

N° 2643

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

SEIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 22 mai 2024.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES
SUR LA PROPOSITION DE LOI *visant la prise en charge intégrale des soins
liés au traitement du cancer du sein par l'assurance maladie,*

PAR M. FABIEN ROUSSEL,

Député.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	5
I. LA PRISE EN CHARGE « INTÉGRALE » DU TRAITEMENT DU CANCER DU SEIN PAR L'ASSURANCE MALADIE EST EN RÉALITÉ INCOMPLÈTE	9
A. LE TRAITEMENT DU CANCER DU SEIN EST EN PRINCIPE PRIS EN CHARGE INTÉGRALEMENT PAR L'ASSURANCE MALADIE AU TITRE DE L'AFFECTION DE LONGUE DURÉE	9
B. LA PART CROISSANTE DU RESTE À CHARGE POUR LES DÉPENSES NON COUVERTES LIMITE EN PRATIQUE L'ACCÈS AUX SOINS ET CREUSE LES INÉGALITÉS	16
II. L'OBJET DE LA PROPOSITION DE LOI : GARANTIR L'ACCÈS À DES SOINS DE QUALITÉ POUR TOUS PAR LA PRISE EN CHARGE INTÉGRALE DES DÉPENSES LIÉES AU CANCER DU SEIN	22
COMMENTAIRE DES ARTICLES	23
<i>Article 1^{er}</i> : Prendre en charge intégralement l'ensemble des dépenses liées au traitement du cancer du sein pendant et après la maladie	23
<i>Article 1^{er} bis (nouveau)</i> : Prise en compte spécifique des dépassements d'honoraires pratiqués pour les actes relatifs aux patients en affection de longue durée	30
<i>Article 2</i> : Gage de recevabilité financière	31
TRAVAUX DE LA COMMISSION	33
ANNEXE N°1 : LISTE DES PERSONNES ENTENDUES PAR LE RAPPORTEUR	61
ANNEXE N° 2 : TEXTES SUSCEPTIBLES D'ÊTRE ABROGÉS OU MODIFIÉS À L'OCCASION DE L'EXAMEN DE LA PROPOSITION DE LOI	63

INTRODUCTION

Le rapporteur tient d'abord à saluer le régime de la sécurité sociale reposant sur un principe de solidarité, faisant en sorte que chacun cotise en fonction de ses revenus et chacun reçoit en fonction de ses besoins. Malgré cela, plusieurs réformes fragilisant notre système de santé conduisent à provoquer des restes à charge importants pour de nombreux patients, notamment ceux atteints du cancer.

On estime à 3,8 millions le nombre de personnes vivant en France malade ou guéries d'un cancer, tandis que plus de 380 000 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année. Ces personnes bénéficient systématiquement du régime de l'affection de longue durée (ALD) ouvert par la sécurité sociale française. Ce régime permet, dès le diagnostic posé et sur simple demande du médecin traitant auprès de la caisse primaire d'assurance maladie, de garantir à l'assuré une prise en charge intégrale du traitement du cancer par l'assurance maladie.

La prise en charge intégrale au titre de l'ALD est néanmoins relative, si l'on tient compte de la part croissante du « reste à charge » des patients. Ainsi, les personnes malades témoignent régulièrement des difficultés financières rencontrées lors du parcours de soins et qui perdurent à l'issue. La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), estime que le reste à charge des assurés en ALD, après remboursement par la sécurité sociale s'élève en moyenne à 780 euros, ce qui représente le double du reste à charge des autres patients, estimé à 430 euros.

Le cancer du sein occupe une place spécifique parmi les cancers. C'est avant tout une maladie de femmes ; il ne touche les hommes que dans 1 % des cas. Une femme sur huit aura un cancer du sein et l'incidence de la maladie augmente, avec plus de 60 000 nouveaux diagnostics chaque année. En 2023, la Caisse nationale de l'assurance maladie recense plus de 700 000 femmes vivant avec un cancer du sein actif (phase de traitement) ou en surveillance (après le traitement) ⁽¹⁾. Cancer féminin le plus meurtrier, il tue plus de 12 000 femmes chaque année.

Le cancer du sein se distingue par les effets qu'il produit sur les femmes. Il touche à leur image, leur féminité, leur sexualité, leur rapport avec les enfants, avec leur conjoint-conjointe, à leur travail.

« Perte des cheveux, de sa poitrine, de ses ongles, sécheresse vaginale, peau de lézard, c'est toute notre féminité qui est impactée. Mon mari, mes enfants, ont eu besoin d'un suivi psychologique, non pris en charge. Et quand les femmes travaillent et que leur image est dégradée, c'est plus dur pour elle de rester en activité. Ce cancer est vraiment spécifique par l'impact qu'il a sur les femmes. »

Audition de Mme Laëtitia B., patiente.

(1) Audition de la Caisse nationale de l'assurance maladie.

« *Quand je devais faire appel à ma fille pour m'aider à enlever les bas de contention, qu'elle m'aidait à me coucher, qu'elle me voyait après l'ablation de ma poitrine, c'était dur. Ma fille a grandi de plusieurs années en quelques mois.* »

Audition de Mme Isabelle P., patiente.

Ce cancer se distingue par un niveau variable mais souvent élevé de dépenses non prises en charge pour les patientes, induisant d'importants restes à charge pour celles qui sont en mesure de payer pour les soins, ou un renoncement à des soins pour les plus précaires. Selon une étude menée en 2019 par la Ligue nationale contre le cancer (LNCC), plus de la moitié des femmes de moins de 40 ans atteintes d'un cancer du sein, éprouvent des craintes pour leur budget. Le reste à charge résulte notamment de participations forfaitaires et franchises non prises en charge au titre de l'ALD à l'occasion du parcours de soins (transports sanitaires, franchises médicales, forfait journalier hospitalier, etc.), ou encore de dépassements d'honoraires engagés pour des soins réalisés dans le secteur privé en l'absence d'offre adaptée ou accessible dans le secteur public (pour la chirurgie de reconstruction après l'ablation du sein par exemple). Ce reste à charge résulte également de dépenses engagées pour l'achat des dispositifs médicaux ou produits de santé exclus du panier de soins mais prescrits dans le cadre des traitements (sous-vêtements chirurgicaux, renouvellement de la prothèse mammaire, vitamines, crèmes et vernis, etc.). Enfin, ils résultent de frais engagés pour l'accès aux soins de support en oncologie, tels que l'activité physique adaptée, les consultations de diététique, le suivi psychologique ou encore les soins de socio-esthétique qui sont indispensables pour les patientes, mais non remboursés par l'assurance maladie.

Ces dépenses sont aujourd'hui principalement voire exclusivement assumées par les patientes alors qu'elles font partie de la prise en charge du cancer du sein. Les restes à charge déclarés ⁽¹⁾ sont liés principalement à des médicaments peu ou pas remboursés (29 % des personnes concernées par un reste à charge) ; des frais de transport pour les examens de suivi (26 %) ; des consultations avec des professionnels tels que diététicien, ostéopathe, acupuncteur... (26 %) ; des dépassements d'honoraires, par exemple pour le changement d'une prothèse mammaire ou des examens de suivi (23 %) ; des vêtements ou sous-vêtements adaptés (19 %) ; des crèmes dermatologiques (18 %) ; des prothèses dentaires (18 %). Cette situation confine à une double injustice : d'une part, le cancer du sein touche principalement les femmes ; or les femmes ont statistiquement des revenus plus faibles, elles sont plus souvent en situation de famille monoparentale ou de travail précaire et c'est également un cancer associé à un reste à charge très élevé.

Ce cancer mutile les corps de manière irréversible, les traitements durent des mois, voire des années, et derrière la promesse d'une prise en charge intégrale des soins et notamment de la reconstruction mammaire, **l'offre insuffisante dans le secteur public contraint 15 % des femmes à renoncer à cette chirurgie de la**

(1) Ligue contre le cancer, Rapport de l'observatoire sociétal des cancers, « Après un cancer le combat continue », septembre 2018.

réparation pour des motifs financiers. Les patientes les plus précaires renoncent à certains soins ou produits qui, non pris en charge ou insuffisamment remboursés s'avèrent trop onéreux. À titre d'illustration, en 2021, seuls 50 114 patients ont bénéficié d'une prothèse capillaire remboursée, sur les 347 000 personnes traitées par chimiothérapie. L'accès aux soins de support, bien que largement plébiscité dans la prise en charge du cancer, reste à la charge des patientes, qui se tournent, lorsqu'elles le peuvent, vers les associations présentes localement proposant des séances gratuites et financée par les dons.

L'Institut national du cancer, dans son dernier rapport paru en avril 2024 *Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 : troisième rapport au président de la République*, rappelle pourtant que « cinq ans après un diagnostic de cancer deux personnes sur trois souffrent de séquelles dues à la maladie ou aux traitements » avant d'ajouter : « L'accès à l'innovation et à une offre de réhabilitation et de reconstruction, la prévention, le repérage et le traitement des séquelles, le développement des soins de support et la facilitation des parcours de vie sont des leviers de progrès majeurs pour améliorer la qualité de vie de ces personnes et réduire l'impact des cancers dans notre pays. »

Alors que la prévalence du cancer du sein augmente en France de 0,3 % chaque année depuis 2010 et qu'un nombre croissant de femmes vivent la maladie et y survivent, il est nécessaire d'agir pour renforcer l'accès aux soins des femmes malades et réduire les inégalités de santé dans leur parcours de soin. Seule une prise en charge intégrale des dépenses liées au traitement du cancer du sein permettra aux malades d'améliorer leur qualité de vie, leurs chances de guérison, et de se reconstruire après le cancer.

Tel est l'objet de la présente proposition de loi.

I. LA PRISE EN CHARGE « INTÉGRALE » DU TRAITEMENT DU CANCER DU SEIN PAR L'ASSURANCE MALADIE EST EN RÉALITÉ INCOMPLÈTE

A. LE TRAITEMENT DU CANCER DU SEIN EST EN PRINCIPE PRIS EN CHARGE INTÉGRALEMENT PAR L'ASSURANCE MALADIE AU TITRE DE L'AFFECTIION DE LONGUE DURÉE

1. Le cancer du sein touche de plus en plus de femmes, mais le taux de survie des patientes s'améliore

- *Le cancer du sein est la première cause de mortalité par cancer des femmes*

Le cancer du sein est une maladie entraînant la croissance incontrôlée de cellules mammaires formant une ou plusieurs tumeurs. En l'absence de traitement, les tumeurs se propagent dans l'organisme et pouvant entraîner la mort du patient. Les cellules mammaires cancéreuses ont leur origine dans les canaux galactophores ou les lobules qui produisent le lait. La maladie peut être détectée localement à un stade précoce, notamment grâce au dépistage systématique par mammographie. Dans ce cas, elle n'engage souvent pas le pronostic vital et peut être soignée. Les cellules cancéreuses peuvent se propager au tissu mammaire voisin, formant des masses ou un épaississement. Les cancers invasifs peuvent également se propager aux ganglions lymphatiques environnants ou à d'autres organes (métastases). Les métastases sont potentiellement mortelles. Le traitement de la maladie est adapté à chaque patient, au type de cancer et à sa propagation. Il associe généralement la chirurgie, la radiothérapie et les médicaments, éventuellement sous la forme de chimiothérapie.

« Première cause de mortalité par cancer chez la femme, le cancer féminin reste le plus meurtrier et les restes à charge pour les patientes et sont énormes. »

Audition de Mme Camille Flavigny, directrice Droits et soutien des personnes à la Ligue nationale contre le cancer.

Le cancer du sein est la tumeur maligne la plus fréquente chez la femme, touchant une femme sur huit en France au cours de sa vie. Le cancer du sein représente 33 % des cancers féminins. Cette maladie concerne en grande majorité les femmes, à 99 %, et dans 1 % des cas le diagnostic concerne un homme.

Le cancer du sein chez l'homme : un cancer rare

Les glandes mammaires existent chez l'homme mais sont peu développées, ce qui explique la prévalence de ce cancer chez les femmes.

Le **cancer du sein chez l'homme** est très rare ; il représente moins de 1 % des diagnostics de cancers du sein ; son incidence est stable dans le temps.

Il s'agit dans la plupart des cas d'un carcinome canalaire infiltrant.

Le cancer du sein : une maladie présente dans tous les pays du monde ⁽¹⁾

En 2022, le cancer du sein a provoqué 670 000 décès dans le monde.

Le cancer du sein touche tous les pays du monde.

Dans 157 pays sur 185, le cancer du sein était la première cause de cancer chez les femmes en 2022.

La moitié des cancers du sein apparaissent chez des femmes qui ne présentent aucun facteur de risque spécifique autre que le sexe et l'âge.

Les hommes représentent à peu près entre 0,5 % et 1 % des personnes touchées par un cancer du sein dans le monde

● *L'incidence du cancer du sein est en constante hausse*

L'incidence du cancer du sein, qui désigne le nombre de nouveaux cas de cancer diagnostiqués chaque année, est en hausse depuis 1990. Plus de 61 200 nouveaux cas de cancer du sein ont été diagnostiqués en France en 2023, à comparer aux 20 000 cas en 1975 et 54 000 en 2015. L'incidence est en hausse de 0,3 % par an depuis 2010. La hausse de l'incidence est principalement portée par la croissance et le vieillissement de la population française, et le risque d'avoir un cancer du sein est relativement stable depuis 2004.

L'incidence a connu certaines variations entre 2000 et 2009. La généralisation du dépistage organisé du cancer du sein a d'une part induit une hausse des diagnostics, notamment les diagnostics précoces, et d'autre part, une diminution des cas de cancer permise par l'évolution des pratiques de prescription du traitement hormonal substitutif de la ménopause ⁽²⁾.

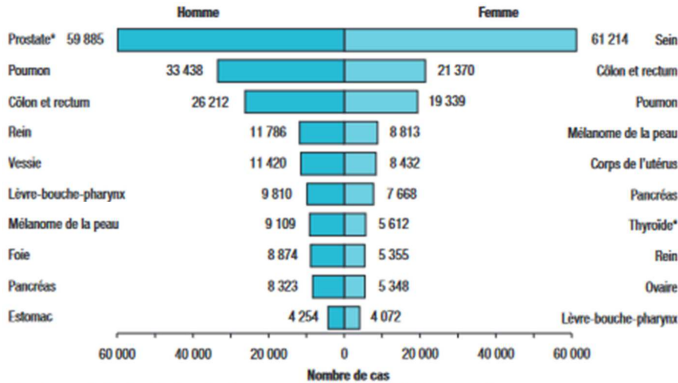
Une légère hausse est observée depuis 2010. Elle est considérée actuellement comme une tendance pérenne, liée à l'évolution des facteurs de risque, dont les principaux connus sont la consommation d'alcool et de tabac, le surpoids, la sédentarité et les facteurs hormonaux. L'évolution du taux d'incidence observée en France est

(1) Source : site internet de l'Organisation mondiale de la santé, publication du 13 mars 2024.

(2) Bénédicte Lapôtre-Ledoux et coll., « Incidence des principaux cancers en France métropolitaine en 2023 et tendances depuis 1990 », Bulletin épidémiologique hebdomadaire, Santé publique France, n° 12-13, 4 juillet 2023, pp. 188-204.

comparable à celle constatée aux États-Unis ⁽¹⁾, mais se distingue de la tendance aux Pays-Bas, où l'incidence tend à décroître ⁽²⁾. Dans 95 % des cas, la tumeur est de type adénocarcinome ⁽³⁾. Près de 80 % des cancers du sein se développent après 50 ans et l'âge moyen au moment du diagnostic en France est de 64 ans.

LE CANCER DU SEIN EST LE CANCER LE PLUS FRÉQUENT EN FRANCE EN 2023



Source : Santé publique France, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 4 juillet 2023, n° 12-13, p. 192.

Incidence et taux d'incidence

L'incidence représente le nombre de nouveaux cas d'une pathologie au sein d'une population ou d'une zone géographique et sur une période définie, en général une année.

Le taux d'incidence, à l'inverse s'exprime en nombre de personnes pour 100 000 personnes-années (PA). Ce taux est calculé en divisant le nombre de cas survenus dans l'année par la taille de la population observée en milieu d'année.

- *L'amélioration de la prise en charge a permis une nette augmentation du taux de survie des patients depuis 1990*

Le cancer du sein est un cancer de très bon pronostic. La survie nette associée au diagnostic de cancer du sein, c'est-à-dire la probabilité de ne pas mourir de la maladie, est de 89 % à cinq ans pour les cancers diagnostiqués depuis début des années 2000. Elle s'est améliorée au cours du temps puisqu'elle n'était que de 81 % pour les cancers diagnostiqués en 1990 ⁽⁴⁾.

(1) Ibid.

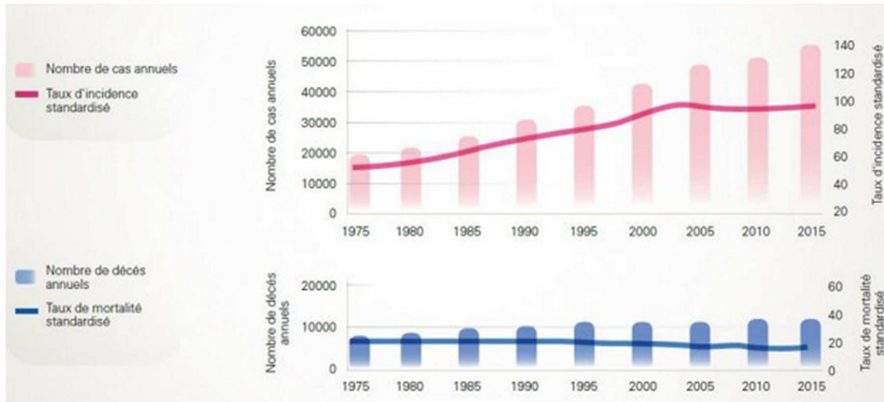
(2) Ibid.

(3) *L'adénocarcinome est défini par l'Institut national du cancer comme un type de cancer qui se développe à partir des cellules d'une glande.*

(4) Source : site internet de l'association Europa Donna France, *Épidémiologie du cancer du sein.*

Le cancer du sein guérit dans neuf cas sur dix lorsqu'il est pris en charge à temps. Le taux de survie à cinq ans est de 99 % pour un cancer détecté à un stade précoce et de seulement 26 % pour un cancer diagnostiqué à un stade tardif. La mortalité associée au cancer du sein a baissé de 1,6 % par an entre 2010 et 2018, alors que l'incidence a progressé de 0,3 % par an entre 2010 et 2023. En 2018, 12 100 personnes sont décédées d'un cancer du sein ⁽¹⁾.

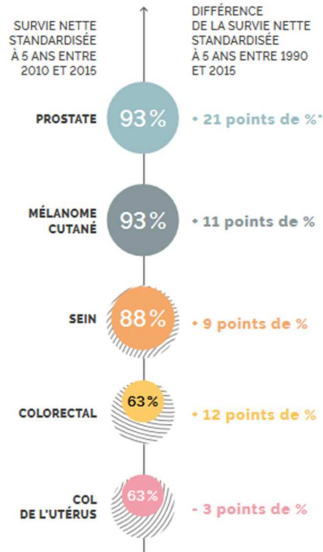
BAISSE DE LA MORTALITÉ ET HAUSSE DE L'INCIDENCE POUR LES CANCERS DU SEIN



Source : Données Francim, calculs Hospices civils de Lyon, consultés sur le site internet Europa Donna France.

(1) Institut national du cancer, Panorama des cancers en France, édition 2023. En raison du changement de méthode de codage d'enregistrement des cas, les données de mortalité actualisées après 2018 ne sont pas disponibles.

AMÉLIORATION DU TAUX DE SURVIE POUR LES MALADES DU CANCER DU SEIN



Source : Institut national du cancer, Panorama des cancers en France, édition 2023.

2. Le traitement du cancer est pris en charge intégralement par l'assurance maladie au titre de l'affection de longue durée (ALD)

Le cancer du sein entre dans la catégorie des tumeurs malignes, relevant du régime des affections de longue durée (ALD), dont la liste figure à l'article D. 322-1 du code de la sécurité sociale ⁽¹⁾. Ce régime protecteur dit des « ALD 30 » ou « ALD exonérante » concerne en réalité vingt-neuf maladies comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, permettant pendant la durée d'exonération ⁽²⁾ un remboursement intégral des soins, dans la limite du plafond de remboursement de l'assurance maladie. On parle alors d'exonération du ticket modérateur. En outre, le traitement du cancer ouvre droit au tiers payant, ce qui dispense les patients de l'avance des frais.

Seuls les soins, traitements médicaux, analyses et examens en rapport avec le cancer sont pris en charge intégralement. Les autres soins et traitements médicaux sont remboursés dans les conditions de droit commun. Pour les distinguer, le médecin utilise un ordonnancier bizona. La complémentaire santé est donc toujours nécessaire pour les dépenses de santé qui ne relèvent pas de l'ALD, et certaines dépenses de

(1) La liste et les critères médicaux utilisés pour l'admission et le renouvellement de ces ALD ont été actualisés par le décret n° 2011-77 du 19 janvier 2011 portant actualisation de la liste et des critères médicaux utilisés pour la définition des affections ouvrant droit à la suppression de la participation de l'assuré.

(2) Les durées d'exonération de la participation des assurés relevant de ce régime ont été modifiées par le décret n° 2017-472 du 3 avril 2017 modifiant les durées d'exonération de la participation des assurés relevant d'une affection de longue durée. Ces dispositions sont applicables à tous les patients entrant en ALD ou concernés par un renouvellement à compter du 22 janvier 2011.

soins restent toutefois à la charge des patients. Les restes à charge correspondent à la dépense de santé qui reste à acquitter après le remboursement par l'assurance maladie et la complémentaire santé. L'assurance maladie obligatoire prend en charge en moyenne 82 % des dépenses de santé en France⁽¹⁾.

La reconnaissance de l'ALD fait suite à une demande du médecin traitant après la consultation d'annonce du diagnostic de cancer. L'ALD est accordée systématiquement et très rapidement par l'assurance maladie, et ce pour une période de cinq ans, et renouvelable tant que durent les traitements. Le médecin conseil de l'assurance maladie est chargé de statuer sur la fin de la prise en charge intégrale au regard de chaque situation à l'issue du traitement.

Après le traitement et la sortie du régime de l'ALD, certains droits spécifiques sont maintenus. Il s'agit des actes médicaux et les examens de biologie prescrits par le médecin traitant et nécessaires au suivi du cancer ou, en cas de récurrence ou apparition d'une séquelle tardive grave, d'une prise en charge intégrale dans la limite du plafond de la sécurité sociale au titre de l'ALD (*i.e.* l'exonération du ticket modérateur).

3. Certains soins ou dispositifs peuvent désormais faire l'objet d'une prise en charge sous condition, en complément du traitement

- *L'accès aux consultations avec un psychologue a été renforcé par le dispositif « Mon soutien psy »*

Le dispositif « Mon soutien psy »⁽²⁾ permet à toute personne en souffrance psychique, de bénéficier de séances d'accompagnement psychologique avec un psychologue conventionné, donnant lieu à une prise en charge par l'assurance maladie à hauteur de 60 %, les 40 % restants étant à la charge de la complémentaire santé ou de l'assuré s'il ne dispose pas de complémentaire santé. Le patient réalise un premier entretien d'évaluation avec le psychologue en lui présentant le courrier d'adressage établi par son médecin traitant, cette consultation est prise en charge à hauteur de 40 euros. À l'issue, jusqu'à sept séances de consultation peuvent être prises en charge à hauteur de 30 euros par séance. Si l'état du patient le justifie, le médecin traitant peut orienter vers un accompagnement spécialisé et prescrire jusqu'à huit séances supplémentaires, prises en charge par l'assurance maladie à hauteur de 30 euros par séance. Les psychologues conventionnés dans ce cadre ne pratiquent pas de dépassement d'honoraires et les personnes placées en ALD sont dispensées de l'avance des frais et peuvent bénéficier d'une prise en charge de transport sanitaire lorsque leur état de santé le justifie.

(1) Audition de la Caisse nationale de l'assurance maladie.

(2) Disposition introduite à l'article L. 162-58 du code de la sécurité sociale, créée par l'article 48 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024.

« J'ai 42 ans, mes enfants ont 8 et 11 ans. J'ai été diagnostiquée d'un cancer du sein agressif en décembre 2022 et je suis toujours en chimiothérapie. Le cancer du sein touche des femmes de plus en plus jeunes. C'est un bouleversement pour les carrières professionnelles, la vie familiale. Mes enfants ont eu besoin d'un psychologue, mon conjoint a eu besoin d'un psychologue, j'ai eu 15 euros de prise en charge sur des consultations facturées 50 euros. »

Audition de Mme Laëtitia B., patiente.

- *L'extension du « 100 % santé » aux prothèses capillaires*

Les personnes qui ont perdu leurs cheveux en raison d'une maladie ou du traitement de cette maladie, notamment les patientes en chimiothérapie pour un cancer du sein, peuvent désormais bénéficier d'une prise en charge de leur prothèse capillaire, qu'il s'agisse d'une perruque ou des accessoires utilisés pour masquer la chute des cheveux ⁽¹⁾. Cette prise en charge s'effectue sur prescription d'un médecin dans le cadre d'un parcours de soins coordonné ou d'un dermatologue. Elle nécessite de s'adresser à un vendeur agréé spécialisé formé à l'accompagnement technique et psychologique.

« Pour garder une vie sociale, j'ai acheté une prothèse capillaire, mais cela a un coût. La perruque a été prise en charge partiellement. J'ai opté pour une perruque à 700 euros et je n'ai eu que 250 euros pris en charge par l'assurance maladie. »

Audition de Mme Laëtitia B., patiente.

La prise en charge varie selon le type de perruque. Les perruques en cheveux synthétiques (classe 1) sont prises en charge intégralement par l'assurance maladie mais leur prix limite de vente ne peut dépasser 350 euros. Les perruques composées d'au moins 30 % de cheveux naturels (classe 2) peuvent être prises en charge à hauteur de 250 euros mais leur prix limite de vente ne peut excéder 700 euros. Le différentiel de prix reste à la charge de l'assuré sous réserve d'une éventuelle participation de la complémentaire santé. Les perruques achetées au-delà de ce prix limite de vente ou auprès de vendeurs non agréés ne font l'objet d'aucune prise en charge par l'assurance maladie.

Les prothèses capillaires partielles (couronnes de cheveux) et accessoires textiles peuvent faire l'objet d'une prise en charge à hauteur de respectivement 125 euros pour les prothèses capillaires partielles et 20 euros pour les accessoires, dans la limite de trois accessoires dont le prix limite de vente est 40 euros.

- *Le parcours de soins global après les traitements*

« La période post traitement n'est pas tout à fait une période post-cancer, on est considéré en rémission pendant cinq ans, et ensuite les effets des traitements mettent deux ans à s'estomper or cette période post traitement est au cœur de nombreux enjeux : on est encore très affaibli et on doit reprendre sa vie en main, retrouver sa place dans la famille, reprendre une activité professionnelle, se réapproprié son corps. »

Audition de Mme Laëtitia B., patiente.

(1) Article L. 165-1-4 du code de la sécurité sociale, modifié par l'article 49 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022, de financement de la sécurité sociale pour 2023.

Le parcours de soins global après traitement du cancer⁽¹⁾ vise à renforcer l'accompagnement des patients à l'issue du traitement du cancer. Il permet au cancérologue, au médecin traitant ou au pédiatre de prescrire à toute personne ayant reçu un traitement contre le cancer, dans les douze mois qui suivent la fin du traitement, tout ou partie des prestations mentionnées à l'article L. 1415-8 du code de la santé publique et qui composent le parcours de soins global.

Il s'agit d'un parcours individualisé et adapté aux besoins de la personne, dont le panel comprend : un bilan d'activité physique, qui donne lieu à l'élaboration d'un projet d'activité physique adaptée, un bilan diététique, un bilan psychologique ainsi que des consultations de suivi diététiques ou psychologiques dans une limite fixée par arrêté.

« Le parcours de soins global mis en place par l'agence régionale de santé va dans le bon sens mais ce n'est pas suffisant. Il permet surtout une évaluation mais pas réellement la prise en charge par la suite. Le parcours est pris en charge jusqu'à 180 euros par patient sur prescription, mais si dans le parcours de soins la personne émerge sur l'activité physique, les séances de diététique et le suivi psychologique c'est impossible de faire tous les soins avec l'enveloppe attribuée. La séance de psychologue est estimée à 45 euros par personne, je ne connais pas de psychologue qui travaille pour ce prix-là. »

Audition de Mme Véronique Miallier, fondatrice de l'espace d'accompagnement thérapeutique Accanthe dans l'Allier.

B. LA PART CROISSANTE DU RESTE À CHARGE POUR LES DÉPENSES NON COUVERTES LIMITE EN PRATIQUE L'ACCÈS AUX SOINS ET CREUSE LES INÉGALITÉS

1. La prise en charge par l'assurance maladie ne couvre pas l'ensemble des dépenses liées au traitement du cancer du sein pendant et après la maladie

La prise en charge intégrale au titre de l'ALD dans le cas d'un diagnostic de cancer du sein permet la prise en charge intégrale des soins les plus onéreux : en particulier la chirurgie, la chimiothérapie, la radiothérapie et l'hormonothérapie. Cependant les progrès réalisés dans la prise en charge du cancer invitent aujourd'hui à considérer d'autres soins et produits comme partie intégrante de la prise en charge et du traitement. À cet égard, l'importance des soins de support en oncologie dans la prise en charge du cancer est aujourd'hui reconnue, tout autant que l'accès à certains produits non remboursés.

- *Les soins de support en oncologie sont plébiscités mais non remboursés*

Les effets secondaires de la maladie et du traitement, en particulier la chimiothérapie sont nombreux et nécessitent la réalisation de soins de support ou

(1) Article L. 1415-8 du code de la santé publique, créé par l'article 59 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

l'achat de produits par les patientes. Traduits de l'anglais *supportive care*, les soins de support désignent l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades, parallèlement aux traitements spécifiques tout au long des maladies graves. Les soins de support permettent de limiter les effets secondaires des traitements ainsi que les effets de la maladie.

L'importance des soins de support en oncologie a été reconnue par une circulaire du ministère de la santé dès 2005 ⁽¹⁾. L'accès aux soins de support en oncologie est depuis lors promu : la mesure 42 du premier plan Cancer (2003-2007) ⁽²⁾ prévoyait le développement des soins de support et insiste notamment en vue d'améliorer la prise en charge de la douleur ; le deuxième plan Cancer (2009-2013) ⁽³⁾ les ciblait dans l'action 19-1 ; le troisième plan Cancer (2014-2019) ⁽⁴⁾ a dédié l'action 7.6 à l'objectif d'assurer une orientation vers les soins de support pour tous les malades, dans le but d'améliorer leur qualité de vie par l'accès aux soins de support. L'action III-6 du dernier plan Cancer (2021-2030) ⁽⁵⁾ a pour objectif de permettre aux personnes de bénéficier de soins de support renforcés.

« Cinq ans après un diagnostic de cancer, deux personnes sur trois souffrent de séquelles dues à la maladie ou au traitement. L'accès à l'innovation et à une offre de réhabilitation et de reconstruction, la prévention, le repérage et le traitement des séquelles, le développement des soins de support et la facilitation des parcours de vie sont des leviers de progrès majeurs pour améliorer la qualité de vie de ces personnes et réduire l'impact des cancers dans notre pays. » ⁽⁶⁾

L'Institut national du cancer a publié en 2016 un rapport d'expertise ⁽⁷⁾ proposant une définition d'un panier de soins oncologiques de support. Ce panier de soins comprend d'une part quatre soins socles : prise en charge de la douleur, diététique et nutritionnelle, psychologique, sociale, familiale et professionnelle ; et d'autre part cinq soins de support complémentaires : l'activité physique, le soutien psychologique des proches et aidants, la préservation de la fertilité, la prise en soins des troubles de la sexualité et les conseils d'hygiène de vie ; ainsi que deux techniques particulières d'analgésie (l'hypnoalgésie, l'analgésie intrathécale).

En dépit du consensus relatif à l'importance des soins de support en oncologie, l'assurance maladie ne les prend pas en charge. Alors que le médecin intervenant dans la prise en charge des patients atteints d'une ALD, peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, celle-ci ne fait l'objet d'aucune prise en charge par l'assurance maladie. Ainsi, les consultations de psychologue, de

(1) Circulaire DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie.

(2) Institut national du cancer, Plan Cancer 2003-2007, mars 2003.

(3) Institut national du cancer, Plan Cancer 2009-2013, novembre 2009.

(4) Institut national du cancer, Plan Cancer 2014-2019, février 2014.

(5) Institut national du cancer, Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030, juin 2021.

(6) Institut national du cancer, Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 : troisième rapport au président de la République, avril 2024.

(7) Institut national du cancer, Axes opportuns d'évolution du panier des soins oncologiques de support - Réponse saisine, octobre 2016.

diététique, l'activité physique adaptée ou encore la socio-esthétique ne sont accessibles aux patientes qu'à condition de pouvoir les financer elles-mêmes ou de bénéficier de séances gratuites auprès d'associations à proximité de leur domicile ou de leur lieu de soins.

« L'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) a prouvé⁽¹⁾ que l'activité physique adaptée réduit le risque de récurrence. Si on avait une pilule dont il est démontré qu'elle réduit le risque de cancer elle serait remboursée : pourquoi on ne rembourse pas l'activité physique adaptée alors que son efficacité est démontrée ? »

Audition de Mme Camille Flavigny, directrice Droits et soutien des personnes à la Ligue nationale contre le cancer.

- *Certains produits sont indispensables mais non pris en charge*

Les effets secondaires du cancer du sein et des traitements sont aujourd'hui bien connus et documentés. Les équipes pluridisciplinaires de soins orientent les patientes vers certains produits aussi appelés « soins de confort », pour limiter les séquelles liées aux traitements, renforcer leur efficacité et améliorer la qualité de vie. Les patientes et soignants auditionnés dénoncent le terme de « soins de confort » : les crèmes hydratantes, écrans solaires, les vernis, les brassières et autres produits ne sont pas liés à une coquetterie ou un confort, mais sont incontournables pour endurer les traitements et améliorer leur efficacité. Pourtant, ces produits spécifiques mais d'usage courant pour les malades du cancer ne sont pas pris en charge. Ces produits recouvrent une large gamme allant des dispositifs médicaux post-mastectomie comme les brassières compressives en coton ou le renouvellement des prothèses, aux produits d'hygiène et cosmétiques pour protéger les ongles ou la peau brûlée par la chimiothérapie ainsi que les médicaments et dispositifs pour les troubles digestifs, gynécologiques, urinaires ou encore les compléments alimentaires pour améliorer la résistance de l'organisme aux traitements.

« Il ne faut pas faire de distinction tout est important : les vernis les crèmes, les savons, les crèmes solaires adaptées. Ce n'est pas du soin de confort, je trouve que le mot n'est pas approprié. Quand vous perdez vos ongles, que vous faites une réaction allergique aux savons aux crèmes, que vous avez une sécheresse vaginale invalidante qui vous empêche de marcher : est-ce que c'est du soin de confort ? »

Audition de Mme Laëtitia B., patiente.

« Il y a des aides techniques qui peuvent être conseillées et qui ne sont pas prises en charge : des crèmes cicatrisantes, certains dispositifs médicaux comme les bandes mobilisatrices pour les lymphœdèmes qui coûtent 40 euros ; le soutien-gorge postopératoire compressif en coton qui coûte également 40 euros. Pour une femme qui procède à une double ablation et une double reconstruction elle aura besoin de deux brassières postopératoires, à 70 euros par brassière, soit 140 euros pour les deux brassières à porter 24 heures sur 24. Le maillot de bain spécifique pour les femmes qui n'ont pas fait de reconstruction est lui aussi très cher et non remboursé, il coûte environ 80 euros. La prise en charge du lymphœdème qui peut

(1) Inserm, *Activité physique : Prévention et traitement des maladies chroniques*, 11 février 2019.

survenir après la chirurgie et qui donne un gros bras, c'est une maladie chronique qui suppose des massages de drainage, des bandes de gainage ou des manchons qui coûtent autour de 100 euros et de l'activité physique adaptée à vie, rien de tout cela n'est pris en charge. »

Audition de Mme Cécile Kahn-Mangotte, kinésithérapeute, membre du Réseau des kinés du sein.

- *De nombreuses dépenses ne sont pas couvertes par l'ALD*

La prise en charge intégrale au titre de l'ALD exonérante ou « ALD 30 » ne couvre pas l'ensemble des dépenses du parcours de soins. Certains frais restent à la charge de l'assurée comme les dépassements d'honoraires, la participation forfaitaire pour les consultations, les examens ou analyses, la franchise médicale, le forfait hospitalier, le forfait urgences pour les consultations aux urgences qui ne donnent pas lieu à une hospitalisation.

- Ces dépenses sont en hausse et pèsent sur le budget des malades dont le parcours de soins est marqué par de multiples rendez-vous médicaux, consultations, bilans biologiques et éventuellement hospitalisations qui donnent tous lieux à des participations forfaitaires. Pour certaines, selon le témoignage de la Ligue nationale contre le cancer, les patientes en viennent à choisir entre « se soigner ou se nourrir ». Les franchises médicales trouvent également à s'appliquer pour toutes les boîtes de médicaments prescrits aux patientes et les transports sanitaires. Ces hausses des franchises médicales et du forfait pour les consultations sont plafonnées à 50 euros par an chacune. Pour une patiente atteinte d'un cancer du sein, qui va multiplier les achats de médicaments et les rendez-vous chez le médecin, les plafonds seront vite atteints : cela représente 100 euros de reste à charge supplémentaire par an.

- Les dépassements d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé exerçant dans le secteur privé ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie ni par les complémentaires santé en règle générale. Ils représentent à chaque fois plusieurs centaines d'euros. Les patientes ne sont pourtant pas responsables d'une faible présence de médecins, oncologues conventionnés. Mais ce sont elles qui payent. En effet, l'offre de soins proposée dans le secteur public ne permet pas toujours aux patientes d'être suivies en secteur 1, alors qu'un rendez-vous pour un médecin, un oncologue, un scanner revêt souvent un caractère urgent et impératif. De même, l'accès à la chirurgie de reconstruction mammaire après la mastectomie est particulièrement difficile d'accès à l'hôpital public : pour des raisons d'offre insuffisamment spécialisée ou accessible, associée à des délais de prise en charge qui se comptent au mieux en mois et au pire en années avant la chirurgie ⁽¹⁾. Pour cette raison, de nombreuses femmes se tournent vers le secteur privé et déboursent jusqu'à 5 000 euros pour la reconstruction d'un sein, soit 10 000 euros pour les deux seins, sans compter les frais supplémentaires lorsqu'elles demandent à bénéficier d'un tatouage figurant l'aréole. La reconstruction mammaire est indispensable pour de nombreuses femmes. Cela touche à leur intimité, leur apparence, leur sexualité. Mais à cause de ce coût exorbitant, la majorité des femmes ayant subi une ablation s'en prive.

(1) D'après les auditions conduites par le rapporteur.

« Seulement 20 % des femmes se font reconstruire le sein, il n'y a plus de médecins secteur 1 en hôpital qui font de la reconstruction. Aujourd'hui la reconstruction, c'est du grand luxe, il faut aller loin de chez soi et attendre le plus souvent un an ou deux ans, il faut aller voir un bon spécialiste qui en fait beaucoup et cela se paye cher. Si vous voulez faire les deux seins pour avoir la symétrie cela peut vite chiffrer au-delà de 10 000 euros, il faut compter 5 000 euros de dépassement par sein ; la complémentaire ne prend pas en charge car la sécurité sociale n'en tient pas compte. Si vous voulez vous faire tatouer une aréole en remplacement du téton il faut encore rajouter de l'argent. »

Audition de Mme Camille Flavigny, directrice Droits et soutien des personnes à la Ligue nationale contre le cancer.

• Les patientes s'exposent également à d'importantes dépenses de soins connexes, notamment au titre de la prise en charge de leurs frais dentaires, la dentition étant altérée par le traitement, en particulier les chimiothérapies longues. Les dents sont fragilisées, elles cassent, carient, se déchaussent, parfois plusieurs années après le diagnostic et nécessitent des soins prothétiques ou des implants. La prise en charge au titre de l'ALD n'est possible que dans le cas des cancers de la sphère ORL et ce, dans la limite de deux implants. Les soins pour les prothèses dentaires et implants sont donc pris en charge au tarif de responsabilité, très en deçà des prix pratiqués pour de tels soins, induisant un reste à charge pour les patientes de plusieurs centaines d'euros, avec une variation selon les conditions contractuelles de leur complémentaire santé. Des femmes encore actives professionnellement nous alertent sur la nécessité de prendre en charge ces coûts car la perte d'une dent est souvent dommageable, notamment pour la poursuite d'une activité professionnelle.

« C'est la même chose pour les frais dentaires, les implants sont aussi du grand luxe. La sécurité sociale ne prend en charge que deux implants pour les seuls cancers ORL ; or on sait très bien les effets des chimios et des radiothérapies sur la perte des dents. Perdez vos dents et retournez au travail deux mois plus tard, bon courage. »

Audition de Mme Isabelle P., patiente.

2. Le reste à charge des patients atteints de cancer du sein réduit l'accès aux soins et creuse les inégalités de santé

• Le reste à charge moyen déclaré par les femmes qui ont recours à une chirurgie reconstructrice après un cancer du sein s'élevait à 1 391 euros en 2014 ⁽¹⁾. Il résultait principalement du montant des dépassements d'honoraires pour l'intervention chirurgicale. Ce reste à charge peut être un frein au choix des patientes d'opter pour une reconstruction (15 % des cas) ⁽²⁾.

Le reste à charge pour les prothèses capillaires explique également le faible recours à ces dernières en comparaison du nombre de patientes en traitement de chimiothérapie.

(1) Ligue contre le cancer, rapport 2014 de l'Observatoire sociétal des cancers, « Cancer du sein, se reconstruire après une mastectomie », avril 2015.

(2) Emmanuel Jammes, *Reste à charge et cancer*, Actualité et dossier en santé publique, n° 102, mars 2018.

« Pour les prothèses capillaires, la prise en charge est intégrale uniquement pour les prothèses synthétiques qui peuvent provoquer des réactions fortes sur le cuir chevelu abîmé par la chimiothérapie, car la matière est inadaptée à ce que peut supporter une patiente.

« En outre elles sont peu naturelles et ne font guère illusion... donc les femmes se tournent vers des perruques en cheveux naturels qui coûtent le plus souvent entre 1 200 et 1 300 euros. Or la sécurité sociale prend en charge 250 euros dans la limite de 700 euros à l'achat ; donc elles financent elles-mêmes leur perruque et le budget de l'assurance maladie n'est pas consommé. »

Audition de Mme Camille Flavigny, directrice Droits et soutien des personnes à la Ligue nationale contre le cancer.

• La précarisation des patients atteints de cancer est aggravée par l'importance croissante de ces restes à charge.

En 2023, les commissions sociales de la Ligue nationale contre le cancer ont aidé les patients à hauteur de 4 millions d'euros, en finançant non seulement certains restes à charge, en payant les factures d'énergie ou en distribuant des bons alimentaires. Parmi les salariés ou les travailleurs indépendants confrontés au cancer, peu parviennent à garder le même niveau de vie. D'après la Ligue nationale contre le cancer, une personne sur trois perd son emploi dans les deux ans qui suivent le diagnostic de cancer. Les personnes déjà financièrement fragiles avant la maladie basculent dans la précarité pendant la maladie.

L'importance du reste à charge des patientes atteintes par le cancer du sein aggrave ce constat valable pour l'ensemble des cancers. D'autant que le cancer du sein touche quasi exclusivement les femmes, soit une catégorie de la population qui compte davantage de personnes précaires, de faibles revenus et de familles monoparentales. Les patientes en traitement pour le cancer du sein sont donc particulièrement exposées à des renoncements aux soins qui restent à leur charge.

« Se soigner ou se nourrir il faut choisir, une femme m'a dit ça à la permanence hier. Elle élève seule ses trois enfants, elle est en période d'essai et elle ne peut pas payer la baby-sitter à 17 heures pour aller à sa chimio. »

Audition de Mme Camille Flavigny, directrice Droits et soutien des personnes à la Ligue nationale contre le cancer.

« Quand j'ai fait ma reconstruction mammaire, j'ai dû m'arrêter de travailler plusieurs jours car je ne pouvais plus traire mes vaches. L'aide de la MSA et de mon assurance était bien insuffisante, avec 19 euros puis 25 euros par jour de la MSA et 65 euros par jour de mon assurance. Heureusement que mes parents, mes enfants m'ont aidée, ainsi que les amis agriculteurs. Sinon je ne m'en serais jamais sortie. »

Audition de Mme Isabelle P., patiente.

II. L'OBJET DE LA PROPOSITION DE LOI : GARANTIR L'ACCÈS À DES SOINS DE QUALITÉ POUR TOUS PAR LA PRISE EN CHARGE INTÉGRALE DES DÉPENSES LIÉES AU CANCER DU SEIN

L'objet de la présente proposition de loi est de compléter le cadre juridique existant de l'ALD, applicable aux patientes atteintes d'un cancer du sein, pour tenir compte de la spécificité des traitements liés à la prise en charge de ce cancer qui touche presque exclusivement les femmes et comporte un niveau de reste à charge particulièrement élevé, induisant un renoncement aux soins et une aggravation des inégalités de santé face à la maladie.

Cette proposition de loi permettra d'une part de renforcer la qualité des soins dispensés aux patientes atteintes d'un cancer du sein par la reconnaissance dans le code de la sécurité sociale de l'importance des soins de support et des dispositifs médicaux prescrits dans le cadre de la prise en charge pendant comme après les traitements. Elle permettra par ailleurs de limiter la précarisation des femmes touchées par le cancer du sein par une exonération des dépenses non couvertes par le régime de l'ALD et la prise en charge intégrale des produits et soins nécessaires à leur rétablissement.

Cette proposition de loi constitue le premier acte d'une évolution du cadre juridique applicable à l'ensemble des cancers et affections de longue durée, vers une prise en charge intégrale des soins effectivement prescrits, que votre rapporteur appelle de ses vœux dans le cadre de travaux législatifs futurs.

À cette fin, l'**article 1^{er}** de la présente proposition de loi crée dans le code de la sécurité sociale un chapitre dédié aux personnes bénéficiant d'un traitement du cancer du sein ou d'un parcours de soins global après traitement du cancer du sein. Il instaure un cadre juridique plus protecteur que celui de l'affection de longue durée, qui s'applique pendant et à l'issue du traitement du cancer du sein. Il permet en premier lieu une exonération de l'ensemble des dépenses aujourd'hui non prises en charge au titre de l'affection de longue durée ; il instaure ensuite un principe de prise en charge des dépassements d'honoraires par l'assurance maladie pour les soins liés au traitement du cancer du sein et permet enfin une prise en charge intégrale des soins de support et dispositifs prescrits dans le cadre de la prise en charge du cancer du sein.

L'**article 2** gage la présente proposition de loi.

COMMENTAIRE DES ARTICLES

Article 1^{er}

Prendre en charge intégralement l'ensemble des dépenses liées au traitement du cancer du sein pendant et après la maladie

Adopté par la commission avec modifications

Le présent article étend la prise en charge du traitement du cancer du sein par l'assurance maladie à l'ensemble des dépenses de soins et dispositifs prescrits dans le cadre du traitement ou d'un parcours de soins global à l'issue de celui-ci.

1. Le droit existant : la prise en charge intégrale définie aujourd'hui comme l'exonération du ticket modérateur

En l'état actuel du droit, la prise en charge intégrale au titre de l'affection de longue durée exonérante dont font partie les cancers du sein ne signifie pas l'absence de dépenses de soins pour les assurés bénéficiant de ce régime protecteur. Cette prise en charge intégrale par l'assurance maladie désigne l'exonération du ticket modérateur, c'est-à-dire les dépenses restant à la charge de l'assuré après remboursement par l'assurance maladie, sur la base du tarif conventionnel et dans la limite des soins remboursés. Il en résulte l'exclusion de certaines dépenses

i. Les restes à charge prévus par le code de la sécurité sociale

- Les patientes atteintes de cancer du sein sont notamment redevables du forfait journalier prévu par l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale. Il s'agit du montant que le patient doit régler en cas d'hospitalisation de plus de 24 heures. Depuis le 1^{er} janvier 2018, le montant de ce forfait est passé de 18 à 20 euros pour toutes les personnes hospitalisées ⁽¹⁾.

- Les participations forfaitaires et franchises prévues aux I, II et III de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale ne sont pas couvertes par l'exonération du ticket modérateur et sont également à la charge des patientes.

– La participation de l'assuré aux frais occasionnés par un passage non programmé dans un service d'urgences d'un établissement de santé, non suivi d'une hospitalisation, également appelée « forfait patient urgence », est prévue au I de l'article L. 160-13. Ce forfait patient urgence est exigible depuis le 1^{er} janvier 2022 ⁽²⁾. Le montant de droit commun, établi à 19,61 euros, est ramené à 8,49 euros pour les patients en ALD.

(1) Arrêté du 20 juin 2019 relatif aux montants du forfait journalier hospitalier prévu à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale.

(2) Arrêté du 17 décembre 2021 relatif aux montants du forfait patient urgences prévu à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

– La participation forfaitaire prévue au II de l'article L. 160-13 est due pour tout acte réalisé en ville : consultation médicale, examen de radiologie et analyses de biologie médicale. Les patientes atteintes d'un cancer du sein n'en sont pas exonérées. Le montant de cette participation forfaitaire a été doublé à compter du 15 mai 2024, passant de 1 à 2 euros ⁽¹⁾.

– La franchise annuelle prévue pour l'ensemble des produits et prestations remboursés par l'assurance maladie et prévue au III de l'article L. 160-13 est également à la charge des patientes en ALD. Elle s'applique aux médicaments remboursés, aux actes effectués par un auxiliaire médical, aux transports sanitaires et à certaines prestations réalisées par les pharmacies d'officines. Le montant des franchises médicales a également doublé le 31 mars 2024 ⁽²⁾.

Il est désormais fixé à :

- 1 euro sur les boîtes de médicaments (ou toute autre unité de conditionnement, comme un flacon), contre 50 centimes précédemment ;
- 1 euro pour les actes effectués par un auxiliaire médical (infirmier, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, pédicure-podologue, séances de psychomotricité pratiquées dans des centres de soin spécialisés...), contre 50 centimes auparavant ;
- 4 euros sur les transports sanitaires (qui peuvent notamment être assurés par une ambulance, un véhicule sanitaire léger ou un taxi conventionné), contre 2 euros jusqu'alors.

Les plafonds annuels fixés à 50 euros pour les franchises d'une part et les participations forfaitaires d'autre part sont toutefois maintenus. Ils représentent néanmoins une dépense de 100 euros de reste à charge par année qui s'impose de manière certaine à ces patientes, compte tenu de leur parcours de soins.

ii. Les dépenses de soins dépassant le tarif conventionnel

Les médecins, généralistes ou spécialistes, qui exercent en secteur 1 appliquent en principe le tarif fixé dans la convention nationale sans dépassements d'honoraires. On parle alors de tarifs conventionnels, opposables ou de secteur 1. Ces tarifs servent de base au remboursement de l'assurance maladie.

En revanche, les honoraires sont libres pour les médecins installés en secteur 2. Il leur est demandé d'appliquer ces honoraires « avec tact et mesure » ⁽³⁾. Les honoraires réglés par le patient, appelés « dépassement d'honoraires », ne sont

(1) *Décision du 21 mars 2024 fixant le taux de la participation forfaitaire des assurés sociaux aux frais de santé en application du II de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale*, Journal officiel, n° 96, 24 avril 2024.

(2) *Décret n° 2024-114 du 16 février 2024 relatif à la participation des assurés aux frais de santé en application des II et III de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale*.

(3) *Article R.4127-53 du code de la santé publique*.

pas pris en charge par l'assurance maladie. Le dépassement d'honoraires peut être pris en charge, en totalité ou en partie, selon les garanties contractuelles, par la complémentaire santé du patient.

Les patients en ALD qui consultent des médecins installés en secteur 2 s'exposent à régler des dépassements d'honoraires non pris en charge par l'assurance maladie.

Convention nationale et règlement arbitral

Depuis le 1^{er} mai 2023 ⁽¹⁾, en l'absence de convention nationale, un règlement arbitral régit les relations entre les caisses d'assurance maladie et les médecins libéraux. Il est arrêté pour une durée de cinq ans mais cessera de s'appliquer dès l'entrée en vigueur d'une nouvelle convention nationale, négociée par les partenaires conventionnels en application de l'article L. 162-14-2 du code de la sécurité sociale et de l'article 1^{er} du règlement arbitral. Les partenaires conventionnels doivent engager des négociations en vue d'élaborer une nouvelle convention au plus tard dans les deux ans qui suivent l'entrée en vigueur du règlement arbitral. Dans le cadre de ce règlement, les principales dispositions issues de la précédente convention nationale du 25 août 2016, ainsi que ses annexes et avenants.

iii. Les dépenses de soins de support et de dispositifs non remboursés

• En l'état actuel du droit, les soins de support ne font l'objet d'aucune définition législative. La circulaire DHOS/SDO n° 2005-101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie consacre l'importance de l'accès aux soins de support en cancérologie : « *Tous les patients atteints de cancer doivent désormais, quel que soit leur lieu de prise en charge y compris au domicile, avoir accès à des soins de support. Ces soins sont définis en oncologie comme l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie conjointement aux traitements onco-hématologiques spécifiques, lorsqu'il y en a.* »

L'instruction 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, reprend la classification des soins de support proposée par le rapport d'expertise de l'Institut national du cancer de 2016 ⁽²⁾ : reconnaissant quatre soins de support socles, cinq autres soins complémentaires et deux techniques particulières d'analgésie.

Par ailleurs, l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale dispose que le remboursement des soins aux patients en affection de longue durée est subordonné à certaines obligations à charge du patient qui en bénéficie, au rang desquelles figure celle « *d'accomplir les exercices ou les travaux prescrits en vue de favoriser sa rééducation ou son reclassement professionnel* ». En ce sens, l'article L. 1172-1 du

(1) L'arrêté du 28 avril 2023 portant approbation du règlement arbitral applicable aux médecins libéraux en l'absence de convention médicale est paru au Journal officiel n° 102 du 30 avril 2023.

(2) Institut national du cancer, Axes opportuns d'évolution du panier des soins oncologiques de support - Réponse saisine, octobre 2016.

code de la santé publique prévoit la possibilité, pour le médecin, dans le cadre du parcours de soins des personnes atteintes d'une affection de longue durée ou d'une maladie chronique, de prescrire des séances d'activité physique adaptée. Pourtant, ces séances d'activité physique adaptée, même prescrites et obligatoires, ne font l'objet d'aucune prise en charge par l'assurance maladie.

Pendant les traitements, les soins de support ne font l'objet d'aucune prise en charge par l'assurance maladie dans le cadre du parcours de soin coordonné des patients en ALD, y compris lorsqu'ils font l'objet d'une prescription médicale ⁽¹⁾.

À l'issue du traitement, l'article L. 1415-8 du code de la santé publique ⁽²⁾ a créé en 2020 un nouveau dispositif : le parcours de soins global après traitement du cancer. Ce parcours est déployé par les agences régionales de santé, qui conventionnent avec certains professionnels agréés et permettent ainsi aux patients d'accéder dans l'année qui suit la fin du traitement pour le cancer, et sur prescription médicale, à une offre comprenant : un bilan d'activité physique, de diététique et psychologique ainsi que des consultations de suivi selon les indications du bilan. Le contenu du parcours, qui peut le cas échéant ne comprendre qu'une partie de ces actions, est individualisé pour chaque personne en fonction des besoins de celle-ci identifiés par le médecin prescripteur. Les consultations ainsi prescrites auprès des professionnels agréés qui pratiquent des tarifs conventionnels font l'objet d'une prise en charge intégrale, dans la limite de 180 euros par an et par patient.

- Les dépenses de produits et dispositifs non inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables ne sont pas remboursables.

La prise en charge des dépenses engagées par les patients pour l'achat de dispositifs médicaux (sous-vêtements chirurgicaux, manchons, bandes compressives, protections urinaires, etc.) ou produits de santé autres que les médicaments (compléments alimentaires, vitamines, crèmes, vernis, etc.) est régie par les dispositions de l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, relatives à la liste des produits et prestations remboursables. Cet article pose le principe d'une prise en charge conditionnée par l'inscription du dispositif ou du produit sur la liste des produits et prestations remboursables. À défaut d'inscription, aucune prise en charge des dépenses afférentes ne peut être demandée à l'assurance maladie.

Cette inscription résulte d'une démarche volontaire du fabricant qui doit la solliciter auprès de la Haute Autorité de santé. Ne sont inscrits sur la liste que les produits dont l'évaluation conclut à un service médical rendu jugé suffisant ⁽³⁾. Il résulte de cette évaluation par la Haute Autorité de santé, d'une part, une appréciation du service médical rendu (SMR) permettant de déterminer si le produit peut être inscrit sur la liste, et d'autre part, une note relative à l'amélioration du service

(1) À l'exception de la consultation de diététique et de la consultation douleur, proposées dans le cadre d'une hospitalisation.

(2) Article 59 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

(3) Article R. 165-2 du code de la sécurité sociale.

médical rendu (ASMR) par ce produit, qui permet de déterminer son taux de prise en charge par l'assurance maladie. Ce taux dépend de l'intérêt du produit comparativement aux autres produits disponibles sur le marché pour une indication similaire. Le prix de vente au public des produits dont l'inscription sur la liste des produits et prestations est autorisée fait ensuite l'objet d'une négociation entre le Comité économique des produits de santé et le fabricant.

2. Le droit proposé

L'article 1^{er} de la présente proposition de loi modifie le titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, qui est complété par un chapitre XI intitulé : « Dispositions applicables aux personnes bénéficiant d'un traitement du cancer du sein ou de soins consécutifs à un cancer du sein ou d'un parcours de soins global à l'issue d'un traitement du cancer du sein ».

Il crée au sein de ce chapitre un article L. 16-11 qui comporte quatre subdivisions.

• Le I instaure un régime d'exonérations des dépenses énumérées aux 1^o, 2^o, 3^o et 4^o. Le champ d'application de l'article porte sur la période de traitement du cancer du sein, qui s'entend comme celle couverte par le régime de l'affection de longue durée, mais aussi, à l'issue des traitements, dans le cadre d'un parcours de soins global après traitement du cancer du sein, mentionné à l'article L. 1415-8 du code de la santé publique, ainsi que « de soins consécutifs à un cancer du sein ». Cette rédaction implique que le régime d'exonération couvre un champ très large : à la fois la période de l'ALD accordée pour cinq ans renouvelable tant que dure le traitement ; le parcours global de soins qui couvre la période des douze mois à l'issue du traitement ; puis sans limitation de durée la notion de « soins consécutifs à un cancer du sein » suppose l'établissement d'un lien de causalité entre les soins et le cancer du sein.

Les dépenses dont l'exonération est prévue au I sont les suivantes :

– le 1^o vise le « forfait journalier » hospitalier prévu par l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale, qui reste dû par les patients en ALD ce dernier n'étant pas couvert par l'exonération du ticket modérateur ;

– le 2^o porte sur « la participation de l'assuré prévue au I de l'article L. 160-13 ». Cette participation concerne les consultations en soins non programmés dans les services d'urgences qui ne sont pas suivis d'une hospitalisation. Pour mémoire, ce « forfait patient urgence » est exigible pour tous les patients depuis le 1^{er} janvier 2022 ;

– le 3^o porte sur « la participation forfaitaire » prévue au II de l'article L. 160-13. Cette participation concerne les consultations médicales, examens de radiologie et analyses de biologie médicale réalisés en ville ;

– le 4° porte sur « la franchise » prévue au III de l'article L. 160-13. Cette franchise annuelle concerne les médicaments remboursés, les actes effectués par un auxiliaire médical, les transports sanitaires et certaines prestations effectuées par les pharmacies d'officines.

• Dans sa rédaction initiale, le II instaurait une prise en charge intégrale par les organismes d'assurance maladie des dépassements d'honoraires relatifs aux actes et prestations inscrits sur la liste des actes et prestations prévue par l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale. La prise en charge par l'assurance maladie des dépassements d'honoraires est étendue puisqu'elle porte sur l'ensemble des actes de la liste définie par l'article L. 162-1-7, qui recouvre trois nomenclatures :

- la classification commune des actes médicaux (CCAM) ;
- la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ;
- la nomenclature des actes de biologie médicale (NABM).

Par ailleurs, le II prévoit un champ d'application analogue au I, qui s'applique à la fois la période de traitement du cancer, couverte par le régime de l'ALD, mais également l'année à l'issue du traitement dans le cadre d'un parcours global de soins, ainsi qu'aux soins ultérieurs mais consécutifs à un traitement pour le cancer du sein. Ainsi, les dépassements d'honoraires demandés aux patientes dans le cadre d'une chirurgie de reconstruction mammaire à l'issue du traitement ou encore ceux demandés dans le cadre de soins dentaires prothétiques ou d'implantologie à l'issue du traitement seront pris en charge intégralement, dès lors qu'ils sont consécutifs au traitement.

• Le III étend le panier de soins pris en charge par l'assurance maladie à « l'ensemble des soins et dispositifs prescrits, y compris les soins de support ». Il fait référence explicitement aux « prothèses capillaires ». La prise en charge est intégrale dès lors que les soins de support ou les dispositifs font l'objet d'une prescription. Le champ d'application est analogue à celui prévu au I et au II puisqu'il concerne à la fois la période du traitement, la période couverte par le parcours de soins global et les soins consécutifs au traitement du cancer du sein, sans limitation de durée.

• Le IV prévoit qu'un décret en Conseil d'État précisera les modalités d'application des dispositions du chapitre XI. Ce décret permettra notamment de préciser :

– les modalités de prise en charge intégrale prévues pour le cancer du sein, qui, à l'heure actuelle, ne dispose pas de définition réglementaire ni de régime spécifique ;

– les modalités de reconnaissance du lien de causalité entre les soins à l'issue de la période de traitement, et le cancer du sein, que recouvre la notion de « soins consécutifs » ;

– les modalités de remboursement aux assurés des dépassements d’honoraires, dont les montants sont librement fixés par les médecins libéraux n’ayant pas conventionné avec l’assurance maladie ;

– la définition matérielle des activités entrant dans la catégorie des soins de support et les professionnels agréés pour dispenser des soins remboursés ;

– les modalités de remboursement des dispositifs prescrits mais non inscrit sur la liste des produits et prestations remboursables et dont le prix de vente est librement déterminé par le fabricant.

3. Les modifications apportées par la commission

La commission a adopté plusieurs amendements de fond, contre l’avis du rapporteur :

– l’amendement AS13 de M. Jean-François Rousset et plusieurs de ses collègues du groupe Renaissance supprime l’alinéa 9 de l’article 1^{er}, supprimant ainsi le II relatif à la prise en charge intégrale des dépassements d’honoraires par l’assurance maladie. Cet amendement est motivé par M. Jean-François Rousset, par la nécessité de réguler les dépassements d’honoraires dans un cadre plus global que celui de la prise en charge du cancer du sein. Pour répondre aux préoccupations exprimées par les députés concernant l’évolution des dépassements d’honoraires et leur répercussion sur l’accès aux soins, la présidente de la commission, Mme Charlotte Parmentier-Lecocq a proposé d’inscrire à l’ordre du jour de prochains travaux une mission d’information relative aux dépassements d’honoraires ;

– l’amendement AS14 de M. Jean-François Rousset et plusieurs de ses collègues du groupe Renaissance modifie la rédaction de l’alinéa 10 et précise que les soins pris en charge, comprenant notamment les soins de support, seront définis par décret ;

– l’amendement AS6 de M. Stéphane Viry et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains complète l’article 1^{er} par un nouvel alinéa consacrant dans la partie législative du code une obligation d’information du patient concernant l’accès aux soins de support dans sa région. Cette obligation incombe à l’oncologue, dans le cadre d’une consultation précédant le démarrage du traitement du cancer du sein.

La commission a également adopté un amendement rédactionnel et un amendement de précision du rapporteur ⁽¹⁾. L’amendement de précision spécifie que le renouvellement des prothèses mammaires fait l’objet d’une prise en charge intégrale. En effet, en l’état actuel du droit, les prothèses mammaires font déjà l’objet d’une prise en charge, mais pas leur renouvellement.

*

* *

(1) Amendement rédactionnel AS39 et amendement de précision AS40.

Article 1^{er} bis (nouveau)

Prise en compte spécifique des dépassements d'honoraires pratiqués pour les actes relatifs aux patients en affection de longue durée

Introduit par la commission

L'article 1^{er} *bis* crée un nouvel article dans le code de la santé publique, disposant qu'une attention particulière est portée à la maîtrise des dépassements d'honoraires pratiqués dans le cadre de la prise en charge de l'ensemble des affections de longue durée, dans le cadre des négociations conventionnelles entre l'assurance maladie et les médecins.

Cet article résulte de l'adoption de l'amendement AS15 de M. Jean-François Rousset et plusieurs de ses collègues du groupe Renaissance. Il vise à introduire des mesures spécifiques de suivi des dépassements d'honoraires facturés aux patients en affection de longue durée et notamment ceux atteints d'un cancer du sein, dans le cadre des négociations conventionnelles entre l'assurance maladie et les médecins. L'amendement crée à cet effet un nouvel article L. 165-5-1-2 dans le code de la sécurité sociale qui dispose qu'« il est accordé une attention particulière aux actes et aux prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 et résultant du traitement ou des soins consécutifs à une affection de longue durée ou du parcours de soins global à l'issue d'une affection de longue durée, notamment s'agissant du cancer du sein ».

*

* *

Article 2

Gage de recevabilité financière

Adopté sans modifications

L'article 2 assure la conformité de la présente proposition de loi à l'article 40 de la Constitution au moyen d'un gage portant création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs.

La proposition de loi est de nature à accroître une charge publique dans la mesure où l'article 1^{er} étend le champ des dépenses de soins prises en charge par l'assurance maladie.

En conséquence, et pour permettre le dépôt du texte, l'article 2 gage la charge susmentionnée par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs prévus au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.

*

* *

TRAVAUX DE LA COMMISSION

Lors de la réunion du 22 mai 2024, la commission a procédé à l'examen de la proposition de loi visant la prise en charge intégrale des soins liés au traitement du cancer du sein par l'assurance maladie (n° 2519) (M. Fabien Roussel, rapporteur) ⁽¹⁾.

Mme la présidente Charlotte Parmentier-Lecocq. Nous examinons ce matin deux propositions de loi du groupe Gauche démocrate et républicaine renvoyées à notre commission. Ces textes sont inscrits à l'ordre du jour des séances du 30 mai, qui lui sont réservées.

Je souhaite la bienvenue à M. Fabien Roussel au sein de notre commission. Je vous remercie, monsieur le rapporteur, d'avoir inscrit à l'ordre du jour de nos débats cette question majeure du cancer du sein, sur laquelle nous devons continuer à avancer. Il importe, mais je ne doute pas que vous le ferez, de rappeler l'importance du dépistage, d'apporter notre soutien aux patients et patientes qui se battent contre cette maladie et, plus généralement, de saluer l'engagement de l'ensemble des citoyens et des bénévoles dans nos territoires.

J'aurai, à ce titre, une pensée pour la course de la Landasienne d'Octobre rose, que vous connaissez puisque nos circonscriptions du Nord sont voisines, mais de nombreuses autres actions sont menées par des associations pour sensibiliser le public et particulièrement les femmes au cancer du sein.

M. Fabien Roussel, rapporteur. Je vous remercie, madame la présidente, de m'accueillir pour l'examen de cette proposition de loi. Le département du Nord est effectivement très bien représenté ce matin.

Je démarrerai cette intervention par des mots qui ne sont pas les miens, mais ceux de Véronique, une ancienne patiente que nous avons auditionnée et qui est aujourd'hui guérie de son cancer du sein. *« Lorsqu'une femme est opérée, qu'on lui enlève une partie du sein ou le sein entier, et qu'elle se découvre mutilée dans le miroir, sans cheveux, le teint livide, épuisée, les soins de support sont un moyen de retrouver de l'énergie, de se réapproprier son corps et d'aller de l'avant. Faire bonne figure, ne pas se laisser aller devant les enfants pour ne pas les effrayer ! »*

Véronique, comme une femme sur huit au cours de sa vie, a eu un cancer du sein. S'il s'agit du cancer des femmes, ce n'est pas seulement parce que seul 1 % des diagnostics concernent les hommes, mais surtout parce qu'il a une incidence particulière sur le corps d'une femme, sur son image, sur sa féminité : à la perte des cheveux et des ongles, s'ajoute l'ablation des seins.

(1) <https://assnat.fr/vM8AHu>

Ce cancer est diagnostiqué à 60 000 femmes chaque année. En 2023, la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) recensait plus de 700 000 femmes vivant avec un cancer du sein actif, c'est-à-dire en phase de traitement ou de surveillance post-traitement. Cancer le plus meurtrier chez les femmes, il tue encore plus de 12 000 d'entre elles chaque année.

Alors que cette pathologie relève du statut protecteur des affections de longue durée (ALD), qui permet une prise en charge dite « intégrale » du traitement par l'assurance maladie, le reste à charge moyen pour les patientes est, dans la pratique, très important et en augmentation, ce qui est source de précarité et ce qui les conduit parfois à renoncer aux soins. Ce type de cancer se distingue en effet par un niveau variable, mais souvent très élevé de dépenses non remboursées. Les malades, ainsi que la Ligue nationale contre le cancer, font état d'un montant compris entre 1 300 et 2 500 euros.

Si le reste à charge moyen est difficile à établir, c'est parce qu'il dépend de la capacité des femmes à se faire soigner dans le secteur public et à accéder aux soins de support grâce à une association de patients, de leur niveau de couverture complémentaire, et des soins auxquels elles décident de renoncer, faute de moyens. Vous l'aurez compris : les femmes ne sont pas égales face à la maladie. Selon une étude menée en 2019 par la Ligue nationale contre le cancer, plus de la moitié des femmes de moins de 40 ans atteintes d'un cancer du sein éprouvent des craintes pour leur budget.

Le reste à charge résulte d'abord de participations forfaitaires et des franchises. Celles-ci ne font d'augmenter, qu'il s'agisse des franchises médicales sur les médicaments ou sur les transports sanitaires, qui ont doublé, du forfait journalier hospitalier, ou encore du forfait patient urgences.

Il est également le fruit des dépassements d'honoraires pour des soins réalisés dans le secteur privé en l'absence d'offre accessible dans le public. Les dépassements relatifs à la chirurgie de reconstruction après l'ablation du sein, par exemple, atteignent la somme de 10 000 euros pour les deux seins avec un résultat symétrique. Est-ce aux patientes de payer le prix de l'absence de régulation de l'offre sur le territoire ? Rappelons que 15 % d'entre elles renoncent à la reconstruction mammaire pour des motifs financiers.

Le reste à charge provient aussi des achats de produits qui ne sont pas inclus dans le panier de soins, bien qu'ils soient prescrits et souvent indispensables. C'est le cas des brassières post-opératoires ou compressives, des mousses mobilisatrices utilisées en cas d'œdème du sein, d'œdème du thorax ou de lymphœdème au niveau du bras, ou encore des manchons pour le lymphœdème chronique, qui peuvent coûter jusqu'à 100 euros. En cas de reconstruction mammaire, les soutiens-gorge post-opératoires, indispensables et obligatoires, ne sont pas non plus pris en charge. Comme ils sont à porter vingt-quatre heures sur vingt-quatre le premier mois, il faut s'en procurer au moins deux, pour un coût total pouvant s'élever à 140 euros.

J'y insiste : les patientes les plus précaires renoncent à certains soins ou produits qui, non pris en charge ou insuffisamment remboursés, s'avèrent trop onéreux. À titre d'illustration, en 2021, seules 50 114 personnes sur les 347 000 traitées par chimiothérapie ont bénéficié d'une prothèse capillaire remboursée.

Évoquons enfin les soins de support, que sont l'activité physique adaptée (APA), les consultations de diététique, le suivi psychologique, ou encore les soins socio-esthétiques. Définis et listés par l'Institut national du cancer (Inca), ils sont indispensables aux patientes, mais eux non plus ne sont pas remboursés par l'assurance maladie.

L'APA, dont nous parlons régulièrement à l'Assemblée nationale, et dont l'efficacité pour réduire les risques de récurrence est démontrée scientifiquement, n'est pas même prise en charge lorsqu'elle est prescrite par un médecin. Il faut ainsi compter un reste à charge de 400 euros pour les femmes suivant dix séances, soit le minimum recommandé. N'entrant pas dans le système de soins, les professionnels de ce secteur ne sont, par surcroît, pas agréés, ce qui ouvre la voie à des charlatans et à des pratiques sectaires, dont sont victimes des femmes déjà affaiblies par la maladie. « *Si on avait une pilule dont il est démontré qu'elle réduit le risque de cancer, elle serait remboursée immédiatement. Alors pourquoi on ne rembourse pas l'APA ?* », a demandé avec colère l'une des patientes que nous avons auditionnées.

Cette situation confine à une double injustice sociale. Alors que le cancer du sein touche principalement les femmes, celles-ci touchent en moyenne des revenus plus faibles et se trouvent plus souvent en situation de famille monoparentale ou de travail précaire, tout en ayant donc un reste à charge très élevé.

Je parle ici d'une réalité quotidienne pour de nombreuses malades. Isabelle, agricultrice à Saint-Amand-les-Eaux, diagnostiquée fin 2019 pour un cancer du sein très agressif et qui se trouve toujours sous traitement, a témoigné de sa situation très précaire lors de son audition. « *La prise en charge par la Mutualité sociale agricole était au début de 19 euros par jour, avant de passer à 25 euros par jour pour faire tourner l'exploitation. En pratique, cela correspond à une heure de travail de mon salarié [qu'elle emploie à temps plein], à qui j'ai demandé de s'occuper de mes bêtes, parce que je ne pouvais pas le faire ; je n'avais pas la force avec mes traitements. Même avec la complémentaire, qui m'a versé 65 euros d'indemnités par jour, j'ai dû puiser dans mes économies. Aujourd'hui, je suis très dépendante de mon état physique. J'ai été opérée il y a trois semaines et je ne peux pas me mettre en arrêt de travail, car je n'ai plus droit à rien. Heureusement, j'ai pu être opérée dans le secteur public.* »

Pourtant, dans son rapport intitulé *Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030*, paru le mois dernier, l'Inca rappelle que « *cinq ans après un diagnostic de cancer, deux personnes sur trois souffrent de séquelles dues à la maladie ou au traitement* ». Et d'ajouter que « *l'accès à une offre [...] de reconstruction, la prévention, le repérage et le traitement des séquelles, le développement des soins de support et la facilitation des parcours de vie sont des leviers de progrès majeurs pour améliorer la qualité de vie de ces personnes et réduire l'impact des cancers dans notre pays* ».

Voilà pourquoi il est urgent d'agir et d'envoyer un signal à toutes ces femmes, ainsi qu'aux associations qui se mobilisent tous les ans à l'occasion d'Octobre rose, afin de leur dire collectivement que nous les avons entendues, que nous allons réparer l'injustice, que nous allons les accompagner et que l'argent ne sera pas un frein à leurs chances de guérison et de reconstruction après le cancer.

L'objet de la proposition de loi est ainsi de garantir une prise en charge intégrale et effective de l'ensemble des dépenses liées au traitement du cancer du sein, aussi bien pendant qu'après le traitement. Cette prise en charge ne serait pas limitée dans le temps, couvrant même des années plus tard des soins consécutifs au traitement. Elle concernerait toutes les dépenses qui constituent actuellement le reste à charge des patientes, c'est-à-dire toutes les participations forfaitaires et les franchises, les dépassements d'honoraires, les soins de support, mais aussi tous les produits et dispositifs médicaux prescrits. Le texte vise à renouer avec la promesse de notre modèle social, de notre sécurité sociale : celle de l'égal accès de tous à des soins de qualité, grâce à une prise en charge intégrale par la sécurité sociale.

Cette proposition de loi résulte d'une promesse, que Yannick Monnet, député de l'Allier, et moi-même avons faite le 8 mars dernier à des femmes en colère, qui nous ont interpellés dans nos circonscriptions sur leurs terribles situations. À la détresse de la maladie, s'ajoutent l'angoisse financière et les difficultés pour se soigner, nous ont-elles dit. Nous leur avons promis d'agir et d'inscrire cette question à l'ordre du jour de nos travaux, de sorte que nous n'entendions plus à l'avenir, comme nous l'a confié une malade, qu'entre « *se soigner et se nourrir, il faut choisir* ».

Mme la présidente Charlotte Parmentier-Lecocq. Nous en venons aux interventions des orateurs des groupes.

M. Jean-François Rousset (RE). Cancer féminin le plus répandu, le cancer du sein touche plus de 60 000 femmes chaque année. Malheureusement, nous avons toutes et tous un membre de notre famille, une amie, une connaissance touchée par cette maladie. Monsieur le rapporteur, personne ne peut donc prétendre avoir le monopole de la sensibilité sur cette question.

Affirmer que le cancer du sein est mal pris en charge dans notre pays serait également mensonger, étant donné que la maladie fait partie de la liste des trente affections de longue durée reconnues (liste ALD 30). Ce statut donne droit à une prise en charge à 100 % de tous les soins liés à la maladie, avec un plafonnement des franchises à hauteur de 50 euros par an. Grâce aux traitements qu'elle propose, la France fait partie des pays dont les résultats sont les meilleurs, avec un taux de survie s'établissant à 87 %.

Parmi les soins de confort associés au cancer du sein, citons les prothèses capillaires, lesquelles sont totalement prises en charge depuis la promulgation de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023. Même la reconstruction mammaire est intégralement couverte, hors dépassements d'honoraires.

Cela étant rappelé, il convient d'agir en faveur de la prévention, seule manière d'accroître les chances de survie et de limiter le recours aux traitements lourds. Chaque femme âgée de 50 à 74 ans peut déjà bénéficier du dépistage organisé, pris en charge à 100 %. Cependant, l'Organisation européenne du cancer indique que seules 47 % d'entre elles y participent. Nous devons inciter les femmes à se faire dépister et améliorer notre politique de prévention, en renforçant l'information, la sensibilisation et « l'aller vers » les patientes.

Le texte propose d'intégralement prendre en charge les dépassements d'honoraires, mais une telle mesure emporterait un effet inflationniste délétère et contreproductif. Les médecins seraient tentés d'augmenter le montant de leurs dépassements et de proposer des tarifs démesurés, financés par nos concitoyens. J'ajoute que la proposition de loi ne se concentre que sur une seule pathologie, laissant de côté d'autres cancers qui pourraient faire l'objet du même dispositif.

Notons que les dépassements liés au traitement du cancer du sein portent essentiellement sur les actes de reconstruction mammaire. C'est donc sur cet acte spécifique que nous devons améliorer la maîtrise des dépenses d'honoraires, car il s'agit d'une étape essentielle pour les patientes ayant subi un traitement délabrant.

En l'état, le groupe Renaissance ne pourra soutenir la proposition de loi.

Mme Angélique Ranc (RN). Cette proposition de loi est importante, car elle porte sur le cancer le plus fréquent et le plus meurtrier pour les femmes. J'adresse aux patientes – et aux patients – tout mon soutien dans le combat contre la maladie.

À l'évidence, le texte présenté par le groupe communiste est un vœu pieux et ne pourra être adopté en l'état, tant il est éloigné de la réalité. Assurer la prise en charge intégrale, par l'assurance maladie, des dépassements d'honoraires, des actes et des prestations liés au cancer du sein peut sembler prometteur, mais une telle mesure reviendrait à créer un appel d'air sans précédent, de nature à encourager de nombreux professionnels de santé à basculer du secteur 1 vers le secteur 2, voire à se déconventionner.

Chacun connaît mon engagement à défendre les droits des patients. Au-delà de l'amélioration de la prise charge que je proposerai par voie d'amendement, je déplore qu'un élément soit écarté des débats, alors qu'il devrait retenir toute notre attention : la prévention. Près de 20 000 cancers du sein pourraient être évités chaque année, soit un tiers des nouveaux cas, et 40 % des pathologies ne sont pas détectées à un stade précoce. La mammographie de dépistage tous les deux ans, entre 50 et 74 ans, est un excellent dispositif, mais il est insuffisant. C'est pourquoi je proposerai de l'étendre à toutes les femmes âgées de 40 à 49 ans. Il s'agit d'un enjeu majeur de santé publique.

Enfin, je regrette que les communistes n'aient placé ce texte qu'en sixième position de leur niche parlementaire, ce qui signifie que nous ne pourrions probablement pas l'examiner dans l'hémicycle. Parler d'un sujet, c'est bien ; agir pour améliorer le quotidien des Français, c'est mieux ! La lutte contre le cancer du sein devrait être notre priorité à tous.

M. Damien Maudet (LFI - NUPES). *« Heureusement, j'avais Patrick et les filles, Célia et Julie, sinon je ne sais pas comment j'aurais fait toute seule. On est en colère, on a mal. Ce cancer, il attaque le moral, le physique, l'intime, mais il peut aussi détruire financièrement. »*

Elles s'appellent Corinne, Sandrine, Marie, Lucie, Estelle, Myriam. Elles viennent de Limoges, de Felletin, de Toulouse, de Paris. Elles sont peut-être vos sœurs, vos mères, vos voisines, vos collègues, vos amies – vous-mêmes. Elles sont nombreuses, trop nombreuses, chaque année, à être frappées par le cancer du sein. En France, une femme sur huit en contractera un. S'il est traité à temps, les femmes s'en sortent dans 90 % des cas. Mais cette statistique ne doit pas nous faire oublier les 12 000 qui décèdent chaque année, ni le combat quotidien de celles qui luttent contre la maladie.

« J'avais 37 ans. Je venais juste d'avoir la petite. J'ai fait un petit contrôle et on m'a appris que j'étais au stade 3, presque foudroyant. Alors on a fait au plus vite : ablation du sein, chimiothérapie, les ongles, les cheveux », raconte Estelle, qui vit près de Limoges.

« Ils m'ont enlevé une partie du sein, un muscle. J'ai mis un an avant de pouvoir lever le bras. Et puis l'hormonothérapie, ça fait si mal ! Pour randonner, j'ai dû prendre des anti-inflammatoires », ajoute Corinne.

Il y a la maladie, la fatigue, les séquelles, mais en France, cancer peut aussi rimer avec précarité. Le texte le dit : il y a trop de trous dans la raquette. Le cancer du sein nécessite généralement une chirurgie réparatrice, souvent pratiquée dans le privé. Comme le reste à charge s'élève en moyenne à 1 000 euros, 15 % des femmes y renoncent. La maladie a des conséquences sur les ongles, la peau, les cheveux, mais certains vernis et certaines crèmes ne sont pas remboursés, tandis que les perruques sont trop faiblement prises en charge, plusieurs centaines d'euros devant être déboursés. Un soutien psychologique est aussi nécessaire, souvent synonyme, là aussi, de frais. Quant à l'APA, elle n'est pas non plus remboursée, alors qu'elle limite le risque de récurrence. Ainsi, une femme qui souhaite un suivi psychologique, physique et diététique dépensera 3 800 euros, mais ne sera remboursée qu'à hauteur de 180 euros. C'est injuste.

Et nous voulons aller plus loin. *« J'aime ça, la plage. Ce n'est pas vital, mais ça me fait du bien. Seulement, ils n'ont pas remboursé les maillots de bain adaptés »,* me dit Corinne. Myriam, elle, me parle de soutiens-gorge : *« On a une prothèse, mais rien d'adapté pour la porter. C'est comme si vous aviez une prothèse de jambe, mais pas les fixations. »* Les soutiens-gorge, les maillots de bain adaptés ne sont pas un luxe. Ils doivent être remboursés à vos sœurs, vos mères, vos voisines, vos collègues, vos amies – à vous-mêmes ; à Corinne, à Sandrine, à Estelle, à Myriam, à Marie, à Lucie ; aux femmes de Limoges, de Felletin, de Toulouse, de Paris.

Nous ne pouvons empêcher la maladie, mais qu'à cette peine ne s'ajoute pas la précarité ! C'est pour cela que nous sommes ici.

Mme Sylvie Bonnet (LR). Derrière chaque diagnostic du cancer du sein se trouve une femme, une mère, une sœur, une fille, une amie dont la vie est bouleversée par l'annonce de la maladie. Il est vital que l'État soutienne et accompagne ces femmes qui affrontent non seulement des défis médicaux, mais aussi de lourdes pressions financières et émotionnelles. Une société juste et solidaire ne doit pas fermer les yeux sur la souffrance de ses membres les plus vulnérables.

Cette initiative du groupe GDR - NUPES a le mérite de soulever la problématique du reste à charge pour les patients atteints d'un cancer du sein. Cependant, le dispositif prévu invite à formuler plusieurs réserves.

Avec l'annulation, en février, de 10 milliards d'euros de crédits et la perspective d'une baisse de 20 milliards supplémentaires, le Gouvernement a décidé de mener une politique du rabout, laquelle s'attaque principalement aux dépenses sociales et risque de toucher les Français les plus fragiles. Je pense au doublement de la franchise médicale, au déremboursement des médicaments suivant les revenus, aux coupes dans la prise en charge des ALD, à la sous-indexation des retraites. Si ces décisions injustes portent un grave coup à la solidarité nationale, elles traduisent la réalité d'un contexte budgétaire contraint et de dette de la sécurité sociale – contexte complètement oublié par les auteurs de la proposition de loi.

J'ajoute que le cancer du sein est déjà considéré comme une ALD, ce qui permet un remboursement à 100 % des soins requis, y compris la reconstruction mammaire lorsqu'elle est nécessaire. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 prévoit d'élargir, dans le courant de cette année, le 100 % santé aux prothèses capillaires pour les patients traités par chimiothérapie. Enfin, les organismes complémentaires contribuent également à réduire le reste à charge, en remboursant tout ou partie de certains soins de support et des dépassements d'honoraires, même si la question des plafonds demeure.

Adopter cette proposition de loi reviendrait ainsi à faire un cadeau fiscal aux complémentaires, sans garantie, en contrepartie, d'une baisse de leurs tarifs, ni d'une extension de leur prise en charge. C'est pourquoi le groupe Les Républicains s'abstiendra. Le texte propose de fausses solutions, qui ne garantissent pas une meilleure prise en charge holistique de la maladie.

Mme Anne Bergantz (Dem). Je tiens tout d'abord à saluer l'intention du groupe GDR - NUPES et de son rapporteur, Fabien Roussel. Vous pointez des problèmes et des situations auxquels les femmes sont confrontées.

Cependant, le traitement dérogatoire pour les personnes atteintes d'un cancer de sein que vous proposez me semble problématique quant à l'égalité de traitement face à la maladie. Tous les types de cancer sont reconnus comme des affections de longue durée, sans distinction. De plus, même si je suis certaine que ce n'est pas votre intention, l'inscription dans la loi d'une prise en charge intégrale pourrait entraîner un effet pervers de généralisation – ou de facilitation – des dépassements d'honoraires.

Cela ne signifie pas qu'il ne faut rien faire. À cet égard, rappelons que le Gouvernement a pris et appliqué des mesures importantes, telles que le parcours de soins global.

Deux points sont à améliorer.

Premièrement, il faut accroître notre effort en matière de dépistage. Il est en effet alarmant, alors même que la prise en charge est de 100 %, que seules 47 % des femmes éligibles se fassent dépister : c'est 7 points de moins que la moyenne européenne. Je ne sais malheureusement pas pourquoi le taux de dépistage n'est pas plus élevé. Je ne crois pas qu'il s'agisse d'un problème d'information, dans la mesure où les bénéficiaires reçoivent des courriers et des relances à domicile. Quoi qu'il en soit, nous devons y travailler.

Deuxièmement, une meilleure information des malades sur leurs droits permettrait d'éviter certaines des situations que vous décrivez très justement. Vous avez raison, monsieur le rapporteur, des bons de transport demandés trop tard ou encore des problèmes administratifs avec la sécurité sociale ont des répercussions financières bien réelles pour les malades.

À ce stade, le groupe Démocrate ne peut soutenir cette proposition de loi.

M. Alexandre Vincendet (HOR). Nous comprenons les motivations de cette proposition de loi et partageons pleinement la volonté de soutenir les personnes atteintes d'un cancer du sein. La lutte contre cette maladie est une priorité et nous sommes déterminés à améliorer l'accès aux soins et à investir dans la prévention, le traitement et la recherche. Il est crucial de trouver des solutions équitables et durables pour tous les patients atteints de maladie grave, tout en préservant bien sûr l'équilibre de notre système de sécurité sociale.

Cependant, au-delà de l'aspect financier, cette proposition de loi, bien qu'animée de bonnes intentions, pourrait porter atteinte au principe d'égalité devant la loi, inscrit dans notre bloc de constitutionnalité. En privilégiant les personnes atteintes d'un cancer du sein au détriment d'autres maladies graves, nous risquerions de créer une importante inégalité de traitement. Tous les citoyens doivent bénéficier des mêmes droits et protections, et il est crucial que notre législation ne crée pas de disparité entre les différentes maladies graves.

Par ailleurs, la proposition tend à introduire des dérogations aux dispositions générales du code de la sécurité sociale. De telles dérogations doivent, par principe, rester exceptionnelles, et justifiées par une situation particulière d'intérêt général. En l'espèce, le caractère exceptionnel de la situation est contestable et pourrait ouvrir la voie à des demandes similaires pour diverses pathologies.

Aussi louable qu'elle soit, la proposition de loi soulève donc de nombreuses questions juridiques, financières et éthiques. Il est de notre devoir de garantir que toute législation soit juste, équitable et soutenable pour l'ensemble de nos

concitoyens. C'est pour cette raison que le groupe Horizons et apparentés votera l'amendement AS13 du groupe Renaissance, qui tend à supprimer l'alinéa 9 de l'article 1^{er}.

M. Joël Aviragnet (SOC). Tout d'abord, je tiens à affirmer le soutien du groupe Socialistes et apparentés à la proposition de loi, qui est la bienvenue dans le contexte actuel. Depuis sept ans, le Gouvernement n'a de cesse de rogner les droits sociaux de nos concitoyens pour financer ses cadeaux aux riches : des réformes des retraites et de l'assurance chômage à l'abandon de nos services publics.

Le ticket modérateur n'est pas la panacée pour supporter les coûts liés au traitement intégral du cancer du sein qui, je le rappelle, est la forme de cancer qui a entraîné le plus de décès chez les femmes en 2023. Nous soutenons l'acquisition de nouveaux droits pour renforcer notre modèle de soins. Nous souhaitons une prise en charge complète de tous les frais qui ont trait à cette pathologie, afin de contribuer à l'égal accès aux soins. Plus largement, nous plaignons pour une meilleure prise en charge de toutes les affections de longue durée.

En effet, malgré la prise en charge d'un panier de soins pour les patients souffrant d'une ALD, les personnes atteintes d'un cancer du sein subissent d'importants restes à charge. Le texte permettrait une exonération de franchise médicale, de ticket modérateur, de forfait hospitalier, ainsi que la prise en charge des dépassements d'honoraires et des soins de support, comme les prothèses capillaires et mammaires. Ces mesures constitueraient un continuum de prise en charge intégrale, dont les malades ont un besoin vital.

Nous soutenons donc ce texte, qui vise à garantir une telle prise en charge intégrale des soins et prestations, et nous souhaitons que cette avancée concerne toutes les pathologies figurant sur la liste ALD 30.

M. Yannick Monnet (GDR - NUPES). Notre groupe est à l'initiative d'un texte qui se veut une réponse forte à un enjeu précis : la prise en charge à 100 % des frais de soins liés au cancer du sein. Peut-être avez-vous, comme nous, été interpellés par des femmes atteintes de ce cancer et qui voient leur reste à charge atteindre des niveaux problématiques. En effet, le statut d'ALD, ce qui est le cas des cancers, ne supprime pas tous les obstacles financiers dans le parcours de soins.

Rappelons que 60 000 nouveaux cas de cancer du sein sont détectés chaque année et que la Cnam recense 700 000 femmes vivant avec la maladie ou faisant l'objet d'une surveillance post-traitement. Plusieurs études ont identifié les principales dépenses responsables du reste à charge : des médicaments peu ou pas remboursés, des frais de transport, des dépassements d'honoraires, des forfaits et des franchises, ou encore des soins de support.

Ces derniers incluent des gels, des crèmes, des vernis pour les ongles, mais aussi des activités physiques adaptées, ainsi que des séances d'ostéopathie et de suivi psychologique. Ces coûts représentent un angle mort de notre système de protection

sociale qui, selon la Ligue nationale contre le cancer, pousse les femmes atteintes d'un cancer du sein à craindre pour leur budget et à faire des choix. Par exemple, 15 % des patientes renoncent à la reconstruction mammaire pour des raisons financières. Quant à la prise en charge des prothèses capillaires, prévue depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023, dans la mesure où elle repose sur les complémentaires, elle n'est pas nécessairement sans impact pour les malades.

Ces situations ne sont pas acceptables et il nous revient d'intervenir. La maladie dont nous parlons est suffisamment éprouvante pour ne pas être assortie d'un facteur aggravant comme la baisse des revenus. Peu de personnes atteintes d'un cancer parviennent à maintenir leur niveau de vie, sachant qu'il peut même s'agir d'un point de bascule vers la pauvreté.

Nous voulons aller plus vite et plus loin dans la prise en charge, par la sécurité sociale, de l'ensemble des soins prescrits pour le traitement du cancer du sein. Même si la proposition de loi est adoptée, il restera beaucoup à faire : il convient de commencer maintenant.

M. Laurent Panifous (LIOT). Une maladie grave comme le cancer du sein est toujours une épreuve, avec son lot de souffrances et de difficultés. Parmi elles, le coût financier des traitements et des frais annexes engendrés par la maladie alors que les personnes concernées sont souvent obligées d'arrêter de travailler. Elles subissent donc une double peine et la rémission ne signe pas l'arrêt des difficultés, y compris financières. Ainsi, un an après l'arrêt des traitements, une femme sur cinq n'a pas repris une activité professionnelle.

Pendant la phase de traitement, le dispositif de l'ALD ne couvre pas toutes les dépenses. C'est le cas du forfait journalier, des participations forfaitaires, des franchises, de certains frais de transport et des dépassements d'honoraires. Ces exclusions sont loin d'être anodines, d'autant que le Gouvernement a fait le choix d'augmenter les franchises et participations forfaitaires. Les dépassements d'honoraires sont courants dans un contexte de désertification médicale et conduisent 14 % des femmes à renoncer à une reconstruction mammaire pour des raisons financières. Après le traitement, les soins de support, pourtant essentiels, sont trop peu reconnus et pris en charge. Le parcours de soins global après le traitement d'un cancer a été une avancée, mais reste limité puisqu'il est plafonné à 180 euros. Les soins de support et autres dispositifs liés aux effets secondaires, comme les prothèses capillaires, sont rarement totalement pris en charge et le reste à charge moyen demeure élevé.

Pour ces raisons, notre groupe soutiendra ce texte, mais la réflexion doit aller plus loin et permettre de faire évoluer le dispositif de l'ALD, notamment le parcours après traitement, pour toutes ces maladies qui, sans prévenir, font basculer la vie des malades et celle de leurs proches. Dans ces cas, la solidarité complète doit être la règle.

Mme Sandrine Rousseau (Ecolo - NUPES). Le cancer du sein est une maladie très répandue : chaque année, 12 000 personnes en meurent et 60 000 nouveaux cas sont détectés. Au total, ce sont 700 000 femmes qui ont déjà vécu un diagnostic de cancer.

L'assurance maladie a fait de gros progrès sur le dépistage, sur le diagnostic et sur la prise en charge. Cependant, qu'une femme soit riche ou pauvre, elle n'aura pas accès aux mêmes soins et n'aura pas la même qualité de vie. Les prothèses capillaires par exemple ne sont remboursées qu'à hauteur de 700 euros – avec un remboursement moyen de 250 euros – alors que les prothèses de meilleure qualité coûtent 1 200 euros, ce qui laisse un reste à charge impossible à assumer pour bien des femmes et donc inacceptable. Ce n'est qu'un exemple, car les femmes atteintes doivent également acheter des soutiens-gorge ou des maillots de bain ou recourir à des soins psychologiques ou des soins du corps. Les femmes doivent pouvoir choisir, sans injonction, si et quand elles souhaitent se reconstruire et retrouver leur féminité, mais la société doit rembourser ces soins afin qu'elles n'aient rien à payer de leur poche. À ces coûts s'ajoute la perte de revenus alors que les femmes perçoivent déjà un salaire inférieur de 20 % en moyenne à celui des hommes. La maladie risque donc de les faire tomber dans une très grande précarité.

Toutes les ALD doivent être mieux prises en charge, mais le cancer du sein, par sa récurrence et par l'importance des frais non pris en charge, est une priorité. Nous soutiendrons donc la proposition de loi.

Mme la présidente Charlotte Parmentier-Lecocq. Nous passons aux questions des députés.

M. Stéphane Viry (LR). Je salue l'initiative de notre collègue Roussel, ainsi que le travail des associations qui se mobilisent, partout sur le territoire, pour trouver des moyens pour financer la recherche et pour apporter des soins de support en complément de ce qui est déjà fait. Le drame du cancer du sein est une question de santé publique que nous ne réussissons pas à régler, même si notre système d'assurance maladie le prend en charge au titre de l'ALD.

Après une chimiothérapie, le retour à la maison est particulièrement difficile, non seulement pour la patiente mais également pour ses proches. La préparation des repas notamment peut être compliquée, soit que le corps ne la permette pas, soit que ce ne soit pas possible émotionnellement. Lors des auditions, avez-vous entendu des patients, des associations ou des organismes demandant qu'une forme de ticket repas soit mise en place, au moins pendant les trois jours suivants les soins chimiothérapeutiques, afin de faciliter l'alimentation, dont on connaît les conséquences sur la santé ?

M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem). Cher Fabien Roussel, je vous remercie pour cette proposition de loi, mais je regrette qu'elle ne contienne aucune disposition sur la prévention alors que c'est le principal problème. Il est louable de vouloir améliorer la prise en charge, même si elle est aujourd'hui déjà très bonne, mais, depuis 1945,

l'essentiel des efforts financiers a porté sur les soins. La prévention permet pourtant d'éviter des diagnostics de cancer et, si la maladie se déclare, de traiter la patiente dès les premiers signes, avant les complications.

Aujourd'hui, seulement 45 % des 10 millions de femmes concernées se font dépister. Même si ce taux s'améliore doucement après la période du covid, il reste inférieur à celui d'il y a quinze ans, qui était de 52 %. Le dépistage est inégalitaire, socialement – les femmes plus fragiles ont moins recours au dépistage – et géographiquement – seule une femme sur trois se fait dépister en région Provence-Alpes-Côte d'Azur et en Corse, et seule une sur six en Guyane.

M. Thibault Bazin (LR). Monsieur le rapporteur, nous partageons vos objectifs d'améliorer l'accès aux soins et de financer les investissements rendus nécessaires par la maladie. Il faut toutefois également renforcer la prévention de ce cancer féminin qui touche des centaines de milliers de nos concitoyennes. Je salue d'ailleurs le formidable élan populaire dans nos territoires à l'occasion d'Octobre rose, qui mobilise citoyens, collectivités locales, associations et professionnels pour sensibiliser et collecter des fonds.

J'ai déposé le mois dernier une proposition de loi visant à permettre aux salariées et agents publics de bénéficier d'une autorisation d'absence annuelle pour réaliser une mammographie de dépistage de cancer du sein. Elle pourrait être reprise pour compléter votre proposition.

M. François Ruffin (LFI - NUPES). La prévention doit être la prochaine grande révolution médicale, mais elle est de la responsabilité du Gouvernement. Les mauvais résultats énoncés par M. Isaac-Sibille sont ceux de la majorité au pouvoir, qui n'a pas su transformer la culture de la prévention.

M. le rapporteur a bien décrit les trous dans le filet de la sécurité sociale entre ce qui est pris en charge par la caisse primaire d'assurance maladie, les mutuelles et les complémentaires et ce qui reste à charge – soins capillaires, prothèses mammaires, crèmes dermatologiques. Après le choc du diagnostic, une femme peut ainsi subir un choc financier.

Vous avez cité le cas de Marion, une femme qui vient d'entrer dans un nouvel emploi et qui décide de cacher sa maladie pour ne pas le perdre. Il faut bien sûr rembourser sa prothèse capillaire pour lui permettre de faire comme si tout allait bien mais, au-delà, nous devons nous demander comment sécuriser l'emploi des personnes atteintes d'une maladie grave.

M. le rapporteur. Je vous remercie pour l'accueil chaleureux que vous avez réservé à cette proposition de loi. J'espère que le débat permettra de l'amender et de faire émerger une majorité pour envoyer un signal fort à la population en général et aux femmes en particulier.

Il faut d'abord reconnaître que, grâce à notre sécurité sociale, la prise en charge est aujourd'hui importante. C'est une chance dans notre pays. Malheureusement, cette prise en charge n'est pas totale et le reste à charge est de plus en plus important. Il s'explique surtout par les dépassements d'honoraires. Ils sont liés au manque de médecins et de chirurgiens conventionnés en secteur 1, qui oblige certaines femmes à aller dans le secteur privé et à devoir payer des dépassements d'honoraires importants. Nous devons y remédier, car les femmes n'ont pas à payer pour les manquements de notre société.

Plusieurs d'entre vous reprochent à cette proposition de loi de ne rien contenir sur la prévention, mais les femmes, les associations et les médecins que nous avons entendus nous ont dit que le problème prioritaire était le reste à charge. Les mesures que nous présentons portent donc essentiellement sur ce dernier. La prévention devrait faire l'objet d'un texte à part entière ; c'est d'ailleurs l'objet de la proposition de loi de M. Bazin, que je soutiendrai – il faudra créer les conditions nécessaires à cette autorisation d'absence.

M. Ruffin a évoqué les menaces d'une maladie grave sur le maintien de l'emploi. Le cancer du sein présente précisément la particularité d'affecter gravement l'apparence des malades – perte des cheveux, des dents, des ongles ou des sourcils – et donc l'activité professionnelle. Les vernis qui protègent les ongles de la chimio ou la crème solaire qui protège la peau ne peuvent donc, comme c'est le cas aujourd'hui, être considérés comme des soins de confort. Cela met les femmes en colère, car ces soins sont indispensables.

Je souhaite que nous trouvions un consensus car personne n'a le monopole de la défense des femmes atteintes d'un cancer du sein.

La commission en vient à l'examen des articles de la proposition de loi.

Article 1^{er} : *Prendre en charge intégralement l'ensemble des dépenses liées au traitement du cancer du sein pendant et après la maladie*

Amendement AS13 de M. Jean-François Rousset

M. Jean-François Rousset (RE). Faire supporter les dépassements d'honoraires par l'assurance maladie est contre-productif : d'abord parce que cela ne permet pas de résoudre le problème des dépassements d'honoraires – qui constitue un frein à l'accès aux soins –, ensuite parce que cela inciterait les professionnels à augmenter le montant et la fréquence des dépassements et enfin parce que c'est le contribuable qui supporterait le coût de cette mesure inflationniste.

Nous proposons donc de supprimer l'alinéa 9 afin de privilégier une approche par la maîtrise des dépassements d'honoraires, qui nous paraît plus protectrice.

M. le rapporteur. Tous les témoignages que nous avons recueillis – de la Ligue nationale contre le cancer, de médecins et de patientes – lors des auditions font apparaître que les dépassements d'honoraires représentent la part la plus importante du reste à charge. Or ce reste à charge n'est pas pris en charge par les complémentaires de santé dans la très grande majorité des cas.

Sur les 700 000 personnes souffrant aujourd'hui d'un cancer du sein, 547 726 – ce chiffre très précis vient de la Cnam – ont eu à faire face à un dépassement d'honoraires dans le cadre de leur traitement. Le montant moyen du dépassement par patient est de 520 euros. En 2022, un patient sur deux a dû payer plus de 178 euros de dépassement et un sur quatre plus de 713 euros. Ce dépassement est donc important, en plus d'être injuste puisque ces femmes n'ont pas demandé à avoir un cancer. La complémentaire santé ne prend en charge que les dépassements d'honoraires de praticiens adhérents à l'option de pratique tarifaire maîtrisée. Or, sur les 225 000 médecins installés en France, seuls 14 000 du secteur 2 sont adhérents, dont à peine 3 000 chirurgiens alors que ce sont eux qui pratiquent la reconstruction mammaire.

Je suis donc défavorable à votre amendement, mais le texte ne doit pas être la porte ouverte aux dépassements d'honoraires. Il existe donc un problème et nous devons y travailler. Nous pourrions mettre en place un droit opposable dont bénéficieraient les femmes souhaitant procéder à une chirurgie de reconstruction mammaire. Si la Cnam n'est pas en mesure de leur proposer un médecin du secteur 1, elle prendrait en charge les dépassements d'honoraires.

M. Damien Maudet (LFI - NUPES). Cet amendement, s'il était voté, laisserait des milliers de femmes sur le carreau. Ainsi, Myriam, de Panazol près de Limoges, a partagé son angoisse avec moi de devoir consulter un chirurgien dans le privé et de devoir payer 5 000 euros de sa poche.

Plutôt que de vouloir supprimer la prise en charge intégrale par l'assurance maladie, pourquoi ne pas proposer une loi pour encadrer les dépassements d'honoraires ? N'ajoutons pas la précarité financière à la maladie.

M. Yannick Neuder (LR). Je rappelle que les premières causes de mortalité chez les femmes sont cardiovasculaires. Le cancer du sein est le premier cancer chez les femmes.

Cette proposition de loi va à l'encontre de la politique du Gouvernement en matière de prise en charge, puisque celui-ci semble prôner un conditionnement du remboursement des soins liés aux revenus. Le ministre de l'économie doit comprendre – cela a d'ailleurs été l'objet d'une question au Gouvernement – que la prise en charge à 100 % pour les ALD ne signifie pas qu'il n'y a plus de reste à charge.

La question des transports n'a pas été abordée alors que l'impact de l'absence de prise en charge des transports médicaux n'est pas le même en milieu urbain ou en milieu rural.

Avant d'envisager la prise en charge des dépassements d'honoraires, il faut, face au mur de la dette qui nous menace dans les mois qui viennent, sanctuariser les acquis des ordonnances de 1945, qui ont mis en place le principe du libre accès aux soins indépendamment des revenus.

M. Nicolas Turquois (Dem). Monsieur le rapporteur, je salue votre initiative, mais votre proposition ne devrait pas traiter uniquement du cancer du sein, car il existe d'autres pathologies affectant le physique.

Je suis favorable à l'amendement, car l'alinéa 9 ouvre une boîte de Pandore. Pour répondre aux dépassements d'honoraires, vous évoquez un droit opposable. Ce dispositif – qui est le signe d'une absence de politique – ne fonctionne pas : il ne suffit pas d'énoncer un droit théorique dans la loi pour qu'il se concrétise. Le droit au logement opposable en est la preuve.

Mme Joëlle Mélin (RN). Les dépassements d'honoraires ont été prévus pour la première fois par la convention médicale en mai 1980. Elle prévoyait que la revalorisation des honoraires et des prescriptions se ferait en fonction des recettes disponibles de l'assurance maladie. Je m'en souviens très bien car cela m'a marquée. J'étais alors généraliste et j'ai tout de suite décidé de passer en secteur 2, en ne pratiquant pas de dépassement d'honoraires pour les patients en difficultés financières.

Vous l'avez dit, monsieur Roussel, ce n'est pas aux femmes de payer pour une incurie de gestion du système de santé, certains médecins estimant leurs honoraires insuffisants. Les dépassements d'honoraires sont décidés aujourd'hui avec « tact et mesure », mais, avec cette proposition de loi, qui ouvre une boîte de Pandore, ils risquent demain de ne plus l'être puisque les critères d'évaluation d'un revenu juste dépendent des impératifs et du mode de pensée de chaque confrère. Nous sommes donc assez favorables à l'amendement.

M. Yannick Monnet (GDR - NUPES). Nous faisons tous le constat de la persistance de fortes inégalités, liées notamment aux dépassements d'honoraires. J'entends pourtant certains dire qu'il ne faut pas bouger, notamment parce que ce n'est pas aux contribuables de financer le remboursement des dépassements d'honoraires. Les malades aussi sont des contribuables et ce sont eux qui, aujourd'hui, assument les dépassements d'honoraires, ce qui est la source d'une très grande inégalité.

Si nous reprenons le chemin du vote du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), j'espère qu'il sera l'occasion d'un vrai débat sur les dépassements d'honoraires car ceux-ci ne sont pas justifiés et instaurent une médecine à deux vitesses. Je n'ai pour l'instant pas entendu de meilleures solutions que celle proposée par ce texte. Je voterai donc contre l'amendement.

Mme Sandrine Rousseau (Ecolo - NUPES). Nous voterons contre cet amendement car les dépassements d'honoraires peuvent priver certaines femmes de

soins, particulièrement les mères isolées, les femmes célibataires ou celles exerçant un emploi précaire. Je rappelle que deux tiers des emplois précaires sont occupés par des femmes et que, pour l'essentiel, ces emplois sont des temps partiels subis dont le salaire leur permet tout juste de se maintenir au-dessus du seuil de pauvreté.

M. Jean-François Rousset (RE). Je précise que cet amendement ne concerne que le transfert de la charge des dépassements d'honoraires des complémentaires vers la sécurité sociale.

Je suis sensible à tout ce qui a été dit sur les dépassements d'honoraires, mais cette proposition de loi n'est pas le cadre dans lequel il faut traiter de cette question – j'avais d'ailleurs déposé un amendement au PLFSS 2024 sur ce point. Je rappelle également que les dépassements d'honoraires ne sont pas automatiques. Une patiente peut avoir accès à une chirurgie de reconstruction en ne payant que le tarif de la sécurité sociale prévue dans la nomenclature des actes chirurgicaux.

Mme la présidente Charlotte Parmentier-Lecocq. Je constate que la question des dépassements d'honoraires est centrale et qu'elle dépasse la prise en charge du cancer du sein. Notre commission peut s'en saisir ; une mission a d'ailleurs été proposée sur plusieurs bancs – je pense au groupe GDR - NUPES avec Pierre Dharréville et Yannick Monnet ou à Jean-François Rousset. Cette question sera étudiée lors de la prochaine réunion du bureau de la commission.

M. le rapporteur. Je vous remercie, madame la présidente, pour cette initiative.

J'en ai bien conscience, notre proposition de faire supporter par l'assurance maladie les dépassements d'honoraires pratiqués dans le cadre du traitement du cancer du sein ne constitue pas la meilleure solution, car elle risque d'inciter les médecins à changer de secteur. Il faut toutefois traiter ce problème et trouver les recettes financières nécessaires. Les femmes n'ont pas à payer l'incurie de la société.

Si l'amendement en discussion était adopté et ma proposition de remboursement rejetée, ce que je ne souhaite pas, j'espère du moins que la mission proposée par Mme la présidente permettra d'avancer concernant les dépassements d'honoraires.

La commission adopte l'amendement.

En conséquence les amendements AS35, AS37 et AS36 de M. Fabien Roussel tombent.

Amendement AS14 de M. Jean-François Rousset et sous-amendement AS43 de Mme Angélique Ranc, amendement AS38 de M. Fabien Roussel (discussion commune)

M. Jean-François Rousset (RE). Les soins dits de confort sont très importants pour les femmes affectées. Ils permettent par exemple de traiter des

lésions de peau, des déchaussements dentaires ou des chutes de cheveux. Le problème est que leur définition, qui repose sur une circulaire assez ancienne, de 2005, est nébuleuse. Nous proposons donc qu'un décret actualise la définition de ces soins, afin d'améliorer la prise en charge.

Mme Angélique Ranc (RN). Monsieur Roussel, vous énumérez à l'alinéa 10 de cet article tous les dispositifs qui devraient selon vous faire l'objet d'une prise en charge intégrale par l'assurance maladie, mais vous ne pouvez pas faire croire aux Français qu'ils le seront réellement.

Je propose pour ma part de réserver la prise en charge intégrale à certains soins de support des femmes atteintes d'un cancer du sein, tels que les séances d'accompagnement psychologique, les séances d'activité physique adaptée, et les soins dentaires, la chimiothérapie détériorant parfois fortement l'état des dents.

M. le rapporteur. Mon amendement est d'ordre rédactionnel, mais pourrait satisfaire M. Roussel, car il vise à supprimer la référence à la circulaire de 2005 que celui-ci veut réviser.

Par ailleurs, l'alinéa 11 du présent article prévoit déjà que « les modalités d'application » de l'article seront « précisées par décret en Conseil d'État ». Monsieur Roussel, votre amendement est donc satisfait. J'émetts donc un avis défavorable sur celui-ci et sur le sous-amendement de Mme Ranc.

Mme Justine Gruet (LR). Monsieur le rapporteur, vous souhaitez définir les soins de support pour assurer une meilleure prise en charge de ceux-ci par l'assurance maladie. Je vous rappelle que la semaine dernière, dans le même objectif, les membres de mon groupe ont tenté de préciser les notions de soins palliatifs, de soins d'accompagnement, et de soins de support, malgré les tentatives d'effacer ces notions.

*La commission **rejette** le sous-amendement AS43 et **adopte** l'amendement AS14.*

*En conséquence l'amendement AS38 **tombe**.*

Amendement AS40 de M. Fabien Roussel

M. le rapporteur. L'amendement vise à préciser que le renouvellement des prothèses mammaires sera intégralement pris en charge par l'assurance maladie. Actuellement, ce n'est pas le cas.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'amendement AS39 de M. Fabien Roussel.*

Amendement AS6 de M. Stéphane Viry

Mme Sylvie Bonnet (LR). L'amendement vise à faciliter la promotion des soins de support auprès des malades du cancer, afin de compléter leur traitement médical. En effet, les soins de support font partie intégrante du parcours de soins oncologiques.

M. le rapporteur. Cet amendement va dans le bon sens, mais il me semble satisfait par l'article 1^{er} du présent texte. Avis de sagesse.

M. Jean-François Rousset (RE). Je suis favorable à cet amendement. Quand elles apprennent qu'elles sont atteintes d'un cancer du sein, les malades peuvent être prises de vertige. Le médecin ne doit donc pas seulement leur présenter le traitement curatif, mais également les soins de support disponibles dans la région. Il pourrait le faire lors de l'annonce de la maladie.

M. Nicolas Turquois (Dem). Cet amendement ne mange pas de pain. Mais quelle est sa valeur juridique ? Pensez-vous qu'un patient pourrait opposer ces dispositions à un médecin ? Non, elles n'enrichiraient nullement la loi.

En outre, le médecin doit déjà informer ses patients sur les différentes prises en charge. C'est sa compétence première : les accompagner.

M. Thibault Bazin (LR). Cet amendement permettrait de graver dans le marbre de la loi de bonnes pratiques en matière d'accès aux soins. Un annuaire des soins de support oncologiques de la région serait d'autant plus utile que les soins thérapeutiques et les soins de support ne sont pas toujours dispensés aux mêmes endroits ; en outre, l'offre de soins est variable selon les territoires.

Certes, la loi ne doit pas être bavarde, mais nos textes permettent aussi de développer les bonnes pratiques. La semaine dernière, lors de l'examen en commission spéciale du projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie, nous n'avons eu de cesse de prescrire la manière dont les médecins doivent accompagner leurs patients.

Certes, les oncologues informent déjà leurs patients concernant les soins de support, mais l'amendement obligerait le système de santé à mettre à jour les informations concernant ces soins, et à préciser les adresses de leurs dispensateurs. Cela éviterait un parcours du combattant aux malades et à leurs aidants.

Mme Angélique Ranc (RN). Les soins de support étant essentiels pour la reconstruction de l'estime de soi, il faut les promouvoir. Je suis favorable à cet amendement.

Mme Anne Bergantz (Dem). Cet amendement est satisfait. Le décret du 22 décembre 2020 relatif au parcours de soins global après le traitement d'un cancer prévoit déjà un parcours incluant un bilan d'activité physique et des consultations de suivi diététiques et psychologiques après le traitement.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS4 de M. Joël Aviragnet et sous-amendement AS48 de Mme Angélique Ranc

M. Joël Aviragnet (SOC). Il faut étendre la prise en charge intégrale des soins à tous les assurés atteints d'une affection de longue durée. Afin d'éviter que mon amendement soit irrecevable au titre de l'article 40 de la Constitution, je demande simplement un rapport en la matière.

Selon une étude de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, le reste à charge annuel moyen après remboursement par la sécurité sociale est de 430 euros pour les patients ne souffrant pas d'une ALD, mais de 780 euros, dont 180 euros en établissement de santé et 600 euros en ville, pour les patients souffrant d'une ALD reconnue. En outre, pour 1 % de ceux-ci, le reste à charge annuel dépasse 4 900 euros, avec une moyenne de 7 100 euros, les dépassements d'honoraires représentant environ la moitié de ces sommes.

Mme Angélique Ranc (RN). La reconstruction aréolomamelonnaire est parfois impossible ou compliquée chirurgicalement. Il est donc parfois proposé d'effectuer un tatouage médical de l'aréole, pris en charge par l'assurance maladie à hauteur de 125 euros par séance. Je propose que la dermopigmentation réparatrice, y compris en 3D, soit intégralement prise en charge, quand elle est effectuée par un professionnel de santé agréé.

M. le rapporteur. Le rapport demandé par M. Aviragnet permettrait de renseigner notre assemblée sur les moyens de garantir une meilleure prise en charge des cancers. Avis favorable.

Mon avis est en revanche défavorable concernant le sous-amendement de Mme Ranc, car ces sujets doivent être traités globalement.

M. Yannick Neuder (LR). Sauf erreur de ma part, si la dermopigmentation médicale est remboursée par l'assurance maladie, le tatouage réparateur ne l'est pas, alors que cette piste est intéressante. De tels tatouages sont souvent réalisés gratuitement, dans le cadre d'associations, par des professionnels du secteur paramédical formés à cet effet. Il serait bon de dédommager ces professionnels de santé, qui ne demandent pas d'honoraires, alors qu'ils ont consacré du temps à se former et doivent financer l'achat de leur matériel.

La commission rejette successivement le sous-amendement et l'amendement.

Puis elle adopte l'article 1^{er} modifié.

Article 1^{er} bis (nouveau) : *Prise en compte spécifique des dépassements d'honoraires pratiqués pour les actes relatifs aux patients en affection de longue durée*

Amendement AS15 de M. Jean-François Rousset

M. Jean-François Rousset (RE). Certains dépassements d'honoraires ne respectent pas les principes de tact et de mesure de la déontologie médicale, notamment quand il s'agit de reconstructions mammaires.

Nous sommes opposés à la prise en charge des dépassements d'honoraire par l'assurance maladie, qui aurait des effets délétères. Nous proposons en revanche que dans le cadre des négociations conventionnelles entre l'assurance maladie et les médecins « une attention particulière » soit accordée à la maîtrise des dépassements d'honoraires pratiqués pour la prise en charge des affections de longue durée, notamment du cancer du sein.

M. le rapporteur. Vous demandez en somme aux médecins de secteur 2 de faire attention. Si l'intention est bonne, un spécialiste du droit vous répondrait que ce n'est guère contraignant et que cela ne résoudra pas le problème. Je suis donc défavorable à l'amendement, à moins que vous ne parveniez à me convaincre de son intérêt.

M. Jean-François Rousset (RE). Il faudra réfléchir à une réécriture.

M. François Ruffin (LFI - NUPES). Tout à l'heure, lorsque la discussion portait sur notre proposition d'instaurer un droit opposable, M. Turquois nous reprochait une absence totale de politique. La formule s'appliquerait mieux à la majorité : elle engage simplement le médecin qui a choisi de pratiquer des dépassements d'honoraires à faire attention et repousse le traitement de fond de cette question à une mission ultérieure.

Le présent texte permettait d'épargner aux malades le paiement de frais supplémentaires indus, liés à l'absence de médecins pratiquant les tarifs conventionnels. Vous avez supprimé cette disposition. Que proposez-vous pour combler ce vide ? Du vide.

Mme la présidente Charlotte Parmentier-Lecocq. Les députés de la majorité n'ont pas déclaré que les femmes concernées devaient prendre en charge les dépassements d'honoraires, mais que les frais pris en charge par les complémentaires ne devaient pas être transférés vers la sécurité sociale. C'est différent.

En revanche, j'ai effectivement suggéré que les dépassements d'honoraires pourraient faire l'objet d'une mission d'information, si le bureau de la commission souhaite se saisir de ce sujet.

Mme Clémentine Autain (LFI - NUPES). La situation actuelle est invivable. Faute de médecins respectant les tarifs conventionnels, les femmes sont obligées de se tourner vers des médecins qui pratiquent les dépassements

d'honoraires. Pour qu'il y ait de nouveau des gynécologues, en ville, notamment, et que les femmes soient soignées, il faudrait que les pouvoirs publics investissent.

Vous nous répondez simplement que la sécurité sociale ne doit pas payer – en ponctionnant par ailleurs le budget de cet organisme. C'est insupportable. Dans le cadre de ce débat, nous devrions tous convenir que les dépassements d'honoraires sont insupportables. La situation résulte de votre choix politique du *numerus clausus*.

La commission adopte l'amendement.

Après l'article 1^{er}

Amendement AS7 de M. Stéphane Viry et sous-amendement AS50 de Mme Angélique Ranc

Mme Sylvie Bonnet (LR). Cet amendement vise à évaluer d'éventuelles disparités d'accès aux soins de support en oncologie entre les régions, afin de supprimer ces disparités et de garantir un égal accès aux soins à toutes.

M. le rapporteur. Avis favorable sur l'amendement, défavorable sur le sous-amendement. En effet, son objet – le dépistage du cancer chez les femmes âgées de 40 à 49 ans – est trop restreint.

Mme Clémentine Autain (LFI - NUPES). Je suis d'accord avec cet amendement.

La situation actuelle résulte de vos choix politiques, celui de ne pas investir dans des centres de soins de proximité qui auraient permis un égal accès aux soins, celui de maintenir le *numerus clausus* qui favorise les médecins de secteur 2 et 3, faute de médecins de secteur 1 disponibles – dans certaines zones, il n'y en a aucun, et la situation est impossible.

Nous proposons de combler les trous dans la raquette qui résultent de vos politiques, mais vous refusez nos solutions. Quand prendrez-vous le problème à la racine ?

La commission rejette successivement le sous-amendement et l'amendement.

Amendement AS23 de M. Damien Maudet

Mme Rachel Keke (LFI - NUPES). Pour les personnes atteintes d'un cancer du sein et engagées dans un parcours de soins, les trois jours de carence appliqués par la sécurité sociale en cas d'arrêt maladie sont de trop, d'autant que s'y ajoute, pour les salariées du secteur privé, un délai de sept jours de carence, applicable par l'employeur. Les femmes concernées supportent déjà de lourdes charges psychologiques, mais aussi financières. Je pense notamment aux plus précaires, à celles qui n'ont pas de complémentaire santé ou qui travaillent à temps partiel ou en contrat à durée déterminée. Certaines cumulent ces situations. Nous

devrions supprimer le délai de carence pour les personnes en cours de traitement du cancer du sein et garantir une prise en charge intégrale du parcours de soins, pour réparer l'injustice actuelle.

L'amendement a pour objet la production d'un rapport sur l'opportunité de supprimer le délai de carence en cas d'arrêt maladie, dans le cadre de la prise en charge d'un cancer du sein.

M. le rapporteur. Je suis favorable à la suppression du délai de carence pour les arrêts maladie des personnes souffrant d'une affection de longue durée. Je soutiens donc votre demande de rapport, qui nous permettra de mieux connaître l'impact de ce délai pour les personnes atteintes d'un cancer.

M. Fabien Di Filippo (LR). L'extrême gauche insoumise n'a jamais de mots assez durs contre les droits locaux alsacien et mosellan. Pourtant, chez nous, ce délai de carence de trois jours n'existe pas. Si les Insoumis veulent aider les travailleurs, ils devraient demander, plutôt que l'abrogation de ces droits locaux, leur généralisation.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS24 de M. Damien Maudet

M. Damien Maudet (LFI - NUPES). « *Quand tu n'es pas entourée, c'est la grosse galère. Je ne sais pas comment tu fais, après la chimio tu es K.-O., tu ne peux rien faire. On t'aide un peu au début, mais après tu es seule.* » Entre les chimiothérapies, les psychologues, le suivi physique, il est difficile pour les mères seules de s'y retrouver. La solidarité nationale doit leur permettre de se soigner. Nous demandons donc un rapport sur l'opportunité de prendre en charge la garde des enfants, pour les mères seules atteintes d'un cancer du sein.

M. le rapporteur. Je suis favorable à cette demande de rapport. Les auditions ont permis d'appeler notre attention sur les cas de mères qui, parce qu'elles doivent concilier vie professionnelle et soins, ne sont plus en mesure de garder leur enfant.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS26 de M. Damien Maudet et sous-amendements AS56 de Mme Rachel Keke et AS52 de Mme Angélique Ranc

M. Damien Maudet (LFI - NUPES). Les soutiens-gorge et les maillots de bain adaptés au port d'une prothèse mammaire ne sont jamais remboursés, alors qu'ils devraient l'être, au nom de la solidarité nationale.

Un cancer du sein ne devrait pas interdire de profiter des plages et ces malades ne devraient pas avoir à payer des centaines d'euros pour mener une vie normale. J'ai été sollicité de nombreuses fois à ce sujet. Myriam, habitante de

Panazol, déclare : « *c'est comme si j'avais une prothèse pour la jambe, mais que la fixation de celle-ci n'était pas remboursée* ». Il est dommage que la question ait été oubliée dans cette proposition de loi, pourtant excellente.

Afin de respecter les règles de recevabilité, le présent amendement vise simplement à produire un rapport sur l'opportunité d'un remboursement des soutiens-gorge adaptés.

Quant à l'amendement AS27, il s'agit d'une demande de rapport sur le coût du remboursement de maillots de bain adaptés.

Mme Rachel Keke (LFI - NUPES). Mon sous-amendement vise à élargir l'objet du rapport aux « produits nécessaires au soin du corps, tels que les crèmes cicatrisantes et vernis qui sont prescrits dans le cadre d'un traitement du cancer du sein ».

Mme Angélique Ranc (RN). Oui, il convient d'élargir ainsi l'objet du rapport demandé.

M. le rapporteur. Monsieur Maudet, je partage votre objectif, mais j'ai déjà soutenu beaucoup de demandes de rapport et cette question est déjà bien étudiée. Je ne soutiendrai donc pas vos demandes de rapport.

Madame Keke, vous abordez la question du remboursement de soins dits « de confort » – expression que je n'aime pas et que les patientes refusent, car elle suggère indûment qu'ils visent simplement à fournir du confort. Je suis favorable à votre proposition de rapport sur le sujet.

Le sous-amendement de Mme Ranc serait ainsi satisfait. Avis défavorable à celui-ci.

M. Jean-François Rousset (RE). L'amendement adopté tout à l'heure permettra de dresser une liste des soins pris en charge ; il est probable qu'elle inclue ces brassières.

M. Damien Maudet (LFI - NUPES). Comment s'assurer que les soutiens-gorge et les maillots de bain adaptés seront inclus dans cette liste ? Monsieur le rapporteur, il faudrait le garantir avant l'examen du texte en séance. Par ailleurs, vous comprenez bien que si nous nous contentons de demander un rapport sur la possibilité d'une prise en charge d'une telle mesure, plutôt que de la proposer directement, c'est à cause des règles de recevabilité des amendements.

M. le rapporteur. Il nous faudra effectivement être très vigilant, pour nous assurer que la liste prévue dans le décret sera suffisamment complète. Les crèmes cicatrisantes et vernis mentionnés dans le sous-amendement de Mme Keke ne devront pas être oubliés.

La commission rejette successivement les sous-amendements et l'amendement.

Amendement AS27 de M. Damien Maudet

M. Damien Maudet (LFI - NUPES). Je l'ai déjà présenté.

M. le rapporteur. Je partage tout à fait la demande de remboursement de maillots de bain adaptés en cas d'ablation mammaire. Il est indispensable que cela figure dans le décret. Cécile Kahn, qui anime le Réseau des kinés du sein, a souligné combien il était difficile de payer intégralement des maillots de bain et des soutiens-gorge adaptés, étant entendu qu'il en fallait au moins deux, le temps des soins. Néanmoins, demander un rapport sur la question ne me paraît pas justifié car elle est suffisamment renseignée et cela ajouterait de la bureaucratie.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS28 de M. Damien Maudet

M. Damien Maudet (LFI - NUPES). « *En décembre, ablation de nouveaux ganglions. Je suis sortie le soir même et je suis allée travailler avec mon Redon : un tuyau et une grosse poche. Pendant quinze jours, j'ai travaillé avec ce matériel* », raconte Myriam, qui accueille des personnes en situation de handicap et n'a pas d'autre choix que de travailler dans ces conditions. Sinon, elle passe de 1 800 euros au revenu de solidarité active, soit à quelque 600 euros par mois.

Selon la Ligue nationale contre le cancer, 60 % des personnes malades perdent du revenu, et plus encore quand elles sont autoentrepreneures ou travaillent de gré à gré. Même quand on a une prévoyance, les trous dans la raquette sont importants. Le rapport que nous demandons permettra de savoir comment faire pour que les autoentrepreneures et les personnes travaillant de gré à gré puissent être indemnisées correctement et ne soient pas obligées de travailler dans des conditions impossibles lorsqu'elles viennent de se faire opérer d'un cancer du sein.

M. le rapporteur. Avis défavorable pour les mêmes raisons que précédemment.

Mme Astrid Panosyan-Bouvet (RE). Je trouve que cet amendement confond la question du remboursement des soins et celle de la perte de revenu, liée au fait qu'on doit s'arrêter de travailler. C'est là une vraie difficulté : cinq millions de nos concitoyens n'ont pas de couverture au titre de la prévoyance – trois millions de salariés dans le privé et deux millions d'autoentrepreneurs et de commerçants. Quand ils doivent arrêter de travailler durablement, à la suite d'une incapacité, comme une maladie de ce type, ou d'une invalidité, ils n'ont pas de revenu de substitution. C'est une question immense, qui n'est naturellement pas traitée dans le cadre de ce texte, mais sur laquelle il faudra aussi se pencher.

M. Fabien Di Filippo (LR). La protection sociale des entrepreneurs est un sujet très intéressant. Je souscris tout à fait à ce que vient de dire la collègue Panosyan-Bouvet, mais il faut aussi mettre en balance les cotisations. Il y aura de plus en plus d'autoentrepreneurs dans notre pays, c'est un vent sociétal qui souffle dans l'ensemble des domaines. Faut-il prévoir des cotisations spécifiques en matière

de perte de revenu ou de prise en charge de la maladie et de ses conséquences ou faut-il laisser à chacun sa liberté ? Quand on devient autoentrepreneur, une responsabilité – celle de cotiser à des systèmes privés – va avec la liberté qu'on s'octroie. On ne peut pas avoir l'avantage de l'autoentrepreneuriat, des charges extrêmement faibles, et demander à la collectivité ou au reste des salariés de prendre en charge des risques liés à ce statut.

M. François Ruffin (LFI - NUPES). Monsieur le rapporteur, j'ai compris votre avis défavorable à l'amendement précédent, mais pas à cette demande de rapport. La grande transformation du marché de l'emploi depuis 2017, c'est l'explosion du nombre d'autoentrepreneurs, qui est le fait, non pas d'un vent sociétal ou d'une demande naturelle, mais d'une volonté politique de passer d'un salariat offrant des droits, à la sécurité sociale, à la retraite, au chômage et ainsi de suite, à un non-salariat sans droits. Tous les pays autour de nous ne font pas le même choix : l'Espagne a endigué la montée de l'autoentrepreneuriat. Le minimum qu'on puisse faire quand on favorise, au contraire, cette évolution, c'est de se demander ce qui se passe quand un autoentrepreneur, voire un artisan ou un commerçant, doit affronter cette épreuve majeure dans son existence qu'est un cancer, en l'occurrence du sein. Comment va-t-on pouvoir s'en sortir sur le plan financier ? Le rapport demandé par cet amendement ne porte pas sur un petit sujet : cela mérite de ne pas être un point aveugle du débat. Il faudrait au moins un socle qui tienne, par un rattachement à la nation, pour ces cas-là qui se développent au moyen de sous-statuts.

M. le rapporteur. Je partage tout à fait votre analyse. L'angle mort de la politique du Gouvernement en faveur de l'emploi est justement de favoriser ce type de contrats, qui explosent au détriment des contrats sécurisés, comme les contrats à durée indéterminée. Néanmoins, un rapport sur les impacts qui peuvent en résulter en matière de santé et de dépistage, en particulier pour les cancers, aurait davantage sa place ailleurs. Je ne suis pas farouchement opposé à cette demande de rapport, mais il y en a bien dix autres : j'essaie de faire attention, en tant que rapporteur. Sinon, on va nous dire que nous ne sommes pas sérieux, que nous demandons des rapports au lieu d'écrire la loi.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS31 de Mme Rachel Keke

Mme Karen Erodi (LFI - NUPES). Nous demandons la remise d'un rapport sur l'association entre le travail de nuit et le risque de cancer du sein. Une étude conduite en 2018 par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, qui a réexaminé cinq études internationales, a conclu à l'existence d'un lien certain entre le travail de nuit et le cancer du sein. Il a ainsi été démontré que le travail de nuit pratiqué sur une longue durée augmentait de 26 % le risque de cancer du sein chez la femme avant la ménopause.

Bernadette Wilmoth, ancienne aide-soignante de 75 ans, a obtenu au début de l'année la reconnaissance de son cancer du sein comme maladie professionnelle. Malgré l'existence d'un lien sérieusement démontré, la reconnaissance de ce cancer

comme maladie professionnelle pour les travailleuses de nuit relève de longs parcours individuels. Bernadette n'était pas la première à avoir gain de cause en la matière, mais cela reste trop rare. Le rapport que nous demandons constituera un point de départ pour la reconnaissance, par l'État, des effets du travail de nuit sur la santé des travailleuses et du lien avec un risque de cancer du sein.

M. le rapporteur. Avis favorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS32 de Mme Rachel Keke et sous-amendement AS53 de Mme Angélique Ranc

Mme Rachel Keke (LFI - NUPES). Le cancer du sein est une maladie des plus meurtrières pour les femmes. La Fondation pour la recherche sur le cancer déplore ainsi 12 000 décès par an en moyenne et, en 2023, plus de 61 000 nouveaux cas en France. Nous sommes toutes et tous d'accord pour dire que la politique de prévention est essentielle pour sauver des vies et limiter les séquelles des patientes. Cela passe, en particulier, par le dépistage précoce, qui reste encore très faible. Une étude de Santé publique France de mai 2024 nous apprend que moins d'une femme sur deux de 50 à 70 ans en bénéficie. Ce faible taux s'explique notamment par les déserts médicaux, par le manque de médecins généralistes et de gynécologues et par la fermeture de structures de santé.

Une telle réalité est largement partagée dans le pays, mais elle frappe surtout les zones rurales, qui souffrent particulièrement du manque de moyens humains et de structures médicales. L'accessibilité médicale dans les zones rurales est six fois inférieure à celle des villes : les médecins généralistes y couvrent en moyenne une zone de 30 kilomètres, selon une étude de 2024, commandée par les maires ruraux de France. J'ai fait un tour de France qui m'a notamment conduit à Cahors, où n'exerce qu'un seul gynécologue, de 73 ans. Comme les habitants n'ont pas de médecin traitant, ils sont obligés d'aller à Toulouse – ils doivent donc faire une heure vingt de transport pour voir un médecin.

Nous demandons au Gouvernement de réaliser un rapport d'évaluation détaillé sur la politique de dépistage du cancer du sein dans les zones rurales.

Mme Angélique Ranc (RN). Le dépistage du cancer du sein est organisé pour les femmes ayant entre 50 et 74 ans, mais on sait que 40 % des cas ne sont pas détectés à un stade précoce, ce qui implique des chances de survie drastiquement moins élevées. Il est donc urgent d'étendre le dépistage. Nous proposons d'intégrer dans le rapport demandé au Gouvernement une réflexion sur l'opportunité d'un dépistage entre 40 à 49 ans. Monsieur le rapporteur, y êtes-vous favorable ?

M. le rapporteur. La question que vous posez est réelle, mais c'est plutôt aux experts de l'Inca d'établir les règles d'organisation du dépistage. Avis favorable à l'extension du dépistage du cancer du sein aux femmes âgées de 40 à 49 ans, mais défavorable au sous-amendement.

Madame Keke, vous m'avez convaincu. Avis favorable à votre amendement.

M. Jean-François Rousset (RE). Nous ne soutenons pas cette demande de rapport. Ce n'est pas de cette manière que nous trouverons des solutions, mais en travaillant avec les institutions et les chercheurs. Toutes les questions qui ont été évoquées sont éminemment intéressantes, et devront faire l'objet de réflexions et de décisions, mais la remise d'un rapport retarderait le processus.

M. Fabien Di Filippo (LR). Si Mme Keke se fait la porte-parole des territoires ruraux, ce que j'apprécie en tant que député d'une circonscription de 261 communes, il faut aussi parler des territoires urbains. L'éloignement géographique joue partout, en raison de la pyramide des âges et de la pénurie de médecins, mais on ne doit pas passer sous silence la question de l'éloignement social. Je peux vous dire que c'est la principale problématique en matière de prévention du cancer du sein et de dépistage. On ne fait pas assez de sensibilisation, malgré Octobre rose et d'autres actions de ce type. Des médecins témoignent que des femmes ne sont pas du tout concernées dans certains quartiers ou campements de gens du voyage : quand elles arrivent, elles ont déjà des tumeurs de la taille d'une orange. C'est sur ce plan-là qu'il faut agir plutôt que symboliquement sur la question des distances géographiques.

*La commission **rejette** successivement le sous-amendement et l'amendement.*

Article 2 : *Gage de recevabilité financière*

*La commission **adopte** l'article 2 **non modifié**.*

*Puis elle **adopte** l'ensemble de la proposition de loi **modifiée**.*

M. le rapporteur. Ce vote représente un grand pas pour l'ensemble des femmes concernées. Je souhaite que le texte puisse être examiné lors de la niche parlementaire du 30 mai. Si ce n'était pas le cas, je voudrais qu'on acte le vote d'aujourd'hui et qu'on revienne sur la question dans le cadre d'un texte transpartisan.

Mme la présidente Charlotte Parmentier-Lecocq. Toutes mes félicitations pour ce vote à l'unanimité, et merci d'avoir mis l'accent sur l'importance du dépistage : c'est vraiment la clef pour assurer la prise en charge la plus efficace possible du cancer du sein. Nous poursuivrons nos travaux et nos réflexions grâce à vous, notamment au sein de la commission des affaires sociales.

*

* *

*En conséquence, la commission des affaires sociales demande à l'Assemblée nationale d'**adopter** la présente proposition de loi dans le texte figurant dans le document annexé au présent rapport.*

– Texte adopté par la commission : <https://assnat.fr/pHfk7R>

– Texte comparatif : <https://assnat.fr/ZzvgrB>

*

* *

ANNEXE N°1 :
LISTE DES PERSONNES ENTENDUES PAR LE RAPPORTEUR

(Par ordre chronologique)

➤ **Ligue nationale contre le cancer *** – **Mme Camille Flavigny**, directrice droits et soutiens des personnes

➤ *Table ronde de patientes*

– **Mme Laëtitia B.**

– **Mme Isabelle P.**

– **Mme Marie-Noëlle Z.**

➤ *Table ronde thématique sur les soins de support*

– **Mme Véronique Miallier**, fondatrice de l'espace d'accompagnement thérapeutique Accanthe à Moulins (Allier)

– **Mme Cécile Kahn-Mangotte**, kinésithérapeute à Yzeure (Allier), membre du Réseau des kinés du sein

➤ **Caisse nationale de l'assurance maladie** – **Mme Catherine Grenier**, directrice des assurés, **Mme Veronika Levendof**, directrice adjointe en charge des relations avec le Parlement, et **M. Bertrand Paradis**, responsable adjoint du département des produits de santé

** Ces représentants d'intérêts ont procédé à leur inscription sur le répertoire de la Haute Autorité pour la transparence de la vie publique s'engageant ainsi dans une démarche de transparence et de respect du code de conduite établi par le Bureau de l'Assemblée nationale.*

ANNEXE N° 2 :
TEXTES SUSCEPTIBLES D'ÊTRE ABROGÉS OU MODIFIÉS À
L'OCCASION DE L'EXAMEN DE LA PROPOSITION DE LOI

Proposition de loi	Dispositions en vigueur modifiées	
<i>Article</i>	<i>Codes et lois</i>	<i>Numéro d'article</i>
1 ^{er}	Code de la sécurité sociale	Art. L. 16-11-1 et L. 16-11-2 <i>[nouveaux]</i>
1 ^{er bis}	Code de la sécurité sociale	Art. L. 162-5-1-2 <i>[nouveau]</i>