

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

X I V ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes

- Audition de M. François Bourdillon, directeur général par intérim de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), directeur général de l'Institut de veille sanitaire (InVS), médecin de santé publique, sur le projet de loi relatif à la santé (n° 2302).. 2

Mardi

27 janvier 2015

Séance de 13 heures 30

Compte rendu n° 14

SESSION ORDINAIRE DE 2014-2015

**Présidence
de Mme Catherine
Coutelle,
*Présidente***



La séance est ouverte à 13 heures 30.

Présidence de Mme Catherine Coutelle, présidente.

La Délégation procède à l'audition de M. François Bourdillon, directeur général par intérim de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), directeur général de l'Institut de veille sanitaire (InVS), vice-président du Conseil national du sida, médecin de santé publique, sur le projet de loi relatif à la santé (n° 2302).

Mme la présidente Catherine Coutelle. Monsieur le directeur général, merci d'être venu nous parler de la problématique « santé et femmes », sur laquelle vous avez coordonné deux ouvrages : *Mieux prendre en compte la santé des femmes* et *Violences faites aux femmes et santé*.

Les femmes ont une plus grande longévité que les hommes, et l'on a tendance à penser qu'elles sont en meilleure santé plus longtemps. Mais cela ne correspond pas à leur ressenti. En outre, il y a de grandes disparités parmi les femmes, selon leur origine et leur niveau de ressources. Pour certaines, l'accès aux soins est plus difficile que pour les hommes. Enfin, il y a des maladies spécifiques aux femmes.

Nous voudrions enrichir le projet de loi relatif à la santé dans plusieurs domaines susceptibles d'intéresser les femmes : la prévention, la santé reproductive, le vieillissement, certaines maladies spécifiques ou mal prises en compte. Nous nous sommes aperçus, par exemple, à l'occasion du débat sur les retraites, lorsque l'on a discuté du critère de pénibilité, que les postures féminines ne sont pas considérées de la même façon que les postures masculines. C'est ainsi qu'une aide-soignante travaillant dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ne dit jamais qu'elle fait un métier pénible, alors même qu'elle peut porter des personnes de 80 kg ; en revanche, un homme travaillant dans le bâtiment considère qu'il fait un métier pénible parce qu'il porte des sacs qui sont lourds. Mais nous savons également que l'Institut national pour de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) réalise des campagnes de prévention. C'est un aspect important, qui mériterait peut-être d'être développé dans le projet de loi.

M. François Bourdillon, directeur général de l'INPES et de l'Institut de veille sanitaire (InVS). Merci, madame la présidente, pour votre invitation à venir parler de la santé des femmes. C'est un sujet important en termes de santé publique, à mon sens très insuffisamment porté. Précédemment, dans le cadre de la chaire « santé » de Sciences Po, nous nous étions dit, Didier Tabuteau et moi-même, qu'il fallait formaliser un certain nombre de savoirs : d'où les deux séminaires, que j'ai présidés en 2012 et 2013, concernant la santé des femmes, d'une part, et les violences faites aux femmes, d'autre part.

Je me permettrai de faire d'abord une synthèse sur ma vision de la santé des femmes, puis j'aborderai plus spécifiquement ce que fait l'INPES en matière de prévention et de santé.

Vous l'avez souligné, on a d'abord une vision positive de la santé des femmes. Celles-ci ont une plus grande espérance de vie, et des comportements plus favorables à la santé. Est-ce que les obligations liées à la santé reproductive font qu'elles vont voir plus souvent le médecin et qu'elles sont plus attentives à leur corps ? En tout cas, elles mangent moins. Maintenant, sont-elles ou se perçoivent-elles en bonne santé ? Il peut y avoir un décalage entre la santé réelle et la santé ressentie. Peut-être se sentent-elles plus souvent

malades que les hommes, ce qui expliquerait qu'elles consultent davantage ? Les épisodes dépressifs sont en effet plus fréquents chez les femmes.

Précisons tout de même que si j'ai fait une distinction entre les hommes et les femmes, je pourrais aussi en faire une entre les femmes, et en fonction des catégories professionnelles. Il y a un vrai gradient d'inégalité entre les classes socioéconomiques les moins favorisées et les plus favorisées. Cette inégalité est toujours défavorable pour les premières, sauf peut-être pour l'alcool, car les femmes de catégories socioprofessionnelles les plus élevées boivent davantage que les autres.

Souvent, quand on parle santé des femmes, on pense santé reproductive. Je préfère procéder autrement et commencer par le problème du tabagisme. L'année 2015 – ou 2016 – sera probablement celle où se croiseront la courbe des cancers du poumon et celle des cancers du sein. En d'autres termes, les cancers du poumon vont devenir plus fréquents que les cancers du sein. Je vous laisserai le document que j'avais préparé pour la Haute autorité de santé (HAS), et où figurent ces courbes.

C'est un vrai souci, dans la mesure où les femmes rattrapent les hommes en matière de tabagisme. Elles sont pratiquement autant, dès le plus jeune âge, à entrer dans le tabac – en 2010, entre douze et quinze ans, 5,2 % de filles et 4,9 % de garçons. Nous aurons probablement les nouveaux chiffres dans quelques semaines, à l'INPES, qui donneront les consommations par tranche d'âge. Le phénomène est toutefois très inquiétant, surtout quand on connaît les conséquences que peut avoir chez les femmes la consommation de tabac – cancers, maladies cardiovasculaires, et prématurité concernant les femmes enceintes.

L'alcoolisme pose lui aussi un vrai problème de santé publique, d'ailleurs très minimisé dans notre pays. Certes, les femmes consomment clairement moins d'alcool que les hommes. Reste que l'on estime les syndromes d'alcoolisation fœtale entre 700 et 3 000 enfants par an, c'est-à-dire 5 pour 1 000 naissances, ce qui est loin d'être anodin.

Après le tabac et l'alcool, venons-en à la nutrition. L'augmentation de la prévalence de l'obésité – comme chez les hommes et les garçons – constitue une menace pour l'avenir des femmes concernées.

Avant de rentrer dans les problématiques de santé reproductive – même si cela a à voir avec le système génital – j'aborderai la question du dépistage des cancers, ceux du sein et de l'utérus étant l'un et l'autre très fréquents.

Nous avons une politique affirmée de dépistage des cancers féminins. Le dépistage du cancer du sein touche aujourd'hui 53 % des femmes dans le système organisé par les pouvoirs publics, et 10 à 11 % dans le système libéral – plus le niveau social augmente, et plus les femmes sont nombreuses à s'adresser au système libéral. Ce dispositif permet de dépister tôt et donc de faire traiter les personnes concernées. Par ailleurs et surtout, le dépistage organisé est un outil majeur de réduction des inégalités sociales de santé, dans la mesure où toute femme peut y accéder gratuitement avec des critères de qualité très largement définis. Des polémiques sont nées, notamment sur les risques de « surdiagnostic », mais honnêtement je crois que c'est une bonne politique qu'il faut soutenir.

J'observe toutefois que les inégalités de santé peuvent être aussi bien géographiques que sociales ; elles vont même souvent de pair. Par exemple, la personne qui habite à une heure trente du lieu de rendez-vous, si elle veut s'y rendre, risque de perdre une demi-journée

de travail. C'est ce qui amène certaines femmes, les moins favorisées, à ne pas se faire dépister.

J'en viens à la santé reproductive et au problème posé par les grossesses non désirées et les interruptions volontaires de grossesse (IVG). On compte environ 225 000 IVG par an, ce qui est considérable. Selon les associations féministes, c'est parce que nous sommes dans un pays où les IVG sont possibles que leur nombre est élevé. Reste que ce nombre nous interpelle sur la qualité et les modes de contraception. Or – en dehors des généralistes et des gynécologues obstétriciens – on a eu longtemps beaucoup de mal à en parler officiellement dans notre pays, et l'INPES s'en est tardivement préoccupé. Je crois qu'avant 1980, il n'y a pas eu de parole sur la contraception, et que la première campagne de l'INPES sur le sujet remonte à 2007.

À partir de ce moment-là, la parole a été portée régulièrement et de manière positive et changeante. Il est en effet très important de sortir du message « éducation sanitaire » classique du dépliant, et de centrer la communication sur des thématiques en variant celles-ci.

C'est ainsi que la campagne de 2007 disait : « La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit ». Celle de 2008 était centrée sur les adolescents. Celle de 2009 affichait : « Les enjeux de la contraception interpellent aussi les hommes ». Ensuite, il y eut une campagne adressée aux adolescents sur les risques de grossesse précoce.

Le slogan de celle de 2012 était : « Certaines femmes pensent à leur pilule, quoi qu'il arrive. Vous avez tendance à l'oublier : il existe d'autres dispositifs plus adaptés. » On commençait en effet à se dire qu'il existait d'autres contraceptifs que la pilule. La campagne de mai 2013 visait d'ailleurs à informer sur la diversité en matière d'offre contraceptive, avec pour slogan : « La contraception qui vous convient existe ». Et le slogan de celle de juillet 2014 était : « Elle a osé changer de contraception. Cela commence toujours par un dialogue ».

Cela montre le travail d'organisation de l'INPES. Son site, très dynamique, permet à tout un chacun de s'informer et de trouver de l'information. On n'est pas loin de ce que l'on va retrouver dans la loi sur le service public d'information en santé (SPIS), avec un système d'information en santé pour les usagers. Selon moi, notre site à l'INPES sur la contraception pourrait faire partie de ce nouveau portail d'information pour les usagers du système de santé.

À côté de la vision « contraception », il y a une vision « santé sexuelle », au sens positif du terme, centrée sur les adolescents et les adolescentes qui entrent dans la sexualité. D'où la mise en place du site www.onsexprime.fr, et des webséries : « PuceauX » ou « Questions d'ados », où l'on aborde la première fois, comment cela se passe, avec des outils relativement ludiques. Mais il faut aller sur le site pour se rendre compte de ce que cela donne.

Toute une série de modules peuvent être accrochés à ces sites. Je pense au module « les recettes du plaisir », qui donne une vision très positive de la sexualité, qui n'est pas uniquement basée sur les gonocoques, les chlamydias et autres infections sexuellement transmissibles (IST), et au module « puberté ». Pour autant, il ne faut pas baisser la garde devant les IST et continuer d'informer, notamment sur le VIH, qui est la plus grave d'entre elles.

L'INPES a franchi un cap important en faisant de la communication ciblée sur la diversité, par exemple sur l'orientation sexuelle – et donc sur l'homosexualité et les lesbiennes – ou sur les migrants. Je ne pense pas que cela ait suscité de scandale ou d'opprobre de la part de la société, alors qu'il s'agit de parole publique.

Ensuite, il y a des questions plus compliquées que j'aime bien porter, comme le dépistage des IST, que l'INPES essaie de développer. On y a testé quelque chose d'assez original, le site « Chlamyweb », où on utilise l'outil internet pour promouvoir l'autodépistage : les femmes, lorsqu'elles sont atteintes de chlamydia, n'ont pas de symptôme ; donc, elles se dépistent elles-mêmes. Elles envoient leur prélèvement au laboratoire qui donnera les résultats. Cette stratégie a multiplié par quatre le nombre de résultats positifs. Selon moi, de telles procédures permettraient de limiter ce type d'IST et de réduire demain le nombre des cas de stérilité. En effet, les IST et leur évolution à bas bruit sont une des raisons de la diminution de la fertilité.

J'observe que jusqu'à présent, on a beaucoup parlé des jeunes, de leur entrée dans le tabagisme et des risques de grossesse précoce. Mais nous sommes en train de construire par ailleurs un module « activité physique », qui intéresse aussi nos anciens. L'activité physique permet de diminuer l'ostéoporose et de lutter contre le vieillissement. Dans ce cadre, nous pourrions mettre au point une communication ciblée sur les femmes qui, en ce domaine, présentent des caractéristiques différentes de celles des hommes.

Enfin, ma collaboratrice, Mme Jennifer Davies, vous a préparé un document reprenant toutes les campagnes de contraception. Je tiens à insister sur le fait que l'INPES, sur ce type de communication, a un vrai savoir-faire. C'est un savoir-faire de parole publique, très différent de la parole militante que je respecte beaucoup, qui a sa place, mais qui est complémentaire. J'observe que sur ces questions sensibles d'IVG et de contraception, la parole de l'État, qui est une parole construite et qui a trouvé un certain équilibre à travers l'expertise, n'est pas la même que celle d'une communauté militante – dans un sens comme dans l'autre. Comme vous le savez, quel que soit le domaine, des propos d'une redoutable violence s'expriment parfois sur les sites internet.

Mme la présidente Catherine Coutelle. Monsieur le directeur général, vous avez commencé par dire que dans le domaine de la santé publique, le sujet « santé et femmes » était méconnu. Connaît-on le nombre de recherches menées sur le sujet en France et en Europe ? Quels aspects mériteraient d'être abordés ou approfondis ? Peut-on parler d'une inégalité à l'égard des femmes, s'agissant de la recherche en santé ?

En revanche, vous n'avez pas du tout parlé de la santé au travail. Au moment du débat sur les retraites, nous avons cité une étude, de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) me semble-t-il, selon laquelle le travail de nuit favorisait les cancers du sein. Peut-on considérer qu'il existe un sujet santé des femmes au travail ?

Par ailleurs, vous avez terminé sur la parole publique et sur vos campagnes de communication. C'est intéressant, mais j'aimerais savoir si, au-delà, vous mesurez l'impact de ces campagnes ? J'avais assisté à celle de mai 2013, suite à la crise liée aux pilules de quatrième génération, qui avait provoqué une chute de l'utilisation de la pilule....

M. François Bourdillon. ... et une modification des modes de contraception. Son impact a été totalement mesuré.

Mme la présidente Catherine Coutelle. Ma permanence se trouve dans une zone d'éducation prioritaire (ZEP). Une association a fait des enquêtes, qui portaient notamment sur des femmes retraitées et âgées, logées depuis longtemps dans des logements sociaux. Or ces femmes ont énormément de difficultés d'accès à la santé, soit pour des raisons financières, soit par crainte de parler à un médecin. De la même façon, les femmes isolées en milieu rural ont du mal à consulter en matière de contraception comme en cas de violences. L'INPES s'est-il penché sur les différences sociales d'accès à la santé ? Comment améliorer cet accès ?

Enfin, selon vous, les femmes sont plus sujettes à la dépression. Peut-être est-ce le cas. Mais si les médecins dépistaient davantage de dépressions chez les femmes que chez les hommes ? N'ont-ils pas davantage tendance à dire à celles qu'ils n'arrivent pas à soigner qu'elles sont dépressives, ce qu'ils ne diraient pas à un homme ? C'est peut-être aussi le regard du médecin sur les maladies des femmes qui est en cause.

M. François Bourdillon. Il est toujours très compliqué d'interpréter les enquêtes de santé parce qu'elles sont anonymes et basées sur les diagnostics ou la santé perçue. Et encore faut-il, en santé mentale, porter les bons diagnostics et ne pas les porter par excès. Dans ce domaine, on ne dispose pas de preuve biologique ou de la preuve radiologique de l'imagerie, et on peut toujours avoir une certaine suspicion sur le diagnostic porté. Toujours est-il que très classiquement, dans les ouvrages de psychiatrie, on considère que les femmes font plus de dépressions que les hommes. Je n'en dirai pas plus car je ne suis pas psychiatre, mais médecin de santé publique. J'ajoute tout de même qu'il existe de nombreuses inégalités marquées entre les deux sexes, dans un sens comme dans l'autre. Par exemple, l'usage d'héroïne concerne trois quarts d'hommes pour un quart de femmes ; la proportion est la même pour les troubles de l'apprentissage.

Mais je m'aperçois que je n'ai pas parlé de la violence faite aux femmes, alors que j'ai écrit un ouvrage à ce sujet. Ces violences, qui sont très fréquentes et causent de nombreux décès, sont un vrai problème de santé publique. L'augmentation du nombre d'appels au 3919 permet de se rendre compte du phénomène. Elle permet aussi de mesurer la politique publique mise en place.

En épidémiologie, il faut de vrais échantillonnages pour mesurer l'ampleur d'un problème. Quand vous lancez une politique publique ou des campagnes de prévention, vous générez, soit de la notoriété autour d'une campagne, soit du trafic sur la téléphonie « santé », soit du trafic sur internet. Pour autant, est-ce un succès de campagne ? C'est toute la difficulté.

Il est donc très important de continuer à faire des coupes transversales régulières pour mesurer l'ampleur du problème, et parallèlement, quand on fait une campagne d'information et d'éducation pour la santé, de mesurer sa notoriété et le trafic qu'elle génère. À chaque fois, on doit isoler un élément de la politique de prévention pour connaître son impact. C'est la cohérence de l'ensemble qui fera la différence.

Je pourrais prendre l'exemple du tabac, qui est un vrai problème chez les femmes. On a construit des politiques, qui ont été plus ou moins dynamiques selon les périodes. Nous venons d'avoir les résultats des comportements des Français en matière de tabagisme : il y a dans notre pays un tiers de fumeurs, ce qui est littéralement catastrophique. C'est un échec de la politique publique.

Il est très important de se doter pour l'avenir de moyens épidémiologiques, et de poser régulièrement des balises – pas tous les mois, comme pour la sécurité routière, mais

tous les deux ou trois ans – pour essayer de marquer l'importance des problématiques de santé des femmes. Sans données, il n'y a pas de politique publique possible, dans la mesure où le problème n'est pas identifié. Regardez ce que vient de faire l'Observatoire national du suicide, avec les données de l'InVS, de l'INPES et de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) : c'est parce que l'on identifie le problème que l'on construit, derrière, une politique publique adaptée.

C'était une des raisons des deux séminaires de Sciences Po dont je vous ai précédemment parlé. J'avais souhaité réunir une trentaine de personnes pendant quelques jours pour essayer de formaliser, dans un corpus général, l'ensemble des données relatives à la santé des femmes et aux violences faites aux femmes.

Je le reconnais, dans mon *Traité de santé publique*, il n'y avait pas de chapitre relatif aux femmes. Il a fallu attendre 2012, à la chaire « santé » de Sciences Po, pour que je commence à m'intéresser plus spécifiquement à la santé des femmes. J'ai alors découvert auprès de mes collègues, médecins et non médecins, y compris les gens du planning, un champ incroyablement vaste et complètement méconnu.

Les violences faites aux femmes constituent un vrai problème de santé publique, non enseigné. Le premier qui l'a fait est le professeur Roger Henrion, de la maternité Port-Royal qui, au moment de prendre sa retraite, a pris conscience de leur existence, alors qu'il était passé à côté pendant toute sa carrière d'obstétricien. Et il est devenu le porte-flambeau de violences qu'il n'interrogeait pas et qu'il ne regardait pas. Or un médecin qui ne cherche pas ne trouve pas.

Mme la présidente Catherine Coutelle. Peut-être avez-vous entendu parler d'une sage-femme qui a aidé une jeune femme parce qu'elle avait constaté, au moment de l'accouchement, que celle-ci avait subi des violences ? Personnellement, j'ai du mal à comprendre. Quand une femme a des coups sur la totalité du corps ou qu'elle consulte une première fois parce qu'elle s'est cassé le bras, et une autre fois parce qu'elle a un œil au beurre noir, personne ne s'interroge ? J'ai également entendu parler d'une petite fille qui avait été violée et littéralement massacrée, ce dont pas un professionnel de santé ne s'était aperçu. C'est l'ambulancier, alerté par les pleurs de l'enfant, qui a prévenu les urgences de l'hôpital.

M. François Bourdillon. Mais il s'agit de cas extrêmes, que l'on identifie. L'Observatoire du droit des femmes a sorti un film de formation, absolument remarquable et que je vous recommande de regarder. Il raconte l'histoire d'une femme en pleurs, désespérée, qui va consulter. Il montre la manière spécifique avec laquelle les médecins peuvent interroger certains patients qui ne se dévoileraient pas d'eux-mêmes. En l'occurrence, cette femme s'était plainte de douleurs abdominales, une symptomatologie tout à fait fonctionnelle, et la consultation aurait pu se terminer avec du Spasfon et des antispasmodiques. C'est parce que le médecin l'a interrogée d'une façon spécifique qu'il a commencé à approfondir et que la femme s'est livrée et a raconté ce qui lui arrivait. Car c'est terrible de raconter, et je vous parle avec une expérience clinique : si vous ne lui tendez pas la perche, la femme ne vous parlera pas. Bien sûr, à partir du moment où elle vous parle, vous savez que vous allez vous retrouver dans des positions extrêmement inconfortables – signalement ou pas, devoir d'accompagnement, etc. Cela terrorise certains docteurs qui ne sont pas armés et qui ne savent pas où s'adresser. Voilà pourquoi toute la politique publique de violences faites aux femmes doit être construite et portée. Mais c'est loin d'être une affaire simple.

Vous m'avez également interrogé sur l'accès aux soins. Il convient de porter au bénéfice de Ségolène Royal le « Pass'contraception » qu'elle a institué en Poitou-Charentes pour permettre à tout un chacun, les filles surtout, de pouvoir consulter en ce domaine. Et avec quel succès ! À tel point qu'un certain nombre d'autres régions s'en sont emparées, élargissant parfois le « Pass'contraception » en « Pass'santé », pour que les adolescents, y compris en milieu rural, puissent consulter. Cela montre que, malgré l'aide médicale d'État (AME), les aides à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) et tout un dispositif qui fonctionne de façon plutôt satisfaisante, certains obstacles persistent : l'obligation d'une avance financière, et pour les adolescents, le manque de confidentialité. En effet, il faut rappeler qu'une adolescente ou un adolescent est sur la carte Vitale de ses parents, que le remboursement se fera sur le compte de ses parents, ce qui, dans certaines situations, peut être compliqué. Ce point mériterait d'être mis en évidence.

Mme la présidente Catherine Coutelle. J'ai une question à vous poser, sur laquelle nous nous sommes interrogés. À partir de quel âge parle-t-on d'adolescence ? Tous les dispositifs – contraception, etc. – débutent à partir de quinze ans. Mais tout à l'heure, sur un autre sujet, vous nous avez parlé d'adolescents de douze ans. J'ai été auditionnée par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et il semble que tout le monde prenne comme référence l'âge de quinze ans, considéré comme étant l'âge de la maturité sexuelle.

Qu'en pensez-vous ? Est-ce que le fait de permettre aux jeunes de bénéficier plus tôt de ces dispositifs ne risque pas d'être mal pris par les parents ? Ils pourraient penser qu'on encourage leurs enfants à avoir des rapports sexuels plus tôt.

Mme Édith Gueugneau. Monsieur le directeur général, dans un avis sollicité par la ministre de la santé en 2013, le Conseil national du sida (CNS) a estimé que la sensibilité des autotests serait relativement moins satisfaisante que celle des autres tests. Pouvez-vous nous préciser dans quelles proportions ? Quels sont, d'après vous, les outils « à distance » les plus efficaces ?

Ensuite, combien de personnes supplémentaires ce dispositif permettra-t-il de dépister ? Pensez-vous qu'il permette de dépister plus facilement le VIH chez les femmes, qui se sentent malheureusement moins exposées ?

Enfin, quel est, selon vous, l'impact que les salles de consommation à moindre risque peuvent avoir sur les femmes ? Car c'est un outil de prévention majeur, qui a fait ses preuves à l'étranger.

M. François Bourdillon. Il est bien compliqué de préciser l'âge de l'adolescence. Honnêtement, il est très fluctuant. C'est un peu comme en épidémiologie, avec les intervalles de confiance qui permettent d'identifier le degré de certitude d'un résultat. Dans les départements français d'Amérique ou les départements d'outre-mer, l'âge de la sexualité est plus bas qu'en métropole, et les grossesses chez les mineures sont assez fréquentes. Cela nous invite à porter une attention très particulière sur certaines populations spécifiques.

Cela m'amène à évoquer le « parcours éducatif en santé », instauré par la ministre de la santé dans le projet de loi. Il vise à éduquer les enfants en santé tout au long de leur parcours scolaire, et de leur donner des compétences psychosociales : pour les filles, savoir dire non à un garçon ; dire non à une cigarette, ce qui est tout aussi important, etc. Il faudrait pouvoir aller au-delà du cours de biologie reproductive et donner une vision dédramatisée de

la sexualité ; celle-ci ne se limite pas au risque de VIH et d'IST, c'est aussi un plaisir de la vie. C'est tout ce savoir qu'il faudra construire demain. C'est le travail des enseignants.

Mais il y a aussi, derrière, le travail des infirmières scolaires. Celles-ci peuvent délivrer une contraception d'urgence, et doivent pouvoir orienter les élèves. Le dispositif mérite d'être soutenu et accompagné. L'infirmier est un lieu de parole, notamment dans les lycées professionnels et dans les zones rurales. Les infirmières scolaires sont des professionnelles de santé qui, bien formées, peuvent apporter un certain nombre de réponses aux enfants.

J'ai envie de dire qu'il faudrait sortir de l'éducation sanitaire classique pour rentrer dans une éducation de parcours de santé permettant de renforcer les compétences psychosociales des élèves.

Madame la députée, vous m'avez parlé des autotests, et donc du dépistage du VIH. J'ai parlé tout à l'heure des « Chlamyweb », c'est-à-dire du dépistage à distance par internet, qui me paraissent apporter une certaine modernité dans les rapports de dépistage.

Le dépistage du VIH a été construit dès le début sur un paradigme fort qui est son caractère volontaire : vous avez pris un risque, vous le savez, vous voulez connaître votre sérologie, vous allez voir votre médecin ou vous allez vous faire dépister dans un centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG). Dans un centre de dépistage anonyme et gratuit, vous verrez un médecin qui vous dira quels risques vous avez pris. Cet échange est un moyen de renforcer le discours préventif sur l'utilisation du préservatif ou d'autres modes de protection. J'observe que le dispositif de dépistage anonyme et gratuit est plus performant que le dispositif général chez les médecins – même si ceux-ci effectuent aujourd'hui 85 % des tests.

Pour autant, on a remis en cause le dogme du dépistage volontaire, et l'on s'est demandé si l'on était capable de proposer des tests à des populations que l'on ne touchait pas.

On a d'abord essayé de voir si, avec des tests rapides, qui peuvent être faits au bout du doigt par des professionnels de santé ou des personnes du milieu associatif, on toucherait la communauté homosexuelle, la communauté migrante, certaines femmes qui ne se dépisteraient pas, voire les personnes défavorisées. Je me rappelle qu'à la Pitié-Salpêtrière, dans le cadre de la consultation PASS (permanence d'accès aux soins de santé) buccodentaire, on avait proposé des tests rapides. On n'avait pas dépisté de VIH, mais 6 hépatites dans la matinée, ce qui nous avait laissés pantois. Cela prouve l'intérêt de la démarche.

Aujourd'hui, les outils deviennent de plus en plus performants. Les meilleurs tests – sensibilité, spécificité – sont des tests sanguins. Les tests rapides sont quant à eux de très bonne valeur et, en tout cas, n'ont guère que deux à trois ans de retard par rapport aux tests les plus efficaces. On a fait tellement de progrès qu'on peut envisager des tests qui seront faits de manière individuelle pour se dépister : les fameux autotests qui doivent vous permettre de vous dépister chez vous – tests radicaux à l'aide de la salive ou sanguin, au bout du doigt. Une question se pose néanmoins. Vous faites votre test à trois heures du matin et il est positif : que faites-vous ?

La question est difficile, mais un certain nombre d'éléments amènent à penser que ce type de dépistage a une place, et qu'il faut l'occuper. Aujourd'hui, tout un pan de la population, en particulier dans la communauté homosexuelle masculine, ne se fait pas dépister. Cela est dû au fait, comme on l'a évoqué à de multiples reprises au sein du Conseil

national du sida (CNS), que dans des petites villes on hésite à se rendre au laboratoire parce qu'on est connu – on risque de se faire repérer et identifier dès que l'on en passe la porte.

L'argument du CNS est qu'il faut développer l'ensemble de la palette de dépistage. Pour ma part, je suis très favorable au développement des autotests. Maintenant, un accompagnement s'impose – dépliants, numéros d'appel, téléphonie santé – si l'on veut que le dispositif fonctionne.

Maintenant, la question des salles de consommation à moindre risque, qui figure dans le projet de loi relatif à la santé et suscite un débat passionnant, n'est pas spécifique aux femmes. Pour moi, en tant que professionnel de santé publique, ces salles de consommations font partie de la palette. Ce n'est pas le dispositif majeur, mais pour les personnes les plus « désinsérées » et les plus en difficulté, c'est une bouée de sauvetage qui a fait preuve de son efficacité. D'ailleurs, honnêtement, leur création ne constitue pas une vraie transgression de la loi de 1970. Personnellement, j'y suis très favorable.

Enfin, je connais moins le sujet de la santé au travail même si, de par mon expérience clinique, j'y suis assez sensible. De nombreuses aides-soignantes ou aides à domicile qui portent les personnes âgées souffrent de lombalgies car elles ne sont pas taillées pour faire ce travail. Pour autant, faut-il que cette catégorie de salariés bénéficie d'un compte personnel de prévention de la pénibilité ? Cela mérite d'être expertisé.

À l'InVS, cinquante personnes se penchent sur la santé au travail. Un de leurs métiers est d'identifier l'exposition aux risques. Sont surtout visés les polluants et les produits toxiques, mais ce type de contraintes pourrait parfaitement être intégré dans le suivi de certaines de nos cohortes. Je pourrais demander que l'on sorte des statistiques concernant les femmes pour essayer d'estimer les matrices « emploi-expositions à risques » et identifier ces contraintes.

Mme la présidente Catherine Coutelle. Vous nous avez dit tout à l'heure que chez les femmes, le cancer du poumon allait passer devant le cancer du sein. Vous y voyez l'échec de toutes les campagnes anti-tabac qui ont été précédemment menées. En effet, les jeunes fument beaucoup. Il suffit de faire la sortie d'un lycée pour constater que les trottoirs sont devenus des cendriers. Certains autres pays ont-ils réussi dans leur politique de lutte contre le tabac ?

S'agissant de l'obésité, fait-on suffisamment pour limiter la consommation de sucre ? Est-on assez intransigeant ? S'agissant de l'alcool, j'ai le sentiment qu'on n'a pas fait assez pour limiter la consommation de boissons énergisantes. Celles-ci, très sucrées et un peu alcoolisées, habituent à l'alcool.

Certes, derrière ces produits, il y a des lobbies très puissants. Est-ce que l'INPES a lancé des campagnes d'information ? Comment faire pour lutter contre le tabagisme ? En ce domaine, où en sont les jeunes filles ?

Mme Édith Gueugneau. Je m'inquiète surtout des drogues. En tant que responsable politique et en tant que parent, je trouve que l'on n'en parle pas suffisamment. Des actions sont menées dans les collèges et les parents ont leur mot à dire. Mais les collectivités peuvent aussi servir de relais, car le ministère ne peut pas tout faire. J'aimerais savoir où en est la politique de prévention.

Mme la présidente Catherine Coutelle. Lors de la précédente législature, nous avons traité d'un sujet, l'anorexie, qui touche davantage les filles que les garçons – à 80 ou 90 %. Les infirmières scolaires sont les premières à pouvoir détecter les filles victimes d'anorexie ou de boulimie – parce que les deux sont souvent liées. A-t-on mené des campagnes contre l'anorexie ? J'ai l'impression que c'est un sujet dont on ne parle plus, mais il peut être gravissime pour les jeunes filles, qu'il faut parfois séparer de leur famille.

M. François Bourdillon. Vous m'avez posé de nombreuses questions.

Contre le tabagisme, on a fait beaucoup, mais aussi pas assez parce que l'on n'a pas tout mis en cohérence. Je suis désespéré de voir que les Anglais sont tombés à 21 % de fumeurs, les Australiens à 19 % et que nous-mêmes, sur la même période, nous en sommes toujours à un tiers de fumeurs. C'est catastrophique ! La seule mesure qui ait vraiment fonctionné, ces dernières années, c'est l'augmentation du prix du paquet de cigarettes sous Jacques Chirac, dans le cadre du premier plan cancer. Cette augmentation, de l'ordre de 40 %, a provoqué une diminution des ventes de tabac – mais pas de la fraude, ni des achats transfrontaliers.

Quand je suis arrivé à l'INPES, j'ai trouvé qu'il était inacceptable de devoir attendre tous les cinq ans les baromètres santé pour connaître la vraie consommation de tabac. Il faudrait au moins que l'on fasse le point deux fois par an sur le nombre de fumeurs dans notre pays, et qu'on le fasse par classe d'âge, pour pouvoir mesurer l'impact de nos campagnes anti-tabac. Le fait que notre ministre de la santé ait construit le premier Plan national de réduction du tabagisme est toutefois une grande première, et j'espère que l'on va pouvoir rejoindre le peloton de tête des pays industrialisés qui luttent contre le tabac. Je rappelle que le tabagisme provoque 73 000 morts par an dans notre pays et que, dans les années qui viennent, ce sera le premier cancer chez les femmes, avant le cancer du sein.

Nous devons réagir, tout en étant conscients que ce que l'on investira cette année ne sera visible que dans vingt ans. Mais la longueur du délai fait que l'on reste dans la toute-puissance, que souvent les politiques ne sont pas suffisamment portées, et que les jeunes qui rentrent dans le tabagisme ne se rendent pas compte de la gravité de ce qu'ils sont en train de faire, en particulier à cause du pouvoir addictif du tabac.

Les campagnes anti-tabac ne porteront leurs fruits qu'avec un plan coordonné, appuyé, porté politiquement par de nombreux acteurs, dont l'INPES qui intervient à travers plusieurs dispositifs : des campagnes nationales ; sa téléphonie santé, « tabac info service » ; le coaching anti-tabac, qui permet d'inciter à l'arrêt du tabac, *via* les smartphones. Donc il y a une politique très portée par l'INPES sur le tabac.

J'observe que ce qui se fait sur le tabac n'est pas fait sur l'alcool. Pour des raisons très culturelles, spécifiques à notre pays, il est très difficile de lancer des campagnes contre l'alcool, même si l'INPES a un site dédié à l'alcool.

À l'inverse, nous avons depuis 2001 une politique portée sur la nutrition, avec des plans nationaux nutrition-santé (PNNS) successifs, qui ont créé beaucoup d'élan. Mais parfois son rythme a ralenti sous la pression des lobbies, notamment agroalimentaires.

Dans le projet de loi relatif à la santé, l'instauration du logo nutritionnel – cinq couleurs qui permettent de classer les aliments et donc de s'orienter – constitue une bonne mesure. Mais il ne suffit pas d'avoir, dans ce domaine, des politiques nationales portées par

des campagnes, voire par d'excellents sites internet – je pense au programme « mangez, bougez » de l'INPES qui touche 500 000 personnes par an. Il faut aller plus loin, avoir une politique à l'école, de circuit court alimentaire et de menus équilibrés dans les cantines, et surtout d'activités physiques. On a parlé des rythmes scolaires, mais personne ne s'est préoccupé de l'activité physique de nos jeunes, alors que toutes les études montrent qu'ils courent beaucoup moins qu'à une certaine époque, et que c'est une des raisons de l'obésité. Il faudrait utiliser le temps périscolaire pour essayer de faire bouger nos enfants.

Mme la présidente Catherine Coutelle. D'après une étude portant sur l'attitude des professeurs d'éducation physique au collège, quand les filles commencent à bouder la gymnastique, on les met de côté. On ne les incite pas à faire de la gymnastique, car il y a une vraie relation sexuée au sport. Il faudrait revoir la formation des maîtres, parce qu'il n'y a pas de raison que les filles ne fassent pas du sport comme les garçons.

M. François Bourdillon. Le parcours éducatif en santé, qui figure dans la loi portant refondation de l'école, se retrouve dans le projet de loi relatif à la santé. L'INPES aura à porter cette question, notamment en développant les compétences et la formation des enseignants dans ce domaine. Il y a beaucoup à faire à l'école, parce que c'est l'endroit de tous les savoirs de demain.

L'une de vous a abordé les problèmes liés aux drogues. Comme je l'ai dit, la consommation de drogue est très marquée en termes de genre : trois quarts de garçons, un quart de filles – ce qui reste considérable. Cela justifie la création de sites d'information.

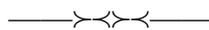
Pour le cannabis, qui est la drogue la plus fréquemment consommée, il faut développer des techniques de repérage précoce et d'intervention brève – sortes de rappels à la loi faits par les soignants pour essayer de faire prendre conscience aux jeunes de la réalité de leur consommation, pour qu'ils prennent du recul et se disent qu'ils sont en train de franchir certaines bornes.

En ce domaine, je crois beaucoup à la prévention. Il faut agir très tôt, très en amont, et ne pas attendre que l'enfant ait décroché de l'école, que l'on aille voir la psychologue et le médecin pour essayer de réparer les dégâts. On peut rétablir le dialogue assez fortement. C'est le sens de la dernière campagne de l'INPES, « consultation jeunes consommateurs » que j'ai lancée il y a maintenant dix jours et qui passe à la télévision en ce moment. Elle vise à informer les jeunes qu'il existe des professionnels spécialistes de l'écoute, capables de leur trouver un certain nombre de solutions avant qu'il ne soit trop tard.

Je terminerai par la question qui m'a été posée sur les troubles du comportement alimentaire, en l'occurrence l'anorexie. Cette maladie est d'ordre psychiatrique. De la même façon que pour les conduites addictives, si l'on veut pouvoir agir, il faut repérer et orienter précocement les jeunes.

Mme la présidente Catherine Coutelle. Monsieur le directeur général, je vous remercie.

La séance est levée à 14 heures 35.



Membres présents

Présentes. - Mme Catherine Coutelle, Mme Virginie Duby-Muller, Mme Edith Gueugneau.