



N° 371

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

SEIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 20 octobre 2022

RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

AU NOM DE LA DÉLÉGATION AUX DROITS DES FEMMES
ET À L'ÉGALITÉ DES CHANCES ENTRE LES HOMMES ET LES FEMMES ⁽¹⁾,

*sur le projet de loi de **financement** de la **sécurité sociale** pour 2023*

PAR

MME PRISCA THEVENOT,

Députée.

(1) La composition de la Délégation figure au verso de la présente page.

La Délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes est composée de :

Mme Véronique Riotton, *présidente* ; Mme Virginie Duby-Muller, Mme Marie-Charlotte Garin, M. Guillaume Gouffier-Cha, Mme Sandrine Josso, *vice-présidents* ; Mme Julie Delpech, Mme Anne-Cécile Violland, *secrétaires* ; Mme Emmanuelle Anthoine ; Mme Anne-Laure Babault ; Mme Marie-Noëlle Battistel ; Mme Soumya Bourouaha ; Mme Céline Calvez ; Mme Émilie Chandler ; Mme Mireille Clapot ; M. Jean-François Coulomme ; Mme Béatrice Descamps ; Mme Christine Engrand ; Mme Géraldine Grangier ; Mme Fatiha Keloua Hachi ; Mme Amélia Lakrafi ; Mme Élise Leboucher ; Mme Julie Lechanteux ; Mme Sarah Legrain ; Mme Brigitte Liso ; Mme Marie-France Lorho ; Mme Pascale Martin ; Mme Graziella Melchior ; M. Thomas Mesnier, Mme Frédérique Meunier, Mme Sophie Panonacle, Mme Josy Poueyto, Mme Véronique Riotton, Mme Anaïs Sabatini, Mme Ersilia Soudais, M. Emmanuel Taché de la Pagerie, M. Stéphane Viry.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	5
SYNTHÈSE DES PROPOSITIONS	7
I. UN EFFORT NOTABLE POUR FAVORISER LA CULTURE DE LA PRÉVENTION TOUT AU LONG DE LA VIE (ARTICLE 17)	9
A. LES TROIS NOUVELLES CONSULTATIONS DE PRÉVENTION VIENNENT COMPLÉTER DIVERS DISPOSITIFS EXISTANTS AUX RÉSULTATS MITIGÉS	9
1. Les dispositifs de prévention préexistants	10
a. Un dispositif de prévention en théorie très complet pour les mineurs.....	10
b. Les consultations liées à la contraception et à la vie sexuelle et affective.....	11
c. Les bilans de santé tous les cinq ans	12
d. La stratégie nationale de dépistage des cancers	12
e. Le rendez-vous de prévention jeune retraité	14
2. Le nouveau dispositif prévu par l'article 17 du PLFSS pour 2023.....	16
B. LE PARCOURS DE PRÉVENTION AINSI CRÉÉ NÉCESSITE CLARIFICATION, COMMUNICATION ET SPÉCIFICATION	19
1. Un besoin de clarification et d'articulation des différents dispositifs.....	19
2. L'importance d'une communication claire et régulière.....	21
a. Traiter de façon spécifique les adolescentes et jeunes adultes et leurs problématiques	22
b. Communiquer de façon spécifique auprès des femmes pour les inciter à pratiquer une activité physique	24
c. Accompagner les femmes en période ménopausique et péri-ménopausique	25
d. Placer la prévention des violences au cœur du parcours de prévention des femmes.....	25
C. LE PARCOURS DE PRÉVENTION DOIT TENIR COMPTE DE L'INDISPENSABLE OPTIMISATION DU TEMPS MÉDICAL	26
1. La nécessaire participation de l'ensemble des professionnels de santé compétents	26
2. L'éducation en matière de vie sexuelle et affective ne doit pas être oubliée.....	28
II. UNE FACILITATION DE L'ACCÈS À DES DISPOSITIFS ESSENTIELS POUR LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES FEMMES (ARTICLES 18 ET 19)	31

A. L'EXTENSION DE LA GRATUITÉ DU DÉPISTAGE DES IST (ARTICLE 18)	31
1. Une recrudescence préoccupante de certaines IST	31
2. Une nouvelle facilitation bienvenue de l'accès au dépistage des IST	31
3. Une extension qui reste à clarifier	32
B. L'EXTENSION DE LA GRATUITÉ DE LA CONTRACEPTION D'URGENCE SANS ORDONNANCE AUX MAJEURES DE MOINS DE 26 ANS.....	33
1. Le cadre actuel de délivrance de la CU.....	34
2. Les freins identifiés à l'utilisation de la CU.....	34
a. Une connaissance du dispositif à parfaire	34
b. La persistance de la représentation de la « pilule du lendemain »	35
c. Un manque d'identification du risque de grossesse.....	35
d. Des inégalités territoriales.....	36
e. Un frein économique pour les femmes majeures les plus précaires	36
3. Un nouveau pas vers la facilitation de l'accès à la CU qui doit s'accompagner de mesures d'information.....	37
a. Description des dispositions de l'article 19 du PLFSS	37
b. Une contraception qui, sans être freinée ne doit pas être banalisée.....	37
c. Une communication à renouveler et actualiser en permanence.....	38
TRAVAUX DE LA DÉLÉGATION.....	41
ANNEXE 1 : PERSONNES ENTENDUES PAR LA RAPPORTEURE	43
ANNEXE 2 : AMENDEMENTS DE VOTRE RAPPORTEURE ADOPTÉS PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES.....	45

INTRODUCTION

La délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes se saisit traditionnellement tous les ans du projet de loi de finances. Pour la première fois cette année, elle a décidé de se saisir également du projet de loi n° 274 de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2023, considérant que celui-ci comportait des dispositions concernant directement la santé des femmes, et estimant nécessaire de faire valoir les spécificités et les besoins de celles-ci, afin d'aboutir à une meilleure prise en compte des problématiques particulières auxquelles elles sont confrontées.

Votre Rapporteuse a ainsi décidé de se concentrer sur les articles 17 à 19 de ce projet de loi, lesquels comportent des avancées notables pour la santé des femmes, en améliorant l'accès à des dispositifs aussi cruciaux que la contraception d'urgence ou le dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST) (articles 18 et 19), et en posant les premières pierres d'un véritable parcours de prévention tout au long de la vie (article 17).

La volonté de faire émerger une véritable culture de la prévention en France, qui se traduit par le nouvel intitulé du ministère de la santé, désormais également ministère de la prévention, est à saluer, tant celle-ci constitue un enjeu majeur de santé publique dans un contexte de vieillissement de la population, et de tension sur la dépense sociale. Cet enjeu est particulièrement marqué pour les femmes : en effet, comme l'a souligné la Présidente de MG France, entendue par votre Rapporteuse, si les femmes se soignent plus que les hommes, elles ont moins accès à la prévention.

Après de nombreux échanges avec différents professionnels de santé, votre Rapporteuse tire plusieurs constats sur le parcours actuel de santé des femmes. Tout d'abord, bien que représentant 52 % de la population, elles restent sous-représentées dans la recherche médicale. Ainsi, nous ne connaissons pas suffisamment les maladies qui ne touchent que les femmes, ni la façon dont les maladies qui concernent aussi bien les hommes que les femmes les affectent de manière différente. C'est particulièrement le cas pour les maladies cardiovasculaires, qui sont pourtant la première cause de mortalité chez les femmes. Enfin, de nombreux tabous restent encore à lever (sur la prise en charge de la ménopause ou des fausses couches notamment). Suite à ces échanges, votre Rapporteuse a acquis la conviction de la nécessité de penser le parcours de santé des femmes de bout en bout, de l'adolescence à la séniorité.

Le présent rapport s'attachera donc à présenter chacun de ces dispositifs et leurs liens avec les dispositifs existants, à examiner comment et dans quelles conditions leur application concrète pourra répondre aux besoins des femmes, et à formuler un certain nombre de recommandations quant aux mesures législatives,

réglementaires ou administratives qui permettraient, selon votre Rapporteuse, d'en améliorer l'efficacité.

Malgré les délais resserrés, votre Rapporteuse a tenu à entendre les principaux acteurs de la santé des femmes, afin de recueillir leur avis sur les dispositions examinées, et de prendre en compte leurs préconisations. C'est ainsi que votre Rapporteuse a entendu des représentants des médecins généralistes, des gynécologues et obstétriciens, des sages-femmes et des infirmiers, et a pu prendre en considération la manière dont ils percevaient et pouvaient éventuellement s'intégrer aux nouveaux dispositifs.

Le présent rapport préconise notamment une mise en cohérence des dispositifs existants et créés, une adaptation des contenus aux besoins spécifiques des femmes et une stratégie volontariste de communication. Plus globalement, il considère que la coordination de l'ensemble des professionnels de santé dans leurs domaines de compétences respectifs, la poursuite de la mise en réseau de ces différents acteurs et l'éducation des jeunes publics aux bonnes pratiques en matière de santé seront des facteurs absolument déterminants du succès de ces mesures, dans un contexte de forte dégradation de la démographie des professions médicales.

Parallèlement aux travaux d'élaboration du présent rapport d'information, votre Rapporteuse a également tenu à porter ses premières recommandations, à travers des amendements déposés en commission des affaires sociales. Quatre de ces amendements ont été adoptés par la commission et sont annexés au rapport. Votre Rapporteuse formule donc le vœu qu'ils soient intégrés dans le texte qui sera définitivement adopté à l'issue de la navette parlementaire.

SYNTHÈSE DES PROPOSITIONS

Recommandation n° 1 : faire des trois consultations de prévention aux âges clés de la vie, des consultations longues adaptées aux besoins spécifiques de chacun, permettant de prendre en compte l'ensemble des problématiques et spécificités des patients, et sans avance de frais, pour ne pas décourager les plus précaires.

Recommandation n° 2 : définir des conditions d'accès et de prise en charge homogènes pour les consultations à 60-65 ans, sur tout le territoire et pour tous les assurés, quel que soit leur organisme de rattachement.

Recommandation n° 3 : prévoir des campagnes de communication annuelles, avec déclinaison genrée au niveau national, présentant le parcours de prévention sous forme claire et schématique. Proposer une rubrique personnalisée (notamment selon le genre) « Mon parcours de prévention » dans Mon espace santé présentant les étapes effectuées, à venir et les modalités/points de contact possibles pour la prise des prochains rendez-vous.

Recommandation n° 4 : créer une consultation longue obligatoire d'information et de prévention pour les mineurs entre 14 et 16 ans, hors la présence des parents, en mobilisant tous les acteurs compétents (médecins généralistes, gynécologues, sages-femmes, médecine scolaire) et incitant notamment à la vaccination contre le HPV pour les jeunes filles.

Recommandation n° 5 : définir les bonnes pratiques et recommandations pour communiquer de façon spécifique, adaptée et efficace auprès des femmes sur la nécessité de pratiquer régulièrement une activité physique ou sportive.

Recommandation n° 6 : poser un jalon intermédiaire dans le parcours de santé des femmes pour l'accompagnement de la période péri ménopausique et ménopausique.

Recommandation n° 7 : pour les femmes et les adolescentes, intégrer au contenu de l'ensemble des consultations un volet de prévention et de détection, le cas échéant, des situations de violence.

Recommandation n° 8 : associer au parcours de prévention les sages-femmes, les infirmiers et les gynécologues dans le cadre de réseaux de coopération et dans le respect de leurs champs de compétences et revaloriser la médecine du travail et la médecine scolaire.

Recommandation n° 9 : diffuser la culture de la prévention chez les jeunes dans le cadre d'une relance de l'éducation à la vie sexuelle et affective et du service national universel.

Recommandation n° 10 : inclure le papillomavirus humain (HPV) dans la liste, qui sera prise par arrêté ministériel, des infections concernées par l'extension de l'accès au dépistage.

Recommandation n° 11 : délivrer, à l'occasion des examens de dépistage des IST dispensés dans les laboratoires de biologie médicale, une information adéquate sur les bonnes pratiques et l'existence de la CCP.

Recommandation n° 12 : mettre l'accent dans le cadre de la prévention, des soins, et de la communication, sur l'accessibilité sans ordonnance, pour toutes et tous, à la contraception d'urgence.

Recommandation n° 13 : remplacer le terme pilule du lendemain par celui de « contraception d'urgence » dans l'ensemble des interventions ou supports de communication ou d'information sur ce dispositif.

Recommandation n° 14 : réfléchir à la possibilité de renforcer l'accès à la contraception d'urgence dans les établissements scolaires.

Recommandation n° 15 : remettre systématiquement, lors de la délivrance de contraceptifs d'urgence, un support d'information clair, attractif, concis et en français facile, informant sur les précautions à adopter et invitant à prendre rendez-vous avec un médecin ou une sage-femme pour la consultation de contraception et de prévention en santé sexuelle (CCP), gratuite et sans avance de frais jusqu'à 26 ans.

I. UN EFFORT NOTABLE POUR FAVORISER LA CULTURE DE LA PRÉVENTION TOUT AU LONG DE LA VIE (ARTICLE 17)

Invité de France Inter le lundi 19 septembre 2022, quelques jours avant le dépôt du PLFSS, le ministre de la santé et de la prévention, François Braun, annonçait que l'assurance maladie allait inviter chaque Français à des consultations médicales remboursées à 100 % à « *trois âges de la vie : 25 ans, 45 ans et 65 ans* ». Des « *âges indicatifs* » qui sont « *des âges clés dans les actes de prévention* » et « *dans la vie d'un adulte* ».

« *25 ans, c'est l'âge où on est dans la vie active, c'est un moment où il est conseillé de faire le point sur la vaccination, sur les facteurs de risque, sur les addictions au tabac, à l'alcool, aux écrans* ». « *À 45 ans, on va être sur des maladies cardio-vasculaires, sur le dépistage de certains cancers, du sein, du col de l'utérus, du côlon* », poursuivait-il. Enfin, « *à 65 ans, on va avoir un axe plus important sur la perte d'autonomie, sur le fait de dépister la perte d'autonomie* ».

« *C'est à ces moments-là qu'il faut agir le plus possible sur la prévention* », ajoutait-il, rappelant que l'objectif de cette mesure était de « *renforcer le volet prévention du système de santé français* » qui « *est encore loin du compte* » par rapport à d'autres voisins européens. « *Notre pays n'est pas bon en matière de prévention, on le dit depuis des années, mais là, nous avons décidé d'agir* ».

Les auditions conduites par votre Rapporteur ont confirmé la carence de la prévention en matière de santé, tout particulièrement pour les femmes, ainsi que la méconnaissance des dispositifs existants, auxquels le recours est notoirement insuffisant au regard des enjeux de santé qu'ils portent.

Les politiques de santé ont, jusqu'à présent, mis l'accent sur les soins, tandis que la prévention et le dépistage sont souvent réduits à la portion congrue. Cela se manifeste tant dans l'offre de soins, les professionnels de santé se concentrant sur l'urgence et privilégiant la prise en charge des pathologies, que du côté des patientes qui négligent trop souvent la prévention, faute de temps, de motivation ou d'information.

A. LES TROIS NOUVELLES CONSULTATIONS DE PRÉVENTION VIENNENT COMPLÉTER DIVERS DISPOSITIFS EXISTANTS AUX RÉSULTATS MITIGÉS

Le ministre de la santé et de la prévention, à l'unisson des représentants des professions médicales, insiste sur les lacunes des politiques de prévention en matière de santé en France. Pourtant, un certain nombre de dispositifs ont été mis en place, dont il convient de dresser un panorama. Votre Rapporteur ne prétend pas ici à l'exhaustivité, mais souhaite présenter le cadre dans lequel viennent s'inscrire les nouvelles dispositions prévues.

1. Les dispositifs de prévention préexistants

a. Un dispositif de prévention en théorie très complet pour les mineurs

Chaque enfant bénéficie théoriquement de 20 examens de santé pendant son enfance et son adolescence (dans les 8 jours suivant la naissance ; au cours de la 2^{ème} semaine ; avant la fin du premier mois ; à 1, 2, 3, 4, 5, 8, 11 et 12 mois ; entre 16 et 18 mois ; entre 23 et 24 mois ; à 2, 3, 4 et 5 ans ; entre 8 et 9 ans ; entre 11 et 13 ans ; entre 15 et 16 ans). Ces examens permettent de faire le point avec le médecin sur sa croissance et son développement. Ils sont pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie sans avance de frais ⁽¹⁾ (hors dépassements d'honoraires éventuels). Ils peuvent être réalisés par un médecin généraliste ou un pédiatre en cabinet libéral, en centre de santé ou, jusqu'à 6 ans de l'enfant, en PMI (protection maternelle et infantile).

Ces examens, prévus initialement jusqu'aux 6 ans de l'enfant, s'échelonnent depuis le 1^{er} mars 2019 jusqu'à ses 16 ans. En effet, le PLFSS pour 2019 a créé trois nouveaux examens : entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans. Ils ont pour objectif de renforcer le suivi de la santé des jeunes, car, à ces âges, la surveillance médicale devient souvent moins régulière et de nouveaux enjeux pour la santé apparaissent. Entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans, une partie de la consultation peut se faire hors la présence des parents.

Ces deux dernières visites doivent permettre de balayer un très grand nombre d'aspects :

- Accompagnement des modifications physiques et psychiques liées à la puberté : acné, règles douloureuses, examen postural et statique à la recherche d'une éventuelle scoliose apparaissant avec la croissance, santé psychologique ;

- vérification de la vue (motricité des yeux, strabisme) et de l'audition (examen des tympons), de la bouche et des dents ;

- étude de l'adaptation scolaire de l'adolescent, éventuelles difficultés à l'oral, à l'écrit ; détection d'un éventuel manque d'habileté (dyspraxie) ; de comportements perturbés à la maison et en groupe (troubles de l'attention et/ou hyperactivité...), mauvaises habitudes ou troubles du sommeil entraînant des somnolences ;

- incitation à une pratique sportive régulière, et, notamment pour la visite 15-16 ans, à une bonne hygiène de vie, prévention des conduites à risque et addictions, ainsi que des IST ;

- rappel de plusieurs vaccins obligatoires, rattrapage vaccinal en cas d'oubli, le calendrier vaccinal n'étant souvent plus respecté passée la petite enfance. Pour les jeunes filles notamment, mais également pour les garçons, incitation à la vaccination contre le papillomavirus (HPV).

(1) Sous réserve que le professionnel de santé accepte de pratiquer le tiers payant.

Il s'agit donc de visites très complètes, mettant l'accent sur l'information, la prévention et la détection de troubles éventuels. Toutefois, le taux de recours à ces consultations, pourtant obligatoires, est largement insuffisant après deux années d'application pleine.

Il est à noter que, s'il existe une traçabilité dans les bases informationnelles de l'Assurance Maladie des examens réalisés, les visites pour les adolescents ne donnent pas lieu à l'établissement d'un certificat de santé devant être présenté obligatoirement : seules trois visites débouchent sur l'établissement de certificats de santé de l'enfant (CSE), celles effectuées dans les premiers huit jours de vie, au cours du neuvième mois et au cours du vingt-quatrième mois. Il est à noter également que seules ces trois visites sont des visites longues et donc majorées (tarif de 46 €), les visites à l'âge adolescent devant donc être contenues dans la durée d'une visite simple, soit 15 à 20 minutes au maximum.

Outre ce suivi général, des visites de prévention dans les domaines bucco-dentaire et ophtalmologique sont également prévues pour les mineurs (en particulier les jeunes enfants).

b. Les consultations liées à la contraception et à la vie sexuelle et affective

Depuis le 1^{er} novembre 2017, est proposée une consultation gratuite pour les jeunes, dite consultation de contraception et de prévention (CCP), laquelle ne présente pas de caractère obligatoire et est axée sur la contraception et la prévention en matière de santé sexuelle et affective. Elle est accessible aux jeunes femmes et aux jeunes hommes de moins de 26 ans. Pour les jeunes hommes, le médecin (donc en général le généraliste) est seul autorisé à les réaliser ; pour les jeunes femmes, elle peut également être réalisée depuis la parution d'un décret en ce sens, le 17 février 2022, par une sage-femme (outre le médecin généraliste, gynécologue ou gynécologue-obstétricien).

Cette consultation est gratuite, c'est-à-dire qu'elle est exonérée de participation de l'assuré ou « ticket modérateur ». En outre, elle est en principe dispensée d'avance de frais et considérée comme une consultation complexe et donc majorée, ce qui permet de lui consacrer un temps d'environ 30 minutes au minimum.

Elle permet d'aborder des sujets relatifs à la santé sexuelle et reproductive dans une approche globale (prévention et promotion de la santé, contraception, vaccination, dépistage et traitement des infections sexuellement transmissibles, repérage des situations de violences et/ou discriminations en rapport avec la vie sexuelle).

À cette consultation, s'ajoutent une consultation de suivi réalisée par un médecin ou une sage-femme lors de la première année d'accès à la contraception, puis une consultation par an, auprès d'un médecin ou d'une sage-femme, en vue d'une prescription de contraception ou d'examens biologiques en lien avec la contraception.

Le secret ⁽¹⁾ sur l'ensemble du parcours contraceptif (consultations, examens de biologie médicale, délivrance et prise en charge des contraceptifs) est garanti pour les personnes mineures qui en font la demande.

c. Les bilans de santé tous les cinq ans

En ce qui concerne les adultes, il est possible de bénéficier, à partir de l'âge de 16 ans, d'un bilan de santé tous les cinq ans. Il s'agit de l'examen de prévention en santé (EPS). L'EPS, bilan de santé totalement gratuit et sans avance de frais accessible tous les 5 ans, s'inscrit dans la politique de gestion du risque, notamment en matière de prévention et de dépistage. Organisé par la CPAM, il s'adresse en priorité aux personnes éloignées du système de santé classique du fait des frais engendrés, de la barrière de la langue, des difficultés matérielles. La consultation se déroule dans les centres d'examens de santé (CES). Ils sont 85 au total répartis sur toute la France. Les centres d'examens de prévention ne sont pas des centres de soins : aucun soin ni ordonnance ne sont délivrés lors de cet examen de prévention en santé. Tous les assurés sociaux affiliés au régime général de santé (CPAM) ainsi que ceux affiliés au régime agricole (MSA) peuvent en bénéficier, ainsi que leurs ayants droit. Cependant, le délai pour obtenir un rendez-vous sera plus long que pour les personnes jugées prioritaires.

L'examen est personnalisé en fonction de l'âge, des antécédents familiaux, des habitudes de vie et des facteurs de risque. En moyenne, la consultation dure 2 h 30 (accueil, entretien sur la base d'un questionnaire rempli à l'avance, examen par un médecin généraliste, réalisation d'analyses biomédicales, puis le cas échéant examens complémentaires ciblés : examen dentaire, visuel, gynécologique, électrocardiogramme). À la fin de la consultation, un suivi personnalisé est proposé suivant les besoins.

Ces bilans sont réalisés à l'initiative du patient, lequel doit contacter sa caisse d'assurance maladie. Une demande d'inscription lui est alors transmise. Par la suite, il reçoit une convocation. Cependant, peu d'assurés sociaux ont recours à ce dispositif, puisqu'environ 1,3 % des assurés en bénéficient chaque année, ce taux étant stable depuis la création de ces bilans et très en deçà du nombre potentiel de bénéficiaires (1 assuré de plus de 16 ans sur 5 étant susceptible d'en bénéficier chaque année). Ces bilans très complets permettent pourtant de détecter à un stade précoce et de prévenir de nombreuses pathologies.

d. La stratégie nationale de dépistage des cancers

La sécurité sociale met en place des actions d'*aller vers* en matière de détection de certains cancers particulièrement répandus, notamment dans la population féminine.

(1) La possibilité pour les professionnels de santé d'utiliser un NIR (numéro de sécurité sociale) anonyme, qui permet de garantir la confidentialité en matière de soins, notamment vis-à-vis des détenteurs de l'autorité parentale, est ouverte pour certaines démarches des personnes mineures.

- **Dépistage du cancer du sein**

Une femme sur huit développe un cancer du sein au cours de sa vie. Détecté tôt, le cancer du sein guérit dans 9 cas sur 10. Sur la base de ce constat, la sécurité sociale a mis en place un dépistage organisé du cancer du sein qui concerne toutes les femmes entre 50 et 74 ans, sans symptôme et n'ayant pas de facteurs de risque particuliers de cancer du sein, autre que leur âge.

Les femmes concernées peuvent bénéficier, tous les deux ans, sur invitation, de mammographies de dépistage sans avance de frais.

Selon les chiffres issus d'études internationales, les programmes de dépistage du cancer du sein permettent de réduire de 15 à 20 % la mortalité par cancer du sein.

- **Dépistage du cancer du col de l'utérus**

Le dépistage du cancer du col de l'utérus par l'analyse des cellules du col et/ ou la réalisation du test HPV-HR, au cours d'un frottis, est, avec la vaccination contre le papillomavirus, le meilleur moyen de lutter contre ce cancer. Le dépistage permet de détecter la présence du virus HPV ou d'anomalies des cellules du col de l'utérus et donc de les traiter avant qu'elles n'évoluent en cancer ou de diagnostiquer des cancers à un stade précoce et ainsi d'améliorer les chances de guérison.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus est proposé à toutes les femmes âgées de 25 à 65 ans et est pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie.

Il peut être réalisé auprès de nombreux professionnels et structures : par un médecin (gynécologue ou généraliste) au cours d'une consultation ; par une sage-femme, dans le cadre du suivi de grossesse, lors d'une consultation de contraception et de suivi gynécologique de prévention ; auprès d'un centre de santé, d'un centre d'examen de santé de l'Assurance maladie, d'un centre mutualiste, d'un centre de planification et d'éducation familiale ou d'un hôpital ; d'un laboratoire de biologie médicale ou d'un cabinet médical d'anatomo-cyto-pathologie sur prescription médicale ; d'une infirmière de centre de santé qui remplit les conditions pour pratiquer le test dans le cadre de protocoles de coopération entre professionnels de santé ; enfin, d'associations intervenant auprès des populations très éloignées du système de santé.

De plus, il faut noter qu'une consultation spécifique de prévention des cancers du sein et du col de l'utérus est proposée aux femmes l'année de leurs 25 ans.

- **Dépistage du cancer colorectal**

Le cancer colorectal se situe au 3^{ème} rang des décès par cancer chez les femmes et au 2^{ème} rang chez les hommes. Près de 95 % des cancers colorectaux sont diagnostiqués après 50 ans, chez les hommes comme chez les femmes. C'est

pourquoi, dès 50 ans et jusqu'à 74 ans, il est possible de bénéficier sans avance de frais d'un test de dépistage auto-administré ⁽¹⁾.

*

* *

En France, la participation aux trois programmes de dépistage organisé de cancers (du sein, du col de l'utérus, colorectal) reste toujours inférieure aux objectifs fixés dans la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 : en 2018-2019, le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein était de 49,3 % (objectif de 65 %) et entre 10 et 15 % pour le dépistage individuel ; en 2016-2018, le taux de participation au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus était de 59,5 % (objectif de 70 %) ; en 2018-2019, le taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal était de 30,5 % (objectif de 70 %).

e. Le rendez-vous de prévention jeune retraité

Alors que les personnes de plus de 60 ans représentent un quart de la population et pourraient en représenter un tiers à l'horizon 2040, la prévention de la perte d'autonomie est devenue un véritable enjeu, financier et de société, pour les politiques de santé publique. C'est pourquoi le principe des « Rendez-vous prévention » au moment du passage à la retraite a été inscrit comme nouvelle mesure du Plan national de santé publique (PNSP) « Bien vieillir » de mars 2019. Placée sous l'égide du ministère de la Santé, sa mise en œuvre dans les territoires a été confiée à l'Agirc-Arrco, à la caisse nationale d'Assurance maladie et à la Mutualité sociale agricole.

L'Agirc-Arrco a ainsi renforcé son action de prévention pour vieillir en bonne santé. L'action sociale du régime de retraite complémentaire, qui compte 36 millions d'assurés, encourage les nouveaux retraités éloignés du système de soins à réaliser gratuitement un bilan de prévention médical et psychosocial, par téléconsultation ou auprès de l'un de ses 14 centres de prévention et 150 antennes locales. Cette campagne concerne les assurés à la retraite depuis une période comprise entre 6 et 18 mois.

Si ce bilan de prévention fait apparaître d'éventuels facteurs de fragilité, le bénéficiaire est orienté vers les structures médicales indiquées pour une prise en charge. Un parcours de prévention personnalisé peut également lui être proposé intégrant un programme de conférences, d'ateliers et d'activités pratiques adaptées à ses besoins (sommeil, mémoire, gestion du stress, activité physique, etc.).

La Mutualité sociale agricole (MSA) a également lancé les rendez-vous prévention « jeune retraité » pour ses adhérents au moment du passage à la retraite.

(1) Depuis le 1er mars 2022, les personnes de 50 à 74 ans concernées par le programme national de dépistage du cancer colorectal et invitées par leur centre régional de coordination des dépistages des cancers à participer, peuvent désormais commander leur kit de dépistage en ligne et le recevoir chez elles depuis le site monkit.depistage-colorectal.fr.

Ces rendez-vous de prévention consistent en la réalisation d'un entretien motivationnel santé pour les assurés du régime agricole, retraités depuis 6 à 18 mois et présentant un ou plusieurs critères de fragilité sociaux ou sanitaires : absence de complémentaire de santé, absence de déclaration de médecin traitant, absence de consultation de médecine générale en ambulatoire durant les 12 derniers mois, bénéficiaires de l'ACS (nouvelle complémentaire santé solidaire ayant remplacé la CMU-C). Les besoins de l'adhérent sont identifiés au préalable pour préparer la consultation chez le médecin généraliste, qui pourra prescrire des actions ciblées (soins, prévention, examens complémentaires, etc).

Le premier point d'étape traduit une satisfaction des bénéficiaires et confirme le besoin d'accompagnement attendu. En 2020, selon un communiqué de la MSA, 11 000 adhérents du régime agricole, retraités depuis 6 à 18 mois et présentant un ou plusieurs critères de fragilité sociaux ou sanitaires, ont été invités à participer à ces rendez-vous de prévention « jeune retraité ». Au sein des personnes invitées, près de 20 % ont bénéficié d'un entretien motivationnel organisé en présentiel ou par téléphone. Le profil de ces participants montre qu'ils sont majoritairement de jeunes seniors (73 % ont entre 60 et 64 ans), des anciens salariés agricoles (66 % contre 34 % d'exploitants retraités) et des hommes (64 % contre 36 % de femmes).

Enfin, il faut ajouter à ce dispositif pour les jeunes retraités celui prévu au 16° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale, lequel prévoit qu'une « *unique consultation de prévention pour les personnes de plus de soixante-dix ans* », effectuée en ville, est exonérée de ticket modérateur.

*

* *

Votre Rapporteuse a tenu à présenter ce panorama, afin de rappeler dans quel paysage viennent s'inscrire les nouvelles mesures prévues par le PLFSS en matière de prévention. À ce stade, nous pouvons noter que :

– Les dispositifs existants sont nombreux et couvrent une partie non négligeable des besoins ;

– leur effectivité augmente avec leur caractère obligatoire (très jeunes enfants notamment) et lorsque leur accessibilité est facilitée (réalisables par des professionnels et dans des lieux variés, comme le dépistage du cancer du col de l'utérus) ;

– dans l'ensemble, on constate toutefois un taux de recours faible, voire très faible à ces dispositifs.

On peut donc d'ores et déjà avancer des hypothèses pour expliquer ce faible recours : manque de diffusion de la culture de la prévention (repoussée, mise de côté faute de temps et en l'absence de symptômes de pathologies), manque d'information de la part des bénéficiaires potentiels, et difficultés financières et/ou logistiques d'accès.

De toute évidence, et pour les différentes raisons précitées, les Français n'identifient pas suffisamment les étapes et l'importance du parcours de prévention tout au long de la vie, dont un certain nombre de jalons ont pourtant déjà été posés, successivement, par diverses mesures législatives ou infra-législatives.

Concernant plus particulièrement les femmes, une fois passé le suivi régulier de la petite fille au cours de son développement, la prévention est souvent très largement mise de côté, faute de temps, d'information, ou par une plus large disposition culturelle à l'oubli de soi. Le suivi médical des femmes est, en effet, très fortement marqué par les aspects liés à la reproduction (au moment de la première contraception, puis au cours, le cas échéant, du cycle reproductif). Ensuite, le suivi médical tend à se distendre, voire à s'interrompre, jusqu'à l'apparition des premières pathologies liées à l'âge.

Ainsi, si l'espérance de vie des femmes est supérieure de six ans à celle des hommes, leur espérance de vie en bonne santé ne l'est que d'un peu plus d'un an. Les femmes subissent donc plus longtemps les effets du vieillissement, pour elles-mêmes, mais également bien souvent dans un premier temps en tant qu'aidantes.

C'est pourquoi, votre Rapporteuse a considéré que l'examen, sous l'angle spécifique de la santé des femmes, des nouvelles dispositions présentées, ainsi que des textes et modalités de leur application, était crucial.

2. Le nouveau dispositif prévu par l'article 17 du PLFSS pour 2023

L'article 17 du PLFSS pour 2023 introduit en premier lieu dans le code de la santé publique un nouvel article L. 1411-6-2 prévoyant que *« tous les adultes de dix-huit ans ou plus bénéficient de mesures de prévention sanitaire et sociale qui comportent notamment des rendez-vous de prévention proposés aux assurés à certains âges. Ces rendez-vous de prévention peuvent donner lieu à des consultations de prévention et à des séances d'information, d'éducation pour la santé, de promotion de la santé et de prévention »*.

Cet article grave donc de manière claire dans la loi le principe d'un véritable parcours de prévention tout au long de la vie, se structurant autour d'âges clés. Cette démarche et la philosophie dont elle s'inspire ont été saluées par l'ensemble des représentants des professionnels de santé rencontrés.

En outre, le texte de l'article 17 prévoit l'exonération de la participation de l'assuré :

- pour les *« consultations de prévention des maladies chroniques destinées aux personnes de 40 à 45 ans »* ;

Il est à noter que ce dispositif est entièrement nouveau, puisqu'aucune consultation de prévention ne concernait jusqu'alors spécifiquement cette classe d'âge. En effet, les 40-45 ans n'étaient concernés en matière de prévention que par

les bilans de santé tous les cinq ans, dont on a vu qu'ils nécessitent de la part des assurés une initiative, la démarche pouvant sembler lourde (prise de contact avec la CPAM, remplissage d'un long questionnaire de santé, réception d'une date et heure de rendez-vous, pas nécessairement compatibles avec l'emploi du temps, dans un centre dédié potentiellement éloigné du domicile, etc.) et un délai et un temps de consultation conséquents.

À cet âge où les contraintes organisationnelles des femmes sont souvent extrêmement lourdes (enfant souvent encore jeune, vie professionnelle, forte charge mentale associée à la gestion du foyer, etc.), la souplesse qu'offre une consultation en ville auprès d'un médecin de proximité devrait améliorer le potentiel de prévention. Cet âge est également très souvent celui où les femmes bénéficient le moins de suivi médical, puisqu'elles sont sorties ou sortent, le cas échéant, des années au cours desquelles elles peuvent être amenées à consulter régulièrement dans le cadre du suivi de grossesse(s), et ne sont encore pas affectées par des pathologies liées à l'âge.

Votre Rapporteur émet toutefois des réserves quant aux indications complémentaires fournies par la Direction générale de la santé, lesquelles précisent que ces consultations ne s'adresseraient, après une évaluation des facteurs de risque par un « auto-questionnaire construit par Santé publique France », qu'aux personnes présentant des facteurs de risque. Cette précision, si elle était confirmée par les textes d'application, viendrait limiter la portée de cette mesure et son véritable caractère préventif.

- pour les « consultations de prévention des cancers et des addictions, pour les assurés dont l'âge est compris entre vingt et vingt-cinq ans inclus ».

Cette disposition est moins nouvelle, puisque de telles consultations existaient déjà ⁽¹⁾, uniquement pour les femmes et dans le cadre du dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus. Toutefois, ces consultations, dans le dispositif préexistant, ne pouvaient être effectuées qu'à l'âge de 25 ans. Le fait d'élargir la tranche d'âge sur cinq années constitue donc un assouplissement bienvenu du dispositif. L'extension du bénéfice de ces consultations aux jeunes hommes, dont les comportements en matière de santé peuvent bien souvent avoir des répercussions importantes sur celles des femmes (conduites à risque, addictions, prévention des IST, etc.), constitue également un progrès dont que votre Rapporteur approuve. Enfin et surtout, l'élargissement du champ de ces consultations doit être salué : si la prévention des cancers du sein et du col de l'utérus est essentielle, ce que les textes d'application devront impérativement mentionner, la santé des femmes de 20 à 25 ans ne s'y limite pas, pas plus qu'à leur santé sexuelle et reproductive (faisant l'objet, on l'a vu, d'une consultation spécifique ⁽²⁾).

(1) (voir I.A.1. d, p 14 du présent rapport).

(2) Voir I.A.1.b., p 12 du présent rapport).

En effet, les femmes sont également et de plus en plus concernées par les conduites à risque et les addictions. Surtout, la pratique de l'activité physique est plus faible, et décroît beaucoup plus fortement avec l'arrivée à l'âge adulte chez les femmes que chez les hommes. Afin de prévenir l'obésité, les maladies cardio-vasculaires, le diabète, le stress, mais également les problèmes articulaires et osseux, l'incitation des jeunes femmes à pratiquer une activité physique régulière doit être particulièrement intensifiée et ciblée.

Votre Rapporteur regrette toutefois que ces deux consultations ne soient pas exonérées d'avance de frais, d'une part, et qu'elles soient des consultations simples, d'autre part :

– La nécessité d'avancer les frais, couplée aux éventuels dépassements d'honoraires, parfois importants, peuvent constituer un frein majeur à la consultation pour les femmes les plus précaires qui sont également les plus exposées aux risques que ces consultations visent à prévenir ;

– la durée de consultations non majorées excède rarement 15 minutes, un temps qui semble extrêmement court pour une consultation ayant pour ambition d'aborder l'ensemble des aspects de la prévention. La consultation qui existait déjà pour les femmes ciblait, dans le même temps imparti, uniquement la prévention des cancers du sein et du col de l'utérus. Votre Rapporteur a donc déposé un amendement adopté en commission ⁽¹⁾, afin de maintenir dans la loi la nécessité que cette prévention des cancers spécifiques soit effectivement réalisée à cette occasion.

Les différents échanges avec les professionnels de santé auditionnés dans le cadre de ce rapport ont permis d'établir la nécessité de préciser les contours de ces consultations aux âges clés de la vie et de les adapter aux besoins spécifiques de chacun, en particulier aux besoins du corps des femmes. Par conséquent, votre Rapporteur estime que le contenu des visites devrait être spécifié, adapté au corps féminin et communiqué clairement aux professionnels, de façon à ce qu'ils répondent de façon globale aux besoins des hommes comme des femmes. Une description indifférenciée du contenu des visites risquerait d'amoindrir les impacts attendus pour les femmes en matière de prévention.

Votre Rapporteur a donc déposé un amendement adopté ⁽²⁾ en commission, afin de préciser les contours de ces rendez-vous de prévention et de les adapter à la santé féminine.

Recommandation n° 1 : faire des trois consultations de prévention aux âges clés de la vie, des consultations longues adaptées aux besoins spécifiques de chacun, permettant de prendre en compte l'ensemble des problématiques et spécificités des patients, et sans avance de frais, pour ne pas décourager les plus précaires.

(1) Voir Annexe 2.

(2) Voir Annexe 2.

Enfin, en ce qui concerne le troisième âge-clé, 60-65 ans, les consultations organisées par les caisses de retraite complémentaire en constituent la base et elles ne sont donc pas spécifiquement mentionnées dans la loi. Si le dispositif *Vieillir en bonne santé*, en cours de déploiement et de maturation, peut tout à fait continuer à être mis en œuvre sans dispositions législatives, il peut en résulter une application dans les faits qui ne soit pas homogène pour l'ensemble des assurés, en fonction de la caisse dont ils dépendent (différence de niveau de prise en charge, de modalités, de maillage territorial, de suivi, etc.). De plus, ces consultations ne sont pas nécessairement déléguées à la médecine de ville, ce qui peut entraîner des difficultés d'accès dans certaines zones et une moindre souplesse d'organisation pour les bénéficiaires, en particulier pour les femmes dont on sait que le non-recours à la prévention est souvent motivé par un manque de temps. Votre Rapporteure préconise donc que le ministère de la santé fasse des propositions pour harmoniser les conditions dans lesquelles ces consultations seront organisées.

Recommandation n° 2 : définir des conditions d'accès et de prise en charge homogènes pour les consultations à 60-65 ans, sur tout le territoire et pour tous les assurés, quel que soit leur organisme de rattachement.

Le parcours de prévention tout au long de la vie d'adulte ainsi esquissé constitue donc une fondation solide et bienvenue sur laquelle pourra être construite une véritable culture de la prévention en France. Afin de lui permettre de produire tous ses effets, outre les recommandations déjà formulées dans la présente partie, votre Rapporteure préconise que les textes, conventions et mesures qui seront pris pour son application s'articulent autour de trois grands axes : clarification, communication et spécification.

B. LE PARCOURS DE PRÉVENTION AINSI CRÉÉ NÉCESSITE CLARIFICATION, COMMUNICATION ET SPÉCIFICATION

Les dispositions de l'article 17 du PLFSS ne sont pas d'application directe : en effet, le contenu et les modalités de réalisation de ces consultations devront être précisés dans des textes d'application, et dans les différentes conventions qui lient les professionnels de santé à l'Assurance maladie. L'adoption de ces textes et accords devra être l'occasion pour tous les acteurs de tenter de formaliser, autour de l'ensemble des dispositifs existants, un parcours clair, cohérent et immédiatement lisible pour les assurés, qui doivent être en capacité de devenir les acteurs de leur propre santé.

1. Un besoin de clarification et d'articulation des différents dispositifs

On l'a vu, l'étude attentive des dispositifs de prévention existants, constitués par strates successives et aux mains d'un nombre important d'acteurs, fait apparaître un besoin de simplification, de clarification et de mise en cohérence.

C'est ainsi qu'a été conçu le parcours de prévention aux trois âges clés, la présentation de ce dispositif étant parfaitement lisible et appréhendable pour les assurés. L'ensemble des dispositifs préexistants est toutefois maintenu, certains étant même des briques du parcours ainsi créé. Les réflexions autour de la mise en œuvre des mesures devront donc absolument se faire en ayant à l'esprit le souci de mettre en cohérence les consultations ainsi créées avec les dispositifs déjà existants, afin d'éviter une trop grande complexité qui pourrait décourager les assurés.

En particulier :

– L'articulation entre les visites de l'adolescence, la CCP et les visites à 20-25 ans : les femmes peuvent tout particulièrement bénéficier d'une mise en cohérence du parcours à cet âge où, tout en rencontrant les mêmes problématiques que les hommes, elles sont également confrontées à des problématiques spécifiques et non pathologiques auxquelles un parcours structuré de prévention pourrait apporter de nombreuses réponses. Il importe donc que soit assurée l'existence d'un véritable suivi et d'étudier attentivement les articulations entre ces consultations, afin d'éviter qu'elles ne soient des reprises sans continuité des mêmes éléments. De ce point de vue, la création de *Mon espace santé* et sa généralisation prévue peuvent constituer un outil puissant de coordination et de suivi entre les différents professionnels de santé ;

– l'articulation entre la visite effectuée à 60-65 ans et les différents dispositifs de dépistage des cancers, lesquels concernent tous cette tranche d'âge, ainsi qu'avec la visite de prévention des maladies chroniques prévue après 70 ans. Ici encore, la coordination entre les différents intervenants et la présentation aux assurés d'un parcours clair et lisible sera l'une des conditions de son efficacité ; pour les publics seniors, en particulier les plus fragiles, et pour les femmes, souvent isolées, il convient, en effet, d'éviter de donner l'impression d'un parcours labyrinthique, nécessitant à des intervalles rapprochés de multiples démarches d'appel, de prise de rendez-vous, de déplacements, etc. La possibilité de regrouper sur une journée certaines consultations et de pouvoir les effectuer dans un lieu unique (par exemple via des maisons de santé ou des dispositifs spécifiques tels que le bus Santé Femme mis en place dans les Hauts-de-Seine) devrait être étudiée chaque fois que cela est possible, afin d'éviter de décourager une partie des publics ciblés ;

– enfin, l'articulation entre ces consultations et les bilans de santé qu'il est possible d'effectuer tous les cinq ans doit également être réfléchi. Pour un assuré qui effectuerait effectivement ces bilans à intervalle régulier, certaines de ces consultations pourraient présenter des redondances.

En conclusion, une mise à plat de l'ensemble des dispositifs et un effort de formalisation du parcours ainsi créé semblent indispensables. Une telle démarche serait l'occasion de détecter certaines redondances entre les dispositifs pour optimiser la dépense de prévention, tout en permettant que le parcours puisse être aisément appréhendé et ainsi toucher un large public.

2. L'importance d'une communication claire et régulière

La mise en cohérence et l'articulation de l'ensemble des jalons du parcours de prévention est un préalable indispensable à une communication publique forte et claire sur ces dispositifs.

L'intérêt majeur du parcours de prévention de la santé des adultes organisé autour des trois âges clés de la vie réside dans sa simplicité et sa lisibilité. Une fois clarifiée l'articulation entre ces grands jalons et les jalons intermédiaires (consultations « Jeunes » axées sur la santé sexuelle et reproductive, bilans de santé tous les 5 ans, et dépistage régulier des cancers par populations cibles), un parcours clair, illustré de façon schématique, devrait pouvoir être formalisé.

Cette formalisation pourrait présenter :

- chaque jalon clé ainsi que les jalons intermédiaires ;
- pour chacun des jalons, les professionnels et organismes compétents ;
- les publics ciblés, ainsi que le cas échéant les publics prioritaires ;
- les objectifs et le contenu associés.

Elle permettrait à chacun des acteurs de l'écosystème ainsi dessiné de se représenter clairement son rôle, et que celui-ci soit également aisément identifié par les assurés.

Sur cette base, des campagnes d'information régulières (annuelles par exemple), visuelles, globales et lisibles pourraient être lancées. Ce parcours pourrait être décliné sous forme de posters, de dépliants, et être distribué dans tous les lieux adéquats (chez les professionnels de santé libéraux, dans les hôpitaux, les infirmeries scolaires, les espaces de santé au travail, etc.) Enfin, *Mon espace santé* pourrait contenir une rubrique « Mon parcours de prévention », indiquant de façon personnalisée où se situe l'assuré dans son parcours, quel est le bilan des étapes déjà effectuées, quels sont les prochaines étapes, ses interlocuteurs possibles et les modalités éventuelles de prise de rendez-vous.

Selon votre Rapporteuse, une communication globale, nationale et non en silo, aurait un impact bien plus fort pour diffuser la culture de la prévention qu'une communication à multiples voix, fragmentée et parcellaire.

Recommandation n° 3 : prévoir des campagnes de communication annuelles, avec déclinaison genrée au niveau national, présentant le parcours de prévention sous forme claire et schématique. Proposer une rubrique personnalisée (notamment selon le genre) « Mon parcours de prévention » dans Mon espace santé présentant les étapes effectuées, à venir et les modalités/points de contact possibles pour la prise des prochains rendez-vous.

3. La nécessité d'adapter le parcours et ses modalités aux besoins des assurés, et en particulier des assurées

Votre Rapporteuse a bien compris la nécessité et l'intérêt d'inscrire dans la loi un parcours de prévention universel. Les problématiques de santé communes aux hommes et aux femmes sont très nombreuses et les comportements des un(e)s ont une influence notable sur la santé des autres.

Toutefois, la prévention en santé n'est véritablement efficace que si elle est adaptée, personnalisée, et part des besoins de l'individu. Au contraire, un discours de portée générale, bien que dispensé en tête à tête, n'aurait qu'une valeur ajoutée très faible par rapport à des campagnes de communication, bien moins onéreuses. Les déclinaisons du parcours, telles qu'elles seront discutées dans le cadre de la démarche partenariale entre l'assurance maladie et les professionnels de santé, devront donc impérativement prendre en compte les spécificités des assurés, et notamment celles des femmes, qui ne sont en aucun cas marginales. Votre Rapporteuse a déposé trois amendements en ce sens, lesquels ont été adoptés par la commission des affaires sociales ⁽¹⁾.

Le rapport 2020 du Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, « *Prendre en compte le sexe et le genre pour mieux soigner : un enjeu de santé publique* », soulignait la persistance des inégalités sociales de santé entre les femmes et les hommes, qui se traduisent par des discriminations dans l'accès aux soins et la prise en charge médicale. Les politiques de santé publique, et en particulier les politiques de prévention, doivent donc aussi impérativement être conçues de manière à faire régresser ces inégalités.

Les principales propositions de votre Rapporteuse en la matière sont les suivantes :

a. Traiter de façon spécifique les adolescentes et jeunes adultes et leurs problématiques

Au fil des auditions, votre Rapporteuse a acquis la conviction que la prévention est plus efficace quand elle est dispensée au moment opportun, et que certaines étapes clés ne peuvent être manquées ou retardées. Ceci est particulièrement vrai en matière de santé sexuelle et affective, un mauvais départ dans ce domaine pouvant avoir des répercussions dramatiques en matière de santé physique et psychique tout au long de la vie. Votre Rapporteuse estime notamment qu'il est essentiel d'avoir une politique « d'aller vers » les jeunes filles bien avant l'âge adulte et si possible avant la première prescription d'un contraceptif. Il est essentiel de familiariser la jeune fille au suivi gynécologique (qui ne nécessite pas d'examen gynécologique systématique) et plus globalement au suivi de sa santé féminine par une consultation d'information et de prévention où tous les sujets peuvent être abordés et recevoir une réponse.

(1) Voir Annexe 2.

Votre Rapporture préconise donc qu'une consultation, dont le contenu serait spécifiquement orienté sur la vie sexuelle et affective et la prévention des violences, soit prévue pour les mineurs, juste avant leur entrée dans la vie sexuelle (soit vers 15-16 ans). Une visite à cet âge existe dans le cadre du dispositif de prévention pour les mineurs, mais il s'agit d'une consultation courte et générale, donc non centrée sur ces sujets et par conséquent insuffisante pour les traiter véritablement. En outre, le taux de recours à ces consultations est pour l'instant très faible. La CCP, qui est conçue exactement sous ce format, peut intervenir jusqu'à 26 ans, ce qui semble un âge bien trop tardif pour effectuer de la prévention en matière sexuelle et affective. Dans le cadre de la réflexion sur l'articulation des différents dispositifs, votre Rapporture souhaite donc suggérer que soit examinée la pertinence d'une consultation qui présenterait les caractéristiques suivantes :

– Le public visé serait les adolescents entre 14 et 16 ans (en principe en classe de 3^{ème} ou de seconde), soit un âge où la sexualité est déjà une préoccupation, mais où le mineur n'est en général pas encore sexuellement actif. À un âge plus précoce, le risque serait de manquer la cible, une bonne partie du public visé pouvant ne pas se sentir réellement concerné. Si votre Rapporture a particulièrement l'intérêt des jeunes filles à l'esprit en formulant cette proposition, elle estime néanmoins qu'il est essentiel que cette consultation soit mise en place pour les jeunes filles comme pour les jeunes hommes. Ceux-ci n'ont à cet âge que peu de professionnels de santé avec qui aborder ce type de sujets. Or, souvent la santé des hommes impacte la santé des femmes. C'est le cas de l'infection à chlamydia, souvent invisible chez les hommes, mais qui peut impacter très gravement les femmes ;

– les thèmes abordés seraient les menstruations, la contraception au sens large avec un rappel des droits spécifiques des mineures et des jeunes pour l'accès à celle-ci, la prévention des IST et notamment la vaccination contre le papillomavirus humain (HPV), la notion de consentement, la prévention ou la détection des violences intrafamiliales ou subies dans le cadre scolaire, mais aussi les bonnes pratiques de soins et de suivi à avoir, ainsi que l'importance de disposer d'un médecin traitant. La lutte contre le tabagisme et les addictions pourrait également être abordée ;

– la consultation serait obligatoire, afin d'éviter que les mineurs qui en ont le plus besoin n'en bénéficient pas, par négligence et même par opposition parentale. Elle donnerait lieu à l'établissement d'un certificat de santé ;

– la consultation se ferait hors la présence des parents ;

– la communication autour de ces consultations mettrait en avant la possibilité que cette consultation s'effectue auprès de sages-femmes ou d'infirmiers en pratique avancée ou de gynécologues, spécialistes de ces sujets. Dans certains contextes, cela permettrait aux adolescentes d'avoir une parole beaucoup plus libre sur ces sujets délicats, en particulier quand le médecin généraliste est le médecin de famille, voire un ami de la famille, qui la suit depuis son enfance.

Recommandation n° 4 : créer une consultation longue obligatoire d'information et de prévention pour les mineurs entre 14 et 16 ans, hors la présence des parents, en mobilisant tous les acteurs compétents (médecins généralistes, gynécologues, sages-femmes, médecine scolaire) et incitant notamment à la vaccination contre le HPV pour les jeunes filles.

b. Communiquer de façon spécifique auprès des femmes pour les inciter à pratiquer une activité physique

Telles qu'elles sont présentées dans l'exposé des motifs de l'article 17, les trois consultations aux âges clés de la vie doivent mettre un accent important sur l'incitation à la pratique d'une activité sportive. Votre Rapporteuse salue cette initiative, et souhaite que les déclinaisons précises du contenu de ces visites prennent en compte le rapport spécifique qu'entretiennent les femmes avec l'activité physique et sportive.

En effet, si la pratique des femmes augmente, elle reste marquée par des différences notables : plus forte baisse de la pratique au moment de l'adolescence puis à l'âge adulte, pratique moins régulière et moins encadrée (les femmes pratiquent moins le sport en club, en particulier à l'âge adulte), etc. En outre, pour celles qui ont eu une pratique sportive dans l'enfance, celle-ci s'interrompt souvent ensuite, une large part des sports dits « féminins » étant, en effet, pour beaucoup absents de l'espace public et difficiles d'accès (équitation, patinage artistique) et leur pratique, souvent orientée vers la compétition, marginale, si ce n'est inexistante pour des raisons physiologiques passé l'âge de 15 ou 20 ans (gymnastique acrobatique, GRS, danse classique, patinage artistique, etc.).

Si les facteurs du manque de temps lié notamment aux charges de famille, et des difficultés économiques ou d'accès sont bien identifiés, et doivent en conséquence être pris en compte pour formuler des recommandations adaptées, un autre obstacle important se situe dans le manque de confiance en soi et une certaine présomption d'incompétence que beaucoup de femmes s'attribuent à elles-mêmes en la matière, du fait notamment d'une certaine « captation » des espaces sportifs par les hommes, et ce dès la cour de l'école.

Les professionnels de santé devront donc communiquer de façon très spécifique pour obtenir des résultats auprès des publics féminins.

Recommandation n° 5 : définir les bonnes pratiques et recommandations pour communiquer de façon spécifique, adaptée et efficace auprès des femmes sur la nécessité de pratiquer régulièrement une activité physique ou sportive.

c. Accompagner les femmes en période ménopausique et péri-ménopausique

On l'a vu, si les femmes sont généralement beaucoup au contact des professionnels de santé pendant l'enfance, après la survenue des règles, lors de l'entrée dans la vie sexuelle (pour la contraception notamment) puis au cours, le cas échéant, de leur(s) grossesse(s), les années qui suivent sont en général, en termes de parcours de prévention comme de soins, une véritable traversée du désert, jusqu'à l'arrivée des premières pathologies liées à l'âge. Pourtant, les besoins de prévention et les spécificités du corps des femmes ne s'arrêtent pas avec la fin du cycle reproductif. Pour cette raison, il semble essentiel que des jalons intermédiaires existent entre l'âge de 40-45 ans et l'âge de 60-65 ans, lesquels ne peuvent se résumer aux examens de dépistage des cancers.

En particulier, comme l'ont souligné les représentants de l'ordre national des sages-femmes, un réel besoin d'accompagnement des femmes en période ménopausique ou péri-ménopausique existe, lequel doit d'autant plus être pris en compte que ce moment de la vie des femmes est encore largement tabou, et qu'il peut avoir d'importantes répercussions sur le bien-être quotidien, l'équilibre hormonal, la densité osseuse, la santé cardio-vasculaire, la vie sexuelle et affective, voire la santé psychique.

La ménopause intervenant en moyenne à l'âge de 50 ans, il conviendrait donc de réfléchir à la meilleure manière (bilan de santé, décalage possible et adaptation du contenu de la consultation 40-45 ans, consultation spécifique) de poser, sur le parcours de prévention tout au long de la vie d'adulte, un jalon spécifique à l'accompagnement des femmes au cours de cette période.

Recommandation n° 6 : poser un jalon intermédiaire dans le parcours de santé des femmes pour l'accompagnement de la période péri ménopausique et ménopausique.

d. Placer la prévention des violences au cœur du parcours de prévention des femmes

La forte prévalence des violences physiques et sexuelles faites aux femmes dans le cadre familial et des violences sexistes subies dans l'espace public ou en milieu scolaire implique que chaque étape du parcours de prévention des femmes, en particulier pour les jeunes publics, aborde cette question.

Comme l'ont soulevé les représentants des différents ordres professionnels auditionnés, ces violences peuvent avoir des répercussions tout au long de la vie, sur la santé générale, la santé sexuelle, affective et reproductive. En particulier, elles peuvent donner lieu à d'importants troubles psychiques, à des conduites à risque, des addictions, etc. Selon les personnes auditionnées, la détection ou la prévention de telles situations impliquent une première phase de mise en confiance, et d'aborder au préalable d'autres sujets, ce qui nécessite des durées de consultation plus importantes.

Cette question, qui concerne très directement la santé des femmes, ne semble pas mentionnée à ce stade dans le contenu des différentes consultations, ce que votre Rapporteuse regrette.

Recommandation n° 7 : pour les femmes et les adolescentes, intégrer au contenu de l'ensemble des consultations un volet de prévention et de détection, le cas échéant, des situations de violence.

En conclusion, votre Rapporteuse rappelle que pour parvenir à traiter efficacement ces problématiques spécifiques aux femmes, il est indispensable de poursuivre l'intégration de la thématique « genre et santé » dans la formation des professions médicales et paramédicales.

C. LE PARCOURS DE PRÉVENTION DOIT TENIR COMPTE DE L'INDISPENSABLE OPTIMISATION DU TEMPS MÉDICAL

Une réflexion sur la mise en place effective d'un parcours de prévention, adapté aux problématiques et aux âges de la vie des assurés ne peut faire l'économie d'une réflexion sur la faisabilité d'une telle démarche dans un contexte de forte dégradation de la démographie des professions de santé.

Cette dégradation a été soulignée avec force, voire avec détresse, par l'ensemble des représentants des professionnels de santé auditionnés. La tentation pourrait être grande de considérer qu'il n'est pas possible, voire pas souhaitable, dans un contexte de si forte tension sur les ressources médicales, et alors que de nombreux Français malades rencontrent des difficultés d'accès aux soins, de consacrer du temps médical à la prévention. Au contraire, votre Rapporteuse considère qu'il est essentiel de ne pas perdre plus de temps, et d'investir dès maintenant dans la prévention pour préserver l'avenir. Pour cela, il importe toutefois de mobiliser tous les leviers existants et, pour reprendre l'expression utilisée par le Président de l'Ordre national des infirmiers, « *d'optimiser le temps médical* ».

1. La nécessaire participation de l'ensemble des professionnels de santé compétents

Le parcours de prévention, tel qu'il est conçu actuellement, repose, à l'instar du parcours de soins, presque entièrement sur les médecins généralistes. Pierres angulaires des politiques publiques de santé, ces professionnels ont notamment pour particularité de suivre l'ensemble des problématiques de santé de leurs patients, de les voir régulièrement et de nouer avec eux une relation de proximité. À ce titre, ils sont très naturellement désignés comme les portes d'entrée du parcours de prévention.

La dégradation de la démographie médicale actuelle, entraînant une baisse de la densité médicale, aggravée par le vieillissement de la population, et dont les tendances devraient se poursuivre au moins jusqu'au milieu des années 2030 selon la DREES, concerne plus particulièrement les médecins généralistes, une spécialité

en outre jugée comme l'une des moins attractives par les étudiants en médecine. Il est d'ailleurs frappant que les autres spécialités qui enregistrent une réelle désaffection auprès de ces derniers soient « Santé publique » et « Médecine du travail », toutes deux résolument orientées vers la prévention, autre indicateur que cette culture est encore loin d'être valorisée et ancrée chez les acteurs du monde médical français.

Les seuls médecins généralistes ne pourront donc probablement pas absorber seuls la mise en place effective et efficace d'un parcours de prévention pour les adultes tout au long de la vie.

Ainsi, bien que leur situation démographique soit également préoccupante, votre Rapporture préconise-t-elle, pour le parcours de prévention des femmes :

– De recourir plus largement aux sages-femmes, dans le respect de leur domaine de compétences, les mesures éducatives et la préservation de la bonne santé s'inscrivant au cœur de leur métier. L'accès direct à ces professionnelles est désormais possible, il reste toutefois à communiquer davantage sur les compétences qui sont les leurs en dehors du seul accompagnement de la grossesse et de l'accouchement ;

– de recourir plus largement aux infirmiers, au nombre de 650 000 : l'augmentation du nombre des infirmiers en pratique avancée doit donc se poursuivre, afin de porter leur nombre à 5 000, conformément aux objectifs fixés par le Président de la République (ils sont actuellement 1 300). Une spécialité « prévention » pourrait être créée dans le cadre du déploiement de la formation de ces praticiens ;

– d'impliquer les médecins gynécologues : si leur rôle en matière de prévention semble déjà assez bien identifié, en particulier en matière de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus, une extension de leurs interventions pourrait englober la prévention pour les femmes de moins de 25 ans. Pour cela, il convient également d'informer et de rassurer les plus jeunes femmes en leur indiquant qu'une consultation de prévention chez un gynécologue ne se traduit pas nécessairement par un examen médical. La démographie de la profession (7 500 gynécologues et obstétriciens sont actuellement en activité) rend toutefois nécessaire d'impliquer d'autres professionnels, en particulier dans certains territoires ;

– de favoriser autant que possible la mise en réseau de ces différents professionnels de santé, en particulier dans la pratique libérale : des protocoles de coopération permettant des délégations d'acte pourraient être favorisés par le développement des lieux de pratique pluridisciplinaire (notamment des maisons de santé), permettant des procédures concertées, des retours d'expérience et le partage de bonnes pratiques. Cette mise en réseau pourrait seule permettre l'intervention des différents acteurs précités, tout en assurant une coordination et le respect du champ de compétences de chacun ;

– de revaloriser les professionnels de santé dont la prévention est le cœur de métier, en particulier la médecine du travail et la médecine scolaire. Les effectifs de cette dernière ne permettent plus aujourd’hui un suivi suffisant des jeunes publics ⁽¹⁾ et rendent difficile leur implication dans de nouveaux dispositifs, alors que leur position au sein de l’enceinte scolaire devrait leur permettre de jouer un rôle privilégié de prévention.

Recommandation n° 8 : associer au parcours de prévention les sages-femmes, les infirmiers et les gynécologues dans le cadre de réseaux de coopération et dans le respect de leurs champs de compétences et revaloriser la médecine du travail et la médecine scolaire.

2. L’éducation en matière de vie sexuelle et affective ne doit pas être oubliée

Une véritable politique de prévention commence dès le plus jeune âge. Diffuser la culture de la prévention, c’est avant tout éduquer les jeunes publics à la prévention, afin qu’ils se considèrent d’emblée comme les acteurs de leur propre santé. En ce qui concerne les femmes, et comme cela a déjà été dit dans ce rapport, la réussite de l’entrée dans la vie sexuelle et affective constitue un facteur déterminant de la santé physique et psychique tout au long de la vie. À titre d’exemple, on sait qu’une jeune fille ayant reçu une information à la sexualité en classe de troisième aura moins souvent recours à l’IVG. On identifie également de mieux en mieux les effets délétères de la pornographie sur les très jeunes publics, qui nécessitent d’être au plus tôt contrebalancés par une véritable éducation.

Le rôle des pouvoirs publics, par le biais de l’Éducation nationale, est donc crucial et doit être rempli par l’application réelle de la loi du 4 juillet 2001 relative à l’IVG et à la contraception. L’article L. 312-16 du code de la santé publique qui en est issu, dispose dans sa version actuelle qu’« *une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d’au moins trois séances annuelles et par groupes d’âge homogène. Ces séances présentent une vision égalitaire des relations entre les femmes et les hommes. Elles contribuent à l’apprentissage du respect dû au corps humain et sensibilisent aux violences sexistes ou sexuelles ainsi qu’aux mutilations sexuelles féminines* ».

Or, l’ensemble des rapports et études produits sur l’application de ces dispositions, ainsi que tous les ordres professionnels auditionnés par votre Rapporteur, révèlent, d’une part, qu’elles ne sont appliquées que de façon parcellaire et inégale sur le territoire, d’autre part, qu’elles s’avèrent un préalable indispensable en matière de préservation de la santé des femmes. Votre Rapporteur ne peut donc que saluer avec force l’annonce faite le 16 septembre 2022 par le ministre de l’Éducation nationale de relancer ce dispositif et d’assurer sa réelle application. Elle préconise dans ce cadre que les séances organisées :

(1) On compte actuellement un peu moins de mille médecins de l’éducation nationale soit, selon les territoires, un médecin pour 2000 à 46 000 élèves, et un peu plus de 8000 infirmiers scolaires.

- le soient par des professionnels spécifiquement formés à cette fin ;
- sous un format distinct de celui des cours, où les élèves sont trop nombreux, en privilégiant de petits groupes de quatre ou cinq ;
- soient organisées avec des groupes d'élèves mixtes ;
- partent des représentations des élèves afin de personnaliser et d'adapter le contenu délivré.

Enfin, votre Rapporteuse salue le projet d'introduire la thématique de l'égalité entre les femmes et les hommes dans le module Citoyenneté et institution du Service national universel, en émettant le souhait que celle-ci introduise les principes de prévention en matière de vie sexuelle et affective, mais aussi de prévention des violences. Plus globalement, la généralisation du Service national universel permettrait d'atteindre une cohorte entière avec une consultation de prévention réalisée dans ce cadre.

Recommandation n° 9 : diffuser la culture de la prévention chez les jeunes dans le cadre d'une relance de l'éducation à la vie sexuelle et affective et du service national universel.

II. UNE FACILITATION DE L'ACCÈS À DES DISPOSITIFS ESSENTIELS POUR LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES FEMMES (ARTICLES 18 ET 19)

Les infections sexuellement transmissibles (IST) constituent un enjeu de santé publique qui fait l'objet d'une attention particulière dans le cadre de la Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030. Très contagieuses, elles sont actuellement en recrudescence. Certaines d'entre elles, asymptomatiques et silencieuses, peuvent entraîner à terme de graves complications. Outre la prévention et l'éducation, seul un dépistage systématique sur des publics ciblés (les personnes de 15 à 24 ans sexuellement actives sont les plus concernées) permet d'obtenir des résultats tangibles, de poser un diagnostic clair et de proposer un traitement. Pour les jeunes femmes, ces IST peuvent entraîner des problèmes de santé spécifiques et c'est le plus souvent sur elles que pèse la charge, mentale comme financière, du dépistage (à titre d'exemple, le taux de dépistage du chlamydia trachomatis est près de trois fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes). En effet, ces dernières sont plus particulièrement sensibilisées à l'importance d'un dépistage régulier et fréquent, à travers leurs parcours gynécologique et contraceptif notamment.

A. L'EXTENSION DE LA GRATUITÉ DU DÉPISTAGE DES IST (ARTICLE 18)

1. Une recrudescence préoccupante de certaines IST

Les IST sont actuellement en recrudescence, avec par exemple une hausse de près de 30 % du nombre de diagnostics d'infection à chlamydia trachomatis et de plus de 20 % des diagnostics d'infection de gonococcie entre 2017 et 2019. Cette tendance est particulièrement marquée en Île-de-France, et dans une moindre mesure dans les départements d'Outre-mer. Le dépistage précoce de ces infections, de même que de celles du VIH, des hépatites et en particulier de l'hépatite B, de la syphilis et du papillomavirus humain représente donc un enjeu de santé publique majeur, les infections sexuellement transmissibles pouvant avoir des conséquences importantes sur la santé tout au long de la vie. Pour les femmes plus spécifiquement, elles peuvent entraîner stérilité, douleurs pelviennes chroniques, fragilisation des muqueuses, cancer du col de l'utérus, risques de transmission au fœtus, etc.

C'est pourquoi le dispositif prévu à l'article 18 du PLFSS, facilitant l'accès au dépistage et améliorant sa prise en charge, constitue une avancée significative, en particulier pour les femmes.

2. Une nouvelle facilitation bienvenue de l'accès au dépistage des IST

Un premier pas notable a déjà été franchi pour améliorer l'accès au dépistage des IST dans le PLFSS pour 2022. Ainsi, depuis le 1^{er} janvier 2022 a été généralisée l'expérimentation « Au labo sans ordo » ou « VIH test », laquelle

permettait de procéder à un test de dépistage de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), sans avance de frais et sans ordonnance dans tous les laboratoires de biologie médicale. Cette expérimentation, qui faisait suite aux recommandations du rapport de la Cour des comptes sur la prévention et la prise en charge du VIH, complétait, pour un public nouveau, l'offre déjà existante (centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic – CeGiDD, autotests proposés par des associations ou en vente libre dans les pharmacies, prescriptions médicales, etc.).

Le dispositif proposé dans l'article 18 du PLFSS pour 2023 préconise cette fois-ci :

– D'étendre à d'autres IST la possibilité d'effectuer les dépistages sans ordonnance dans des laboratoires de biologie médicale ;

– pour ces mêmes IST, et « *le cas échéant sous condition de limite d'âge* », de le rembourser intégralement (exonération de participation de l'assuré).

Cette extension du dispositif à d'autres IST semble donc une avancée notable. Elle nécessite toutefois plusieurs textes d'application et des précisions pour être applicables.

3. Une extension qui reste à clarifier

L'extension à certaines IST de l'accès au dépistage nécessite que soient pris deux textes d'application :

– Un arrêté ministériel comportant la liste des infections concernées : à la question posée par votre Rapporteur à la Direction générale de la santé, celle-ci a répondu que « *la liste des IST concernées sera déterminée à partir de l'épidémiologie actuelle de ces infections et des recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS), ainsi que du rapport d'experts sur la prise en charge du VIH, des hépatites virales et des IST dont les travaux sont en cours sous la direction du Pr. Pierre Delobel. Il est envisagé d'inclure dans un premier temps les infections à Chlamydia trachomatis et à gonocoque. La question de la syphilis et de l'hépatite B se pose également. Le dépistage des infections à HPV rentre dans le cadre du dépistage des lésions pré-cancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus. Quant aux infections herpétiques, elles sont symptomatiques et sont donc diagnostiquées cliniquement le plus souvent* ». Votre Rapporteur tient à souligner sur ce point que le dépistage du HPV n'intervient qu'à partir de 25 ans, alors que la contamination peut avoir lieu bien avant. Elle émet donc le souhait que le HPV soit inclus dans la liste contenue dans cet arrêté, cette IST pouvant avoir des conséquences dramatiques pour la santé des femmes. En outre, il convient d'intensifier l'incitation à la vaccination contre cette IST (voir recommandation n° 4 du présent rapport).

– Un décret en Conseil d’État précisant notamment les modalités et conditions d’exonération de la participation de certains assurés sous condition de limite d’âge : la loi ne précise pas l’âge jusqu’auquel cette gratuité serait garantie, ce qui sera l’objet du décret. L’exposé des motifs mentionne toutefois l’âge de 26 ans, ce qui correspond aux besoins des populations ciblées.

Recommandation n° 10 : inclure le papillomavirus humain (HPV) dans la liste, qui sera prise par arrêté ministériel, des infections concernées par l’extension de l’accès au dépistage

La DDF sera donc attentive aux dispositions contenues dans ces textes d’application, mais aussi à leurs délais de publication, lesquels conditionnent la mise en œuvre effective du dispositif.

Enfin, votre Rapporteuse émet le souhait que le dépistage des IST en laboratoire soit systématiquement accompagné de la délivrance d’informations pertinentes sur les bonnes pratiques pour se protéger et sur l’existence de la consultation de contraception et de prévention en santé sexuelle (CCP), ce qui nécessite un accompagnement des laboratoires par les pouvoirs publics (sensibilisation des biologistes, rédaction et diffusion de supports d’information, etc.). En effet, les mesures d’urgence peuvent et doivent être l’occasion d’effectuer de la prévention.

Recommandation n° 11 : délivrer à l’occasion des examens de dépistage des IST dispensés dans les laboratoires de biologie médicale une information adéquate sur les bonnes pratiques et l’existence de la CCP.

B. L’EXTENSION DE LA GRATUITÉ DE LA CONTRACEPTION D’URGENCE SANS ORDONNANCE AUX MAJEURES DE MOINS DE 26 ANS

La contraception d’urgence agit principalement en retardant l’ovulation. Il s’agit d’une méthode de rattrapage exceptionnelle permettant d’éviter une grossesse non désirée en cas de rapport non ou mal protégé. Ce n’est en aucun cas une pilule abortive : elle ne peut donc pas déclencher d’avortement puisqu’elle n’est plus efficace si la fécondation a déjà eu lieu. Elle est délivrée sous forme d’un comprimé unique, qui doit être pris au plus tôt après le rapport avec un verre d’eau. Il existe deux types de pilules :

– au lévonorgestrel (Levonorgestrel Biogaran, NorLevo) : à prendre jusqu’à 72 heures (3 jours) après un rapport sexuel non ou mal protégé ;

– à l’ulipristal acétate (EllaOne) : à prendre jusqu’à 120 heures (5 jours) après un rapport sexuel non ou mal protégé. Elle est communément appelée « la pilule du surlendemain ».

Ces pilules coûtent entre 4 et 10 euros pour celles au lévonorgestrel (NorLevo) et aux alentours de 20 euros pour celles à l’ulipristal acétate (EllaOne).

La contraception d’urgence ou contraception de rattrapage est un outil indispensable pour limiter l’incidence des grossesses non prévues et des interruptions volontaires de grossesse. Votre Rapporteuse ne peut donc que soutenir les mesures d’extension de la prise en charge de la CU prévues à l’article 19.

1. Le cadre actuel de délivrance de la CU

L’accès à la contraception d’urgence (CU) a évolué depuis sa mise à disposition. Depuis 1999, elle peut être délivrée sans ordonnance et sans restriction en pharmacie. Sans prescription, la CU n’est pas remboursée, tandis qu’elle l’est à 65 % quand elle est prescrite.

Depuis 2002, elle est toutefois délivrée gratuitement et anonymement aux mineures, sans vérification de l’identité, le renseignement par l’officine la délivrant d’un NIR anonyme permettant de garantir la confidentialité de la démarche. La CU peut également être délivrée gratuitement aux élèves mineures ou majeures de l’enseignement secondaire par les infirmiers scolaires et aux étudiantes des universités par les services de médecine préventive universitaire.

Enfin, depuis 2015, la délivrance sans ordonnance, gratuite et anonyme pour les mineures a été étendue aux CU de nouvelle génération, dont l’efficacité se prolonge jusqu’à 120 heures après le rapport sexuel non protégé.

Si ce cadre peut sembler clair en première analyse, il peut, couplé à d’autres informations reçues par de jeunes voire très jeunes publics, sembler complexe et peu lisible. En outre, le seuil des 18 ans, au-delà duquel l’accès à la CU est moins facilité, introduit une rupture n’entrant pas nécessairement en correspondance avec la réalité concrète des jeunes, de leurs comportements ou représentations.

2. Les freins identifiés à l’utilisation de la CU

Malgré un accès facilité et une évolution importante du paysage contraceptif, l’utilisation de la CU comme le profil des femmes qui y ont recours n’ont guère évolué en France après la nette augmentation observée après 1999 et la possibilité de se la voir délivrer sans ordonnance. Les principaux freins qui peuvent encore être identifiés à la prise de la CU sont les suivants :

a. Une connaissance du dispositif à parfaire

Selon la Haute autorité de Santé (HAS) ⁽¹⁾, si la CU en elle-même est bien connue des jeunes et en particulier des très jeunes (plus de 95 % des moins de 30 ans, et 97,5 % des 15-19 ans), on constate que plus l’âge augmente, moins ses

(1) https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-04/contraception_durgence_-_synthese_et_recommandations.pdf

modalités de délivrance sont clairement identifiées : en particulier, près de 15 % des 20-24 ans et 25 % des 25-29 ans ignorent qu'elle peut être délivrée sans ordonnance. On devine aisément que chez les femmes ne disposant pas de cette information, l'idée même de chercher et trouver un rendez-vous chez un médecin dans des délais très courts, d'expliquer sa démarche et donc son contexte à ce médecin, mise en balance avec un risque incertain de grossesse, puisse décourager une partie importante d'entre elles de recourir à la CU.

Recommandation n° 12 : mettre l'accent dans le cadre de la prévention, des soins, et de la communication, sur l'accessibilité sans ordonnance, pour toutes et tous, à la contraception d'urgence.

b. La persistance de la représentation de la « pilule du lendemain »

Il convient de souligner que cette expression de « pilule du lendemain », encore largement utilisée, peut induire à tort une limitation de la prise de la CU. Certaines femmes ne sont pas ou mal informées sur le délai d'efficacité réelle de ces pilules : l'arrivée sur le marché d'un composé à base d'ulipristal acétate a prolongé l'efficacité de la contraception d'urgence de 72 heures à 120 heures, soit 5 jours après le rapport sexuel non protégé.

Toutefois, l'efficacité de la contraception d'urgence est meilleure lorsqu'elle est prise au plus tôt.

Recommandation n° 13 : Remplacer le terme pilule du lendemain par celui de « contraception d'urgence » dans l'ensemble des interventions ou supports de communication ou d'information sur ce dispositif.

c. Un manque d'identification du risque de grossesse

Les jeunes filles ou jeunes femmes concernées n'ont pas toujours une perception exacte de l'étendue des cas de recours à la contraception d'urgence. En effet, elles ont tendance à penser que ce recours n'est nécessaire que dans le cas d'un rapport non protégé, en l'absence d'une contraception régulière.

Or, les risques de grossesse non désirée sont plus étendus. Si la CU ne doit pas remplacer une contraception régulière et doit s'utiliser de manière occasionnelle, il s'agit d'un contraceptif d'urgence qui peut se prendre à n'importe quel moment du cycle dans plusieurs situations :

- après un rapport à risque sans moyen de contraception ;
- en l'absence de prise de pilule et en cas d'accident de préservatif ;
- suite à un oubli de pilule ;
- en cas de vomissements ou de diarrhée après avoir pris la pilule.

Il y a donc un certain nombre de situations dont les intéressées perçoivent mal ou peu les risques potentiels de grossesse et qui peut les amener à négliger le recours à la contraception d'urgence.

d. Des inégalités territoriales

La délivrance sans ordonnance, la gratuité et l'utilisation d'un NIR anonyme pour la sécurité sociale garantissent la confidentialité de la démarche à l'égard des parents pour les jeunes filles mineures et s'agissant du médecin traitant, lorsque celui-ci est le médecin de famille. Pour autant, ces modalités ne permettent pas d'assurer la discrétion nécessaire tout le temps et en tous lieux, dans la mesure où le lieu de délivrance principal est constitué par les officines de pharmacie.

Une inégalité d'accès à la contraception d'urgence dans la discrétion est indéniable, en fonction du lieu de résidence habituelle des jeunes filles et des jeunes femmes. S'il est aisé de se procurer la contraception d'urgence sans risquer d'être reconnue et identifiée dans les grandes villes, où le nombre important de pharmacies et l'existence d'un réseau de transports en commun permettent de se rendre facilement dans une pharmacie excentrée par rapport à son domicile, évitant ainsi de risquer de rencontrer à cette occasion des personnes de connaissance, tel n'est malheureusement pas le cas dans les petites villes et les zones rurales.

La problématique est alors la suivante pour les jeunes femmes concernées : comment se rendre dans des délais rapides dans une pharmacie suffisamment distante du domicile pour ne pas courir le risque d'être reconnue par le pharmacien ou les personnes présentes dans l'officine, alors que les déplacements sont assurés et contrôlés par les parents, en dehors des trajets scolaires dont les horaires et l'itinéraire sont contraints ? Cette situation peut être une source de stress et d'angoisse non négligeable pour des adolescentes, susceptible de les conduire à renoncer à la contraception d'urgence.

C'est pourquoi, il apparaît essentiel de renforcer l'accès à la contraception d'urgence dans les établissements scolaires. Le corps des infirmiers scolaires, largement féminisé, créant ainsi une relation de proximité et de confiance, semble être l'interlocuteur à privilégier en la matière.

Recommandation n° 14 : Réfléchir à la possibilité de renforcer l'accès à la contraception d'urgence dans les établissements scolaires.

e. Un frein économique pour les femmes majeures les plus précaires

La délivrance en pharmacie de la pilule de contraception d'urgence est actuellement possible sans prescription pour toutes les femmes, mais elle n'est pas prise en charge pour les femmes majeures. Bien que son coût, d'environ 5 euros à 20 euros pour la CU de nouvelle génération, puisse paraître modique au regard de l'enjeu, soumettre son remboursement à une prescription peut donc constituer un frein important pour les femmes les plus jeunes ou les plus précaires.

3. Un nouveau pas vers la facilitation de l'accès à la CU qui doit s'accompagner de mesures d'information

Les questions liées à la contraception d'urgence se trouvent au cœur d'une double dynamique. D'une part, les évolutions techniques et réglementaires qui ont pour conséquence que les aînés ne disposent pas toujours de connaissances à jour et ne peuvent se faire le relais d'informations justes auprès de leurs cadets. D'autre part, le renouvellement des générations, qui oblige à maintenir une éducation et une communication constante et régulière auprès des plus jeunes pour leur assurer une entrée dans la sexualité dans les meilleures conditions.

a. Description des dispositions de l'article 19 du PLFSS

L'article 19 du PLFSS 2023 prévoit :

– que « *le remboursement ou la prise en charge par les organismes de sécurité sociale des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence, dispensés en officine et inscrits sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, n'est pas subordonné à leur prescription.* » Il convient de noter que les CU de nouvelle génération, efficaces jusqu'à 5 jours après le rapport sexuel non protégé, sont comprises dans la liste mentionnée ci-dessus. Cet alinéa prévoit donc que l'ensemble des femmes, y compris majeures, pourront se voir délivrer la CU sans ordonnance et être remboursées (elles devront toutefois avancer les frais, contrairement aux mineures) ;

– que les femmes majeures de moins de 26 ans se verront dispensées de participation, et donc remboursées à 100 %, y compris sans ordonnance, sur présentation de leur carte vitale.

Afin que les femmes puissent accéder directement à cette contraception d'urgence qui nécessite d'être prise rapidement après le rapport non protégé et de façon à ce que le coût financier de celle-ci ne constitue pas un frein à son utilisation, le Gouvernement a donc décidé de simplifier le parcours des femmes, en permettant la délivrance sans prescription pour toutes, et avec prise en charge intégrale pour les femmes de moins de 26 ans. Il s'agit là d'une avancée majeure pour les femmes précaires dans l'accès à la CU, et d'une homogénéisation bienvenue des conditions de délivrance et de remboursement de cette contraception.

b. Une contraception qui, sans être freinée ne doit pas être banalisée

Il convient toutefois de rappeler que la CU est une solution de rattrapage ponctuel, en cas de risque de grossesse à la suite d'un rapport non ou insuffisamment protégé. Elle ne doit en aucune façon être considérée comme un mode de contraception régulier, d'une part parce que son efficacité est moindre, d'autre part, parce que le recours à celle-ci comme seul mode de protection contre le risque de grossesse, conduirait à un recours répété susceptible de provoquer des effets secondaires amplifiés.

Il est donc essentiel, lors de sa délivrance, qu'elle soit accompagnée d'une information. Celle-ci ne devrait pas, selon l'avis de l'ensemble des professionnels auditionnés, être délivrée oralement. Les conditions de délivrance en officine ne permettent en effet pas de délivrer cette information de façon confidentielle. De plus, la crainte d'être jugée étant déjà un frein pour certaines jeunes filles, la délivrance d'une information en face-à-face pourrait être mal vécue, considérée comme moralisatrice ou intrusive, et augmenter leur malaise. Par ailleurs, ce n'est pas au moment de la demande même de CU qui correspond à une urgence immédiate, laquelle peut s'accompagner de stress, voire de panique, que les jeunes filles et les jeunes femmes sont les plus réceptives.

C'est pourquoi votre Rapporteuse préconise que cette information :

- soit dispensée sur un support écrit ;
- que ce support soit concis, clair, de lecture attractive, rédigé en français facile pour être accessible à toutes et en caractères de taille suffisante pour ne pas dissuader ou empêcher sa lecture ;
- informe sur la nécessité d'une véritable contraception (en citant les différentes méthodes, pilule, implant, stérilet, etc.) couplée à une protection contre les IST et invite à se rapprocher d'un médecin ou d'une sage-femme pour effectuer la CCP, gratuite et sans avance de frais jusqu'à 26 ans.

Votre Rapporteuse a déposé en commission des affaires sociales un amendement en ce sens, lequel a été adopté par la commission ⁽¹⁾ .

Recommandation n° 15 : remettre systématiquement, lors de la délivrance de contraceptifs d'urgence, un support d'information clair, attractif, concis et en français facile informant sur les précautions à adopter et invitant à prendre rendez-vous avec un médecin ou une sage-femme pour la consultation de contraception et de prévention en santé sexuelle (CCP), gratuite et sans avance de frais jusqu'à 26 ans.

c. Une communication à renouveler et actualiser en permanence

« *La contraception d'urgence doit être prise si possible dans les douze heures après un rapport non ou mal protégé mais elle peut être prise dans les trois jours ou cinq jours selon le médicament utilisé* ». C'est ce que rappelait une campagne sur la contraception d'urgence lancée en juillet 2019 par Santé publique France. L'agence de santé publique et le ministère de la santé avaient décidé d'insister sur ce message dans la campagne diffusée sur des sites Internet et les réseaux sociaux. En effet, une grande enquête réalisée en 2016 montrait que 40 % des moins de 30 ans pensaient à tort « que la contraception d'urgence est efficace uniquement si elle est prise dans les 24 heures ». « *Un rapport non ou mal protégé ? Un oubli de pilule ? Tu as 5 jours maximum pour agir !* », indiquait l'un des slogans de la campagne, qui ciblait

(1) Voir annexe 2.

notamment les utilisateurs du réseau Snapchat, âgés de 13 à 18 ans. Chaque message renvoyait ensuite pour plus d'informations vers le site sur la sexualité Onsexprime.fr.

Malheureusement, ces campagnes nationales ne sont pas organisées à périodicité fixe, alors que les publics se renouvellent et que les dispositions en vigueur évoluent, de même qu'une nouvelle offre médicale apparaît régulièrement comme on a pu le constater avec la CU, dont le délai de recours a été allongé.

Il est vrai que les campagnes de communication sur la contraception et la sexualité, tout comme l'éducation à la sexualité à l'école, soulèvent de nombreux débats. Quels doivent être leur contenu et leurs modalités ? Faut-il coupler la question des IST à celle de la contraception ? Comment s'adresser à la fois aux hommes et aux femmes ? Quels rôles respectifs les parents et les professionnels doivent-ils jouer ? En France, l'accès des mineurs à une information de qualité sur la contraception reste problématique.

Afin de parvenir à diffuser l'information en continu et qu'elle soit toujours à jour, intégrant ainsi les dernières dispositions en vigueur et les progrès médicaux les plus récents, il est indispensable de réaliser régulièrement des campagnes d'information ciblées, avec des messages simples et clairs, en privilégiant les vecteurs de communication plébiscités par les publics visés, comme les réseaux sociaux ou les tchats pour les jeunes.

Il en va de la CU, comme des autres dispositions favorisant l'accès à la prévention et au dépistage figurant dans le PLFSS pour 2023 : si ces mesures ne sont pas relayées de façon claire auprès des publics concernés, elles demeureront sous-utilisées. Or, l'enjeu de la CU est majeur : elle vise à permettre d'éviter des grossesses non désirées et à limiter le nombre d'IVG. Il est donc essentiel que l'information selon laquelle elle peut désormais être délivrée sans ordonnance et remboursée à tout âge, soit portée à la connaissance de l'ensemble des Françaises, non seulement à la suite de l'adoption du PLFSS mais de manière régulière, pour que chaque nouvelle classe d'âge concernée puisse l'intégrer. Ici encore, votre Rapporture insiste sur l'importance de redonner de l'élan aux cours d'éducation à la vie sexuelle et affective en milieu scolaire, lesquels, aux niveaux collège et lycée, doivent intégrer ces informations afin que les dispositifs votés puissent produire leur plein effet.

TRAVAUX DE LA DÉLÉGATION

Lors de sa réunion du 20 octobre 2022, sous la présidence de Mme Véronique Riotton, la Délégation a adopté le présent rapport et les recommandations présentées *supra*.

La vidéo de cette réunion est accessible en ligne sur le portail vidéo de l'Assemblée nationale à l'adresse suivante :

<https://assnat.fr/xTzWcf>

ANNEXE 1 : PERSONNES ENTENDUES PAR LA RAPPORTEURE

- **Jeudi 29 septembre 2022**

- **Ordre national des infirmiers (ONI)**

M. Patrick Chamboredon, président

- **Mardi 4 octobre 2022**

- **Conseil national de l'ordre des sages-femmes (CNOSF)**

Mme Isabelle Derrenderinger, présidente

M. David Meyer, chef de cabinet, conseiller technique

- **Mercredi 5 octobre 2022**

- **Syndicat MG France**

Dr Agnès Giannotti, présidente

Dr Valérie Duthil, vice-présidente

Dr Florence Lapica, vice-présidente

- **Jeudi 6 octobre 2022**

- **Conseil national professionnel de gynécologie et obstétrique et de gynécologie médicale (CNPGO-GM)**

M. Bernard Hédon, président

Mme Michèle Scheffler, future présidente

M. Mikaël Agopiantz, secrétaire général

ANNEXE 2 : AMENDEMENTS DE VOTRE RAPPORTEURE ADOPTÉS PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

- **Amendement n° AS1190**

ARTICLE 17

– Compléter l’alinéa 4 par la phrase suivante :

« Les modalités et le contenu de ces rendez-vous sont adaptés aux besoins et aux facteurs de risque du citoyen et de la citoyenne, notamment les événements de santé spécifiques du corps féminin, les cancers spécifiques, ménopause ou encore ostéoporose. »

– En conséquence, substituer à l’alinéa 6 les quatre alinéas suivants :

« a) Le 1° est ainsi modifié :

« – après le mot : « objet », sont insérés les mots : « , adapté aux facteurs de risque du citoyen et de la citoyenne, » ;

« – à la fin, la référence : « à l’article L. 1411-6 » est remplacée par les références : « aux articles L. 1411-6 et L. 1411-6-2 » ;

« a bis) Au 3°, après le mot : « œuvre », sont insérés les mots : « , adaptées aux facteurs de risque du citoyen et de la citoyenne, » ; ».

- **Amendement n° AS1193**

ARTICLE 17

Compléter l’alinéa 15 par les mots :

« et aux consultations de prévention aux âges clefs, avec notamment une attention particulière aux événements de santé des femmes telle que la ménopause ».

- **Amendement n° AS1187**

ARTICLE 17

À l'alinéa 16, après le mot :

« addictions, » insérer les mots :

« avec une orientation vers les dépistages de cancers adaptés aux facteurs de risques du citoyen »

- **Amendement n° AS1331**

ARTICLE 19

À l'alinéa 2, après le mot : « officine », sont insérés les mots : « , accompagnés d'une information écrite, concise et aisément compréhensible mentionnant obligatoirement la consultation prévue aux articles L. 162-8-1 et L. 162-4-5 du code de la sécurité sociale et sa prise en charge sans avance de frais, ».