

Cancer du sein, accès aux soins : comment garantir la santé pour toutes et tous ?

73 min · Parti Communiste Français

Barbara : Alors du coup, on est réunis ici pour parler d'un thème qui nous occupe tous, de la lutte contre le cancer du sein à l'accès aux soins pour toutes et tous. En France, le cancer du sein touche environ une femme sur huit. En 2023, il y a eu 61 214 nouveaux cas de cancer du sein. Entre 1990 et 2018, le nombre en duel a presque doublé. Au-delà de ça, on a les députés communistes qui ont porté un projet de loi visant à une prise en charge des frais concernant le cancer du sein, qui a été voté à l'unanimité à l'Assemblée nationale. Une victoire pour les femmes, mais aussi dans la lutte de l'accès aux soins. On vous propose donc de débattre sur ce thème. Alors on va commencer par les intervenants. Donc autour de la table, nous avons quatre intervenants. Barbara Fillon, secrétaire de la Fédération Santé et Action Sociale CGT. Fabrice André, qui est médecin oncologue, directeur de l'Institut de Recherche Gustave Roussy et aussi président de la Société Européenne d'Oncologie Médicale. À ma gauche, tout à côté de moi, Anthony Gonzalves, oncologue à l'Institut Paoli Calmet, professeur de médecine et maire adjoint à la Santé à la mairie de Marseille. Et pour finir, Yannick Monnet, députée communiste de l'Allier, porteur du projet de loi sur le cancer du sein. Alors pour commencer, on va commencer par toi, Barbara. Peux-tu nous expliquer comment les conditions de travail ont des conséquences sur la santé des femmes?

Barbara : Alors, comme vous le savez, tout et tous, à l'hôpital, on travaille avec des horaires atypiques. Donc, on souffre généralement de troubles du sommeil, donc un déficit chronique avec des somnolences au travail, des risques accrus de prise de poids, d'obésité, de diabète de type 2, de maladies cardiovasculaires avec une hausse des risques d'hypertension, d'infarctus et d'accident. Un impact psychique avec une fatigue nerveuse, une anxiété, une irritabilité et un risque de dépression majeure, des risques cancérogènes classés comme cancérogènes probables notamment pour le cancer du sein. C'est des risques qui sont reconnus par le Centre International de Recherche du Cancer, qui est en raison d'un déficit de mélatonine, de troubles digestifs. Dans la fonction publique hospitalière, le travail de nuit est reconnu comme un facteur de pénibilité et ouvre des droits à la compensation spécifique. La définition des horaires, et c'est pour ça qu'on a des risques majeurs, c'est que le travail de nuit comprend au moins une période comprise entre 21h et 6h du matin et une durée quotidienne maximale de 10h, sauf qu'à l'hôpital on travaille en 12h. Donc si vous avez du personnel de jour en 12h, vous n'avez jamais de personnel de nuit réellement en 10h, vous avez forcément du travail en 12h, sinon vous avez des trous dans la raquette vis-à-vis des patients. Donc quelques chiffres quand même. Avec environ 61 214 nouveaux cas de cancer en 2023 et plus de 900 000 personnes atteintes en France, le cancer du sein est le plus répandu des cancers féminins et provoque 12 757 décès annuels. Dans un rapport publié le 2 septembre 2026, donc il est vraiment très très récent, l'ANSES passe au crible de la reconnaissance scientifique sur les effets sanitaires et sociaux des horaires atypiques. C'est la première fois qu'on arrive à qualifier par un rapport que le travail avec des horaires atypiques était un facteur de risque. Pour autant, le cancer du sein n'est pas une maladie reconnue dans les maladies professionnelles et donc ne rentre pas dans la classification de la sécurité sociale. Donc la multiplication des horaires de nuit, il faudrait qu'on travaille deux fois 8 heures, donc c'est très compliqué puisqu'en réalité on travaille 12 heures. Donc actuellement, le cancer du sein ne figure pas encore dans l'établo officiel des maladies professionnelles. La définition en justice récente permet de le faire reconnaître au cas par cas puisqu'il y a eu des victoires et notamment des victoires syndicales. Après 25 ans de nuit à l'hôpital de Martignes, le cancer du sein dont souffre une infirmière a été reconnu comme maladie

professionnelle par le tribunal administratif qui a annulé la décision du directeur de l'établissement qui refusait de reconnaître la maladie professionnelle. Donc c'est une première victoire, c'est une victoire syndicale. On l'a menée jusqu'au bout, donc enfin, on a réussi à gagner pour sainte infirmière. Mais pour autant, la sécurité sociale ne classe toujours pas comme étant une maladie professionnelle quand une femme est atteinte du cancer du sein. Donc le 3 mars 2026, cette décision est donc annulée. La reconnaissance de la maladie professionnelle des cancers du sein sont encore trop rares dans notre pays. Ce dernier étant trop souvent traité comme une approche, ne prenant pas en compte les facteurs individuels. C'est donc une victoire pour la victime. C'est une victoire pour toutes les travailleuses de notre pays, pour les femmes et pour l'action syndicale. Depuis de nombreuses années, une meilleure prise en compte de la santé des femmes, notamment avec le développement des données rangées, générés dans les documents uniques, donc les duers d'évaluation des risques professionnels, encore trop peu renseignés. Les employeurs ont une responsabilité majeure à bien renseigner les comparaisons générés de manière à pouvoir reconnaître des risques qui sont liés au genre. Pour le secteur les plus à risque, il y a des campagnes d'épistage, bien sûr, du cancer du sein, mais elles ne sont pas suffisamment développées. Les acteurs de la santé du travail, mais comme nous n'avons plus de médecine du travail digne de ce nom, aujourd'hui, la prévention ne se fait pas de manière adéquate, en tout cas dans les milieux à risque. Et les professionnels de santé doivent être renforcés pour adapter le travail. Et pas en fait, il faut adapter le travail aux personnes et pas nous, nous adapter au travail qui nous est donné. En fait, c'est vraiment aujourd'hui le travail, il est prescrit, il est prescrit de manière chiffrée et il n'est pas adapté aux professionnels. Il faudrait vraiment changer de paradigme. L'Institut national de recherche médicale, INSERM, fait valoir que le travail de nuit augmente le travail des cancers des femmes avant la ménopause, particulièrement celle de haute fréquence et de longue durée. Certains cancers cumulent des horaires atypiques à l'instant T, par exemple, dans un nombre de commerces. Les salariés travaillent à la fois le week-end, les jours fériés et alternent par alternance le jour, la nuit en termes de remplacement. La durée du travail est un facteur de risque. Aujourd'hui, la généralisation des 12 heures à l'hôpital est un facteur de risque. Donc, il faut négocier et là, il y a une action syndicale forte à mener pour négocier dans les entreprises que dans les duers soit reconnu le cancer du sein comme une maladie professionnelle. Voilà un peu ce que je pouvais dire sur la situation des femmes à l'hôpital et sur les conditions de travail.

Barbara : Merci, Barbara. Pour cette exposée, tu as raison. Il faut rappeler que les conditions de travail ont des conséquences sur la santé des femmes et que c'est une lutte qu'on doit mener pour la reconnaissance des maladies professionnelles. Fabrice, bienvenue. Peux-tu nous parler de la recherche et de son évolution?

OK, tout d'abord, merci de l'invitation. Je suis ravi d'être ici. Et comme je disais au maire de Billejuif, mon grand-père m'a amené à la fête de l'humanité à Nice, la fête du château avec tous mes cousins. C'est un peu une émotion d'être ici. Donc, peut-être sur la recherche. D'abord, il faut dire, c'est quoi les objectifs de la recherche? Les objectifs de la recherche, c'est d'un côté réduire la mortalité, puisque quand même, le cancer du sein, c'est 11 000 décès par an en France. Donc, c'est l'équivalent d'une petite ville qui disparaît chaque année en France. Et à l'échelle du monde, c'est 900 000 décès par an. Donc, il y a un enjeu aussi de la recherche de pouvoir réduire la mortalité dans le monde, notamment dans les pays en développement. Et le deuxième objectif de la recherche, c'est réduire les séquelles des traitements. C'est qu'on fait des traitements qui entraînent énormément de séquelles. Donc là, c'est les deux objectifs. À partir de là, comment on fait et vers quoi s'oriente la recherche? Le premier axe de recherche, c'est détecter précocement le cancer du sein, puisque l'on sait que quand on détecte précocement un cancer, le risque de mortalité est réduit. Donc, à partir de là, il y a plusieurs axes de recherche. Le premier, c'est améliorer les techniques d'imagerie. Je ne vais pas revenir dessus, ce n'est pas ma spécialité. Deuxièmement, c

'est améliorer la participation au dépistage, notamment dans certaines populations où il y a un peu moins d'adhérence. Peut-être que Anthony reviendra dessus, mais ça, c'est un enjeu de sciences humaines et sociales, qui est extrêmement important. Troisièmement, c'est développer des nouvelles technologies qui permettent de détecter le cancer, du sein et tous les autres, à un stade précoce, notamment grâce à des prises de sang. Donc, c'est des nouvelles technologies qui détectent notamment de l'ADN ou une sorte de petite crotte du cancer que le cancer met dans le sang. Donc, ça, c'est pour la détection précoce. Le deuxième axe, c'est les nouvelles thérapies. Donc, les nouvelles thérapies, il y a deux types de recherches sur les nouvelles thérapies. Le premier type, c'est créer des thérapies issues des biotechnologies. Donc, ça, c'est vraiment la biotechnologie, l'ingénierie en biotechnologie, qui, aujourd'hui, peut faire des thérapies, par exemple, des anticorps extrêmement complexes qui sont produits grâce à la bioingénierie. Exemple, on a des anticorps, on appelle des anticorps conjugués, qui vont amener de la chimio spécifiquement dans la cellule cancéreuse. Et donc, c'est plus efficace et c'est moins toxique. Et le deuxième axe de recherche sur les nouvelles thérapies, c'est des petites molécules beaucoup plus précises générées notamment par IA. Donc, l'intelligence artificielle crée de l'amélioration dans la chimie des médicaments et donc peut créer des petites molécules beaucoup plus efficaces que ce qu'on avait avant. Le troisième axe de recherche, c'est ce qu'on appelle la médecine de précision. On dit, ben voilà, on a un médicament, par exemple, une hormonothérapie. La médecine de précision, c'est l'ensemble des efforts qui fait qu'on va donner le médicament aux patients qui en bénéficient le plus. Et là, c'est ce qu'on appelle les tests biologiques notamment. On développe des tests biologiques qui font qu'on arrive mieux à cerner à quel patient donner le bon médicament. Et là, c'est le deuxième élément pour l'IA. Donc l'IA permet de faire des tests dont le coût est beaucoup moins important et qui, du coup, sont accessibles à un plus grand nombre. Le quatrième axe, c'est éviter le cancer. La première question qu'on nous pose, nous médecins, quand on a un patient en face de nous, c'est mes docteurs, pourquoi j'ai fait ce cancer ? C'est systématiquement la première question avant même de demander le pronostic. Et donc là, il y a un ensemble de facteurs de risque connus pour le cancer du sein. On a vu le travail de nuit, mais donc il y a certaines expositions hormonales. Il y a l'exposition notamment, probablement, la nutrition ultra-processée. Peut-être certains facteurs environnementaux pour une interrogation, mais sur certains pesticides, dans certaines professions. L'obésité, donc il y a un certain nombre de facteurs de risque. Ça, c'est le domaine de l'épidémiologie. C'est -à-dire la nécessité de développer des grandes cohortes de patients ou de volontaires sains pour qu'on puisse observer et découvrir les facteurs de risque de cancer, sachant qu'en France, on a une incidence du cancer du sein qui a l'air plus importante que dans d'autres pays. Peut-être qu'on reviendra là-dessus, mais c'est un peu d'interrogation et donc un travail de recherche. Vraiment créer de grandes cohortes est vraiment important. Ensuite, et le dernier point, c'est l'accès aux soins. Anthony va en parler, mais il y a tout un champ de recherche sur comment améliorer l'accès aux soins avec deux volets, le volet science, humaine et sociale. C'est -à-dire comprendre pourquoi certaines populations n'ont pas accès aux soins. Et le deuxième volet, c'est comment utiliser les nouvelles technologies pour réduire la quantité de soins compliqués qu'a besoin un patient. Je m'explique. Avant, on traitait une patiente avec de la chimio, de mastectomie, sept semaines de radiothérapie, dix ans d'hormonothérapie. Maintenant, on a considérablement réduit les traitements qu'ont besoin les patients et en réduisant les traitements qu'ont besoin chaque patient, de facto, on améliore l'accès aux soins puisqu'il y a besoin de consommer moins de ressources par patient. C'est un point important. Et après, pour finir, c'est quoi les outils ? Donc les outils de la recherche. Je vais l'assévir. Premièrement, la recherche en biologie expérimentale. Donc là, c'est comprendre la maladie. C'est l'axe traditionnel de la recherche. Le deuxième outil, c'est les données. Donc de plus en plus, on essaie d'avoir énormément de données, d'aller de façon très profonde à l'échelle unicellulaire pour comprendre la maladie. Et là, on est aidé par l'intelligence artificielle pour comprendre ces données. Troisième point, désolé, je réinsiste là

-dessus, c'est l'ingénierie. On a très peu d'ingénieurs qui font de la recherche en biomédicale. Et là, on a vraiment besoin d'ingénieurs pour transformer les données de la recherche fondamentale en application. Les grandes cohortes épidémiologiques, on l'a dit. Et dernier point, la recherche clinique. Donc la recherche clinique, on a actuellement quelques problèmes en recherche clinique. Pas assez de financement. Problème quand même de difficultés à lancer les grandes études de recherche clinique qui, en fait, s'il n'y a pas de recherche clinique, il n'y a pas de progrès en médecine. C'est impossible, parce que c'est ça qui prouve le bénéfice de la recherche. Donc là, si après, il y a un débat, une discussion, la partie recherche clinique, on a vraiment besoin, en France, de débloquent un certain nombre de choses. Et là, on est en train de basculer au niveau européen sur les grands projets de recherche clinique, les grands financements. Dernier outil, l'IA, je pense, ça sera peut-être partie du débat, de la discussion, donc je n'ai pas trop en discuté, mais c'est un des outils qu'on utilise de plus en plus pour faire des grandes découvertes. Donc voilà à peu près un panorama sur la recherche sur le cancer. Je ne vais pas parler d'organisation, mais on peut en discuter ensuite dans le débat. Quel centre est plus à même de faire de la recherche ? C'est un peu controversé. Le rôle de la recherche privée dans la recherche, pareil, on peut en discuter plus tard. Voilà, voilà.

Barbara : Merci beaucoup pour ton intervention. Alors, tu as beaucoup parlé de prévention dans ton intervention. C'est quelque chose d'essentiel. Et du coup, je vais laisser la parole à Anthony par rapport à l'accès aux soins et un peu la lutte de l'accès aux soins.

Merci. Bon, je vais commencer d'abord par remercier Fabrice d'être présent, parce que je suis persuadée que vous n'en rendez pas compte comme ça, mais Fabrice André, c'est un immense chercheur dont la réputation est internationale. C'est un de ceux dont les travaux ont influencé des générations d'oncologues, même ceux qui ont à peu près le même âge, mais encore plus les jeunes qui l'écoutent. Et ce qu'il a produit dans ses travaux, ça a d'ores et déjà commencé à influencer la vie quotidienne des patients. Donc, qu'il soit présent aujourd'hui à cette table, il faut le remercier et je le fais. Alors, il a fait un panorama très complet de la situation dans le domaine du cancer du sein, mais qui s'applique en fait à tous les cancers. Et quand on est médecin, oncologue, comme lui, comme moi, on a souvent le premier réflexe de dire qu'il faut qu'on trouve de nouveaux traitements, qu'on identifie des nouvelles molécules, des nouvelles stratégies qui détruisent des cancers qui étaient résistants aux traitements ou, au contraire, qui permettent de faire de la désescalade des traitements pour moins d'effets secondaires. Et on est donc très orienté vers cette médecine où on veut améliorer le devenir des gens. Mais ce dont on se rend compte et ce dont j'aimerais vous convaincre dans les minutes qui viennent, c'est qu'en fait, ces innovations, qu'il s'agisse d'innovations en diagnostics, en traitement, l'identification de facteurs de risque, les tests biologiques, elles ne sont rien si elles ne sont pas accessibles à tout le monde. Et ce qu'on peut observer quand on regarde les choses, c'est qu'en fait, c'est profondément politique, tout ça. Et il y a une étude qui est parue il y a quelques semaines, qui a été produite par la direction de la recherche, des évaluations et des études statistiques et qui s'est intéressée au rapport entre le niveau socio-économique et le cancer en général. Et ce que dit cette étude est à la fois très simple, c'est quelque chose qu'on avait quand même tous un peu perçu, mais elle le dit de façon incontestable, c'est que le cancer, c'est pas la même chose selon l'indice socio-économique. Il y a un risque global qui est plus élevé d'avoir un cancer quand on fait partie des 10 % les plus modestes par rapport aux 10 % les plus riches. Il y a, pour ce qui concerne les cancers dépistables, comme le cancer du sein, on sait qu'on peut dépister le cancer du sein avec des outils, la MAMO, eh bien, on s'aperçoit que ces cancers sont plus souvent tardivement diagnostiqués chez les plus modestes, c'est presque deux fois plus souvent à des stades avancés que chez les gens plus aisés. Donc, ça identifie qu'à l'évidence, ces catégories dont parlait Fabrice, n'ont pas accès au dépistage comme les autres. Plus grave, les cancers évitables. Les cancers dont on connaît les facteurs de risque, dont on sait, d'une manière ou d'une autre, comment... pourrait en partie réduire leurs risques, et bien là encore ils sont

deux fois plus élevés chez les plus modestes que dans les catégories les plus aisées. Et donc ça témoigne là encore d'exposition à des facteurs de risque et pas le même selon le niveau socio-économique. Donc ces données elles existent, elles sont disponibles pour tout le monde et on ne peut pas regarder ça et ne rien faire. Alors la question qu'on doit se poser c'est pourquoi en fait ça se passe comme ça. Et il y a des explications qui sont complexes, qui nécessitent certainement tout un tas d'études en sciences humaines et sociales, mais il y a des choses aussi très claires. Il y a dans ce pays un problème sur le maillage sanitaire. Il y a, et on en est tous conscients, un problème de désert médical qui s'étend. On disait tout à l'heure c'est presque 90 % du territoire national qui peut être considéré géographiquement comme un désert médical Et un tiers de la population de ce pays vit dans une zone géographique considérée comme un désert médical. Il y a 11 % de la population qui n'a pas de médecins traitants et ça inclut 600 .000 personnes qui ont une affection de longue durée. Donc une maladie chronique, le cancer ou une maladie cardiovasculaire. Donc il y a 600 .000 personnes qui n'ont pas de médecins traitants alors que par définition elles devraient en avoir un parce qu'elles ont une maladie chronique. Tout ça a des causes très politiques. Il y a eu des décisions il y a plus de 50 ans de réduire le nombre de médecins en formation. Il y a le fameux numerus clausus des années 70. Ça a été instauré quand je suis né. Donc les gens avaient une vision assez limitée de l'avenir. Et à l'époque en 1970 on formait à peu près le même nombre de médecins qu'aujourd'hui. Et entre les deux il y a eu une profonde décroissance. On formait près de 12 .000 médecins dans les années 70 par an. Au milieu des années 90, on en formait 3 .000. Et là actuellement, on est à nouveau à 12 .000. Sauf qu'entre temps, la population a augmenté d'à peu près 20%. La qualité des soins, la complexité des décisions, elle s'est démultipliée. Et ce qu'on faisait avec un seul médecin, maintenant il en faut trois pour le faire. Moi, quand j'étais interne et que je faisais la visite le samedi matin, il y avait 25 malades dans le service. Je les voyais tout seul entre 8h30 et 12h30. Là maintenant, il faut qu'il y soit deux ou trois dans les services pour voir la même quantité de patients. Sauf qu'entre temps, ce qui s'est passé, c'est qu'on prend des décisions complexes. Il faut qu'on analyse des données biologiques. Il faut qu'on ait le séquençage génomique de la tumeur. Et c'est heureux pour les patients. On trace les informations médicales qu'on donne, les prescriptions qu'on fait. Tout ça, ça a amélioré bien sûr la qualité des soins. Mais ça démultiplie les besoins. Et donc, il y a un vrai problème dans ce domaine. Alors, si on en vient vraiment à la question de l'accès aux soins. D'abord, il y a un problème, je le disais, de répartition des médecins, de démographie médicale. Donc, on peut et ça a été fait depuis quelques années maintenant, remonter d'abord le numérus clausus, puis décider de le faire disparaître. Puisqu'à l'heure actuelle, le numérus clausus n'existe plus. Le numérus apertus, qui était son petit cousin, n'existe plus non plus. Il n'y a théoriquement plus de limites. Sauf que les limites, à l'heure actuelle, ce sont les capacités de formation des facultés de médecine dans lesquelles les enseignants n'ont pas augmenté de façon drastique. Et c'est même de plus en plus difficile de les recruter. Et donc, il y a un problème de formation qu'il faut régler. Il y a aussi un problème d'installation, de régulation, de l'installation des médecins et de la conception qu'on a du maillage sanitaire. Vous savez qu'à l'heure actuelle, trois spécialistes sur quatre s'installent en secteur 2 avec dépassement d'honoraires. Dépassement d'honoraires, c'est dépassement qu'il faut payer aux malades au-delà du tarif de la Sécurité sociale et qui sont un frein puissant à l'accès aux soins quand on est en situation difficile sur le plan économique. Et puis, il y a donc cette question de manière... Alors, depuis quelques mois, cette réalité -là que je vous décris, je l'observe dans une position nouvelle pour moi, qui est celle d'être l'adjoint à la santé du maire de Marseille, dans une ville qui concentre un peu toutes les questions dont on vient de parler. Et à Marseille, quand on regarde en détail ce qui se passe, vous avez au sein de la deuxième ville de France de véritables déserts médicaux. Parce que quand on pense désert médical, quand on pense à la ruralité, aux zones soudances où il y a des déplacements difficiles, des installations qui ne sont pas retenues par les médecins, et quand on arrive à Marseille, on a le 13e, le 14e, le 15e, le 16e, les quartiers noirs, le centre -ville paupérisé. Et vous avez les

mêmes situations avec des difficultés d'accès aux soins qui sont très importantes et qui sont la résultante moins d'équipements médicaux, moins de mobilité. Quelquefois pour aller voir le médecin, il n'y a pas de bus qui passe, donc il faut y aller à pied. Moins d'offres de soins, moins de mobilité. Il y a aussi des inégalités en termes de survenue de maladie. Dans les quartiers noirs de Marseille, une personne sur quatre a une infection de longue durée. C'est à peu près le double de ce qu'on voit sur le reste de la ville. Il y a des surmortalités très significatives. À Marseille, quand on vit dans les quartiers noirs, l'espérance de vie est de 13 ans inférieure à celle d'autres quartiers. Ce sont de profondes inégalités qui résultent, finalement, d'un déficit de politique publique, dont quand même le responsable principal est l'Etat, dans ces zones. Nous, on essaie évidemment de faire ce que l'on peut avec les moyens d'une municipalité. Et parmi les solutions de maillage du territoire sanitaire, et c'est une spécificité à Marseille que j'invite, j'encourage ceux qui m'écoutent à aller explorer dans leur environnement propre, c'est la possibilité de créer des centres de santé qu'on a organisés avec l'assistance publique des hôpitaux de Marseille, qui a une attitude assez unique dans le domaine. À Marseille, à l'heure actuelle, il y a trois centres de santé dans les quartiers noirs qui sont gérés par l'assistance publique des hôpitaux de Marseille, qui met des médecins généralistes et une équipe avec des infirmières, des aides-soignantes, des assistantes médicales. C'est totalement dédié à la prise en charge de ces populations. C'est le principe d'aller vers les populations les plus en difficulté. Il y en a trois, mais on veut l'utiliser par deux, voire même par trois, ce chiffre, d'ici la fin de la mandature, avec ce modèle où l'assistance publique apporte les effectifs médicaux, mais il y avait aussi d'autres modèles. Il y a des centres de santé communautaires dans lesquels des médecins généralistes font le choix d'être salariés sans dépassement d'honoraires, avec un tiers payant obligatoire, et vont s'occuper de populations qui sont très éloignées du soin. Il n'y a pas que les médecins qui sont nécessaires dans ce panorama. Il faut des médiateurs en santé, il faut des interprètes, parce qu'il y a un certain nombre de patients qui ne parlent pas le français. Pour qui c'est très difficile de prendre un rendez-vous chez le spécialiste tout seul. Donc, il y a besoin de cette infrastructure. Et ces centres de santé communautaires participatifs, qui sont très intégrés dans la vie de leur environnement, qui font de la prévention, qui font de la promotion de la santé, ils souffrent d'un déficit de financement qui est évidemment terrible. Parce qu'ils ne peuvent pas fonctionner sur le plan économique, avec le vieux modèle de la médecine à l'acte. Et donc, on a besoin d'une impulsion politique qui est évidemment dramatiquement défailante. Je vais arrêter là sur la question de l'accès pour avoir, et encore, je pense qu'elle rejoint un petit peu quand même aussi la question de l'accès aux soins, dire quelques mots sur le médicament dont Fabrice a parlé. Il y a eu de profondes transformations dans la prise en charge des cancers, les cancers du sein en particulier, mais tout un tas de cancers ont vu leur histoire se transformer grâce à l'apparition de nouvelles molécules, de nouveaux médicaments qui sont des vrais succès thérapeutiques qui ont fait reculer des mortalités de façon très significative. Le problème, c'est que cette innovation médicamenteuse qui se développe et qui continue à se développer et c'est heureux, elle est à l'heure actuelle de plus en plus chère. Les prix des médicaments anti-cancéreux sont en explosion continue depuis plusieurs années. Il y a une molécule, par exemple, pour vous donner un exemple, il y a une immunothérapie qui s'appelle le Pimbroлизumab qui a transformé le pronostic de tout un tas de cancers. Ça stimule le système immunitaire, ça détruit les cellules cancéreuses grâce à l'activation des propres cellules immunitaires des malades et ça a fait reculer la mortalité des cancers du poumon, des mélanomes, de certains cancers du sein. Donc c'est un vrai progrès. Ça représente à l'heure actuelle presque le tiers, ce seul médicament représente le tiers des dépenses de l'assurance maladie en matière de traitement anti-cancéreux. Donc vous avez un traitement qui vaut par patient presque 70, 75, 80 000 euros par patient. Et vous avez de nouvelles innovations qui sont dans cet ordre de prix, voire même plus important. Vous avez des thérapies cellulaires qu'on appelle les CAR-T, qui sont administrées à un malade au prix de 250, 300, 400 000 euros l'injection. Donc ces prix-là, est-ce qu'ils sont justifiés ? Alors bien sûr, développer un médicament, ça vaut de l'argent, ça coûte de l'argent. L

l'industrie pharmaceutique nous dit que ça coûte beaucoup d'argent et c'est vrai que ça coûte beaucoup d'argent. La question qu'il faut poser, c'est est-ce que ça vaut autant d'argent que ça ? Et ce que l'on voit quand on regarde l'industrie pharmaceutique de près, c'est que c'est l'industrie la plus rentable de toutes les industries. C'est l'industrie qui distribue le plus de... dividendes à ses actionnaires, devant l'industrie de l'aérospatiale, devant l'industrie du numérique, devant l'industrie de la finance elle-même. Donc il y a certainement dans ces prix des médicaments l'alimentation de profits qui sont indues, d'autant plus que beaucoup de ces médicaments sont issus du génie de Fabrice et de ses amis. Mais oui, mais oui, et il le sait en fait, il y a des médicaments actuellement sur le marché Fabrice qui sont vendus à prix d'or et dont toi tu es tu as été un acteur majeur du développement et Fabrice André il est génial mais il est le produit de l'école républicaine, de l'université et donc il est génial et il est aussi le produit de notre service public et donc il a participé à ces avancées-là et quelque part les profits sont privatisés et tu n'en as pas parlé mais il y a un gros débat à l'heure actuelle sur le prix des médicaments. Vous savez qu'une grande partie de l'innovation vient des Etats-Unis. Les grandes pharmacies américaines ont décidé de faire payer très cher leurs médicaments et de nous dire si vous voulez pas payer ce prix là on commercialisera pas chez vous. Vous entendez ça ? Il y a des innovations thérapeutiques dont certains ont fait le choix qu'elles ne seraient pas disponibles en France si on s'aligne pas sur les prix exorbitants qui sont demandés. Donc là il y a un problème, il y a un problème de contradiction entre ce que permet l'intelligence humaine et l'accès réel pour les patients. Donc ça c'est quelque chose qu'il faut évidemment débloquer, faire péter. Il y a évidemment des outils c'est compliqué mais il y a certainement la place pour une prise en main publique de cette question. Il s'agit pas de nationaliser l'ensemble de l'industrie pharmaceutique ce serait pas possible mais il s'agit de mettre et d'ailleurs le niveau européen est certainement un niveau intéressant, il s'agit de mettre des exigences, des règles qui nous permettent de refuser ce chantage et qui permettent de rendre toujours possible l'accès aux innovations thérapeutiques quel que soit son niveau socio-économique ce qui n'est plus le cas aux Etats-Unis. Je m'arrête là.

Barbara : Merci Anthony. Alors Yannick tu as entendu tous nos intervenants. Du coup on a parlé santé, travail, prévention, accès aux soins, médicaments. Alors on va peut-être pas tout refaire mais tu es député communiste, tu es le porteur de la loi sur le cancer au sein et aussi du coup on va rentrer dans une période du coup à l'Assemblée nationale sur le PLFSS. Est-ce que tu peux nous dire un peu ce que les communistes portent et comment tu as porté cette loi et ensuite comment les communistes vont porter par rapport à la bataille du PLFSS

? Oui merci alors rétablir une vérité, je suis le dernier kilomètre de rail comme on dit chez les cheminots pour cette proposition de loi puisque c'est Fabien Rousseff qu'il a initié, on l'a initié ensemble, enfin c'est lui qui en était le premier rapporteur puisqu'on a rencontré au début de notre mandat en 2022, on a rencontré la même personne à quelques mois d'intervalle. Moi j'arrivais fraîchement élu à l'Assemblée nationale et un jour il m'appelle il me dit écoute faut qu'on fasse une proposition de loi c'est un vrai scandale ce qui se passe notamment sur les soins de support mais pas que je vais y revenir et donc c'est lui qui a initié ce texte et le principe de ce texte au départ c'était l'accessibilité totale et la gratuité totale de l'ensemble des soins liés au cancer du sein. C'était ça l'ambition que l'on portait à l'Assemblée nationale vous savez qu'à l'Assemblée nationale si jamais on floue tranquille et qu'il faut faire des compromis quand on veut qu'un texte passe parce que vous savez que l'initiative parlementaire est quelque chose d'assez restreint notamment on a des difficultés pour inscrire des dépenses nouvelles et donc quand on fait un texte sur une prise en charge des soins liés au cancer du sein et bien il faut discuter il faut négocier et notamment dans le texte initial on avait imaginé l'interdiction des dépassements d'honoraires ça a été évoqué les dépassements d'honoraires c'est un scandale c'est 4 milliards et demi en 2025 les dépassements d'honoraires d'ailleurs je le dis je sais pas si vous êtes au courant mais j'ai fait un rapport sur le

dépassement d'honoraires il y a une dépréciation qui a été retenue c'est le non remboursement des prescriptions en secteur 3 donc les médecins qui veulent faire ce qu'ils veulent ils font ce qu'ils veulent mais ils ne peuvent pas compter sur la sécu certes ça peut avoir une incidence sur les patients il faut que les patients aient voir des médecins en secteur 1 ou 2 bref mais ça c'est un autre sujet dont il faudra qu'on parle en termes d'accès au soin et donc on a initié ce texte on a débattu on a fait beaucoup d'auditions et j'ai écouté tous les éléments médicaux et c'est très intéressant alors je sais pas si j'ai tout compris d'ailleurs mais même si vous avez été très clair mais ce qu'il faut comprendre dans le cancer du sein c'est qu'à l'injustice de la maladie s'ajoute énormément d'autres injustices aussi parce que ce sont des femmes qui sont les principales victimes puisque je crois que des cancers du sein il y a 1 % des hommes qui sont concernés par le cancer du sein et donc on a mené des auditions on a travaillé des associations qui accompagnent ces femmes il y a une injustice sociale il faut savoir que souvent les femmes quand elle quand on leur détecte un cancer du sein qu'elle rentre en thérapie c'est souvent des situations où elles peuvent perdre leur emploi beaucoup de femmes perdent leur emploi beaucoup de femmes se retrouvent seules elles sont quittées souvent et elles et elles gardent la même charge sociale au sein de la famille donc c'est aussi un cancer qui crée des injustices qui se cumulent en plus de la maladie et heureusement d'ailleurs qu'on a des associations qui les accompagnent et qui leur permettent d'avoir accès à des soins de support qui aujourd'hui sont mal pris en charge et donc c'était l'objet de notre proposition de loi où on voulait une prise en charge intégrale des soins de support c'est ce qu'on appelait à une époque de façon très maladroite et totalement inappropriée les soins de confort mais ça n'a rien de confortable c'est simplement avoir accès à de l'activité physique adaptée savoir accès à des téticiens il faut savoir face vous vous dites bien quoi mais il faut savoir sur le cancer du sein toutes les femmes ne réagissent pas de la même façon on peut perdre ses ongles on peut avoir la peau qui s'assèche donc il faut des pommades spécifiques il faut des vernis spécifiques on peut avoir des problèmes dentaires donc il faut avoir accès à des dentistes et quand on connaît le coût du dentiste aujourd'hui ça peut être un vrai frein pour toutes ces femmes pour qu'elles se soignent et donc nous l'idée c'était de prendre en charge l'ensemble de ces soins alors on a dû faire des compromis alors si Fabien est président en 2027 je pense qu'on pourra remettre le projet initial sur la table mais on n'en est pas là et en tout cas on a accepté de reculer notamment sur les dépassements non horaires parce qu'il faut savoir que moi je suis content d'écouter des médecins qui disent qu'il faut les installer où on a besoin d'eux parce que c'est pas le cas l'Assemblée nationale c'est à dire qu'aujourd'hui il y a un lobby des médecins il y a le sacro-sainte liberté d'installation qui fait qu'on peine à contraindre l'installation alors que je pense que c'est un vrai sujet dont on pourra parler dans l'accès aux soins et donc on a porté ce texte et on est arrivé à un texte donc moi j'ai repris le texte en 2024 en deuxième lecture et c'est Katia Poursopoli notre collègue sénatrice qui l'a porté au Sénat et le législateur a fait son travail en un an un peu moins d'un an on a réussi à voter une loi à l'unanimité et aujourd'hui cette loi n'est toujours pas appliquée c'est assez terrible c'est à dire qu'on vit dans un pays où les parlementaires bossent contrairement à ce qu'on peut croire font beaucoup de travail on travaille beaucoup on vote beaucoup de textes de loi mais ensuite c'est le pouvoir exécutif qui doit mettre en œuvre ces lois et donc là normalement sur ce texte prise en charge intégrale de renouvellement des prothèses ma mère le décret sorti la création d'un forfait pour les vernis l'extension du forfait existant pour bénéficier d'activité physique adaptée au début du diagnostic donc ça s'est passé maintenant ils sont en train d'écrire le dernier décret qui est sûr qu'elle pommade on va bien prendre en charge et donc ça prend un peu de temps a priori je comprends pas pourquoi puisque si on demande aux assos la liste elle est assez claire et il n'y a pas non plus 50 pommades disponibles mais voilà on sent que on a quand même une difficulté à ce que les choses se mettent en œuvre et ce qui permet de faire le lien avec le budget de la sécurité sociale si je pense qu'il y a une chose qu'il faut avoir en tête la sécurité sociale ne souffre pas d'une problématique de dépenses la sécurité sociale est malade d'un manque de recettes et c'est un peu

à ce à quoi on est confronté aujourd'hui c'est à dire qu'on a un déficit doit être une vingtaine de milliards alors je crois que c'était j'ai les chiffres exacts si vous êtes intéressé c'était 17 milliards c'était 21 milliards en 2025 et en 2026 on sera à 23 milliards ce qui en soit c'est important mais le budget de la sécu c'est 650 milliards donc ça permet de relativiser il faut savoir que ce déficit de la sécurité sociale c'est un choix politique en fait c'est à dire que c'est pas parce qu'on dépense trop c'est pas parce que les médecins prescrivent trop c'est parce qu'on fait le choix d'organiser ce déficit à travers un outil qui est assez simple qui s'appelle l'ondame l'objectif national des dépenses d'assurance maladie tous les ans on crée une enveloppe et on dit voilà grosso modo on doit dépenser ça en matière de santé sauf que inévitablement cette enveloppe elle est pas assez grande et donc quand les besoins arrivent et qu'on est obligé de financer les besoins puisque l'enveloppe est pas assez grande et bah ça crée un déficit c'est ça le déficit de la sécu et que on pourrait très bien avoir une sécurité sociale qui n'est pas de déficit si la sécurité sociale bénéficie des recettes auxquelles la droite notamment les cotisations sociales et donc on a une vraie bataille amenée sur le jeu c'est pas trop long parce que je pense que tu veux donner la parole mais la bataille qu'on essaye de mener à l'assemblée nationale sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale qui est une création assez nouvelle d'ailleurs c'est dans les années 90 je crois que c'est jupé qui a mis en place parce qu'avant c'était les partenaires sociaux qui géraient et ça se passait très bien d'ailleurs aujourd'hui l'édifice est gérée par les partenaires sociaux et ça se passe plutôt bien c'est depuis que le politique a mis la main sur la sécurité sociale que ça un peu bazar. Donc nous on plaide pour que ça sorte du politique et que ce soit les représentants des salariés qui gèrent la sécurité sociale comme c'était le cas à l'origine porté par Amboise Croizat. Et donc nous notre travail ça va être de faire en sorte que la sécurité sociale bénéficie des recettes et que l'on parte d'abord des besoins de la population. Beaucoup de besoins ont été évoqués, les moyens en recherche, les moyens en médicaments. Je reviens pas sur tout ce qui a été dit et je partage totalement ce qui a été dit par les deux docteurs. Et donc nous on essaye de se battre pour faire revenir des moyens supplémentaires à la sécurité sociale. Et je le dis et je m'arrête là-dessus parce que je pense que ça viendra dans le débat. Si je crois qu'il y a un sujet qui doit être au cœur de l'élection présidentielle, c'est l'avenir de la sécurité sociale. Et ne croyons pas qu'elle ait sauvé la sécurité sociale. Beaucoup de gens essayent de la tuer, beaucoup de gens essayent de mettre la main sur les 160 milliards de son budget et beaucoup de gens essayent de faire de la sécurité sociale non pas un système de solidarité, mais un système assurantiel. D'ailleurs on écoute certains candidats qui veulent financer la Sécu par de la taxe. Bah non, la sécurité sociale se finance par la captation de la richesse produite par le travail. C'est ça qui fait sa force et là on a un vrai sujet à l'Assemblée nationale pour essayer d'avancer et j'espère qu'on y arrivera.

Barbara : Merci Yannick. Alors tu as tout à fait raison de rappeler l'historique de la sécurité sociale et de rappeler aussi que c'est la valeur ajoutée du travail et que la cotisation sociale est essentielle dans la sécurité sociale sur le financement. Alors du coup bon ben on a eu quand même quatre interventions de qualité et on peut les remercier mais on va passer avec un débat avec la salle donc ils n'ont pas fini de vous parler. Je vous propose de pouvoir poser vos questions alors on va essayer quand même de faire des questions courtes vraiment des questions aux intervenants. Est-ce qu'il y a des gens qui veulent poser des questions ? Ok je vais descendre j'arrive.

Oui bonjour moi j'aurais voulu savoir où on était la recherche sur le triple négatif sur le cancer triple négatif. J'ai plus de voix. Alors elle va ça

Barbara : t'as entendu ? Très bien.

Peut-être qu'on peut prendre la question avec Anthony. Donc votre question elle porte spécifiquement où on est la recherche le cancer du sein triple négatif donc il faut peut-être redire.

Cancer du sein triple négatif c'est à peu près 15 % de l'ensemble des cancers du sein qui n'expriment pas, qui ne sont pas sensibles aux deux médicaments principaux qui sont l'orgne monothérapie et l'RCEPT. Du coup c'est négatif parce que c'est pas sensible aux médicaments. Néanmoins donc la recherche dans ce domaine là premièrement les immunothérapies sont efficaces lorsque c'est détecté précaussement et sont vraiment en train de radicalement changer le pronostic de cette maladie. Deuxièmement dans ce qu'on disait à l'heure c'est les thérapies issues des biotechnologies c'est à dire où on combine un anticor et une chimio dans un seul médicament pareil on améliore le pronostic et probablement donner plus précaussement vont radicalement changer le pronostic. Le problème ça reste toujours le même c'est à quel moment on détecte la maladie. Si on la détecte précaussement ces traitements vraiment améliorent le pronostic. Si on la détecte plus tardivement ces deux médicaments ont finalement assez peu d'impact en termes de guérison. Donc comme d'habitude l'enjeu c'est la détection précausse de ces cancers et là on peut dire pour l'instant qu'on avance pas trop sur ce cancer là sur la détection précausse parce qu'en fait ils apparaissent assez rapidement en réalité. Donc c'est à peu près un résumé. Non

j'ai pas grand chose à dire de plus. Les cancers du sein triple négatif c'est une petite partie des cancers du sein qui représentent 10 à 15 % et qui en effet se portent pas comme les autres. Il y a souvent une réputation de grande agressivité qui effectivement est plus agressive que les autres formes en partie par le déficit de certains médicaments par rapport aux autres. En même temps il y a une très grande proportion des cancers du sein triple négatif localisés qui peuvent être guéris et même guéris définitivement. Donc on n'entend pas. Donc effectivement les pistes de recherche sont l'immunothérapie, la médecine de précision, les anticorps conjugués. On a un vrai problème avec les cancers du sein triple négatif qui rechute précaussement. Il y a une partie très modeste mais qui existe où on détecte la maladie à un stade localisé. On fait le traitement avec la chimiothérapie, l'immunothérapie et malheureusement la maladie revient dans les deux ans. Et pour ces patientes là la situation est extrêmement complexe et c'est là où probablement les progrès en termes de traitement sont les plus attendus. Pour toutes les autres il y a d'ores et déjà des stratégies thérapeutiques très efficaces et peut-être pour un certain nombre d'entre elles la question est comment on peut épargner un certain nombre de toxicités. Fabrice parlait de l'immunothérapie qui est évidemment un vrai bénéfice pour un grand nombre de patients mais il y a aussi des patientes qui pourraient être guérissantes et qui pourraient éventuellement éviter un certain nombre de toxicités. Donc l'identification des patients qui bénéficient des traitements et celles qui n'en bénéficient pas est un vrai questionnement.

Barbara : Merci beaucoup. Je vais prendre quatre questions et après je vous laisserai répondre.

Oui bonjour. J'ai fait ce que fait Barbara en ce moment pendant un certain nombre d'années. Je suis infirmière, j'ai commencé le travail de nuit dans les années 80 donc j'ai connu la mise en place des 10 heures de nuit et je voulais demander à Barbara qui doit connaître plus ce secteur où on en est de la médecine du travail hospitalière. Parce qu'à l'époque que ce soit sur, alors les cancers on en parlait à peine pour les professionnels, ce qu'on avait c'était beaucoup de troubles du sommeil ça a été dit, les problèmes de circulation, aucun enseignement, aucune prévention, rien dans les écoles de formation des infirmières pour leur dire voilà il y a ça vous pouvez porter par exemple des bas de contention quand vous travaillez toute la journée debout. Moi, tous mes collègues sont passés à la chirurgie aussi des systèmes de circulation, donc on en est de cette médecine du travail qui était nulle à chier quand j'ai arrêté de bosser donc je sais pas si aujourd'hui on a progressé. Deuxième truc, sur la prévention, les examens, les mammographies, je suis partie en province, je suis en Loire-Atlantique, je vois les délais s'allonger pour obtenir un rendez-vous pour les mammographies, ce qui décourage ça a été dit beaucoup de femmes parce qu'il faut un se battre pour avoir le rendez-vous, deux aller à 50 km pour trouver le bon endroit pour faire les les mameaux. Voilà déjà, trois, je

pense que c'est une bataille, la santé, j'en discutais avec Loïc, c'est le sujet de conversation permanent alors surtout si on dit qu'on est de la santé mais quand même c'est le sujet de préoccupation, je pense qu'on peut faire des batailles politiques très efficaces en territoire si on communique tout ce qui a été dit là parce qu'on sait tout ce qui a été dit, je pense qu'on peut mobiliser des populations sur ces sujets en travaillant entre le national, les élus, le territoire parce que c'est le sujet. Je vais vous donner un exemple bas sur mer, voyez, ville de droite à côté du croisig, vous situez guérant enfin voilà, avec un camarade du parti on s'est mis en relation avec la fédération nationale des centres de santé et on a réussi à convaincre la mer de bas sur mer d'ouvrir un centre de santé il y a trois ans, ça fonctionne, il y a des médecins, ça fonctionne très bien, médecins, infirmières, je pense que même elle est en train d'étendre les professionnels de santé donc c'est des batailles gagnables j'ai envie de dire, ça c'est des batailles gagnables, les populations sont à l'écoute de ces propositions là.

Barbara : Je te remercie, on essaye de faire court parce que j'ai peine de monde qui lave le doigt.

Oui alors je vais essayer de faire très court, c'est une question pour Yannick Monnet à propos de la constitutionnalisation de la sécurité sociale. Vous aviez dans la précédente législature, Pierre Dareville avait déposé un projet qui a été repris par Yannick Monnet qui a un peu développé d'ailleurs puisque l'exposé des motifs est un petit poil plus long et dit un petit peu plus de choses enfin bon bref, moi ma question c'est est-ce bien raisonnable de constitutionnaliser la sécurité sociale dans l'état où elle est ? Et corollaire de la question est-ce qu'elle n'est pas déjà constitutionnalisée par le préambule de la constitution de 46 ?

Barbara : Je te remercie.

Ma question rejoint ce qu'a dit ma voisine. J'habite dans une ville à côté de Toulouse, Ramonville. Et lors des dernières élections, les deux listes en cours proposaient la création d'une maison de la santé. Pas tout à fait la création, mais de l'aide à la création d'une maison de la santé. Et ma question, c'est de savoir, dès lors qu'une collectivité, puisque là, il s'agirait d'aide de la municipalité, mais aussi de la communauté de communes, est-ce qu'elles ne doivent pas imposer des critères ? Et parce que moi, j'ai l'expérience, j'ai vécu aussi en région parisienne, à Drancy-Blanc-Ménil. Il y avait les CMS, qui étaient, je pense, un grand succès du communisme municipal. Et je crois qu'effectivement, il y a des batailles à amener. Et lorsque j'engage un petit peu des discussions, à l'heure actuelle, avec la municipalité qui a été élue, qui est une municipalité dite apolitique, elle s'en tient d'une part aux préconisations de l'ARS et d'autre part à ce que proposent aussi les professionnels de la santé.

Barbara : Alors, je vous propose de répondre aux questions. Et après, je vais voir les... Je vous propose d'abord de répondre. Donc, Barbara, sur la santé au travail. Peut-être Anthony et Fabrice sur la mammographie et du coup sur la constitution et sur la bataille politique de la santé.

Barbara : Alors, sur la santé au travail, je voudrais pas dire que j'arrive derrière Nadine avec une situation plus catastrophique qu'elle a connue, mais pratiquement. Aujourd'hui, la médecine du travail n'existe quasiment plus. La particularité, c'est que dans nos professions, on est sur place. Et la difficulté qu'on a, c'est que les professionnels de santé n'arrivent pas à obtenir, alors que c'est du statutaire, la prévention et les soins gratuits dans leur propre centre hospitalier. Donc, un suivi préventif avec des mammographies régulières, des prises de sang. Donc, on est vraiment dans une situation où les professionnels de santé ne sont aujourd'hui pas du tout couverts, d'abord par leur employeur. Donc, c'est une difficulté majeure. On n'arrive pas à faire reconnaître le cancer du sein, alors que 82 % du personnel hospitalier sont des femmes. À le faire reconnaître comme maladie professionnelle, c'est vraiment au cas par cas et c'est des longues luttes syndicales. La camarade

qui a réussi, à Martigues, à faire reconnaître son cancer du sein comme maladie professionnelle, elle a mis 25 ans de lutte pour faire reconnaître sa maladie professionnelle, pour faire annuler une décision administrative. On ne meurt pas non plus toujours du cancer du sein. On a une vie après. Et ça aussi, c'est pas pris en charge par nos employeurs, puisqu'on n'aménage pas nos horaires, on n'arrive pas à pouvoir avoir un suivi médical sur notre hôpital. Donc finalement, on est très isolés avec cette maladie et on est, y compris, stigmatisés. C'est une maladie difficile pour les femmes. C'est vraiment un parcours de vie. Quand vous avez un cancer du sein, vous êtes une femme, c'est un parcours de vie qui n'est pas pris du tout en compte, y compris psychologiquement. C'est -à -dire que vous êtes abandonnés si dès le départ, on vous propose pas un parcours adapté. Ça a été dit. Si vous n'avez pas du sport adapté, si vous n'avez pas un nutritionniste qui vous aide, si vous n'avez pas un psychologue, c'est très compliqué. Donc, la médecine préventive, on n'en a pas. Mais c'est pas la médecine préventive plus pour les hospitaliers. Il n'y a quasiment plus de médecine préventive en France, puisqu'on n'a même plus de ministères dédiés sur les questions de prévention. Ce qui... Enfin... Après, je voudrais dire un petit mot sur la Sécu. Enfin, et sur les centres de santé. La CGT, elle défend des centres de santé avec des médecins salariés attachés à un hôpital public. Ça marche à Marseille, ça marche pas qu'à Marseille, ça marche dans d'autres endroits. Mais parce qu'il ne faut pas confondre le concept de centre de santé public à rattacher à un hôpital avec une maison médicale dans lequel les médecins libéraux interviennent, mais peuvent exercer un tarif de secteur 2 de secteur 3. Il faut faire attention à ne pas confondre les deux concepts. Et les municipalités, aujourd'hui, elles portent souvent le financement de la création de la maison médicale, c'est -à -dire la construction, les charges. Mais à l'intérieur, vous n'avez pas forcément accès à des médecins de secteur 1 avec du tiers payant. Et c'est vraiment une différence. Moi, j'ai grandi avec des dispensaires, ça s'appelait comme ça à l'époque. Et c'est pas péjoratif, dispensaire, ça veut pas dire pauvre, mais ça veut dire accessible à toutes et à tous quel que soit votre niveau de vie. Et la sécurité sociale, c'est le fondement de notre système de santé. Ils sont en train de la détruire. Je voudrais rappeler qu'il y a une grande manif à Paris le 15 septembre pour défendre la sécurité sociale, qui est portée par la Fédération des industries chimiques, la FNIC. Pourquoi la FNIC ? Parce qu'on se bat pour que les prix des médicaments soient gérés par la sécurité sociale. Pourquoi les organismes sociaux ? Parce que la sécurité sociale, elle appartient à tout et à tous. Elle appartient aux travailleurs et à travailleuses de ce pays. Et la Fédération de la Santé, parce que nous, c'est notre coeur de métier. S'il y a pas la Sécu, il n'y a plus d'hôpital public dans ce pays. Merci.

Barbara : Merci, Barbara. Yannick, tu veux intervenir sur la sécurité sociale à la Constitution

? Oui, très rapidement. Juste avant, sur la médecine du travail, j'ai découvert, aux aléas des différentes cartes scolaires sur ma circonscription, qu'il y a une profession qui n'a pas de médecine de travail et des professionnels, des métiers assez féminisés, qui ne voient jamais un médecin du travail, ce sont les enseignants, professeurs des écoles. Quand ils rentrent en poste, je crois qu'ils voient un médecin. Et après, plus rien tout le temps de leur carrière. Et quand on parle de prévention et de médecine du travail, et moi, je partage, c'est un vrai levier pour la prévention et la médecine du travail, on a quand même d'énormes trous dans la raquette sur la constitutionnalisation de la sécurité sociale. Mon collègue Yannick Père -Darréville, effectivement, avait travaillé un texte en 2022, 2022-2024. Nous, on a voulu reprendre ce texte et en fait, ce qu'on a voulu faire, et je pense qu'elle ne l'ait pas constitutionnalisée. Nous, ce qu'on a voulu, ce qu'on veut faire avec ce texte, alors peut-être qu'on le présentera dans notre niche parlementaire, c'est sanctuariser son mode de financement. Parce que je crois que le principal danger de la Sécu, c'est son mode de financement. Et donc, de sanctuariser dans la constitution le financement par la cotisation. Et quand je parle de cotisation, je parle pas de CSG. Quand je parle de la cotisation, c'est un financement qui est dégagé du salaire. C'est -à -dire que quand quelqu'un travaille pour essayer d'être très succinct, vous savez certainement tous, quelqu'un travaille, il crée de la richesse. On prend une partie de cette richesse.

Et ça, ça finance la Sécu. Et ensuite, avec le reste de la richesse qui est créée, on paye les salaires, on paye l'investissement, etc. Et donc, le Gédine en brosse croisa quand il a créé la Sécurité sociale, et c'est ce qui rend la Sécurité sociale aujourd'hui encore debout et encore solide, c'est qu'elle est vraiment financée par la richesse produite par le travail. Quand j'écoute des candidats nous dire on va faire de la TVA sociale, quand j'écoute des candidats nous dire, comme c'est le cas de l'extrême droite, on va réduire, pas que d'ailleurs, on va réduire le brut et le net pour essayer d'augmenter les salaires, très concrètement, on assèche les financements de la Sécurité sociale. Et donc, aujourd'hui, elle est déjà affaiblie, puisque c'est 48 % la cotisation en matière de financement, ce qui devrait être 100 %. Et donc, on a une vraie bataille politique amenée, mais la constitutionnalisation, c'est vraiment... Ce qu'on a rajouté, c'est vraiment sur la partie financement, parce que c'est là où elle est le plus attaquée. J'espère qu'on arrivera à le mettre dans la Constitution, mais il faudrait d'autres majorités politiques à l'Assemblée nationale pour que ça avance plus vite.

Barbara : Merci, Yannick. Eh, qui c'est qui ? Il y a quelqu'un ? Oui, c'est bon ? On peut continuer les questions ? Vous voulez compléter, Fabrice ?

Mais il y avait une question sur le dépistage, je crois ? Oui. Voilà, mais donc le dépistage, schématiquement, c'est détecter un cancer précocement, et ça réduit le risque de décès par cancer. Il n'y a pas de discussion. Il y a parfois des trucs bizarres dans les réseaux sociaux. Ça, c'est prouvé. Donc la question, il y en a deux, c'est comment on touche plus de personnes pour qu'ils aillent se faire dépister. Donc ça, c'est de l'action, mais aussi de la recherche en sciences humaines et sociales, comment on touche différentes populations. Et la deuxième question, c'est en fait développer des outils plus simples de dépistage. La mammographie, ça fait un petit peu mal. Il faut deux lecteurs. C'est pas si simple que ça. Donc là, il y a tout un développement technologique. L'intelligence artificielle peut lire les mammographies de plus en plus. Il y a des systèmes de mammos qui sont beaucoup plus simples. Donc on espère qu'avec des systèmes plus simples de mammos, on doit pouvoir toucher plus de populations et avoir une meilleure performance. Il y a beaucoup de... où il y a des bus avec des mamots qui tournent dans des villages, dans des zones où il y a un petit peu moins de médicalisation. Donc elle la recherche là-dessus aussi.

Juste pour rebondir sur cette histoire de bus, en effet, j'ai une petite anecdote à vous raconter. Le centre anticancéreux dans lequel je travaille, avec les deux autres centres de lutte contre le cancer de la région, à Nice et à Vignon, ont décidé avec d'ailleurs le soutien de la région, qui est plutôt gouvernée par la droite, de créer un Mammobile. C'est un bus équipé d'un appareil de mammographie avec des manipes radio à l'intérieur et en effet avec le principe d'aller dans des endroits où... Parce que dans la région PACA, alors singulièrement dans les déserts médicaux dont je parlais à Marseille, les taux de participation au programme de dépistage sont très bas. C'est ce que je disais en commençant. Et donc, là comme ça, l'idée apparut plutôt sympathique à tout le monde. En fait, ça a généré une espèce de levé de bouclier des radiologues libéraux disant « ouais mais vous comprenez, vous allez faire des Mammobiles, vous nous sucez l'activité » alors qu'on va vers des populations qui ne vont pas dans les cabinets de radio. Donc, vous voyez que quelquefois, il faut un peu se heurter à un certain nombre de résistances d'une conception de la médecine qui ne devrait plus être de mise.

Barbara : Bon, alors, du coup, on va prendre deux dernières questions et on va devoir s'arrêter, apparemment, on me dit, au micro.

Bonjour, Yann, interne dans la première année de médecine générale. Je suis accompagné de collègues qui sont également dans la santé. En mai 2025, en première lecture, la loi Garo a été adoptée par l'Assemblée nationale. C'était une loi coercitive qui visait donc à contraindre l

'installation des médecins libéraux. Je ne sais pas ce qu'on en pense, mais on était dans la rue, on a sorti nos blouses, on a fait grève, on a bloqué quelques ronds-points à la Faculté de médecine de Brest. On n'a pas été entendu, je pense que les élus n'en ont jamais entendu parler, notamment à gauche, puisque c'était un projet de loi qui était porté par Guillaume Garo, député PS. Et en fait, nous, on l'a vécu comme les grands décideurs qui ne connaissent pas du tout le système de santé, qui prennent des décisions coercitives sans concerter les principaux concernés. Les patients, donc leurs électeurs sont concernés, donc est-ce que ce n'était pas un choix électoraliste ? Qu'est-ce qu'on en pense ? Et est-ce que ça va vraiment être efficace quand on sait que 80 % du territoire français est déjà sous-doté ? Moi, je sais que j'aurais envie d'exercer en Bretagne. Là où je voudrais me rapprocher de ma famille, c'est une zone qui est en rouge sur les cartes pour s'installer. Sachant que je vais donner 10 ans de ma vie, que j'aimerais bien un jour construire une vie de famille, avoir une maison, que mes enfants puissent aller à l'école, avoir un bureau de poste, une banque, un supermarché, et que tous les déserts médicaux sont désertés par tous les corps de métier. Donc demander à un médecin d'aller s'installer dans un désert médical où il n'y aura pas de kinés, de pharmaciens, où le bureau de poste aura fermé depuis deux ans, où il sera ouvert deux jours dans la semaine, est-ce que c'est vraiment raisonnable ? Qu'est-ce qu'on en pense ? Est-ce qu'il y a des solutions qui sont proposées pour 2027 ?

Barbara : Je te remercie. On va essayer de faire vite. Michelle, une question courte.

Je vais être très courte. Je ne vais pas réagir sur ce qu'il vient de dire. Sauf que je pense que ce n'était vraiment pas de la coercion et qu'il y a un discours. Il faut y compris que les médecins libéraux fassent un petit effort. Je suis Michelle Leflon. Je m'occupe de la Coordination nationale des Comités de défense des hôpitaux et maternités de proximité. Ma question, c'était un peu, et je vais quand même m'étendre un peu près, qu'est-ce qu'on fait tous ensemble pour la sécurité sociale, avec deux échéances, qui est le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour l'année prochaine, et effectivement toute la destruction actuelle de la sécurité sociale, avec y compris, mais ça a été dit, des parties de droite et d'extrême droite qui veulent supprimer les cotisations au prétexte que ça augmenterait les salaires nets, sauf que ça appauvrirait la population. Alors moi, je voudrais rebondir sur la proposition de loi de l'ANICMonnaie. Oui, je vais être très courte, mais je crois qu'il y a deux choses extrêmement importantes. Quand on parle du 100 % Sécu, on nous demande souvent, est-ce que ça se rembourse, est-ce que ça se rembourse, et je pense que cette loi, ça donne le mode d'emploi, c'est la démocratie, même s'il faudrait maintenant effectivement que les décrets paraissent. La deuxième chose, c'est que ça amène à un débat sur les dépassements d'honoraires qui a été porté dans le débat sur la loi, avec et au niveau de la coordination, on est en train de faire signer une pétition contre les dépassements d'honoraires, parce que c'est un moyen pour discuter avec la population de toutes les autres questions de la sécurité sociale, et je pense qu'on a besoin de travailler ensemble sur le PLFSS et la sécurité sociale.

Barbara : Je remercie. Alors, ce que je vous propose, c'est de répondre aux deux... Il est loin de là. Voilà. C'est bon ? Là ? Ok. Ce que je vous propose, c'est de répondre aux deux questions et de chacun conclure le débat. J'en suis désolée, mais il faut qu'on conclue. On va faire un tour du coup, on va commencer par toi, Yannick, et comme ça, tu réponds aux questions et tu conclus, et chacun conclura.

Très bien. Je vais répondre sur la loi Garo, parce que c'est une loi que je connais bien, puisque j'en suis un des co-signataires. Je pourrais répondre par une question. Qu'est-ce qu'on fait de ces populations dans ces territoires ? Bon, c'est pas une loi coercitive, la loi Garo. La loi Garo, elle dit une chose. Elle dit aujourd'hui, on a 87 % du territoire national qui a en grande tension d'accès aux soins. Donc, les jeunes médecins, ils peuvent s'installer que sur ces territoires, pas sur les autres qui

sont surdotés. Donc, ça veut dire que pour la Bretagne, si la Bretagne est en zone rouge, tu pourras t'installer en Bretagne puisqu'elle est en zone rouge. Elle dit ça, la loi Garo. La vraie question, quand même, sur l'offre de soins, il faut bien comprendre qu'aujourd'hui, 6 Français sur 10 renoncent à soigner et 1 Français sur 4 pour des raisons médicales. Aujourd'hui, la profession médicale, je le dis, je suis désolé d'être brutal parce que je suis obligé d'aller vite. Aujourd'hui, la profession médicale vit parce qu'on est dans un pays où il y a de la solidarité nationale, et c'est la Sécurité sociale qui finance la médecine. Et donc, à ce titre, au même titre que les enseignants, on les envoie où il y a besoin d'eux dans les écoles, je pense qu'il faudrait organiser l'offre de soins chez les médecins libéraux, comme ça se fait chez d'autres praticiens comme les pharmaciens, et que tout le monde puisse avoir accès aux soins. Ensuite, sur les questions de jeunes médecins, on en a auditionné des syndicats de jeunes médecins, je pense qu'il y a un vrai sujet sur le financement des études et sur la prise en charge de l'internat ou de la rémunération pendant cet intervalle, puisque beaucoup de sacrifices sont faits. Donc ça, je n'ai pas de souci là-dessus. Mais quand même, on doit avoir accès à la santé et aux médecins partout sur le territoire national. Et donc, ça nécessite de s'organiser pour l'installation des jeunes médecins. Sinon, nos territoires comme le mien, les gens ne pourront pas soigner et ils vont mourir. Donc, il y a un vrai sujet de santé publique. Sur ça, voilà.

Barbara : J'ai conclu. T'as conclu. Ok. Vas-y Fabrice.

Ok. Donc, c'est en conclusion. Moi, je pense qu'en fait, le problème, c'est que la médecine, on l'a subi. Donc, c'est ce qu'en fait a dit Anthony. Les innovations viennent des États-Unis. Les innovations sont extrêmement chères. On empile les innovations les unes avec les autres, ce qui fait que du coup, seul un petit nombre de centres très experts peuvent les délivrer. Et à mon sens, on améliorera les choses quand on réversera cette logique et que nous, on dira, on doit être à l'origine de l'innovation et on doit créer un système souverain. Et à côté de ça, on doit réduire considérablement le coût des soins au départ. Et si on arrive à dire, c'est nous qui créons l'innovation et par ailleurs, on fait les études cliniques pour faire en sorte qu'on puisse très bien traiter des patients à coût réduit, en fait, tous ces débats qu'on vient d'avoir là, ils changeraient radicalement, en fait. Et pour revenir au coût des médicaments, en fait, au départ, tout part quand même de l'université et tout part de la recherche. Il faut quand même qu'on soit tous réalistes. Et tant qu'on paiera des chercheurs des clopinettes, ils ne pourront pas produire de l'innovation. On n'aura pas nos propres médicaments. Et donc, ça, c'est un peu le projet qu'on a avec M. Garzons, le maire de Villejuif, et vraiment essayer de faire émerger en France des grands clusters d'innovation où on va créer nous-mêmes nos médicaments. Parce que sinon, on subira la santé et il n'y a pas de solution,

Barbara : sinon. Merci Fabrice. Anthony, je te laisse conclure.

Je veux dire deux mots sur la question de l'installation. Je partage ce qu'a dit Yannick, même si je ne limite pas la question à régulation de l'installation point barre. Parce que ce que tu as dit est vrai. On ne doit pas demander aux médecins d'être les seuls à aller repeupler un désert de services publics. Donc oui, moi je suis pour la régulation de l'installation et je suis en même temps pour le développement des services publics qui vont avec. Et tout ça doit aller de pair. Et je pense aussi que dans votre génération, je pense que vous êtes conscients que les gens, on ne peut pas les laisser comme ça et que vous avez une responsabilité. On ne fait pas médecine par hasard. On ne fait pas médecine comme on est un joueur de foot. On fait médecine parce qu'on a aussi une vision des gens dont on doit s'occuper. Mais je suis d'accord, vous ne devez pas les médecins. Les jeunes médecins ne doivent pas être les seuls sur qui repose ça. Et donc on doit développer un service public beaucoup plus large. Et moi je pense qu'il faut aussi penser aux structures d'exercice collectif dans lesquelles vous pourriez trouver un épanouissement beaucoup plus important que par une

installation libérale standard. Et dernier point, je pense aussi qu'il faut faciliter l'entrée dans les études médicales pour les jeunes qui viennent des quartiers populaires ou de la ruralité. Parce que quand on est né dans la ruralité ou dans un quartier populaire, on n'a pas besoin de coercition pour y revenir.

Barbara : Merci Anthony. Barbara, je vais te laisser conclure.

Barbara : Alors moi ça va être très simple. Déjà il faudrait abroger Parcoursup pour permettre à tous les professionnels de santé qui voudraient entrer justement dans les quartiers populaires, qui voudraient accéder à des études de médecine. Et bien Parcoursup, ce n'est pas possible de le garder. En tout cas, il faut revenir aussi au concours. Pourquoi je dis ça? Parce que les concours permettaient aussi de choisir les personnes qui étaient et qui souhaitaient. On ne vient pas en médecine par hasard. Donc pour rester en médecine, les professionnels de santé ont besoin d'être reconnus. Ils ont besoin d'être payés. Ils ont besoin de pouvoir continuer à se former tout au long de leur carrière. Et donc, on ne freine pas aussi l'entrée en formation professionnelle qu'on ne ferme, qu'on leur permette de pouvoir passer d'aide soignante à infirmière, d'infirmière à cadre dans une logique de carrière et ne pas stopper les parcours professionnels des jeunes. Et il faut surtout ouvrir des écoles. Il faut ouvrir des places à l'IFAS, à l'IFSI, en écoles de médecine, parce que sinon on n'y arrivera pas. Et je voudrais avoir terminé mon propos par remercier tous les professionnels de santé qui sont sur la fête, qui vont contribuer pendant la fête à veiller sur vos vies que s'il y a des soucis, voilà, au personnel de la Croix-Rouge, au personnel du SAMU, aux agents hospitaliers qui ont été réquisitionnés et en tout cas se sont mis à disposition pour l'Humain pour veiller sur vous. Et je voudrais qu'on les remercie sincèrement et chaleureusement.

Barbara : Alors, merci aux quatre intervenants. Bon, du coup, on aurait pu débattre pendant trois heures sur cette question de l'accès aux soins. C'est vraiment une bataille, je pense, politique qu'on devra tous mener, toutes et tous ensemble. Et je vous remercie de votre participation.