COP) des indicateurs permettant au GIP et aux ministères de tutelle un suivi de l'efficacité des fonctions support s'appuyant sur des indicateurs chiffrés.**

### 2.1.3 Des marges de manœuvre à rechercher dans les dépenses de personnel

#### 2.1.3.1 L'absence de saturation du plafond d'emplois

L'INCa dispose d'effectifs permanents soumis au plafond d'emploi réglementaire<sup>56</sup> et de personnels hors plafond.

En tant qu'opérateur de l'État, le plafond d'emplois de l'INCa doit s'inscrire dans le plafond global fixé chaque année en loi de finances<sup>57</sup> ainsi que dans les orientations définies en loi de programmation des finances publiques : d'une part, un objectif général (pour l'État et l'ensemble des opérateurs) de stabilité en ETPT entre 2023 et 2027, d'autre part un objectif global de décroissance d'un exercice sur l'autre<sup>58</sup>.

Le total des autorisations d'emplois (sous plafond et hors plafond) était de 161 ETPT en 2024, contre 146 en 2019.

En termes de réalisation, le nombre d'ETPT mobilisés par l'INCa, en faisant masse des effectifs sous plafond et hors plafond, est remonté à 154 en 2024, après une phase de diminution

---

<sup>55</sup> Le guide méthodologique rédigé par la direction du budget sur le contenu des COP donne des exemples d'indicateurs sur les fonctions supports p.7.

<sup>56</sup> Article 178 du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique.

<sup>57</sup> Par exemple, [l'article 173](#) de la LFI 2024 a fixé ce plafond à 404 930 ETPT, répartis entre missions et programmes. En relèvent les emplois permanents, à la différence des emplois à durée limitée, issus d'un contrat ou d'une convention passée avec un financeur, financés intégralement par des ressources propres, et résultant d'un appel d'offre ou d'un appel à projet dans le cadre de ressources propres d'origine publique, qui sont hors plafond (source : direction du budget, guide de décompte des emplois des opérateurs de l'État).

<sup>58</sup> Loi n° 2023-1195 du 18 décembre 2023 de programmation des finances publiques pour les années 2023 à 2027, articles 11 et 12.

entre 2019 et 2021. Les effectifs employés sont restés inférieurs aux autorisations d'emplois (sous et hors plafond) sauf en 2019. Les ETPT sous plafond de l'INCa ont légèrement décliné entre 2019 et 2024, alors que les ETPT hors plafond ont plus que doublé entre 2019 et 2024.

**Tableau n° 2 : Niveau du plafond d'emplois et emplois réalisés en ETPT**

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
<i>Autorisations d'emplois sous plafond</i>	135	134	131	131	125	131
<i>Autorisations d'emplois hors plafond</i>	11	15	20	30	30	30
<b>Total autorisations</b>	<b>146</b>	<b>149</b>	<b>151</b>	<b>161</b>	<b>155</b>	<b>161</b>
<i>ETPT réalisés sous plafond</i>	137	134	130	127	129	131
<i>ETPT réalisés hors plafond</i>	11	10	11	18	24	23
<b>Total ETPT réalisés</b>	<b>148</b>	<b>144</b>	<b>141</b>	<b>145</b>	<b>153</b>	<b>154</b>

Source : INCa

La sous-exécution récurrente du plafond d'emplois est susceptible de conduire à une révision de son niveau, conformément au II de l'article 12 de la loi de programmation des finances publiques pour la période 2023 à 2027<sup>59</sup>. De fait, ce mécanisme n'a pas concerné l'INCa entre 2021 et 2024, son plafond d'emplois ayant été reconduit malgré le défaut de saturation.

Selon l'agence, cette sous-exécution du plafond d'emplois s'explique par l'insuffisante attractivité des emplois à pourvoir, qui serait liée notamment aux rémunérations proposées.

Pour autant, il ressort des documents budgétaires et comptables que des mesures individuelles sont appliquées chaque année, ce qui contribue à ce que les charges de personnel de l'INCa soient plus élevées que dans d'autres agences sanitaires. Ces mesures individuelles ont pu être financées grâce à l'absence de saturation du plafond d'emplois ce qui a permis de disposer d'une enveloppe de dépenses de personnel calibrée pour un effectif plus important. En d'autres termes, la réduction du plafond d'emplois conformément à l'article 12 mentionné plus haut aurait été de nature à diminuer mécaniquement l'enveloppe des dépenses de personnel et n'aurait pas permis de financer les mesures individuelles adoptées entre 2019 et 2023.

<sup>59</sup> [Loi n° 2023-1195 du 18 décembre 2023 de programmation des finances publiques pour les années 2023 à 2027](#). Cet article prévoit que « le plafond des autorisations d'emplois des opérateurs de l'Etat prévu en loi de finances de l'année, spécialisé par mission, ne peut excéder de plus de 5 % en 2024, de 4 % en 2025 et 2026 et de 3 % en 2027 la consommation d'emplois constatée dans la dernière loi relative aux résultats de la gestion et portant approbation des comptes de l'année, corrigée de l'incidence des schémas d'emplois, des mesures de transfert et des mesures de périmètre intervenus ou prévus ».

Tableau n° 3 : Dépenses de personnel – mesures nouvelles

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
<i>Montant des mesures nouvelles</i>	141 000 €	135 000 €	143 000 €	145 000 €	150 000 €	161 000 €
<i>Total des dépenses de personnel</i>	12,9 M€	13,6 M€	13,5 M€	13,4 M€	14,4 M€	15,2 M€

Source : Cour des comptes sur la base des comptes financiers de l'INCa

Une campagne annuelle d'avancement a été mise en place à l'INCa depuis sa création et permet de valoriser les résultats professionnels des salariés. Cette procédure a été systématiquement mise en œuvre après information du contrôleur budgétaire et comptable ministériel et de la direction du budget.

En 2023, 33 agents ont bénéficié d'une augmentation individuelle dont le coût brut moyen était de 1 911 € et 45 ont reçu une prime d'un montant moyen de 1 692 €. Par ailleurs, en termes d'augmentation générale catégorielle<sup>60</sup> :

- les salariés percevant une rémunération brute annuelle comprise entre 30 001 € et 35 000 €, ont bénéficié d'une hausse d'un montant annuel brut de 380 €, ce qui correspond à une évolution comprise entre 1,11 % et 1,21 % du salaire annuel ;
- les salariés percevant une rémunération brute annuelle comprise entre 35 001 € et 45 000 € ont bénéficié d'une hausse d'un montant annuel brut de 290 €, ce qui correspond à une évolution comprise entre 0,65 % et 0,81 % du salaire annuel ;
- les salariés percevant une rémunération annuelle comprise entre 45 000 € et 96 000 € (borne supérieure) ont bénéficié d'une hausse d'un montant annuel brut de 240 €, ce qui correspond à une évolution comprise entre 0,25 % et 0,53 % de leur salaire annuel.

Enfin, en 2023, la rémunération brute moyenne versée par l'INCa s'établit à 97 000 €, un niveau supérieur à celui des principales agences sanitaires et organismes sous tutelle du ministère de la santé, où cette moyenne atteint 88 500 €. Elle dépasse également de plus de 7 % celle constatée à l'Agence Nationale pour la Sécurité du médicament (ANSM), qui recrute pourtant des profils médicaux, mais où la rémunération moyenne s'élève à 90 000 €.

Cette moyenne de rémunération relativement élevée s'explique notamment, selon l'INCa, par le recrutement de professionnels de santé dont la spécialité et le domaine d'expertise le justifient.

---

<sup>60</sup> Les éléments présentés dans les trois tirets ci-dessous sont issus du rapport NAO de l'INCa pour 2024.

### 2.1.3.2 Une agence disposant de fonctions supports<sup>61</sup> étoffées principalement composées de cadres

Au vu des documents budgétaires, plus de 20 % des dépenses de personnel sont imputables aux métiers relatifs à la gestion des ressources humaines, à la paie, aux services achats, marchés et informatiques.

Ce ratio est en augmentation, passant de 23 % à 26 % des dépenses de personnel entre 2019 et 2024. L'existence de contrats de droit public et droit privé parmi les salariés de l'INCa explique notamment le besoin de salariés qualifiés au sein du département des ressources humaines pour gérer la dualité et les spécificités de ces contrats. Pour autant, la mutualisation des fonctions supports des agences permettrait d'éviter les effets de structure constatés au sein de l'INCa (cf. supra).

**Tableau n° 4 : Évolution des dépenses de personnel liés aux fonctions support (en M€)**

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
<i>Dépenses de personnel liés aux fonctions support</i>	3,2	3,4	3,5	3,4	3,9	4,0
<i>Dépenses totales de personnel</i>	12,9	13,6	13,5	13,4	14,4	15,2
<i>Proportion de dépenses consacrées aux fonctions support</i>	24,5 %	24,8, %	26,0 %	25,4 %	27,2 %	26,4 %

Source : Cour des comptes sur la base des comptes financiers de l'INCa

Par ailleurs, la majorité des salariés de l'INCa est constituée de cadres. L'organigramme de l'INCa s'appuie sur 5 directions, 2 pôles et 14 départements. Les trois quarts des ETP sont des postes de direction. Toutefois, ces postes de cadres ne sont pas nécessairement associés à des équipes. En 2023, 140 agents sont cadres et seulement 13 ont le statut d'employés. Sur les 140 cadres, seulement 28 exercent effectivement des fonctions managériales.

Les attachés de direction ont également un statut de cadres leur permettant de justifier de la fourchette haute des rémunérations.

<sup>61</sup> Les dépenses de personnel des fonctions support sont définies dans les tableaux budgétaires de l'INCa comme celles relatives aux missions d'appui au métier et au pilotage, à l'inverse des dépenses relevant des missions figurant à l'article L. 1415 du code de la santé publique (détails en annexe 3).

La prépondérance de postes de catégorie A n'est pas surprenante pour une agence d'expertise sanitaire. Il conviendrait néanmoins de mieux préciser les fonctions exercées par chacun des cadres de l'agence afin de justifier le niveau de rémunération associé à ce statut. Le rapport annuel sur la négociation annuelle obligatoire n'est pas suffisamment détaillé et fournit uniquement des données quantitatives. Aucune appréciation n'est fournie sur les catégories d'emplois de l'INCa.

**Tableau n° 5 : Répartition des cadres et non cadres depuis 2019 (en effectifs réels)**

<i>Effectifs présents au 31.12</i>	2019	2020	2021	2022	2023
<i>Cadres</i>	133	132	129	136	140
<i>Non-cadres</i>	18	15	14	14	13

Source : Données INCa sur la base des rapports NAO 2020 à 2024

#### 2.1.4 Des améliorations nécessaires dans la gestion du système d'information

L'INCa dispose d'une direction des systèmes d'information (DSI) composée d'un directeur, de quatre agents, chacun responsable d'un domaine d'action<sup>62</sup> et d'une assistante.

##### 2.1.4.1 Des dépenses qui ont fortement augmenté, principalement en vue de la création de la plateforme de données en cancérologie

Les dépenses de l'INCa consacrées aux systèmes d'information ont connu une évolution marquée, passant de 1,4 M€ en 2019 à un peu moins de 4,9 M€ en 2023, soit une progression de 250 % sur la période. Comme évoqué plus haut, cet accroissement de l'effort budgétaire de l'INCa consacré à des systèmes d'information a pris la forme de prestations informatiques.

La constitution de la plateforme de données en cancérologie (PDC) a constitué le principal facteur d'augmentation de l'ensemble des dépenses informatiques de l'INCa et ceci sur un laps de temps réduit : entre 2021 et 2023, ces dépenses sont en effet passées d'un peu plus de 250 000 € à un peu plus de 1,9 M€ et représentent plus de 60 % de l'accroissement des dépenses consacrées aux systèmes d'information.

A ce jour, la sécurité du système d'information de l'INCa n'a pas été auditée par l'Agence nationale de sécurité des systèmes d'information (ANSSI) et l'INCa n'a pas été sujette à un contrôle de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). L'INCa n'a pas, non plus, atteint l'objectif de conformité à la politique de sécurité des systèmes

<sup>62</sup> Il s'agit respectivement du support informatique, de la sécurisation du système d'information, du suivi de l'ensemble des sujets de tierce maintenance applicative et, enfin, de la plateforme des données de cancérologie.

d'information de l'État de 90 % en 2023<sup>63</sup>, son score s'étant élevé à 75 %. L'INCa explique cet écart à l'objectif par le fait que la documentation et le contrôle des différentes mesures de sécurité prévues impliquent une « *charge très conséquente, qu'il n'est pas toujours possible d'investir* ».

#### 2.1.4.2 Une absence de formalisation de documents stratégiques

Malgré son importance pour l'INCa, le système d'information connaît encore des faiblesses en termes de gouvernance.

Au regard du référentiel COBIT<sup>64</sup>, une des conditions du bon fonctionnement d'un système d'information tient à l'existence d'un ensemble de documents permettant de formaliser les règles et procédures à suivre par l'ensemble des intervenants : schéma directeur des systèmes d'information (SDSI), cartographie des systèmes d'information ou encore carte des risques informatiques.

Le SDSI est un document qui structure la vision à moyen terme de la stratégie à mener. Son élaboration se base sur une identification des problématiques du SI. Il permet de diffuser les grands axes de développement du SI au sein d'un organisme donné. Il est voué à être mis à jour annuellement et revu dans son intégralité tous les trois à cinq ans.

En outre, la circulaire du Premier ministre n°5725/SG du 17 juillet 2014 prévoit que tout organisme public gérant un système d'information doit se doter d'une politique de sécurité des systèmes d'information (PSSI). Approuvé par la direction, ce document doit être diffusé et communiqué aux collaborateurs et aux tiers concernés. Il doit permettre d'appréhender au mieux les risques liés au système d'information inhérents au cœur de métier de l'organisme (plateforme collaborative, système applicatif de gestion financière, etc.), tout en assurant un suivi des évolutions liées aux risques cyber.

Vingt ans après la création de l'INCa, la formalisation de ces documents clés est encore incomplète. Tel est le cas des documents stratégiques, comme le SDSI ou le plan de continuité d'activité (PCA) prescrit dans le cadre de la politique de sécurité du système d'information de l'Etat. Notamment, l'absence de SDSI contraste avec l'accroissement des efforts budgétaires de l'INCa en faveur des systèmes d'information au cours des dernières années.

Un palliatif à l'absence de SDSI a consisté, pour l'exercice 2024, en l'établissement d'une feuille de route des projets numériques, après recensement des projets de l'ensemble des départements qui nécessitent une implication des équipes SI, et décision quant aux projets à retenir en comité de pilotage. Le resserrement du contexte budgétaire à compter de 2025 accentue l'importance pour l'INCa de disposer d'un SDSI, de manière à formaliser ses priorités numériques dans une perspective pluriannuelle.

---

<sup>63</sup> Comme l'a précisé l'INCa au cours de l'enquête de la Cour, cette politique se traduit par un total de 197 mesures de sécurité, chacune d'entre elles étant assortie d'un indicateur à respecter. Pour chacun de ces 197 indicateurs, il est attribué une note allant de 0 à 3 : 0 lorsque la mesure n'est pas appliquée, 1 lorsqu'elle est appliquée mais non documentée ou appliquée seulement en partie, 2 lorsqu'elle est appliquée et documentée ; et 3 lorsqu'elle est, en sus, contrôlée ou alors quand elle est non applicable. Le taux de conformité se calcule de la façon suivante : Taux = Somme des notes obtenue / 3 \* le nb d'indicateurs

<sup>64</sup> Le *Control Objectives for Information and Related Technologies* est un cadre de gouvernance et de gestion de l'information, publié par ISACA (*Information Systems Audit and Control Association*). Ce référentiel d'audit expose les principes et pratiques, des outils et des modèles pour aider à la gestion efficace des informations et des technologies associées.

Il convient donc que l'INCa remédie à cette situation en se dotant d'un SDSI et en formalisant et testant le PCA. L'adoption du schéma directeur pourrait ainsi utilement intervenir à la suite de la signature du COP en 2025.

**Recommandation n° 4. (INCa) Doter l'INCa d'un schéma directeur des systèmes d'information.**

**Recommandation n° 5. (INCa) Formaliser et tester le plan de continuité de l'activité.**

#### 2.1.4.3 Un hébergement des données de la plateforme des données en cancérologie à sécuriser davantage

Dans le cas particulier de la PDC, l'INCa a conclu un contrat d'hébergement avec la société OVH, de manière à disposer de serveurs certifiés HDS<sup>65</sup> pour y stocker les données de la plateforme des données en cancérologie. Ceci lui offre ainsi une capacité de stockage et de i-traitement flexible et sécurisée.

En contrepartie, cette modalité d'hébergement impose à l'INCa de prévoir et d'assurer la réversibilité<sup>66</sup> des données et services, une clause essentielle présente dans le contrat. La réversibilité permet en effet à l'INCa de récupérer l'ensemble des données et applications hébergées chez son prestataire afin de les transférer vers une autre plateforme ou de les rapatrier en interne, sans perte de données ni interruption prolongée des services.

Au cas d'espèce, le contrat d'hébergement prévoit que l'INCa doit veiller à la réversibilité, sous la forme de plans de sauvegarde et de tests de récupération des données. L'INCa a confié ces tâches à un autre prestataire, titulaire du marché d'infogérance<sup>67</sup>, chargé de la gestion au quotidien des services hébergés et de la relation avec OVH. Faute pour l'INCa d'avoir communiqué à la Cour les éléments justifiant que ces sauvegardes ont bien été effectuées par le prestataire, il demeure une incertitude quant à l'effectivité de ces mesures et donc quant à la portée des garanties dont dispose l'INCa en termes de réversibilité.

---

<sup>65</sup> HDS (Hébergeur de données de santé) : c'est une infrastructure informatique spécialement conçue et certifiée pour stocker et gérer des données de santé à caractère personnel de manière sécurisée et confidentielle. Cette certification garantit que les données médicales sensibles, telles que les dossiers patients, les résultats d'examen et les ordonnances, sont protégées selon les normes les plus strictes. La certification HDS est délivrée par des organismes certificateurs indépendants accrédités par le COFRAC (Comité Français d'Accréditation).

<sup>66</sup> Réversibilité : la réversibilité informatique est la capacité d'un client ayant externalisé son exploitation informatique à récupérer ses données et à transférer son système d'information à la fin d'un contrat avec un prestataire de services. Ce concept est crucial dans les contrats informatiques, notamment pour l'infogérance, l'hébergement et d'autres services externalisés.

<sup>67</sup> Infogérance : c'est la délégation de la gestion, l'exploitation, l'optimisation et la sécurisation du système informatique d'une entreprise à un prestataire extérieur. Ce concept permet aux sociétés de se concentrer sur leur cœur de métier tout en bénéficiant d'un service informatique performant.

## **2.2 Une situation budgétaire qui a été confortable mais qui est désormais sous tension**

Jusqu'en 2022, l'INCa a pu accumuler des excédents budgétaires en dépit d'une accélération des dépenses d'intervention et de l'augmentation des dépenses de fonctionnement (hors masse salariale). Il en va autrement depuis 2023, année marquée par un déficit de plus de 30 M€. Pour 2024, le déficit d'exécution est de l'ordre de 3 M€ et le budget initial pour 2025, adopté en décembre 2024 dans un contexte de transition<sup>68</sup>, dans l'attente de l'adoption de la loi de finances pour 2025, tablait sur un déficit prévisionnel de 10,3 M€.

Un budget rectificatif, adopté en juin 2025 consécutivement à l'adoption de la loi de finances pour 2025, a prévu un déficit à un niveau un peu inférieur (9,3 M€), mais qui aura tout de même pour effet de réduire le niveau de trésorerie dont dispose l'INCa pour assurer son fonctionnement et remplir ses missions.

### **2.2.1 Des dépenses en essor sous l'effet de la stratégie décennale, des recettes qui ont augmenté mais dont l'évolution à venir est plus incertaine**

#### **2.2.1.1 Le poids prépondérant des dépenses d'intervention**

Sur le plan de la comptabilité générale, les charges sont passées de 87,5 M€ à 148,1 M€, soit une augmentation de plus de 69 % entre 2019 et 2023.

Cette augmentation des charges tient en grande partie aux dépenses d'intervention, c'est-à-dire aux subventions versées aux tiers<sup>69</sup> (près de 102,9 M€ en 2023, soit une augmentation de 44,7 M€ depuis 2019). Les subventions, qui correspondent en majeure partie à des financements de la recherche en oncologie dans le cadre d'appels à projet lancés par l'INCa en vue de son soutien à la recherche représentent de manière constante la plus grande partie de ses charges : un peu plus 66 % d'entre elles en 2019 et un peu plus de 69 % en 2023.

Affectées à des projets de recherche dont la réalisation intervient sur plusieurs années, elles donnent lieu à des paiements d'acomptes ainsi qu'à des restes à payer (cf. infra).

L'importance de ces flux financiers dans le budget de l'INCa a pour conséquence que cet opérateur constitue principalement, au moins sur le plan budgétaire, une agence de financement, à la différence des autres agences sanitaires.

Les dépenses d'intervention de l'INCa ont connu ces dernières années une dynamique importante pour mettre en œuvre la stratégie décennale, ceci dans le contexte de la trajectoire

---

<sup>68</sup> Organisé par la loi n° 2024-1188 du 20 décembre 2024 spéciale prévue par l'article 45 de la loi organique du 1<sup>er</sup> août 2001 relative aux lois de finances et le décret n° 2024-1253 du 30 décembre 2024 portant répartition des crédits relatifs aux services votés pour 2025.

<sup>69</sup> Compte 657.

budgétaire ascendante ouverte par la loi de programmation pour la recherche<sup>70</sup>. L'exercice 2025 s'annonce néanmoins en rupture, compte tenu d'une augmentation des concours financiers du ministère de la recherche moins marquée que celle qui était projetée au titre de la première phase de la stratégie décennale.

### 2.2.1.2 Des dépenses de fonctionnement hors intervention en augmentation

Au sens de la comptabilité générale, les dépenses autres que d'intervention ont augmenté de 15,8 M€ entre 2019 et 2023 :

- dépenses de communications et d'information<sup>71</sup>, passées de 4,8 M€ à 13,4 M€, soit 8,6 M€ d'augmentation : ces évolutions correspondent à des campagnes de prévention sous différents moyens, sous la forme notamment de campagnes publicitaires audiovisuelles<sup>72</sup> ;
- « prestations à caractère médical »<sup>73</sup>, passées de 2,3 M€ à 5,2 M€, soit +2,9 M€ ; malgré le libellé du compte d'imputation de ces dépenses, il s'agit principalement de prestations informatiques (par exemple facturations payées au titre de l'infogérance, prestations d'assistance à maîtrise d'ouvrage) ;
- dépenses de location<sup>74</sup>, passées de 2,1 M€ à 3,4 M€, soit 1,3 M€ d'augmentation ; cela inclut, outre le bail au titre de la location du site de Boulogne accueillant l'INCa, la location de logiciels en mode SAAS (*Software As A Service*) et la location des serveurs à la société OVH (via l'UGAP) en vue de la gestion de la PDC ;
- prestations diverses<sup>75</sup>, passées de 0,6 à 1,1 M€ : il s'agit principalement de dépenses de séminaires et de colloques ;
- dépenses de personnel<sup>76</sup> : 12,7 M€ en 2023 contre 11,7 M€ en 2019, l'augmentation au cours de la période procédant principalement de dépenses de rémunération ;
- études et recherches<sup>77</sup>, passées de 0,7 M€ à 1,1 M€ dans le contexte de la préparation de la stratégie décennale : il s'agit principalement de recherches sur l'image qu'a le public sur telle ou telle forme de cancer.

Au cours de la période 2019 à 2023, les dépenses de fonctionnement – hors celles d'intervention – ont donc crû sous l'effet de la préparation et la mise en œuvre de la stratégie décennale et d'un supplément de budget consacré au système d'information de l'INCa.

---

<sup>70</sup> [Loi n° 2020-1674 du 24 décembre 2020 de programmation de la recherche pour les années 2021 à 2030 et portant diverses dispositions relatives à la recherche et à l'enseignement supérieur.](#)

<sup>71</sup> Compte 623.

<sup>72</sup> Dans le cadre d'un marché commun avec SpF, avec Aegis media.

<sup>73</sup> Compte 628.

<sup>74</sup> Compte 613.

<sup>75</sup> Compte 618.

<sup>76</sup> Compte 64 en comptabilité générale.

<sup>77</sup> Compte 617.

S'agissant des dépenses relatives aux relations publiques, elles ont été presque multipliées par trois en moins de quatre ans. Le département communication de l'INCa – dont les effectifs sont composés de 18,8 ETP – représente 12 % des effectifs totaux de l'agence. Ses missions s'articulent notamment autour des campagnes de prévention (cf. partie 3) mais ont également pour objectif de développer la « marque employeur » de l'INCa, ce dernier volet n'apparaissant pas central dans le domaine de la lutte contre le cancer.

Plus largement, il conviendrait donc que l'INCa réduise le périmètre de ses dépenses de communication, de manière à éviter les redondances avec les campagnes organisées par le ministère de la santé – DICOM – (par exemple en matière de dépistage) mais également par la CNAM ou Santé Publique France (cf. infra)<sup>78</sup>.

### 2.2.1.3 Des concours financiers de l'État qui ont été accrus depuis 2021, mais dont l'évolution devient plus incertaine

Les ressources budgétaires de l'INCa se composent quasiment exclusivement de concours publics.

En premier lieu, et compte tenu de son statut d'opérateur de l'État, l'INCa perçoit des subventions pour charges de service public, dont globalement 60 % en provenance du ministère de la recherche<sup>79</sup> et 40 % du ministère de la santé<sup>80</sup>.

Du côté du ministère de la recherche, une importante augmentation de la dotation allouée à l'INCa est intervenue en 2021 : celle-ci est en effet passée de 38 à 68 M€ dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie décennale, l'objectif initial étant que le financement budgétaire augmente graduellement jusqu'à 78 M€ d'ici 2025. Le financement de l'INCa par ce ministère, dans la mesure où il s'inscrit dans la mise en œuvre de la loi de programmation sur la recherche, a été préservé des mesures de régulation budgétaires. Ces financements ont continué à progresser jusqu'en 2025, mais sans pour autant atteindre le niveau de 78 M€ initialement prévu.

S'agissant des financements du ministère de la santé, leur montant a, en revanche, été sujet à variabilité. Comme le retrace la Cour dans ses rapports annuels consacrés au budget de l'État, une partie de la dotation initiale de 2022 (9,5 M€ sur 39,1 M€) n'avait ainsi pas été versée<sup>81</sup>, compte tenu du niveau élevé de trésorerie de l'Institut. Le montant de ce financement est en baisse depuis 2023 : fixé alors à 38,3 M€, il serait de 30,6 M€ en 2025 selon le budget rectificatif de juin 2025.

---

<sup>78</sup> Voir paragraphe 3.2. « Un rôle de l'INCA en matière de prévention partagé avec plusieurs acteurs mais sans coordination suffisante ».

<sup>79</sup> Programme 172 « *Recherches scientifiques et technologiques pluridisciplinaires* » ; cette subvention est allouée par le truchement de l'Agence nationale de la recherche (ANR).

<sup>80</sup> Programme 204 « *Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins* ».

<sup>81</sup> Source : Cour des comptes, « [Le budget de l'État en 2023 \(résultats et gestion\) - Mission « Santé » du budget général de l'État](#) », 2024.

Tableau n° 6 : Évolution des concours financiers de l'État à l'INCa (en M€)

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
	Réalisé	Réalisé	Réalisé	Réalisé	Réalisé	Réalisé	Prévu
<i>Ministère de la recherche (1)</i>	38,0	38,0	62,0	62,0	62,0	68,0	71,2
<i>Ministère de la santé (2)</i>	41,1	39,8	39,1	31,3	38,3	31,8	30,6
Subvention pour charges de service public (1)+(2)	79,1	77,8	101,1	93,3	100,3	99,8	101,8
<i>Recettes fléchées</i>	19,5	10,5	13,6	30,6	9,2	12,0	10,2

Source : INCa

Bien qu'ayant augmenté jusqu'en 2024, la subvention pour charges de service public du programme 172 ne couvre pas les dépenses de l'enveloppe d'intervention, dont il a été vu plus haut qu'elles sont consacrées au financement de la recherche en oncologie. Outre le fait que ces dépenses ont vocation à être couvertes partiellement par les recettes fléchées et les contributions des membres du GIP autres que l'État, cette différence traduit l'attente à l'égard de l'INCa qu'il finance sur sa trésorerie une partie (56,6 M€) des mesures nouvelles de la stratégie décennale (*cf. supra*).

La dégradation du contexte budgétaire se traduit toutefois par une sollicitation de la trésorerie de l'INCa supérieure à ce qui avait été convenu lors de la programmation de la première phase de la stratégie décennale.

Le budget initial pour 2025 avait prévu un maintien des subventions pour charge de service public, y compris celle au titre du programme 172. Finalement, il résulte du budget rectificatif de juin 2025 que ce concours financier serait porté à 71,2 M€, marquant ainsi une augmentation par rapport à celui de 2024, quoique dans une moindre mesure que ce qui était prévu pour la première étape de la stratégie décennale<sup>82</sup>.

Outre les subventions pour charges de service public, l'INCa est attributaire de recettes fléchées, affectées à la réalisation d'opérations bien définies, telles que, aujourd'hui, la recherche relative aux cancers pédiatriques<sup>83</sup>, les actions de prévention contre les addictions à des substances exposant à un risque de cancer (de la part du fonds de lutte contre les addictions

<sup>82</sup> Le rapport de présentation du budget initial pour 2025 indique que la trajectoire définie pour la première étape de la stratégie décennale (2021 à 2025) avait prévu que la subvention imputée sur le programme 172 soit portée graduellement à 78 M€.

<sup>83</sup> Financement résultant d'amendements parlementaires aux projets de loi de finances de 2017 puis de 2022. Ces amendements ont consisté, au sein de la MIREs, à abonder l'action relative aux « *Recherches scientifiques et technologiques pluridisciplinaires* » et contrepartie d'une diminution des moyens prévus pour la recherche spatiale.

– FLCA<sup>84</sup> – géré par la CNAM<sup>85</sup>), ainsi que la constitution de la plateforme des données de cancérologie.

**Tableau n° 7 : Recettes fléchées perçues par l'INCa (en M€)**

	2019	2020	2021	2022	2023
<i>Ministère la recherche (recherche en oncologie pédiatrique)</i>	5,0	5,0	5,0	21,5	5,0
<i>CNAM (fonds de lutte contre les addictions)</i>	10,5	5,5	8,0	6,7	2,0
<i>BPI France et industriels (financement PDC)</i>		-	0,6	2,4	2,2
<i>INSERM (appel à projets pré-néoplasie)</i>	4,0	-	-	-	-

Source : INCa (rapports de gestion)

Dans ces conditions, l'année 2025, qui sera marquée à la fois par l'identification des priorités pour la seconde étape de la stratégie décennale et par la conclusion d'un nouveau COP, devrait constituer l'occasion de redéfinir les perspectives budgétaires de l'INCa. Cette projection financière importe d'autant plus qu'à la différence de ce qui prévalait au début de la mise en œuvre de la stratégie décennale, le contexte d'évolution des concours publics destinés à l'INCa est désormais resserré.

**Recommandation n° 6. (DGS, DGRI, INCa) À l'occasion de la définition des priorités de la seconde étape de la stratégie décennale et de la conclusion du prochain COP, déterminer les perspectives budgétaires pluriannuelles de l'INCa.**

<sup>84</sup> Prévu par [l'article L 221-1-4 du code de la sécurité sociale](#), ce fonds a pour objet de financer des actions de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives, ainsi que leurs évaluations, la liste des actions et des organismes ainsi financés étant définie par arrêté ministériel. Comme le précise l'article D 221-36, l'INCa fait partie des organismes susceptibles de percevoir des financements de ce fonds au titre de ses actions dans ce domaine. Par ailleurs, ces attributions donnent lieu à conclusion d'une convention financière entre la CNAM et l'organisme bénéficiaire (article D 221-40).

<sup>85</sup> Les financements obtenus servent notamment, depuis le début de l'année 2024, au financement d'une chaire de recherche en sciences humaines et sociales et en santé publique au sein de l'INSERM, consacrée à l'étude des inégalités sociales face au tabagisme et des enseignements à en tirer en matière de politiques publiques.

## 2.2.2 Un niveau de trésorerie qui a fortement augmenté avant d'entamer une réduction

En termes comptables et financiers, il existe une seule trésorerie dont l'évolution découle des flux d'encaissements et de décaissements effectués par l'agent comptable du GIP. Toutefois, sur le plan de la gestion de l'opérateur, il est opéré deux distinctions :

- une distinction entre la trésorerie résultant des opérations non budgétaires et celle résultant des opérations budgétaires ; en 2024, cette distinction est devenue importante en termes de gestion, compte tenu de la gestion par l'INCa d'un projet de l'Union européenne dénommé EU Net-CCC ;
- parmi les flux liés aux opérations budgétaires, une distinction entre une trésorerie dite fléchée, car apportée par des partenaires de l'INCa et correspondant aux opérations citées *supra* (actions financées par la CNAM dans le cadre du fonds de lutte contre les addictions, financements apportés par les industries pharmaceutiques au *Health data hub* et financements du ministère de la recherche axée sur les cancers pédiatriques) et une trésorerie non fléchée, qui appartient en propre à l'INCa en vue du financement de l'ensemble de ses autres activités (notamment les dépenses suscitées par son fonctionnement courant et les subventions apportées aux projets de recherche pour autant qu'ils ne sont pas concernés par les recettes fléchées).

L'INCa a constitué jusqu'en 2023 un niveau de trésorerie important et croissant (57,6 M€ début 2023, contre 13,8 M€ au début de l'exercice 2019), du fait de l'accumulation de résultats positifs<sup>86</sup>. Sous cet effet, les deux composantes de la trésorerie ont augmenté.

En 2023, cette tendance a été inversée : sous l'effet d'une baisse des recettes fléchées et d'une stabilisation des subventions pour charges de service public alors que les dépenses augmentaient, l'INCa a connu un résultat négatif (de l'ordre de 33 M€), ponctionnant d'autant son niveau de trésorerie (24,9 M€ fin 2023).

Selon les informations communiquées au conseil d'administration de l'INCa en juin 2025, si le montant global de trésorerie était remonté à 44,1 M€ en fin d'exercice 2024, cette hausse ne correspond néanmoins pas à une amélioration de l'équilibre financier structurel de l'INCa puisqu'elle procède principalement d'une importante opération pour compte de tiers, à savoir un projet de l'Union Européenne dénommé EU Net CCC, dont la gestion a été confiée à l'INCa en 2024 et portant sur un montant de 23,9 M€. Cette partie de la trésorerie n'est donc pas susceptible d'être affectée au financement du fonctionnement courant de l'INCa ni à la couverture des dépenses correspondant à l'exercice de ses missions permanentes.

En tenant compte du niveau de trésorerie réellement disponible pour l'INCa (la trésorerie non fléchée), celui-ci est en voie de réduction : alors qu'il était encore de 39,2 M€ en 2022, il était devenu négatif à hauteur de 3,2 M€ en fin d'exercice 2024 et le serait à hauteur de 9,5 M€ en fin 2025<sup>87</sup>. Cette évolution signifie que l'INCa est de plus en plus contraint d'utiliser

---

<sup>86</sup> En application de l'article 205 du [décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique](#), applicable à l'INCa, la comptabilité budgétaire est une comptabilité de caisse. De la sorte, le résultat budgétaire correspond, par construction, à une différence entre les encaissements de recettes et les dépenses décaissées et, donc à une évolution de la trésorerie de l'organisme, sachant que celle-ci évolue aussi sous l'effet de flux non budgétaires.

<sup>87</sup> Source : note de présentation au conseil d'administration de l'INCa du budget rectificatif de 2025 (juin 2025).

les ressources issues de la trésorerie fléchée ou de l'opération pour compte de tiers afin d'honorer ses engagements, de sorte que la soutenabilité de sa gestion se fragilise.

**Tableau n° 8 : Evolution de la trésorerie et des flux budgétaires (en M€)**

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
<i>Trésorerie ouverture (1)</i>	13,8	33,4	36,9	47,9	57,6	24,9
<i>Recettes encaissées (2)</i>	104,7	94,5	119,6	129,3	114,2	122,9
<i>Dépenses décaissées (3)</i>	85,4	90,9	108,5	120,2	147,4	128,1
<i>Solde budgétaire (4)=(2)-(3)</i>	19,3	3,6	11,1	9,1	-33,2	-5,2
<i>Variations non budgétaires (5)</i>	0,3	-0,2	-0,1	0,5	0,5	24,4
<i>Trésorerie clôture<sup>88</sup> (6)=(1)+(4)+(5)</i>	33,4	36,8	47,9	57,6	24,9	44,1
<i>- dont fléchée<sup>89</sup></i>	13,6	15,5	17,3	18,4	24,3	47,2
<i>- dont non fléchée</i>	19,8	21,3	30,6	39,2	0,6	-3,2

Source : Cour des comptes, d'après INCa (rapports de gestion 2021 à 2023) ; prévisions de décembre 2024 de INCa (pour les exercices 2024 et 2025)

Au-delà des mesures d'équilibrage adoptées à court terme, et compte tenu de l'évolution nécessairement plus incertaine des concours budgétaires de l'Etat lors des prochaines années, l'INCa va ainsi être contraint de réviser ses processus de dépenses, voire le champ de ses missions face à ce nouveau contexte.

### **3 DES MODALITÉS D'ACCOMPLISSEMENT DES MISSIONS A ADAPTER AU CONTEXTE BUDGÉTAIRE**

L'INCa assume un rôle d'autant plus déterminant pour impulser les politiques de lutte contre le cancer que son positionnement le conduit à nourrir la conception de ces politiques de la prise en compte des avancées scientifiques. Même si la stratégie décennale de lutte contre les cancers porte à un accroissement du rôle de l'INCa, celui-ci est désormais confronté à un contexte financier resserré (cf. supra). La nécessité pour l'État de contenir l'évolution de ses dépenses budgétaires au cours des prochaines années pourrait rendre cette situation durable.

Pour assurer la soutenabilité de sa gestion tout en préservant au maximum le budget d'intervention destiné au financement de la recherche en oncologie – et plus largement pour répondre aux attentes stratégiques des pouvoirs publics – l'INCa devrait rechercher des marges

<sup>88</sup> Correspond au solde débiteur du compte 515.

<sup>89</sup> En 2024, trésorerie fléchée + opération pour compte de tiers (projet EUNet CCC).

de manœuvre en faisant évoluer les modalités d'accomplissement d'au moins deux de ses missions : le financement de la recherche et la prévention. Par ailleurs, la plateforme de données en cancérologie que l'INCa est en train de constituer présente un intérêt marqué aujourd'hui, mais risque de devenir, à terme, redondante avec le système national des données de santé (SNDS) lorsqu'il aura été enrichi par des données médicales, conformément à ce que les pouvoirs publics prévoient de réaliser.

### **3.1 Un rôle de premier plan dans le financement de la recherche en oncologie, à mieux articuler avec l'Agence nationale de la recherche**

L'INCa occupe une position centrale dans le financement et la coordination des actions de recherche en oncologie. Il s'appuie sur un processus administratif susceptible d'être optimisé.

#### **3.1.1 Des enjeux primordiaux qui s'attachent à la recherche financée par l'INCa**

Outre la recherche et développement engagée par les firmes pharmaceutiques en vue de l'invention et de la mise sur le marché de nouveaux médicaments, la recherche en oncologie est menée dans différentes catégories d'organismes : organismes nationaux de recherche tels que le CNRS et l'INSERM, universités (principalement en matière de recherche fondamentale), fondations privées telles que la Ligue contre le cancer ou la Fondation ARC, centres hospitaliers universitaires (CHU) et centres de lutte contre le cancer (CLCC).

Des enjeux de première importance s'attachent à la recherche en oncologie, qu'il s'agisse d'améliorer les politiques de prévention, les techniques de dépistage et de diagnostic ou les traitements.

Dans ce dernier domaine, comme le relèvent des travaux parlementaires récents<sup>90</sup> ainsi que la Cour<sup>91</sup>, les avancées thérapeutiques portent à la fois sur un perfectionnement des techniques des traitements classiques (chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie) et sur le développement de nouvelles thérapies reposant sur une logique de personnalisation de traitement :

- thérapies ciblées<sup>92</sup> dont l'objet est de bloquer la croissance ou la dissémination d'une tumeur en agissant sur l'origine du développement ou de la dissémination des cellules cancéreuses, après que ces dernières ont été bien identifiées par rapport aux cellules saines pour minimiser les effets secondaires ;

---

<sup>90</sup> Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques (OPECST), « Avancées thérapeutiques en oncologie », [note de juin 2023](#).

<sup>91</sup> Cour des comptes, « Les médicaments anticancéreux : mieux réguler en assurant un accès rapide aux traitements innovants », [RALFSS 2024](#).

<sup>92</sup> Traitement agissant en fonction non pas d'une maladie, mais de la modalité d'expression de certains gènes (source : dictionnaire médical de l'Académie de médecine).

- immunothérapies<sup>93</sup>, ce champ englobant les approches visant à bloquer les mécanismes inhibant l'activation du système immunitaire (tels que les anti PD1), les thérapies cellulaires telles que celles reposant sur les lymphocytes T à récepteur chimérique (CAR T) ou encore les vaccins curatifs.

Une étude de juillet 2024<sup>94</sup> fait ressortir une progression des publications de recherche en France entre 2000 et 2020, mais moins rapide que celles de la Chine et des Etats-Unis. Dans ces conditions, c'est un recul relatif (valable également pour le Royaume-Uni et l'Allemagne) qui est observé en vingt ans : la France était ainsi positionnée en 9<sup>ème</sup> place en 2020 en termes de nombre de publications, alors qu'elle était en 8<sup>ème</sup> position en 2015 et en 6<sup>ème</sup> position en 2003. L'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et techniques (OPECST) avait observé la même tendance en 2023 sur la base d'une étude de 2021<sup>95</sup>.

Ce recul relatif résulte en premier lieu d'une réduction des efforts budgétaires consacrés à l'ensemble des disciplines de la biologie et de la santé. Comme l'indique à cet égard un [rapport](#) de 2021 des Académies nationales de médecine et de pharmacie<sup>96</sup>, le financement par l'État de la recherche dans l'ensemble des thématiques liées à la biologie et la santé – parmi lesquelles figure la recherche en oncologie – provient, pour l'essentiel, de la mission interministérielle recherche et enseignement supérieur (MIREES), pour un montant estimé à 2,4 Md€ en 2020 (soit un peu moins de 18 % des crédits de cette mission budgétaire), contre près de 2,9 Md€ en 2015 et 2016 (soit environ 22 % des crédits d'alors). Dans une moindre mesure, y contribuent également le ministère de la santé et le ministère des affaires étrangères. D'autres sources de financement sont constituées par les différentes générations de programmes d'investissement d'avenir (PIA)<sup>97</sup> ainsi que par les versements de l'assurance maladie aux hôpitaux au titre des dotations versées pour les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) dans le cadre des programmes hospitaliers de recherche clinique<sup>98</sup> (PHRC). L'un de ces derniers porte spécifiquement sur l'oncologie (PHRC K) et ses paramètres d'attribution sont préparés par l'INCa. Il en va de même pour les programmes de recherche translationnelle<sup>99</sup> en cancérologie (PRT K).

Dans ce contexte, il n'existe pas de données permettant d'appréhender, au sein de l'effort de financement de la recherche biomédicale dans son ensemble, la part qui est allouée à la recherche en oncologie. De la sorte, il est difficile de cerner dans quelle mesure ce financement évolue dans le temps et, *a fortiori*, d'en comparer le montant avec celui des autres pays de la zone OCDE. Il serait donc souhaitable de collecter les données permettant de connaître le montant et l'évolution des différentes sources (INCa et autres organismes publics,

---

<sup>93</sup> Traitement d'une maladie par une intervention sur le système immunitaire (source : dictionnaire médical de l'Académie de médecine).

<sup>94</sup> [Etude INCa/OST-Hcéres sur les publications et brevets sur le cancer dans le monde et en France entre 2000 et 2020 \(juillet 2024\)](#).

<sup>95</sup> CNCR, FHF Cancer, « *Quelle est la place de la France en recherche en cancérologie ?* », 2021.

<sup>96</sup> Académies nationales de Médecine et de Pharmacie : Rapport 21-06, « Réformer la recherche en sciences biologiques et en santé ».

<sup>97</sup> Dispositif budgétaire sur lequel la Cour est revenue en 2021 dans le cadre d'un [référé](#) ainsi que [d'observations définitives](#). Ce sont les moyens financiers ainsi mobilisés qui permettent notamment de financer les instituts hospitalo-universitaires (IHU), lesquels ne sont donc pas financés par l'INCa.

<sup>98</sup> La recherche clinique est celle qui évalue l'efficacité, la sécurité, la tolérance et la faisabilité des technologies de santé.

<sup>99</sup> La recherche translationnelle est définie comme celle qui évalue la transposabilité en recherche clinique d'un concept innovant identifié lors d'une recherche fondamentale.

fondations caritatives et autres financements privés, etc.) de financement des différents types de recherche en cancérologie.

**Recommandation n° 7. (DGRI) Collecter les données permettant de connaître le montant et l'évolution des financements de la recherche en oncologie.**

Tant ces travaux qu'un rapport de l'OPECST<sup>100</sup> de 2021 ont souligné l'insuffisance, et la tendance à la baisse, des financements publics consacrés à ce champ scientifique, dont l'effet est accentué par un second facteur : une diversification excessive des sources de financement, sous l'effet de la création de nouvelles structures, conduisant à complexifier le paysage du financement de la recherche biomédicale. En 2024, le ministère de la recherche a engagé des travaux pour y remédier, en prenant en compte les constats et propositions formulées dans un rapport<sup>101</sup>, en vue d'une évolution de l'organisation en recherche biomédicale et qui se sont traduits par la constitution d'une agence de programmes de recherche en santé au sein de l'INSERM. L'objectif de cette mesure est de confier à cette agence la programmation de la recherche (*i.e.* la définition des priorités scientifiques de la recherche en fonction d'orientations retenues par les ministères de la recherche et de la santé), en lieu et place du dispositif des alliances thématiques de recherche, mis en place par le ministère de la recherche en 2009 et 2010<sup>102</sup>.

Le rapport de la mission De Saxcé/Tunon de Lara sur la rénovation de la recherche biomédicale remis en mai 2024 propose, par ailleurs, de rattacher à l'ANR la gestion des appels à projets en ce qui concerne la recherche clinique, cette recommandation valant également pour celle relative à l'oncologie, et donc pour un processus actuellement pris en charge par l'INCa. Au début de l'année 2025, les pouvoirs publics n'avaient pas encore statué sur la suite réservée à ces recommandations.

### **3.1.2 Un rôle de l'INCa qui comporte, outre le financement, la coordination des actions de recherche**

Depuis sa création, l'INCa s'est vu confier par les textes<sup>103</sup> une mission de « *mise en œuvre, financement, coordination d'actions particulières de recherche et de développement, et désignation d'entités et d'organisations de recherche en cancérologie répondant à des critères de qualité, en liaison avec les organismes publics de recherche concernés* ».

Dans le domaine de la recherche en cancérologie, la mission légale de l'INCa présente donc deux aspects : d'une part, allouer des financements à des actions de recherche, d'autre part

---

<sup>100</sup> OPECST, [rapport sur le financement et l'organisation de la recherche en biologie-santé](#), 2021.

<sup>101</sup> « Mission sur l'écosystème de la recherche et de l'innovation » – rapport à la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche, sous la coordination de M. Philippe Gillet (2023).

<sup>102</sup> Il existe actuellement cinq structures de ce type ; une d'entre elles (AVIESAN) est consacrée à la recherche dans le domaine de la santé.

<sup>103</sup> 5° de l'article L 1415-2 du code de la santé publique. Rédaction inchangée depuis la création de l'INCa.

procéder à des désignations d'entités et d'organisation au regard de critères de qualité<sup>104</sup>. Pour l'attribution des financements, l'INCa gère les procédures d'élaboration d'appels à projet de programmes de recherche et de validation des lauréats, par dérogation à la compétence générale de l'Agence nationale de la recherche (ANR) en matière de recherche fondamentale.

Dans son domaine propre, l'INCa a ainsi un champ d'intervention plus étendu que celui de l'ANR : aux termes de la [réglementation](#)<sup>105</sup>, cette dernière finance et met en œuvre la programmation décidée par le ministère de la recherche mais son action sur l'offre consiste uniquement en la production d'analyse et en la mesure de l'impact des financements sur la production scientifique nationale. A la différence de l'INCa, l'ANR ne se voit donc confier de rôle ni en matière de coordination ni en matière de désignation d'organisme<sup>106</sup>.

L'accent mis sur la coordination tient à une préoccupation déjà présente dans le premier plan cancer<sup>107</sup> : était ainsi mise en avant l'importance du transfert le plus rapide possible des connaissances apportées par la recherche fondamentale vers les applications thérapeutiques, conduisant à rechercher la constitution de « *grands ensembles de recherche assurant un continuum entre recherche et soins et associant médecins, chercheurs et patients* ». Selon la DGRI, cette dimension de coordination de la recherche par l'INCa est importante car elle implique, à la différence de l'ANR, de consulter la communauté médicale et scientifique et de faire émerger des priorités.

Cette préoccupation de *continuum* est réaffirmée dans la [stratégie décennale](#)<sup>108</sup>, qui revient sur le rôle de coordination de l'INCa aux fins « *de favoriser l'émergence, le transfert et l'appropriation de l'innovation par la recherche* ». Plus spécifiquement, il est aussi prévu d'engager des « *actions de structuration de la recherche* » de façon à constituer des « *réseaux d'excellence de la recherche, des consortiums, reconnus au niveau mondial, dans une logique de partage et permettant la mutualisation des efforts et des recrutements, ainsi que la répartition des travaux* ».

Dans cette optique, le COP conclu entre l'INCa et l'État et couvrant la période 2021 à 2025, fixe un ensemble d'objectifs en matière de soutien à la recherche :

- deux objectifs d'ordre structurel : d'une part, poursuivre l'effort de structuration de la recherche en appuyant le développement de différentes catégories d'organismes labellisés par l'INCa (SIRIC<sup>109</sup>, CLIP<sup>110</sup> et cancéropôles<sup>111</sup>) dont la mise en place a

---

<sup>104</sup> Ces désignations n'ont pas portée financière : selon les précisions apportées par l'INCa, leur objet est de permettre à l'INCa de désigner les investigateurs dans le champ de la recherche qui lui paraissent les plus qualifiés de manière à en renforcer la réputation.

<sup>105</sup> Article R 329-2 du code de la recherche.

<sup>106</sup> En tout état de cause, les catégories d'établissements ayant une mission de recherche sont énoncées dans la partie réglementaire du code de la recherche.

<sup>107</sup> Plan couvrant la période 2003 à 2007.

<sup>108</sup> [Décret n° 2021-119 du 4 février 2021 portant définition de la stratégie décennale de lutte contre le cancer prévue à l'article L. 1415-2 1° A du code de la santé publique.](#)

<sup>109</sup> Les sites de recherche intégrés sur le cancer (SIRIC) sont des sites de recherche labellisés par l'INCa en vue de recherches translationnelles. Au nombre de 8, ils comportent notamment un site associant l'Institut Curie, l'INSERM et le CNRS.

<sup>110</sup> Au nombre de 16, les centres labellisés de phase précoce (CLIP) sont des centres investigateurs labellisés par l'INCa et relevant soit des CHU, soit des centres de lutte contre le cancer, pour conduire des essais cliniques de nouveaux médicaments contre le cancer.

<sup>111</sup> Les cancéropôles conduisent des actions de soutien (organisation de séminaires, formation, aide au montage de dossier) pour favoriser le développement de la recherche en cancérologie dans les régions.

constitué une des mesures des plans cancer antérieurs ; d'autre part, assurer une animation scientifique par le biais de groupes de travail et de mise en place de travaux destinés aux jeunes chercheurs en oncologie ;

- un objectif à portée plus directement financière : développer et améliorer l'offre d'appels à projets de programmes de recherche, en participant à un guichet unique piloté par l'ANR, notamment en augmentant la proportion de lauréats à l'appel à projets récurrent en matière de recherche fondamentale<sup>112</sup>, en poursuivant la mise en œuvre de programmes dénommés PAIR<sup>113</sup>, en rationalisant les programmes de recherche en épidémiologie et en sciences humaines et sociale, et en améliorant le pilotage des programmes hospitaliers de recherche clinique et de recherche translationnelle.

L'INCa s'investit dans ces politiques de structuration par le biais de l'allocation de moyens budgétaires, en sus du rôle traditionnel de financement de projets de recherche. Ce rôle de coordination a notamment pour objet de s'assurer que les projets de recherche tiennent bien compte des axes définis par la stratégie décennale.

En termes d'orientation, la stratégie décennale expose en effet un ensemble d'attentes : développement d'une approche plus personnalisée de la prévention en identifiant mieux les facteurs de risque<sup>114</sup> et en inventant de nouvelles méthodes de dépistage ; diminution des séquelles et amélioration de la qualité de vie des personnes ; lutte contre les cancers de mauvais pronostic. Elle prévoit de mettre l'accent davantage qu'auparavant sur les « *projets comportant une prise de risque plus forte, mais qui peuvent être à l'origine de découvertes disruptives* », ceci au moyen d'appels à projets spécifiques, dits « *High risk, high gain* » car requérant un volume de données préliminaires plus léger que ce qui prévaut en principe pour déposer un projet de recherche.

Par ailleurs, afin d'alléger les contraintes administratives pesant sur les équipes de recherche, l'orientation retenue par les pouvoirs publics lors de l'adoption de la loi de programmation de la recherche de 2020<sup>115</sup> consiste à harmoniser les pratiques (formats de dossiers, modalités de leur traitement, règles de suivi des dossiers, modalités de leur traitement...) des différentes agences de financement telles que l'ANR ou l'INCa.

A cette fin, un portail unique ayant vocation à rassembler l'ensemble des appels à projets a été mis en place en 2021. Y sont mentionnés les appels à projets en matière de cancérologie, même si la plateforme permettant de traiter les candidatures dans ce domaine reste celle de l'INCa. L'INCa souhaite qu'à l'avenir le traitement des candidatures soit assuré au moyen de la plateforme de l'ANR, sous réserve de développements informatiques dont les modalités et le financement seraient à définir par une convention entre les deux opérateurs.

Le projet auquel participe l'INCa consiste donc en un interfaçage plus poussé entre son portail et celui de l'ANR, mais dans lequel il resterait compétent pour gérer les opérations

---

<sup>112</sup> Dénommés PLBIO (programmes libres de biologie), ils laissent aux investigateurs le choix de proposer librement un thème de recherche, dont la pertinence constitue un des critères d'évaluation au moment de la procédure de sélection.

<sup>113</sup> Les PAIR désignent un ensemble de programmes de recherches focalisées sur telle ou telle forme de cancer (par exemple cancer colorectal ou du pancréas).

<sup>114</sup> Notamment en ce qui concerne le cancer de la prostate ou l'effet du surpoids, de l'inactivité physique et de l'alimentation en termes d'exposition à un risque de cancer.

<sup>115</sup> Loi n° 2020-1674 du 24 décembre 2020 de programmation de la recherche pour les années 2021 à 2030 et portant diverses dispositions relatives à la recherche et à l'enseignement supérieur.

administratives de conclusion des conventions de financements et de versement des crédits d'intervention aux bénéficiaires.

### 3.1.3 L'action de financement déployée par l'INCa

Les financements apportés par l'INCa à la recherche en cancérologie prennent la forme de dépenses d'intervention, correspondant à des subventions accordées aux organismes au sein desquels exercent les coordonnateurs<sup>116</sup> et équipes de recherche.

A l'aune des budgets dont il dispose, et dont l'évolution depuis 2021 a été retracée plus haut, l'INCa est le premier organisme financeur de la recherche en cancérologie, devant les deux principaux organismes privés caritatifs que sont la Ligue de lutte contre le cancer (47,3 M€ en 2023<sup>117</sup>) et la Fondation ARC (près de 30 M€ en 2023)<sup>118</sup>.

Tableau n° 9 : INCa – enveloppes d'intervention prévues et consommées<sup>119</sup> en M€

Exercice	AE ouverts	CP ouverts	AE consommés	CP consommés	Restes à payer	dont exercice courant	dont exercices antérieurs
2019	75,6	62,2	70,4	58,1	84,9	46,7	38,2
2020	58,8	65,9	51,3	60,5	75,4	31,9	43,5
2021	103,0	72,7	101,9	72,6	103,5	65,5	38,0
2022	97,7	82,8	96,1	81,4	117,1	61,2	55,9
2023	154,2	103,4	154,1	102,9	166,9	105,9	61,0
2024	100,3	87,7	100,3	85,4	179,4	70,3	109,1
2025	89,8	83,7					

Source : INCa – documents budgétaires

Comme il ressort des documents budgétaires de l'INCa<sup>120</sup>, ces dépenses d'intervention sont consacrées principalement au financement de la recherche fondamentale<sup>121</sup> (28,4 M€ de crédits de paiement prévus à cette fin en 2024), de la recherche intégrée (18,7 M€), de la

<sup>116</sup> Dans les appels à projet de l'INCa, le terme de coordonnateur désigne la personne physique qui assure la direction scientifique du projet de recherche : outre le pilotage scientifique et technique, il est responsable de la mise en œuvre du projet, de la mise en place des collaborations entre les différentes équipes de recherche mobilisées par le projet et de la production des pièces justificatives demandées (rapports d'activité intermédiaires et rapport financier final).

<sup>117</sup> Source : Ligue de lutte contre le cancer, [rapport d'activité 2023](#).

<sup>118</sup> Source : Fondation ARC, [rapport d'activité 2023](#).

<sup>119</sup> AE : autorisations d'engagement ; CP : crédits de paiement ; RAP : restes à payer.

<sup>120</sup> Voir annexe 3.

<sup>121</sup> Travaux ayant pour objet la progression des connaissances, notamment la recherche sur les mécanismes biologiques présidant à la transformation d'une cellule normale en une cellule tumorale ou à la progression de la maladie.

recherche translationnelle<sup>122</sup> et clinique (14,1 M€) et de la recherche dans les domaines de l'épidémiologie, des sciences humaines et sociales et de la santé publique (10,8 M€)<sup>123</sup>. La recherche appliquée, portant sur le développement de nouveaux médicaments, est en-dehors du champ du financement par l'INCa.

### 3.1.4 Un processus administratif allégé, mais qui affaiblit la qualité de la détermination du montant des restes à payer

Le versement des subventions de l'INCa aux organismes de recherche est régi par un [règlement des subventions](#)<sup>124</sup>, dont la version en vigueur a été approuvée par le conseil d'administration en juin 2021.

Aux termes de ce document, la convention de financement conclue avec l'organisme bénéficiaire doit définir la durée du projet de recherche (qui est en principe de cinq ans au maximum, mais peut être portée jusqu'à huit ans à titre dérogatoire), le budget qui y correspond et le montant de la subvention de l'INCa allouée à ce titre, ainsi que l'échéancier de versement. Ce dernier comprend en principe un acompte de  $(1/n)^{\text{ème}}$  à la signature, suivi d'un acompte annuel de  $(1/n)^{\text{ème}}$  pour chacun des exercices suivants jusqu'à l'avant-dernière année ; les paiements finaux consistent en un dernier acompte  $(1/2n)$  ainsi qu'en un solde (également  $(1/2n)$ )<sup>125</sup>, ce dernier étant versé à la suite de la remise, puis de l'examen par l'INCa, d'un rapport financier. En termes de comptabilité budgétaire, l'ensemble des flux de paiement postérieurs au premier acompte constituent des restes à payer au titre des dépenses d'intervention de l'INCa.

Le règlement des subventions de l'INCa prévoit la production par l'organisme bénéficiaire d'un rapport annuel d'activité, sachant néanmoins que l'accomplissement de cette formalité ne conditionne pas le versement de l'acompte annuel : c'est exclusivement à l'occasion du paiement du solde final (10 % de la subvention allouée) que l'INCa procède à des vérifications quant à la production du rapport financier et au montant des dépenses qui y figurent. Dans une optique d'allègement des procédures pesant sur les équipes de recherche, la production de ces rapports d'activité ne constitue pas un pré-requis pour le versement des acomptes.

Les projets de recherche au titre desquels ces acomptes sont versés n'aboutissent pas systématiquement, ce qui conduit l'INCa à constater parmi ses engagements hors bilan des abandons de versement dont le montant a connu un accroissement au cours des dernières années : ils étaient en effet de 17,9 M€ fin 2023, contre 15,5 M€ fin 2022, 13,2 M€ fin 2021, 10,3 M€ fin 2020 et 9,7 M€ fin 2019<sup>126</sup>.

---

<sup>122</sup> Travaux cherchant à identifier les débouchés possibles, en termes de recherche clinique, des résultats de la recherche fondamentale.

<sup>123</sup> Les financements alloués dans le cadre des programmes hospitaliers de recherche clinique en cancérologie (PHRC K) ne figurent pas dans ces montants, car ils s'imputent sur l'ONDAM (dotations MERRI) et non sur le budget de l'INCa. Leur allocation est organisée par l'INCa pour le compte du ministère de la santé (DGOS).

<sup>124</sup> Règlement n°2021 – 01.

<sup>125</sup> Lorsque la durée du programme de recherche (n) est comprise entre 49 et 60 mois. Lorsque la durée est différente, d'autres échéanciers de versement sont prévus, mais toujours avec le principe d'acomptes annuels et d'un solde de 10 % payé après vérification d'un rapport financier.

<sup>126</sup> source : annexe aux comptes.

Une vérification plus attentive en amont de la production des rapports d'activité permettrait probablement de détecter plus rapidement quels sont les projets qui n'aboutiront pas. Jusqu'à présent, le décalage de trésorerie occasionné à l'INCa n'était pas problématique, compte tenu du caractère favorable de sa situation à cet égard. Mais le fait que la trésorerie correspondant aux opérations non fléchées soit désormais négative (cf. supra) devrait inciter à une vigilance accrue.

En outre, le fait de détecter tardivement qu'un projet de recherche n'aboutira pas conduit mécaniquement à une certaine surévaluation du calcul des restes à payer, et donc de la trésorerie libre d'emploi dans le segment des opérations non fléchées.

La préoccupation de l'INCa de ne pas créer un excès de contraintes administratives pour les équipes de recherche financées est en soi légitime, mais elle doit se concilier avec un suivi plus appuyé des moyens, de manière à détecter plus précocement les situations dans lesquelles les projets de recherche n'aboutiront pas. Pour que l'INCa puisse exploiter les rapports d'activité, il conviendrait de conditionner, à partir de la troisième année, le versement de l'acompte annuel à la communication de ces documents et, en contrepartie, de les dispenser de la production de ces documents au cours des deux premières années de mise en œuvre.

**Recommandation n° 8. (INCa) Exploiter, à partir de la troisième année de mise en œuvre du projet de recherche, les rapports d'activité et en tirer, au besoin, les conséquences financières qui en découlent.**

### **3.2 Un rôle de l'INCa en matière de prévention partagé avec plusieurs acteurs mais sans coordination suffisante**

Au titre du sixième alinéa de l'article L1415-2 du code de la santé publique, l'INCa est en charge du « *développement et [du] suivi d'actions communes entre opérateurs publics et privés en cancérologie dans les domaines de la prévention, de l'épidémiologie, du dépistage, de la recherche, de l'enseignement, des soins et de l'évaluation* ». Cette mission a été renforcée dans le cadre de la stratégie décennale de lutte contre le cancer qui en a fait sa priorité en l'inscrivant comme axe premier de ce premier plan pluriannuel.

La prévention a été définie en 1948 par l'organisation mondiale de la santé (OMS) comme l'ensemble des mesures « *visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps* ». Ces actions sont classiquement subdivisées en trois catégories.

La prévention primaire vise à diminuer l'incidence d'une maladie ou d'un problème de santé et à réduire l'apparition de nouveaux cas au sein d'une population *a priori* saine, par la diminution des causes et des facteurs de risque. La prévention secondaire a pour but de déceler, à un stade précoce, des maladies qui n'ont pas pu être évitées par la prévention primaire et d'en bloquer l'évolution. Enfin, la prévention tertiaire a pour objet de diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou récidives et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie. Ces trois types de prévention peuvent prendre des formes non médicales (information, promotion de la santé, communication, etc.) s'appuyant sur des sciences sociales en plus de la médecine (psychologie, sociologie, géographie, économie) ou

bien s'exercer de manière médicalisée comme la vaccination (prévention primaire) ou les dépistages (prévention secondaire).

De nombreux rapports concernant la prévention, qu'elle soit primaire, secondaire ou tertiaire, soulignent que celle-ci reste insuffisante en France. Selon un récent rapport de l'Académie nationale de médecine<sup>127</sup>, « la prévention n'intéresse guère et est négligée dans notre système de soins. Chaque acteur, engagé dans la prévention, fait souvent à sa guise, parfois à la recherche d'effet médiatique, sans réelle stratégie pérenne ni évaluation, ni contrôle sur les dépenses, contrairement à ce qui se passe pour l'offre de soins curatifs ».

Or, dans une étude publiée en 2018<sup>128</sup>, Santé publique France estimait que 41 % des nouveaux cas de cancers étaient attribuables à des causes évitables, liées à des comportements ou des modes de vies modifiables et donc susceptibles d'actions de prévention. Le panorama des cancers de 2025 précise que 109 000 nouveaux cas de cancer chez les hommes (soit 44,3 %) et 70 000 chez les femmes (soit 37,2 %) seraient ainsi évitables sur les 433 000 projetés en 2023.

**Tableau n° 10 : Évolution du budget dédié à la prévention de l'INCa**

<i>Année</i>	Budget global prévention	Budget prévention primaire et tertiaire	Budget prévention secondaire
2019	8 213 090 €	5 340 921 €	2 872 169 €
2020	9 342 554 €	6 070 324 €	3 272 230 €
2021	13 963 606 €	10 795 937 €	3 167 669 €
2022	15 315 327 €	9 686 061 €	5 629 266 €
2023	18 306 853 €	12 520 693 €	5 786 161 €

Source : Cour des comptes sur la base des données INCa

### **3.2.1 Un rôle au titre de la prévention primaire à recentrer autour de Santé publique France et de la CNAM**

La prévention primaire se situe en amont du parcours de soins et s'appuie sur des acteurs qui ne sont pas nécessairement médicaux. En dehors de la vaccination, ces actions entrent dans le champ de l'éducation, de la promotion et de l'information à la santé, qui mobilise une pluralité d'acteurs : les pouvoirs publics nationaux, les acteurs locaux ou encore des acteurs associatifs. Le rôle de l'INCa doit ainsi s'insérer dans un écosystème comptant de multiples intervenants.

<sup>127</sup> Académie nationale de médecine, novembre 2024, « L'offre de soins en cancérologie adulte ».

<sup>128</sup> Santé publique France, BEH n° 21, « Nombre et fractions de cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine en 2015 : résultats principaux », 26 juin 2018.

Parmi les acteurs nationaux, la prévention primaire en cancérologie est partagée entre la direction générale de la santé, la CNAM et deux agences sanitaires – Santé publique France et l'INCa.

L'action de l'INCa consiste notamment en la conception et la production de campagnes publicitaires, d'outils d'information (dépliants, affiches etc.) pour le grand public mais également pour certains partenaires comme les CPAM, les ARS ou les centres régionaux de coordination des dépistages des cancers (CRCDC) et enfin, en la mise en œuvre de partenariats éditoriaux.

En 2023, le budget total de l'INCa en 2023 affecté à la prévention primaire est de l'ordre de 11 M€, soit plus du double des sommes consacrées en 2019 et recouvre :

- la création et l'édition d'outils grand public en lien avec les campagnes ;
- l'achat d'espaces ;
- l'impression des outils d'information.

Le budget lié à la prévention primaire est en augmentation constante depuis 2019 avec une hausse de 30 % entre 2022 et 2023.

Dans la continuité des précédentes recommandations de la Cour des comptes faites en matière de prévention, l'insuffisante efficacité de cette politique pourrait s'expliquer par le nombre d'acteurs concernés. C'est pourquoi la Cour propose de recentrer le nombre d'acteurs en charge des campagnes de communication relatives au cancer.

Il revient à la direction générale de la santé de redéfinir les missions des agences sanitaires au titre de la prévention primaire en oncologie. La conduite des campagnes nationales de prévention doit être confiée à une seule agence sanitaire afin d'éviter les chevauchements de compétences actuellement observés entre Santé publique France et l'INCa. Alors que SpF privilégie une approche visant à améliorer l'état de santé global de la population, l'INCa adopte une approche par le risque. Or la frontière entre ces deux approches est de plus en plus floue, comme l'a récemment montré la conduite de la campagne sur les risques consécutifs à une exposition au soleil. Cette campagne a été démarrée en 2022 par l'INCa, puis les deux agences ont communiqué séparément sur le sujet, avant d'aboutir à une infographie réalisée conjointement en 2024. Cet exemple illustre l'absence de compétences propres attribuées à chaque agence. En toute logique, le lancement d'une campagne d'envergure nationale et d'une communication grand public devrait relever de SPF et non de l'INCa.

En l'absence de document formalisant l'intervention de chacune des agences, des risques de chevauchement de compétences existent. Une clarification s'impose. SpF étant dotée d'un département prévention étoffé de l'ordre de 80 ETP et d'une expertise avérée en prévention primaire, la Cour propose que cette mission lui soit entièrement transférée.

Au niveau local, une pluralité d'acteurs assure également des missions au titre de la prévention primaire, au premier rang desquels le médecin généraliste qui, depuis la loi du 9 août 2004, est positionné comme l'acteur clé des politiques de prévention<sup>129</sup>.

---

<sup>129</sup> L'article L. 4130-1 du code de la santé publique, en particulier ses 4° et 6°, précise qu'il a pour mission de « *contribuer aux actions de prévention et de dépistage* ». Depuis l'arrêté du 28 mai 2024, des rendez-vous de prévention ont été mis en

Le médecin généraliste est l'interlocuteur privilégié de la caisse primaire d'assurance maladie. Les délégués de l'assurance maladie ont notamment pour mission de le sensibiliser aux politiques de prévention en lui fournissant les référentiels et les informations nécessaires aux particularités de sa patientèle. Il n'est donc pas nécessaire que l'INCa travaille également sur la production de ce type de guides à destination des médecins généralistes.

Aux côtés des professionnels de soin en ville, des associations de promotion de santé sont regroupées au sein des instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (Ireps). Elles proposent des accompagnements méthodologiques au profit d'acteurs de terrain ou des actions en direction de publics cibles (enfants, jeunes adultes, personnes en situation de précarité, femmes enceintes, etc.) sur la prévention primaire. Elles dispensent souvent également des actions de formation, rassemblent de la documentation et veillent sur les nouveautés en matière de promotion de la santé. Elles travaillent étroitement avec les ARS dans le champ de la promotion de la santé (formation des professionnels de santé, interventions auprès de publics cibles).

S'agissant de la formation et de l'information des professionnels de santé ainsi que des personnels du secteur associatif, l'INCa fournit un certain nombre de documents, de guides méthodologiques et de supports en matière de prévention. Compte tenu du nombre d'acteurs impliqués, il reviendrait davantage aux directions de santé publique des ARS de prendre en charge ce type de missions. L'Académie nationale de médecine considère qu'il est « *fondamental* » que les ARS soient l'acteur majeur et le pilote d'une politique structurée de prévention au niveau régional.

De fait, le rôle de l'INCa en matière de prévention primaire ne semble pas avéré et doublonne avec les compétences de SpF au niveau national et des ARS au niveau local.

Le budget rectificatif de l'INCa pour 2025 prévoit, au titre de l'enveloppe de fonctionnement, une réduction des crédits prévus pour les achats d'espace en matière de communication publique pour les campagnes de prévention. Cette décision illustre l'intérêt qu'il y a pour l'INCa à recentrer ses interventions pour s'adapter au contexte budgétaire qui est dorénavant le sien. Il y aurait donc lieu de pérenniser cette évolution à l'avenir en transférant l'ensemble des actions de communication nationales mises en place au titre de la prévention primaire en cancérologie à SpF et à la CNAM et les actions locales aux ARS.

**Recommandation n° 9. (DGS, SGMAS, INCa, SPF, CNAM) Transférer l'ensemble des actions de communication nationales mises en place au titre de la prévention primaire en cancérologie à SpF et à la CNAM et les actions locales aux ARS.**

---

place : aux côtés du médecin généraliste, d'autres effecteurs ont été désignés – les sages-femmes, les pharmaciens et les infirmiers.

### 3.2.2 Une redistribution des rôles des différents acteurs dans le cadre des dépistages organisés confortant le rôle d'expertise de l'INCa

#### 3.2.2.1 Une participation faible au dépistage organisé des cancers expliquant les résultats médiocres obtenus par la France

La politique de prévention et de dépistage du cancer du sein en France repose sur un programme national organisé qui a été mis en place depuis 2004 pour réduire la mortalité liée à ce cancer en favorisant un diagnostic précoce. Il cible les femmes âgées de 50 à 74 ans, qui sont invitées tous les deux ans à réaliser une mammographie de dépistage prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire.

Sur le cancer colorectal, le programme de dépistage organisé a, quant à lui, été déployé à l'échelle nationale en 2008 et s'adresse aux hommes et aux femmes âgés de 50 à 74 ans. La campagne les invite à effectuer gratuitement un test de selles tous les deux ans. Si le test des selles se révèle positif, une coloscopie est réalisée.

Les derniers taux de participation estimés par Santé publique France sont :

- 48,2 % pour le dépistage organisé du cancer du sein en 2023 ;
- 34,2 % pour le dépistage organisé des cancers du colon et du rectum en 2022.

**Tableau n° 11 : Évolution du taux de participation aux campagnes de dépistage organisé du cancer du sein et colorectal**

<i>Année</i>	<b>Cancer du sein</b>	<b>Cancer colorectal</b>
<i>2019</i>	48,3 %	28,8 %
<i>2020</i>	42,6 %	34,4 %
<i>2021</i>	50,6 %	34,2 %
<i>2022</i>	44,8 %	34,2 %
<i>2023</i>	48,2 %	Non connu

*Source : Données communiquées par l'INCa*

Afin de faciliter les comparaisons internationales, ces taux de participation sont majorés par les taux de dépistage individuel. Dans le cas du cancer du sein, le taux d'adhésion<sup>130</sup> est à 53 % et reste très éloigné des meilleures performances de la majorité des pays de l'OCDE. Le Danemark, la Finlande et la Slovénie sont à près de 83 % et les Pays-Bas et le Royaume-Uni se situent entre 71 % et 77 %. La Suède a l'un des taux de survie les plus élevés au monde pour le cancer du sein, avec un taux de survie à 5 ans dépassant les 90 %. Les performances suédoises s'expliquent notamment par un taux de participation au dépistage organisé très élevé et

<sup>130</sup> Le taux d'adhésion correspond au pourcentage de femmes qui réalisent une mammographie soit dans le cadre du programme national de dépistage organisé, soit au titre d'une démarche individuelle en-dehors du programme organisé. Le taux global d'adhésion prend ainsi en compte toutes les mammographies réalisées dans l'année visant à détecter des cellules cancéreuses.

l'existence d'un programme ambitieux où le dépistage est systématique pour les femmes âgées de 40 à 74 ans, avec des mammographies régulières.

Les résultats du dépistage organisé du cancer colorectal sont également inférieurs aux performances du Royaume-Uni, qui s'élèvent à 56 % avec plus de 70 % pour l'Écosse.

Les dernières recommandations européennes de 2021 fixaient pour leur part des objectifs ambitieux en matière de dépistage organisé de trois cancers, estimant que 90 % de la population cible devait se voir proposer un tel dépistage<sup>131</sup>.

Dans son rapport sur les politiques de prévention de 2021, la Cour des comptes considérait que le nombre d'acteurs impliqués dans les politiques de prévention en France nuisait à son efficacité. Selon ce rapport, la France se situe en retrait des performances des pays comparables alors même que les montants consacrés à la prévention sont relativement proches.

### 3.2.2.2 Une rationalisation prometteuse du rôle des différents acteurs dans le dépistage organisé qui reste néanmoins inachevée

Un arrêté du 16 janvier 2024<sup>132</sup> clarifie le rôle des différents acteurs dans le cadre des politiques de dépistage organisé des cancers du sein et du colon, sans toutefois aller jusqu'au bout de la logique. Il fait suite à la feuille de route « Priorité dépistages » présentée par la Première ministre le 5 décembre 2022, qui avait pour objectif d'améliorer les résultats en matière de dépistage organisé des cancers en instituant une organisation rénovée. Elle s'appuyait notamment sur les conclusions d'un rapport de l'IGAS rendu en 2021.

#### **Le dépistage organisé des cancers en France, IGAS 2021**

Le rapport sur le dépistage des cancers en France a évalué les programmes de dépistage organisés pour trois types de cancers : le cancer du sein, le cancer colorectal et le cancer du col de l'utérus. Malgré les efforts engagés et l'importance des financements qui y sont consacrés (600 M€), le rapport constate la faiblesse des taux de participation aux programmes de dépistage organisé en raison notamment du nombre d'acteurs en charge de cette politique (ministère de la santé, Assurance maladie, Haute autorité de santé, Santé publique France, INCa, Agence Nationale de sécurité du médicament, ARS, centres régionaux de coordination des dépistages des cancers – CRCDC – et professionnels de santé) et d'un pilotage trop complexe partagé entre l'INCa, le ministère et la CNAM.

Selon le rapport, la régionalisation n'a pas permis d'améliorer les résultats des programmes de dépistage. Les CRCDC n'ont pas été à la hauteur des ambitions en matière de qualité et de promotion des dépistages. La coordination entre les acteurs locaux de santé (médecins, centres de santé, associations) reste également insuffisante pour soutenir une approche plus globale et proactive du dépistage.

L'IGAS souligne également de fortes disparités territoriales et socio-économiques dans l'accès au dépistage. Les populations vivant en zones rurales ou défavorisées sont sous-représentées dans les programmes de dépistage. Les ressources consacrées aux démarches « d'aller vers » restent trop limitées et insuffisantes pour améliorer le taux de participation aux trois dépistages. Les inégalités numériques

<sup>131</sup> « Plan européen pour vaincre le cancer : une nouvelle approche européenne de la prévention, du traitement et des soins », Commission Européenne - communiqué de presse du 3 février 2021 : (...) « Mettre en place un nouveau programme européen de dépistage du cancer en vue de garantir que, d'ici à 2025, 90 % de la population cible se verra proposer un dépistage du cancer du sein, du cancer du col de l'utérus et du cancer colorectal – 2021-2025 ».

<sup>132</sup> [Arrêté du 16 janvier 2024 relatif aux programmes de dépistages organisés des cancers - Légifrance.](#)

et le manque d'informations personnalisées pour ces groupes accentuent ces disparités, ce qui réduit la couverture nationale des programmes.

L'IGAS recommande donc de moderniser les systèmes de gestion des données pour mieux cibler les personnes éligibles au dépistage, envoyer des rappels automatiques et suivre les résultats des campagnes. L'utilisation de technologies numériques permettrait également d'améliorer la participation en automatisant les invitations et en offrant des outils de suivi personnalisés pour les patients. Le rapport insiste, enfin, sur la nécessité d'investir dans des stratégies proactives pour aller vers les populations vulnérables via des unités mobiles de dépistage, des campagnes de sensibilisation ciblées, et une implication accrue des associations de terrain.

L'arrêté de 2024 rappelle le rôle de la DGS en tant qu'autorité responsable de la politique en matière de dépistage organisé et celui de trois agences sanitaires : la Haute Autorité de santé qui émet des recommandations sur les dispositifs mis en œuvre, Santé publique France qui réalise le suivi épidémiologique des campagnes organisées et l'INCa, dont le rôle d'expert est conforté. Un nouvel acteur intervient désormais dans cette politique publique. Il s'agit de la CNAM qui assure depuis 2024 le pilotage des invitations des patients éligibles aux dépistages organisés (cancer du sein et cancer du côlon). La Caisse prend en charge au niveau national l'envoi des courriers pour les dépistages et s'assure des relances si besoin. Les CPAM sont, quant à elles, mobilisées sur des opérations « d'aller vers » notamment vis-à-vis des publics précaires, fragiles et éloignés des systèmes de santé en lien avec les ARS.

Les centres régionaux de coordination des dépistages des cancers (CRCDC) sont désormais uniquement en charge du suivi des personnes dépistées et de l'entrée dans un parcours de soins des assurés dépistés positivement en lien avec les ARS. Le rôle des CRCDC est ainsi recentré. Avant 2024, il revenait à ces structures de s'assurer de l'envoi des invitations aux campagnes de dépistage et de procéder aux relances nécessaires. L'INCa était en charge de l'animation et du suivi de ces structures sans disposer de la pleine tutelle. Il avait notamment en charge l'homogénéisation des courriers envoyés. Le rapport précité de l'IGAS de 2021 avait en particulier relevé les difficultés propres à cette mission et l'échec du pilotage des CRCDC par l'INCa. Selon l'IGAS, l'agence n'avait ni les moyens ni le positionnement adéquat pour harmoniser les pratiques des CRCDC et impulser une réorientation des résultats obtenus des dépistages organisés.

Depuis la nouvelle feuille de route sur le dépistage et l'arrêté de 2024, le rôle de l'INCa s'articule autour de deux missions : la communication et l'expertise sur le déroulé des dépistages organisés (dispositifs médicaux etc.).

D'une part, l'Institut est en charge de l'organisation de campagnes d'information et de la production d'outils de communication pour les acteurs locaux. Venant en soutien des invitations envoyées par l'assurance maladie, les campagnes de l'INCa s'articulent notamment avec les mois de mobilisation pour la prévention et le dépistage. En 2024, l'INCa a consacré 1,8 M€ aux campagnes relatives au cancer colorectal et 1 M€ à celles relatives au cancer du sein. Or les actions de communication confiées à l'INCa participent de la dispersion des acteurs en matière de campagnes de dépistage. Un transfert total de cette mission vers la CNAM s'inscrirait dans la continuité du transfert de compétences déjà effectué et conforterait définitivement le rôle de l'assurance maladie dans le domaine des dépistages organisés.

D'autre part, l'Institut a un rôle d'expert au titre des différents protocoles de dépistage utilisés dans les différentes campagnes. Il revient ainsi à l'INCa de se positionner sur les évolutions du dépistage organisé telles que la dématérialisation ou l'intégration de l'intelligence artificielle via le financement d'appels à projets.

Si la redistribution des rôles a permis une clarification des missions des différents acteurs (ministère de la santé, ARS, INCa et Santé publique France), aucune diminution du nombre d'ETP n'a néanmoins été notifiée par la DGS à l'INCa, SpF ou aux CRCDC du fait de cette reconfiguration. La CNAM a quant à elle vu ses effectifs augmenter dans le cadre de cette réorganisation. En 2024, 48 ETP ont été attribués à la CNAM et à son réseau afin de prendre en charge les nouvelles missions assignées au titre des campagnes de dépistage organisé.

Il revient, par ailleurs, à la DGS de s'assurer de l'absence de compétences d'expertise sur le cancer dans les autres agences que l'INCa et de veiller à une stricte délimitation des compétences entre les différents acteurs impliqués sur les dépistages organisés. Une seule agence pourrait être positionnée sur les campagnes de dépistage organisé et non trois comme cela résulte de la feuille de route dépistage.

Des chevauchements de compétences persistent ainsi en matière de communication et dans le maintien de compétences d'expertise au sein des différents acteurs impliqués dans les dépistages organisés. La communication ne semble pas relever du périmètre des missions cœur de l'INCa et fait partie des missions à transférer. 18,8 ETP sont actuellement affectés à cette mission au sein de l'agence. Une nouvelle délimitation des compétences par la DGS permettrait un gain net en termes d'effectifs.

**Recommandation n° 10. (DGS, INCa, CNAM) Confier l'intégralité de la communication sur les dépistages organisés à la CNAM.**

### 3.2.2.3 Le rôle de l'INCa dans la future campagne de dépistage organisée du cancer du poumon

Selon le rapport « Panorama de la santé 2023 » de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)<sup>133</sup>, la France comptait en 2021 plus de 25 % de fumeurs quotidiens parmi les personnes âgées de 15 ans et plus. Ce taux est l'un des plus élevés parmi les pays de l'OCDE.

En 2022, d'après le Baromètre de Santé publique France<sup>134</sup>, la prévalence du tabagisme actuel chez les adultes de 18 à 75 ans était de 31,8 %, avec une consommation quotidienne concernant 24,5 % de cette population. Ces chiffres indiquent une stabilisation de la prévalence du tabagisme depuis 2019, après une baisse significative entre 2016 et 2019.

Avec 31 000 décès annuels estimés en 2020, dont 69 % chez les hommes, les cancers du poumon sont la première cause de mortalité par cancer en France et dans le monde. Ils sont les troisièmes cancers les plus fréquents avec 53 000 nouveaux cas estimés en 2023, dont 63 % chez les hommes (33 000). Les cancers du poumon sont le deuxième cancer le plus fréquent chez les hommes et le troisième chez les femmes.

---

<sup>133</sup> OCDE (2023), « Panorama de la santé 2023 : Les indicateurs de l'OCDE », Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/5108d4c7-fr>.

<sup>134</sup> Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 31 mai 2023, n°9-10 Journée mondiale sans tabac, 31 mai 2023.

Identifié parmi les cancers dits de mauvais pronostic<sup>135</sup>, le cancer du poumon fait partie des priorités de la stratégie décennale de lutte contre le cancer<sup>136</sup>. Plusieurs pays ont d'ores et déjà lancé le déploiement de programmes nationaux de dépistage organisé (Croatie, République Tchèque, Corée, Taïwan, Pologne, Chine, Grande-Bretagne et Australie).

Dans le cadre du plan cancer européen *Europe's Beating Cancer Plan*, la Commission européenne a publié le 20 septembre 2022 de nouvelles recommandations concernant le dépistage des cancers, invitant notamment les pays à évaluer la faisabilité d'un dépistage des cancers du poumon associé à des programmes de sevrage tabagique pour les fumeurs et ex-fumeurs fortement exposés au tabac, âgés de 50 à 75 ans.

Les contours d'une campagne de dépistage organisé du cancer du poumon sont en cours de définition par le ministère de la santé en lien avec l'INCa et la HAS.

En effet, la Haute Autorité de santé (HAS), dans ses recommandations de février 2022 sur le dépistage des cancers du poumon par tomographie à faible dose (TDMfd), a conclu à une efficacité de ce dépistage en matière de diminution de la mortalité spécifique et de diminution du taux de cancers détectés à un stade avancé. Toutefois, elle estime qu'un certain nombre de paramètres doivent être documentés avant son extension.

L'INCa a ainsi conduit une expertise sanitaire, reposant sur l'analyse de littérature. Ses conclusions ont été publiées sous la forme d'un référentiel opérationnel dédié au dépistage des cancers du poumon, qui précise le cadre du programme-pilote en définissant la population cible, les modalités opérationnelles et organisationnelles du dépistage.

Le périmètre de ce nouveau dépistage organisé<sup>137</sup> n'est pas encore stabilisé et la méthode de dépistage est en cours d'expérimentation. Le programme pilote de dépistage des cancers du poumon doit permettre d'apporter les réponses aux points identifiés par la HAS comme devant être clarifiés avant la généralisation d'un programme de dépistage organisé des cancers du poumon. L'INCa doit être conforté dans son rôle d'expertise et de financement d'appels à projets permettant de valider la méthode du futur programme de dépistage organisé.

### **3.2.3 Des programmes de prévention tertiaire autour des soins oncologiques de support**

La prévention tertiaire consiste à ralentir les effets d'une pathologie après une guérison ou dans le cadre de traitements administrés à certains patients.

L'INCa a essentiellement développé un programme visant à la promotion de l'activité physique adaptée au titre des soins oncologiques de support. Toutefois, le budget affecté à la prévention tertiaire n'est pas isolé par l'INCa et son évolution ne peut être suivie de façon aussi précise que sur la prévention secondaire (cf. tableau n°10).

Suite aux travaux réalisés au sein du *living lab* entre mai 2022 et juin 2024, l'INCa a travaillé sur les modalités de sensibilisation des professionnels de santé aux dispositifs de

---

<sup>135</sup> Cancer dont la survie à 5 ans est inférieure ou égale à 20 %.

<sup>136</sup> Action I-13.5 de la stratégie décennale de lutte contre les cancers « Evaluer la faisabilité d'un dépistage organisé des cancers du poumon ».

<sup>137</sup> Le dépistage sera proposé aux personnes âgées de 50 à 74 ans, fumeurs ou anciens fumeurs ayant arrêté depuis moins de 15 ans et dont la consommation est évaluée à 20 paquets par année ou plus.

prévention tertiaire. Ces échanges ont conduit à proposer la mise en place d'un espace numérique de sensibilisation à la prévention tertiaire et de recommandations à destination des professionnels de santé de ville, de l'hôpital et des patients. Cette proposition concertée avec l'ensemble des parties prenantes du projet organisé sous la houlette de l'INCa apparaît néanmoins en déconnexion avec les projets pilotés par l'assurance maladie autour de Mon espace santé et plus largement autour de l'espace numérique du patient. Ni la CNAM ni le ministère n'ont été associés à ces travaux qui ont pourtant réuni de nombreux acteurs de la prévention. L'INCa semble avoir consacré des moyens disproportionnés à un projet dont l'incidence dépasse largement son champ d'action. Il est regrettable qu'aucun acteur public en charge du déploiement des solutions numériques en santé n'ait été associé à un projet ayant duré deux ans.

Si l'initiative prise par l'INCa souligne l'insuffisance des actions en matière de prévention tertiaire, les travaux organisés au sein du *living lab* ont été consommateurs en temps de travail mais également en temps de consultants et n'ont été suivis d'aucun effet.

Il revient à l'INCa de circonscrire son action aux missions qui lui sont strictement déléguées et d'alerter les services compétents de la CNAM ou du ministère sur les insuffisances constatées dans certains pans de cette politique publique.

Les politiques de prévention en matière de cancer sont partagées entre plusieurs acteurs dont l'action n'est pas suffisamment coordonnée par le ministère et dont l'efficacité n'a pas été démontrée, compte tenu du nombre de nouveaux cas de cancer évitables.

L'INCa dispose d'un département communication pourvu d'une vingtaine d'agents. Des marges de manœuvre pourraient être dégagées par la tutelle en réorganisant cette mission au niveau national entre les agences sanitaires. Par ailleurs, au-delà du gain en ETP, une réduction du budget « communication » de l'INCa pourrait être également envisagée en s'appuyant sur les gains attendus de la feuille de route dépistages de 2024 et en mutualisant les campagnes organisées par chacun des acteurs.

### **3.3 La plateforme des données en cancérologie : un projet ancien important qui risque désormais d'être redondant**

Comme l'indique un rapport du Sénat de 2016<sup>138</sup> consacré à l'INCa, le projet de constitution d'une plateforme de données de santé en cancérologie (PDC) correspond au souhait de développer un système d'observation au service de la connaissance épidémiologique du cancer et du pilotage de la lutte contre les cancers.

Ce projet a été mentionné dans la stratégie décennale, dans le cadre d'une ambition plus générale de mobilisation des données de santé au moyen des apports de technique d'intelligence artificielle. Est ainsi mis en avant (action IV-6-1) l'objectif de faire de la PDC « *la base de référence en cancérologie, au niveau national et international* ». A cet effet, il est retenu de

---

<sup>138</sup> Rapport d'information au nom de la commission des finances sur l'Institut national du cancer par M. Francis Delattre, 13 juillet 2016.

développer et d'enrichir la PDC – y compris avec des données issues des patients et anciens patients – et d'améliorer la qualité et la structuration des données<sup>139</sup> devant y figurer.

Bien que non mentionnée dans les plans cancers ayant précédé la stratégie décennale, la constitution de cette plateforme s'inscrit dans des travaux anciens engagés par l'INCa. Ce dernier avait ainsi été autorisé par la CNIL à constituer des tableaux de bord et à étudier la trajectoire des patients atteints d'un cancer à partir des données du système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM) et du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), détenues par la CNAM. En outre, l'INCa avait conclu en 2014 une convention de cession de ces données avec la CNAM, avant de disposer d'un accès permanent.

Depuis 2019, la PDC est autorisée par la CNIL<sup>140</sup> en tant qu'entrepôt de données de santé.

### Les entrepôts de données de santé

Les entrepôts de données de santé sont définis par la CNIL comme des bases de données destinées à être utilisées notamment à des fins de recherches, d'études ou d'évaluations dans le domaine de la santé. Ces traitements sont soumis à l'autorisation de la CNIL, sauf s'ils respectent les conditions prévues par un [référentiel ad hoc](#) défini par la CNIL.

Comme l'indique la Haute Autorité de santé<sup>141</sup>, l'objectif d'une telle base de données est de mettre en commun des données d'un ou plusieurs systèmes d'information médicaux, sous un format homogène pour permettre ces utilisations secondaires. Outre la collecte des données, il convient donc de les transformer au moyen d'une plateforme technologique, puis d'organiser une mise à disposition de jeux de données spécifiques aux utilisateurs désireux de conduire les recherches ou études.

La décision de la CNIL autorise l'INCa à inclure dans cette base les données issues des registres de cancers<sup>142</sup> ainsi que celles des centres régionaux de coordination du dépistage collectif des cancers (les CRCDC). Aux termes de l'autorisation, ce traitement répond à trois finalités :

- réalisation de tableaux de bord visant à évaluer les dispositifs de lutte contre le cancer (notamment les plans cancers) ;
- réalisation d'expertises à la demande des ministères sur les questions relatives à la cancérologie ;
- réalisation d'études observationnelles<sup>143</sup> portant sur l'ensemble de la cancérologie.

---

<sup>139</sup> Dans un rapport de 2019 (« Numérique : quelle révolution ? »), la Haute Autorité de santé a défini les données structurées comme des informations organisées, classées, indexées et catégorisées en vue de leur lecture et de leur traitement. La structuration des données devrait ainsi permettre qu'un logiciel puisse les interpréter, les mettre en relation avec d'autres dans une optique d'adaptation des modalités de prise en charge dans une perspective d'amélioration de la qualité.

<sup>140</sup> [Délibération de la CNIL n° 2019-082 du 20 juin 2019](#).

<sup>141</sup> Haute Autorité de santé, [rapport](#) sur les entrepôts de données de santé hospitaliers en France, octobre 2022.

<sup>142</sup> Comme l'avait relevé la CNIL dans sa décision, « l'intégration de cette source d'information dans la base actuelle a pour objectif d'améliorer la précision et l'exactitude des résultats des traitements effectués, en particulier en améliorant la précision des informations (confirmation de l'organe du cancer primitif, stade au diagnostic, type histologique du cancer, latéralité du cancer ou décès des personnes le cas échéant) et en apportant des informations complémentaires relatives notamment aux expositions et aux soins ».

<sup>143</sup> Les études observationnelles constituent une des modalités des études épidémiologiques.

Une deuxième décision de la CNIL de 2019<sup>144</sup> a autorisé l'INCa à mettre en œuvre des traitements à partir des données figurant sur la PDC (SNDS, registres et données des CRCDC), pour une durée de six ans à partir du moment où elles sont disponibles sur la plateforme.

Une décision ultérieure de la CNIL<sup>145</sup> a autorisé l'extension du contenu de la PDC aux données médicales présentes dans les dossiers communicants de cancérologie ainsi qu'aux résumés de passage aux urgences présents dans la base Oscour de SpF<sup>146</sup>.

Sur ce fondement, sont recensées en novembre 2024 sur le [site](#) de l'INCa un total de 22 études engagées après avoir fait l'objet des autorisations requises<sup>147</sup> : pour 12 d'entre elles, l'INCa est le seul responsable de traitement et, pour les 10 autres, cette responsabilité est partagée avec un tiers (université ou firme pharmaceutique)<sup>148</sup>. En mai 2025, quatre de ces études avaient été achevées.

L'intérêt que la PDC est susceptible de revêtir a trait à la possibilité de croiser les données issues du SNDS, dont l'INCa est destinataire, avec un ensemble de données autres, telles que celles issues des registres ou de données cliniques. D'après la CNAM, il serait ainsi possible de chercher à mieux identifier les patients présentant un risque élevé de contracter un cancer et de les inviter à procéder à un dépistage individuel.

### 3.3.1 Les données alimentant la PDC

La plateforme couvre 12 millions de personnes<sup>149</sup>. Elle est traditionnellement alimentée par des données issues du système national des données de santé (SNDS)<sup>150</sup>. Bien que l'INCa dispose d'un accès permanent<sup>151</sup>, l'obtention de ces données procède d'une demande adressée à la CNAM : elle est donc sujette à des délais de livraison, constituant une illustration supplémentaire des difficultés de leur mise à disposition exposées par la Cour en 2024<sup>152</sup>.

Plus précisément, le processus à l'œuvre est le suivant : en faisant usage de son accès permanent, l'INCa identifie les cas de cancers dans le SNDS, ceci sous la forme d'une liste

---

<sup>144</sup> Délibération n° 2019-083 du 20 juin 2019.

<sup>145</sup> Délibération n° 2023-083 du 2023-040 du 20 avril 2023.

<sup>146</sup> Cette base OSCOUR constitue par ailleurs une composante du SNDS, en application de [l'arrêté](#) du 12 mai 2022 relatif aux données alimentant la base principale et aux bases de données du catalogue du système national des données de santé.

<sup>147</sup> Avis préalable du Conseil scientifique et éthique de l'INCa, puis lorsqu'est associé un co-responsable de traitement, avis du Comité éthique et scientifique pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé (CESRESS) et autorisation de la CNIL. Créé en application de la loi Informatique et libertés, le CESRESS est chargé de délivrer, préalablement à la décision de la CNIL, un avis portant notamment sur la qualité scientifique du projet et sur la nécessité de recourir à des données de santé à caractère personnel. Lorsque l'INCa est seul responsable de traitement (terme qui désigne la personne qui détermine la finalité et la façon de réaliser un traitement), seul l'avis préalable du Conseil scientifique et technique de l'INCa est requis.

<sup>148</sup> En novembre 2024, deux projets d'étude étaient en cours d'autorisation.

<sup>149</sup> Source : INCa – sont concernées les personnes actuellement atteintes d'un cancer ou en ayant été atteintes.

<sup>150</sup> Le SNDS constitue un ensemble de données dont le contenu est défini par [l'article L1461-1 du code de la santé publique](#) et dont les données de liquidation des prestations d'assurance maladie (SNIIRAM) ainsi que les données médico-économiques des établissements (PMSI) constituent à ce jour la composante la plus importante. L'objet de ce dispositif, l'évolution attendue de son contenu et de ses usages sont décrits dans le rapport de la Cour des comptes de 2024 consacré à la sécurité sociale (Cour des comptes, La sécurité sociale 2024, chapitre relatif au [système national des données de santé](#)).

<sup>151</sup> En application de l'article R 1461-12 du code de la santé publique.

<sup>152</sup> Op. cit.

d'individus pseudonymisés ; l'INCa demande à la CNAM de procéder à un ciblage<sup>153</sup>, de manière à y chaîner les consommations de soins liées à la prise en charge de leur pathologie.

Outre le SNDS, la PDC est alimentée, à partir de 2025, par des données issues des 27 registres des cancers<sup>154</sup>. Ces registres (dont 15 couvrent l'ensemble du territoire pour une forme de cancer donné et 12 sont spécialisés sur une partie du territoire) couvrent 24 % des cas prévalents.

La législation a récemment évolué<sup>155</sup> pour mettre en place un registre national des cancers et à en attribuer la gestion à l'INCa<sup>156</sup> : ce dernier devient ainsi responsable du traitement des données collectées dans ce registre. Il lui appartient également de les mettre « à la disposition des organismes publics ou privés pour la réalisation de recherches, d'études ou d'évaluations dans le domaine de la cancérologie, et à la disposition de l'Agence nationale de santé publique pour la réalisation [de ses] missions ». Il y aura lieu de préciser, éventuellement dans le décret d'application de ce texte, le rôle de la PDC dans la constitution de ce registre national.

Par ailleurs, la PDC a vocation à être alimentée prochainement, conformément à ce qui est autorisé par la CNIL, par des sources de données complémentaires.

En premier lieu, une alimentation de la PDC par les éléments du dossier communicant de cancérologie (DCC) est prévue pour le courant de l'année 2026. Ce dispositif a pour objectif de faciliter l'échange d'informations entre les professionnels de santé prenant en charge des personnes affectées d'un cancer.

#### **Le dossier communicant de cancérologie (DCC) – un objectif inspiré par l'INCa aux résultats encore partiels**

Le DCC est un système d'information dont le principe avait été prévu par le premier plan cancer, relatif aux années 2003 à 2007, dans une optique de coordination des soins.

Dans le deuxième plan cancer (années 2009 à 2013), il avait été prévu d'en faire une composante du dossier médical personnel (DMP). A cette fin, une [instruction ministérielle](#) de 2013<sup>157</sup> destinée aux ARS avait décrit le schéma cible vers lequel le DCC devait tendre : il était ainsi prévu que le DCC couvre

---

<sup>153</sup> Parmi les demandes d'extraction de données à la CNAM, il y a ciblage lorsque le demandeur (tel que l'INCa) ne connaît que les caractéristiques (âge, sexe, fait d'être pris en charge pour telle ou telle pathologie ...), mais ignore quels sont les individus qui font partie de cette population. Dans ce cas de figure, le ciblage est l'opération par laquelle la Cnam cerne quels sont les individus concernés parmi les assurés sociaux.

<sup>154</sup> Tel que défini par le [dictionnaire médical de l'Académie de médecine](#), un registre est un enregistrement continu et exhaustif des cas d'une maladie donnée dans une zone géographique déterminée, dont l'objectif est d'approfondir les connaissances sur cette maladie. Ils font l'objet d'une évaluation par une structure dénommée Comité d'évaluation des registres (CER).

<sup>155</sup> Loi n° 2025-596 du 30 juin 2025 visant à mettre en place un registre national des cancers

<sup>156</sup> L'article L 1415-2 du code de la santé publique mentionné plus haut, qui expose les missions de l'INCa, est ainsi enrichi pour tenir compte de cette nouvelle compétence. Un nouvel article L 1415-2-1 est inséré : il prévoit que l'INCa est responsable des traitements des données de ce registre national des cancers et qu'il centralise les données populationnelles relatives à l'épidémiologie et aux soins dans le domaine de la cancérologie. Le texte de loi renvoie à un décret en Conseil d'Etat pris après avis de la CNIL le soin de préciser notamment « le rôle des entités et des organisations de recherche en cancérologie labellisées dans la collecte des données et les modalités de leur appariement avec d'autres jeux de données de santé ».

<sup>157</sup> Instruction SG/DSSIS/INCa no 2013-378 du 13 novembre 2013 relative à la description du système d'information cible du dossier communicant de cancérologie (DCC).

l'ensemble des patients atteints d'un cancer et que ses éléments (ensemble de données structurées relatives au diagnostic et aux traitements, en lien avec les réunions de concertation pluridisciplinaires – RCP – et les projets personnalisés de soins – PPS – proposés aux patients) soient versés dans le DMP pour les patients en disposant. Sur cette base, il était demandé aux ARS de définir, en collaboration avec les dispositifs spécifiques régionaux du cancer (DSRC<sup>158</sup>), les solutions idoines pour atteindre cet objectif d'ici à 2015.

En 2016<sup>159</sup>, au moment de la mise en œuvre du troisième plan cancer, le ministère de la santé a constaté que les objectifs de déploiement du DCC n'avaient été que partiellement atteints, et ce sur deux plans. En premier lieu, seule une minorité de documents venus alimenter le DCC l'était sous forme de données structurées, et donc facilement exploitables sur le plan numérique ; en second lieu, certaines régions restaient dépourvues de solution informatique permettant l'utilisation d'un DCC. En conséquence, un nouvel objectif a été assigné aux ARS, sous la forme d'un ensemble de spécifications fonctionnelles et techniques, portant sur les modalités de structuration des données devant figurer dans le DCC.

La stratégie décennale retient parmi ses objectifs de faire du DCC un élément central de la coordination entre professionnels de santé. Il revient aux ARS, plus qu'à l'INCa, d'en assumer les tâches devant en permettre le déploiement dans les établissements de santé.

Il est aussi prévu que la PDC soit alimentée, à un terme non encore défini, par les informations relatives aux dépistages organisés de cancer, au moyen des données produites par les CRCDC et centralisées sur une base de données dénommée DO, également accessible à la CNAM et à SpF<sup>160</sup>.

Par ailleurs, l'INCa alimente la PDC par des données communiquées par les firmes pharmaceutiques participant à l'association Filière intelligence artificielle et cancer (FIAC) : dans le cadre de cette association, ces firmes remettent à l'INCa leurs données essentiellement issues des accès précoces<sup>161</sup> et contribuent financièrement à la constitution de la PDC (*cf. infra*) ; en contrepartie, elles peuvent utiliser cet entrepôt ainsi que les compétences médicales de l'INCa pour réaliser leurs études cliniques.

### 3.3.2 Les moyens budgétaires engagés et à venir

Le financement de la PDC par les partenaires de l'INCa constitue une des trois catégories d'opérations fléchées exposées *supra*. Entre 2021 et 2023, l'INCa a ainsi perçu un montant cumulé de 5,1 M€, réparti entre la Banque publique d'investissement (BPI) et un ensemble de firmes pharmaceutiques membres de l'association FIAC. Le montant total de financement prévu étant de 10,3 M€, il reste donc à percevoir un montant de 5,2 M€ au cours des exercices 2024 et suivants.

---

<sup>158</sup> Cf. *supra*, sous-partie 1.2.4.

<sup>159</sup> Instruction n° SG/DSSIS/INCa/2016/109 du 5 avril 2016 relative à l'actualisation pour 2017 de la cible du système d'information du DCC.

<sup>160</sup> Il est prévu qu'un dispositif spécifique aux données de dépistage du cancer de col de l'utérus entre en vigueur à l'été 2025 et permette à l'INCa de récupérer en routine les données auprès des laboratoires de biologie médicale, sans passer par une mobilisation des données auprès des CRCDC, le but étant d'industrialiser ce processus.

<sup>161</sup> Comme l'avait indiqué la Cour dans le RALFSS de 2024 (chapitre intitulé « *les médicaments anticancéreux : mieux réguler en préservant un accès rapide aux traitements innovants* »), l'accès précoce constitue un dispositif dérogatoire permettant aux patients d'accéder rapidement aux médicaments dans le système hospitalier.

**Tableau n° 12 : Crédits fléchés dédiés au financement de la PDC (en M€)**

	Montants perçus jusqu'en 2023	Montants à percevoir (2024 et au-delà)	Total
Subvention BPI	2,4	3,4	5,8
Soutien financier firmes pharmaceutiques	2,7	1,8	4,5
Total	5,1	5,2	10,3

Source : INCa

La subvention de la BPI est prévue par un contrat d'aide qu'elle a conclu avec l'INCa en 2021. Aux termes de ce contrat, l'objet de ce financement est de contribuer à la réalisation d'un programme par lequel l'INCa met à la disposition des industries de santé<sup>162</sup> une offre de services d'utilisation de données respectant un ensemble de conditions<sup>163</sup> pour répondre à des questions médicales. Pour ce faire, il est attendu de l'INCa qu'il standardise les données mises à disposition<sup>164</sup>, assure la mise à niveau technologique des systèmes de collecte des données en question et les intègre sur une plateforme publique dénommée « *IA et cancer* », mais qui s'avère être la PDC.

Au vu du contrat (et de son annexe 2), la subvention apportée par la BPI est consacrée à l'amélioration et à l'enrichissement de la plateforme par l'intégration de différentes catégories de données.

### 3.3.3 La question de l'avenir à moyen terme de la plateforme des données en cancérologie

Ancien, le projet de PDC remonte au premier plan cancer : l'INCa œuvre depuis à le développer pour en faire une base de données complète s'appuyant à la fois sur le SNDS et d'autres bases à visée épidémiologique telles que les registres de cancer. Toutefois, le contexte a changé dans la mesure où le SNDS a vocation à s'étendre à un champ plus vaste de données, pour aller jusqu'à intégrer des données cliniques<sup>165</sup>.

En effet, postérieurement au début des travaux visant à la création de la PDC, la législation<sup>166</sup> a posé en 2019 le principe d'une extension du contenu du SNDS, pour y inclure, en sus de son noyau originel (le SNIIRAM et le PMSI), un ensemble de nouvelles composantes, y compris des données médicales qui pourraient notamment inclure des données issues des

<sup>162</sup> Firmes pharmaceutiques, entreprises de biotechnologie et de dispositifs médicaux.

<sup>163</sup> Ces données doivent être « *standardisées, homogènes, qualifiées et enrichies* ».

<sup>164</sup> Données telles que les comptes-rendus de RCP, d'examen de génétique moléculaire ou les programmes personnalisés de soins.

<sup>165</sup> Voir [chapitre](#) du RALFSS 2024 sur les usages du système national des données de santé.

<sup>166</sup> [Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.](#)

registres de pathologies ainsi que des cohortes. Le même texte de loi a aussi constitué un nouvel organisme : un groupement d'intérêt public dénommé Plateforme des données de santé (PDS) – usuellement dénommé *Health data hub* (HDH) – et dont la mission est principalement d'assurer la mise à disposition des données du SNDS, en relais de la CNAM. Cet organisme a donc vocation à constituer l'opérateur pivot au sein de l'écosystème des données de santé.

Même si la traduction concrète de ces mesures reste à ce jour limitée, du fait notamment de difficultés juridiques<sup>167</sup> ayant fait obstacle au fait que le HDH assure pleinement son rôle de mise à disposition des données du SNDS, des travaux de définition d'une stratégie de développement de l'utilisation secondaire<sup>168</sup> des données de santé ont été initiés en 2024 par les pouvoirs publics pour y remédier<sup>169</sup>. La perspective retenue par les pouvoirs publics est donc bien celle d'un SNDS élargi, permettant l'appariement des données médico-administratives originelles avec, notamment, des données cliniques dont la mise à disposition sera gérée par le HDH.

Tant que ce schéma cible attendu par les pouvoirs publics n'est pas atteint, les travaux d'enrichissement de la PDC par l'INCa se justifient pleinement pour permettre aux équipes de recherche dans les domaines liés à l'oncologie de disposer des données dont elles ont besoin.

Mais lorsque ce schéma cible sera atteint, que le HDH aura pu obtenir de la CNIL l'autorisation lui permettant de disposer de la copie de la base principale du SNDS et que le SNDS aura pu être élargi à l'ensemble des données cliniques pertinentes, l'articulation de la PDC avec le SNDS ainsi enrichi de données cliniques devra être définie. Or la stratégie nationale en matière d'intelligence artificielle et de données de santé, rendue publique le 1<sup>er</sup> juillet 2025, n'aborde pas ce sujet précis. Il y aurait donc lieu de préciser les attentes de l'Etat en la matière.

Il conviendrait également que l'INCa, tout en poursuivant ses travaux actuels de montée en puissance de la PDC, prépare, en lien avec le HDH, la transition qui permettra une organisation intégrée de la mise à disposition des données de santé, y compris celles liées au cancer et à sa prise en charge.

---

## CONCLUSION

---

*Face à une maladie qui constitue la première cause de mortalité et pèse sur la vie de nombreux Français, les pouvoirs publics ont déployé un ensemble de politiques de lutte contre le cancer. L'INCa en est un élément central, à la fois pour impulser ces politiques, faire en sorte qu'elles prennent en compte les avancées scientifiques et mettre lui-même en œuvre des actions, notamment dans le domaine de la prévention, mais aussi pour définir des référentiels de prise en charge des patients qui font autorité.*

---

<sup>167</sup> Voir chapitre précité du RALFSS de 2024. La principale difficulté tient au fait que le *Health data hub* doit encore réunir les conditions pour que la CNIL l'autorise à recevoir de la CNAM la copie de la base principale du SNDS.

<sup>168</sup> L'usage secondaire désigne l'utilisation de ces données pour d'autres finalités que la prise en charge des patients, comme la recherche et l'innovation, le pilotage ou encore l'amélioration de la qualité des soins.

<sup>169</sup> Cette stratégie a vocation à être définie par les pouvoirs publics à partir des propositions du rapport « *Fédérer les acteurs de l'écosystème pour libérer l'utilisation secondaire des données de santé* » de 2023.

*Alors que les premières années de la gestion de l'INCa avaient justifié une alerte de la part de la Cour, cette agence a su par la suite mettre en place une réelle démarche de maîtrise des risques et consolider ainsi les conditions de son fonctionnement.*

*Le rôle de l'INCa a été conforté en 2019 par la législation qui a consacré son rôle en matière de préparation de la stratégie décennale de lutte contre les cancers. Engagée en 2021, cette stratégie se traduit notamment par des engagements croissants de l'INCa pour le financement de la recherche en oncologie, devant en grande partie être couverts par une augmentation du niveau de concours financiers de l'État.*

*Toutefois, les ambitions de la stratégie décennale sont désormais confrontées aux contraintes qui pèsent sur le budget de l'État et qui risquent de ne pas permettre de suivre la trajectoire qui avait été dessinée en 2021. Dès lors, la gestion de l'INCa fait face à présent à d'importantes tensions budgétaires.*

*Pour lui permettre de répondre au rôle important qui lui est assigné par les pouvoirs publics et, en particulier, préserver le niveau de financement de la recherche en oncologie, l'INCa doit donc rechercher des marges de manœuvre. A cet égard, plusieurs pistes doivent être explorées par l'INCa et ses deux ministères de tutelle : rechercher une plus grande mutualisation des fonctions support d'une part, recentrer ses activités sur ses missions d'expertise scientifique et d'appui aux administrations et confier à d'autres acteurs (Santé publique France, Caisse nationale d'assurance maladie) des tâches plus opérationnelles telles que la communication, d'autre part.*

*La définition de la seconde étape de la stratégie décennale et l'élaboration d'un nouveau contrat d'objectifs et de performance, toutes deux prévues en 2025, devraient constituer l'occasion d'engager ces différents chantiers qui permettront à l'INCa d'assurer ses missions fondamentales.*

---

## ANNEXES

Annexe n° 1.	INCa – comptes de résultat – exercices 2019 à 2023.....	67
Annexe n° 2.	INCa – bilans exercices 2019 à 2023 .....	68
Annexe n° 3.	Répartition des dépenses d'intervention de l'INCa par destination (en CP).....	69

Annexe n° 1. INCa – comptes de résultat – exercices 2019 à 2023<sup>170</sup>

N° des postes	CHARGES	2019	2020	2021	2022	2023
60	Achats	135 647,06	140 020,90	152 414,18	154 713,82	189 263,84
606	Achats non stockés de matières et fournitures	135 647,06	140 020,90	152 414,18	154 713,82	189 263,84
61	<b>Services extérieurs</b>	<b>4 367 828,52</b>	<b>4 162 090,69</b>	<b>5 275 086,06</b>	<b>8 020 458,72</b>	<b>7 648 719,27</b>
613	Locations	2 109 016,62	2 174 793,02	2 239 654,98	2 814 376,48	3 377 498,90
614	Charges locatives et de copropriété	603 628,40	655 450,38	647 631,01	647 653,31	741 832,73
615	Entretien et réparations	357 042,21	518 680,12	452 297,83	336 301,40	556 157,23
616	Primes d'assurance	21 537,44	21 750,90	22 620,30	23 333,46	25 507,52
617	Études et recherches	668 134,04	506 950,57	1 504 643,52	3 252 698,78	1 814 630,99
618	Divers	608 469,81	284 465,70	408 238,42	946 095,29	1 133 091,90
62	<b>Autres services extérieurs</b>	<b>9 827 269,51</b>	<b>11 372 877,67</b>	<b>15 515 158,92</b>	<b>17 749 967,29</b>	<b>21 877 231,52</b>
621	Personnel extérieur à l'établissement	141 503,23	153 488,87	159 524,28	172 754,55	281 276,33
6211	<i>Dont Personnel intérimaire</i>	0,00	0,00	0,00	16 931,61	35 461,37
6214	<i>Dont Personnel prêté à l'établissement (y c personnel mis à disposition)</i>	141 503,23	153 488,87	159 524,28	155 822,94	245 814,96
622	Rémunérations d'intermédiaires et honoraires	1 565 999,02	1 716 484,88	1 622 514,74	1 975 760,48	1 942 008,13
623	Information, publications, relations publiques	4 795 306,71	6 280 969,12	10 456 834,37	9 952 859,97	13 412 155,28
624	Transports de biens, d'usagers et transports collectifs du personnel	173 141,19	253 900,73	540 252,09	327 071,94	351 940,69
625	Déplacements, missions, réceptions	789 040,25	223 721,74	97 432,84	538 966,65	584 727,99
626	Frais postaux et frais de télécommunications	51 147,72	40 972,24	84 490,31	52 115,52	49 037,60
627	Services bancaires et assimilés	788,10	797,33	592,52	1 952,05	2 444,00
628	Autres prestations de services à caractère médical	2 310 343,29	2 702 542,76	2 553 517,77	4 728 486,13	5 253 641,50
629	RRRO sur autres services extérieurs	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
63	<b>Impôts, taxes et versements assimilés</b>	<b>1 690 558,54</b>	<b>1 818 256,54</b>	<b>1 728 059,80</b>	<b>1 708 147,67</b>	<b>1 760 793,65</b>
631	Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations (administrations des impôts)	916 486,03	945 242,17	940 744,68	935 732,76	982 066,90
632	Charges fiscales sur congés à payer	1 904,01	4 021,57	-438,63	-1 201,55	1 803,83
633	Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations (autres organismes)	578 418,97	676 549,70	602 012,85	578 009,17	605 460,97
634	Taxes spécifiques	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
635	Autres impôts, taxes et versements assimilés (administrations des impôts)	172 857,00	174 877,00	169 602,00	180 354,00	155 894,00
637	Autres impôts, taxes et versements assimilés (autres organismes)	20 892,53	17 566,10	16 138,90	15 253,29	15 567,95
64	<b>Charges de personnel</b>	<b>11 707 355,41</b>	<b>11 995 025,55</b>	<b>11 744 488,04</b>	<b>11 839 028,06</b>	<b>12 741 604,00</b>
641	Rémunérations du personnel	8 107 719,67	8 316 548,31	8 142 623,29	8 186 653,30	8 815 524,25
645	Charges de sécurité sociale et de prévoyance	3 387 253,13	3 510 629,92	3 425 891,68	3 438 352,07	3 699 857,81
647	Autres charges sociales	212 382,61	167 847,32	167 053,07	186 487,97	196 199,94
648	Autres charges de personnel	0,00	0,00	8 920,00	27 534,72	30 022,00
65	<b>Autres charges de gestion courante</b>	<b>59 108 639,70</b>	<b>60 653 110,33</b>	<b>72 816 810,76</b>	<b>81 869 703,71</b>	<b>102 989 290,39</b>
651	Redevances pour concessions, brevets, licences, procédés...	23 354,31	19 984,89	27 154,94	128 637,25	59 707,46
654	Pertes sur créances irrécouvrables	12 758,30	2 958,32	2 744,80	0,00	0,00
656	Valeur comptable des éléments d'actifs cédés	0,00	0,00	0,00	998,31	0,00
657	Subventions et contributions versées aux tiers	58 133 201,54	60 598 435,53	72 473 023,41	81 447 248,44	102 867 143,33
658	Charges diverses de gestion courante	939 325,55	31 731,59	313 887,61	292 819,71	62 439,60
6581	<i>dont Pénalités</i>	14 409,16	12 610,14	10 217,89	18 840,49	19 867,35
6583	<i>Dont Charges de gestion provenant de l'annulation d'ordres</i>	811 100,51	18 617,17	302 370,82	273 971,33	42 229,04
6588	<i>Dont Autres charges diverses</i>			1 298,90	7,89	343,21
66	<b>Charges financières</b>	<b>340,42</b>	<b>90,89</b>	<b>559,35</b>	<b>235,93</b>	<b>202,75</b>
666	Perte de change	340,42	90,89	559,35	235,93	202,75
67	<b>Charges exceptionnelles (comptes n'existant plus depuis 2016)</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
68	<b>Dotations aux amortissements et aux provisions</b>	<b>690 154,39</b>	<b>668 765,80</b>	<b>596 949,09</b>	<b>609 131,21</b>	<b>919 284,02</b>
6811	Dotations aux amortissements sur immobilisations incorporelles et corporelles	356 538,85	403 958,79	515 845,80	456 912,59	476 071,14
6815	Dotations aux provisions pour risques et charges de fonctionnement et d'intervention	322 488,00	80 894,58	76 947,65	47 676,13	99 853,92
6817	Dotations aux dépréciations des actifs circulants (autres que valeurs mobilières de placement)	11 127,54	183 912,43	4 155,64	104 542,49	343 358,96
	<b>TOTAL DES CHARGES</b>	<b>87 527 793,55</b>	<b>90 810 238,37</b>	<b>107 829 526,20</b>	<b>121 951 386,41</b>	<b>148 126 389,44</b>
	<b>TOTAL DES CHARGES (Vérification)</b>	<b>87 527 793,55</b>	<b>90 810 238,37</b>	<b>107 829 526,20</b>	<b>121 951 386,41</b>	<b>148 126 389,44</b>
	Excédent de l'exercice (Différence entre total produits et total charges)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

  

N° des postes	Intitulé des postes de produits	2019	2020	2021	2022	2023
74	<b>Subventions d'exploitation</b>	<b>93 049 286,76</b>	<b>92 728 945,83</b>	<b>117 521 654,82</b>	<b>128 290 785,99</b>	<b>122 229 422,57</b>
741	Subventions d'exploitation	87 651 647,81	87 684 417,82	112 326 386,38	123 535 034,30	118 025 985,52
7411	<i>Dont Ministères de tutelle</i>	84 059 963,00	82 834 631,00	106 094 351,00	114 758 880,00	105 335 573,00
744	Collectivités territoriales, organismes publics et organismes internationaux	10 361,46	182 486,77	259 638,10	353 924,32	719 434,72
746	Dons, legs, mécénat	315 195,86	-1 378,70	800 150,00	1 076 734,63	0,00
748	Produits des ressources affectées au titre des études et recherches	5 072 081,63	4 863 419,94	4 135 480,34	3 325 092,74	3 484 002,33
75	<b>Autres produits de gestion courante</b>	<b>2 614 244,27</b>	<b>1 906 114,35</b>	<b>2 904 377,10</b>	<b>948 139,61</b>	<b>2 196 748,23</b>
754	Quote-part d'éléments virés au compte de résultat	0,00	0,00	0,00	0,00	1 169 725,74
756	Produits des cessions d'éléments d'actif	0,00	0,00	0,00	799,20	0,00
757	Produits spécifiques	2 115 454,21	602 555,02	2 522 316,08	920 838,50	881 858,13
758	Divers autres produits	498 790,06	1 303 559,33	382 061,02	26 501,91	145 164,36
7583	<i>Dont Produits de gestion provenant de l'annulation de demandes de paiement des exercices antérieurs</i>			377 701,85	11 066,76	129 408,08
7584	<i>Dont Contentieux</i>	25291,44	0	0,00	0,00	0,00
7588	<i>Dont Autres produits divers</i>	163507,65	1079472,97	4 359,17	15 435,15	15 756,28
76	<b>Produits financiers</b>	<b>414,63</b>	<b>220,05</b>	<b>61,13</b>	<b>47,65</b>	<b>162,16</b>
766	Gains de change	414,63	220,05	61,13	47,65	162,16
78	<b>Reprises sur amortissements et provisions</b>	<b>248 844,40</b>	<b>17 148,85</b>	<b>33 487,36</b>	<b>248 873,07</b>	<b>730 833,33</b>
781	Reprises sur amortissements et provisions d'exploitation	248 844,40	17 148,85	33 487,36	248 873,07	730 833,33
7815	<i>Dont reprises sur provisions et charges de fonctionnement et d'intervention</i>	535,29	0	0,00	60 805,00	692 294,00
7817	<i>Dont Reprises sur dépréciation des actifs circulants (autres que valeurs mobilières de placement)</i>			33 487,36	188 068,07	38 539,33
	<b>TOTAL DES PRODUITS</b>	<b>95 912 790,06</b>	<b>94 652 429,08</b>	<b>120 459 580,41</b>	<b>129 487 846,32</b>	<b>125 157 166,29</b>
	<b>TOTAL DES PRODUITS</b>	<b>95 912 790,06</b>	<b>94 652 429,08</b>	<b>120 459 580,41</b>	<b>129 487 846,32</b>	<b>125 157 166,29</b>

<sup>170</sup> Le compte financier de 2024 n'était pas disponible au moment du contrôle de la Cour.

Annexe n° 2. INCa – bilans exercices 2019 à 2023<sup>171</sup>

ACTIF DU BILAN (En euros)	2019	2020	2021	2022	2023
Immobilisations incorporelles	509 590	562 546	449 708	281 817	615 126
Immobilisations corporelles	224 554	267 593	256 056	266 430	268 423
<b>Actif immobilisé net</b>	<b>734 144</b>	<b>830 139</b>	<b>705 764</b>	<b>548 247</b>	<b>883 549</b>
Clients et comptes rattachés	234 549	316 773	280 985	577 637	552 287
Avances et acomptes versés sur commande	0	0	987 768	24 678	5 470
Créances sur les autres débiteurs	7 621 734	6 989 761	9 745 481	10 318 565	14 525 012
Charges constatées d'avance, dont primes de remboursement des emprunts)	186 730	171 154	718 173	346 345	413 158
<b>Actif circulant net hors trésorerie</b>	<b>8 043 012</b>	<b>7 477 687</b>	<b>11 732 407</b>	<b>11 267 225</b>	<b>15 495 928</b>
<b>Trésorerie</b>	<b>33 388 495</b>	<b>36 809 262</b>	<b>47 928 672</b>	<b>57 563 986</b>	<b>24 862 168</b>
Ecart de conversion et compte de régularisation Actif	340	91	0	0	0
<b>ACTIF</b>	<b>42 165 992</b>	<b>45 117 179</b>	<b>60 366 842</b>	<b>69 379 458</b>	<b>41 241 644</b>

PASSIF DU BILAN (En euros)	2 019	2 020	2 021	2 022	2 023
Réserves	14 179 243	22 564 239	26 406 430	39 036 484	46 572 944
Résultat de l'exercice	8 384 997	3 842 191	12 630 054	7 536 460	-22 969 223
<b>Capitaux propres</b>	<b>22 564 239</b>	<b>26 406 430</b>	<b>39 036 484</b>	<b>46 572 944</b>	<b>23 603 721</b>
<b>Provisions pour risques et charges ( hors dépréciation )</b>	<b>997 003</b>	<b>1 077 898</b>	<b>1 154 845</b>	<b>1 141 717</b>	<b>549 276</b>
Dettes Fournisseurs et comptes rattachés	1 643 677	1 294 467	2 095 951	1 974 543	2 200 344
Dettes fiscales et sociales	1 626 299	1 805 485	1 713 235	1 801 059	1 899 745
Avances et acomptes reçus	13 618 429	14 330 344	16 270 587	17 224 235	11 385 440
Autres dettes non financières	641 468	202 336	95 740	664 962	1 603 118
<b>Dettes non financières</b>	<b>18 604 335</b>	<b>17 632 631</b>	<b>20 175 513</b>	<b>21 664 798</b>	<b>17 088 647</b>
Ecart de conversion et compte de régularisation Passif	415	220	0	0	0
<b>PASSIF</b>	<b>42 165 992</b>	<b>45 117 179</b>	<b>60 366 842</b>	<b>69 379 458</b>	<b>41 241 644</b>

<sup>171</sup> Le compte financier de 2024 n'était pas disponible au moment du contrôle de la Cour.

**Annexe n° 3. Répartition des dépenses d'intervention de l'INCa par destination  
(en CP)**

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
<i>Observation et évaluation en santé publique</i>		6 178 500	6 087 840	6 845 250	7 598 650	7 137 500
<i>Prévention/Dépistage</i>		4 669 860	3 209 240	3 331 350	4 389 240	3 153 900
<i>Organisation des soins et qualité de vie</i>		15 000	1 035 000	2 498 800	2 522 780	1 425 200
<i>Innovations thérapeutiques</i>		5 490 950	4 625 010	4 223 200	4 664 440	5 302 080
<i>Recherche translationnelle et clinique</i>			10 376 510	12 785 140	15 132 220	14 079 010
<i>Recherche en sciences humaines et sociale, épidémiologie et santé publique</i>			8 832 570	12 682 790	10 370 550	10 821 190
<i>Recherche intégrée</i>			16 422 420	18 487 020	25 722 660	18 695 980
<i>Recherche fondamentale</i>			21 978 930	24 305 900	28 504 460	28 351 040
<i>Information des publics</i>			40 000	130 000	140 000	100 000
<i>Autres fonctions d'appui aux métiers</i>			40 780	10 800	540 000	-
<i>Fonctions de pilotage et de support</i>			50 000	57 750	55 000	90 000