



2025/2139(INI)

23.3.2026

PROJET DE RAPPORT

sur la mise en œuvre du plan européen pour vaincre le cancer

(2025/2139(INI))

Commission de la santé publique

Rapporteur: Vlad Vasile-Voiculescu

SOMMAIRE

	Page
EXPOSÉ DES MOTIFS – RÉSUMÉ DES FAITS ET CONSTATS.....	3
PROPOSITION DE RÉSOLUTION DU PARLEMENT EUROPÉEN	8
ANNEXE: DÉCLARATION DES CONTRIBUTIONS.....	14

EXPOSÉ DES MOTIFS – RÉSUMÉ DES FAITS ET CONSTATS

Toutes les deux minutes, un Européen meurt d'un cancer. En 2022, 2,7 millions d'Européens ont été diagnostiqués d'un cancer et 1,3 million sont décédés des suites de cette maladie. Sans mesures décisives, le vieillissement démographique entraînera une hausse de 18 % du nombre de nouveaux cas et de 26 % du nombre de décès d'ici à 2040. Le coût économique annuel de cette affection dépasse déjà 100 milliards d'euros. Les États membres perdent l'équivalent de 1,1 million de travailleurs à temps plein chaque année¹, et les dépenses de soins contre le cancer par habitant devraient augmenter de 59 % d'ici à 2050².

Selon le rapport Draghi sur la compétitivité européenne, le défi principal de l'Europe réside dans l'écart croissant entre la qualité de sa recherche scientifique et sa capacité à transformer cette recherche en produits et services accessibles aux citoyens. Mario Draghi signale que ne pas combler cet écart marquerait le début d'une «lente agonie». Ce phénomène est d'autant plus vrai lorsqu'il s'agit de lutte contre le cancer. L'Europe s'est dotée de systèmes de santé parmi les plus solides au monde, d'une couverture universelle à laquelle la plupart des pays ne peuvent qu'aspirer, ainsi que d'infrastructures de dépistage à l'échelle de la population qui produisent des données d'une qualité inégale. L'industrie pharmaceutique européenne arrive toujours en tête au niveau mondial du point de vue de la valeur commerciale. Les chercheurs européens ont produit les données les plus importantes au monde sur l'utilisation de l'intelligence artificielle (IA) dans le dépistage du cancer. La question que pose ce rapport est de savoir si nous saurons tirer parti de ces atouts, ou si nous accepterons que les innovations issues de la recherche européenne et des investissements publics européens soient commercialisées et développées ailleurs, ce qui obligerait les systèmes de santé européens à racheter à prix d'or ce qu'ils ont contribué à développer.

Les accomplissements du plan européen pour vaincre le cancer

Le point de départ de ce rapport est une évaluation positive. Lancé en février 2021, le plan européen pour vaincre le cancer constitue le cadre de lutte contre le cancer le plus complet jamais adopté au niveau de l'Union. Il a permis de mobiliser 4 milliards d'euros, d'articuler la stratégie autour de quatre piliers cohérents et de réaliser des avancées tangibles, parmi lesquelles: l'extension des recommandations de dépistage aux cancers du poumon, de la prostate et de l'estomac; la création du premier réseau européen reliant les centres intégrés de cancérologie nationaux; et le lancement de 898 projets de recherche axés sur le cancer dans le cadre d'Horizon Europe. Plus de 90 % des actions prévues ont été menées à bien ou sont en cours. Je tiens à saluer les efforts déployés par la DG SANTE et les services de la Commission pour continuer de mettre en œuvre ce programme malgré des circonstances difficiles, notamment au regard de la baisse de 35 % à mi-parcours du budget du programme «L'UE pour la santé». Il s'agit de bases solides que le présent rapport cherche à développer, et non à fragiliser.

¹ OCDE (2024), *Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society* (Lutter contre les conséquences du cancer sur la santé, l'économie et la société), Études de l'OCDE sur la politique de santé, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>.

² OCDE/Commission européenne (2026), «*Delivering High Value Cancer Care: European Cancer Inequalities Registry Analytical Report*» (Offrir des soins oncologiques à forte valeur ajoutée: rapport analytique du registre européen des inégalités en matière de cancer), Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/060869fe-en>.

La nécessité d'une évaluation honnête

S'appuyer sur ces bases exige toutefois de faire preuve de lucidité quant au chemin qu'il reste à parcourir. L'estimation de 90 % de mise en œuvre reflète le nombre de mesures qui ont été lancées, et non pas les bénéfices de celles-ci sur les patients et le taux de survie. Le rapport spécial de la Cour des comptes européenne de février 2026 a confirmé que le plan manquait d'indicateurs de résultat cohérents.

En matière de **prévention**: des retards sur certains engagements législatifs majeurs ont été observés: la révision de la directive sur les produits du tabac et les avertissements sanitaires obligatoires sur l'alcool, promis pour 2023, n'ont pas été concrétisés. De nouvelles données de l'OMS publiées en 2025³ mettent en évidence une urgence: la Région européenne de l'OMS enregistre la prévalence de tabagisme la plus élevée au monde, avec 173 millions de fumeurs adultes (24,1 %), et devrait afficher le taux de prévalence mondial le plus élevé d'ici à 2030. Parmi les jeunes de 13 à 15 ans, 4 millions consomment déjà du tabac, et les jeunes filles européennes présentent la prévalence de tabagisme la plus élevée de toutes les régions de l'OMS. Les 62 millions de fumeuses recensées dans la région européenne représentent plus de 40 % des fumeuses adultes dans le monde. L'usage de la cigarette électronique chez les 15-16 ans atteint en moyenne 22 % dans 34 pays européens, contre 14 % en 2019, avec une prévalence plus élevée chez les filles (25 %) que chez les garçons (19 %). En 2023, dans la région, 467 000 personnes sont décédées d'un cancer provoqué par le tabac. Compte tenu de ces chiffres, le report continu de la révision de la directive sur les produits du tabac n'est plus seulement regrettable, il est inacceptable.

Le lieu de naissance d'un citoyen européen détermine encore, de façon inacceptable, ses chances d'être dépisté à un stade précoce, de bénéficier d'un traitement efficace et de survivre au cancer. L'écart de 20 % de chances de survie au cancer du sein et le fait que les dépistages sont dix fois moins pratiqués dans certains États membres n'ont rien d'anecdotique: ils illustrent l'ampleur du travail qu'il reste à accomplir dans le cadre du plan.

La majeure partie du budget de l'Union consacré à la lutte contre le cancer est destinée à la recherche. Cet investissement est précieux: la recherche fondamentale constitue le socle sur lequel repose tout progrès clinique, et elle ne devrait pas être évaluée uniquement à l'aune des résultats immédiats pour les patients. Toutefois, le portefeuille de l'Union en matière de cancer ne dispose pas d'une réserve spécifique pour traduire les résultats de la recherche en applications cliniques. Il s'agit là d'un problème de conception des politiques, et non d'un problème de qualité de la recherche. Le centre de connaissances sur le cancer du JRC suit 4 106 projets liés au cancer financés entre 2014 et 2024, pour un montant total de 7 milliards d'euros de contributions de l'Union. Plus de 93 % de ces financements passent par Horizon 2020 et Horizon Europe. Sur les 1 881 projets de lutte contre le cancer menés à bien dans le cadre d'Horizon 2020, 76,9 % sont restés au stade de recherche préclinique ou fondamentale. Seuls 20,2 % prévoyaient, dès la conception, d'associer directement le milieu clinique. Bien que les éléments livrables des différents projets soient enregistrés dans CORDIS pour les projets financés par Horizon, aucun cadre de l'Union n'évalue si ces résultats ont donné lieu à des pratiques cliniques ou à des résultats pour les patients. Il s'agit précisément de l'écart identifié par Mario Draghi dans l'industrie européenne: la solidité de la recherche ne se concrétise pas

³ OMS (2025), «WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2024 and projections 2025–2030» (Rapport mondial de l'OMS sur les tendances de la prévalence du tabagisme 2000-2024 et les projections 2025-2030), <https://www.who.int/publications/i/item/9789240116276>.

en innovations dont les citoyens pourraient bénéficier.

Même les innovations qui franchissent l'étape de recherche et donnent lieu à des applications cliniques sont confrontées à des obstacles réglementaires croissants. Aux États-Unis, les dispositifs médicaux d'IA reçoivent une autorisation de la FDA dans un délai médian de 142 jours. En Europe, il faut compter entre 13 et 18 mois pour obtenir le marquage CE conformément au règlement relatif aux dispositifs médicaux. Avant l'entrée en vigueur du règlement relatif aux dispositifs médicaux en 2021, l'Europe était en réalité en avance sur les États-Unis en ce qui concerne l'approbation des dispositifs médicaux basés sur l'IA⁴. Aujourd'hui, la FDA a autorisé plus de 1 200 dispositifs d'IA, alors que l'Europe ne dispose ni d'un registre centralisé ni d'un décompte comparable. Il n'y a guère d'intérêt à investir des milliards dans la recherche sur le cancer si le cadre réglementaire est tel que les innovations en résultant bénéficient aux patients américains plusieurs années avant les patients européens.

De la recherche aux patients: combler le fossé de mise en œuvre

Ces conclusions mènent à une proposition claire: la prochaine phase du plan européen pour vaincre le cancer doit compléter les subventions à la recherche par des instruments destinés à favoriser la mise en œuvre. Le fait que l'article 168 du traité FUE limite l'Union à un rôle de soutien et de coordination constitue une objection courante au renforcement de l'action de l'Union contre le cancer. Cependant, les obstacles juridiques à l'action de l'Union dans le domaine de la santé sont moins restrictifs qu'on ne le croit généralement. L'Union a déjà utilisé la législation relative au marché intérieur, les programmes de recherche, les recommandations du Conseil et le règlement de 2022 sur les menaces transfrontières pour la santé pour construire l'architecture de la politique de lutte contre le cancer dont nous disposons aujourd'hui. Il existe donc des instruments. La question est de savoir si l'utilisation que nous en faisons est à la hauteur des enjeux.

Concrètement, je propose quatre changements. **Premièrement**, des tranches variables fondées sur les résultats, inspirées de la facilité pour la reprise et la résilience, qui lient une part du financement de la lutte contre le cancer à des objectifs vérifiés en matière de dépistage et de vaccination. **Deuxièmement**, remettre en question les prix liés aux engagements de l'Union en matière de marchés publics, en veillant à ce qu'un diagnostic à faible coût sélectionné fasse l'objet d'un accord-cadre accessible à tous les États membres, plutôt qu'il ne reste dans un laboratoire. **Troisièmement**, créer des dispositifs d'expérimentation réglementaire appliqués à l'IA au titre du règlement sur l'IA, lequel impose à chaque État membre de mettre en place, d'ici à août 2026, au moins un dispositif de ce type destiné au dépistage du cancer et lié à l'accès aux données de l'EUCAIM. Compte tenu du vide réglementaire décrit ci-dessus, ces dispositifs d'expérimentation sont essentiels pour garantir que les outils de dépistage basés sur l'IA qui ont été validés puissent être déployés dans des conditions contrôlées pendant que le processus complet de vérification de la conformité suit son cours. **Quatrièmement**, appliquer le principe de conditionnalité dans la politique de cohésion en exigeant un plan national actualisé de lutte contre le cancer comme condition préalable aux investissements du FEDER liés à la santé, avec une conception à plusieurs niveaux qui valorise les progrès réalisés par rapport au niveau de référence de chaque pays plutôt que d'imposer des seuils uniformes.

⁴ Muehlematter, U., Daniore, P., Vokinger, K., «*Approval of artificial intelligence and machine learning-based medical devices in the USA and Europe (2015–20): a comparative analysis*», The Lancet Digital Health, 2021.

Le fait que de meilleures approches existent ne relève plus de la théorie. L'essai suédois MASAI⁵ a montré que la mammographie assistée par l'IA a permis d'augmenter la détection des cancers de 29 % et de réduire de 44 % la charge de travail des radiologues. En Allemagne, l'interprétation assistée par l'IA, utilisée pour 463 000 femmes, a permis d'augmenter le taux de détection de 17,6 %, sans accroître le nombre de faux positifs⁶. L'Allemagne est allée encore plus loin: son programme national de dépistage du cancer du poumon, mis en place en juillet 2024, oblige tous les radiologues participants à utiliser l'IA. Autant d'initiatives déjà menées dans les limites du cadre réglementaire de l'Union. Les modélisations de l'OCDE montrent qu'atteindre des niveaux de facteurs de risque conformes aux bonnes pratiques dans toute l'Europe permettrait d'économiser 20 milliards d'euros par an et d'empêcher près de 300 000 décès prématurés. Les preuves existent, mais elles nécessitent de prendre des décisions politiques concrètes.

Les systèmes de santé et l'industrie pharmaceutique européens constituent un immense atout concurrentiel. Le rapport Draghi souligne que les investissements privés de l'Union dans les produits pharmaceutiques représentent un quart de ceux réalisés aux États-Unis et que les dépenses publiques de recherche et développement en représentent moins de la moitié. Mais l'Europe possède des atouts dont les États-Unis ne peuvent pas se vanter: une couverture santé universelle, des programmes structurés de dépistage de la population et un espace européen des données de santé. Voilà les éléments qui permettent d'entraîner et de valider l'IA à une échelle et avec une diversité qu'aucune autre région ne peut égaler. En investissant dans la transformation du fruit de ses recherches sur le cancer en outils cliniques fonctionnels, l'Union pourra offrir à ses citoyens des solutions de diagnostic plus précoce et de meilleures chances de survie, tout en développant une industrie technologique de santé compétitive à l'échelle mondiale. Si elle ne le fait pas, elle assistera au transfert des innovations européennes vers les États-Unis et la Chine, et les systèmes de santé européens finiront par devoir acheter, au tarif plein, des produits que les contribuables européens ont aidé à développer.

Rôle de ce Parlement

Si nous demandons à la Commission d'obtenir de meilleurs résultats, nous devons nous donner les moyens de vérifier qu'ils sont atteints. D'autres commissions ont mis en place ce type de suivi structuré: la commission ECON mène des dialogues monétaires trimestriels avec la présidente de la BCE et entretient des dialogues réguliers sur la reprise et la résilience avec la Commission; les commissions AGRI et EMPL organisent régulièrement des dialogues structurés avec leurs commissaires respectifs. Je propose de doter la commission SANT des deux mécanismes concrets suivants.

Un dialogue structuré sur la mise en œuvre du plan européen pour vaincre le cancer, obligeant la Commission à faire un rapport annuel à la commission SANT sur la base d'un ensemble d'indicateurs de performance clés couvrant tous les piliers du plan, ventilés par État membre.

⁵ Hernström, V., Josefsson, V., Sartor, H., Schmidt, D., Larsson, A-M., Hofvind, S., Andersson, I., Rosso, A., Lång, K., «*Screening performance and characteristics of breast cancer detected in the Mammography Screening with Artificial Intelligence trial (MASAI): a randomised, controlled, parallel-group, non-inferiority, single-blinded, screening accuracy study*», The Lancet Digital Health, 2025.

⁶ Eisemann, N., Bunk, S., Mukama, T., Baltus, H., Elsner, S.A., Gomille, T., Hecht, G., Heywang-Köbrunner, S., Rathmann, R., Siegmann-Luz, K., Töllner, T., Vomweg, T.W., Leibig, C., Katalinic, A., «*Nationwide real-world implementation of AI for cancer detection in population-based mammography screening*», Nat Med. 2025.

Un tableau de bord indépendant sur la mise en œuvre de la stratégie de lutte contre le cancer, élaboré par le service de recherche du Parlement européen, s'appuyant sur les données du registre des inégalités face au cancer, des profils de cancers par pays définis par l'OCDE et du système européen d'information sur le cancer. Sans un suivi systématique et indépendant, la prochaine phase du plan pour vaincre le cancer risque de reproduire le même schéma: des annonces ambitieuses suivies d'une mise en œuvre incomplète.

Le cancer concernera toutes les familles européennes. Ce Parlement a la légitimité démocratique nécessaire pour faire en sorte que l'ambition de l'Europe se traduise par des résultats concrets. J'attire l'attention de mes collègues sur l'importance de cette résolution, qui constitue une évaluation honnête de la situation et la base d'une politique plus forte et plus pertinente en matière de lutte contre le cancer, capable de sauver des vies, de réduire les inégalités et de maintenir l'Europe à la pointe de l'innovation dans le domaine de la santé.

PROPOSITION DE RÉSOLUTION DU PARLEMENT EUROPÉEN

sur la mise en œuvre du plan européen pour vaincre le cancer (2025/2139(INI))

Le Parlement européen,

- vu l'article 168 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne,
- vu le rapport de Mario Draghi du 9 septembre 2024 sur l'avenir de la compétitivité européenne (ci-après dénommé «rapport Draghi»),
- vu sa résolution du 16 février 2022 sur le renforcement de l'Europe dans la lutte contre le cancer – vers une stratégie globale et coordonnée⁷,
- vu la communication de la Commission du 3 février 2021 intitulée «Plan européen pour vaincre le cancer» (COM(2021)0044),
- vu sa résolution du 12 février 2026 sur la Journée mondiale contre le cancer⁸,
- vu la déclaration commune des commissaires Olivér Várhelyi et Maria Luís Albuquerque du 4 février 2026 sur la Journée mondiale contre le cancer et le «droit à l'oubli»,
- vu le rapport spécial 07/2026 de la Cour des comptes européenne du 19 février 2026, intitulé «Plan européen de lutte contre le cancer – Un plan ambitieux à l'avenir incertain»,
- vu l'étude de la Commission intitulée «Study on mapping and evaluating the implementation of the Europe's Beating Cancer Plan – Final report», publiée le 4 février 2025,
- vu l'étude intitulée «Europe's Beating Cancer Plan: Implementation findings – European implementation assessment» (Plan européen pour vaincre le cancer: les résultats de sa mise en œuvre – évaluation de la mise en œuvre européenne), publiée par sa direction générale des services de recherche parlementaire le 20 octobre 2025,
- vu le rapport de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et de la Commission intitulé «EU Country Cancer Profiles Synthesis Report 2025», publié le 3 février 2025,
- vu l'article 55 de son règlement intérieur, ainsi que l'article 1, paragraphe 1, point e), et l'annexe 3 de la décision de la Conférence des présidents du 12 décembre 2002 relative à la procédure d'autorisation pour l'élaboration de rapports d'initiative,
- vu le rapport de la commission de la santé publique (A10-0000/2026),

A considérant que le plan européen pour vaincre le cancer (ci-après dénommé le «plan») a

⁷ JO C 342 du 6.9.2022, p. 109.

⁸ Textes adoptés de cette date, P10_TA(2026)0052.

été lancé en 2021, comme l'une des pierres angulaires de l'union européenne de la santé;

- B. considérant que le plan s'articule autour de quatre piliers, à savoir la prévention, la détection précoce, le diagnostic et le traitement, ainsi que la qualité de vie, et qu'il comporte trois thèmes transversaux, qui sont la recherche et l'innovation, les inégalités et les cancers pédiatriques;
- C. considérant que l'on estime à 2,7 millions le nombre de nouveaux cas de cancer et à 1,3 million le nombre de décès des suites du cancer pour la seule année 2022;
- D. considérant que, d'ici à 2040, les cas de cancer et les décès dus au cancer devraient respectivement augmenter de 18,3 % et de 26,3 %;
- E. considérant que l'incidence économique du cancer dans l'Union dépasse déjà 100 milliards d'euros par an, étant donné que les États membres perdent l'équivalent de 1,1 million de travailleurs à temps plein par an, et que les dépenses de soins contre le cancer par habitant devraient augmenter de 59 % d'ici à 2050;
- F. considérant qu'il existe encore de grandes disparités entre les États membres et au sein de ceux-ci concernant l'incidence, la détection, le traitement et la survie en matière de cancer;
- G. considérant que la prévention est, à long terme, la stratégie de lutte contre le cancer la plus efficace au regard des coûts; que 40 % des cas de cancer peuvent être évités en limitant les facteurs de risque tels que le tabac, l'alcool, l'obésité, la pollution de l'environnement et les substances dangereuses;
- H. considérant que le tabac est responsable de 27 % de tous les cancers et que 90 % des cas de cancer du poumon peuvent être évités en éliminant la consommation de tabac;
- I. considérant que le cancer est la cause de trois décès liés à l'alcool sur dix;
- J. considérant que 16 % des adultes de l'Union souffraient d'obésité en 2019;
- K. considérant que les cancers causés par des infections représentent plus de 7 % de l'ensemble des cas de cancer dans l'Union;
- L. considérant qu'environ 24 % des nouveaux cas de cancer dans l'Union sont des cancers rares;
- M. considérant que le cancer est la principale cause de décès lié à une maladie chez les enfants de plus d'un an dans l'Union, avec plus de 15 500 diagnostics et plus de 2 000 décès enregistrés en 2020;
- N. considérant que les patients atteints d'un cancer qui recherchent des soins de santé transfrontaliers se heurtent à des obstacles importants pour bénéficier d'un traitement spécialisé en temps utile;
- O. considérant que les instruments actuels de financement de la lutte contre le cancer reposent principalement sur des subventions réparties entre plusieurs cadres, ce qui entraîne une fragmentation administrative et une incapacité structurelle à financer les

infrastructures de soins de longue durée contre le cancer;

- P. considérant que l'absence de cadre de suivi et d'évaluation assorti d'indicateurs, de valeurs de référence et d'objectifs mesurables rend difficile l'estimation de l'efficacité et de l'incidence à long terme du plan;

Introduction

1. se félicite du plan, qui constitue un cadre novateur couvrant l'ensemble du parcours de prise en charge du cancer au niveau de l'Union et une pierre angulaire de l'union européenne de la santé;
2. constate que plus de 90 % des mesures du plan ont été menées à bien ou sont en cours; regrette que les critères d'évaluation s'intéressent à l'achèvement des processus plutôt qu'aux résultats en matière de santé;

Gouvernance et financement

3. prend acte de l'allocation sans précédent de 4 milliards d'euros au plan, dont 49,4 % sont consacrés à la prévention, 24,9 % au dépistage, 13,9 % au traitement, 6,8 % à la qualité de vie et 4,6 % aux inégalités;
4. s'inquiète vivement de la réduction de 1 milliard d'euros du financement du programme «L'UE pour la santé»; invite la Commission à garantir un financement adéquat et prévisible pour la lutte contre le cancer dans le cadre financier pluriannuel 2028-2034;
5. se réjouit de l'étroite collaboration entre le plan et la mission de l'Union contre le cancer, et des 898 projets axés sur le cancer, dont 61 projets menés par la mission contre le cancer, qui ont été sélectionnés pour bénéficier d'un financement total de 2,086 milliards d'euros;
6. déplore que la feuille de route de mise en œuvre du plan fonctionne principalement comme un outil de suivi plutôt que comme un mécanisme de responsabilisation; invite la Commission à mettre en place un cadre de suivi complet lié aux indicateurs de résultats et aux rapports réguliers sur la responsabilité;

Prévention

7. réaffirme l'objectif de créer une «génération sans tabac» d'ici à 2040; prie instamment la Commission de présenter, sans plus tarder, une proposition de révision de la législation de l'Union sur le tabac;
8. déplore les progrès limités accomplis concernant l'inclusion obligatoire de listes d'ingrédients et d'avertissements sanitaires sur les étiquettes des boissons alcoolisées; demande à la Commission de présenter sans délai des propositions législatives dans ce domaine;
9. invite la Commission à accélérer les travaux sur l'étiquetage nutritionnel obligatoire sur la face avant des emballages et à proposer des solutions pour réduire la consommation d'aliments riches en matières grasses et ultratransformés, en particulier chez les jeunes;
10. se félicite que le programme «L'UE pour la santé» ait financé plusieurs projets de

vaccination contre le papillomavirus humain; demande à la Commission d'augmenter le taux de vaccination contre l'hépatite B et d'améliorer le traitement contre l'hépatite C et les infections à *Helicobacter pylori* afin de prévenir les cancers du foie et de l'estomac;

11. insiste sur la cinquième édition du code européen contre le cancer, avec ses 14 recommandations fondées sur des données probantes qui combinent des mesures individuelles et des mesures à l'échelle de la population; précise qu'elle fournit une base scientifique solide pour le développement d'un outil de prévention numérique personnalisé;

Détection précoce

12. se réjouit de l'action conjointe «EUCanScreen» et des projets de dépistage du cancer du poumon, de la prostate et de l'estomac; invite la Commission à intensifier sans délai ses efforts pour atteindre l'objectif de 90 % de dépistage;
13. constate avec une vive inquiétude que les taux de dépistage du cancer du sein varient, dans l'Union, de moins de 10 % à plus de 90 %, et que les taux de participation stagnent, voire diminuent; souligne la nécessité d'investir dans les infrastructures de dépistage et dans des actions de sensibilisation adaptées culturellement;

Diagnostic et traitement

14. constate avec inquiétude que d'importantes disparités persistent dans les taux de survie au cancer, puisque les taux de survie au cancer du sein varient jusqu'à 20 % d'un État membre à l'autre et que ceux de survie au cancer du côlon oscillent, dans l'Union, entre 49 % et 68 %;
15. salue la création du réseau européen reliant les centres intégrés de cancérologie nationaux;
16. explique que les réseaux européens de référence sont essentiels pour vaincre les cancers rares, mais que les parcours de soins transfrontières ne sont toujours pas assez utilisés; sollicite des investissements durables dans les réseaux européens de référence, ainsi que des mesures visant à garantir que chaque patient atteint d'un cancer rare ait accès à une expertise pluridisciplinaire;
17. souligne que la nutrition reste insuffisamment intégrée dans la prise en charge du cancer dans l'ensemble de l'Union; invite la Commission à élaborer des normes de qualité minimales au niveau de l'Union pour le soutien nutritionnel dans la prise en charge du cancer;
18. déplore les disparités observées entre les États membres en matière d'accès aux médicaments anticancéreux; prend acte des progrès accomplis concernant la proposition de règlement sur les médicaments critiques et le train de réformes pharmaceutiques, qui visent, entre autres, à réduire les inégalités d'accès aux médicaments anticancéreux;

Qualité de vie

19. invite la Commission à proposer des mesures concrètes pour soutenir le retour à l'emploi des personnes ayant survécu au cancer; demande à la Commission de combler les lacunes

de la législation sur le droit à l'oubli;

20. met en évidence le rôle crucial des aidants informels; souligne qu'il est urgent d'intégrer un soutien psychosocial et en matière de santé mentale, y compris les soins palliatifs, dans la prise en charge standard contre le cancer;

Inégalités

21. réaffirme que les inégalités en matière de cancer entre les États membres et au sein de ceux-ci découlent de causes structurelles plus profondes; invite la Commission à fournir un soutien différencié pour contribuer à réduire les inégalités en matière de cancer;
22. se félicite du lancement du registre des inégalités face au cancer en 2022 et demande que ce registre soit tenu, mis à jour et utilisé pour orienter des investissements et des interventions stratégiques ciblés;
23. sollicite des interventions ciblées et des stratégies de sensibilisation pour veiller à ce que les groupes défavorisés et marginalisés bénéficient d'un accès équitable aux soins contre le cancer;
24. invite la Commission à tenir compte de la dimension de genre des inégalités face au cancer, notamment en ce qui concerne l'exposition aux facteurs de risque et la participation au dépistage;

Cancers pédiatriques

25. demande que l'accès transfrontalier aux soins contre le cancer et aux thérapies expérimentales soit amélioré de toute urgence; invite la Commission à réviser la directive relative aux soins de santé transfrontaliers⁹ afin d'y inclure un soutien pratique aux familles de patients atteints d'un cancer et de simplifier les procédures d'autorisation préalable;

Communication

26. demande à la Commission d'élaborer une stratégie de communication globale, centrée sur les citoyens, qui mette l'accent sur les résultats concrets du plan, afin de sensibiliser les citoyens à l'incidence tangible de l'Union sur la prévention, le dépistage, le traitement et la survie face au cancer;
27. souligne que la mésinformation liée à la santé sape la confiance du public et contribue à la baisse des taux de dépistage, à la réticence à la vaccination et aux retards de diagnostic; invite la Commission à lutter contre la mésinformation dans le cadre de sa stratégie de communication;

Perspectives

28. demande à la Commission de garantir la poursuite et le renforcement du plan en lui

⁹ Directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers (JO L 88, 4.4.2011, p. 45, ELI: <http://data.europa.eu/eli/dir/2011/24/oj>).

allouant au moins 2 milliards d'euros dans le cadre financier pluriannuel 2028-2034;

29. demande à la Commission de veiller à ce qu'une ligne de financement dédiée de la Banque européenne d'investissement soit mise à la disposition des centres nationaux intégrés de cancérologie, de façon à couvrir les infrastructures, l'interopérabilité informatique et l'harmonisation des protocoles cliniques, en donnant la priorité aux régions qui présentent des déficits avérés dans la prise en charge du cancer;
30. invite la Commission à garantir qu'une part minimale soit allouée à la lutte contre le cancer lors de la répartition des recettes attendues des droits d'accise sur le tabac et des mesures fiscales sur les aliments ultra-transformés, tel que le prévoit le plan pour un cœur en bonne santé;
31. demande à la Commission de passer, lors de la prochaine phase de mise en œuvre du plan, d'un financement basé sur les moyens engagés à une mise en œuvre liée aux résultats pour l'ensemble des instruments de financement pertinents de l'Union;
32. précise que la prochaine phase de mise en œuvre du plan doit inclure un cadre complet de suivi et d'évaluation pour évaluer la qualité et l'efficacité de sa mise en œuvre;
33. prie instamment la Commission, à cet égard, d'établir un dialogue structuré annuel sur la mise en œuvre du plan et de rendre compte à la commission de la santé publique du Parlement en s'appuyant sur un ensemble d'indicateurs de performance clés applicables à tous les piliers du plan, ventilés par État membre;
 -
 - ◦
34. charge sa Présidente de transmettre la présente résolution au Conseil et à la Commission.

ANNEXE: DÉCLARATION DES CONTRIBUTIONS

Conformément à l'article 8 de l'annexe I du règlement intérieur, le rapporteur déclare avoir inclus dans son rapport des contributions sur des questions relatives à l'objet du dossier qu'il a reçues, pour l'élaboration du projet de rapport, de la part des représentants d'intérêts relevant du champ d'application de l'accord interinstitutionnel sur un registre de transparence obligatoire suivants¹, ou des représentants des autorités publiques de pays tiers, y compris leurs missions diplomatiques et ambassades, suivants:

1. Représentants d'intérêts relevant du champ d'application de l'accord interinstitutionnel sur un registre de transparence obligatoire
DG SANTE
EFPIA
Biohit
ECO
European Society for Paediatric Oncology
2. Représentants des autorités publiques de pays tiers, y compris leurs missions diplomatiques et ambassades

La liste ci-dessus est établie sous la responsabilité exclusive du rapporteur.

Lorsque des personnes physiques sont identifiées dans la liste par leur nom, leur fonction ou les deux, le rapporteur déclare avoir soumis aux personnes physiques concernées l'avis du Parlement européen relatif à la protection des données n° 484 (<https://www.europarl.europa.eu/data-protect/index.do>), qui définit les conditions applicables au traitement de leurs données à caractère personnel et les droits liés à ce traitement.

¹ Accord interinstitutionnel du 20 mai 2021 entre le Parlement européen, le Conseil de l'Union européenne et la Commission européenne sur un registre de transparence obligatoire (JO L 207 du 11.6.2021, p. 1, ELI: http://data.europa.eu/eli/agree_interinst/2021/611/oj).