



Déclassifié¹

AS/Soc/PHSD (2022) PV02add

30 janvier 2023

Fsocphsdpv02add_2022

Commission des questions sociales, de la santé et du développement durable

Sous-commission de la santé publique et du développement durable

Procès-verbal

Événement de sensibilisation au cancer du sein dans le cadre d'Octobre rose, qui a lieu à Strasbourg, le lundi 10 octobre 2022

La sous-commission tient une audition publique sur la sensibilisation au cancer du sein, traitant en particulier des thèmes des discriminations à l'encontre des patients souffrant d'un cancer du sein et du phénomène du « *pink-washing* », avec la participation de :

- ✓ M. K. M. Gopakumar, Conseiller juridique et chercheur principal, *Third World Network* (TWN) (*participation en ligne*)
- ✓ Mme Nathalie Clastres, Chargée de mission Promotion du Dépistage, Service Prévention et Promotion du Dépistage, La Ligue nationale contre le cancer, France

Mme Olena Khomenko (Ukraine, CE/AD), **deuxième vice-présidente de la commission**, présente les thèmes abordés et les intervenants puis donne la parole à M. Gopakumar pour une présentation sur le fonctionnement des services de détection du cancer du sein dans les pays en développement, ainsi que sur les obstacles présentés par l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC) de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) en termes d'accès aux traitements contre le cancer du sein.

M. Gopakumar félicite tout d'abord la sous-commission de l'APCE d'avoir repris ce sujet de discussion très important. Il remercie également la sous-commission de lui donner l'occasion de partager son point de vue sur les inégalités existantes dans le traitement du cancer du sein et espère que cette délibération débouchera sur des mesures substantielles visant à surmonter ces inégalités dans le traitement du cancer du sein.

Il existe une disparité choquante en termes de taux de survie au cancer du sein entre les différents pays. Alors que le taux de survie est de 9 sur 10 (c'est-à-dire que les patients vivent plus de 5 ans après le diagnostic et traitement) dans les pays à revenu élevé, seuls 6 patient(e)s sur 10 survivent en Inde. Ce taux de survie est réduit à 4 patients sur 10 en Afrique du Sud et est encore plus faible en Afrique sub-saharienne.

Parmi les raisons de ces inégalités, on peut citer la détection tardive, les limites du système de santé et les déterminants socio-économiques. Cependant, la raison la plus importante, pourtant moins évoqué, est l'inégale disponibilité de traitements et médicaments anti-cancéreux à prix abordables. Bien que ces médicaments soient disponibles dans les pays développés, leur coût élevé en empêche l'accès dans les pays en développement. Le coût exorbitant de ces médicaments empêche les gouvernements des pays en développement de mettre en place un programme national de traitement avec les médicaments les plus efficaces contre le cancer du sein. Par exemple, les trois inhibiteurs de la CDK utilisés pour le traitement du cancer du sein HR+, qui constitue près de 2/3 des cas de cancer du sein, sont inaccessibles à la majorité des patients dans les pays en développement, y compris en Inde. Le coût mensuel du Ribociclib, l'un des médicaments faisant partie des inhibiteurs de la CDK, s'élève à 58 140 roupies indiennes (INR) par mois, celui du Palbociclib à 95 000 INR et celui de l'Abemaciclib à 11938-23876 INR.

¹Le procès-verbal a été approuvé et déclassifié par la Commission des questions sociales, de la santé et du développement durable lors de sa réunion du 26 janvier 2023.

L'Inde, en tant que centre mondial de production de médicaments génériques, a la capacité de fabriquer ces médicaments à un prix abordable. De même, de nombreux autres pays en développement disposant de capacités de production ont la possibilité de fabriquer ces médicaments. Cependant, le système de brevets entrave la capacité des pays en développement à fabriquer ces médicaments, indispensables à la survie des patients atteints d'un cancer du sein. En outre, l'extension de la durée des brevets par le mécanisme des brevets secondaires entrave davantage encore la disponibilité de ces médicaments pour la population qui en a le plus besoin. Ainsi, en 2021, en raison de son brevetage, le médicament Ribociclib était disponible pour moins de 4000 patients, alors que le nombre cumulé de patients nécessitant un traitement était supérieur à 100 000. Cet énorme écart d'accès au traitement nous oblige à nous pencher sur la question cruciale de la mise à disposition de ces médicaments auprès de l'ensemble de la population des patients, dont le nombre ne cesse de croître. La restriction ou la suppression de la protection par brevet, ainsi que l'octroi de licences obligatoires pourraient garantir la disponibilité d'une version générique abordable. Toutefois, la pression politique exercée sur les pays en développement contre l'octroi de licences obligatoires empêche l'adoption de telles mesures.

Une situation similaire se dessine concernant l'accessibilité des anticorps monoclonaux (mAB) nécessaires au traitement du cancer du sein HER2+ et du cancer du sein triple négatif. L'accès à ces anticorps monoclonaux est fortement concentré dans les pays développés. Bien qu'un grand nombre de mAB ne soient plus protégés par un brevet, leur disponibilité dans les pays en développement est fortement limitée en raison du coût élevé de leur production. Ces coûts élevés résultent de l'exigence d'essais comparatifs (qui elle seule constitue un obstacle notable, y compris en l'absence de droits de propriété intellectuelle) ainsi que d'autres protections liées à la propriété intellectuelle, tels que les secrets commerciaux. Par conséquent, les fabricants de médicaments d'origine continuent de jouir d'un monopole sur les droits de production et les prix de vente même après l'expiration du brevet.

La concurrence et la diversification des capacités de fabrication peuvent avoir un impact considérable sur le prix et la disponibilité des traitements. Par exemple, le vaccin contre la VPH, qui coûtait dernièrement entre 35 et 40 dollars américains, sera bientôt disponible à un prix inférieur à 1 dollar américain en Inde. Cela permettrait de réduire considérablement le nombre de patients atteints de cancer du col de l'utérus.

Les inégalités existantes ont été créées à dessein et violent le droit des peuples à bénéficier des avantages de la science et de ses applications en vertu du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels.

M. Gopakumar estime qu'il convient de déclarer le traitement du cancer du sein comme un bien public mondial et d'encourager les pays à prendre les mesures suivantes :

- Faciliter la concurrence pour les petites molécules brevetées actuellement utilisées pour le traitement du cancer du sein, par exemple les inhibiteurs de CDK comme Ribociclib. Ceci peut être réalisé en encourageant les pays en développement à utiliser les flexibilités permises par l'ADPIC, telles que les licences obligatoires, les licences d'utilisation par le gouvernement ou bien la suspension temporaire des effets des brevets sur ces molécules.
- Encourager la concurrence pour les produits biologiques, en particulier les anticorps monoclonaux qui constituent l'un des éléments les plus coûteux du régime de traitement du cancer du sein. Le coût peut être réduit de manière significative en supprimant l'obligation de procéder à des essais cliniques pour produire des anticorps non originaires. La suppression des exigences en matière d'essais cliniques pour les anticorps monoclonaux trouve son fondement dans les lignes directrices de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur les biosimilaires, récemment modifiées et dont l'évaluation a été menée sur la base d'évaluations scientifiques approfondies. En outre, le partage des lignées cellulaires peut contribuer à l'augmentation de la production par la diversification. À cet égard, il convient d'apporter toute l'aide nécessaire aux pays en développement pour mettre en œuvre les lignes directrices de l'OMS avec les modifications requises.
- Empêcher les entreprises pharmaceutiques ou leurs représentations d'exercer une influence indue sur les pays utilisant les flexibilités permises par l'ADPIC.
- Encourager la production locale de médicaments contre le cancer du sein dans les pays en développement. Cela peut être réalisé en fournissant un financement public pour le développement de nouveaux produits pour le traitement du cancer du sein, en fournissant une assistance pour combler les lacunes technologiques et en développant des processus pour une production moins coûteuse.
- Mieux financer l'OMS, le développement de protocoles de traitement et leur mise en œuvre dans les pays en développement afin qu'ils puissent mettre en place un plan de traitement national gratuit contre le cancer du sein.
- Fournir une aide à la formation des professionnels de la santé afin de développer les capacités de traitement.

M. van Pareren remercie M. Gopakumar pour une présentation éclairante et révélatrice. Il s'interroge sur l'accès, en amont, à un diagnostic fiable dans les pays en développement évoqués.

M. Gopakumar confirme que la même inégalité est constatée concernant l'accès au diagnostic, bien que sa présentation se soit concentrée sur l'accès aux traitements. L'enjeu est de développer un parcours complet de tests de dépistage dans ces pays, en utilisant les technologies déjà disponibles pour effectuer plus largement ces dépistages et diagnostics initiaux. Les technologies plus avancées comme l'imagerie, la mammographie et la biopsie servent ensuite de tests de confirmation. L'enjeu est avant tout de promouvoir la généralisation des dépistages et diagnostics initiaux, qui ne supposent pas nécessairement de recourir à des technologies avancées ou onéreuses.

Mme Khomenko interroge M. Gopakumar sur les flexibilités et opportunités apportées par le cadre juridique international en la matière, en particulier le droit international du commerce et l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC) de l'OMC. Cela afin d'assurer un accès plus équitable aux traitements contre le cancer du sein.

M. Gopakumar précise que l'ADPIC permet en théorie aux gouvernements de prévoir des aménagements visant à assurer la disponibilité des médicaments et traitements. Ainsi, lorsqu'un médicament protégé par un brevet n'est pas disponible à un prix abordable, les gouvernements pourraient décider de prévoir la mise en place de licences obligatoires ou de licences d'utilisation au profit du gouvernement. En pratique, ce n'est toutefois jamais fait, principalement du fait de la pression politique que subissent les pays qui envisagent la mise en place de telles licences obligatoires de la part des entreprises pharmaceutiques et d'autres États. Par ailleurs, la plupart du temps, les entreprises pharmaceutiques détiennent de multiples brevets pour l'usage d'une même molécule. Cette protection élargie étend de fait leur monopole au-delà du brevet initial. Ces raisons expliquent la réticence des États à se saisir des flexibilités offertes par l'ADPIC. L'idéal serait de se référer aux objectifs de développement durable (ODD) et de décider de la suspension des brevets le temps de la crise d'accès aux traitements contre le cancer du sein du fait de leur prix excessif.

La présidente donne ensuite la parole à Mme Nathalie Clastres, Chargée de mission Promotion du Dépistage, Service Prévention et Promotion du Dépistage, La Ligue nationale contre le cancer, France pour une présentation des campagnes de la Ligue en France vers de meilleures stratégies nationales de prévention et dépistage du cancer du sein, ainsi que leurs efforts pour lutter contre le phénomène du « *pink-washing* » en ce qui concerne le cancer du sein.

Mme Clastres remercie la sous-commission de l'avoir invitée à contribuer à cette discussion dans le cadre d'Octobre rose et de la lutte contre le cancer du sein. 58 500 femmes sont touchées chaque année par le cancer du sein en France, environ 12 100 en décèdent encore. On estime que dans sa vie une femme sur huit sera confrontée à un cancer du sein. Il s'agit du cancer le plus meurtrier, qui représente un cinquième des décès tous cancers confondus. L'incidence des cancers du sein suit une courbe d'évolution relativement stable en France métropolitaine entre 1990 et 2018. La mortalité tend à diminuer grâce à des diagnostics précoces et des thérapies qui sont accessibles en France. La démocratisation de l'accès aux thérapies est notable mais récente en ce qui concerne en particulier le cancer dit triple négatif. Il est espéré que cet accès démocratisé au traitement pour le cancer triple négatif, constituant 15 % des cas de cancer du sein, permettra d'améliorer la vie des patientes et d'augmenter le taux de survie.

Le moyen de lutte le plus efficace contre le cancer du sein en France est le dépistage précoce. Ce dépistage est organisé depuis 2004 en France et concerne toutes les femmes entre 50 et 74 ans qui sont sans facteur de risque en dehors de leur âge. Le programme a été initié par le ministère de la santé sous l'égide de l'Institut national du cancer (INCA). La Ligue nationale contre le cancer est également associée à ce programme. Le programme permet de proposer aux femmes une mammographie gratuite tous les deux ans, avec une deuxième lecture. Cette deuxième lecture permet de détecter environ 6 % de cas de cancer du sein qui n'ont pas été repérés par le premier lecteur. En France, des développements doivent encore être faits pour améliorer la qualité de cette lecture, en particulier par le recours aux clichés dématérialisés. La communication et la sensibilisation des femmes au dépistage tous les deux ans par la mammographie est également un enjeu majeur, puisque la mammographie permet de détecter des lésions ou des tumeurs infracentimétriques (quelques millimètres à peine). Il s'agit donc bien du test de référence pour la détection précoce du cancer du sein.

Pour les femmes dites à niveau de risque « élevé » ou « très élevé », une approche différente doit être adoptée en fonction des antécédents de cancer du sein et/ou utérus ou ovaires, que ce soit des antécédents personnels ou familiaux. Il convient également de prendre en compte l'âge auquel l'antécédent est survenu. Cela dépendra aussi du fait que la personne ait ou non été exposée à des radiations thoraciques élevées, particulièrement avant l'âge de 30 ans et notamment dans le cadre du traitement de la maladie de Hodgkin. Doivent également recevoir un suivi particulier les femmes qui ont des prédispositions génétiques, notamment la famille de mutations génétiques BRCA1 et BRCA2, entre autres.

Il est en sus recommandé aux femmes qui n'ont pas encore accès au dépistage organisé et à la mammographie gratuite (car non-recommandé vis-à-vis de leur âge), à partir de 25 ans et tout au long de la vie, d'avoir un suivi opéré par un médecin, un gynécologue ou une sage-femme avec une palpation professionnelle au moins une fois par an. Sur ce point, en raison notamment des déserts médicaux qui se créent un peu partout en France et du manque de professionnels de santé à la disposition de la population, on pourrait dire que la France rejoint les pays en développement. Il y a de moins en moins de gynécologues et les femmes ont aussi tendance à aller les voir de moins en moins, sans pour autant se tourner vers le suivi par une sage-femme.

Entre les examens (mammographie et/ou palpation par un professionnel de santé), il convient d'exercer une surveillance de l'apparition des signes évocateurs tout au long de sa vie. Parmi les actions de la Ligue, les actions de sensibilisation auprès des femmes comprennent notamment la sensibilisation aux signes évocateurs à surveiller et aux bonnes pratiques à suivre (notamment dans les bus de la Ligue nationale contre le cancer lors du mois d'Octobre rose). Le taux de dépistage sur la France entière (aux alentours de 46% en 2020-2021) est nettement inférieur à la recommandation européenne (qui est de 70%). La Covid-19, de même que la réduction constante du nombre de radiologues en France, ont également énormément retardé la prise en charge de patientes en 2020-2021. Cette situation pousse de nombreuses femmes à délaissé leur suivi. Il convient de renforcer la sensibilisation à ce sujet, au risque autrement de voir une augmentation des cas de lésions et tumeurs plus importantes et plus difficilement curables (traitement plus complexe).

Face à ce constat et au réel problème de santé publique posé par le cancer du sein, la fondation Esthée Lauder a créé en 1992 le « Ruban Rose » pour attirer l'attention de toute la société sur cette problématique et favoriser le déploiement d'un maximum de fonds pour la recherche contre le cancer du sein. En France, l'association Ruban Rose a été créée en 1994 et est une émanation de la fondation américaine *Breast Cancer Research Foundation (BCRF)*. Ses objectifs sont de promouvoir le dépistage précoce (ou dépistage organisé) et de soutenir la recherche grâce à une campagne de communication et de collecte de fonds, connue sous le nom d'Octobre rose. Le Ruban Rose est à présent devenu un symbole international et la campagne de sensibilisation Octobre rose est devenue extrêmement importante, elle est désormais ancrée dans le paysage événementiel français et international. De nombreuses actions de soutien à Octobre rose sont organisées chaque année. Cet engouement comprend toutefois sa part de dérives.

Les dérives dites du « *pink-washing* » ont été constatées dès les années 2010 aux États-Unis et particulièrement en France entre 2014 et 2018. Cela se matérialise par du « marketing rose » à outrance, mis en avant sans que l'on ne sache à qui cette campagne marketing bénéficie réellement ou bien le sens du message. Par exemple, des coffrets de parfumerie Octobre Rose indiquent « 1% des bénéfices reversés » sans que la part de bénéfice ne soit quantifiée dans le calcul du prix ou que l'entité à laquelle les sommes sont reversées ne soit précisée. Par ailleurs, le développement de produits « Octobre Rose » interroge quant aux bénéfices faits par les marques sur ces produits, au montant des sommes réellement reversées et investies dans la lutte contre le cancer du sein, ainsi qu'au contrôle qui peut être exercé sur ces fonds et leur utilisation. Des magazines de santé, tels que le Rose magazine, pourtant spécialisé sur le cancer du sein, font de la publicité pour de l'alcool alors que celui-ci est responsable de 15% des cancers du sein. Cela interroge sur le message communiqué par de telles opérations marketing et publicitaires. Des courses sont également fréquemment organisées à l'occasion d'Octobre Rose par des agences de communication. Toutefois, une faible partie des revenus liés à la course est effectivement reversée à des associations de sensibilisation et de lutte contre le cancer du sein ou à des projets de recherche qui y sont directement dédiés. Cela interroge une nouvelle fois sur la part de bénéfices dégagée et conservée par l'agence de communication lors de tels événements sportifs en soutien à Octobre Rose. Des associations ne présentant aucun lien avec la lutte contre le cancer du sein sont parfois aussi présentes lors des manifestations Octobre Rose et recueillent des fonds pour leur propre cause (exemple : association de chiens d'aveugles).

Pour lutter contre ces pratiques, la Ligue nationale contre le cancer a érigé une charte de bonnes pratiques (2017). Il est fortement recommandé de s'y référer lors de l'organisation d'événements et d'actions en soutien à Octobre Rose. Les comités départementaux et les partenaires de la Ligue ont l'obligation de s'y conformer. Il est notamment essentiel lors de l'organisation d'une manifestation Octobre Rose d'expliquer ce à quoi elle sert (lutte contre le cancer du sein dans le cadre du mois de mobilisation pour le dépistage du cancer du sein, dit Octobre Rose) et non de faire apparaître simplement la mention Octobre Rose sans contexte ou explication. Ces messages explicites sont essentiels pour conserver le sens du mouvement Octobre Rose et lutter contre les dérives. Les partenaires doivent par ailleurs s'engager à ne pas utiliser les fonds recueillis à d'autres fins que la lutte contre le cancer.

Il est essentiel d'organiser de tels échanges et de s'informer sur Octobre Rose afin de ne pas en perdre le sens. En effet, le terme « Octobre Rose » est devenu un label flou ces dernières années, appliqué à tout type d'événements ou de produits sans lien avec la lutte contre le cancer du sein. Un véritable marché « Octobre Rose » a émergé. La problématique mérite d'être traitée afin d'assurer la fin de telles opérations de communication opportunistes et démagogiques à l'occasion du mois d'Octobre Rose. Les institutions

publiques ne sont pas exemptes de ces malades, telles qu'en témoignent les nombreuses illuminations de bâtiments en rose pendant le mois d'octobre et la multiplication des événements labellisés « Octobre Rose ». Une attention particulière doit être portée à l'injection intelligente des fonds vers la recherche et la lutte contre le cancer du sein.

Mme Arpadarai souligne l'importance du sujet de la sensibilisation à la lutte contre le cancer du sein. Une manifestation a récemment été organisée en Azerbaïdjan lors de laquelle les médecins ont expliqué que le cancer du sein est une maladie curable à cent pour cent si elle est découverte à temps. C'est le message à communiquer à toutes les femmes concernant le cancer du sein et son dépistage. La sensibilisation et l'éducation sont donc essentiels, face notamment à la réticence des femmes à aller se faire dépister et ausculter. En Azerbaïdjan de nombreux progrès sont encore à faire sur ces points.

Une question se pose au sujet de l'âge de dépistage. Il a été recommandé de commencer le suivi à partir de l'âge de 25 ans. Toutefois, au regard de la problématique des déserts médicaux évoqués, un problème lié aux capacités de dépistage semble devoir se poser. Cela crée un décalage entre la recommandation de suivi et dépistage dès l'âge de 25 ans et la réalité du terrain.

Mme Clastres précise que ce n'est pas un dépistage par mammographie qui est recommandé dès l'âge de 25 ans. Les seins sont en effet trop denses à cet âge-là pour permettre de bien voir les lésions à la mammographie. 80 % des cancers du sein surviennent après 50 ans. A partir de 25 ans, il s'agit davantage d'éduquer les femmes à avoir un suivi et à se tourner vers un professionnel de santé une fois par an pour avoir une palpation et ne pas risquer de passer à côté d'un changement et d'un éventuel cancer qui se développerait avant 50 ans. Cela est d'autant plus essentiel que les cancers du sein survenant avant 25 ans sont des cancers beaucoup plus agressifs qui doivent être détectés et traités le plus tôt possible. Une tendance malheureuse résultant du Covid est en outre le relâchement du suivi (par palpation comme par mammographie) chez les femmes. Il faut éduquer les femmes à faire attention à leur corps et à prendre leur santé en main. Effectivement, dans plus de neuf cas sur dix le cancer du sein est aujourd'hui un cancer guérissable. On peut même espérer un taux de guérison de 100% quand il ne s'agit pas d'un cancer agressif ou d'un cancer du type triple négatif. En revanche, s'il est pris tardivement, on sait aussi que les conséquences et séquelles sont beaucoup plus lourdes et impactent le quotidien de ces femmes-là. Le mois d'Octobre Rose est ainsi un grand rendez-vous dans la sensibilisation au cancer du sein et à la mise en place d'un suivi. Toutefois, un goulet d'engorgement a tendance à se créer au mois d'octobre du fait de cette campagne de sensibilisation, de nombreuses femmes cherchant à obtenir un rendez-vous au même moment. Le délai d'attente pour les rendez-vous est donc accru, ce qui décourage certaines femmes qui abandonnent alors leur suivi. Il vaut mieux en ce cas patienter quelques mois pour avoir le rendez-vous que de ne se préoccuper de son suivi à nouveau que l'année suivante, au risque de passer à côté de lésions et tumeurs en formation. L'attention doit être maintenue tout au long de l'année.

Mme Khomenko interroge à son tour Mme Clastres sur les liens de la Ligue nationale contre le cancer avec d'autres organisations nationales et internationales, en matière de dépistage notamment.

Mme Clastres explique que la Ligue contre le cancer a été à l'origine de la mise en place du dépistage organisé en France. Le dépistage organisé a d'abord été expérimenté par la Ligue sur plusieurs territoires avant d'être généralisé sur le territoire français sous la direction des autorités de santé (Direction générale de la santé, DGS). Aujourd'hui, la Ligue agit en tant qu'association d'usagers et représentation de patients au sein de l'Institut national du cancer et la DGS. Des actions de plaidoyers sont également menées auprès des autorités afin de mettre en évidence les lacunes du système français et de l'améliorer.

Mme Leyte explique que le programme de dépistage contre le cancer du sein a commencé dans les années 90 en Espagne et que le taux de couverture est actuellement total. En Espagne, ce dépistage se fait tous les deux ans entre les âges de 50 et de 69 ans. Il est important que les femmes ne craignent pas d'aller trouver un médecin si elles pensent qu'il y a un problème. Peut-être l'école devrait-elle aussi être un lieu de sensibilisation auprès des jeunes filles, afin qu'elles n'aient pas peur plus tard d'aller consulter un professionnel de santé si elle constate quelque chose qui leur paraît anormal. L'autopalpation des seins devrait peut-être aussi être plus répandue et standardisée.

Mme Clastres précise, concernant la sensibilisation des jeunes filles et la question de l'autopalpation, que la Ligue estime que l'école n'est pas le lieu adapté pour aborder ces sujets. Les jeunes filles sont en effet beaucoup trop jeunes et non immédiatement concernées par le sujet. Cela ne contribuerait qu'à les inquiéter inutilement. Les gestes de sensibilisation ne commencent qu'au moment de la mise en place d'un moyen de contraception et au passage à l'âge adulte. En outre, la Ligue déconseille formellement d'utiliser le terme autopalpation car vecteur d'ambiguïté. En effet, la palpation doit réellement être un acte effectué par un professionnel de santé. Il convient ainsi plutôt de parler d'auto-surveillance ou d'auto-examen concernant les changements visuels (plis, creux, rougeurs). Cet auto-examen a en outre des limites connues. En général, les femmes parviennent à palper elles-mêmes une lésion de plus d'un centimètre et cela lorsqu'elle est superficielle. Les lésions infracentimétriques ou plus profondes ne seront détectées que par la palpation chez

le professionnel de santé qui a un geste médical et palpe beaucoup plus en profondeur. Il ne faudrait donc pas que les femmes se détournent de la palpation par un professionnel de santé une fois par an.

Mme Leyte clarifie son propos et indique qu'elle pensait effectivement à l'âge de 18 ans et plus. Concernant l'autopalpation, il ne faudrait pas en effet qu'elle ait des effets indésirables. Originnaire d'une région rurale de Galice et ayant pratiqué la médecine familiale pendant des années, Mme Leyte a été profondément marquée et attristée de voir plusieurs femmes se présenter à son cabinet avec de grosses tumeurs cancéreuses qu'elles n'avaient jamais signalées et faites examiner auparavant parce qu'elles avaient peur. Il faut vraiment informer beaucoup plus pour que cette peur de consulter disparaisse.

La présidente remercie tous les participants et clôt l'audition.

Committee on Social Affairs, Health and Sustainable Development
 Commission des questions sociales, de la santé et du développement durable

Sub-Committee on Public Health and Sustainable Development
Sous-commission de la santé publique et du développement durable

List of presence / Liste de présence

(27 seats / 27 sièges)

Chairperson / Présidente : Ms Nigar Arpadarai

Vice-Chairperson / Vice-Président : Mr Geraint Davies

Members / Membres

Alternates / Remplaçant(e)s

1.	Mr	Armen Gevorgyan	Armenia / <i>Arménie</i>		Zz...
2.	Ms	Nigar Arpadarai	Azerbaijan / <i>Azerbaïdjan</i>	Ms	Konul Nurullayeva
3.	M.	Simon Moutquin	Belgium / <i>Belgique</i>	Ms	Els Van Hoof
4.	Ms	Zdravka Bušić	Croatia / <i>Croatie</i>		Zz...
5.	Ms	Minna Reijonen	Finland/ <i>Finlande</i>		Zz...
6.	M.	Alain Milon	France		Zz...
7.	Mr	Levan Ioseliani	Georgia / <i>Géorgie</i>		Zz...
8.	Mr	Andrej Hunko	Germany / <i>Allemagne</i>	Ms	Martina Stamm-Fibich
9.	Mr	Sokratis Famellos	Greece / <i>Grèce</i>	Ms	Foteini Pipili
10.	Mr	Joseph O'Reilly	Ireland / <i>Irlande</i>		Zz...
11.	Mr	Fabio Di Micco	Italy / <i>Italie</i>		Zz...
12.	Mr	Max Hengel	Luxembourg		Zz...
13.	Mr	Miloš Konatar	Montenegro / <i>Monténégro</i>		Zz...
14.	Mr	Andrzej Szejna	Poland / <i>Pologne</i>		Zz...
15.	Mr	Bolesław Piecha	Poland / <i>Pologne</i>	Mr	Tomasz Latos
16.	Mr	Pedro Cegonho	Portugal	Ms	Jamila Madeira
17.	Mr	Andi-Lucian Cristea	Romania / <i>Roumanie</i>	Mr	Ion Prioteasa
18.	Ms	Carmen Leyte	Spain / <i>Espagne</i>		Zz...
19.	Mr	Ola Möller	Sweden / <i>Suède</i>		Zz...
20.	Ms	Sibel Arslan	Switzerland / <i>Suisse</i>	Mme	Ada Marra
21.	Mr	Halil Özşavli	Türkiye		Zz...
22.	Ms	Olena Khomenko	Ukraine	Ms	Larysa Bilozir
23.	Mr	Geraint Davies	United Kingdom / <i>Royaume-Uni</i>		Zz...
24.					
25.					
26.					
27.					

ex officio : Ms Selin Sayek Böke (Chairperson / *Présidente*, Türkiye)

OTHER PARLIAMENTARIANS PRESENT / AUTRES PARLEMENTAIRES PRESENTS

Ms / *Mme* Sevinj Fataliyeva.....Azerbaijan / *Azerbaïdjan*

Ms / *Mme* Parvin Karimzada.....Azerbaijan / *Azerbaïdjan*

Ms / *Mme* Isabelle Santiago France

Ms / *Mme* Nathalie Serre France

Mr / *M.* Frédéric Valletoux..... France

Ms / *Mme* Heike Engelhardt Germany / *Allemagne*

Mr / M. Bob van Pareren..... Netherlands / Pays-Bas

Ms / Mme Mirosława Nykiel..... Poland / Pologne

EXPERT / EXPERT-E-S

Mr / M. K.M. Gopakumar, Legal Advisor and Senior Researcher / *Conseiller juridique et chercheur principal*,
Third World Network (TWN)

Ms / Mme Nathalie Clastres, National Anticancer League / *Ligue nationale contre le cancer*, France

SECRETARIAT OF THE PARLIAMENTARY ASSEMBLY /

SECRETARIAT DE L'ASSEMBLÉE PARLEMENTAIRE

Ms / Mme Greta Faggiani, Office of the Secretary General / *Bureau de la Secrétaire générale*

Ms / Mme Giada Corsoni, Trainee / *Stagiaire*

Committee on Social Affairs, Health and Sustainable Development
Commission des questions sociales, de la santé et du développement durable

Ms / Mme Aiste Ramanauskaite Secretary to the Committee / *Secrétaire de la commission*

Ms / Mme Yulia Pererva Secretary to the Committee / *Secrétaire de la commission*

Mr / M. Guillaume Parent..... Co-Secretary / *Co-secrétaire*

Ms / Mme Anita Gholami Co-Secretary / *Co-secrétaire*

Ms / Mme Prisca Barthel..... Responsable du Prix de l'Europe / *Responsible for the Europe Prize*

M Ms / Mme Françoise Schir Assistant / *Assistante*

Ms / Mme Claire Fabre Trainee / *Stagiaire*