

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

1 7^e LÉGISLATURE

Compte rendu Commission des affaires sociales

– Examen, au titre de l'article 88 du Règlement, des amendements aux propositions de loi	
• visant à réparer les préjudices causés par la transplantation de mineurs de La Réunion en France hexagonale de 1962 à 1984 (n° 2355) (Mme Karine Lebon, rapporteure)	2
• visant à garantir la gratuité des parkings des hôpitaux publics pour les patients, les visiteurs et les personnels sur leur temps de travail (n° 2362) (M. Stéphane Hablot, rapporteur)	2
• relative à l'intérêt des enfants (n° 2365) (Mme Perrine Goulet, rapporteure)	3
– Audition de M. Bernard Lejeune, président de la sixième chambre, sur la communication de la Cour des comptes à la commission des affaires sociales, en application des dispositions de l'article L.O. 132-3-1 du code des juridictions financières, relative à la prévention et à la prise en charge du cancer du sein	4
– Informations relatives à la commission	13
– Présences en réunion	14

Mercredi
28 janvier 2026
Séance de 9 heures 30

Compte rendu n° 43

SESSION ORDINAIRE DE 2025-2026

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



La réunion commence à neuf heures trente.

(Présidence de M. Frédéric Valletoux, président)

La commission procède d'abord à l'examen, en application de l'article 88 du Règlement, des amendements à la proposition de loi visant à réparer les préjudices causés par la transplantation de mineurs de La Réunion en France hexagonale de 1962 à 1984 (n° 2355) (Mme Karine Lebon, rapporteure).

La commission a accepté les amendements figurant dans le tableau ci-après () :*

<i>N°</i>	<i>Auteur</i>	<i>Groupe</i>	<i>Place</i>
5	Mme LEBON Karine	GDR	4
6	Mme LEBON Karine	GDR	4
7	Mme LEBON Karine	GDR	4
8	Mme LEBON Karine	GDR	4

() Les autres amendements étant considérés comme repoussés.*

La commission des affaires sociales procède ensuite à l'examen, en application de l'article 88 du Règlement, des amendements à la proposition de loi visant à garantir la gratuité des parkings des hôpitaux publics pour les patients, les visiteurs et les personnels sur leur temps de travail (n° 2362) (M. Stéphane Hablot, rapporteur).

La commission a accepté les amendements figurant dans le tableau ci-après () :*

<i>N°</i>	<i>Auteur</i>	<i>Groupe</i>	<i>Place</i>
22	M. HABLOT Stéphane	SOC	1 ^{er}
21	M. HABLOT Stéphane	SOC	1 ^{er}
19	M. HABLOT Stéphane	SOC	Ap. 1 ^{er}
24	M. HABLOT Stéphane	SOC	2
20	M. HABLOT Stéphane	SOC	3

() Les autres amendements étant considérés comme repoussés.*

Puis la commission procède à l'examen, en application de l'article 88 du Règlement, des amendements à la proposition de loi relative à l'intérêt des enfants (n° 2365) (Mme Perrine Goulet, rapporteure).

La commission a accepté les amendements figurant dans le tableau ci-après () :*

N°	Auteur	Groupe	Place
111	Mme GOULET Perrine	Dem	1 ^{er}
112	Mme GOULET Perrine	Dem	1 ^{er}
51	Mme HADIZADEH Ayda	SOC	1 ^{er}
14	Mme GOULET Perrine	Dem	1 ^{er}
12	Mme GOULET Perrine	Dem	1 ^{er}
13	Mme GOULET Perrine	Dem	1 ^{er}
15	Mme GOULET Perrine	Dem	1 ^{er}
16	Mme GOULET Perrine	Dem	1 ^{er}
17	Mme GOULET Perrine	Dem	1 ^{er}
18	Mme GOULET Perrine	Dem	1 ^{er}
77	Mme HAMDANE Zahia	LFI-NFP	1 ^{er ter}
19	Mme GOULET Perrine	Dem	1 ^{er ter}
20	Mme GOULET Perrine	Dem	1 ^{er ter}
21	Mme GOULET Perrine	Dem	1 ^{er ter}
22	Mme GOULET Perrine	Dem	2
23	Mme GOULET Perrine	Dem	3
24	Mme GOULET Perrine	Dem	3
25	Mme GOULET Perrine	Dem	3
26	Mme GOULET Perrine	Dem	3 bis
27	Mme GOULET Perrine	Dem	3 bis
28	Mme GOULET Perrine	Dem	4
29	Mme GOULET Perrine	Dem	4

N°	Auteur	Groupe	Place
30	Mme GOULET Perrine	Dem	4
31	Mme GOULET Perrine	Dem	4
32	Mme GOULET Perrine	Dem	4
11	Mme GOULET Perrine	Dem	4
33	Mme GOULET Perrine	Dem	4
34	Mme GOULET Perrine	Dem	4
35	Mme GOULET Perrine	Dem	7 bis

(*) Les autres amendements étant considérés comme repoussés.

La commission auditionne ensuite M. Bernard Lejeune, président de la sixième chambre, sur la communication transmise par la Cour des comptes, en application des dispositions de l'article L.O. 132-3-1 du code des juridictions financières, sur la prévention et la prise en charge du cancer du sein.

M. le président Frédéric Valletoux. La discussion sur la loi n° 2025-106 du 5 février 2025 visant à améliorer la prise en charge des soins et dispositifs spécifiques au traitement du cancer du sein par l'assurance maladie a fait émerger des interrogations sur l'impact des dépassements d'honoraires sur l'accès aux soins et les dépenses de santé. En application de l'article L.O. 132-3-1 du code des juridictions financières, notre commission a saisi la Cour des comptes, en lui demandant de procéder dans un premier temps à une évaluation de politique publique sur le cancer du sein, fléau dont nous connaissons tous les ravages.

Je vous laisse la parole, monsieur le président, pour une présentation de ce rapport sur la prévention et la prise en charge du cancer du sein, dont je relève qu'il est accompagné d'un riche cahier méthodologique.

M. Bernard Lejeune, président de la sixième chambre de la Cour des comptes. Permettez-moi en premier lieu de rappeler que le cancer du sein est un enjeu de santé publique majeur, puisqu'une femme sur huit développera un cancer du sein au cours de sa vie. 727 000 femmes ont été prises en charge en 2023, un chiffre en hausse de 6 % en dix ans, et 61 000 nouveaux cas ont été diagnostiqués en 2023. 12 000 femmes décèdent chaque année de cette maladie, pour laquelle le taux de survie atteint 88 % à cinq ans en France : ce chiffre, qui s'explique par l'efficacité de notre système de soins et le dépistage organisé, demeure perfectible.

Notre évaluation de politique publique, outre les nombreuses auditions que nous avons menées, s'est appuyée sur trois éléments. D'abord, nous avons procédé à des analyses de données en explorant le système national des données de santé (SNDS). Ensuite, un sondage a été réalisé auprès de patientes, de manière à appréhender certaines données n'apparaissant pas dans le SNDS. Enfin, nous avons constitué un comité d'accompagnement scientifique réunissant des médecins, des économistes et des représentants des malades, destiné à faire émerger un consensus autour de nos recommandations et de nos analyses.

Évaluer une politique publique requiert d'en interroger les objectifs. Parmi les cinq objectifs identifiés par la politique publique de lutte contre le cancer du sein – la prévention primaire, c'est-à-dire le dépistage, l'amélioration de la qualité des soins, l'amélioration des parcours des patientes, la recherche et l'accompagnement post-traitement –, nous en avons examiné trois : le dépistage, la prise en charge, et les mesures d'accompagnement post-traitement.

Notre première question évaluative se rapporte à l'atteinte par les mesures de dépistage organisé des objectifs fixés par les pouvoirs publics. Le dépistage organisé est un dispositif robuste, efficace et pertinent, intégralement pris en charge par l'assurance maladie, et dont le principe de double lecture représente une garantie en termes de sécurité sanitaire. Cependant, non seulement sa couverture est insuffisante et inférieure à la moyenne européenne – le dépistage organisé ne touchant que 44 % des femmes entre 50 et 74 ans –, mais elle tend à diminuer, puisque 52,3 % de cette cohorte bénéficiait d'un dépistage organisé en 2011. Cette baisse est observée dans toutes les tranches d'âge.

Plusieurs facteurs expliquent ce phénomène. Le premier est la concurrence entre le dépistage organisé et le dépistage individuel. 35,8 % des femmes entre 40 et 49 ans procèdent à un dépistage individuel avant l'âge d'éligibilité au dépistage organisé, et 10,6 % d'entre elles continuent une fois ce seuil d'âge franchi. Or le dépistage individuel est moins fiable que le dépistage organisé, du fait de l'absence d'une seconde lecture de la mammographie. En outre, l'accès au dépistage individuel est susceptible d'être plus rapide que l'accès au dépistage organisé, mais au moyen de dépassements d'honoraires, ce qui pose naturellement un problème d'égalité sociale.

Le deuxième facteur expliquant la faible couverture du dépistage organisé se rapporte aux disparités de l'offre de mammographie, qui est privée à 81 %. Cette offre recouvre de fortes inégalités territoriales, avec 1,5 radiologue libéral pour 10 000 femmes de 50 à 74 ans en Lozère, contre 11,3 à Paris. En outre, certains centres de radiologie ne souhaitent pas participer au dépistage organisé.

Enfin, le comportement des femmes vis-à-vis du dépistage organisé varie en fonction de certaines caractéristiques telles que le handicap ou la situation socio-économique. À cet égard, des dispositifs permettent d'apporter des solutions, à l'image des mammobus.

Nous estimons qu'il convient d'interroger le dispositif de dépistage organisé sur plusieurs points, et mener en premier lieu une réflexion sur l'âge du public auquel il s'adresse. En France, le dépistage organisé est proposé à la tranche d'âge 50-74 ans, mais dans d'autres pays il est proposé dès 45 ans. Par ailleurs, le dépistage organisé ne tient pas compte des facteurs de risque. Or certaines femmes présentant peu de facteurs de risque pourraient être dépistées tous les quatre ans, quand d'autres, au contraire, pourraient subir des mammographies plus fréquentes.

Nous avons découvert en préparant ce rapport que le dépistage organisé n'était absolument pas dématérialisé, ce qui semble anachronique. Ainsi, les radiographies sont transportées d'un centre de lecture à l'autre, ce qui représente une perte de temps et d'efficacité. Non seulement il importe de se doter d'un système numérisé, mais l'intelligence artificielle est susceptible d'améliorer la double lecture. Certains pays y recourent déjà, en la couplant avec la lecture humaine, et les résultats sont extrêmement probants.

En synthèse, le dépistage organisé doit être relancé et consolidé. La Cour des comptes, à cet égard, émet plusieurs recommandations, parmi lesquelles l'obligation pour les centres d'imagerie de participer au dépistage organisé, et le déploiement de l'intelligence artificielle sous la supervision de la Haute Autorité de santé.

Notre deuxième question évaluative concerne l'adaptation et l'efficacité de la prise en charge médicale du cancer du sein. Pour y répondre, nous avons examiné les quatorze indicateurs de qualité et de sécurité des soins, et nous avons découvert que neuf d'entre eux sont proches des seuils d'alerte. Ainsi de l'indicateur sur le délai d'attente en chirurgie, qui est particulièrement significatif puisque deux semaines de retard en chirurgie correspondent à un surplus de mortalité de 4 %.

Le parcours de traitement requiert un certain nombre d'améliorations. Par exemple, s'il existe des référentiels locaux, il n'existe pas de référentiel national de prise en charge du cancer du sein. Ainsi, les décisions prises en réunion de concertation pluridisciplinaire sont susceptibles de ne pas être conformes aux recommandations de bonnes pratiques.

Le lien entre la médecine de ville et la médecine hospitalière est lui aussi à revoir. Plus de la moitié des médecins généralistes prennent en charge moins de dix nouveaux cas de cancer du sein par an, ce qui limite l'effet d'apprentissage. En outre, un médecin généraliste sur trois n'a pas suivi de formation continue sur le sujet depuis cinq ans.

L'insuffisance de l'effet d'apprentissage s'exprime d'une manière plus préoccupante encore à l'hôpital lui-même. Jusqu'en 2022, un établissement était susceptible d'être autorisé à pratiquer des actes chirurgicaux pour le cancer du sein s'il réalisait au moins 30 séjours chirurgicaux par an. Or la norme européenne est de 150 séjours au minimum. La France a relevé le seuil de 30 à 70 en 2022, afin de préserver le maillage territorial et la proximité. En réalité, ce choix oppose la proximité à la sécurité et à la qualité des soins, puisque nous savons qu'en deçà du seuil de 150 séjours, la qualité des soins est compromise. Nous avons d'ailleurs constaté que 10 % des établissements ne respectent pas le nouveau seuil, et conservent pourtant leur autorisation. Nous avons même découvert des établissements pratiquant des actes sans autorisation, qui ont été immédiatement rappelés à l'ordre par les agences régionales de santé (ARS).

Une solution pourrait être de distinguer, au prix d'une révision du maillage territorial, les actes chirurgicaux ponctuels, pratiqués dans des établissements dépassant le seuil de 150 séjours par an, des autres soins médicaux réitérés, tels que la radiothérapie et la chimiothérapie, lesquels pourraient être prodigues dans des établissements de proximité. Cependant, du fait de la tarification à l'activité (T2A), l'acte chirurgical est peu rentable, contrairement à la radiothérapie. C'est la raison pour laquelle les établissements ont tout intérêt à conserver le parcours complet, au détriment des patientes.

Enfin, sur le plan financier, nous constatons une hausse de 65 % des dépenses de l'assurance maladie entre 2015 et 2023, alors que l'effectif des patientes traitées pour un cancer du sein n'a crû que de 6 % sur la période. Cette hausse vertigineuse s'explique par l'augmentation du coût des médicaments et de l'hospitalisation. À cet égard, le dépistage organisé représente un enjeu majeur, puisque la couverture de ce dispositif, si elle augmentait, réduirait non seulement la mortalité, mais aussi ces 4,6 milliards d'euros de dépenses.

Parmi nos recommandations, nous appelons à relever à 150 le seuil minimal annuel de séjours chirurgicaux requis pour obtenir une autorisation de prise en charge chirurgicale du cancer du sein, à recomposer le maillage territorial et à faire pratiquer les actes autres que chirurgicaux dans des établissements de proximité.

La dernière question évaluative de notre rapport concerne l'accompagnement postérieur au traitement et la prévention de la récidive. Nous avons mis l'accent sur le reste à charge pour les patientes, qui constitue une problématique cruciale dans cette phase post-traitement. La dépense totale d'un cancer du sein s'élève en moyenne à 37 276 euros,

dont 96 % sont couverts par l'assurance maladie, notamment l'intégralité de la partie traitement. Le reste à charge moyen est de 1 549 euros. Une part de cette somme est dite opposable, et l'autre relève de la liberté tarifaire, soit 659 euros en moyenne. La prise en charge de la liberté tarifaire par les mutuelles est très variable selon les territoires et les niveaux de vie, les dépassements d'honoraires étant plus élevés dans les zones où les ressources financières des habitants sont plus importantes.

Après le traitement, les femmes ont besoin de soins d'accompagnement et de support, qui ne sont pas toujours remboursés par les mutuelles. Certes, les montants sont souvent inférieurs à 1 000 euros, mais ils représentent pour certaines femmes un motif de non-recours. À cet égard, nous recommandons de mettre en œuvre la loi du 5 février 2025, ce qui n'est pas le cas pour l'heure, puisque ses décrets d'application n'ont toujours pas été publiés.

J'aimerais pour terminer cette présentation en insistant sur deux points relatifs à l'accompagnement post-traitement. D'une part, nous recommandons de rendre obligatoire la mise en œuvre du programme personnalisé d'après cancer (PPAC), promu dans le deuxième plan Cancer, qui n'est pas systématiquement suivi par les médecins généralistes. D'autre part, il convient d'analyser en profondeur les bénéfices à tirer de l'activité physique adaptée à des fins thérapeutiques, qui a prouvé son efficacité dans la prévention des récidives et qui pourrait générer jusqu'à 376 millions d'euros d'économies.

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

Mme Anchya Bamana (RN). Le rapport de la Cour des comptes dresse un constat clair : la prévention et la prise en charge du cancer du sein restent marquées par des inégalités territoriales profondes, une participation insuffisante au dépistage et une organisation des soins hétérogène. Ces failles prennent une dimension particulière à Mayotte, où le dépistage organisé est entravé notamment par l'éloignement géographique, le manque de professionnels, les barrières linguistiques et un défaut de données consolidées.

Aussi le renforcement du dépistage organisé passera, à Mayotte, par une politique volontariste, des actions d'aller vers et une coopération renforcée avec les centres experts extérieurs. À cet égard, ce rapport nous donne des pistes pour agir avec détermination, et pour que les femmes mahoraises ne soient plus les oubliées de la lutte contre le cancer du sein.

M. Michel Lauzzana (EPR). En dépit des réserves formulées sur le dépistage individuel dans le rapport de la Cour des comptes, il me semble nécessaire d'enseigner aux femmes l'autopalpation, ainsi que le réclament les associations de patientes.

L'augmentation du seuil requis pour obtenir une autorisation de prise en charge chirurgicale du cancer du sein soulève un problème de maillage territorial. Pourriez-vous revenir sur ce point ? Pensez-vous que la mise en place de parcours pourrait devenir un critère obligatoire pour l'obtention d'une autorisation ?

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Le reste à charge lié aux dépassements d'honoraires conduit 12 % des patientes à basculer sous le seuil de pauvreté. Estimez-vous que ces dépassements d'honoraires sont compatibles avec le principe d'égalité d'accès aux meilleurs soins ? Ne faudrait-il pas limiter voire interdire le dépassement d'honoraires pour certaines pathologies telles que le cancer du sein ?

Le budget de l'Institut national du cancer a été augmenté de seulement 1 million d'euros, alors que les besoins sont estimés à 60 millions d'euros. Par conséquent, l'établissement du registre national des cancers sera effectué au moyen d'un algorithme

prédictif, et non d'un recensement exhaustif. Cette procédure ne représente-t-elle pas le risque, dès lors que des cas rares sont occultés, de ne pas mesurer toutes les causalités existantes des différentes formes de cancer ?

Mme Martine Frogé (SOC). Le reste à charge lié au traitement du cancer du sein conduit plus de la moitié des femmes de moins de 40 ans qui en souffrent à exprimer des inquiétudes financières. Bien que la prise en charge par l'assurance maladie soit supposée intégrale, 15 % des femmes renoncent encore à une reconstruction mammaire pour des raisons financières. Ce sont les associations, dont je salue le rôle, qui compensent les manques de la solidarité nationale. Dès lors, je ne peux que souhaiter, comme le préconise la Cour des comptes, que les décrets d'application de la loi du 5 février 2025, dont le vote a été marqué par un consensus rare, soient publiés le plus rapidement possible.

En parallèle, et au regard de l'augmentation continue de la prévalence du cancer du sein, quels leviers de prévention supplémentaires pourraient être mobilisés ? Je pense notamment aux facteurs environnementaux ou plus largement aux déterminants de santé sur lesquels l'action publique pourrait être renforcée.

M. Yannick Neuder (DR). Le dépistage me semble être le problème central de la lutte contre le cancer du sein, et plus précisément l'accès au dépistage organisé. Or je constate dans ma circonscription que les délais d'attente pour une mammographie sont de l'ordre d'une année. Comment améliorer l'accès au dépistage, en particulier dans les zones peu pourvues en équipements médicaux ? Je considère, pour ma part qu'une territorialisation des actes de biologie et de radiologie est nécessaire.

Vous avez rapporté que de nombreux pays abaissent l'âge d'éligibilité au dépistage organisé, à 40 ans pour certains. Pourquoi ne pas les imiter, alors que 5 000 femmes de moins de 40 ans, et 1 500 femmes de moins de 35 ans développent un cancer du sein chaque année dans notre pays, et que les traitements innovants pour les formes métastatiques de cancer du sein sont particulièrement onéreux ?

M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem). Deux cancers sur cinq sont attribuables à des déterminants de santé et des facteurs comportementaux. L'éducation et la promotion des bons comportements sanitaires revêtent par conséquent une importance capitale. Comment améliorer nos politiques publiques sur ces sujets ?

Le dépistage précoce du cancer augmente fortement les chances de guérison et abaisse les coûts. Dès lors, l'efficacité du dépistage organisé suppose une politique d'aller vers, pour toucher les personnes qui ne vont pas spontanément vers la prévention.

Enfin, les politiques de santé publique sont trop souvent dépourvues d'indicateurs d'évaluation : comment progresser sur ce point ?

Mme Nathalie Colin-Oesterlé (HOR). Le rapport de la Cour des comptes fait état de lacunes persistantes dans l'accompagnement des femmes dans la période post-traitement. Cinq ans après le diagnostic, une majorité de patientes continue de souffrir de séquelles physiques ou psychiques. À ces conséquences sanitaires s'ajoutent des fragilités sociales et professionnelles durables. Ainsi, près de 20 % des femmes en âge de travailler n'ont pas repris d'activité professionnelle deux ans après leur diagnostic.

Le PPAC a justement pour objectif de fournir un suivi médical et un accompagnement, mais sa mise en pratique demeure très insuffisante. Quels sont selon vous les principaux freins organisationnels, professionnels et territoriaux à son déploiement effectif ? Comment renforcer l'insertion professionnelle des femmes après le cancer ?

Enfin, comment expliquer le retard de la publication des quatre décrets d'application de la loi du 5 février 2025, pourtant adoptée à l'unanimité par la représentation nationale ?

Mme Karine Lebon (GDR). Le cancer du sein reflète les fortes inégalités qui traversent notre pays. Ainsi, une femme sur quatre est concernée à La Réunion, contre une femme sur huit dans l'Hexagone. Un tel écart s'explique notamment par les difficultés d'accès aux dispositifs de prévention, qui entraînent une perte de chances inacceptable. Quel constat la Cour des comptes dresse-t-elle sur l'efficacité du dépistage organisé, notamment à La Réunion ? Quelles recommandations formule-t-elle pour garantir une prévention équitable dans l'ensemble du territoire, en incluant les spécificités et les freins ultramarins ou ruraux ?

Enfin, permettez-moi d'avoir une pensée pour ma collègue Hélène Rougeau, conseillère municipale de Saint-Paul, décédée d'un cancer du sein en 2024. Pour elle, pour toutes les femmes, nous devons exiger l'efficacité et l'équité de nos politiques de prévention.

M. le président de la sixième chambre de la Cour des comptes. De manière générale, le système de traitement médical du cancer du sein a montré sa robustesse, en dépit de sujets liés à la sécurité des actes et à l'organisation territoriale de soins. En revanche, et vos interventions l'ont montré, les déficiences concernent surtout l'avant et l'après cancer.

L'aller vers est un principe fondamental, en particulier dans les territoires ruraux et ultramarins. Des dispositifs existent, des associations s'activent, des collectivités locales s'investissent. Les mammobus, par exemple, pourraient sembler excessivement coûteux au regard du nombre de femmes atteintes. Mais une seule femme dépistée à temps justifie cet investissement, sur le plan humain et sur le plan financier. Il importe de questionner le dépistage organisé sous plusieurs angles : l'âge d'éligibilité, la fréquence, le maillage territorial. J'insiste également sur le nécessaire renforcement de la numérisation, qui permettrait d'accroître l'efficacité du dispositif.

Concernant le parcours post-traitement, les lacunes du lien entre l'hôpital et la médecine de ville, que traduit la faible mise en œuvre du PPAC, sont particulièrement néfastes. Elles sont dues, me semble-t-il, à un manque d'acculturation au lien hôpital-ville, un problème qui dépasse le sujet du cancer du sein. Quant à la loi du 5 février 2025, je ne saurais vous dire pourquoi elle n'est pas encore appliquée.

Nous n'avons pas émis de recommandation sur les dépassements d'honoraires parce que ce sujet, comme celui de l'activité physique adaptée, n'est pas circonscrit à celui du cancer du sein. Il appelle une réflexion plus globale, notamment sur le dépassement d'honoraires pour les actes de prévention et de dépistage.

Enfin, pour répondre à M. Lauzzana, je pense que la mise en place de parcours pourrait en effet conditionner l'obtention d'une autorisation. Notre recommandation, d'ailleurs, va dans ce sens.

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

M. Thibault Bazin (DR). Quelles évolutions proposez-vous en termes d'organisation des centres de coordination du dépistage organisé ? Il me semble que ce dépistage fonctionne d'autant mieux qu'il est décliné au niveau départemental. À cet égard, les ARS pourraient recenser les dispositifs de mammographie existants.

Sur le plan financier, il est à noter que l'acte de mammographie n'a pas été revalorisé depuis près de trente ans, ce qui contraint l'investissement dans les équipements.

Pensez-vous qu'il serait pertinent d'extraire le budget alloué au dépistage de l'enveloppe budgétaire dédiée à l'imagerie médicale ?

Enfin, mettre du matériel de dépistage à disposition de professionnels médicaux, agissant en prestataires de services, représenterait-il un risque sur le plan médical ?

Mme Élise Leboucher (LFI-NFP). Première cause de décès par cancer chez les femmes, le cancer du sein n'est inscrit sur aucun tableau des maladies professionnelles. Pourtant, le travail de nuit, le travail en imagerie médicale ou encore la navigation aérienne représentent autant de facteurs de risque avérés. Les causes socio-économiques du cancer du sein restent ignorées, et d'ailleurs le rapport de la Cour des comptes ne s'y attarde pas. Pensez-vous que la reconnaissance du cancer du sein comme maladie professionnelle permettrait de reconnaître la responsabilité de l'employeur, et par conséquent de renforcer la prévention des risques au travail ?

M. Nicolas Turquois (Dem). Le rapport de la Cour des comptes, à mon sens, n'approfondit pas suffisamment la question de la proximité des centres de dépistage, et pourrait présenter de manière plus fine les disparités territoriales. Par exemple, la carte du taux de dépistage dans le Gard fait apparaître des différences notables d'une commune à l'autre.

À propos de l'aller vers, il me semble nécessaire d'impliquer davantage les professionnels de santé de proximité. Je crois qu'un pharmacien qui, depuis son comptoir, conseille un dépistage, a plus de chances d'être entendu qu'un appel téléphonique anonyme des autorités sanitaires.

Enfin, j'aimerais citer en exemple ce qui se pratique dans mon département, la Vienne, où toutes les entités hospitalières sont réunies sous la même gouvernance, et où l'intégralité du parcours est prise en charge, mais s'effectue dans des lieux différents.

M. Fabien Di Filippo (DR). Disposez-vous de chiffres sur les potentielles économies sur les dépenses de santé que permettrait un dépistage sensiblement plus massif ? Quelle approche préconisez-vous à propos du maillage territorial, en particulier dans les zones rurales ?

M. Jean-François Roussel (EPR). Nous ne pouvons pas occulter le débat sur l'efficience et la pertinence des soins. Des études montrent qu'une erreur de diagnostic précoce est une catastrophe médicale, car elle génère un enchaînement d'interventions inutiles et coûteuses pour le malade et pour la sécurité sociale. De ce point de vue, s'appuyer sur l'intelligence artificielle permettra de mieux dépister et de mieux traiter.

L'obligation d'une seconde lecture des mammographies doit être décidée dans le cadre de la discussion conventionnelle de la refonte de la nomenclature. Là encore, saisissons-nous des solutions d'avenir : mobilisons les ressources de la numérisation et de l'intelligence artificielle afin que les médecins puissent enfin travailler en réseau.

M. Thierry Frappé (RN). Le rapport de la Cour des comptes fait état d'un reste à charge non négligeable pour les patientes atteintes du cancer du sein. Quelles sont les pistes à privilégier pour réduire concrètement ce reste à charge ? Comment encadrer les dépassements d'honoraires, notamment pour la reconstruction mammaire ?

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). La Cour des comptes préconise de rendre obligatoire, dans le prochain projet de loi de financement de la Sécurité sociale, la participation des centres d'imagerie au dépistage organisé. Pourriez-vous nous apporter des précisions sur ce point ? Comment concilier cette obligation avec une offre de radiologie

insuffisante, où la pénurie de professionnels s'ajoute à des obstacles géographiques et sociaux ?

Mme Annie Vidal (EPR). Je me fais la porte-parole de ma collègue Nicole Dubré-Chirat, qui souhaitait évoquer les femmes en situation de handicap, dont le rapport mentionne le faible taux de participation au dépistage organisé. Que recommande la Cour des comptes à ce sujet ? Que pense-t-elle des dispositifs mis en œuvre au niveau local, qu'il serait peut-être pertinent d'étendre au niveau national, à l'image des mammobus, dont l'intérêt n'est plus à prouver ?

Mme Josiane Corneloup (DR). Les objectifs de participation au dépistage organisé n'étant pas atteints, faut-il rendre obligatoire ce programme, et sensibiliser les professionnels de santé sur ce sujet ?

Par ailleurs, le transfert de la responsabilité des invitations au dépistage des centres régionaux de coordination de dépistage des cancers (CRCDC) vers l'assurance maladie créé une rupture dans le flux de données. En effet, l'assurance maladie ne transmet pas aux CRCDC les fichiers des personnes effectivement invitées, ce qui limite la capacité de ces centres à mener des actions d'aller vers ciblées. Il me paraît pourtant simple de remédier à cette situation.

M. Philippe Vigier (Dem). La multiplication des initiatives appelle un véritable effort de coordination : entre les mutuelles, les communautés professionnelles territoriales de santé, l'assurance maladie, personne ne comprend plus rien.

Concernant le maillage territorial, il convient d'avoir à l'esprit que nombre de personnes vivant dans les zones rurales ne feront pas 60 kilomètres pour se faire dépister. Dès lors, il est essentiel de s'appuyer sur les forces locales.

Enfin, je crois que la question de l'obligation, tant pour le dépistage que pour le suivi post-traitement, doit être posée.

M. René Lioret (RN). L'augmentation de 6 % des cancers du sein est imputée dans le rapport de la Cour des comptes, à une baisse du dépistage. Mais a-t-on mené des études pour identifier d'autres causes de cette hausse ?

Le prix des médicaments a quant à lui augmenté de 66 %. S'il est bien entendu légitime de recourir à des traitements innovants, a-t-on mesuré leurs réels bénéfices ?

M. le président de la sixième chambre de la Cour des comptes. Atteindre les objectifs du dépistage organisé suppose une volonté politique forte. À cet égard, le débat sur le dépistage obligatoire doit être mené, mais la Cour des comptes a choisi de ne pas trancher, estimant que cette question sortait de son champ d'analyse.

Elle ne se prononce pas non plus sur la revalorisation de l'acte de dépistage. Il nous semble en effet que cette question est biaisée parce qu'un certain nombre de médecins proposent, lorsque les délais sont excessifs, un dépistage individuel moyennant un dépassement d'honoraires. Le dépistage organisé est certes moins valorisé que le dépistage organisé. Mais il est plus fiable, et dépenser davantage dans la prévention est parfaitement justifié lorsque celle-ci conduit finalement à une baisse des dépenses. J'insiste surtout sur l'importance d'un dépistage fiable d'un point de vue sanitaire. La seconde lecture est à cet égard un atout majeur du dépistage organisé, et il est impératif de combler le retard pris dans la numérisation et le recours à l'intelligence artificielle.

Concernant le maillage territorial, il importe de distinguer les actes chirurgicaux, que nous recommandons de réservier aux établissements dépassant un seuil de 150 séjours

chirurgicaux annuels, des actes réitérés, qu'il serait pertinent de pratiquer dans des établissements de proximité. Remonter le seuil de séjours à 150 nous semble important, parce que l'autorisation de pratiquer des actes chirurgicaux pour le cancer du sein est une sécurité que l'on doit aux femmes. Celles-ci fondent la confiance qu'elles placent dans un établissement hospitalier sur la base de cette autorisation.

Je précise, à l'attention de M. Turquois, que la carte du Gard sert dans notre rapport à montrer qu'il existe des disparités départementales, mais aussi des disparités infradépartementales parfois étonnantes, qui s'expliquent par de multiples facteurs. Il appartient aux autorités sanitaires d'appréhender finement ces éléments dans chaque territoire, de manière à mener une politique publique pragmatique.

Nous recommandons avec fermeté de rendre obligatoire l'adhésion des centres de radiologie au dispositif de dépistage organisé. Certains centres ne le souhaitent pas, parce que le dépistage individuel permet des dépassements d'honoraires, et qu'il est donc davantage rémunérateur. Mais l'enjeu de santé publique dépasse ces considérations. Et n'oublions pas non plus que les dépenses de santé sont supportées par l'assurance maladie, avec de l'argent public.

Nous avons constaté que les femmes se trouvant déjà dans une situation médicale difficile comptent parmi celles qui recourent le moins au dépistage. On peut le comprendre, sur le plan humain : lorsque l'on souffre déjà d'une maladie, en imaginer une autre est douloureux. Cela pose la question du ciblage des populations à dépister, et il convient d'engager une réflexion avec les autorités sanitaires pour dépasser la logique du dépistage sans discernement.

Enfin, si nous n'avons pas approfondi la question du prix des traitements, nous avons formé l'hypothèse que les autorités sanitaires étudient le rapport coût-bénéfice de chaque médicament. Le problème n'est pas tant celui du coût des médicaments, que celui du nombre de patients à traiter. Si celui-ci est si élevé, c'est que la prévention a failli.

M. le président Frédéric Valletoux. Je remercie la sixième chambre de la Cour des comptes pour ce rapport particulièrement fourni.

La réunion s'achève à onze heures dix.

Informations relatives à la commission

La commission a désigné

– Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure sur la proposition de loi relative au droit à l'aide à mourir

Présences en réunion

Présents. — M. Joël Aviragnet, Mme Anchya Bamana, M. Thibault Bazin, Mme Anaïs Belouassa-Cherifi, M. Hadrien Clouet, Mme Nathalie Colin-Oesterlé, M. Paul-André Colombani, Mme Josiane Corneloup, M. Hendrik Davi, M. Fabien Di Filippo, Mme Sandrine Dogor-Such, M. Olivier Falorni, M. Olivier Fayssat, Mme Martine Froger, M. François Gernigon, Mme Océane Godard, M. Jean-Carles Grelier, M. Stéphane Hablot, Mme Zahia Hamdane, M. Sacha Houlié, M. Cyrille Isaac-Sibille, M. Michel Lauzzana, M. Didier Le Gac, Mme Karine Lebon, Mme Élise Leboucher, M. René Lioret, Mme Christine Loir, M. Laurent Marcangeli, Mme Joëlle Mélin, M. Thomas Ménagé, M. Éric Michoux, M. Serge Muller, M. Yannick Neuder, Mme Agnès Pannier-Runacher, M. Sébastien Peytavie, M. Emmanuel Taché, M. Nicolas Turquois, M. Frédéric Valletoux, Mme Annie Vidal, M. Philippe Vigier, M. Stéphane Viry

Excusés. — Mme Sylvie Bonnet, M. Elie Califer, Mme Stella Dupont, M. Gaëtan Dussausaye, M. Guillaume Florquin, Mme Marie-Charlotte Garin, M. Jérôme Guedj, Mme Joséphine Missoffe, M. Jean-Philippe Nilor, M. Jean-Hugues Ratenon

Assistaient également à la réunion. — Mme Nicole Dubré-Chirat, M. Christophe Mongardien, M. Jean-François Rousset