

N° 66

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2024-2025

Enregistré à la Présidence du Sénat le 23 octobre 2024

RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission des affaires sociales (1) sur la proposition de loi,
adoptée par l'Assemblée nationale, visant la prise en charge intégrale des soins
liés au traitement du cancer du sein par l'assurance maladie,*

Par Mme Cathy APOURCEAU-POLY,

Sénatrice

(1) Cette commission est composée de : M. Philippe Mouiller, président ; Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale ; Mme Pascale Gruny, M. Jean Sol, Mme Annie Le Houerou, MM. Bernard Jomier, Olivier Henno, Xavier Iacovelli, Mmes Cathy Apourceau-Poly, Véronique Guillotin, M. Daniel Chasseing, Mme Raymonde Poncet Monge, vice-présidents ; Mmes Viviane Malet, Annick Petrus, Corinne Imbert, Corinne Féret, Jocelyne Guidez, secrétaires ; Mmes Marie-Do Aeschlimann, Christine Bonfanti-Dossat, Corinne Bourcier, Céline Brulin, M. Laurent Burgoa, Mmes Marion Canalès, Maryse Carrère, Catherine Conconne, Patricia Demas, Chantal Deseyne, Brigitte Devésa, M. Jean-Luc Fichet, Mme Frédérique Gerbaud, M. Khalifé Khalifé, Mmes Florence Lassarade, Marie-Claude Lermytte, Monique Lubin, Brigitte Micouleau, M. Alain Milon, Mmes Laurence Muller-Bronn, Solanges Nadille, Anne-Marie Nédélec, Guylène Pantel, M. François Patriat, Mmes Emilienne Poumirol, Frédérique Puissat, Marie-Pierre Richer, Anne-Sophie Romagny, Laurence Rossignol, Silvana Silvani, Nadia Sollogoub, Anne Souyris, MM. Dominique Théophile, Jean-Marie Vanlerenberghe.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (16^{ème} législ.) : 2519, 2643 et T.A. 307

Sénat : 653 (2023-2024) et 67 (2024-2025)

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
L'ESSENTIEL.....	5
EXAMEN DES ARTICLES	11
• <i>Article 1^{er}</i> Limiter le reste à charge des patientes traitées ou suivies pour un cancer du sein	11
• <i>Article 1^{er} bis</i> Inciter à limiter les dépassements d'honoraires sur les actes liés au cancer du sein	31
• <i>Article 1^{er} ter</i> Demande de rapport sur la prise en charge intégrale, par la sécurité sociale, de sous-vêtements adaptés au port de prothèses amovibles	35
• <i>Article 1^{er} quater</i> Demande de rapport sur la possibilité de verser une indemnité de garde d'enfant pour les personnes recevant des traitements pendant ou après un cancer du sein	41
• <i>Article 1^{er} quinquies</i> Demande de rapport sur le coût et la perte de revenus qu'engendre le cancer du sein pour les personnes ayant le statut d'auto-entrepreneur	43
• <i>Article 2</i> Gage financier de la proposition de loi	45
EXAMEN EN COMMISSION.....	47
RÈGLES RELATIVES À L'APPLICATION DE L'ARTICLE 45 DE LA CONSTITUTION ET DE L'ARTICLE 44 <i>BIS</i> , ALINÉA 3, DU RÈGLEMENT DU SÉNAT (« CAVALIERS »).....	61
LISTE DES PERSONNES ENTENDUES	63
LA LOI EN CONSTRUCTION	65

L'ESSENTIEL

Le cancer du sein touche **une femme sur huit** et son **taux d'incidence augmente** depuis 1990. Ce cancer étant particulièrement mutilant, les soins et dispositifs qui y sont liés sont synonymes d'un **reste à charge important**.

La présente proposition de loi, **transmise par l'Assemblée nationale**, vise la **prise en charge intégrale des soins** liés au traitement du cancer du sein par l'assurance maladie.

*

**

I. LE CANCER DU SEIN, UNE PATHOLOGIE GRAVE ET FRÉQUENTE, À L'ORIGINE DE RESTES À CHARGE IMPORTANTS

A. LA FORTE INCIDENCE DU CANCER DU SEIN EXPLIQUE QU'IL RESTE LE CANCER LE PLUS MEURTRIER CHEZ LES FEMMES, MALGRÉ DE NOMBREUSES AVANCÉES QUI AMÉLIORENT SON PRONOSTIC

En 2023, le cancer du sein représente un **tiers des nouveaux cas de cancer diagnostiqués** chez la femme. Cette même année, plus de 700 000 femmes avaient ou avaient eu au cours de leur vie un diagnostic du cancer du sein. Son **taux d'incidence** a augmenté en moyenne de **0,9 % par an entre 1990 et 2023**, ce qui s'explique par différents facteurs que sont le **vieillissement de la population** (près de **80 % des cancers du sein surviennent après 50 ans**), l'augmentation des cas d'**obésité**, l'exposition accrue à des **agents cancérigènes** ainsi que la transformation des habitudes de vie. Les conditions de travail de nuit ont également une importance : selon l'Inserm, le travail de nuit augmente ainsi de 30 % le risque d'avoir un cancer du sein. Les avancées de la recherche ont également permis d'isoler des **mutations génétiques sur les gènes BRCA 1 et 2**, qui sont notamment à l'origine de cancers particulièrement agressifs tels que les **triples négatifs**. Ces progrès ont également permis des **avancées thérapeutiques majeures**, qui expliquent, avec la mise en place d'un **dépistage généralisé depuis 2004**, un **recul du taux d'incidence standardisé de mortalité, de 1,3 % par an entre 2011 et 2021** à l'échelle mondiale. 90 % des femmes traitées à temps par un cancer du sein en survivent.

Le cancer du sein reste toutefois le **cancer le plus meurtrier chez les femmes**, en raison de sa forte incidence : **12 000 femmes** en meurent chaque année. Enfin, le cancer du sein n'épargne pas les **hommes**, qui représentent 1 % des personnes qui en sont atteintes.

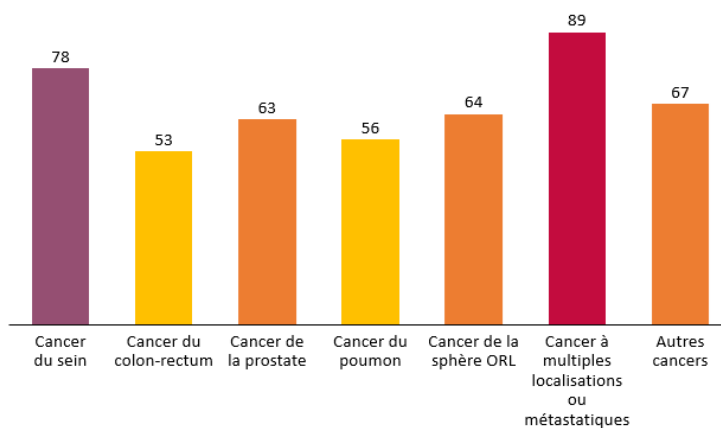
B. DES RESTES À CHARGE IMPORTANTS, SOURCE DE DIFFICULTÉS FINANCIÈRES POUR LES ASSURÉS QUI Y SONT CONFRONTÉS

Malgré le dispositif des affections de longue durée, les patientes et patients atteints d'un cancer du sein subissent des **restes à charge particulièrement importants**, qui constituent une forme de **double peine** en s'ajoutant à la charge émotionnelle, thérapeutique et sanitaire que provoque la maladie.

La charge financière consécutive à un cancer du sein serait comprise, en moyenne, entre **1 300 et 2 500 euros** selon la Ligue contre le cancer : un montant considérable, qui **plonge plus de 50 % des assurées concernées de moins de 40 ans dans l'inquiétude**, place certains malades dans la **difficulté financière** et en pousse d'autres à **renoncer à des modalités de traitement trop onéreuses** car insuffisamment prises en charge ou soumises à d'importants dépassements d'honoraires, comme la reconstruction mammaire.

Si la problématique du reste à charge affecte toutes les pathologies lourdes, la situation est critique pour le cancer du sein **puisque plus des trois quarts des patients et patientes sont exposés à un reste à charge**, plus que pour tout autre type de cancer.

Part des assurés exposés à un reste à charge par type de cancer



Source : Commission des affaires sociales du Sénat d'après données de la Ligue contre le cancer

II. LIMITER AU MAXIMUM LE RESTE À CHARGE AFIN DE DESSERRER L'ÉTAU FINANCIER AUTOUR DES PATIENTS CONCERNÉS

A. LE CANCER DU SEIN RELÈVE DES AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE (ALD), UN RÉGIME PROTECTEUR MALGRÉ LEQUEL DES RESTES À CHARGE PERSISTENT

Le **cancer du sein** faisant partie des tumeurs malignes, les assurés qui en sont atteints bénéficient, sur les soins qu'il provoque, du **régime des ALD**, qui permet **d'exonérer les patients du paiement du ticket modérateur**.

Au lieu de 70 % chez le médecin ou 60 % chez un auxiliaire médical, la sécurité sociale prend alors en charge 100 % de la base de remboursement de l'acte.

Les **chimiothérapies, radiothérapies et mastectomies** sont donc intégralement prises en charge dans la limite des bases de remboursement, tout comme la **chirurgie reconstructrice et la pose d'implants**, ou, pour celles qui n'y recourent pas car le processus de reconstruction chirurgicale du sein, de l'aréole et du mamelon est **long et éreintant**, l'achat de la plupart des **prothèses externes**.

Malgré cela, de **nombreux postes de restes à charge subsistent** pour les patients atteints d'un cancer du sein.

B. PLAFONNER LES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES SUR LES OPÉRATIONS DE CHIRURGIE RECONSTRUCTRICE : UNE AVANCÉE IMPORTANTE POUR LIMITER LE RESTE À CHARGE

Les **dépassements d'honoraires** en lien avec une intervention chirurgicale après une mastectomie constituent le **premier poste de reste à charge** des femmes atteintes d'un cancer du sein. Selon un rapport de 2014, les femmes ayant eu recours à une chirurgie reconstructrice après un cancer du sein déclarent **un reste à charge moyen de 1 391 euros**.

Le **coût d'une chirurgie reconstructrice varie grandement** suivant les dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins conventionnés de secteur 2, soit l'inadéquation entre le coût réel facturé et les bases de remboursement de la sécurité sociale. Certains dépassements d'honoraires peuvent ainsi **atteindre 10 000 euros**. Or, le choix du lieu où ces opérations sont réalisées, parfois postérieurement à l'ablation totale ou partielle du sein, est avant tout pour les femmes un **choix pratique** : pour 45 % d'entre elles, il s'agit d'un **établissement où elles avaient déjà été prises en charge**. Le coût des dépassements d'honoraires justifie néanmoins que les femmes ayant un revenu mensuel inférieur à 1 000 euros choisissent majoritairement l'hôpital public, et celles dont le revenu mensuel est supérieur à 2 000 euros, une clinique privée. Or, ces critères économiques s'accommodent parfois mal avec la **répartition inégale de l'offre de soins sur le territoire et les délais d'attente**. Les personnes atteintes du cancer du sein dans les Outre-mer sont ainsi particulièrement vulnérables : recourir à une opération de reconstruction chirurgicale se fait souvent au prix d'un voyage en métropole. Le coût peut même dissuader certaines femmes de recourir à la chirurgie reconstructrice : elles étaient **14 % en 2014, et 17 % parmi les catégories socio-professionnelles les moins aisées**. Nous ne pouvons accepter cet état de fait.



Reste à charge moyen sur une opération de reconstruction mammaire

Désireuse de soulager les patientes atteintes d'un cancer du sein de leur principal poste de reste à charge, et de permettre à l'ensemble des patientes d'accéder à la chirurgie reconstructrice si elles le souhaitent, la commission a adopté un amendement de sa rapporteure à l'article 1^{er} bis.

Cet amendement vise à ce que puissent être plafonnés 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 médecins et l'assurance maladie.**

C. EXEMPTER LES ASSURÉS ATTEINTS D'UN CANCER DU SEIN DE LA PLUPART DES POSTES DE RESTE À CHARGE : UN IMPÉRATIF POUR PROTÉGER LES PATIENTS DE DIFFICULTÉS FINANCIÈRES INACCEPTABLES

Outre les dépassements d'honoraires, certains dispositifs médicaux comme les **prothèses capillaires** peuvent connaître un écart considérable entre leur base de remboursement et leur prix facturé. La **qualité des perruques intégralement remboursées**, dites de classe 1 est **insuffisante** pour produire une impression visuelle convaincante, si bien que les patientes préfèrent, dans les faits, bien souvent **ne rien porter** ou se tourner vers les **perruques de classe 2**. La sécurité sociale rembourse **au maximum 250 euros sur ces prothèses**, mais leur prix peut aller jusqu'à 700 euros, voire, pour les plus réalistes, dépasser 700 euros, auquel cas la sécurité sociale ne rembourse pas un centime. Dans les deux cas, un **reste à charge conséquent est à déplorer.**

S'ajoutent les **dispositifs de participation forfaitaire et de franchise médicale**, qui viennent en déduction du remboursement de l'assurance maladie dans une logique de responsabilisation des assurés. Les premières frappent notamment les consultations et actes médicaux, tandis que les secondes s'appliquent aux actes paramédicaux, aux médicaments et aux transports sanitaires. Chacun des deux dispositifs étant plafonné à 50 euros, **le reste à charge annuel à ce titre peut atteindre 100 euros**, que les complémentaires santé ne peuvent prendre en charge.

Bien qu'ils puissent être pris en charge par les complémentaires santé, le **forfait journalier hospitalier** - 20 euros par jour au titre des frais d'hébergement - et le **forfait patient urgences** - 8,49 euros par passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation pour les patients en ALD - **peuvent également être source d'un reste à charge** pour les patients atteints d'un cancer du sein.

Enfin, certaines dépenses sont **hors du champ d'intervention de la sécurité sociale**, à commencer par les **soins de support** (diététique, psychologie, activité physique adaptée, etc.), dont **l'intérêt thérapeutique est confirmé** par les associations de patients et les professionnels de santé, mais

dont la **prise en charge est insuffisante** en dehors des rares établissements de santé qui proposent un **accès gratuit à ces soins**, principalement des centres de lutte contre le cancer.

Certains **accessoires, coûteux mais indispensables après une opération**, ne sont également pas remboursés par la sécurité sociale : il en va ainsi des mamelons en silicone, des **soutiens-gorge compressifs post-mammectomie ou des sous-vêtements adaptés au port de prothèses externes transitoires ou définitives**. Pour chaque soutien-gorge adapté, il faut compter environ 70 euros, à multiplier par trois ou quatre pour avoir du rechange – un montant intégralement à la charge des patientes. **L'article 1^{er} ter**, qui consiste en une demande de rapport au sujet de la prise en charge des sous-vêtements adaptés, touche ainsi du doigt un sujet très important pour **garantir la santé et le confort des patientes ayant subi une ablation mammaire**.

Le même constat peut être fait pour les **mal nommés soins de confort : crèmes relipidantes** pour combattre les effets de la chimiothérapie, **verniss pour prévenir la chute des ongles**, strips pour protéger les cicatrices ; autant de **dépenses supplémentaires non remboursées qui n'ont pourtant rien de superflu**.

L'article 1^{er} du texte vise à **rendre inapplicables aux patients traités ou suivis pour un cancer du sein la plupart des postes de reste à charge : participation forfaitaire, franchise médicale, ticket modérateur, forfait hospitalier et forfait patients urgences**. Il prévoit, en outre, une **prise en charge intégrale sur l'ensemble des soins et dispositifs prescrits** dans le cadre d'un cancer du sein, incluant notamment les **soins de support**, les **prothèses capillaires et le renouvellement des prothèses mammaires**.

De telles dispositions permettront de **limiter l'inquiétude légitime des assurées et assurés atteints d'un cancer du sein sur leur situation financière et d'éviter des difficultés économiques particulièrement malvenues** à ces personnes déjà fragilisées par la maladie. Elles **renforceront l'accessibilité financière aux soins de support** afin de renforcer la qualité de vie des assurés atteints d'un cancer du sein, leur adhésion aux thérapies et même leur espérance de vie. Elles laisseront aux assurées ayant subi une ablation mammaire le choix de **recourir à une reconstruction chirurgicale si elles le souhaitent**, sans avoir à craindre une charge financière inabordable.

D. PRENDRE EN CONSIDÉRATION LES INCIDENCES FINANCIÈRES EXTRA-THÉRAPEUTIQUES

L'**incidence financière** d'un cancer du sein ne se limite toutefois pas aux seuls restes à charge liés aux traitements et soins. Il comprend également de nombreux **frais annexes extra-thérapeutiques**, qui varient selon la situation professionnelle et familiale des assurés et **renforcent les inégalités économiques** préexistantes à la maladie. La **proposition de loi** formule ainsi

deux demandes de rapport : une à l'**article 1^{er} quater** sur la **possibilité de créer une indemnité de garde d'enfant** pour pouvoir suivre un traitement lié à un cancer du sein, et l'autre à l'**article 1^{er} quinquies** sur la **perte de revenus** engendrée par un cancer du sein parmi les **micro-entrepreneurs**, dont le droit aux indemnités journalières dépend d'une durée d'affiliation et d'une cotisation minimales.

Réunie le mercredi 23 octobre 2024 sous la présidence de Philippe Mouiller, la commission des affaires sociales **a adopté** la proposition de loi modifiée par un amendement de sa rapporteure.

EXAMEN DES ARTICLES

Article 1^{er}

limiter le reste à charge des patientes traitées ou suivies pour un cancer du sein

Cet article vise à exempter les patients et patientes traités ou suivis pour un cancer du sein d'une grande partie des frais susceptibles de rester à leur charge.

Il rend inapplicable à ces assurés la participation forfaitaire, la franchise médicale, le forfait patients urgences, le forfait hospitalier et le ticket modérateur, et prévoit la prise en charge intégrale de l'ensemble des soins et dispositifs prescrits dans ce cadre – prothèses capillaires, renouvellement de prothèses mammaires, soins de support notamment.

La commission a adopté cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. Malgré le dispositif des affections de longue durée, les patients et patientes suivis ou traités pour un cancer du sein restent exposés à des restes à charge, qui peuvent atteindre plusieurs milliers d'euros

1. Le dispositif des affections de longue durée, dans lequel s'inscrit le traitement du cancer du sein, prévoit une prise en charge intégrale de la sécurité sociale dans la limite de la base de remboursement

a)Les affections de longue durée, qui incluent le cancer du sein, sont des pathologies longues et à la thérapeutique coûteuse, qui touchent un assuré sur cinq

Les affections de longue durée (ALD) sont définies comme les pathologies « *comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse* »¹.

On distingue **trois catégories d'ALD exonérantes** :

- **les ALD 30**, dont le nom provient d'une liste contenant initialement trente pathologies ouvrant droit au régime d'exonération. Cette liste, définie par décret², contient en fait **29 pathologies** depuis le retrait de la liste de l'hypertension artérielle, en 2011³. Les **tumeurs malignes, dont font partie les cancers du sein, comptent parmi les ALD 30**. Les patients atteints d'un cancer du sein relèvent donc de ce ;

- **les ALD 31**, dites « hors liste », concernent les assurés qui sont atteints d'une **forme grave d'une maladie ou d'une forme évolutive**

¹ 3^o de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale.

² Article D. 160-4 du code de la sécurité sociale.

³ Décret n° 2011-726 du 24 juin 2011.

ou invalidante d'une maladie grave comportant un traitement prolongé d'une durée prévisible supérieure à six mois et une thérapeutique particulièrement coûteuse, mais ne relevant pas de la liste des ALD 30 ;

- **les ALD 32**, qui couvrent les **polyopathologies entraînant un état invalidant** et nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à six mois et particulièrement coûteux.

En 2022, **13,8 millions de Français** présentaient une **ALD 30, 31 ou 32**, dont une vaste majorité au titre d'une ALD 30.

b)Être atteint d'une ALD exonérante ouvre droit à une amélioration de la prise en charge des frais de santé par la sécurité sociale

Compte tenu du **caractère coûteux des soins** associés à une affection de longue durée, le législateur a entendu créer un **dispositif de prise en charge renforcée** à l'endroit des patients atteints. Ce dispositif s'inscrit dans le cadre d'une progressive **spécialisation de l'assurance maladie sur le risque lourd**, avec l'hospitalisation et les ALD. En 2019, les dépenses de l'assurance maladie en faveur des personnes présentant une ALD atteignaient ainsi les **deux tiers des prestations versées**.

Concrètement, le législateur a prévu la **suppression du ticket modérateur**¹ pour les **soins en lien avec une ALD**, c'est-à-dire la suppression de la part des frais de santé restant à la charge de l'assuré **après le remboursement de l'assurance maladie obligatoire et avant celui, le cas échéant, de la complémentaire santé**.

Le ticket modérateur s'applique à une **grande partie des dépenses de santé**, mais son taux **varie selon la catégorie de frais**² : il s'élève à :

- **20 %** pour les frais liés à une **hospitalisation** ;
- **30 %** pour les **actes et consultations médicaux en ville** ;
- **40 %** pour les honoraires des **auxiliaires médicaux, pour les examens biologiques, pour les dispositifs médicaux** ne relevant pas du grand appareillage et, depuis 2023, pour les **soins dentaires**³ ;
- **45 %** pour les frais de **transport sanitaire**⁴ ;

¹ I de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

² Article R. 160-5 du code de la sécurité sociale.

³ Décret n° 2023-701 du 31 juillet 2023 relatif à la participation des assurés sociaux aux honoraires des chirurgiens-dentistes et actes relevant des soins dentaires et arrêté du 12 octobre 2023 fixant le taux de la participation des assurés sociaux prévue à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale pour les honoraires des chirurgiens-dentistes et actes relevant des soins dentaires mentionnés au 3° bis de l'article R. 160-5 du même code.

⁴ Décret n° 2023-382 du 19 mai 2023 relatif à la participation des assurés sociaux aux frais de transport sanitaire et décision du 18 juillet 2023 fixant le taux de la participation des assurés sociaux aux frais de transport sanitaire pris en charge au titre de l'article R. 160-5 du code de la sécurité sociale.

- 35 %, 70 % ou 85 % pour les **médicaments** selon le service médical rendu.

La **suppression du ticket modérateur fait passer le taux de prise en charge de la sécurité sociale à 100 % de la base de remboursement** – c'est pourquoi on parle parfois, pour parler du régime des ALD, d'une **prise en charge à 100 %**. En outre, les patients en ALD bénéficient d'une dispense d'avance de frais.

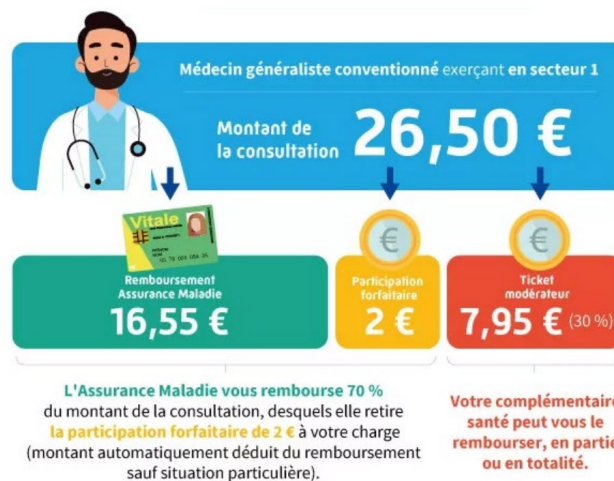
Comparaison entre une prise en charge en ALD et une prise en charge de droit commun : l'exemple d'une consultation chez un généraliste conventionné secteur 1

Lorsqu'un assuré ne présentant pas d'ALD consulte un médecin généraliste conventionné secteur 1, il est facturé 26,5 euros¹. L'assurance maladie prend en charge 70 % de ce montant², soit 18,55 euros – desquels est déduite une participation forfaitaire aux frais de santé de deux euros³. Les 30 % restants, soit 7,95 euros, constituent le ticket modérateur, qui peut être pris en charge par la complémentaire santé ou rester à la charge de l'assuré.

L'assurance maladie rembourse 18,55 – 2 euros, soit 16,55 euros. Il reste à la charge de l'assuré, avant intervention éventuelle de la complémentaire santé, un montant de 9,95 euros composé de la somme du ticket modérateur (7,95 euros) et de la participation forfaitaire (2 euros).

Pour un assuré en ALD, il n'y a pas de ticket modérateur : l'assurance maladie prend donc en charge 100 % du prix de la consultation, soit 26,5 euros, desquels sont déduits, le cas échéant, 2 euros au titre de la participation forfaitaire. Le reste à charge de l'assuré en ALD est alors plafonné à 2 euros.

Schéma de prise en charge



Source : Assurance maladie

¹ Il est rappelé que la consultation passera à 30 euros à partir du 22 décembre 2024 en vertu de la nouvelle convention médicale.

² Article R. 160-5 du code de la sécurité sociale.

³ Voir infra.

À la différence d'autres frais restant à la charge de l'assuré comme les participation forfaitaires¹, le **ticket modérateur peut être pris en charge par les complémentaires santé**. Au moins 90 % des assurés, couverts par un contrat de complémentaire santé solidaire et responsable² ou par la complémentaire santé solidaire³, bénéficient même de la **prise en charge intégrale obligatoire** du ticket modérateur par la complémentaire santé⁴.

Le fait d'être atteint d'une ALD ouvre également droit à une **réduction ou une exonération d'autres postes de reste à charge** : le forfait patients urgences⁵, dû depuis 2022 par tout assuré effectuant un passage dans une structure de soins non programmés non suivi d'une hospitalisation au sein de l'établissement, s'élève ainsi à 19,61 euros, mais est réduit à 8,49 euros pour les personnes atteintes d'une ALD exonérante⁶.

c)La couverture de la sécurité sociale sur les frais de santé liés au cancer du sein

Au-delà de la **prise en charge à 100 % des consultations médicales et des traitements afférents**, la sécurité sociale couvre un certain nombre de **frais spécifiques pour les assurées et assurés présentant un cancer du sein**, notamment pour les patientes qui, ayant subi une mastectomie ou une tumorectomie, souhaitent avoir recours à une reconstruction mammaire chirurgicale ou à des prothèses.

Les différents parcours thérapeutiques en cas de cancer du sein

Le diagnostic est de plus en plus souvent le fait du **dépistage par mammographie**, soit organisé mais auquel ne participent que 50 % environ des femmes concernées en France, soit le dépistage individuel. L'autre mode de découverte le plus fréquent est **l'autopalpation d'une masse mammaire** amenant la patiente à consulter son médecin traitant ou gynécologue, puis la réalisation d'une imagerie.

[Une] **biopsie de la tumeur** est alors réalisée soit en cabinet de radiologie privé ou dans les centres publics permettant d'affirmer le diagnostic par l'anatomo-pathologiste et définir les caractéristiques biologiques du cancer, essentielles à l'élaboration de la stratégie thérapeutique « personnalisée ». La patiente est orientée selon des **circuits très variables** dépendants des lieux d'habitation, des réseaux médicaux et de ses propres choix dans différentes structures de soins : Centres de Lutte Contre le Cancer, hôpitaux publics, ESPIC, cliniques privées.

¹ Voir *infra*.

² Article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

³ Article L. 861-1 du code de la sécurité sociale.

⁴ Article R. 871-2 du code de la sécurité sociale et article L. 861-3 du code de la sécurité sociale.

⁵ I de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

⁶ Arrêté du 17 décembre 2021 relatif aux montants du forfait patient urgences prévu à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale, articles 1^{er} et 2.

Les spécialités impliquées sont [les] radiologues, anatomo-pathologistes chirurgiens, oncologues radiothérapeutes, oncologues médicaux, gynécologues et infirmières de pratique avancée, médecins des soins de support. La réalité de cette pluridisciplinarité ainsi que le volume d'intervention réalisées sont des éléments d'accréditation des établissements aptes à prendre en charge ces patientes.

Les **traitements locorégionaux sont la chirurgie et la radiothérapie**. La **chirurgie est souvent le premier traitement envisagé**. Les principales options sont la **mastectomie totale** qui consiste en l'ablation totale du sein, utilisée dans les cas de cancers volumineux ou diffus ou la **tumorectomie** soit l'ablation de la tumeur et d'une partie du tissu sain environnant, **souvent suivie d'une radiothérapie**.

La **radiothérapie** utilise des rayonnements ionisants pour détruire les cellules cancéreuses. Elle est généralement **administrée après une chirurgie** pour réduire le risque de récurrence, surtout dans les cas de tumorectomie.

Les traitements dits **systemiques**, agissant par voie générale, sont multiples. Leurs indications dépendent en grande partie des types de cancers du sein dont on distingue actuellement trois grandes catégories : les cancers hormonodépendants, les plus fréquents (70 % des cas) ; les cancers HER2 positifs (environ 15 %) et les cancers dits triple négatifs (15 %) considérés comme les plus agressifs.

L'hormonothérapie est utilisée pour les cancers hormonodépendants. Elle vise à bloquer les hormones (comme les œstrogènes) qui favorisent la croissance des cellules cancéreuses. Elle est souvent utilisée après la chirurgie pour réduire le risque de récurrence.

La chimiothérapie utilise des médicaments en perfusion ou en par voie orale pour détruire les cellules cancéreuses. Elle peut être administrée avant la chirurgie (néoadjuvante) pour réduire la taille de la tumeur ou après (adjuvante) pour éliminer les cellules restantes. Elle est souvent indiquée pour les cancers de stade plus avancé ou des formes plus agressives.

Les thérapies ciblées visent des caractéristiques spécifiques des cellules cancéreuses, comme les récepteurs HER2. Elles sont généralement utilisées pour les cancers qui présentent des mutations ou des surexpressions spécifiques, permettant un ciblage plus précis et souvent avec moins d'effets secondaires que la chimiothérapie.

L'immunothérapie anti-tumorale fait maintenant partie de l'arsenal thérapeutique, combinée à la chimiothérapie, dans les **formes avancées mais surtout précoces des cancers du sein** triple négati[fs], permettant d'augmenter les taux de guérison.

Source : Institut Curie

L'opération de reconstruction mammaire est prise en charge à 100 % par la sécurité sociale dans la limite des bases de remboursement. Si des **dépassements d'honoraires** sont fréquents dans les établissements de santé privés à but lucratif, les **patientes suivies à l'hôpital public ou dans des centres de lutte contre le cancer** – soumis aux tarifs de responsabilité – **ne font pas face à un reste à charge** sur cette opération.

Les **prothèses mammaires** font également l'objet d'une prise en charge de la sécurité sociale. Les implants mammaires sont **remboursés à 100 % par la sécurité sociale** dans la limite de la base de remboursement, et les **prothèses externes** – utilisées avant la reconstruction mammaire ou, au choix de la patiente, en l'absence de reconstruction mammaire, font également l'objet d'une prise en charge. L'assurance maladie a consacré 8,5 millions d'euros à la prise en charge d'implants mammaires en 2023, et 10,5 millions d'euros à celle de prothèses mammaires externes.

Selon l'Institut national du cancer, on distingue :

- les **prothèses externes en textile non adhérentes**, qui peuvent être portées **dans les deux mois suivant l'opération** et pendant la radiothérapie, soumises à un **prix limite de vente de 25 euros, égal à la base de remboursement** : les patientes bénéficient alors d'un remboursement intégral dès lors que le fabricant respecte le prix limite de vente ;

- les **prothèses externes en silicone**, qui peuvent être portées **à l'issue d'une période de deux mois après la mastectomie**, et qui sont conçues de façon à avoir un **poids et une apparence analogue à ceux du sein naturel**. Les prothèses externes en silicone peuvent être standard ou techniques. Les **prothèses standard** sont non adhérentes et doivent donc être placées dans un sous-vêtement : elles sont **remboursées intégralement dans la limite du prix maximal de vente de 180 euros**. Les **prothèses techniques**, qui peuvent être adhérentes, sont **remboursées à hauteur du prix limite de vente de 240 euros si elles sont prescrites** – cela peut être le cas uniquement à partir du quinzième mois après l'opération.

Enfin, la **sécurité sociale prend en charge intégralement**, dans la limite d'une base de remboursement, la **reconstruction de l'aréole et du mamelon pour les assurées qui souhaitent y recourir**. Certaines patientes préfèrent avoir recours à un **tatouage, qui, lorsqu'il est médical**, c'est-à-dire réalisé par un professionnel de santé formé¹, est **pris en charge à hauteur de 125 euros par séance**.

2. Le dispositif des affections de longue durée ne prémunit toutefois pas les assurées traitées ou suivies pour un cancer du sein contre tout reste à charge

Malgré la suppression du ticket modérateur dont bénéficient, comme tous les assurés en ALD, les patients traités ou suivis pour un cancer du sein, de **nombreux postes de dépenses liées à leur état de santé peuvent encore rester à leur charge**.

¹ Tous les professionnels de santé ne peuvent toutefois pas pratiquer le tatouage médical.

Parmi ces postes de reste à charge, nombreux¹ sont ceux qui **peuvent, voire doivent, être pris en charge par la complémentaire santé** dans le cadre d'un contrat responsable et solidaire. C'est pourquoi il est particulièrement important que les **assurés atteints d'une ALD, et notamment d'un cancer du sein**, soient sensibilisés à l'importance de **rester, s'ils le peuvent, affiliés à leur complémentaire santé**. Des cas de désaffiliation motivés par la croyance que la complémentaire santé est rendue inutile par la prise en charge à 100 % de la sécurité sociale, portés à la connaissance de la rapporteure lors des auditions, peuvent mettre les assurés concernés en difficulté financière.

a) La prise en charge à 100 % en ALD se fait dans la limite d'une base de remboursement, qui expose à des restes à charge parfois lourds notamment en cas de dépassements d'honoraires

D'abord, la prise en charge de l'assurance maladie repose sur la **définition d'une base de remboursement** en euros pour chaque acte ou prestation. **C'est sur cette base en euros**, fixée, par exemple, à 26,5 euros pour une consultation chez un généraliste en secteur 1 et à 23 euros pour une consultation chez un généraliste en secteur 2, **que s'applique le taux de prise en charge de la sécurité sociale**. La prise en charge « à 100 % » en ALD correspond donc simplement à une prise en charge au niveau des bases de remboursement de la sécurité sociale.

- **Les dépassements d'honoraires**

Une personne traitée pour un cancer du sein, relevant donc du régime des ALD, consultant un médecin en secteur 2 facturant des dépassements d'honoraires subit un **reste à charge malgré la prise en charge à 100 %**, puisque le **tarif de la consultation facturé excède la base de remboursement de la sécurité sociale**.

L'exemple d'une consultation d'un généraliste à 50 euros

Pour une consultation d'un généraliste en secteur 2 tarifée à 50 euros, la prise en charge ne sera pas de 100 % des 50 euros correspondant au coût réel de la consultation, mais seulement de 100 % de la base de remboursement de 23 euros.

Un montant de 27 euros² reste donc à la charge de l'assuré.

Les **dépassements d'honoraires contribuent**, pour une part importante, au **reste à charge encouru par les assurées et assurés traités ou suivis pour un cancer du sein**. Selon les auditions conduites par la rapporteure, les **dépassements d'honoraires sont concentrés sur les actes chirurgicaux** qui – s'ils sont effectués dans un établissement de santé privé à

¹ Forfait hospitalier, forfait patient urgences, ticket modérateur sur les actes ne relevant pas de l'ALD, voire, selon le niveau de couverture, dépassements d'honoraires, part restant à la charge de l'assuré après prise en charge de l'assurance maladie sur des dispositifs médicaux, frais de santé non remboursés par l'assurance maladie.

² Hors participation forfaitaire.

but lucratif – peuvent **excéder de plusieurs centaines voire de plusieurs milliers d’euros la prise en charge accordée** par la sécurité sociale¹. De l’aveu même de la direction de la sécurité sociale, toutes les patientes « n’ont pas accès à un centre de soins proposant une reconstruction sans reste à charge, l’offre étant trop faible et inégalement répartie sur le territoire ».

• **Le cas des dispositifs médicaux dont le prix excède la base de remboursement de la sécurité sociale**

La discordance entre la base de remboursement de la sécurité sociale et le coût réel encouru excède le champ des actes et consultations médicaux : il s’applique aussi, par exemple, aux **dispositifs médicaux**. Cela peut être source d’un reste à charge pour les assurés traités pour un cancer du sein.

En cas **d’alopécie consécutive à une chimiothérapie pour traiter un cancer du sein**, l’achat d’une **prothèse capillaire** peut être indiqué. La base de remboursement de la sécurité sociale **varie selon la qualité des prothèses**, et peut être source d’un important reste à charge :

- pour des **prothèses dites de « classe 1 »**, c’est-à-dire faites de **cheveux synthétiques** avec une implantation à la main sur au moins 15 cm², un prix limite de vente correspondant à la base de remboursement est fixé à **350 euros**. Il n’y a donc **aucun reste à charge sur ces produits** tant que le distributeur respecte le prix limite de vente. La **qualité de ces accessoires a toutefois été décriée lors des auditions**, si bien que de nombreuses femmes **préfèrent ne pas s’équiper plutôt que de recourir à ces prothèses** de classe 1, jugées **insuffisamment réalistes et parfois inconfortables à porter**. En cas de dépassement du prix limite de vente, aucune prise en charge n’est prévue par l’assurance maladie ;

- pour des **prothèses dites « de classe 2 »**, c’est-à-dire des prothèses **composées au moins à 30 % de cheveux naturels** ou composées de cheveux synthétiques avec une implantation à la main sur au moins 30 cm², le prix de vente maximum est fixé à 700 euros, mais la base de remboursement de la sécurité sociale n’atteint que 250 euros. Ainsi, **l’achat d’une prothèse capillaire** de classe 2 dont le prix est de **600 euros** n’est financée par la sécurité sociale qu’à hauteur de 250 euros ; les **350 euros restants étant à la charge du patient ou de sa complémentaire santé**. Les prothèses de meilleure qualité, qui **offrent l’impression visuelle la plus convaincante** et sont composées majoritairement de cheveux naturels, sont fréquemment **facturées au-delà du prix limite de vente de 700 euros**, selon les auditions conduites par la rapporteure. Par conséquent, elles ne sont pas prises en charge par l’assurance maladie et **leur coût est le plus souvent intégralement supporté par le patient**. La complémentaire santé peut assurer une prise en charge malgré l’absence de remboursement de l’assurance maladie, mais ce cas est rare.

¹ Se référer au commentaire de l’article 1^{er} bis.

b)La participation forfaitaire et la franchise médicale : deux dispositifs visant à faire contribuer financièrement chaque assuré

Le reste à charge du patient après remboursement de l'assurance maladie se compose, sur les soins de ville, du ticket modérateur et d'une **franchise, dont le nom et le montant, forfaitaire, varie** selon la prestation.

Les assurés en ALD, dont celles et ceux atteints d'un cancer du sein, **ne sont pas exemptés de ces participations et franchises**, mais seulement du ticket modérateur.

On distingue :

- la **participation forfaitaire**¹ d'un montant de deux euros², qui frappe les **actes et consultations médicaux en ville par l'assurance maladie obligatoire**, ainsi que les examens de radiologie et les **actes de biologie médicale** ;

- la **franchise médicale**³, qui s'applique aux médicaments, aux actes des auxiliaires médicaux et au transport sanitaire. Son montant⁴ est **d'un euro par boîte de médicaments et par acte paramédical**⁵, et de **quatre euros par transport sanitaire**⁶.

Ces franchises viennent en déduction de la part remboursée par l'assurance maladie.

Elles ont été **instituées par la loi du 13 août 2004** relative à l'assurance maladie⁷ afin qu'un **reste à charge, d'un montant perçu comme symbolique par les pouvoirs publics, subsiste pour tout recours au système de santé**, dans une logique de « **responsabilisation** » des assurés. Par conséquent, **elles ne peuvent pas être prises en charge par les complémentaires santé** dans le cadre du contrat solidaire et responsable⁸, qui concerne plus de 95 % des contrats en vigueur en France.

La participation forfaitaire et la franchise médicale ne s'appliquent toutefois pas pour certains publics particulièrement fragiles, notamment les mineurs⁹, les femmes enceintes bénéficiant de l'assurance maternité¹⁰, les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire¹¹ et de l'aide médicale d'État.

¹ II de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

² Article R. 160-19 du code de la sécurité sociale.

³ III de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

⁴ Article D. 160-9 du code de la sécurité sociale.

⁵ Dans la limite de quatre participations par jour, article D. 160-11 du code de la sécurité sociale.

⁶ Dans la limite de deux participations par jour, article D. 160-11 du code de la sécurité sociale.

⁷ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

⁸ Article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

⁹ Article L. 160-15 du code de sécurité sociale.

¹⁰ Article L. 160-9 du code de la sécurité sociale. L'assurance maternité court entre le 1^{er} jour du 6^e mois de grossesse et le 12^e jour suivant l'accouchement.

¹¹ Article L. 160-15 du code de la sécurité sociale.

En outre, les **participations forfaitaires et les franchises sont plafonnées annuellement à 50 euros chacune**¹, ce qui limite le reste à charge occasionné pour les assurés nécessitant beaucoup de soins – notamment ceux en ALD.

Il reste que les assurés atteints d'un cancer du sein doivent supporter, au titre de ces dispositifs, un **reste à charge non pris en charge par la complémentaire santé pouvant atteindre 100 euros par an**.

Le récent doublement des montants de la franchise médicale et de la participation forfaitaire

Ainsi que le Gouvernement l'avait annoncé lors de l'examen de la LFSS pour 2024, le **montant unitaire de la franchise médicale et de la participation forfaitaire a doublé en 2024**.

Le montant de la **participation forfaitaire** est donc passé **d'un à deux euros**², celui de la **franchise médicale** sur les médicaments et les actes paramédicaux de **cinquante centimes à un euro** et celui de la franchise médicale sur le transport sanitaire de deux à quatre euros³. Ce doublement a pris effet à compter du 31 mars 2024 pour les franchises médicales, et à compter du 15 mai 2024 pour les participations forfaitaires.

Le doublement des montants individuels des franchises médicales et participations forfaitaires ne s'est toutefois **pas accompagné d'un doublement des plafonds annuels associés**, qui restent fixés à 50 euros pour chacun des deux dispositifs.

c)Les forfaits pour les patients traités en établissement touchent également les assurés en ALD

La participation des assurés aux frais de santé se compose également de **forfaits versés par les patients traités en établissement, dont ne sont pas exemptés les assurés en ALD**.

Il existe, d'une part, un **forfait journalier**⁴ pour tous les patients hospitalisés au moins 24 heures, **versé au titre des frais d'hébergement et d'entretien de l'établissement**. Son montant est de 20 euros par jour, sauf en service psychiatrique où il représente 15 euros par jour. Le forfait journalier

¹ Article D. 160-6 du code de la sécurité sociale pour la participation forfaitaire et D. 160-10 du code de la sécurité sociale pour la franchise médicale.

² Décret n° 2024-113 du 16 février 2024 relatif à la participation forfaitaire des assurés sociaux aux frais de santé en application du II de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale et Décision du 21 mars 2024 fixant le taux de la participation forfaitaire des assurés sociaux aux frais de santé en application du II de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

³ Décret n° 2024-114 du 16 février 2024 relatif à la participation des assurés aux frais de santé en application des II et III de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

⁴ Article L. 174-4 du code de la sécurité sociale.

n'est pas applicable à tous les assurés¹, et **doit être pris en charge par la complémentaire santé** dans le cadre du contrat solidaire et responsable².

D'autre part, un **forfait patient urgences**³ est laissé à la charge des assurés effectuant un **passage dans une structure de soins non programmés** d'un établissement de santé lorsque ce passage n'est **pas suivi d'une hospitalisation**. Son montant, **8,49 euros pour les assurés présentant une ALD**⁴, peut également être **pris en charge par les complémentaires santé**.

Les **frais de confort à l'hôpital**, comme les frais de chambre particulière, ne sont également pas pris en charge par la sécurité sociale.

d) Dans certains cas, les assurés en ALD restent redevables d'un ticket modérateur

- **Le cas des soins sans lien avec une ALD**

La prise en charge en ALD n'induit d'**exemption de ticket modérateur que pour les soins en lien avec l'affection longue durée**. Un assuré atteint d'un cancer du sein se voit donc appliquer un **ticket modérateur sur l'ensemble de ses soins sans lien avec son cancer du sein**.

Une ordonnance bizona⁵ permet de **distinguer les prescriptions en lien avec l'ALD**, prises en charge à 100 %, de celles sans lien avec l'ALD, prises en charge au taux de droit commun.

- **Le cas de la sortie du dispositif ALD**

L'**exonération de ticket modérateur** pour un patient en ALD est accordée pour une **durée initiale variant suivant l'affection**, et renouvelable pour une période de dix ans au plus. Pour les **tumeurs malignes, dont le cancer du sein**, la durée initiale est en principe fixée à **cinq ans** et est « *renouvelable dès lors que la poursuite d'une thérapeutique ou la prise en charge diagnostique et thérapeutique des séquelles liées à la maladie ou aux traitements, notamment l'usage permanent d'appareillages, sont nécessaires* »⁶. Toute récurrence entraîne la reprise de l'exonération du ticket modérateur.

À la fin de la prise en charge au titre des ALD, **l'assuré retourne aux conditions de prise en charge de droit commun**.

Le cancer du sein étant, dans la plupart des cas, une pathologie dite « de bon pronostic », l'espérance de vie des patientes et patients atteints peut demeurer élevée. Or les traitements pour le cancer du sein peuvent provoquer

¹ Il ne concerne notamment pas les assurés bénéficiaires de la C2S, les femmes enceintes pendant la durée de l'assurance maternité, les nourrissons ou les assurés hospitalisés consécutivement à un accident du travail ou une maladie professionnelle.

² Article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

³ I de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

⁴ Arrêté du 17 décembre 2021 relatif aux montants du forfait patient urgences prévu à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale, articles 1^{er} et 2.

⁵ Article R. 161-45 du code de la sécurité sociale.

⁶ Annexe à l'article D. 160-4 du code de la sécurité sociale.

des **effets secondaires persistants dont le traitement demeure coûteux** : par exemple le traitement de l'ostéoporose en cas de radiothérapie.

Plus que d'autres assurés, **ceux atteints d'un cancer du sein peuvent donc être concernés par une sortie du dispositif ALD**, que ce soit au titre de la guérison ou au titre d'un oubli de renouvellement.

• **Les pénalités majorant le ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés**

Les assurés atteints d'un cancer du sein peuvent être confrontés à une **pénalité** mettant à leur charge un **ticket modérateur malgré le dispositif des ALD**.

Une majoration¹ de 40 points² du ticket modérateur, applicable aux patients en ALD³, est ainsi prévue en cas de **non-respect du parcours de soins coordonnés**, c'est-à-dire si l'assuré consulte un médecin sans orientation préalable de son médecin traitant. En principe, la majoration est **également applicable pour les 472 000 assurés en ALD⁴ n'ayant pas déclaré de médecin traitant**.

La DSS affirme toutefois que l'article D. 162-1-6 du code de la sécurité sociale permet de « *consulter directement les spécialistes mentionnés sur leur protocole de soins sans passer par leur médecin traitant, et sans qu'une majoration ne leur soit appliquée. Ils peuvent par ailleurs consulter le médecin spécialiste qui les suit dans le cadre d'une maladie chronique ou encore dans le cadre d'une séquence de soins en concertation avec leur médecin traitant.* »

Les complémentaires santé **ne peuvent en aucun cas prendre en charge cette majoration** dans le cadre du contrat solidaire et responsable⁵.

La minoration de la prise en charge du transport sanitaire en cas de refus de transport partagé

La LFSS pour 2024⁶ prévoit qu'un patient qui **refuse un transport partagé alors que son état de santé n'est pas incompatible** avec ce mode de transport voit la prise en charge de son transport être **minorée d'un coefficient**. Toutefois, **faute de publication des textes d'application requis**, ces dispositions ne sont aujourd'hui **pas encore applicables**. Une fois qu'elles le seront, elles pourront concerner, le cas échéant, les patients atteints d'un cancer du sein si leur état de santé *in concreto* n'est pas incompatible avec le transport partagé.

¹ Article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale.

² Article R. 322-1-1 du code de la sécurité sociale.

³ 2^e alinéa de l'article R. 160-6 du code de la sécurité sociale.

⁴ Statistique datant de décembre 2023.

⁵ Article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

⁶ Article 69 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024.

f) Certaines dépenses provoquées par le cancer du sein ne sont pas remboursées par la sécurité sociale, de sorte qu'un reste à charge considérable peut subsister

• **Les soins de support, dont l'intérêt thérapeutique est confirmé tant par les centres de lutte contre le cancer que par les associations de patients, ne sont en général pas pris en charge par la sécurité sociale**

Les **soins de support** sont définis comme « l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie conjointement aux traitements onco-hématologiques spécifiques, lorsqu'il y en a »¹. Selon la Ligue contre le cancer, ils comprennent :

- **quatre soins « socle »** : prise en charge de la **douleur**, prise en charge **diététique** et nutritionnelle, prise en charge **psychologique** et prise en charge **sociale, familiale et professionnelle** ;

- **cinq soins « complémentaires »** : **activité physique**, préservation de la fertilité, prise en charge des troubles de la sexualité, **hygiène de vie** et soutien psychologique des proches et aidants.

Les soins du support font notamment intervenir des **professionnels** qui, n'étant **pas conventionnés** avec l'assurance maladie, ne font **pas l'objet d'un remboursement** : diététiciens, psychologues, acupuncteurs.

Ces soins, jugés « *indispensables pour une meilleure observance thérapeutique et donc pour améliorer les chances de guérison* » par le collectif Triplettes Roses, ne sont « *pas pris en charge malgré une évaluation précise de leurs effets positifs sur l'état de santé global des personnes (diminution de la fatigue, prise en charge de la douleur, atténu[ation] [d]es séquelles et même [du] risque de récurrence pour certains telle que l'Activité Physique Adaptée)* » selon la Ligue contre le cancer.

Les soins de support peuvent aujourd'hui être pris en charge par trois biais :

- **lorsque les soins de support sont dispensés par un établissement de santé**. Selon l'audition de représentants des Instituts Curie et Gustave Roussy, les soins de support au sein des établissements de santé sont **financés par l'Assurance maladie** par le biais du Fonds d'intervention régional (FIR), et les patients recourant aux soins de support sont donc dispensés de les payer. Il s'agit, en quelque sorte, d'une **prise en charge indirecte** : ce n'est **pas la consultation qui est remboursée**, mais la **structure** portant les soins de support. Toutefois, des **inégalités territoriales très marquées persistent**. Si l'existence de soins de support est **courante dans les centres de lutte contre le cancer**, tous les établissements de santé ne sont toutefois pas en mesure d'en proposer. Or le nombre de CLCC sur le territoire est faible - à peine 1,5 par région en moyenne dans l'Hexagone, et aucun dans les Outre-mer. Le collectif Triplettes Roses souligne ainsi que « *les patientes sont souvent loin de leur*

¹ Instruction DGOS/INCa du 23 février 2017.

centre et ne peuvent pas y retourner pour bénéficier de certains soins de support pourtant pris en charge par le centre. Elles doivent donc y renoncer ou financer tout ou partie de ces mêmes soins dans leur localité proche (sous réserve qu'ils existent) » ;

- dans le cadre de l'article 59 de la LFSS pour 2020, qui prévoit la mise en place du « **parcours de soins global après les traitements** », consistant en un **forfait de 180 euros à utiliser sur trois soins de support (psychologie, diététique, activité physique adaptée)** sur prescription médicale pour un patient en ALD. La Ligue contre le cancer note toutefois que « *la prise en charge est insuffisante* » pour bénéficier de soins dans la durée, et cette prise en charge n'est pas applicable pour les assurés en traitement actif, alors même que les soins de support renforcent l'adhésion thérapeutique ;

- **certaines complémentaires santé proposent des forfaits pour des prestations à la périphérie des soins de santé**, qui peuvent être utilisés pour des consultations en ville chez un psychologue, un nutritionniste ou un acupuncteur, par exemple.

Outre la problématique de la prise en charge financière des soins de support, le collectif Triplettes Roses insiste sur **l'importance de l'accès à l'information** pour ces soins « *trop souvent négligés par les patientes qui en méconnaissent l'existence* ».

- **Des accessoires coûteux mais indispensables après une opération**

La sécurité sociale ne prend aujourd'hui pas en charge les **vêtements adaptés à l'issue d'une mammectomie ou d'une tumorectomie** – qu'il s'agisse de **soutiens-gorge compressifs post-opératoires, de sous-vêtements adaptés au port de prothèses externes transitoires ou définitives ou de vêtements asymétriques post mastectomie ou adaptés à un lymphœdème**.

Le **coût pour les patientes peut être particulièrement important**. Alors que leur achat est « *nécessaire [...] en cas de mastectomie* » selon l'Inca, la Ligue contre le cancer indique que le **prix des soutiens-gorge compressifs post-opératoires atteint au minimum 70 euros l'unité**.

Les **soutiens-gorge adaptés au port de prothèses mammaires amovibles peuvent coûter entre 35 et 90 euros selon l'Inca**, mais il semble que l'offre soit concentrée sur la gamme de prix la plus haute.

La prise en charge au titre de l'action sociale et sanitaire par la sécurité sociale ou les complémentaires santé apparaît, dans les faits, rare.

- **Les « soins de confort » non remboursés sont en fait, dans de nombreux cas, nécessaires**

Le vocable « soins de confort », **particulièrement mal choisi**, recouvre les **crèmes et cosmétiques pour l'essentiel non prises en charge par la sécurité sociale** bien que jugés nécessaires à la thérapie par les associations de patientes.

Il s'agit, par exemple, de **crèmes relipidantes ou hyper-hydratantes**, jugées « *indispensables pour combattre les effets secondaires de la chimiothérapie* » ou de la radiothérapie par le collectif Triplettes Roses. Selon le collectif, « *les rares crèmes remboursées ont une efficacité bien insuffisante* ».

Il s'agit, également, de **soins pour protéger les cicatrices** en cas de mastectomie : l'association Europa Donna cite notamment les « *patch[s] massant la cicatrice dans le soutien-gorge [et] strips pour protéger la cicatrice* ».

On constate enfin des **restes à charge sur les manchons et bandages en cas de lymphœdème**. En effet, **un seul manchon est pris en charge selon l'association Europa Donna**, ce qui n'est pas suffisant puisque ceux-ci doivent naturellement être lavés ou remplacés. Des restes à charge demeurent donc pour l'acquisition de manchons supplémentaires.

• **Des restes à charge, plus rares, peuvent survenir sur certaines prothèses non ou partiellement remboursées**

Les femmes qui font le choix de **ne pas subir de reconstruction chirurgicale de l'aréole** et du mamelon, et de **ne pas recourir à un tatouage médical** s'exposent à un reste à charge. En effet, les **mamelons adhésifs en silicone ne peuvent faire l'objet d'un remboursement**.

• **Le renoncement aux prestations prises en charge par la sécurité sociale lié au manque d'offre de soins ou aux conditions d'accès restrictives**

Enfin, certaines prestations sont, en principe, remboursées par la sécurité sociale, mais les conditions de prise en charge peuvent conduire les assurées à renoncer à ce remboursement.

Trois exemples illustratifs peuvent être donnés.

Les **frais de transport sanitaire** sont, en principe, pris en charge intégralement pour les personnes en ALD. Toutefois, le collectif Triplettes Roses dénonce une « *situation dramatique pour Paris intramuros ou petite couronne* » puisqu'il « *devient très compliqué de trouver des taxis conventionnés* ». À défaut, certains malades recourent à **des taxis non conventionnés, et donc non remboursés**.

Le tatouage médical fait l'objet d'un remboursement à hauteur de 125 euros par séance, mais les **délais pour y recourir, marqués par d'importantes inégalités territoriales**, sont tels que certaines assurées **préfèrent opter pour le tatouage artistique**, non pris en charge.

Enfin, les assurées **préfèrent parfois ne pas attendre une prescription du médecin avant d'acheter une prothèse externe en silicone dite technique**, car cette prescription doit avoir lieu **au moins quinze mois après l'opération**. Cela implique, pour elles, un **reste à charge, qui peut aller jusqu'à 60 euros**, potentiellement « *remboursé par la complémentaire selon le contrat souscrit* », selon l'Inca.

De la même manière, le remboursement du premier renouvellement des prothèses mammaires ne peut intervenir qu'après la fin du 12^e mois de prise en charge, et les suivant dans un délai minimum supplémentaire de dix-huit mois, et sur ordonnance. Des renouvellements anticipés sont possibles dans certains cas¹.

3. Les femmes exposées à un cancer du sein peuvent donc subir des restes à charge, souvent difficiles à assumer financièrement

Parmi les assurés atteints d'un cancer, ceux atteints d'un cancer du sein, singulièrement les femmes, sont **exposés à des restes à charge importants qui peuvent être à l'origine de difficultés financières particulièrement malvenues** dans le combat contre la maladie. La Ligue contre le cancer estime **en moyenne entre 1 300 et 2 500 euros la charge financière consécutive à un cancer du sein pour les assurés**. Pour comparaison, la direction de la sécurité sociale estime que le reste à charge moyen annuel tous cancers confondus est de 960 euros.

Selon une étude de la Ligue contre le cancer datant de 2008, le cancer du sein est, de tous les cancers², celui qui **expose le plus souvent à un reste à charge : 77,9 % des patientes et patients déclarent un reste à charge**, contre 52,6 % de ceux atteints d'un cancer du colon-rectum.

Le collectif Triplettes Roses indique que **30 % des adhérentes interrogées « estiment avoir ou avoir eu des difficultés financières liées au reste à charge (toutes situations confondues) »**. La fréquence des difficultés économiques est **confirmée par la Ligue contre le cancer**, dont une enquête de 2022 fait valoir que **« 52 % [des femmes de moins de 40 ans présentant un cancer du sein] témoignent de craintes concernant leur budget et 41 % ont des craintes en ce qui concerne leurs conditions de travail »**.

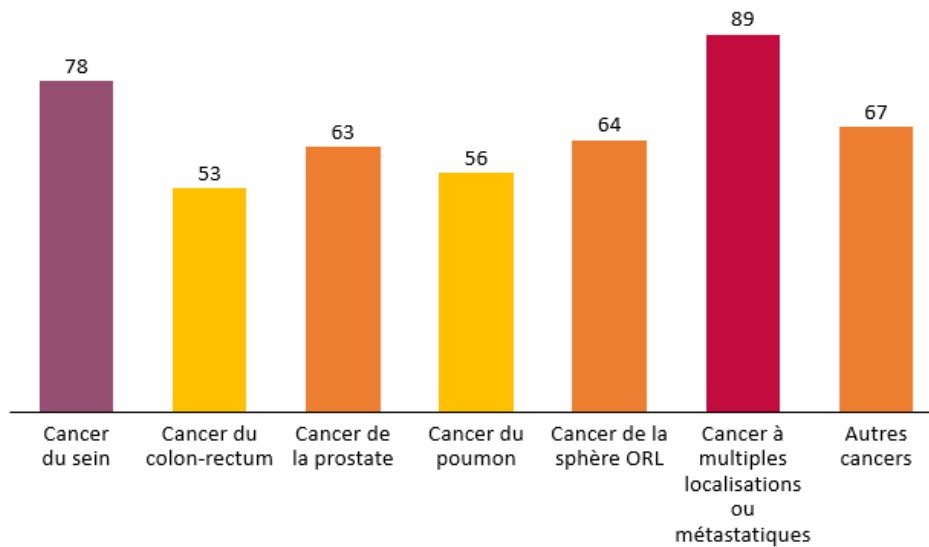
La Ligue contre le cancer rappelle, enfin, que **« de façon générale, une fois que le cancer est suspecté, les femmes atteintes d'un cancer du sein expriment un vécu plus mauvais du parcours de soins, comparativement aux autres personnes soignées pour un cancer »**³.

¹ Article R. 165-24 du code de la sécurité sociale.

² Hors cancers métastatiques ou affectant plusieurs localisations.

³ Toutes choses égales par ailleurs, les femmes atteintes d'un cancer du sein ont entre 2 et 3 fois plus de chance d'exprimer un vécu inférieur à la moyenne des autres participants à l'enquête, pour toutes les étapes du parcours de soins (LNCC, 2019).

Part des assurés exposés à un reste à charge par type de cancer



Source : Commission des affaires sociales du Sénat d'après données de la Ligue contre le cancer

B. Le dispositif proposé : exempter les assurées traitées ou suivies pour un cancer du sein de la plupart des postes de reste à charge

L'article 1^{er} complète le titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale par un **chapitre XI référençant les dispositions applicables aux personnes bénéficiant d'un traitement du cancer du sein, de soins consécutifs à un cancer du sein ou d'un parcours de soins global défini après le traitement d'un cancer du sein.**

Seul article de ce chapitre au dépôt, l'article L. 16-11 ambitionnait d'améliorer la prise en charge financière par l'assurance maladie des soins des assurés traités ou suivis pour un cancer du sein.

Dans le détail, il prévoyait, dans le cadre d'un traitement du cancer du sein, de soins consécutifs à un cancer du sein ou d'un parcours de soins global défini après le traitement d'un cancer du sein :

- en son I, **d'exonérer les assurés du forfait journalier hospitalier (1°), du ticket modérateur et du forfait patient urgences (2°), de la participation forfaitaire (3°) et de la franchise médicale (4°) ;**

- en son II, **la prise en charge intégrale par l'assurance maladie des dépassements d'honoraires sur les actes remboursables effectués ;**

- en son III, **la prise en charge intégrale par l'assurance maladie de l'ensemble des soins et dispositifs prescrits, incluant notamment les soins de support, les prothèses capillaires et les prothèses mammaires.**

La direction de la sécurité sociale chiffre l'exonération des seules participations forfaitaires et franchises à 49 millions d'euros pour les personnes en ALD cancer du sein.

L'article L. 16-11 ne prévoit toutefois **pas la prise en charge de dispositifs non prescrits mais utilisés** dans le cadre du traitement ou du suivi d'un cancer du sein, comme les **sous-vêtements et vêtements adaptés** ou les **soins dits « de confort » non prescrits**, comme des **crèmes dermatologiques** pour masser les cicatrices issues de la chirurgie mammaire.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Au stade de la commission, l'article 1^{er} a été **modifié par un amendement n° AS13 de M. Jean-François Rousset** et certains de ses collègues du **groupe Renaissance**, afin qu'il ne **prévoit désormais plus la prise en charge par l'Assurance maladie des dépassements d'honoraires** rencontrés par des assurés traités ou suivis pour un cancer du sein.

Un amendement n° AS40 du rapporteur, M. Fabien Roussel, a permis **d'intégrer explicitement le renouvellement des prothèses mammaires dans le champ des soins et dispositifs prescrits** qui seraient, en cas d'adoption du texte, **intégralement pris en charge par la sécurité sociale**.

À l'initiative d'un amendement n° AS6 de **M. Viry et certains de ses collègues du groupe Les Républicains**, un nouvel article L. 16-11-2 a également été inséré dans le chapitre nouvellement créé du code de la sécurité sociale visant spécifiquement les personnes traitées ou suivies pour un cancer du sein. Celui-ci fait **obligation aux médecins oncologues d'informer les patients, lors de la consultation précédant le début des traitements, sur les soins de support** et sur l'offre disponible dans la région, et de les inviter à consulter l'annuaire des soins de support oncologiques de la région.

Deux amendements rédactionnels, le n° AS39 du rapporteur et le n° AS14 de M. Jean-François Rousset et plusieurs de ses collègues du groupe Renaissance, ont également été adoptés.

En séance publique, l'article 1^{er} a été amendé par l'amendement n° 46 de son rapporteur, afin de prévoir que la liste des soins de support éligibles à une prise en charge intégrale soit définie **après consultation des associations représentatives de patients et celles de professionnels de santé**. **Quatre amendements rédactionnels** du rapporteur (n° 38, 39, 41, 42) ont également été adoptés.

III - La position de la commission

A. La position de la rapporteure

Il n'est pas acceptable que les assurés atteints d'un cancer du sein doivent supporter une charge financière de plusieurs milliers d'euros - 1 300 à 2 500 euros en moyenne selon la Ligue contre le cancer - du fait des coûts afférents à la maladie. Le niveau de ces frais pousse de nombreuses femmes à craindre pour leur situation financière alors même que leur combat contre la maladie est déjà particulièrement éprouvant physiquement et mentalement. Cette appréhension financière est encore intensifiée par l'incertitude entourant la situation professionnelle et les revenus futurs des assurées : trop d'obstacles existent encore pour que les femmes en rémission ou guéries d'un cancer du sein puissent reprendre leur poste de travail, un poste équivalent ou, si elles le souhaitent, trouver un autre emploi.

Plus grave encore, le reste à charge encouru pousse de nombreuses femmes, en premier lieu les plus précaires, à renoncer pour des motifs financiers à des modalités de traitement post-cancer. L'exemple de la reconstruction mammaire est sans doute le plus parlant. **Ne pas recourir à une reconstruction mammaire peut bien sûr être un choix de l'assurée. Toutefois, pour que ce choix en soit réellement un, il ne doit pas être dicté par la crainte d'une charge financière inabordable, mais motivé par les aspirations et les besoins de la patiente.**

De la même manière, alors que les soins de support - et tout particulièrement l'activité physique adaptée - ont fait la preuve de leur efficacité pour améliorer la qualité de vie des assurés atteints d'un cancer du sein, leur adhésion aux thérapies et même leur espérance de vie, il n'est pas acceptable que, faute d'offre en établissement et de prise en charge en ville, certaines assurées doivent y renoncer. L'Institut Curie soutient également le remboursement plus pertinent des soins de support prévu par le texte, qui « *va dans le sens justifié d'une reconnaissance de leur place dans le parcours de soin des patientes* ».

La suppression de nombreux postes aujourd'hui à l'origine d'un reste à charge sur les actes, prescriptions et dispositifs de santé est aujourd'hui nécessaire pour éviter une double peine aux patientes, en ajoutant les problèmes financiers à la maladie.

La rapporteure soutient donc pleinement l'article 1^{er}, qui constitue une « *avancée majeure pour assurer pas uniquement une égalité d'accès aux soins mais aussi une égalité d'accès aux soins de support* » selon l'Institut Gustave Roussy. Cet article porte, selon la rapporteure, des **mesures aussi utiles que nécessaires pour soutenir financièrement les assurées et assurés atteints d'un cancer du sein alors que les frais de santé moyens restant à leur charge ont atteint un niveau insoutenable pour une majorité d'entre eux.**

La rapporteure émet, de plus, le souhait que la prise en charge renforcée prévue à l'article 1^{er} constitue une première étape avant la

généralisation à d'autres cancers. Ce dispositif peut donc être vu, en un certain sens, comme une **expérimentation portant sur une pathologie exposée à des restes à charge particulièrement fréquents et considérables.**

B. La position de la commission

La commission est **particulièrement sensible au sujet du reste à charge, notamment lorsqu'il s'applique à des patients atteints d'une pathologie grave comme le cancer du sein.** Elle soutient sans réserve le **dispositif des affections de longue durée** qui permet de **limiter considérablement le reste à charge** des assurés concernés, notamment ceux **souffrant d'un cancer du sein**, en les exemptant de ticket modérateur.

La commission note d'ailleurs, à cet égard, que le dispositif ALD bénéficie en premier lieu aux assurés qui n'ont pas souscrit de complémentaire santé, qui sont **surreprésentés parmi nos concitoyens les plus fragiles**, notamment chez les inactifs.

Pour autant, lors de l'examen de ce texte, de nombreux membres de la **commission se sont abstenus lors du vote de cet article et se sont interrogés sur la compatibilité des dispositions de l'article 1^{er} au principe constitutionnel d'égalité.** Inspiré par la Déclaration des droits de l'Homme et du citoyen, notamment en ses articles 1^{er} et 6, *« le principe d'égalité ne s'oppose ni à ce que le législateur règle de façon différente des situations différentes ni à ce qu'il déroge à l'égalité pour des raisons d'intérêt général pourvu que, dans l'un et l'autre cas, la différence de traitement qui en résulte soit en rapport direct avec l'objet de la loi qui l'établit »*¹ selon la jurisprudence du Conseil constitutionnel.

En prévoyant, par exemple, une **prise en charge intégrale des prothèses capillaires pour les seuls assurés atteints d'un cancer du sein, et en excluant de cette prise en charge l'ensemble des autres assurés qui sont confrontés à une alopecie consécutive à une chimiothérapie,** il n'est pas assuré que l'article 1^{er} respecte ce principe au cœur de notre édifice juridique. De la même manière, exempter les seuls assurés atteints d'un cancer du sein des participations forfaitaires, franchises médicales et forfaits hospitaliers pourrait conduire à des différences de traitement avec les assurés atteints d'autres pathologies graves, alors que l'ensemble de ces assurés sont pourtant placés dans une situation de santé similaire et doivent aujourd'hui tous supporter ces postes de reste à charge.

Si la commission des affaires sociales est **favorable à une meilleure prise en charge des frais liés spécifiquement au cancer du sein**, comme ceux consécutifs à une mastectomie ou une tumorectomie, de nombreux commissaires se sont donc montrés, en revanche, **plus réservés sur l'idée de réserver une meilleure prise en charge** aux assurés atteints d'un cancer du sein pour des frais qui ne sont pas spécifiques à cette pathologie, par équité envers les autres victimes de pathologies graves, et notamment de cancers.

¹ Déc. No 1996-375 DC, Rec., p. 60.

Ils ont exprimé le souhait que le **dispositif de l'article 1^{er} puisse évoluer en ce sens au cours de son examen en séance publique.**

Au regard de ces observations, la commission a adopté cet article sans modification.

Article 1^{er} bis

**Inciter à limiter les dépassements d'honoraires
sur les actes liés au cancer du sein**

Cet article propose qu'une attention particulière soit accordée lors des négociations conventionnelles entre les médecins et l'assurance maladie, aux dépassements d'honoraires pratiqués dans le cadre de soins et traitements en lien avec un cancer du sein.

La commission a adopté cet article après adoption d'un amendement de rédaction globale destiné à le rendre plus opérationnel.

I - Le dispositif proposé

A. Malgré la prise en charge par l'assurance maladie de nombreux actes de reconstruction mammaire consécutifs à un cancer du sein, les assurées supportent un reste à charge important lié aux dépassements d'honoraires pratiqués

1. Les médecins conventionnés en secteur 2 disposent d'une certaine liberté tarifaire avec les dépassements d'honoraires

La notion de dépassement d'honoraires renvoie à l'écart entre le montant payé par l'assuré en contrepartie d'un acte médical, et la base de remboursement de l'assurance maladie.

Le droit à dépassement d'honoraires a été instauré par la convention médicale du 28 octobre 1971. Il distingue les médecins qui respectent les tarifs fixés par la convention, dits opposables, qui relèvent du secteur 1, et ceux qui peuvent s'en écarter et dont la consultation est prise en charge dans la limite de ces tarifs, qui relèvent du secteur 2. En contrepartie de l'encadrement de leurs tarifs, les médecins conventionnés en secteur 1 bénéficient de bases de remboursement de l'assurance maladie plus favorables sur les actes pratiqués et d'un régime socio-fiscal avantageux.

Sont autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires les professionnels qui s'installent pour la première fois en exercice libéral et sont titulaires de titres acquis dans les établissements publics de santé¹. Ce choix est donc effectué par les médecins lors du post-internat.

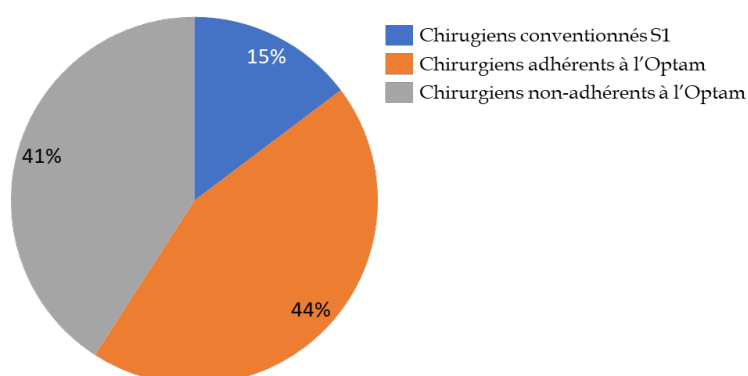
¹ Dont la liste figure à l'article 38.1.1 de la convention médicale du 25 août 2016, régulièrement modifiée par avenants.

Les médecins conventionnés en secteur 2 peuvent toutefois faire le choix de réguler les dépassements d'honoraires qu'ils pratiquent, en adhérant à l'option pratique tarifaire maîtrisée (Optam), ou à l'Optam-co, cette dernière étant destinée aux seuls médecins chirurgiens et gynécologues-obstétriciens.

Les médecins adhérents à l'Optam et Optam-co s'engagent à respecter un taux moyen de dépassement déterminé selon les dépassements d'honoraires qu'ils ont pratiqués sur les trois dernières années, ainsi qu'à réaliser une partie de leur activité aux tarifs opposables. En contrepartie, ils bénéficient d'un remboursement de leurs actes et tarifs identique à celui du secteur 1, ce qui est synonyme d'une meilleure prise en charge de leurs patients, ou encore d'une prime calculée sur leurs honoraires pratiqués au tarif opposable, dont le taux est défini selon la spécialité exercée.

Selon les données de l'assurance maladie¹, en 2022, sur 7 601 chirurgiens libéraux, 1 124 étaient conventionnés au secteur 1, et parmi les 6 477 conventionnés au secteur 2, 3 370 adhéraient à l'Optam ou l'Optam-co.

Pratiques de tarification des chirurgiens



Source : Commission des affaires sociales du Sénat d'après données de l'assurance maladies

2. Les dépassements d'honoraires liés aux opérations de reconstruction mammaire représentent le premier poste de reste à charge pour les patientes atteintes du cancer du sein

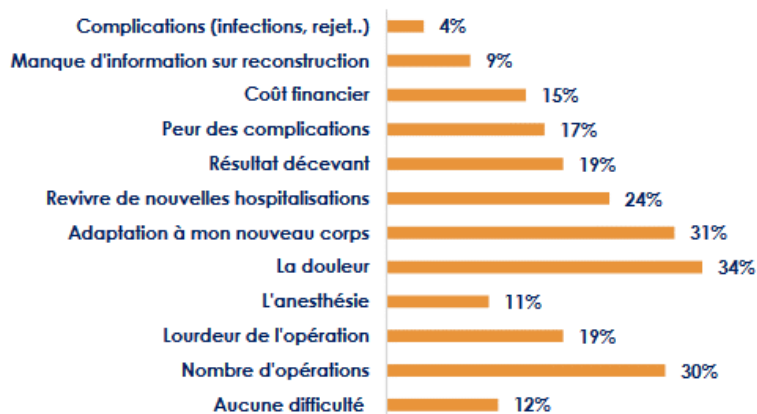
Les opérations de reconstruction chirurgicale après une mastectomie totale ou partielle représentent le premier poste de reste à charge pour les assurées présentant un cancer du sein, qui s'élève en moyenne à 1 391 euros. Certains dépassements d'honoraires peuvent atteindre 10 000 euros.

Ce coût dissuade certaines femmes de recourir à la chirurgie reconstructrice. Selon l'Observatoire sociétal des cancers, en 2014, 14 % des

¹ Base de données de l'assurance maladie Data Ameli : https://data.ameli.fr/pages/data-professionnels-sante-liberaux-profession/?refine.profession_sante=Cirurgiens&init_year=2022

femmes ayant subi une mastectomie et souhaitant une reconstruction différée y renonçaient pour raisons financières. Elles étaient 17 % parmi les catégories socio-professionnelles les moins aisées. Enfin, le coût financier est cité par 15 % d'entre elles parmi les difficultés vécues lors de la reconstruction.

Difficultés vécues lors de la reconstruction (plusieurs réponses possibles)



Source : Observatoire sociétal des cancers, Rapport - Se reconstruire après une mastectomie, 2014

Cette charge financière vient s'ajouter aux nombreuses difficultés auxquelles sont confrontées les femmes qui font le choix de recourir à une chirurgie reconstructrice.

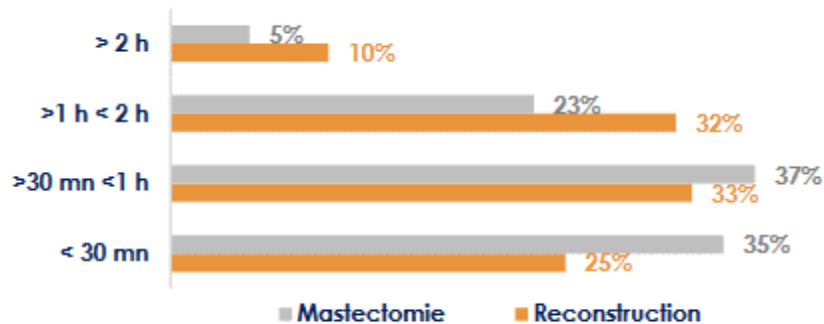
Si la reconstruction peut être concomitante à l'ablation du sein, elle est souvent différée en raison de la poursuite de traitements, ce qui induit alors des arrêts de travail supplémentaires et peut entraîner une perte de revenus subséquente. Elle justifie souvent plusieurs opérations successives, espacées de plusieurs mois : une première opération pour recréer la forme et le volume du sein, éventuellement une seconde pour réaliser des retouches afin d'obtenir une symétrie harmonieuse entre les deux seins, et une dernière pour reconstruire l'aréole et le mamelon. Depuis 2014, la chirurgie de symétrisation mammaire est inscrite à la nomenclature des actes et est ainsi prise en charge à hauteur du tarif opposable.

La situation de désert médical complexifie l'accès des femmes à ces opérations. Leur choix d'établissement est avant tout guidé par des considérations pratiques : 45 % des femmes recourent à la chirurgie dans un établissement dans lequel elles ont déjà été prises en charge.

La crainte des dépassements d'honoraires peut toutefois les inciter à se tourner vers des hôpitaux publics ou des centres de lutte contre le cancer, dans lesquels ils sont proscrits. Les femmes ayant un revenu mensuel inférieur à 1 000 euros choisissent majoritairement l'hôpital public, tandis que celles ayant un revenu mensuel supérieur à 2 000 euros se rendent en premier lieu dans une clinique privée.

Ces considérations justifient que certaines femmes choisissent un établissement plus éloigné de leur domicile que lors de la mastectomie.

Trajet aller domicile/établissement de soins pour la mastectomie et la reconstruction



Source : Observatoire sociétal des cancers, Rapport - Se reconstruire après une mastectomie, 2014

Il faut toutefois noter que les dépassements d'honoraires peuvent être pris en charge totalement ou partiellement en cas de souscription à une complémentaire santé, avec une prise en charge renforcée pour les médecins en Optam ou Optam-co dans le cadre du contrat responsable et solidaire¹.

B. Le dispositif proposé : limiter les dépassements d'honoraires pratiqués dans le cadre d'un traitement du cancer du sein, mais également d'autres ALD

L'article 1^{er bis} a été adopté par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale à l'initiative du député Jean-François Rousset et de plusieurs de ses collègues du groupe Renaissance², en contrepartie de la suppression du II de l'article 1^{er} ³, qui prévoyait la prise en charge par l'assurance maladie de l'intégralité des dépassements d'honoraires pratiqués dans le cadre d'un traitement du cancer du sein, ou d'un parcours de soins consécutif à un cancer du sein.

Jugeant que de telles dispositions conduiraient à solvabiliser la pratique des dépassements d'honoraires en faisant peser sa charge entière sur la solidarité nationale, ce qui reviendrait, dans les faits, à les encourager, la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a remplacé ces dispositions par l'insertion du présent article 1^{er bis} au sein de la proposition de loi.

Cet article prévoit qu'une attention particulière soit accordée, lors des négociations conventionnelles entre l'assurance maladie et les médecins, aux dépassements d'honoraires pratiqués dans le cadre d'un traitement ou de

¹ Article L. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale.

² Amendement AS15.

³ Amendement AS13.

soins consécutifs à une affection longue durée, et notamment du cancer du sein. Un nouvel article du CSS, numéroté L. 162-5-1-2, porterait ce dispositif.

II - La position de la commission

La rapporteure partage la préoccupation des députés concernant les dérives constatées sur le montant des dépassements d'honoraires. Elle relève toutefois l'incertitude quant à la portée normative de l'article 1^{er} bis, en ce qu'il se limite à une déclaration d'intention lors de l'application du 10^o de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, qui a trait au suivi des dépassements d'honoraires dans le cadre des relations conventionnelles.

Soucieuse **d'alléger le reste à charge des patientes** atteintes du cancer du sein, et de lever les obstacles à la réalisation d'une chirurgie reconstructrice pour celles qui en font le choix, **la commission a adopté un amendement n° COM-1 de sa rapporteure visant à 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.**

Elle souhaite ainsi laisser aux syndicats de médecins et à l'assurance maladie **le choix du plafond à fixer** pour limiter ces dépassements dans le **cas très circonscrit** des actes de reconstruction mammaire actuellement pris en charge par l'assurance maladie.

Ce plafonnement limiterait ainsi le reste à charge des patientes atteintes d'un cancer du sein, sans surcoût pour l'assurance maladie.

La commission a adopté cet article ainsi rédigé.

Article 1^{er} ter

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

Cet article consiste en une demande de rapport au Gouvernement au sujet de la possibilité de prévoir une prise en charge intégrale par la sécurité sociale de sous-vêtements adaptés au port de prothèses amovibles après une intervention chirurgicale dans le cadre d'un traitement de cancer du sein.

La commission a adopté cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. La prise en charge par la sécurité sociale exige, en principe, l'inscription sur une liste, conditionnée à l'atteinte d'une plus-value thérapeutique

Afin que ne soient pris en charge par la solidarité nationale que les frais qui **concourent véritablement à améliorer la santé des assurés**, l'assurance maladie obligatoire n'intervient pas, de manière indifférenciée, pour rembourser tout acte, médicament ou dispositif médical.

La prise en charge d'un acte ou d'un produit doit donc être prévue au préalable, par l'inscription dudit acte ou dudit produit sur une liste. Cette inscription est garante d'un **service rendu à l'assuré**, et permet d'éviter que l'assurance maladie prenne en charge des dépenses **inefficaces, inutiles voire dangereuses pour le patient**. Il existe plusieurs listes de prise en charge : par exemple la **liste des actes et prestations** pour les actes ou prestations réalisés par les professionnels de santé¹, la **liste des médicaments remboursables**² ou la **liste des produits et prestations remboursables**³ (LPP) pour les dispositifs médicaux.

La procédure d'inscription varie en fonction des listes. Pour la **liste des produits et prestations, qui recense les dispositifs médicaux implantables, numériques ou destinés au diagnostic et au traitement des maladies et blessures, le matériel d'aide à la vie quotidienne, les aliments diététiques et les prothèses**, celle-ci est réservée aux **solutions à usage individuel et matures sous condition d'existence d'une plus-value thérapeutique, diagnostique ou de compensation du handicap**.

Aux termes de l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, l'inscription sur la liste peut être « *subordonnée au respect de spécifications techniques, d'indications thérapeutiques ou diagnostiques et de conditions particulières de prescription, d'utilisation et de distribution* ». Pour être pris en charge, les dispositifs médicaux **doivent notamment être marqués CE**, c'est-à-dire qu'ils doivent satisfaire aux exigences générales en matière de sécurité et de performance définies à l'échelle européenne.

L'inscription sur la liste peut avoir lieu sous nom de marque ou en description générique, le cas échéant renforcée.

L'inscription **sous nom de marque** ou nom commercial s'adresse aux **dispositifs ne correspondant à aucune ligne générique mais applicables à une indication particulière**. Le dispositif est alors **évalué par la** Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (**Cnedimts**), constituée au sein de la Haute Autorité de santé (HAS). Sur la

¹ Article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

² Article L. 162-17 du code de la sécurité sociale.

³ Article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

base d'études cliniques fournies par le fabricant, celle-ci émet un **avis sur la finalité médicale du dispositif**.

Par la suite, le **tarif de responsabilité** du dispositif est fixé par **convention** entre le Comité économique des produits de santé (CEPS) et l'**exploitant** ou le distributeur au détail ou, à défaut, par décision du CEPS, sur la base d'un dossier médico-technique et d'un dossier médico-économique. Ce tarif de responsabilité détermine la **base de remboursement de la sécurité sociale**, qui opère une **prise en charge à 60 %** de ce montant, sauf pour le **grand appareillage** et les dispositifs dispensés dans le cadre d'une affection de longue durée, qui font l'objet d'une **prise en charge à 100 %**.

L'**inscription en ligne générique** concerne les dispositifs médicaux dont les **caractéristiques techniques et les indications sont analogues à celles d'un produit ou d'une ligne de produits déjà inscrits** sur la LPP. Les candidats à l'inscription doivent répondre strictement aux spécifications techniques minimales indiquées pour la ligne de produits. La procédure est alors allégée, puisque les **dispositifs sont dispensés d'évaluation par la Cnedimts**, mais il peut être exigé des exploitants ou distributeurs au détail de transmettre à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) une **déclaration de conformité** aux spécifications techniques de la ligne générique sur laquelle s'opère la demande d'inscription. Pour avoir accès au remboursement, le fabricant doit se **faire délivrer un code d'identification individuelle** du produit par les services du ministère de la santé¹.

L'inscription sur la LPP est **prononcée par un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale**, le cas échéant pris **sur avis consultatif de la Cnedimts**.

L'inscription **en ligne générique** peut être prononcée pour une durée maximale de **dix ans renouvelables**, et l'inscription en **nom de marque** pour une durée maximale de **cinq ans renouvelables**.

Une exception à la règle de l'inscription sur la LPP : le cas de l'innovation

Les **dispositifs médicaux innovants** peuvent être pris en charge par la sécurité sociale **avant même leur inscription sur la LPP**, du fait d'un dispositif rénové par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015² et complété par celle pour 2022³.

¹ Articles R. 165-48-1 et R. 165-48-2 du code de la sécurité sociale

² Article 57 de la loi n°2014-1554 du 22 décembre 2014.

³ Article 58 de la loi n°2021-1754 du 23 décembre 2021.

Les dispositifs médicaux innovants peuvent en effet **bénéficier d'une prise en charge totale ou partielle provisoire** lorsqu'une étude en cours tend à **démontrer un bénéfice clinique ou médico-économique**¹. Cette prise en charge, à titre dérogatoire et pour une **durée limitée**, est toutefois **conditionnée au dépôt d'une demande d'inscription sur la LPP dans l'année qui suit la fin de l'étude** lorsque celle-ci laisse envisager une prise en charge possible par l'Assurance maladie. Des **dispositions analogues existent pour le médicament**, avec la procédure d'accès précoce².

B. Le développement récent de modalités de prise en charge hors du strict champ thérapeutique par la sécurité sociale afin de prendre en compte l'évolution des besoins sociaux

Plus récemment et afin de prendre en compte **l'évolution des besoins sociaux**, le législateur a pris des mesures **permettant le remboursement de produits qui, ne revêtant pas toutes les caractéristiques d'un dispositif médical, ne peuvent être inscrits sur la LPP**. Cela marque une **évolution importante**, puisque l'action de la sécurité sociale **ne se cantonne désormais plus au strict champ thérapeutique**.

L'**article 40** de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024³ prévoit ainsi la **prise en charge partielle**, par l'assurance maladie, de certaines **protections menstruelles réutilisables** au bénéfice des souscripteurs de la complémentaire santé solidaire et des assurées menstruées de moins de 26 ans⁴.

Cette prise en charge est **conditionnée à une inscription sur une liste ad hoc**, effectuée par **arrêté des ministres chargés de la santé** et de la sécurité sociale à la demande de l'exploitant et **subordonnée à des critères techniques, sanitaires et environnementaux**⁵, susceptibles d'être contrôlés par l'assurance maladie⁶.

Un arrêté des ministres de la santé et de la sécurité sociale **fixe le tarif de responsabilité et le prix maximal de vente** au public des produits inscrits sur la liste.

Des dispositions réglementaires sont encore attendues afin de **permettre la pleine applicabilité de ce dispositif**.

¹ Article L. 165-1-1 du code de la sécurité sociale.

² Article L. 5121-12 du code de la santé publique et article L. 162-16-5-1 du code de la sécurité sociale.

³ Loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024.

⁴ Article L. 160-8 du code de la sécurité sociale.

⁵ Article L. 162-59 du code de la sécurité sociale.

⁶ Article L. 162-61 du code de la sécurité sociale.

C. Bien que parfois nécessaires pour garantir le bien-être des femmes touchées par un cancer du sein, aucun dispositif de prise en charge n'est prévu pour les sous-vêtements adaptés au port de prothèses mammaires amovibles, particulièrement onéreux

1. Les sous-vêtements adaptés au port de prothèses mammaires amovibles : des équipements visant à renforcer le bien-être des femmes ayant subi une mastectomie ou une tumorectomie

À la suite d'une **mastectomie** ou d'une **tumorectomie**, certaines femmes décident de porter, au quotidien, des **prothèses mammaires amovibles**. Celles-ci peuvent être faites **soit de tissu, soit de silicone**. La première option est notamment privilégiée dans les jours suivant l'opération, les **prothèses en silicone** étant principalement destinées aux femmes dont **l'opération date de deux mois au moins**.

Le port de prothèses amovibles **implique des contraintes particulières sur les sous-vêtements revêtus** : c'est pourquoi il existe des **sous-vêtements adaptés** présentant - entre autres particularités - une poche cousue à l'intérieur du bonnet pour y placer la prothèse mammaire amovible.

S'il est **techniquement possible de porter une prothèse amovible avec des sous-vêtements classiques**, les sous-vêtements spécifiquement conçus sont **plus adaptés au nouvel équilibre des poids au sein du corps**, ce qui peut **prévenir ou soulager les douleurs au dos et aux épaules**.

En outre, dans un sous-vêtement traditionnel, la prothèse amovible est **susceptible de bouger et de dépasser** du sous-vêtement, voire de **tomber**.

2. Le coût des sous-vêtements adaptés au port de prothèses amovibles, non pris en charge par la sécurité sociale, peut représenter un effort important pour les femmes concernées

De tels sous-vêtements représentent un **coût certain pour les femmes concernées** : si l'Inca indique une gamme de prix comprise entre 35 et 90 euros, les recherches de la rapporteure montrent qu'il faut généralement compter entre **70 et 90 euros pour chaque sous-vêtement**.

Pour autant, **aucun remboursement n'est aujourd'hui prévu** par la sécurité sociale ni, la plupart du temps, par les complémentaires santé : **l'intégralité du coût de ces sous-vêtements est donc à la charge des acquéreuses**.

Selon l'ancien ministre délégué à la santé et à la prévention, M. Frédéric Valletoux, s'exprimant à l'occasion de l'examen en séance publique de ce texte à l'Assemblée nationale, « *aucun fabricant n'a sollicité l'inscription de ce type de produit parmi les dispositifs médicaux reconnus* », ce qui **fait obstacle à la possibilité d'une prise en charge**. Il convient de noter qu'il n'est pas certain, au demeurant, que les sous-vêtements adaptés répondent *stricto sensu* à la définition d'un dispositif médical. Une éventuelle prise

en charge serait donc **probablement préférable via une liste ad hoc**, sur le modèle des protections menstruelles réutilisables.

D. L'article 1^{er} ter consiste en une demande de rapport sur la prise en charge par la sécurité sociale des sous-vêtements adaptés au port de prothèses amovibles

L'article 1^{er} ter consiste en une **demande de rapport sur la prise en charge intégrale par la sécurité sociale des sous-vêtements adaptés au port de prothèses amovibles**, qu'il s'agisse de soutiens-gorges, de brassières ou de maillots de bain. Ce rapport devrait être rendu par le Gouvernement au Parlement dans les **six mois suivant la promulgation** de la présente proposition de loi.

Cet article, issu d'un **amendement de séance** du député M. Damien Maudet et plusieurs de ses collègues du groupe La France Insoumise - Nouvelle union populaire, économique et sociale (LFI - Nupes), vise à **contourner l'irrecevabilité financière** qui aurait été opposée à l'amendement si celui-ci avait dû prévoir, de lui-même, la prise en charge de sous-vêtements adaptés au port de prothèses amovibles par la sécurité sociale.

II - La position de la commission

La rapporteure est convaincue qu'il serait **à la fois utile et opportun que la sécurité sociale propose une prise en charge de sous-vêtements adaptés** au port de prothèses mammaires amovibles pour les femmes qui, ayant subi une mastectomie, utilisent ce genre de prothèses.

Les produits adaptés au port de prothèses mammaires amovibles lui apparaissent en effet de nature à **renforcer la santé et le bien-être des femmes qui, ayant subi une mastectomie, portent au quotidien des prothèses amovibles**. En ce qui concerne la santé, le port d'un sous-vêtement adapté peut être **indiqué afin de prévenir les douleurs au dos et aux épaules** qui proviennent du nouvel équilibre des poids dans le corps.

En outre, **en matière de bien-être**, ces produits **offrent un confort supérieur à la fois sur le plan physique et sur le plan psychologique** - ce qui n'est pas un luxe compte tenu des **répercussions** que peut avoir une ablation mammaire **sur le sentiment de féminité** des femmes concernées. Les propriétaires de ces produits n'ont par exemple **pas à craindre la chute de la prothèse**, une perspective qui peut être particulièrement inconfortable.

La rapporteure serait donc **favorable, sur le modèle des dispositions de la LFSS pour 2024 concernant les protections menstruelles réutilisables, à prévoir la prise en charge, 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.

Dans ce cadre, elle considère qu'un rapport pourrait éclairer ce sujet.

La commission a adopté cet article sans modification.

Article 1^{er} quater

Demande de rapport sur la possibilité de verser une indemnité de garde d'enfant pour les personnes recevant des traitements pendant ou après un cancer du sein

Cet article propose que le Gouvernement remette au Parlement, dans un délai de six mois après la promulgation de la loi, un rapport portant sur la possibilité de verser une indemnité de garde d'enfant aux personnes faisant l'objet d'un traitement en lien avec un cancer du sein, et ayant la responsabilité d'au moins un enfant mineur.

La commission a adopté cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. Les patientes atteintes d'un cancer du sein bénéficient de dispositifs d'indemnisation des frais de garde d'enfant de droit commun, mais ne disposent d'aucune aide spécifique

Actuellement, l'aide financière à la garde d'enfant prend la forme d'une prestation sociale qu'est le complément de libre choix du mode de garde et d'un crédit d'impôt.

1. Le complément de libre choix du mode de garde : un dispositif adapté à de nombreux schémas familiaux

Le complément de libre choix du mode de garde consiste en une compensation financière à la garde d'enfants de moins de six ans. Il est ouvert aux personnes qui exercent une activité professionnelle¹, et qui ont à leur charge un enfant de moins de six ans. Il est versé pour chaque enfant gardé à l'extérieur du domicile ou au domicile, chez une assistante maternelle ou agréée, une aide sociale à domicile, une association ou une entreprise habilitée à accueillir des enfants.

Cette prestation comprend une part calculée en fonction du montant des cotisations et contributions sociales correspondant à la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant et une part calculée en fonction de la rémunération nette de cette dernière.

¹ Sauf lorsque la personne ou les deux membres du couple poursuivent des études, lorsque la personne ou les deux membres du couple sont signataires d'un contrat de service civique, lorsque la personne ou au moins l'un des membres du couple bénéficie de l'allocation aux personnes handicapées (AAH) ou de l'allocation de solidarité spécifique (ASS) et lorsque la personne est bénéficiaire du revenu de solidarité active (RSA) et inscrite dans une démarche d'insertion professionnelle.

La situation de parent isolé est prise en compte dans son attribution, au titre du barème servant à fixer le montant de l'aide à la rémunération d'une part, et au titre d'une dérogation à la condition d'âge des enfants ouvrant droit à la prestation, d'autre part. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 a ainsi étendu le complément du libre choix du mode de garde dit « emploi direct », versé aux familles qui emploient directement un assistant maternel ou une garde à domicile, aux familles monoparentales ayant des enfants âgés de plus de six ans.

2. Un crédit d'impôt peut permettre de prendre en charge jusqu'à 50 % des dépenses afférentes à la garde d'un enfant, dans une optique complémentaire au complément de libre choix du mode de garde

D'autre part, un crédit d'impôt est ouvert aux contribuables domiciliés en France et qui ont des enfants à leur charge - en ce compris les grands-parents qui assument la charge de leur propre enfant majeur rattaché au foyer fiscal - au titre des frais de garde d'enfant de moins de six ans à l'extérieur du domicile.

Il est accordé au titre de l'année N durant laquelle les dépenses ont été réglées, versé l'année N +1, et est égal à 50 % des dépenses effectivement supportées pour la garde des enfants à domicile ou à l'extérieur du domicile, chez des assistants maternels¹ ou des structures collectives de garde des jeunes enfants (crèches collectives, familiales, parentales, garderies périscolaires et post-scolaires, haltes garderies, jardins d'enfants, jardins maternels, centres de loisir sans hébergement).

En 2024, le crédit d'impôt pour la garde d'enfants hors du domicile est plafonné à 1 750 euros par enfant et porte sur une assiette maximale de 3 500 euros. Celui pour la garde d'enfants par un salarié à domicile retient les dépenses dans la limite de 13 500 euros pour un enfant à charge, et 15 000 euros pour deux enfants ou plus.

B. Le dispositif proposé : une demande de rapport sur la possibilité de versement d'une indemnité de garde d'enfants spécifique aux personnes suivant un traitement en lien avec un cancer du sein et ayant la responsabilité d'un enfant mineur

Cet article adopté à l'initiative du député Damien Maudet et plusieurs de ses collègues du groupe LFI - Nupes lors de la discussion de la proposition de loi en séance publique² prévoit la remise par le Gouvernement d'un rapport au Parlement dans les six mois suivant la promulgation du texte, portant sur la possibilité de versement d'une indemnité de garde d'enfants aux personnes suivant un traitement en lien avec un cancer du sein, et ayant la responsabilité d'au moins un enfant mineur.

¹ Soit des personnes qui ont fait l'objet d'un agrément et qui accueillent habituellement et de façon non permanente des mineurs à leur domicile ou dans une « maison d'assistant maternels agréés ».

² Amendement n° 14.

Les auteurs de l'amendement sollicitent la remise de ce rapport afin de résoudre la difficulté financière du coût de la garde d'enfant à laquelle se heurtent les personnes qui suivent des soins liés à un cancer du sein, et notamment celles qui se trouvent en situation de monoparentalité.

II - La position de la commission

À titre liminaire, il sera rappelé que les termes de « responsabilité d'enfant mineurs » ne renvoient à aucune réalité juridique, et peuvent être source de confusion avec la notion de responsabilité civile du fait d'autrui, ouverte aux personnes exerçant l'autorité parentale sur des enfants mineurs et qui sont tenus à ce titre de réparer les dommages par eux causés. Les dispositifs d'aide financière à la garde d'enfant qui existent en droit positif sont attribués à la condition d'avoir la garde ou la charge fiscale d'un enfant.

Actuellement, les personnes ayant la garde d'enfants de moins de six ans et exerçant une activité professionnelle peuvent bénéficier d'une compensation des frais de garde de leur enfant lorsqu'elles suivent des traitements et soins sur des plages horaires correspondant à leurs horaires de travail, notamment lorsqu'elles sont en arrêt de travail au titre de leur affection longue durée.

S'agissant des familles monoparentales, des dispositifs dérogatoires existent, leur permettant d'être éligibles à cette compensation lorsque leurs enfants sont âgés de plus de six ans, dans le cadre du complément du libre choix du mode de garde dit « emploi direct ».

Il apparaît toutefois que la situation relative aux familles monoparentales n'étant pas en activité professionnelle, d'étude, de contrat de service civique, ni ne bénéficiant de l'allocation aux personnes handicapées (AAH), de l'allocation de solidarité spécifique (ASS), du revenu de solidarité active (RSA), et ne disposant à ce titre d'aucun dispositif de compensation du coût des frais de garde d'enfant induits par la nécessité de suivre des traitements liés au cancer du sein mériterait d'être davantage documentée.

La commission a adopté cet article sans modification.

Article 1^{er} quinquies

Demande de rapport sur le coût et la perte de revenus qu'engendre le cancer du sein pour les personnes ayant le statut d'auto-entrepreneur

Cet article propose que le Gouvernement remette au Parlement dans un délai de six mois suivant la promulgation de la loi, d'un rapport 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'auto-entrepreneur.

La commission a adopté cet article sans modification.

I- Le dispositif proposé

A. Les micro-entrepreneurs disposent, comme les autres travailleurs indépendants, de conditions restrictives d'accès aux indemnités journalières

Le régime fiscal de l'« auto-entreprise » a été créé en 2008¹ et renommé en 2016² régime de la « micro-entreprise ». Il s'agit d'un régime fiscal et social simplifié, qui permet à un artisan, un commerçant ou un professionnel libéral de bénéficier de modalités simplifiées de déclaration et de paiement des impôts et cotisations sociales dus.

En 2023, il était accessible aux travailleurs indépendants dont le chiffre d'affaires n'excède pas, l'année civile précédente ou la pénultième année, 188 700 euros, une activité de vente de marchandises, d'objets, de fournitures ou de denrées ou de fourniture de logements, et 77 700 euros dans les autres cas.

Comme l'ensemble des travailleurs indépendants, les micro-entrepreneurs peuvent prétendre aux indemnités journalières pour maladie à condition d'avoir été affiliés à ce régime depuis au moins 12 mois et de justifier d'un revenu minimum, la moyenne des revenus cotisés des trois dernières années ne pouvant être inférieure à 10 % du plafond annuel de la sécurité sociale.

B. Le dispositif proposé : une demande de rapport sur le coût et la perte de revenus induits par un cancer du sein pour les micro-entrepreneuses

Cet article adopté à l'initiative du député Damien Maudet et plusieurs de ses collègues LFI - Nupes lors de la discussion de la proposition de loi en séance publique³ 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'auto-entrepreneur, devenu aujourd'hui micro-entrepreneur.

Les auteurs de l'amendement soutiennent la remise de ce rapport au motif que le système social des indépendants est source de complexité administrative qui dissuade certains indépendants à faire valoir leurs droits. Ils soulignent également qu'un auto-entrepreneur ne peut toucher des indemnités journalières qu'après un an d'affiliation à l'Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf) et à la condition de dégager un revenu annuel supérieur à 4 383,20 euros. Ils souhaitent que la situation de tous les micro-entrepreneurs qui ne remplissent pas ces critères et qui seraient soumis à un traitement en lien avec un cancer du sein soit documentée.

¹ Loi n° 2009-776 du 4 août 2008 de modernisation de l'économie, articles 1 à 20.

² Loi n° 2014-626 du 18 juin 2014 relative à l'artisanat, au commerce et aux très petites entreprises, article 24.

³ Amendement n° 14.

II - La position de la commission

La situation des travailleurs indépendants ne remplissant pas les conditions pour prétendre aux indemnités journalières mériterait effectivement d'être davantage documentée. Les conditions d'indemnisation des micro-entrepreneurs les rendent en effet particulièrement vulnérables face à la maladie, d'autant plus lorsque celle-ci engendre des restes à charge importants, comme le cancer du sein. Les micro-entrepreneurs sont ainsi tout particulièrement confrontés à un risque d'effet ciseaux, marqué par une diminution des revenus et une hausse des charges afférentes.

La commission a adopté cet article sans modification.

Article 2

Gage financier de la proposition de loi

Cet article gage les conséquences financières sur les organismes de sécurité sociale de l'adoption de la présente proposition de loi.

La commission a adopté cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

L'article 2 gage l'incidence de la proposition de loi sur les finances des organismes de sécurité sociale, par majoration à due concurrence de l'**accise sur les tabacs** prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'article 2 a été adopté sans modification par l'Assemblée nationale.

III - La position de la commission

Comme le veut l'usage républicain, la commission souhaite que le gage soit levé en cas d'adoption du texte par le Sénat.

Toutefois, les parlementaires, limités en matière de recevabilité financière de leurs initiatives par les dispositions de l'article 40 de la Constitution, ne peuvent pas lever d'eux-mêmes le gage. La commission appelle donc le Gouvernement à lever le gage en séance publique.

La commission a adopté cet article sans modification.

EXAMEN EN COMMISSION

Réunie le mercredi 23 octobre 2024, sous la présidence de M. Philippe Mouiller, président, la commission examine le rapport de Mme Cathy Apourceau Poly, rapporteur, sur la proposition de loi (n° 653, 2023-2024) visant la prise en charge intégrale des soins liés au traitement du cancer du sein par l'assurance maladie.

M. Philippe Mouiller, président. – L'ordre du jour appelle l'examen du rapport et du texte de la commission sur la proposition de loi visant la prise en charge intégrale des soins liés au traitement du cancer du sein par l'assurance maladie. Cette proposition de loi, déposée par l'ancien député Fabien Roussel, a été adoptée par l'Assemblée nationale le 30 mai 2024. Ce texte sera examiné en séance mercredi 30 octobre.

Mme Cathy Apourceau-Poly, rapporteure. – Je remercie tout d'abord les collègues qui m'ont accompagnée lors des auditions – je pense notamment à Corinne Féret.

Une femme sur huit aura dans sa vie un cancer du sein. Il s'agit du cancer féminin le plus répandu. En 2023, il représentait un tiers des nouveaux cas de cancer diagnostiqués. Son taux d'incidence a augmenté en moyenne de 0,9 % par an sur la période 1990-2023. Cela s'explique par différents facteurs : le vieillissement de la population – 80 % des cancers se développent après 50 ans –, l'augmentation des cas d'obésité, l'exposition accrue à des agents cancérigènes dans l'environnement ou l'alimentation. Citons aussi la transformation des habitudes de vie : alcool, tabac et recul de l'âge de la première grossesse constituent également des facteurs de risque.

La mise en place du dépistage généralisé depuis 2004 et l'évolution des traitements expliquent que 90 % des femmes traitées à temps d'un cancer du sein en survivent, même si certaines formes particulièrement agressives, comme les triples négatifs, sont associées à des pronostics bien plus défavorables. En 2023, plus de 700 000 femmes avaient ou avaient eu au cours de leur vie un diagnostic de cancer du sein. Il ne faut toutefois pas oublier que le cancer du sein demeure le plus meurtrier pour les femmes, en raison de sa forte incidence : 12 000 femmes en meurent chaque année. Enfin, rappelons que 1 % des malades des cancers du sein sont des hommes.

La proposition de loi que nous examinons ce matin a été déposée par l'ancien député Fabien Roussel et adoptée à l'unanimité par l'Assemblée nationale. Les six articles qu'elle contient visent à renforcer la prise en charge des soins, traitements et frais en lien avec un cancer du sein, afin de soulager les personnes qui en sont atteintes du reste à charge qu'elles doivent supporter, celui-ci constituant, aux dires de certaines, une double peine face à la maladie.

À la maladie et à la charge émotionnelle, thérapeutique et sanitaire qu'elle provoque s'ajoutent en effet des restes à charge particulièrement élevés, malgré le dispositif des affections de longue durée (ALD).

Selon la Ligue contre le cancer, la charge financière moyenne consécutive à un cancer du sein serait comprise entre 1 300 euros et 2 500 euros, une somme qui peut être à l'origine de difficultés particulièrement malvenues dans le combat contre la maladie. La problématique du reste à charge affecte, il est vrai, toutes les pathologies lourdes, mais la situation est critique pour le cancer du sein, puisque plus des trois quarts des patientes sont exposées à un reste à charge, plus que pour tout autre type de cancer.

Ce reste à charge a des origines diverses. Il provient à la fois de frais spécifiques au cancer du sein et de postes budgétaires qu'ont à supporter tous les assurés, indépendamment de leur pathologie. Si le reste à charge thérapeutique est le plus important, des contraintes financières et familiales viennent s'y ajouter et contribuent à fragiliser la situation financière des assurés, particulièrement des moins bien protégées par notre système de sécurité sociale.

Tel est le cas des frais de garde d'enfants induits par les traitements ou encore des assurés mal couverts par les indemnités journalières maladie, comme les micro-entrepreneurs : ces deux sujets importants ont fait l'objet de demandes de rapport aux articles 1^{er} *quater* et 1^{er} *quinquies*.

Avant de passer au cœur du dispositif, un point s'impose sur le régime de prise en charge par la sécurité sociale des frais de santé liés au cancer du sein. En tant que tumeur maligne, le cancer du sein fait partie des affections de longue durée (ALD), ces pathologies longues et à la thérapeutique particulièrement coûteuse qui bénéficient d'une prise en charge renforcée de la sécurité sociale. Ce régime ouvre droit à une exonération du ticket modérateur, c'est-à-dire à une prise en charge des frais de santé liés à l'ALD, à hauteur de 100 % des bases de remboursement, au lieu de 70 % chez le médecin ou 60 % chez l'infirmière, par exemple, dans le droit commun. Cela concerne notamment les chimiothérapies, radiothérapies et mastectomies, qui sont donc intégralement prises en charge dans la limite des bases de remboursement, tout comme la chirurgie reconstructrice, la pose d'implants et l'achat de la plupart des prothèses externes.

Pour autant, si les personnes atteintes d'un cancer du sein doivent subir une charge financière de 1 300 euros à 2 500 euros en moyenne, c'est bien que le dispositif des ALD, tout protecteur qu'il puisse être pour les assurés, n'écarte pas tout reste à charge. Les raisons en sont nombreuses.

Les dépassements d'honoraires et, plus globalement, l'inadéquation entre le coût réel facturé et les bases de remboursement de la sécurité sociale sont les premiers vecteurs du reste à charge. Les dépassements d'honoraires pratiqués lors d'une chirurgie reconstructrice représentent le poste de reste à

charge le plus important : en moyenne de 1 391 euros, il peut dans certains cas atteindre jusqu'à 10 000 euros, dissuadant de fait certaines femmes qui n'en auraient pas les moyens d'y recourir. La situation de désert médical, que notre commission ne connaît - hélas ! - que trop bien, contraint ainsi certaines femmes à se tourner vers des établissements de santé à but lucratif, dans lesquels de tels dépassements sont fréquents. De l'aveu même de la direction de la sécurité sociale, toutes les patientes « n'ont pas accès à un centre de soins proposant une reconstruction sans reste à charge », l'offre étant « trop faible et inégalement répartie sur le territoire ».

La proposition de loi prévoyait initialement une prise en charge intégrale par l'assurance maladie de tous les dépassements d'honoraires en lien avec un cancer du sein. Jugeant que de telles dispositions conduiraient à solvabiliser la pratique de dépassements d'honoraires et, dans les faits, à les encourager, la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a remplacé ces dispositions par un nouvel article 1^{er} *bis*, prévoyant qu'une attention particulière soit portée, dans les négociations conventionnelles, aux dépassements d'honoraires pratiqués dans le cadre du traitement d'une ALD, notamment d'un cancer du sein.

Cet article 1^{er} *bis* ayant une portée normative limitée, je vous soumettrai un amendement visant à permettre 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. Mon intention est ainsi de laisser aux syndicats de médecins le choix du plafond à fixer pour limiter ces dépassements, dans ce cas très circonscrit de la reconstruction mammaire, qui peut être une étape importante sur la voie de la guérison.

L'Institut Curie et l'Institut Gustave Roussy, éminents centres de traitement du cancer du sein que nous avons entendus, ont plaidé devant nous pour cet amendement, dont l'adoption ferait œuvre utile, en limitant considérablement le reste à charge des patientes atteintes d'un cancer du sein, sans surcoût pour l'assurance maladie.

Au-delà du cas des dépassements d'honoraires, le prix des dispositifs médicaux peut excéder la base de remboursement de l'assurance maladie. À cet égard, le cas des prothèses capillaires est particulièrement parlant. Seules les perruques de classe 1 sont intégralement remboursées, mais leur qualité est insuffisante pour produire une impression visuelle convaincante, si bien que, dans les faits, les patientes préfèrent bien souvent ne rien porter plutôt que de porter de telles prothèses.

Les malades préfèrent donc se tourner vers les perruques de classe 2, pour lesquelles la sécurité sociale rembourse au maximum 250 euros, mais dont le prix peut aller jusqu'à 700 euros, voire, pour les plus réalistes, dépasser 700 euros, auquel cas la sécurité sociale ne rembourse pas un centime. Dans les deux cas, un reste à charge conséquent est à déplorer.

S'ajoutent à cela les dispositifs de participation forfaitaire et de franchise médicale, dont le montant a récemment doublé. Conçus pour « responsabiliser » les assurés en laissant à leur charge un montant jugé, à tort, comme symbolique pour chaque recours au système de santé, ces dispositifs conduisent surtout à dérembourser jusqu'à 100 euros par an en frappant en premier lieu les personnes qui ont le plus besoin de soins, comme les assurées atteintes d'un cancer du sein.

Les forfaits dus en cas d'hospitalisation au titre des frais d'hébergement ou de passage aux urgences non suivis d'une hospitalisation – je pense au forfait journalier et au forfait patient urgences – sont également applicables aux patients en ALD, pour un montant respectif de 20 euros par jour d'hospitalisation et de 8,49 euros par passage aux urgences. Ces dépenses peuvent toutefois être prises en charge par les complémentaires santé.

Enfin, certaines dépenses provoquées par le cancer du sein ne sont pas remboursées par la sécurité sociale, de sorte que le régime des ALD ne s'y applique pas et qu'un reste à charge considérable peut survenir. On peut classer ces dépenses en trois catégories : les soins de support, les accessoires et les soins dits « de confort ».

Les soins de support désignent l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades, parallèlement aux traitements spécifiques, lorsqu'il y en a, tout au long des maladies graves. Prise en charge de la douleur, diététique, psychologie, activité physique adaptée, autant de soins dont l'intérêt thérapeutique est confirmé. Bien que jugés indispensables tant par les associations de patientes que par les centres de lutte contre le cancer, ces soins font aujourd'hui l'objet d'une prise en charge très insuffisante.

Certes, les centres de lutte contre le cancer proposent fréquemment un accès gratuit à certains de ces soins, dont la structure est financée par le fonds d'intervention régional. Mais l'existence de soins de support dans les autres établissements de santé n'est pas systématique, loin s'en faut, ce qui se traduit par des inégalités territoriales particulièrement marquées. Pour les assurées qui n'y ont pas accès, un forfait de 180 euros à utiliser sur trois soins de support existe dans le cadre du « parcours de soins global après les traitements », créé en loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, mais le dispositif est méconnu, et le montant du forfait est très insuffisant par rapport aux besoins.

En définitive, comme le décrit le Collectif Triplettes Roses, « les patientes sont loin de leur centre et ne peuvent pas y retourner pour bénéficier de soins de support pris en charge. Elles doivent donc y renoncer ou financer tout ou partie de ces mêmes soins dans leur localité proche », et encore, quand ils existent !

S'ajoute la problématique des accessoires, coûteux, mais indispensables après une opération. Les mamelons en silicone pour les assurés

qui ne souhaitent pas de reconstruction chirurgicale ne sont pas pris en charge par la sécurité sociale, pas davantage que les soutiens-gorge compressifs post-mammectomie ou les sous-vêtements adaptés au port de prothèses externes transitoires ou définitives. Malgré un intérêt thérapeutique avéré, il faut donc compter, pour les femmes, 70 euros pour chaque soutien-gorge compressif post-opératoire, et à peu près la même somme pour des soutiens-gorge adaptés au port d'une prothèse mammaire amovible, à multiplier bien sûr par trois ou par quatre pour avoir le rechange nécessaire.

Au travers de l'article 1^{er} *ter*, qui consiste en une demande de rapport au sujet de la prise en charge des sous-vêtements adaptés au port d'une prothèse amovible, on touche ainsi du doigt un sujet très important pour garantir la santé et le confort des patientes ayant subi une ablation mammaire.

Les soins de confort, fort mal nommés, recouvrent les crèmes et cosmétiques pour l'essentiel non pris en charge par la sécurité sociale. Crèmes relipidantes, indispensables pour combattre les effets secondaires de la chimiothérapie, *patches* pour masser les cicatrices et *strips* pour les protéger, manchons en cas de lymphœdème, vernis pour prévenir la chute des ongles, autant de postes de dépenses supplémentaires qui n'ont rien de superflu ou de confortable. Croyez-moi, toutes les assurées concernées préféreraient s'en passer !

Dans ces conditions, l'article 1^{er} de la proposition de loi vise à rendre inapplicables aux patients traités ou suivis pour un cancer du sein la plupart des postes de reste à charge : participation forfaitaire, franchise médicale, ticket modérateur, forfait hospitalier et forfait patients urgences. Il prévoit en outre une prise en charge intégrale sur l'ensemble des soins et dispositifs prescrits dans le cadre d'un cancer du sein, incluant notamment les soins de support, les prothèses capillaires et le renouvellement des prothèses mammaires.

Alors que le reste à charge des assurées traitées ou suivies pour un cancer du sein atteint aujourd'hui un niveau insoutenable pour une majorité d'entre elles, l'article 1^{er} et la proposition de loi comportent des mesures aussi utiles que nécessaires pour les soutenir financièrement. Elles doivent être considérées comme un premier pas, portant sur une pathologie exposant à des restes à charge particulièrement fréquents et considérables, avant, le cas échéant, de pouvoir être étendues à d'autres pathologies tout aussi coûteuses, à commencer par certains autres cancers. Aucun patient ne devrait se retrouver dans la difficulté financière du fait de sa maladie ou, comme c'est trop souvent le cas pour les femmes atteintes d'un cancer du sein, renoncer à des modalités thérapeutiques pour des raisons financières. C'est là, me semble-t-il, l'essence même du droit constitutionnel à la santé, issu du Préambule de la Constitution de 1946.

En ce mois d'octobre rose, je vous invite donc à avancer par-delà les divergences partisans et à accorder à ce texte une majorité, afin de renforcer la protection et la prise en charge des malades du cancer du sein.

Il me revient enfin en tant que rapporteur de vous proposer un périmètre pour l'application des irrecevabilités au titre de l'article 45 de la Constitution.

Je considère que ce périmètre comprend des dispositions relatives au régime de prise en charge des affections de longue durée ; à la limitation du reste à charge pour les patients atteints d'une affection de longue durée ; aux frais subis par les patients atteints d'un cancer du sein ne correspondant pas à des frais liés à des activités de diagnostic ou de soins.

En revanche, je considère que ne présenteraient pas de lien, même indirect, avec le texte déposé, des amendements relatifs au régime de prise en charge des frais de santé de droit commun ; aux modalités de prévention des cancers ; aux compétences des professionnels de santé ; à l'organisation des professions de santé et à leurs conditions d'installation ; à l'organisation des établissements de santé ou des structures d'exercice coordonné.

Je vous remercie.

Il en est ainsi décidé.

Mme Frédérique Puissat. – Je voudrais d'abord remercier l'ancien député Fabien Roussel et notre collègue Cathy Apourceau-Poly pour leur contribution sur ce sujet important, grave, sur lequel de nombreux sénateurs sont mobilisés.

Cette proposition de loi nous est néanmoins soumise juste en amont de l'examen des textes budgétaires, qui nous obligeront à faire des arbitrages importants et à privilégier des visions globales, plus que singulières et centrées sur un nombre restreint de sujets. Elle donnera aussi lieu à des discussions dans l'hémicycle, avec, au-delà, une navette parlementaire.

La position de mon groupe est donc plutôt de s'abstenir, tout en suivant avec attention l'évolution du texte.

Mme Anne-Sophie Romagny. – Merci de votre rapport, madame Apourceau-Poly. Comme vous l'avez souligné, une femme sur huit est touchée par un cancer du sein dans sa vie. Cette cause nous concerne tous, de près ou de loin, et nous ne pouvons pas accepter cette double peine imposée quand, à la maladie, s'ajoute le reste à charge.

Mais je voudrais aborder la question de la rupture d'égalité avec les patients atteints d'autres cancers. Je serai attentive aux débats qui auront lieu dans l'hémicycle. Si j'entends le drame de toutes les personnes malades du cancer, comment expliquer à une jeune fille atteinte d'une leucémie que sa prothèse capillaire n'est pas remboursée, car elle ne souffre pas d'un cancer du sein ?...

Je m'abstiendrai donc aujourd'hui, dans l'attente des débats en séance plénière sur ce texte ô combien important.

Mme Patricia Demas. – À mon tour, je remercie la rapporteure pour son travail sur ce sujet, qui ne peut nous laisser insensibles.

Je voudrais porter à la connaissance des membres de la commission la réponse que la ministre m'a faite hier sur le reste à charge pour les prothèses capillaires. Il n'est pas simple de comprendre la tarification, qui compte trois classes de prothèses avec des forfaits totalement différents. J'interrogeais la ministre sur la possibilité d'une prise en charge forfaitaire, indépendamment du type de perruque. Celle-ci m'a parlé de travaux engagés en septembre, avec un passage prochainement prévu devant la Haute Autorité de santé (HAS), précisant que la question de la simplification du parcours et de l'accès à ces aides avait été prise en compte.

S'agissant des soutiens-gorge compressifs, je m'étais rapprochée avant la dissolution de l'Assemblée nationale du cabinet du ministre de la santé pour qu'une réunion avec les fabricants puisse être organisée. En effet, aucun dossier n'est déposé auprès de la HAS pour que ces soutiens-gorge soient inclus dans la nomenclature. Je viens de relancer le ministère sur la question.

Mme Émilienne Poumirol. – Merci aux auteurs de cette proposition de loi fondamentale. Dans les esprits, le fait d'être en ALD est souvent associé à une prise en charge complète, sans reste à charge. Même les médecins ont tendance à oublier tous les à-côtés.

Je reviens sur l'interrogation soulevée : pourquoi pas les autres cancers ? Notez, mes chers collègues, que nous examinons une proposition de loi, dont l'objet est forcément précis.

Mon groupe votera ce texte pour toutes les raisons qui ont été invoquées, notamment les fréquents dépassements d'honoraires dans le secteur privé lucratif. À ce titre, l'amendement visant à les plafonner me paraît intéressant.

Au-delà des prothèses capillaires, qui constituent un soin fondamental, je voudrais évoquer le remboursement des soins de support et, en particulier, de l'activité physique adaptée. Voilà trois ans environ, nous avons rencontré un directeur de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), qui nous avait dit l'importance de ces activités dans l'absence de récurrence du cancer du sein. Pourquoi, alors que leur bénéfice est prouvé, ces soins ne sont-ils pas pris en charge à 100 % ?

Mme Corinne Féret. – Je tiens moi aussi à remercier notre rapporteure pour la qualité de son travail. Cette proposition de loi a, je le rappelle, été adoptée à l'unanimité à l'Assemblée nationale avant la dissolution. Il est effectivement difficile de s'opposer sur un sujet de cette nature, même si j'entends les réserves exprimées par certains collègues.

Pour moi, l'intérêt du texte n'est même pas à démontrer. Il a été rappelé que le cancer du sein est celui qui touche le plus de personnes. En France, 700 000 femmes vivent avec un cancer actif ou sous surveillance. C'est beaucoup ! Pourquoi seulement évoquer le cancer du sein ? Parce que le nombre de personnes concernées est très important, avec un cancer qui, en outre, progresse.

Les auditions nous ont permis de constater de nombreuses inégalités. C'est ce qui me motive pour soutenir la proposition de loi : ces inégalités constituent de véritables injustices !

Je pense notamment à l'accès aux soins. Certes, il n'y a pas de sujet ici, puisque cet accès relève de l'ALD. Pour autant, il n'est pas le même partout sur nos territoires : en milieu rural, de nombreuses femmes ont accès tardivement à la prévention et au dépistage, ou n'y ont pas accès. Or plus on dépiste tard, plus la maladie est difficile à soigner.

À cela s'ajoute une inégalité dans la prise en charge et le traitement quand les malades ne sont pas soignés dans un centre de lutte contre le cancer. Une femme, toute à la détresse que suscite l'annonce, fait confiance au médecin qui l'oriente dans un tel centre, dans un centre hospitalier ou dans une clinique privée, sans forcément penser aux questions de coût et de reste à charge à supporter. Les dépassements d'honoraires ont notamment été évoqués : il est injuste que les femmes soient confrontées à de telles pratiques dans certains établissements.

Enfin, il y a des inégalités dans l'accès aux soins de support. On trouve ces soins dans les centres de lutte contre le cancer, pas forcément ailleurs. Or, de nouveau, l'accès à de tels centres n'est pas forcément facile pour les femmes en zone rurale. D'où la proposition de délivrer les bonnes informations pour l'accès aux soins de support.

Quant aux soins de « confort » – je mets bien sûr des guillemets à cette expression – et aux accessoires, il est injuste qu'une femme ayant les moyens puisse avoir accès à une prothèse capillaire de qualité quand une autre ne pourra bénéficier que d'une prothèse ressemblant plus à un pompon de laine qu'à autre chose.

Voilà pourquoi cette proposition de loi est indispensable. Elle permet de répondre à des inégalités qui sont réelles et à l'injustice flagrante vécue au quotidien par des milliers de femmes.

Pour terminer, je voudrais indiquer que la Ligue contre le cancer nous a alertés sur certaines mesures d'économies prévues dans le prochain budget. Ces mesures seront aussi susceptibles d'engendrer des injustices pour certaines femmes atteintes de cette maladie. Je pense, par exemple, aux frais de déplacement et à la nécessité, désormais, de covoiturer pour se rendre dans certains établissements ; des patients subissant des traitements très lourds paieront les conséquences de telles décisions. N'en doutez pas, nous dénoncerons ces mesures lors de l'examen du projet de loi de financement de

la sécurité sociale (PLFSS). D'ailleurs, nous sommes certes à quelques jours de cet examen, mais nous ne sommes pas responsables de la dissolution de l'Assemblée nationale le 9 juin, qui nous a privés de pouvoir examiner cette proposition de loi plus tôt.

M. Alain Milon. - Ce texte est, certes, intéressant, mais il pose de nombreuses questions.

Premièrement, il y a le traitement de la maladie, pris en charge à 100 % par la sécurité sociale, et il y a le traitement des conséquences du traitement. Je rappelle que nous avons deux types de financeurs en France : l'assurance maladie obligatoire (AMO) et l'assurance maladie complémentaire (AMC). Je regrette que cette proposition de loi ne fasse pas plus de place à l'AMC.

Deuxièmement, la prévention est le vrai sujet. Nous disposons désormais, pour les radiographies des seins, de logiciels d'intelligence artificielle qui rendent possibles les diagnostics prédictifs. Dans une récente loi de bioéthique, nous avons également mis en place les tests ADN, notamment *post mortem*, qui permettent d'indiquer à certaines femmes que leur mère a eu un cancer et qu'elles doivent se faire soigner sans délai. Je regrette donc que l'on ne parle pas de la priorité, qui est la prévention.

Mme Véronique Guillotin. - Ce rapport, pour lequel je remercie la rapporteure, met effectivement en lumière des restes à charge importants dans le cas du cancer du sein, mais je crois qu'en approfondissant un peu cette question, on trouverait des restes à charge similaires pour de nombreuses pathologies chroniques et cancéreuses.

En revanche, ce texte soulève des interrogations - la première, qui m'a assez rapidement troublée, étant la rupture d'égalité. Ensuite, je rejoins Alain Milon, le sujet mériterait que l'on creuse la question du financement, sachant que nous connaissons tous les « faiblesses » actuelles de notre système de sécurité sociale. Les assurances complémentaires doivent trouver leur place et il y a aussi des budgets dans les fonds d'intervention régionaux (FIR) des agences régionales de santé (ARS).

Je ne prendrai pas la responsabilité d'exprimer une position au nom de mon groupe - nous verrons en fonction des éclairages qui seront donnés. Pour l'heure, j'en reste à une abstention.

Mme Raymonde Poncet Monge. - Pourquoi ce cancer, et pas d'autres ? Ce texte est un moyen d'illustrer les inégalités sociales et territoriales qu'emporte une maladie. Il met aussi en lumière le désengagement de la sécurité sociale, avec un développement des forfaits et franchises qui, en réalité, sont un contournement de l'ALD.

En outre, c'est le propre des propositions de loi que d'aborder un sujet particulier. Dans ce cas, la proposition de loi pour améliorer la prise en charge de la sclérose latérale amyotrophique (SLA) et d'autres maladies évolutives graves emportait une rupture d'égalité...

Sur le sujet de la prévention, cher Alain Milon, et même si le diagnostic prédictif est indispensable, il va aussi falloir renforcer la prévention autour des vecteurs environnementaux si l'on veut s'occuper de l'incidence croissante du cancer. Dans les facteurs environnementaux, j'inclus tout ce qui a trait à l'environnement de travail avec, par exemple, le travail de nuit. Quant à l'activité physique adaptée, même si elle survient après, elle entre aussi dans ce cadre de la prévention puisqu'elle réduit le risque de rechute et devrait, à ce titre, être prise en charge.

Le groupe écologiste votera en faveur de la proposition de loi.

Mme Corinne Bourcier. – Merci, chère Cathy Apourceau-Poly, pour ce rapport si important. Nous avons tous autour de nous des femmes atteintes d'un cancer du sein ; nous connaissons leur situation en matière de reste à charge élevé, notamment sur les soins de support. Le bénéfice de ces soins étant reconnu, il faut aider à leur prise en charge. Par ailleurs, la prise en charge des accessoires doit également être renforcée : porter une perruque de qualité semble par exemple extrêmement important pour le regard sur soi et le regard des autres. Pourquoi ne pas prévoir un forfait pour ces accessoires ?

Mais se pose effectivement la question de la prise en charge des autres cancers, car il n'est pas souhaitable de créer des inégalités de traitement.

Mon groupe va donc s'abstenir sur cette proposition de loi, en attendant les débats en séance.

Je souhaite simplement insister sur la question de la prévention. Je vois que nous sommes beaucoup ici à porter le ruban rose... C'est extrêmement important !

Mme Silvana Silvani. – Je trouve cette proposition de loi tout à fait formidable, et ce pour deux raisons. D'une part, elle traite d'une situation que nous reconnaissons toutes et tous comme difficile et mal cernée. D'autre part, elle révèle, à partir d'un cas particulier, un grand nombre de sujets et de questions qui doivent être abordés pour d'autres pathologies. En cela, elle est intéressante.

Quelques remarques par rapport aux propos entendus.

Nous savons que les propositions de loi idéales n'existent pas et qu'on ne peut pas insérer tout un plan d'accès aux soins dans ce type de texte. Celui que nous examinons révèle au moins certains manques en matière de traitements du cancer et de soins faisant suite à ces traitements.

Je suis sensible à l'argument de rupture d'égalité. Reconnaissons néanmoins que l'égalité d'accès aux soins n'existe pas sur nos territoires. Nous nous agaçons suffisamment contre les déserts médicaux et les problèmes d'éloignement !

C'est donc une bonne idée de garantir au moins cette prise en charge. Il serait regrettable que l'agenda vienne pénaliser une telle décision et que le

texte passe à la trappe du fait des échanges autour du PLFSS. *A contrario*, la proposition de loi pourrait être une opportunité pour élargir le regard sur d'autres prises en charge inexistantes, ce qui, pour le coup, est source d'inégalités.

Mme Florence Lassarade. – Je remercie à mon tour la rapporteure. Voilà quelques années, j'avais moi-même mené un travail sur la reconstruction mammaire et nous avons constaté, à cette occasion, des traitements différenciés, y compris entre centres de lutte contre le cancer prestigieux.

Ce qui m'affole en ce mois d'octobre 2024, c'est que le dépistage, malgré vingt ans de recul, ne suscite pas l'adhésion, étant précisé que le principal frein au dépistage du cancer du sein est la peur de la maladie. Nous n'arrivons pas à cibler certaines femmes, alors même que la guérison est bien meilleure et la question bien mieux réglée si la prévention est faite et la tumeur détectée précocement. Il faut donc mettre le paquet sur la prévention.

Dans le même ordre d'idée, je me désespère du peu d'adhérence au vaccin contre le papillomavirus, lequel a pourtant permis à l'Australie d'éradiquer totalement le cancer du col de l'utérus.

M. Dominique Théophile. – Je voudrais simplement rappeler que l'on enregistre aux Antilles une surmortalité liée au cancer du sein. Sous toutes réserves aujourd'hui, mais avec des études sur la question très avancées, cette surmortalité aurait un lien direct avec le chlordécone, lien déjà prouvé pour le cancer de la prostate. Je souhaite déposer une proposition de loi pour que ce phénomène du chlordécone soit reconnu par l'État et entièrement pris en charge, comme cela a été fait en Polynésie pour le nucléaire. S'agissant du présent texte, je le voterai.

Mme Cathy Apourceau-Poly, rapporteure. – Nous sommes d'accord pour dire que la situation doit progresser et qu'aucun d'entre nous n'est indifférent à ces situations, indépendamment des remarques qui ont pu être exprimées.

En matière de prothèses capillaires, j'ai moi-même découvert que la sécurité sociale remboursait 350 euros pour une prothèse de classe 1, dont le prix est plafonné au même montant, mais que la somme remboursable tombait à 250 euros pour une prothèse de classe 2, dont le prix peut être compris entre 350 et 700 euros, et qu'il était carrément nul pour une prothèse de plus de 700 euros. Or les représentantes des associations que nous avons auditionnées nous ont expliqué que la prothèse de première catégorie est non seulement peu réaliste du point de vue esthétique, mais aussi inconfortable et insupportable à porter. Pour la plupart, les femmes préfèrent mettre un foulard. Seule donnent satisfaction les perruques faites majoritairement de cheveux naturels, qui dépassent souvent les 700 euros et ne sont donc pas remboursées ! C'est réellement problématique.

Bien évidemment, si nous traitons ici du cancer du sein, il faudrait pouvoir garantir une prise en charge des prothèses capillaires pour tous les

cancers, la perte de cheveux étant le premier effet secondaire visible des traitements de chimiothérapie. Nous pourrions porter cette question par amendement dans le présent texte ou dans le cadre de l'examen du PLFSS – mais veillons au couperet de l'article 40 –, ou bien encore envisager une proposition de loi spécifique.

En réponse aux différents points soulevés, je reviendrai sur quelques sujets.

S'agissant du calendrier, il y a fort à parier que des amendements seront adoptés dans le cadre de la séance publique. Dès lors, le vote ne sera pas conforme et nous procéderons à une navette parlementaire.

Par ailleurs, effectivement, plus on fait de la prévention, mieux c'est ! Je suis donc favorable au renforcement de la prévention, mais ce sujet n'entre pas dans le cadre de la proposition de loi, qui se concentre sur l'amélioration de la situation financière des malades.

J'appuie les propos de notre collègue Raymonde Poncet Monge : le texte sur la SLA ne provoque pas de rupture d'égalité, la SLA ayant la spécificité d'être l'une des seules maladies pour lesquelles, malheureusement, il n'y a pour l'heure aucune guérison possible. La présente proposition de loi ne me paraît pas non plus porteuse d'inégalités ; il faut la considérer comme un premier pas. Comme vous, mes chers collègues, je voudrais répondre à toutes les problématiques posées par les cancers et apporter du confort à toutes les personnes qui souffrent de ces maladies. Cela dit, il y a tout de même quelques spécificités dans le cancer du sein, notamment la reconstruction mammaire. Les femmes que nous avons auditionnées nous ont, par exemple, expliqué que, quand elles n'envisageaient pas de reconstruction, certaines souhaitaient qu'on leur enlève le deuxième sein pour des questions de symétrie.

M. Philippe Mouiller, président. – Je remercie la rapporteure pour la qualité de ses travaux. Je voudrais réaffirmer ce que l'on entend dans le débat de ce matin : tout le monde est conscient que les pouvoirs publics doivent agir rapidement et que se pose la question des autres cancers. Toute l'idée est de trouver un moyen pour que ce texte aille jusqu'au vote final. Nous discutons en parallèle avec le Gouvernement afin de trouver une voie qui respecte l'esprit du texte et soit susceptible de recueillir un accord transpartisan.

EXAMEN DES ARTICLES

Article 1^{er}

L'article 1^{er} est adopté sans modification.

Article 1^{er} bis (nouveau)

Mme Cathy Apourceau-Poly, rapporteure. – L'amendement **COM-1** prévoit 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. Le niveau du plafond serait donc défini avec l'accord des syndicats représentatifs des médecins.

La chirurgie reconstructrice consécutive à une mastectomie ou une tumorectomie constitue le premier poste de reste à charge pour les patientes atteintes d'un cancer du sein.

Selon la direction de la sécurité sociale, le reste à charge moyen pour les personnes qui ont fait l'objet d'une opération chirurgicale à la suite d'un cancer du sein s'élève à 1 391 euros. Les dépassements d'honoraires pratiqués dans le cadre d'une chirurgie reconstructrice peuvent atteindre des dizaines de milliers d'euros. La pénurie d'offre chirurgicale dans certains territoires en situation de désert médical ne laisse pas toujours aux patientes atteintes de cancer du sein le choix de l'établissement dans lequel elles procèdent à ces opérations, ni le montant du reste à charge qu'elles ont à supporter.

Or, les opérations d'ablation totale ou partielle du sein participent du traitement du cancer du sein, qui est de ce fait particulièrement mutilant. Elles portent atteinte à l'image de la féminité et peuvent avoir un lourd impact sur la vie sociale et sexuelle des femmes. Si les patientes ne choisissent pas toutes de recourir à la reconstruction mammaire, il n'est pas acceptable que certaines y renoncent au seul motif que le coût d'une telle opération leur est inaccessible.

Il apparaît donc nécessaire de faciliter l'accès à ces opérations pour toutes celles qui le désirent. Cela participe de la reprise d'une vie normale dans le cadre d'un traitement efficace, voire d'une rémission, le cancer du sein étant l'un des cancers au taux de survie le plus élevé.

Par ailleurs, les dépassements d'honoraires sont d'ores et déjà encadrés : ils sont par exemple proscrits dans le cadre des mammographies de dépistage du cancer du sein, ou encore du recours à l'interruption volontaire de grossesse.

L'amendement COM-1 est adopté.

L'article 1^{er} bis ainsi rédigé.

Articles 1^{er} ter, 1^{er} quater et 1^{er} quinquies (nouveaux)

Les articles 1^{er} ter, 1^{er} quater et 1^{er} quinquies sont successivement adoptés sans modification.

Article 2

L'article 2 est adopté sans modification.

La proposition de loi est adoptée dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 1er bis (nouveau)			
Inciter à limiter les dépassements d'honoraires sur les actes liés au cancer du sein			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Mme APOURCEAU-POLY, rapporteure	1	Plafonnement des dépassements d'honoraires sur les actes chirurgicaux de reconstruction mammaire liés au cancer du sein	Adopté

**RÈGLES RELATIVES À L'APPLICATION DE L'ARTICLE 45
DE LA CONSTITUTION ET DE L'ARTICLE 44 BIS, ALINÉA 3,
DU RÈGLEMENT DU SÉNAT (« CAVALIERS »)**

Si le premier alinéa de l'article 45 de la Constitution, depuis la révision du 23 juillet 2008, dispose que « *tout amendement est recevable en première lecture dès lors qu'il présente un lien, même indirect, avec le texte déposé ou transmis* », le Conseil constitutionnel estime que cette mention a eu pour effet de consolider, dans la Constitution, sa jurisprudence antérieure, reposant en particulier sur « *la nécessité pour un amendement de ne pas être dépourvu de tout lien avec l'objet du texte déposé sur le bureau de la première assemblée saisie* »¹.

De jurisprudence constante et en dépit de la mention du texte « transmis » dans la Constitution, le Conseil constitutionnel apprécie ainsi l'existence du lien par rapport au contenu précis des dispositions du texte initial, déposé sur le bureau de la première assemblée saisie².

Pour les lois ordinaires, le seul critère d'analyse est le lien matériel entre le texte initial et l'amendement, la modification de l'intitulé au cours de la navette restant sans effet sur la présence de « cavaliers » dans le texte³. Pour les lois organiques, le Conseil constitutionnel ajoute un second critère : il considère comme un « cavalier » toute disposition organique prise sur un fondement constitutionnel différent de celui sur lequel a été pris le texte initial⁴.

En application des articles 17 *bis* et 44 *bis* du Règlement du Sénat, il revient à la commission saisie au fond de se prononcer sur les irrecevabilités résultant de l'article 45 de la Constitution, étant précisé que le Conseil constitutionnel les soulève d'office lorsqu'il est saisi d'un texte de loi avant sa promulgation.

¹ Cf. *commentaire de la décision n° 2010-617 DC du 9 novembre 2010 – Loi portant réforme des retraites.*

² Cf. *par exemple les décisions n° 2015-719 DC du 13 août 2015 – Loi portant adaptation de la procédure pénale au droit de l'Union européenne et n° 2016-738 DC du 10 novembre 2016 – Loi visant à renforcer la liberté, l'indépendance et le pluralisme des médias.*

³ *Décision n° 2007-546 DC du 25 janvier 2007 – Loi ratifiant l'ordonnance n° 2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé et à la répression de l'usurpation de titres et de l'exercice illégal de ces professions et modifiant le code de la santé publique.*

⁴ *Décision n° 2020-802 DC du 30 juillet 2020 – Loi organique portant report de l'élection de six sénateurs représentant les Français établis hors de France et des élections partielles pour les députés et les sénateurs représentant les Français établis hors de France.*

En application du *vade-mecum* sur l'application des irrecevabilités au titre de l'article 45 de la Constitution, adopté par la Conférence des Présidents, la commission des affaires sociales a **arrêté**, lors de sa réunion du mercredi 23 octobre 2024, **le périmètre indicatif de la proposition de loi n° 653 (2023-2024) visant la prise en charge intégrale des soins liés au traitement du cancer du sein par l'assurance maladie.**

Elle a considéré que **ce périmètre incluait** des dispositions relatives :

- au régime de prise en charge des affections de longue durée ;
- à la limitation du reste à charge pour les patients atteints d'une affection de longue durée ;
- aux frais subis par les patients atteints d'un cancer du sein et ne correspondant pas à des frais liés à des activités de diagnostic ou de soins.

En revanche, la commission a estimé que ne présentaient **pas de lien, même indirect, avec le texte déposé**, des amendements relatifs :

- au régime de prise en charge des frais de santé de droit commun ;
- aux modalités de prévention des cancers ;
- aux compétences des professionnels de santé ;
- à l'organisation des professions de santé et à leurs conditions d'installation ;
- à l'organisation des établissements de santé ou des structures d'exercice coordonné.

LISTE DES PERSONNES ENTENDUES

Auditions

- **Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam)**
Catherine Grenier, Directrice des assurés
Véronika Levendof, Responsable de la mission relations avec le parlement et veille législative
- **Institut Curie**
Pr Steven Le Gouill, Directeur de l'Ensemble Hospitalier
Pr Anne-Vincent Salomon, Directrice de l'Institut des Cancers des Femmes et chef du pôle médecine diagnostique et théranostique
Pr Jean-Yves Pierga, Oncologue médical
- **Institut Gustave Roussy**
Barbara Pistilli, cheffe du comité de sénologie
- **Institut national du cancer (Inca)**
Dr Jérôme Viguiet, conseiller médical du président
- **Ligue contre le cancer**
Dr Philippe Bergerot, président
Camille Flavigny, directrice droits et soutien des personnes - pôle stratégie de lutte
- **Vivre comme avant**
Franciane Bozor, présidente
Catherine Oberlechner, secrétaire générale
- **Europa Donna**
Brigitte Heuls, présidente

- **Collectif Triplettes Roses**

Claude Coutier, présidente

Vanessa Charbonnel Hette, administratrice et ambassadrice pour la région AURA

Marion Jenny Remy, bénévole

- **Direction de la sécurité sociale (DSS)**

Clélia Delpech, sous-directrice de la direction du financement du système de soins

Maroussia Pehinec, adjointe à la sous-directrice de l'accès aux soins des prestations familiales et des AT-MP

Sophia Bouzid, cheffe de bureau de la direction accès aux soins et prestations de santé

Jérémie Casabielhe, chef de mission de la direction Mission de la coordination et de la gestion du risque maladie

- **Direction générale de la santé (DGS)**

Flore Moreux, cheffe du bureau maladies chroniques non transmissibles

LA LOI EN CONSTRUCTION

Pour naviguer dans les rédactions successives du texte, visualiser les apports de chaque assemblée, comprendre les impacts sur le droit en vigueur, le tableau synoptique de la loi en construction est disponible sur le site du Sénat à l'adresse suivante :

<https://www.senat.fr/dossier-legislatif/pp123-653.html>