



N° 844

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DIX-SEPTIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 22 janvier 2025.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES
SUR LA PROPOSITION DE LOI, MODIFIÉE PAR LE SÉNAT, *visant à améliorer la prise en charge des soins et dispositifs spécifiques au traitement du cancer du sein par l'assurance maladie,*

PAR M. YANNICK MONNET,

Député.

Voir les numéros :

Assemblée nationale : 1^{ère} lecture : **2519, 2643** et T.A. **307** (16^e législature).

2^e lecture : **528**.

Sénat : 1^{ère} lecture : **653** (2023-2024), **66, 67** et T.A. **14** (2024-2025).

SOMMAIRE

	Pages
AVANT-PROPOS	5
COMMENTAIRE DES ARTICLES	7
<i>Article 1^{er}</i> : Prise en charge intégrale des dépenses liées aux soins et dispositifs prescrits spécifiquement dans le cadre d'un traitement pour cancer du sein.....	7
<i>Article 1^{er} bis A (nouveau)</i> : Rapport sur la pratique et la prise en charge du tatouage aréolo-mamelonnaire après mastectomie	11
<i>Article 1^{er} bis</i> : Plafonnement conventionnel des dépassements d'honoraires relatifs à des actes chirurgicaux de reconstruction mammaire dans le cadre d'un traitement pour cancer du sein	11
<i>Article 1^{er} ter (supprimé)</i> : Rapport sur la prise en charge intégrale, par la sécurité sociale, de sous-vêtements adaptés au port de prothèses amovibles	13
<i>Article 1^{er} quinquies (supprimé)</i> : Rapport sur la prise en charge du cancer du sein et sur la perte de revenus qu'il engendre pour les autoentrepreneurs	14
TRAVAUX DE LA COMMISSION	17
TEXTES SUSCEPTIBLES D'ÊTRE ABROGÉS OU MODIFIÉS À L'OCCASION DE L'EXAMEN DE LA PROPOSITION DE LOI	31

AVANT-PROPOS

Mesdames, Messieurs,

L'Assemblée nationale est saisie en deuxième lecture de la proposition de loi visant à améliorer la prise en charge des soins et dispositifs spécifiques au traitement du cancer du sein par l'assurance maladie. Elle comprend sept articles, dont cinq restent en discussion : deux articles ont fait l'objet d'une adoption conforme, deux autres ont été adoptés avec modifications, deux ont été supprimés et un dernier a été introduit par le Sénat. Les amendements adoptés par les sénateurs précisent la portée de la proposition de loi quant aux dispositifs et soins liés au traitement du cancer du sein, afin de prévenir tout risque d'inégalité de traitement entre les patients. L'intitulé de la proposition de loi a en conséquence été légèrement modifié ⁽¹⁾.

Le texte dont est saisie l'Assemblée nationale a été considérablement enrichi par rapport à sa version initiale, qui ne comptait que deux articles, grâce à un important travail transpartisan entrepris à l'initiative du rapporteur, notre ancien collègue Fabien Roussel, lors de l'examen en première lecture ⁽²⁾. Ce travail s'est poursuivi au Sénat sous l'égide de la rapporteure Cathy Apourceau-Poly ⁽³⁾.

Outre sa dimension transpartisane, la présente proposition de loi se distingue par le soutien unanime dont elle fait l'objet, tant à l'Assemblée nationale ⁽⁴⁾ qu'au Sénat ⁽⁵⁾, où elle a été respectivement inscrite à l'ordre du jour des journées réservées au groupe Gauche démocrate et républicaine et au groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste -Kanaky.

En outre, cette proposition de loi est examinée en deuxième lecture, au cours d'une semaine d'ordre du jour fixé par l'Assemblée nationale, moins de huit mois après la première lecture, malgré la dissolution de l'Assemblée nationale le 9 juin et le renversement du Gouvernement le 4 décembre. Cette célérité atteste du consensus qui existe aujourd'hui pour améliorer sans tarder le quotidien des patientes atteintes par la maladie.

Le cancer du sein occupe une place particulière parmi les cancers. C'est avant tout une maladie de femmes, qui ne touche les hommes que dans 1 % des cas. Une femme sur huit est touchée et l'incidence de la maladie augmente, avec plus

(1) L'amendement n° 6 rect. bis adopté en séance publique au Sénat avec un avis favorable de la commission et du Gouvernement a substitué à l'intitulé initial, « Proposition de loi visant la prise en charge intégrale des soins liés au traitement du cancer du sein par l'assurance maladie », un nouvel intitulé, « Proposition de loi visant à améliorer la prise en charge des soins et dispositifs spécifiques au traitement du cancer du sein par l'assurance maladie ».

(2) Texte n° 307 adopté par l'Assemblée nationale le 30 mai 2024.

(3) Texte n° 14 (2024-2025) modifié par le Sénat le 30 octobre 2024.

(4) Scrutin public n° 4000, troisième séance du jeudi 30 mai 2024 : 93 votants, tous en faveur de l'adoption de la proposition de loi.

(5) Scrutin n° 26, séance du 30 octobre 2024 : 341 votants, tous en faveur de l'adoption de la proposition de loi.

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⁾. Il tue chaque année plus de 12 000 femmes : c'est le cancer féminin le plus meurtrier.

Le cancer du sein se distingue par un niveau variable mais souvent élevé de dépenses non prises en charge, induisant d'importants reste à charge pour celles qui sont en mesure de les acquitter ou un renoncement à des soins pour les plus précaires. Selon une étude de la Ligue nationale contre le cancer en 2019, plus de la moitié des femmes de moins de 40 ans atteintes d'un cancer du sein éprouvent des inquiétudes d'ordre financier. Le reste à charge résulte notamment de dépassements d'honoraires associés à des soins prodigués dans le secteur privé en l'absence d'offre publique adaptée ou accessible – pour la chirurgie de reconstruction après l'ablation du sein par exemple. Il a également pour source l'achat de dispositifs médicaux ou de 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). Enfin, il est constitué 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 indispensables, mais non remboursés par l'assurance maladie.

Les patientes les plus précaires renoncent aux soins ou produits non pris en charge ou insuffisamment remboursés qui s'avèrent trop onéreux. À titre d'illustration, malgré 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 une chirurgie de la réparation pour des motifs financiers. L'accès aux soins de support, bien que largement plébiscité dans la prise en charge du cancer, demeure aux frais des patientes qui se tournent, lorsqu'elles le peuvent, vers les associations proposant des séances gratuites et financée par les dons. Votre rapporteur tient à saluer le travail considérable entrepris par ces associations de patients, ainsi que par les professionnels de santé, qui œuvrent au quotidien auprès des malades et contre la maladie.

Alors que la prévalence du cancer du sein augmente en France de 0,3 % chaque année depuis 2010, qu'un nombre croissant de femmes vivent la maladie et lui survivent, il est nécessaire d'agir pour un meilleur accès aux soins et contre les inégalités de santé dans le 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 et leurs chances de guérison, et de se reconstruire après le cancer.

En conséquence, votre rapporteur appelle de ses vœux une adoption conforme du texte dans le cadre de cette deuxième lecture.

*

* *

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

COMMENTAIRE DES ARTICLES

Article 1^{er}

Prise en charge intégrale des dépenses liées aux soins et dispositifs prescrits spécifiquement dans le cadre d'un traitement pour cancer du sein

Adoption conforme par la commission

Le présent article prévoit les modalités de prise en charge intégrale par l'assurance maladie des soins et dispositifs prescrits dans le cadre du traitement d'un cancer du sein, à l'exclusion des dépenses non spécifiques à ce cancer, ainsi que des modalités de droit commun de participation de l'assuré aux soins.

1. Le dispositif initial

L'article 1^{er} de la proposition de loi modifie le titre VI du livre Ier 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 au bénéfice des patients en cours de traitement comme de ceux faisant l'objet d'un suivi à l'issue d'un traitement pour cancer du sein :

- 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^o 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 instaure au bénéfice des mêmes assurés, 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, consécutifs au traitement d'un cancer du sein.

- Le III étend le panier de soins pris en charge par l'assurance maladie, au bénéfice des mêmes assurés, 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 IV prévoit qu'un décret en Conseil d'État précisera les modalités d'application des dispositions du chapitre XI.

2. Les modifications apportées par l'Assemblée nationale en première lecture

a. 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 la nécessité de réguler les dépassements d'honoraires dans un cadre plus global que celui de la prise en charge du cancer du sein ;

- 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, sont 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 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 début 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

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

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.

b. Les modifications adoptées en séance publique

Plusieurs amendements ont été adoptés en séance publique :

– l'amendement n° 46, déposé au nom de la commission des affaires sociales, complète les dispositions de l'alinéa 10 et précise les conditions d'élaboration du décret relatif aux soins de support faisant l'objet d'une prise en charge intégrale par l'assurance maladie. Il prévoit la consultation préalable des associations de patients et de professionnels de santé ;

– plusieurs amendements rédactionnels du rapporteur ⁽¹⁾.

3. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

L'article 1^{er} n'a fait l'objet d'aucune modification en commission.

Trois amendements ont, en revanche, été adoptés en séance publique.

L'amendement n° 4 rect. *bis* du président Philippe Mouiller et de plusieurs de ses collègues des groupes Les Républicains, Union Centriste et Les Indépendants - République et Territoires, qui a reçu un avis favorable de la commission et un avis de sagesse du Gouvernement, apporte plusieurs modifications de fond à l'article 1^{er} :

– il supprime les alinéas 4 à 8 qui exonéraient l'ensemble des patients traités ou suivis pour cancer du sein de dépenses de participation forfaitaire, de franchise médicale, de forfait patient urgences, de forfait hospitalier et de ticket modérateur. L'objectif poursuivi par cet amendement est de restreindre le dispositif aux dépenses concernant spécifiquement le cancer du sein, sans exonérer de reste à charge les seuls patients bénéficiant d'un traitement pour le cancer du sein, ce qui risquerait d'induire une inégalité de traitement entre les patients ;

– il substitue au III deux nouveaux alinéas 5 et 6 restreignant les conditions de prise en charge des soins et dispositifs prescrits dans le cadre d'un traitement pour cancer du sein. Cette modification prévoit que la prise en charge par l'assurance maladie des soins et dispositifs s'applique à ceux à la fois prescrits, remboursables et spécifiques au traitement du cancer du sein. La prise en charge est intégrale sous ces conditions, dans la limite des tarifs servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie, et sans préjudice de la participation de l'assuré au moyen de franchises et participations forfaitaires de droit commun. Par ailleurs, la liste des soins et dispositifs spécifiques susceptibles d'être pris intégralement en charge est précisée, en particulier s'agissant de la dermopigmentation de la plaque aérolomamelonnaire dont la prise en charge est subordonnée à la condition d'être effectuée

(1) Amendements n° 38, n° 39, n° 41 et n° 42.

par des professionnels de santé formés. En outre, la prise en charge intégrale du renouvellement des prothèses mammaires et des sous-vêtements adaptés au port de prothèses mammaires amovibles est explicitement prévue ; ces soins et dispositifs sont définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après consultation des associations représentatives des professionnels de santé concernés. Les prothèses capillaires ne sont en revanche plus expressément mentionnées ; en effet, l'alopecie touche de nombreux patients suivant une chimiothérapie, et il ne s'agit donc pas d'un dispositif spécifique au traitement du cancer du sein ;

– il modifie l'alinéa 9 pour créer au sein du code de la sécurité sociale un nouvel article L. 16-11-3 instituant un forfait de financement des soins et dispositifs non remboursables présentant un caractère spécifique au traitement du cancer du sein et à ses suites, sur prescription médicale. Le montant du forfait ainsi que les soins et dispositifs pris en charge sont définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de la Haute Autorité de santé, de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé et de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail.

Les amendements identiques n° 5 rect. *bis* et n° 8, respectivement déposés par le président Philippe Mouiller et plusieurs de ses collègues et par le Gouvernement, ont reçu un avis favorable de la commission. Ils complètent l'article 1^{er} par un nouvel alinéa précisant les modalités de prise en charge des soins de support prescrits dans le cadre du traitement d'un cancer du sein. À cet effet, l'amendement étend aux patients en traitement actif pour un cancer le dispositif de parcours de soins global prévu à l'article L. 1415-8 du code de la santé publique. Celui-ci octroie aujourd'hui un forfait de 180 euros pour la prise en charge de trois soins de support (activité physique adaptée, psychologie et suivi nutritionnel) pour les patients après la fin de leur traitement pour le cancer.

4. Les travaux de la commission en deuxième lecture

La commission a adopté cet article sans modifications.

*

* *

Article 1^{er} bis A (nouveau)
**Rapport sur la pratique et la prise en charge du tatouage
aréolo-mamelonnaire après mastectomie**

Adoption conforme par la commission

L'article 1^{er} *bis* A dispose que le Gouvernement remet au Parlement un rapport relatif à la pratique et aux modalités de prise en charge du tatouage aréolo-mamelonnaire pour les femmes ayant subi une mastectomie.

1. Les dispositions introduites par le Sénat en première lecture

Cet article résulte de l'adoption en séance publique, contre l'avis de la commission et du Gouvernement, de l'amendement n° 3 rect. *bis* de Mme Guylène Pantel et plusieurs de ses collègues du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen. Il demande au Gouvernement de remettre au Parlement, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la loi, un rapport relatif à la pratique et aux modalités de prise en charge du tatouage tridimensionnel définitif aréolo-mamelonnaire pour les femmes ayant subi une mastectomie.

2. Les travaux de la commission en deuxième lecture

La commission a adopté cet article sans modifications.

*

* *

Article 1^{er} bis
**Plafonnement conventionnel des dépassements d'honoraires relatifs à des
actes chirurgicaux de reconstruction mammaire dans le cadre d'un traitement
pour cancer du sein**

Adoption conforme par la commission

L'article 1^{er} *bis* complète l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale relatif aux relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les médecins par un nouvel alinéa autorisant, sous certaines conditions, le plafonnement des dépassements d'honoraires relatifs à des actes chirurgicaux de reconstruction mammaire consécutifs à la prise en charge du cancer du sein.

1. Les dispositions introduites par l'Assemblée nationale en première lecture

Cet article additionnel résulte de l'adoption en commission des affaires sociales de l'amendement AS15 de M. Jean-François Rousset et plusieurs de ses collègues du groupe Renaissance. Il introduit 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 ».

Cet article a été adopté sans modification en séance publique.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

Cet article a fait l'objet d'une rédaction globale à la suite de l'adoption en commission d'un amendement n° COM-1.

Cet amendement substitue à la rédaction antérieure, qui prévoyait la création dans le code de la sécurité sociale d'un nouvel article L. 162-5-1-2 à la portée normative imprécise, une rédaction plus opérationnelle ajoutant un alinéa à l'article L. 162-5 du même code relatif aux relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les médecins et aux conventions régissant ces relations. Cet alinéa, inséré après le 10° de l'article relatif au suivi des dépassements d'honoraires, permet de plafonner les dépassements d'honoraires relatifs à des actes chirurgicaux de reconstruction mammaire consécutifs à un cancer du sein, dans le cadre des négociations conventionnelles entre les syndicats représentatifs des médecins et l'union nationale des caisses d'assurance maladie. Le plafond serait ainsi défini avec l'accord des syndicats représentatifs des médecins.

Cet article a été adopté sans modification en séance publique.

3. Les travaux de la commission en deuxième lecture

La commission a adopté cet article sans modifications.

*

* *

Article 1^{er} ter (supprimé)

**Rapport sur la prise en charge intégrale, par la sécurité sociale,
de sous-vêtements adaptés au port de prothèses amovibles**

Suppression maintenue par la commission

L'article 1^{er} *ter* dispose que le Gouvernement remet au Parlement un rapport relatif à prise en charge intégrale par la sécurité sociale de soutiens-gorge ou de brassières et de maillots de bain adaptés au port de prothèses amovibles après une mastectomie consécutive au cancer du sein.

1. Les dispositions introduites par l'Assemblée nationale en première lecture

L'article 1^{er} *ter* résulte de l'adoption en séance publique, avec le soutien personnel du rapporteur mais contre l'avis du Gouvernement et de la commission, de l'amendement n° 12 de M. Damien Maudet et plusieurs de ses collègues du groupe La France insoumise – Nouveau Front Populaire.

Cette demande de rapport poursuit l'objectif d'une prise en charge par l'assurance maladie des sous-vêtements adaptés au port de prothèses amovibles pour les patientes ayant subi une mastectomie. À l'heure actuelle, faute d'inscription par les fabricants de ces produits sur la liste des dispositifs médicaux reconnus, les patientes qui en font l'acquisition ne peuvent prétendre à aucune prise en charge par l'assurance maladie.

2. Le rejet par le Sénat en première lecture

Cet article a été adopté en commission sans modification, la rapporteure ayant indiqué soutenir la prise en charge à terme, par la sécurité sociale, de certains sous-vêtements adaptés au port de prothèses amovibles inscrits sur une liste spécialement créée à cet effet et répondant à des critères de qualité, de prix ou de fabrication qu'il appartiendrait au Gouvernement de déterminer en détail. Elle a ainsi considéré qu'un rapport pourrait éclairer ce sujet ⁽¹⁾.

À la demande du président Philippe Mouiller et considérant la prise en charge désormais satisfaite dans la rédaction de l'article 1^{er} résultant des travaux du Sénat, les sénateurs ont toutefois rejeté l'article 1^{er} *ter* en séance publique.

(1) *Précisions apportées dans le commentaire de l'article 1^{er} ter dans le rapport n° 66 de première lecture remis au nom de la commission des affaires sociales du Sénat, déposé le 23 octobre 2024.*

3. Les travaux de la commission en deuxième lecture

La commission a maintenu la suppression de cet article.

*

* *

Article 1^{er} quinquies (supprimé)

Rapport sur la prise en charge du cancer du sein et sur la perte de revenus qu'il engendre pour les autoentrepreneurs

Suppression maintenue par la commission

L'article 1^{er} *quinquies* dispose que le Gouvernement remet au Parlement un rapport relatif à la prise en charge du cancer du sein, à son coût et la perte de revenus qu'il engendre pour les travailleuses ayant le statut d'autoentrepreneur.

1. Les dispositions introduites par l'Assemblée nationale en première lecture

L'article 1^{er} *quinquies* résulte de l'adoption en séance publique, avec le soutien personnel du rapporteur mais contre l'avis du Gouvernement et de la commission, de l'amendement n° 15 de M. Damien Maudet et plusieurs de ses collègues du groupe La France insoumise – Nouveau Front Populaire.

Il prévoit la remise par le Gouvernement d'un rapport au Parlement portant sur la prise en charge du cancer du sein, son coût et la perte de revenus qu'il engendre pour les travailleuses ayant le statut d'autoentrepreneur, devenu aujourd'hui micro-entrepreneur.

2. Le rejet par le Sénat en première lecture

La commission a adopté cet article sans modification, considérant que les conditions d'indemnisation des micro-entrepreneurs les exposent spécifiquement à la précarisation que peut induire une maladie sous l'effet conjugué des pertes de revenus du travail et des dépenses de santé restant à leur charge, en particulier lorsqu'elles atteignent des niveaux élevés comme pour le cancer du sein ⁽¹⁾.

À la demande du président Philippe Mouiller, les sénateurs ont toutefois rejeté l'article 1^{er} *quinquies* en séance publique.

(1) Précisions apportées dans le commentaire de l'article 1^{er} quinquies dans le rapport n° 66 de première lecture remis au nom de la commission des affaires sociales du Sénat, déposé le 23 octobre 2024.

3. Les travaux de la commission en deuxième lecture

La commission a maintenu la suppression de cet article.

*

* *

TRAVAUX DE LA COMMISSION

Lors de sa première réunion du mercredi 22 janvier 2025, la commission examine, en deuxième lecture, la proposition de loi, modifiée par le Sébatn visant à améliorer la prise en charge des soins et dispositifs spécifiques au traitement du cancer du sein par l'assurance maladie (n° 528) (M. Yannick Monnet, rapporteur).⁽¹⁾

M. Yannick Monnet, rapporteur. Notre groupe, à l'initiative de ce texte fort, pose la question très précise, légitime et importante de la prise en charge intégrale des soins liés au cancer du sein par l'assurance maladie. Une femme sur huit est touchée par le cancer du sein – il ne concerne les hommes que dans 1 % des cas. La maladie est diagnostiquée à 60 000 femmes chaque année et l'on estime que 700 000 d'entre elles vivent avec un cancer du sein, traité ou actif. Il s'agit du cancer le plus fréquent et le plus meurtrier pour les femmes : chaque année, il en tue plus de 12 000.

Beaucoup craignent de ne pas pouvoir assumer les dépenses non prises en charge, dont le niveau est variable – 1 400 euros en moyenne. Si l'assurance maladie parle de prise en charge intégrale du traitement, en réalité, de nombreuses lacunes limitent en pratique l'accès aux soins et la reconstruction après la maladie. La prise en charge spécifique des affections de longue durée (ALD), parmi lesquelles figure le cancer, ne lève pas tous les obstacles financiers du parcours de soins.

Les principales dépenses à l'origine du reste à charge correspondent à des produits et équipements non remboursés mais indispensables – gels, crèmes, vernis à ongles, sous-vêtements post-opératoires adaptés. Il s'agit également des dépassements d'honoraires, qui constituent le premier poste dans le reste à charge.

Les forfaits et franchises, ainsi que les frais de transport, s'ajoutent aux dépenses engagées par les patientes pour les soins de support – consultations de diététique, soins psychologiques, activité physique adaptée (APA), séances de socio-esthétique. L'intérêt thérapeutique de ces soins dans le traitement et à l'issue du cancer fait l'objet d'un large consensus médical ; l'efficacité de l'APA dans la prévention de la récurrence a été démontrée scientifiquement. Pourtant, ni l'APA, ni les autres soins de support ne font l'objet d'une prise en charge.

Cancer des femmes, le cancer du sein se singularise par un reste à charge plus important que pour les autres types de cancers. À l'injustice de la maladie s'ajoute l'angoisse financière pour les patientes. Ainsi, 15 % d'entre elles renoncent à une reconstruction mammaire pour des raisons d'argent. Si cette opération est rarement proposée dans le secteur public, les dépassements d'honoraires pratiqués dans le secteur privé peuvent atteindre des montants très élevés, allant jusqu'à 10 000 euros.

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

De telles situations sont d'autant moins acceptables qu'une ALD est souvent synonyme de baisse des revenus. Peu de personnes atteintes d'un cancer parviennent à maintenir leur niveau de vie. La maladie peut même les faire basculer dans la pauvreté. Selon la Ligue nationale contre le cancer, une personne sur trois perd son emploi dans les deux ans qui suivent le diagnostic. Il nous revient d'intervenir pour aider ces femmes. La maladie est en elle-même suffisamment éprouvante.

Cette proposition de loi a beaucoup évolué depuis son inscription à l'ordre du jour de nos travaux, en mai dernier. Elle a été travaillée dans un état d'esprit constructif et transpartisan qui a permis d'aboutir à l'adoption du texte à l'unanimité, le 30 mai. Au Sénat, où elle avait pour rapporteure Cathy Apourceau-Poly, elle a aussi été adoptée à l'unanimité, le 30 octobre.

Je sais que ce texte n'est pas parfait. Certains considèrent sans doute qu'il ne va pas assez loin, et il est vrai qu'il reste du chemin à parcourir. Je vous invite toutefois à considérer les avancées considérables que permettrait une adoption conforme pour toutes ces femmes qui attendent de nos travaux qu'ils améliorent leur quotidien face à la maladie.

En vertu de l'article 1^{er}, la prise en charge intégrale de l'ensemble des soins et dispositifs prescrits spécifiquement aux femmes dans le cadre d'un traitement pour le cancer du sein sera garantie.

En pratique, cela signifie des avancées très concrètes pour des milliers de femmes. Le tatouage de la plaque aréolo-mamelonnaire – il fait partie de la chirurgie reconstructrice après une ablation des seins – sera désormais pris en charge s'il est réalisé par un professionnel de santé. Le renouvellement des prothèses mammaires le sera également, de même que les sous-vêtements adaptés au port des prothèses amovibles. Avant le début des traitements, l'oncologue devra systématiquement informer la patiente de l'offre de soins de support disponibles dans la région.

L'article 1^{er} instaure également un forfait dédié au financement des produits prescrits qui ne sont aujourd'hui pas remboursables et pèsent lourd dans le budget des patientes. En pratique, il s'agit souvent des gels, crèmes et vernis adaptés à la sécheresse grave de la peau et destinés à prévenir la chute des ongles induite par les traitements. Les produits concernés et le montant du forfait seront précisés par un arrêté.

Par ailleurs, l'article 1^{er} étend aux patients en traitement le forfait global de soins post-traitement. Ainsi, un forfait de 180 euros permettra de financer des soins psychologiques et des séances de nutrition ou d'APA.

L'article 1^{er} *bis* A prévoit un rapport sur la dermopigmentation afin de faire toute la lumière sur cette pratique et éventuellement d'assouplir les conditions d'une prise en charge intégrale à l'avenir.

L'article 1^{er} bis pose les jalons législatifs d'un plafonnement des dépassements d'honoraires des médecins qui pratiquent une reconstruction mammaire après mastectomie. Le niveau du plafond sera négocié dans la convention médicale entre l'assurance maladie et les médecins. Ce point constitue à lui seul une avancée majeure, puisque les dépassements d'honoraires représentent le premier poste dans le reste à charge. J'en profite pour rappeler que, lors de l'examen de la proposition de loi en première lecture, nous avons obtenu de la présidente de la commission le lancement d'une mission d'information sur les dépassements d'honoraires : elle sera confiée à la Cour des comptes, que nous rencontrerons prochainement.

Certes, ce texte transpartisan est aussi un texte de compromis. L'article 1^{er} ne prévoit pas d'exonération totale des forfaits, franchises, de la participation forfaitaire, du forfait hospitalier ni du forfait patient urgences. La prise en charge intégrale des prothèses capillaires ne figure plus explicitement dans le texte. De plus, les demandes de rapport aux articles 1^{er} ter et 1^{er} quinquies ont été rejetées par le Sénat. Les forfaits prévus à l'article 1^{er} devront être à la hauteur des dépenses engagées par les patients pour être satisfaisants ; les soins et dispositifs qui seront pris en charge devront figurer sur une liste prise par arrêté, ce qui suppose que le pouvoir réglementaire se montre réactif. Mais peut-il en être autrement ?

Vous l'aurez compris, mes chers collègues, j'appelle de mes vœux l'adoption conforme de ce texte et je demande le retrait de tous les amendements.

À l'origine, cette proposition de loi résulte d'une promesse que mon collègue Fabien Roussel et moi-même avons faite le 8 mars 2023 à des femmes en colère : elles nous avaient interpellés sur leur terrible situation où à la détresse de la maladie s'ajoutaient l'angoisse financière et les difficultés pour se soigner. Nous leur avons promis d'agir et de faire inscrire ce sujet à l'ordre du jour de nos travaux pour que l'on n'entende plus ces mots, prononcés par une malade : « *Entre se soigner et se nourrir, il faut choisir.* » Nous aurions sans doute pu aller plus loin et plus vite, mais ce texte répond aux attentes très concrètes des 700 000 femmes qui vivent avec le cancer et sont dans l'urgence. Pour elles, il constitue une réelle avancée, une promesse tenue.

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

Mme Angélique Ranc (RN). Une fois encore, nous en revenons à cette proposition de loi et, une fois encore, force est de constater que certains éléments manquent à ce texte, qui devrait pourtant être d'autant plus abouti que le cancer du sein est présent dans notre pays. Il faut le rappeler à nouveau, ce cancer, fléau qui touche majoritairement les femmes, sévit tout particulièrement en France, où son taux d'incidence était en 2022 le plus élevé au monde.

Une femme sur huit sera confrontée au cancer du sein au cours de sa vie : une femme sur huit dans cette commission est susceptible d'en être affectée. Elle

devra, outre les dommages physiques et psychologiques propres au cancer, financer de sa poche une grande partie des restes à charge : actes de tatouage médical, dermopigmentation de la plaque aréolo-mamelonnaire, sous-vêtements adaptés au port des prothèses, consultations de diététique, et la liste n'est pas exhaustive.

En mai dernier, nous avons émis des réserves sur le fond du texte, ensuite levées grâce aux votes du groupe Rassemblement National : la proposition de loi semblait aller dans le bon sens. Je déplore cependant que certains éléments indispensables n'aient pas pu lui être incorporés, en raison de la règle de l'entonnoir.

Je pense notamment aux tatouages tridimensionnels définitifs de l'aréole, qui devraient être pris en charge financièrement, afin de permettre aux patientes de se reconstruire physiquement et psychologiquement dans le cadre d'une reconstruction mammaire post-mastectomie.

Je pense également à des mesures de bon sens qui permettraient aux femmes sortant d'une séance de radiothérapie et de chimiothérapie de bénéficier d'un transport adapté – beaucoup d'entre elles sont encore forcées d'utiliser un transport partagé. Je pense enfin à des dispositions qui permettraient d'alléger les contraintes administratives pour faciliter ou automatiser l'obtention des bons de transport.

Malgré nos propositions, aucune de ces questions n'a été prise en compte durant la navette parlementaire. On ne peut pas prétendre avoir à cœur le bien des patients si on ne fait pas en sorte que le texte soit le plus complet possible.

M. Jean-François Rousset (EPR). La proposition du Sénat visant à instaurer un forfait pour prendre en charge les soins de support va dans le bon sens. Il nous faudra toutefois être attentifs à la liste réglementaire qui sera établie.

Les dépassements d'honoraires correspondent aux sommes demandées par les soignants pour reconstruire un sein ou les deux après une chirurgie d'ablation, souvent mutilante. Ces interventions permettent aux femmes de retrouver l'aspect antérieur de leur corps. Ces sommes sont très souvent démesurément élevées et présentées sans tact. Elles sont, certes, remboursées par les complémentaires santé lorsque les patientes en ont une, si le contrat le prévoit, mais un montant important reste parfois à la charge des assurées. Les patientes qui n'ont pas d'assurance complémentaire renoncent à cette chirurgie réparatrice faute de moyens.

Pouvons-nous accepter cet état de fait, que ce soit pour les cancers du sein ou pour d'autres pathologies cancéreuses, comme les cancers digestifs ou de la face ? Pour les cancers du pancréas, après la résection chirurgicale, la reconstruction des voies digestives, biliaires et pancréatiques est difficile, longue et complexe. Elle est pourtant réalisée en un seul temps chirurgical, car il est impossible de faire autrement ; un seul tarif est donc prévu, le plus souvent sans demande de complément d'honoraires.

Il nous faut donc absolument passer en revue et évaluer la totalité des dépassements d'honoraires. Les patients ne comprennent pas et sont pris en otage entre les soignants, qui n'y sont pas tous favorables, les régulations par l'option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam), qui ne sont pas suffisantes, et les complémentaires, qui s'adaptent dans un système inflationniste.

Nous voterons le texte proposé en l'état.

M. Damien Maudet (LFI-NFP). *« Je montais dans les rues en pente de Limoges, j'avais l'impression de grimper l'Himalaya. J'étais totalement épuisée, tout le temps, et j'avais mal, souvent. Je ne voulais pas qu'on me regarde comme une malade. Heureusement, j'ai eu Julien et mes sœurs à mes côtés, sinon on est abandonnée. »* Elles s'appellent Soulivane, Corinne, Sandrine, Marie, Lucie, Estelle, Myriam. Elles viennent de Limoges, Toulouse, Rilhac-Rancon. En France, une femme sur huit est atteinte d'un cancer du sein, soit presque un million de personnes victimes et 12 000 décès par an. S'il est pris à temps, 99 % des femmes y survivent, mais la totalité en souffre.

Soulivane témoigne : *« J'ai eu six chimios, une douleur immense. Tu vois la douleur quand on te tape sur le dos avec un marteau : c'était ça, mais tout le temps et sur tout le corps. Tu n'as droit qu'à un seul Doliprane pour calmer ça. »* Et la peine ne s'arrête pas là. En France, en plus de la maladie, les femmes peuvent être confrontées à la précarité. Pour la chirurgie réparatrice, le reste à charge est en moyenne de 1 000 euros ; 15 % des femmes y renoncent.

Tout a un coût : les soins pour les ongles et la peau, attaqués par les chimios, le soutien psychologique. Une femme qui souhaite un suivi psychologique, physique et diététique dépense 3 800 euros et n'est remboursée qu'à hauteur de 180 euros : c'est injuste. Les perruques sont également concernées. *« On aimerait être discrètes, mais la maladie nous affiche. On tente de trouver une perruque, mais celles qui sont remboursées à 100 % donnent l'impression d'avoir de la paille sur la tête. Même celle un peu plus chère, avec 400 euros de reste à charge, je ne l'ai pas portée car j'avais l'impression d'avoir un déguisement. »*

Cette proposition de loi devait permettre qu'à la maladie, à la fatigue, aux séquelles ne s'ajoutent pas les difficultés financières. Des choses ont avancé et je me réjouis de l'intégration de certaines de nos propositions, notamment pour rembourser les sous-vêtements adaptés. La proposition de loi a toutefois été largement attaquée : en première lecture, les groupes Rassemblement National et macroniste ont supprimé la prise en charge des dépassements d'honoraires ; les franchises médicales sont de retour ; même sur les perruques, c'est le *statu quo*. Il faudra donc déboursier près de 400 euros pour des perruques en plastique, que beaucoup n'osent pas porter – une perruque correcte revient à plus de 1 000 euros.

Nous voterons ce texte, mais nous sommes déçus qu'il n'aille pas plus loin.

M. Joël Aviragnet (SOC). J'ai une pensée amicale pour Fabien Roussel, rapporteur de ce texte en première lecture, qui avait réalisé un travail remarquable pour la cause des femmes. Comme en première lecture, le groupe Socialistes et apparentés soutient cette proposition de loi, qui concerne un enjeu majeur de santé publique. En effet, 60 000 femmes apprennent chaque année qu'elles souffrent d'un cancer du sein ; 12 000 d'entre elles en meurent. Il y a urgence à agir. Si ce texte ne résoudra pas tous les problèmes liés au cancer du sein, notamment en matière de prévention, je vous invite, chers collègues, à le voter unanimement. La droite sénatoriale en a, certes, réduit la portée et l'ambition, mais notre rôle de parlementaires n'est-il pas de voter une loi – même imparfaite – qui améliore concrètement la vie de nos concitoyennes et concitoyens ?

Cette proposition de loi ouvre de nouveaux droits aux femmes et leur assure une meilleure protection, en diminuant fortement le reste à charge. Nous pouvons nous en réjouir et féliciter nos collègues communistes pour leur abnégation et leur sens du compromis. Notre groupe prône une prise en charge complète de tous les frais en lien avec ce cancer, afin de contribuer à l'égalité dans l'accès aux soins.

Plus largement, nous souhaitons une meilleure prise en charge de toutes les ALD. Nous ne souhaitons toutefois pas empêcher l'adoption conforme de ce texte compte tenu de l'urgence ; nous n'avons donc pas déposé d'amendements.

Nous voterons la proposition de loi en l'état. Nos concitoyens nous regardent ; montrons-nous à la hauteur.

Mme Sylvie Bonnet (DR). Le cancer du sein touche une femme sur huit et son taux d'incidence a augmenté en moyenne de 0,9 % par an entre 1990 et 2023. Chaque année, en France, plus de 60 000 nouveaux cas sont diagnostiqués. 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. Je n'oublie pas non plus les hommes atteints, qui représentent 1 % des malades.

Le cancer du sein est d'ores et déjà considéré comme une ALD, ce qui permet un remboursement des soins à 100 %. Cependant, de nombreuses patientes doivent faire face à des dépassements d'honoraires, notamment pour la reconstruction mammaire. Par ailleurs, ce cancer étant particulièrement mutilant, les soins et dispositifs nécessaires en parallèle des traitements médicaux représentent un reste à charge très élevé, allant de 1 300 à 2 500 euros selon la Ligue contre le cancer. Il s'agit le plus souvent de perruques, de mamelons en silicone, de soutiens-gorge compressifs post-mammectomie, de sous-vêtements adaptés au port de prothèses externes ou encore de soins de support. Si le problème du reste à charge affecte toutes les pathologies lourdes, plus des trois quarts des patients et patientes y sont exposés dans le cas du cancer du sein : la situation est critique.

Les sénateurs ont réécrit l'article 1^{er} *bis* afin que les dépassements d'honoraires relatifs à des actes chirurgicaux de reconstruction mammaire consécutifs à un cancer du sein puissent être plafonnés dans le cadre des négociations

conventionnelles entre les syndicats représentatifs des médecins et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. L'objectif est de faciliter l'accès à ces opérations. Ils ont par ailleurs recentré le dispositif de l'article 1^{er} pour permettre une prise en charge intégrale des frais jugés spécifiques au cancer du sein, notamment ceux consécutifs à une mammectomie ou à une tumorectomie – tatouage médical, renouvellement de prothèses mammaires.

Il est indispensable que la solidarité nationale 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 cette souffrance. Le groupe Droite Républicaine votera pour cette proposition de loi telle que modifiée par le Sénat.

M. François Ruffin (EcoS). La maladie est toujours une épreuve, pour la santé, pour le moral et pour la famille ; il ne devrait pas s'y ajouter une épreuve financière. C'est pourtant le cas, en raison des dépassements d'honoraires et des soins dits de confort – il y a aussi une bataille à mener contre ce vocabulaire, car des soins prescrits par le médecin ne sont pas des soins de confort ou de support, mais des soins tout court, qui méritent à ce titre d'être intégralement remboursés.

Cette proposition de loi améliore la prise en charge des sous-vêtements, des gels et des crèmes ; on prend, évidemment. Il n'en demeure pas moins d'énormes lacunes : le dépassement d'honoraires est de 1 500 à 4 000 euros pour une reconstruction mammaire ; les perruques sont à 350 euros – *« on a des perruques de carnaval »*, nous dit-on, *« et on se balade avec la honte »*. Une malade en récidive souffrant d'un cancer métastatique m'a dit : *« J'ai horreur qu'on me regarde comme une malade, la pire phrase, pour moi, c'est "ma pauvre". Pour être aimée, il faut d'abord s'aimer soi-même. Si je suis dans la honte, de moi et de mon corps, je serai mal entourée et je m'isolerais dans la maladie. »* Ce qui concerne l'apparence fait pleinement partie du soin. Il faut donc le rembourser intégralement.

M. Philippe Vigier (Dem). Derrière chaque cancer, il y a un drame. J'ai une pensée pour Fabien Roussel, qui attachait beaucoup d'importance à ce texte. Si je tiens à saluer le travail effectué, je regrette que la prévention ne soit pas évoquée. En effet, seule une femme sur deux réalise le diagnostic préventif. On parle de reconstruction, de vies brisées, mais quand serons-nous capables de promouvoir tous ensemble une politique de prévention plus efficace ? Pire : en 2024, les actes de prévention – pour tous les cancers – ont régressé.

Jean-François Rousset a bien parlé du maquis des restes à charge et des dépassements d'honoraires. Vous voulez les diminuer. Il existe déjà un forfait limité à 50 euros pour les 96 % de la population qui disposent d'une assurance complémentaire ainsi qu'un forfait de 180 euros, dont il faut revoir le périmètre. Il y a aussi des erreurs administratives. Tout cela ne relève toutefois pas de la loi, mais du pouvoir réglementaire. Mais il faut avoir le courage de regarder les choses précisément.

À propos des soins de confort, François Ruffin a utilisé les bons mots : il est essentiel de pouvoir retrouver son apparence antérieure.

Mon groupe s'abstiendra lors du vote.

Mme Nathalie Colin-Oesterlé (HOR). Le groupe Horizons & Indépendants salue l'objectif d'améliorer la prise en charge des patientes atteintes d'un cancer du sein. Chaque année, plus de 60 000 femmes en France sont confrontées à cette maladie, qui ne se limite pas à ses impacts physiques : elle bouleverse aussi profondément la vie psychologique, sociale et financière des patientes. Avec un reste à charge moyen de 780 euros – le double de celui des autres cancers –, les inégalités d'accès aux soins sont criantes et inacceptables.

La version adoptée par le Sénat est à nos yeux juste et équilibrée. Elle respecte un principe essentiel, celui de ne pas introduire de différence entre les patients. À cette fin, la proposition de loi encadre les frais spécifiques au cancer du sein et plafonne les dépassements d'honoraires, évitant ainsi des dérives qui pourraient nuire tant aux patientes qu'à la pérennité de notre système de santé. Ce choix responsable vise l'efficacité.

Par ailleurs, nous saluons les efforts pour améliorer l'accès aux soins de support – APA, soutien psychologique, nutrition –, essentiels à la qualité de vie des patientes.

Ce texte constitue une avancée capitale et traduit une volonté de justice et d'équité tout en affermissant les bases solidaires de notre système. Notre groupe votera donc en faveur de la proposition de loi telle que modifiée par le Sénat, convaincu qu'elle contribuera à réduire les inégalités et à mieux soutenir les femmes atteintes du cancer du sein.

M. Stéphane Viry (LIOT). Je me réjouis à mon tour que nous poursuivions l'examen de cette proposition de loi, adoptée ici à l'unanimité en première lecture. Le cancer du sein entraîne des traitements coûteux et prolongés, presque entièrement couverts par la sécurité sociale dans le cadre de l'ALD, ce qui reste malheureusement insuffisant tant les coûts sont élevés, sans compter les frais annexes engendrés par la maladie.

Si notre groupe continue à soutenir cette proposition de loi, la version issue du Sénat va moins loin que celle adoptée par l'Assemblée, revenant notamment sur la prise en charge du forfait journalier, sur les participations forfaitaires et sur les franchises. Nous entendons l'argument des sénateurs selon lequel il ne faut pas faire de dérogation pour le cancer du sein par rapport aux autres ALD, mais cela devrait plutôt nous inciter à faire évoluer le dispositif global de l'ALD.

De la même manière, il est compréhensible que les dépassements d'honoraires soient exclus d'une prise en charge intégrale afin de ne pas les encourager, ce qui serait contraire à l'effet recherché. Reste à savoir si leur inclusion

au sein des négociations conventionnelles suffira pour qu'ils soient plafonnés. On sait que nombre de femmes renoncent à la reconstruction mammaire pour des raisons financières.

Enfin, le Gouvernement a proposé d'ouvrir le parcours de soins global post-cancer avant la phase de traitement actif, un premier pas intéressant pour améliorer le suivi post-traitement, primordial pour la rémission et la guérison. Cela doit impérativement passer par un rehaussement du forfait – actuellement de 180 euros.

Mme Karine Lebon (GDR). Cette proposition de loi concerne non seulement 700 000 femmes en France, en cours de traitement ou en surveillance, mais aussi leur famille, leurs amis et le corps médical, toutes les personnes qui soutiennent, conseillent et accompagnent. Cela fait beaucoup trop de monde. Comme certaines et certains d'entre vous, j'en fais partie. Le 18 novembre dernier, j'ai dit adieu à Hélène, mon amie, ma sœur de lutte, cette militante acharnée, cette belle âme dont le cancer a eu raison. L'un de ses combats était la sensibilisation et l'encouragement au dépistage des cancers.

J'étendrai donc le débat aux sujets du dépistage et de la prévention. À La Réunion, une femme sur quatre est concernée par le cancer du sein ; pourtant, seule une sur deux suit correctement les recommandations de dépistage. Malgré le travail acharné des associations, nous avons encore beaucoup à faire. Pour toucher le plus grand nombre, il faut des moyens et des canaux de communication adaptés à toutes et tous, quel que soit le territoire. Si certaines personnes ne se font pas dépister par peur du résultat, beaucoup renoncent par manque de temps, à cause de leur travail, du trajet pour aller au centre de radiologie ou du délai d'attente. Détecté à un stade précoce, le cancer du sein peut être guéri dans plus de 90 % des cas. Les traitements sont alors moins agressifs et entraînent moins de séquelles. Pour ceux pour qui l'aspect financier prime, précisons qu'ils sont aussi moins coûteux pour la patiente et pour la sécurité sociale.

En France, en 2025, il faut parfois attendre plusieurs semaines pour obtenir un rendez-vous. À La Réunion, le délai moyen est d'un mois. Dans ma circonscription, un cabinet nous a proposé un rendez-vous en juin – cinq mois d'attente. Lorsque nous découvrons une boule ou une plaie au niveau de notre sein ou que nous présentons une douleur au niveau de l'aisselle, il est impensable d'attendre plusieurs semaines pour faire une mammographie. Cela entraîne un stress intense, mais aussi et surtout une perte de chance importante.

Je remercie mon collègue Yannick Monnet pour son travail, ainsi que Fabien Roussel, à l'initiative de cette proposition de loi. Le groupe Gauche démocrate et républicaine votera bien évidemment en sa faveur et souhaite un vote conforme afin qu'elle soit appliquée le plus rapidement possible.

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

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Nous voterons évidemment ce texte. Nous sommes reconnaissants au rapporteur de l'avoir déposé, au groupe qui l'a élaboré et à l'ensemble des associations et des soignants qui y ont contribué. Mais nous éprouvons aussi de l'amertume, parce que la proposition de loi visait initialement à abolir les dépassements d'honoraires et les forfaits annexes pour les femmes touchées par un cancer du sein. Elles sont victimes d'un véritable impôt : le reste à charge peut s'élever à 1 400 euros pour la chirurgie reconstructrice. Je déplore avec mes camarades du Nouveau Front populaire que les ambitions de M. le rapporteur aient été rabotées par une alliance entre le Rassemblement National et la Macronie.

Si ce ne sont pas des soins de confort, mais de dignité personnelle, il faut être cohérent : pourquoi en laisser la charge aux femmes concernées ? Nous avons tous dans nos circonscriptions des femmes qui n'arrivent pas à payer leur loyer parce qu'elles ont dû s'endetter pour se soigner et nous connaissons tous des personnes, des mamans ou des amies, qui se trouvent dans cette situation. Nous pourrions faire mieux en allant vers un remboursement intégral. La fin de la trêve hivernale arrivera bientôt et des femmes sont menacées d'expulsion parce qu'elles se sont endettées pour se soigner ou avoir une chirurgie reconstructrice après un cancer du sein. Ce texte est vraiment en deçà des ambitions que nous partageons avec M. le rapporteur.

M. le rapporteur. S'agissant des dépassements d'honoraires, des prothèses capillaires, de la prévention, du dépistage et plus généralement des remarques sur ce que nous pourrions faire de plus, je suis d'accord avec ce qui a été dit. Il y aurait tant à faire au sujet du cancer du sein – et du cancer en général ! Mais nous examinons une proposition de loi, certainement pas le véhicule législatif le plus approprié. Ce texte émanant de propositions et de demandes directes qui nous ont été adressées est pour nous une manière de mettre le pied dans la porte pour traiter la question plus large de la prise en charge des soins liés aux différents cancers. Nous nous sommes adaptés au véhicule législatif que nous avons.

Tout au long du travail qui a été accompli, par Fabien Roussel en première lecture puis par notre collègue sénatrice Cathy Apurceau-Poly, nous nous sommes également attachés à vérifier que toutes les modifications envisagées avaient l'accord des associations avec lesquelles nous avons travaillé pour construire cette proposition de loi et à conserver un cadre transpartisan qui permette d'adopter beaucoup plus rapidement le texte, dans le respect des débats à l'Assemblée nationale comme au Sénat. C'est pourquoi, même si nous avons tous un avis particulier sur la direction qu'il faudrait emprunter pour avancer sur la question fondamentale du traitement des cancers, je vous demanderai une adoption conforme du texte.

Article 1^{er} : *Prise en charge intégrale des dépenses liées aux soins et dispositifs prescrits spécifiquement dans le cadre d'un traitement pour cancer du sein*

La commission adopte l'article 1^{er} non modifié.

Article 1^{er} bis A (nouveau) : *Rapport sur la pratique et la prise en charge du tatouage aréolo-mamelonnaire après mastectomie*

*La commission **adopte** l'article 1^{er} bis A **non modifié**.*

Article 1^{er} bis : *Plafonnement conventionnel des dépassements d'honoraires relatifs à des actes chirurgicaux de reconstruction mammaire dans le cadre d'un traitement pour cancer du sein*

Amendements AS1 de Mme Karen Erodi, AS2 de M. Damien Maudet et AS3 de Mme Karen Erodi

Mme Karen Erodi (LFI-NFP). L'amendement AS1 vise à interdire les dépassements d'honoraires pour les actes chirurgicaux de reconstruction mammaire après un cancer du sein. C'est une mesure de justice sociale et d'égalité entre les citoyens et citoyennes en matière d'accès aux soins.

Les dépassements d'honoraires s'élèvent en moyenne à 1 400 euros par patiente, ce qui est d'autant plus énorme que le parcours de soins est déjà long, éprouvant et coûteux. Le résultat est que certaines femmes renoncent à une reconstruction mammaire ou optent pour des solutions moins adaptées faute de moyens.

D'après le collectif Nos services publics, 27 % du reste à charge moyen des patients est directement lié aux dépassements d'honoraires. Cette réalité des chiffres devrait faire peur à nos collègues de droite et de la Macronie qui ont supprimé la prise en charge des dépassements d'honoraires en première lecture à l'Assemblée nationale. Comment justifier qu'après un cancer, en 2025, des femmes doivent encore choisir entre leur rétablissement physique et leur stabilité financière ?

Notre groupe soutient la mesure initialement prévue par la proposition de loi : faire prendre en charge les dépassements d'honoraires par la sécurité sociale. Comme elle n'y figure plus, il ne nous reste qu'une solution : interdire de tels dépassements. Cela ne privera pas les chirurgiens d'un revenu décent : selon la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, les chirurgiens libéraux avaient en 2021 un revenu moyen de 178 000 euros.

Ce que nous demandons, c'est que la reconstruction mammaire ne soit pas un luxe réservé aux femmes qui ont des moyens, mais un droit accessible à toutes. À l'heure actuelle, 15 % des femmes continuent de renoncer à une chirurgie de réparation mammaire pour des raisons financières. La solidarité nationale nous fait le devoir d'adopter cet amendement pour qu'aucune femme ne se trouve plus dans une telle situation.

M. Damien Maudet (LFI-NFP). « *J'ai dû aller dans une clinique, ce qui a coûté 14 000 euros, et j'ai dû sortir 5 000 euros de ma poche* » : 80 % des femmes atteintes d'un cancer du sein font face à des dépassements d'honoraires. Notre amendement de repli vise à encadrer ces derniers. Comme Hadrien Clouet l'a

souligné, les macronistes et le Rassemblement national ont tué en première lecture cette mesure qui vise à éviter à toutes les femmes de dépenser des milliers d'euros pour faire face à leur maladie. Une reconstruction mammaire n'est pas un luxe, mais le minimum : elle devrait être prise en charge.

En mai dernier, les députés du Rassemblement national se sont déclarés favorables aux dépassements d'honoraires et contre leur prise en charge. Quant aux macronistes, ils étaient d'accord pour en discuter, mais ils se sont quand même opposés à la prise en charge. Nous devons maintenant avancer en supprimant les dépassements d'honoraires ou en les encadrant et en les prenant en charge pour les femmes atteintes d'un cancer du sein.

Mme Karen Erodi (LFI-NFP). Le groupe La France insoumise demande, par l'amendement AS3, la remise d'un rapport sur la création d'une grande sécurité sociale qui prendrait notamment en charge l'ensemble des frais liés au cancer du sein, y compris ceux non couverts par cette proposition de loi.

Il existe en effet une injustice flagrante : près de 3 millions de personnes n'ont pas de complémentaire santé et les tarifs explosent pour les autres – ils ont augmenté de 20 % en trois ans. Des patients doivent donc renoncer à se soigner par manque de moyens financiers. De plus, les complémentaires santé sont inefficaces : leurs frais de gestion sont supérieurs à 20 % quand ceux de la sécurité sociale ne sont que de 3,4 %. La socialisation de la couverture complémentaire permettrait d'économiser chaque année au moins 5,4 milliards d'euros qui pourraient être réinvestis dans un véritable 100 % sécu, garantissant à toutes les patientes la prise en charge intégrale de leur cancer du sein.

Le droit à la santé est un droit fondamental inscrit dans notre Constitution et dans le code de la santé publique. Pourtant, il est de plus en plus soumis aux revenus et aux aléas du système, de plus en plus inégalitaire. De nombreuses femmes continuent à renoncer à une chirurgie de réparation mammaire, non par choix mais en raison des dépassements d'honoraires et des autres frais. Le rapport que nous demandons vise à étudier la faisabilité d'une assurance maladie universelle et intégrale, une grande sécurité sociale qui prenne enfin en charge tout ce qui est actuellement laissé aux complémentaires privées.

M. le rapporteur. Je partage les réflexions qui ont conduit au dépôt de ces trois amendements, mais si un seul d'entre eux était adopté, le parcours législatif de la proposition de loi serait relancé et sa mise en application retardée. Je demande donc leur retrait ; sinon, avis défavorable.

Les amendements sont successivement retirés.

La commission adopte l'article 1^{er} bis non modifié.

Article 1^{er} ter (supprimé) : Rapport sur la prise en charge intégrale, par la sécurité sociale, de sous-vêtements adaptés au port de prothèses amovibles

La commission **maintient** la suppression de l'article 1^{er} ter.

Article 1^{er} quinquies (supprimé) : Rapport sur la prise en charge du cancer du sein et sur la perte de revenus qu'il engendre pour les autoentrepreneurs

La commission **maintient** la suppression de l'article 1^{er} quinquies.

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

*

* *

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/gN4BMz>

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

**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	L. 16-11-1, L. 16-11-2 et L. 16-11-3 [nouveaux]
1 ^{er}	Code de la santé publique	L. 1415-8
1 ^{er bis}	Code de la sécurité sociale	L. 162-5