



L'ORS-CREAI publie un nouveau numéro de sa collection « Santé Observée en Normandie ». Ces publications courtes ont pour objectif de mettre à la disposition de l'ensemble des partenaires du champ sanitaire, social et médico-social, les principales données concernant la santé de la population (indicateurs de santé disponibles, ressources régionales en matière de prévention et de soins).

Ce nouveau numéro consacré à la santé sexuelle a été réalisé en collaboration avec l'ARS Normandie et Santé Publique France.

Les activités de l'ORS-CREAI Normandie sont soutenues par le Conseil Régional, l'Agence Régionale de Santé de Normandie et le Conseil Départemental de l'Orne.



CONTEXTE NATIONAL

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : « La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en matière de sexualité, ce n'est pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sécuritaires, sans coercition, ni discrimination et ni violence. Pour atteindre et maintenir une bonne santé sexuelle, les Droits Humains et Droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et réalisés ».

La santé sexuelle fait partie intégrante de la santé, du bien-être et de la qualité de vie des individus. La stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030, lancée au mois de mars 2017 par la ministre des affaires sociales et de la santé, s'inscrit donc dans la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé.

Construite en concertation avec les acteurs de terrain, elle décline cinq grandes priorités :

- ♦ La promotion de la santé et de la prévention,
- ♦ La promotion des droits humains et leur traduction dans la législation,
- ♦ Organiser les soins autour des patients et en garantir l'égal accès,
- ♦ Contribuer à la démocratie sanitaire,
- ♦ Lutter contre les inégalités sociales et territoriales.

Elle s'articule autour d'orientations stratégiques organisées en six axes :

- ♦ Investir dans la promotion en santé sexuelle, en particulier en direction des jeunes, dans une approche globale et positive,
- ♦ Améliorer le parcours de santé en matière d'IST, dont le VIH et les hépatites virales : prévention, dépistage, prise en charge,
- ♦ Améliorer la santé reproductive,
- ♦ Répondre aux besoins spécifiques des populations les plus vulnérables,
- ♦ Promouvoir la recherche, les connaissances et l'innovation en santé sexuelle,
- ♦ Prendre en compte les spécificités de l'outre-mer.

Cette première publication régionale relative à la santé sexuelle en Normandie a pour objectif d'apporter un premier niveau d'informations sur diverses thématiques, telles que la vie affective et sexuelle, la contraception, les pathologies liées à la sexualité, les violences sexuelles, les soins et la prévention... Elle présente un ensemble d'indicateurs issus de bases de données nationales ou régionales, des résultats d'enquêtes et autres travaux d'études, mais également des points d'informations sur la réglementation, les outils disponibles et les principales ressources régionales, ainsi que le témoignage d'un acteur régional.

SOMMAIRE

Caractéristiques socio-démographiques du territoire	p. 2
Vie affective et sexualité	p. 4
Pathologies liées à la sexualité	p. 8
Education à la sexualité	p. 11
Violences sexuelles	p. 12
Recours aux soins et prévention	p. 15
Santé reproductive	p. 18
Ressources territoriales	p. 20
Point de vue d'un professionnel	p. 22
Faits marquants en Normandie	p. 24

STRUCTURE PAR ÂGE DE LA POPULATION NORMANDE

La population normande progresse légèrement, mais vieillit rapidement

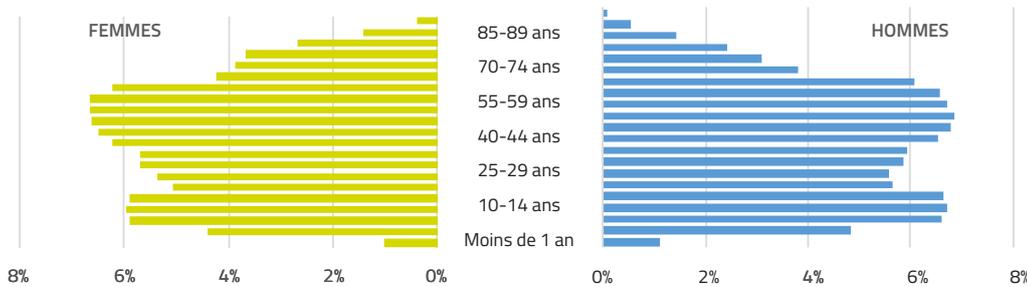
Avec près de 3 335 929 habitants au 31 décembre 2016, la Normandie se situe au 9^{ème} rang des régions françaises. Sa population suit une tendance légèrement à la hausse, mais à un rythme plus faible qu'au plan national. Le département le plus peuplé est la Seine-Maritime (avec 38 % de la population régionale), suivi du Calvados (21 %), de l'Eure (18 %), de la Manche (15 %) et l'Orne (9 %).

Les moins de 25 ans représentent 29,9 % de la population régionale, soit un niveau identique à la France métropolitaine, mais variable selon les départements. Dans la Manche et dans l'Orne, la part des moins de 25 ans est plus faible (27,1 %) et l'indice de

vieillessement est plus élevé que dans l'ensemble de la région (il est respectivement de 103,4 et 106,9 dans ces 2 départements, contre 81,7 en Normandie). A l'inverse, le département de l'Eure présente une population plus jeune, avec à la fois davantage de moins de 25 ans (30,7 % contre 29,9 % en région) et l'indice de vieillessement le plus faible des 5 départements (68,5).

Les pyramides des âges mettent en évidence une part globalement plus élevée du nombre d'hommes dans les tranches d'âge en-dessous de 55 ans, âge où le phénomène s'inverse : on recense 30,7 % d'hommes contre 35,7 % de femmes âgés de 55 ans et plus.

Pyramide des âges des hommes et des femmes en Normandie



Source : Insee RP 2016 - Exploitation ORS-CREAI Normandie

Indice de vieillissement

L'indice de vieillissement désigne le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes âgées de moins de 20 ans. Il permet de mesurer le degré de vieillissement de la population ; plus l'indice est élevé, plus le vieillissement est important.

SITUATION SOCIO-ECONOMIQUE DE LA POPULATION

Un taux d'activité en Normandie équivalent au niveau national, mais une fragilité socio-économique plus marquée

Le taux d'activité de la population en Normandie est très proche du taux national, avec 73,3 % de normands âgés de 15 à 64 ans en activité (contre 74,0 % en France) et il varie très peu d'un département à l'autre.

La structure régionale des emplois présente des différences avec le niveau national. Les employés et professions intermédiaires représentent plus de la moitié des emplois occupés, les artisans, commerçants, chefs d'entreprise et agriculteurs exploitants représentent quant à eux 8,2 % des actifs occupés, tant au plan régional que national. En revanche, les ouvriers représentent 25,2 % des emplois en Normandie contre 20,2 % en France, et inversement les cadres et professions intellectuelles supérieures occupent 12,5 % des actifs normands contre 18,0 % en France métropolitaine.

Plus d'un quart des salariés de la région sont en emploi précaire (emplois qui ne sont pas en CDI) et le taux de chômage des 15-64 ans et plus s'établit à 13,8 %. Par ailleurs, plus de 58 % des foyers fiscaux sont non imposés et un enfant sur huit vit dans une famille sans actif occupé. Des disparités territoriales sont observées, avec une situation plus dégradée dans les départements de Seine-Maritime, puis dans l'Orne et dans l'Eure.

Répartition des actifs occupés par groupes socio-professionnels



Source : Insee RP 2016 - Exploitation ORS-CREAI Normandie

	Normandie	France
Part des salariés en emploi précaire	28,2 %	27,8 %
Taux de chômage des 15-64 ans	13,8 %	13,5 %
Proportion de foyers fiscaux non imposés	58,3 %	55,7 %
Part d'enfants de moins de 25 ans vivant dans une famille sans actif occupé	12,3 %	12,5 %

Source : Insee, DGFIP 2016 - Exploitation ORS-CREAI Normandie

Des inégalités sociales marquées entre les territoires

Sur une échelle géographique plus fine, on observe des contrastes importants, qui ont notamment été traduits par une cartographie de l'indice agrégé de défavorisation sociale à l'échelle des IRIS. Celle-ci met en évidence des IRIS plus défavorisés d'un point de

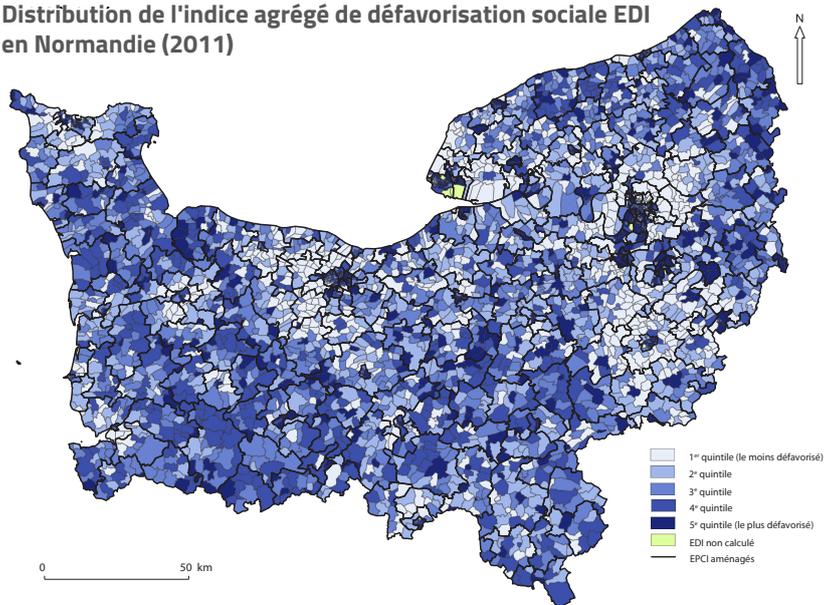
vue socio-économique dans les zones urbaines et dans certaines zones plus rurales (départements de l'Orne, de la Manche et nord-est de la Seine-Maritime). A l'inverse, les IRIS les plus favorisés se situent en zone proche ou grande périphérie urbaine.

Définition : Indice français de défavorisation sociale

Indice basé sur la sélection de variables agrégées censitaires les plus associées à un indicateur individuel de la défavorisation objective et subjective. Sa construction repose sur l'Enquête européenne standardisée annuelle (EU-SILC), qui dispose d'un questionnaire spécifique à chaque pays et d'un questionnaire commun à tous les pays. Cet indice, dénommé le French European Deprivation Index, est destiné à être répliquable dans le temps et dans l'espace français et européen. Son score est une combinaison pondérée de 11 variables écologiques : taux de logement surpeuplé, pas de chauffage, de baignoire et douche à usage exclusive, nationalité étrangère, absence de voiture, ouvriers non qualifiés/agricoles, familles monoparentales, ménages d'au moins 6 personnes, faible niveau d'éducation, chômage, non propriétaires. Il est calculé à l'échelle des IRIS, zones géographiques incluant environ 2 000 personnes homogènes au niveau socio-économique et présenté en quintiles, calculés à partir de l'ensemble des IRIS de France métropolitaine.

Méthodologie complète de construction de l'indice : Pernet et al, JECH2012.

Distribution de l'indice agrégé de défavorisation sociale EDI en Normandie (2011)



Sources : Inserm U1086 / U558
Exploitation : ARS Normandie

NAISSANCES ET FÉCONDITÉ

Un nombre de naissances en diminution en Normandie, conséquence d'une baisse du nombre de femmes en âge de procréer et d'une baisse de la fécondité

Le nombre de naissances, relativement stable en Normandie entre 2000 et 2010, recule d'environ 2 % par an depuis 2010 (et plus fortement dans les ex-départements bas-normands). Cette tendance est également observée au plan national, mais moins marquée. Le nombre de naissances en Normandie est ainsi passé de plus de 41 000 en 2010 à environ 34 000 en 2018.

Cette évolution résulte d'une baisse continue du nombre de mères potentielles, c'est-à-dire de femmes âgées de 15 à 49 ans (leur part est passée de 22,1 % de la population régionale en 2010 à 20,9 % en 2016), mais également d'une diminution de l'indicateur conjoncturel de fécondité*, (passé de 2,06 en 2010 à 1,79 en 2018) soit en dessous du seuil de renouvellement des générations (2,10).

Le taux de natalité* s'établit à 10,2 pour 1 000 habitants en Normandie, contre 11,1 au plan national. En région, il reste plus élevé en ex Haute-Normandie qu'en ex Basse-Normandie : les taux varient entre 8,6 naissances pour 1 000 habitants sur les territoires de l'Orne ou de la Manche et 11,7 sur le territoire de Rouen/Elbeuf.

* Cf. Définitions page suivante

Part des femmes de 15-49 ans dans l'ensemble de la population

	2010	2016
TDS Calvados	22,5 %	21,3 %
TDS Manche	20,2 %	19,1 %
TDS Orne	20,0 %	18,0 %
TDS Rouen/Elbeuf	23,5 %	22,4 %
TDS Dieppe	21,4 %	19,9 %
TDS Le Havre	22,5 %	21,3 %
TDS Evreux/Vernon	22,3 %	21,1 %
Normandie	22,1 %	20,9 %
France métropolitaine	22,8 %	21,8 %

Source : Insee, RP 2010/2016 - Exploitation ORS-CREAI Normandie
TDS : Territoire de démocratie sanitaire

Un taux de fécondité plus faible en Normandie qu'en France métropolitaine

Avec 34 047 naissances vivantes enregistrées en 2018, le taux de fécondité s'établit à 48,9 pour 1 000 femmes en Normandie, inférieur au taux national qui est de 51,1. Le détail par territoire de démocratie sanitaire met en évidence des taux plus élevés sur Rouen/Elbeuf et Le Havre, les plus faibles étant enregistrés sur le Calvados et la Manche.

Concernant les jeunes femmes mineures, 159 accouchements ont été enregistrés en 2018, soit 0,47 % de l'ensemble des accouchements sur la région, ce pourcentage variant entre 0,36 % sur le territoire de Evreux/Vernon et 0,62 % dans l'Orne (pour une moyenne nationale de 0,40 %).

Les grossesses tardives (concernant des femmes âgées de 45 ans et plus) ont donné lieu à 57 accouchements en 2018, soit 0,17 % de l'ensemble des accouchements en région (pour une moyenne nationale de 0,29 %).

Accouchements, naissances et fécondité, par territoire de santé

	Femmes de 15-49 ans			Jeunes femmes de 12-17 ans		Femmes de 45 ans et plus	
	Nombre d'accouchements (*)	Nombre de naissances vivantes (**)	Taux de fécondité des 15-49 ans (**)	Nombre d'accouchements (*)	Part des accouchements (de mineures) (*)	Nombre d'accouchements (*)	Part des accouchements (à 45 ans et plus) (*)
TDS Calvados	6 587	6 680	45,2	32	0,49 %	12	0,18 %
TDS Manche	4 218	4 306	45,6	18	0,43 %	6	0,14 %
TDS Orne	2 415	2 444	46,4	15	0,62 %	4	0,17 %
TDS Rouen/Elbeuf	9 176	9 682	52,3	49	0,53 %	19	0,21 %
TDS Dieppe	1 802	1 605	47,9	7	0,39 %	3	0,17 %
TDS Le Havre	5 084	5 050	51,9	22	0,43 %	3	0,06 %
TDS Evreux/Vernon	4 385	4 280	49,9	16	0,36 %	10	0,23 %
Normandie	33 779	34 047	48,9	159	0,47 %	57	0,17 %
France métrop.	710 300	717 795	51,1	2 846	0,40 %	2 031	0,29 %

Sources : (*) PMSI 2018 et (**) Insee 2018 - Exploitation ARS Normandie / ORS-CREAI Normandie

Taux de fécondité pour 1 000 femmes

TDS : Territoire de démocratie sanitaire

Indicateur conjoncturel de fécondité

L'indicateur conjoncturel de fécondité est la somme des taux de fécondité par âge d'une année. Il peut être interprété comme le nombre moyen d'enfants que mettrait au monde une femme si elle connaissait, durant toute sa vie féconde, les conditions de fécondité observées cette année-là.

Taux de natalité

Le taux de natalité est le rapport entre le nombre annuel de naissances et la population totale moyenne sur cette année. Il s'exprime "pour 1 000 habitants".

Taux de fécondité

Le taux de fécondité est pour une année donnée, le rapport entre le nombre de naissances vivantes durant cette année et le nombre de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) en milieu d'année. Il s'exprime "pour 1 000 femmes".

Ressources documentaires :

Insee Analyses Normandie - Bilan démographique 2016 en Normandie : la baisse de la fécondité s'accélère - N°31- Mai 2017 (<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2845663>)

Insee Analyses Normandie - Bilan démographique 2017 en Normandie : La population normande stoppe sa progression - N°50- Mai 2018 (<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3613257>)

Insee Analyses Normandie - Bilan démographique 2018 en Normandie : La population normande diminue - N°64- Sept 2019 (<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4204204>)

RELATIONS AMOUREUSES ET RELATIONS SEXUELLES

D'après le Baromètre santé 2016 (public de 15-75 ans)

En France, l'âge au premier rapport est stable depuis des années, tandis que les modes de rencontre et les expériences avec des personnes de même sexe évoluent légèrement

En 2016 en France, l'âge au premier rapport est 17,6 ans pour les garçons et 17,0 ans pour les filles : il est stable depuis le début des années 2000, avec le maintien d'un écart d'environ 6 mois. La survenue du premier rapport découle de raisons différentes chez les femmes et chez les hommes, les premières évoquant d'abord des besoins affectifs tandis que les seconds évoquent plutôt le désir sexuel. Les jeunes filles s'initient plus souvent avec un partenaire plus âgé d'au moins 2 ans et ayant déjà eu des rapports sexuels. Elles sont moins nombreuses que les hommes à débiter leur vie sexuelle avant 15 ans (6,6 % contre 16,5 %) et plus nombreuses à partir de 19 ans (33,2 % contre 23,1 %).

Dans le cadre de l'enquête Baromètre santé 2016, des expériences avec des partenaires de même sexe sont rapportées, plus nombreuses au cours du parcours de vie que lors des premières expériences, mais elles restent minoritaires. Ainsi, 8,0 % des femmes et 4,9 % des hommes rapportent avoir déjà été attiré.e.s par une personne de même sexe ; 5,6 % des femmes et 4,2 % des hommes ont déjà eu des rapports homosexuels. Bien que minoritaires, ces déclarations sont plus soutenues qu'il y a 10 ans.

Les hommes rapportent une sexualité plus diversifiée que les femmes. Le nombre moyen de partenaires en 2016 est de 13,6

déclarés par les hommes et 6,0 déclarés par les femmes, soit une différence importante même si elle tend à se réduire (en 1992, les chiffres étaient respectivement de 11,0 et 3,3). Cette différence est en partie liée à la définition que donnent les un.e.s et les autres d'un.e partenaire sexuel.le : les femmes retiennent surtout « les hommes qui ont compté » tandis que les hommes font référence aux rapports physiques.

La diffusion massive du numérique dans la population au cours des 10 dernières années (accès à internet pour 86 % de la population en 2016 contre 45 % en 2006) a modifié les modes de rencontre. Davantage de rencontres sont déclarées par ce moyen en 2016 qu'en 2006 (9,3 % des femmes et 14,6 % des hommes rapportent ce type d'expérience en 2016, contre seulement 2,7 % et 4,6 % en 2006), plus fortement parmi les 25-35 ans, mais indifféremment selon le milieu social.

Baromètre santé 2016 - Genre et sexualité

L'enquête Baromètre santé réalisée en 2016 par téléphone auprès d'un échantillon représentatif de la population âgée de 15 à 75 ans, s'intéresse à l'évolution des comportements de santé sexuelle depuis 2006 (enquête CSF de 2006).

Les données issues du baromètre santé n'étant pas disponibles au plan régional, les résultats d'enquêtes réalisées à l'échelle des ex régions Basse-Normandie et Haute-Normandie sont présentés ci-dessous.

D'après l'enquête santé des bas-normands (2012-2015, public de 18 ans et plus)

Plus de 70 % des personnes enquêtées vivent en couple, les femmes plus souvent que les hommes, particulièrement sur les tranches d'âge inférieures à 30 ans. Par ailleurs, 17 % vivent seuls et 10 % ne vivent ni seuls ni en couple (colocation, membres de la famille).

La quasi-totalité des bas-normands enquêtés (95 %) ont déclaré avoir eu des relations sexuelles au cours de leur vie, tant les hommes que les femmes. Parmi eux, 94 % déclarent des relations avec des personnes du sexe opposé, 4 % avec des personnes de même sexe et 2 % avec les 2 sexes.

Enquête Santé des Bas-Normands

L'enquête santé des bas-normands lancée en 2012 avait pour objectif de mieux connaître la situation de la Basse-Normandie en matière de santé et ainsi contribuer à une adaptation des politiques publiques qui y concourent. Elle s'est attachée à décrire l'état de santé des bas-normands et repérer les inégalités de santé et leurs déterminants sur les territoires, ainsi que réaliser une comparaison nationale afin de déterminer la position de la région au regard de la France. Différentes publications thématiques ont été réalisées.

Pour plus d'informations : <http://orscreainormandie.org/enquete-sante-des-bas-normands-20122016/>

D'après l'enquête INDISS en ex Haute-Normandie (année scolaire 2012-2013, élèves de seconde)

En classe de seconde, plus d'un élève sur 3 déclare avoir eu des relations sexuelles

En classe de seconde, plus d'un tiers des jeunes (36 %) déclarent avoir un.e petit.e ami.e. S'ils n'en ont pas lors de l'enquête, seuls 12 % déclarent n'en avoir jamais eu précédemment. Près de deux élèves sur cinq (38,2 %) déclarent avoir déjà eu des relations sexuelles, les garçons plus souvent que les filles, les élèves de seconde professionnelle plus souvent que les élèves de seconde générale et technologique. L'âge, une situation sociale défavorisée, mais également la situation familiale ont une influence sur les comportements : les filles vivant dans une famille monoparentale ou les élèves des deux sexes vivant dans une famille recomposée sont plus nombreux à avoir eu des relations sexuelles que ceux vivant avec leurs deux parents.

Un élève sur 5 néchange avec personne sur des questions de sexualité

L'enquête montre par ailleurs que deux tiers des élèves n'ont pas de discussion sur la sexualité avec leurs parents (75 % des garçons et 61 % des filles). Ils échangent davantage avec leur compagne/compagnon, avec des amis, voire avec des frères/sœurs, mais un sur cinq déclare ne jamais parler de sexualité à personne. Aborder des questions de sexualité est plus fréquent parmi les jeunes sexuellement actifs.

Enquête INDISS en Haute-Normandie

L'enquête INDIcateur de Suivi en Santé (Indiss) menée au cours de l'année scolaire 2012-2013 en ex Haute-Normandie avait pour objectif d'apporter des éléments de connaissance sur l'état de santé, la nutrition, les pratiques et comportements en matière de vie affective et sexuelle, la santé mentale, la consommation de produits psychoactifs des élèves de cinquième et/ou de seconde. Pour plus d'informations : <http://www.or2s.fr/>

CONTRACEPTION

Depuis la légalisation de la contraception en 1967, les méthodes contraceptives se sont diversifiées : l'offre constituée de la pilule, du dispositif intra-utérin (DIU) et du préservatif, a été complétée dans les années 90 de nouvelles méthodes hormonales (implant, anneau et patch), elles-mêmes soutenues par des recommandations de prescription. Ces évolutions se sont aussi accompagnées d'un meilleur remboursement de certains contraceptifs et un meilleur accès à la contraception (y compris "d'urgence") et à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) pour les mineures.

D'après le Baromètre santé 2016

En France, la pilule reste le premier moyen de contraception utilisé, particulièrement chez les jeunes, suivi du DIU qui devient prépondérant après l'âge de 35 ans

Les résultats de l'enquête réalisée en 2016 dans le cadre du Baromètre santé montrent que parmi les femmes concernées par la contraception, moins d'une sur dix (8,0 %) déclare ne pas utiliser de moyen pour éviter une grossesse (soit entre 2,3 % à moins de 20 ans et 19,1 % à 45-49 ans).

La majorité d'entre elles (71,8 %) recourent à une méthode médicalisée. Utilisée par une femme sur trois, la pilule reste le premier moyen de contraception (surtout entre 15 et 24 ans). Le dispositif intra-utérin (DIU) est le second moyen : très peu utilisé avant 25 ans et rarement par les femmes n'ayant pas d'enfant, son utilisation augmente avec l'âge et remplace peu à peu la pilule (à partir de 35 ans, il devient le premier contraceptif utilisé). Parmi les autres méthodes, c'est l'implant qui s'est le plus diffusé, 4,3 % des femmes (et jusqu'à 9,6 % chez les 20-24 ans) déclarant l'utiliser. La contraception définitive concerne quant à elle majoritairement les femmes âgées de 40 ans et plus.

En dehors des méthodes hormonales, le préservatif est le moyen de contraception le plus utilisé, particulièrement chez les 15-19 ans (par près d'un jeune sur deux), parfois en association avec la pilule (un sur six). Son utilisation décline avec l'âge, mais il reste toutefois utilisé par 10 % des femmes après 40 ans.

En termes d'évolution, "la crise de la pilule" en 2012 (cf. Encart ci-contre) a eu un impact sur les pratiques des femmes, avec une baisse globale de 3,1 points du recours à ce mode de contraception chez les femmes âgées de 15 à 49 ans entre 2013 et 2016, baisse qui n'a cependant pas concerné les 15-19 ans. Les reports s'effectuent alors vers le DIU (+ 6,9 points), le préservatif (+ 4,7 points) dont l'usage a doublé chez les femmes de 20-24 ans entre 2010 et 2016, et l'implant (+ 1,9 point).

Méthodes de contraception utilisées en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon leur âge



Source : Baromètre santé 2016, Santé Publique France

"Crise de la pilule"

En 2012, une jeune femme a déposé une plainte contre un laboratoire pharmaceutique en raison d'un accident thromboembolique veineux survenu alors qu'elle utilisait une pilule oestroprogestative de 3^{ème} génération. La sécurité des contraceptifs a alors été mise en question, ce qu'on a appelé "la crise de la pilule" a entraîné une modification dans les conditions d'accès à certains composés, avec le déremboursement des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération en mars 2013.

Si aucune donnée chiffrée n'est disponible sur ce sujet, il convient de citer la vasectomie non invasive comme moyen de contraception masculine.

D'après l'enquête santé des bas-normands (2012-2015, public de 18 ans et plus)

Une augmentation du recours à la contraception d'urgence

La pilule est le moyen de contraception le plus fréquemment cité par les bas-normandes (51 %). Le dispositif intra-utérin est cité par 30 % de femmes : il concerne davantage les plus âgées, ayant en général un(des) enfant(s). Le préservatif est quant à lui cité par 15 % des répondantes, tandis que les nouveaux modes de contraception tels que l'implant, l'anneau vaginal et les patchs, davantage évoqués par les moins de 25 ans, sont respectivement évoqués par 3 %, 1 % et 1 % des bas-normandes.

Le recours à la contraception d'urgence apparaît en augmentation puisqu'il est plus souvent déclaré par les femmes jeunes : plus d'une femme de 18-25 ans sur trois déclarent y avoir eu recours au cours de sa vie, contre une femme de 26-30 ans sur cinq et une femme de plus de 30 ans sur vingt. S'il peut être interprété comme le résultat d'une moindre vigilance des jeunes femmes

quant au risque de grossesse, ce constat traduit également une meilleure information de ces dernières sur les modalités qui sont aujourd'hui proposées.

Contraception d'urgence

La contraception d'urgence permet de réduire le risque de grossesse non désirée lors d'une relation sexuelle non ou mal protégée (accident de préservatif, oubli de pilule). Sa délivrance en pharmacie, dans un centre de planification ou d'éducation familiale (CPEF), dans un CeGIDD, auprès des infirmières scolaires des collèges et lycées ou des SUMPPS dans les universités, est sans ordonnance (anonyme, gratuite pour les mineures). Elle se présente sous la forme d'un comprimé unique, qu'il convient de prendre le plus tôt possible, car son efficacité diminue avec le temps (elle peut être prise jusqu'à 3 à 5 jours maximum après le rapport non ou mal protégé).

D'après l'enquête INDISS en ex Haute-Normandie (année scolaire 2012-2013, élèves de seconde)

Une utilisation non systématique de préservatif déclarée par un tiers des jeunes

L'enquête relève que 16 % des élèves ayant déjà eu des relations sexuelles déclarent ne pas avoir utilisé (personnellement ou leur partenaire) de préservatifs lors de leur premier rapport sexuel. Un tiers des jeunes ayant des rapports sexuels déclare ne pas utiliser de préservatif à chaque rapport avec leur partenaire, soit 28,8 % des garçons et 39,7 % des filles. Les jeunes n'utilisant pas de protection le justifient par le fait d'avoir fait un test de dépistage avec leur partenaire, ou bien parce qu'ils n'aiment pas ou qu'ils n'y pensent pas.

La moitié des filles ayant des relations sexuelles (49,8 %) déclarent utiliser sans oubli une contraception orale (pilule), 12,0 % déclarent l'utiliser avec oubli et 37,7 % ne l'utilisent pas (les chiffres respectifs déclarés par les garçons concernant leur compagne sont 43,4 %, 5,7 % et 30,3 %). L'utilisation de la pilule sans oubli augmente avec l'âge des filles. En revanche, un garçon sur cinq déclare ne pas savoir si sa partenaire prend la pilule.

Moins de 10 % des jeunes enquêtés déclarent éprouver des difficultés à utiliser la contraception, les filles davantage que les garçons (peur d'en parler à des proches, crainte des effets secondaires, peur du gynécologue concernant les filles / raison de coût concernant les garçons).

La diversité des moyens de contraception apparaît peu connue des jeunes lycéens (58,2 % des garçons et 35,0 % des filles ne connaissent que la pilule et le préservatif) et près d'un sur dix estime ne pas être suffisamment informé sur les méthodes contraceptives.

Un quart des filles ayant déjà eu des relations sexuelles déclarent avoir déjà eu recours à une contraception d'urgence ("la pilule du lendemain", bien qu'elle puisse être utilisée au-delà : cf. encart p. 6).

Contraception pour les mineures

Des dispositions facilitant l'accès à la contraception pour les jeunes filles mineures âgées d'au moins 15 ans, sont entrées en vigueur en 2016 :

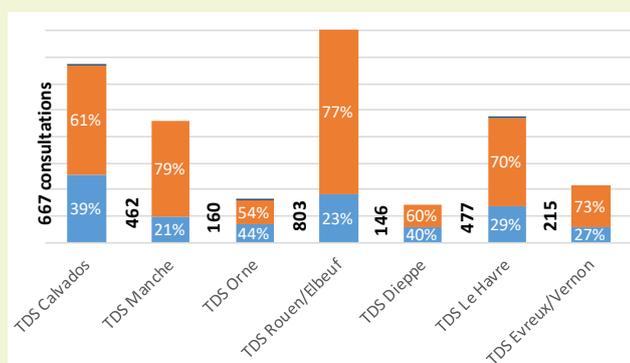
- Ces dernières bénéficient de la gratuité des actes médicaux pour la consultation auprès d'un médecin ou d'une sage-femme donnant lieu à la prescription d'un contraceptif et des examens de biologie préalables, ainsi que pour la consultation de suivi au cours de la première année. L'acquisition de pilules et dispositifs médicaux contraceptifs remboursables par l'Assurance Maladie, ainsi que la pose, le changement ou le retrait d'un contraceptif par un médecin ou une sage-femme sont gratuits.
- La jeune fille mineure n'a pas l'obligation d'obtenir le consentement de ses parents pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs et si elle le demande, l'ensemble du parcours d'accès à la contraception est protégé par le secret.

Les Consultations de Contraception et de Prévention (CCP)

Sur l'année 2018, 2 928 consultations de contraception et de prévention ont été réalisées auprès des jeunes femmes âgées de 15 à 18 ans (soit entre 803 sur le territoire de démocratie sanitaire de Rouen/Elbeuf et 87 sur celui de l'Orne).

Ces consultations sont principalement réalisées par les médecins (70,2 %) et les gynécologues (29,6 %), rarement par des pédiatres (0,2 %).

Consultations de Contraception et de Prévention par territoire de santé en Normandie



■ Consultations de pédiatre
■ Consultations de médecin
■ Consultations de gynécologue

Source : SNDS 2018 - Exploitation ARS Normandie / ORS-CREAI Normandie

La prescription de préservatifs

Parmi tous les moyens de contraception, les préservatifs internes et les préservatifs externes sont les seuls moyens de protection contre les infections sexuellement transmissibles.

Pour encourager leur utilisation, une première marque de préservatifs externes (Eden) fait l'objet d'une prise en charge à 60 % par l'Assurance maladie depuis le 10 décembre 2018 (la part complémentaire pouvant être prise en charge par les mutuelles). A compter du 4 mars 2019, une seconde marque ("Sortez couverts") est remboursée de la même façon sur présentation d'une ordonnance délivrée par un médecin ou une sage-femme.

Les prescriptions de préservatifs sont dans près de 9 cas sur 10 délivrées à des femmes

En Normandie, 4 055 prescriptions de préservatifs remboursés par la Sécurité sociale ont été enregistrées depuis fin 2018, soit 181 en 2018 et 3 874 sur la période janvier-août 2019 (soit sur 9 mois).

On constate que ces prescriptions ont été réalisées en majorité auprès de femmes (87 % des prescriptions), prioritairement par les médecins généralistes (42 %), les gynécologues/obstétriciens (30 %) et les sages-femmes (31 %).

Les 13 % de prescriptions faites auprès des hommes sont très largement délivrées par le médecin généraliste (86 %).

Source : SNDS 2018 - Exploitation ARS Normandie / ORS-CREAI Normandie

Les infections sexuellement transmissibles (IST) représentent un problème de santé publique en raison de leur fréquence, des risques de séquelles (infertilité notamment) et de transmission accrue du VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine).

LE VIH

La surveillance de l'activité de dépistage du VIH en France, coordonnée par Santé Publique France, résulte d'une forte participation des laboratoires de biologie médicale qui depuis 2001, renseignent le nombre de personnes testées pour le VIH et le nombre de personnes confirmées positives. La déclaration obligatoire du VIH a quant à elle été mise en place en 2003, afin de suivre le nombre et les caractéristiques des personnes concernées et depuis 2016, elle se fait en ligne via l'application e-DO.

Un taux de sérologies VIH inférieur en Normandie qu'en France (métropolitaine hors Ile-de-France), mais une part de sérologies positives identique

D'après les données de Santé publique France, la surveillance des infections à VIH met en évidence un nombre de sérologies VIH effectuées en Normandie de 68 pour 1 000 habitants, en légère augmentation depuis 2016, mais inférieur au niveau de la France métropolitaine hors Ile-de-France, soit 76 pour 1 000 habitants.

En revanche, la proportion de sérologies positives pour 1 000 tests effectués reste similaire sur les deux échelons géographiques et s'établit à 1,3 en 2018.

Le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité en Normandie en 2018 est de 43 pour un million d'habitants, nombre stable sur les 8 dernières années et inférieur au taux de France métropolitaine hors Ile-de-France (61 pour un million).

Un tiers des découvertes de séropositivité concerne des personnes nées en Afrique sub-saharienne

Sur la période 2016-2018, les découvertes de séropositivité notifiées en Normandie concernent près de deux tiers d'hommes, relevant majoritairement de la classe d'âge 25-49 ans, pour un âge médian de 36 à 37 ans. Les rapports hétérosexuels représentent le mode de contamination le plus fréquent (concernant 58 % des découvertes en 2018), suivi des rapports homosexuels (38 % des cas) puis l'injection de drogues 3 %. Parmi les personnes concernées, 47 % sont nées en France, 35 % en Afrique sub-saharienne (et 18 % autres).

Malgré une forte activité de dépistage, la découverte de la séropositivité reste trop souvent tardive : en 2018 en Normandie, le dépistage est précoce dans 43 % des situations et intervient à un stade avancé dans 25 %. D'un point de vue clinique, les personnes ayant découvert leur séropositivité entre 2016 et 2018 sont 15 % à avoir été diagnostiquées au stade de la primo-infection, 65 % à un stade asymptomatique, 7 % à un stade symptomatique non sida et 13 % au stade sida.

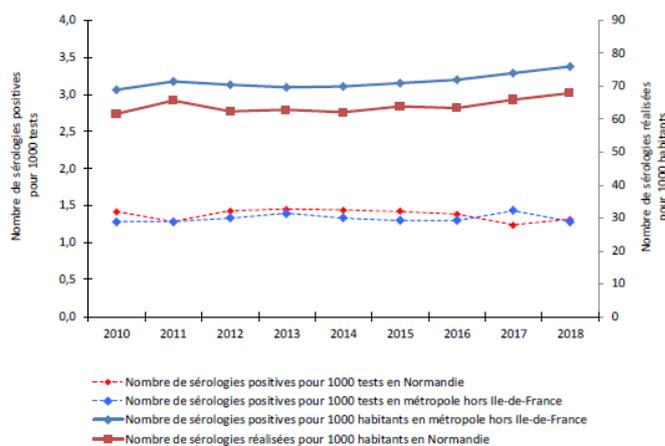
Ressource documentaire : BSP Normandie, nov 2019, Santé publique France, Surveillance et prévention des infections à VIH et autres infections sexuellement transmissibles.

En Normandie, 3 064 patients sont diagnostiqués et pris en charge pour une infection à VIH

En Normandie en 2017, le Centre de coordination de la lutte contre les IST et le VIH (cf. Encart COREVIH, p.9) recense 3 064 patients diagnostiqués et pris en charge pour leur infection à VIH.

Il s'agit de deux tiers d'hommes pour un tiers de femmes (parmi lesquels on compte 42 personnes transgenres). La majorité des personnes vivant avec le VIH ont entre 40 et 60 ans ; un sur deux est âgé de 50 ans et plus, 5 % ont moins de 30 ans et 50 % ont 70 ans et plus.

Evolution du nombre de sérologies réalisées pour 1000 habitants et du nombre de sérologies positives pour 1000 tests en région Normandie et en France métropolitaine hors Ile-de-France, 2010-2018.

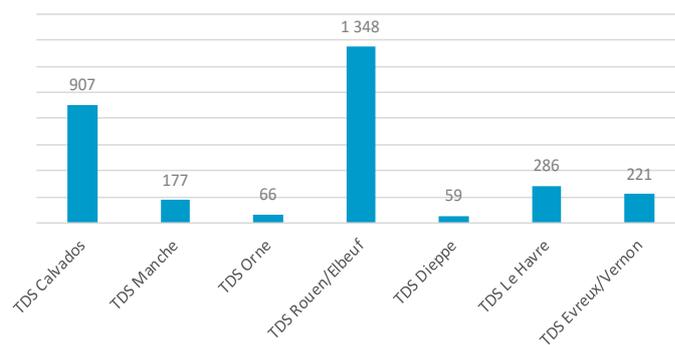


Source : Santé publique France, données LaboVIH, 2018

Tests de dépistage du VIH disponibles en France

- **Test ELISA** : par une prise de sang, le test ELISA permet de détecter la présence du VIH avec certitude 6 semaines après la prise de risque. Dans certains cas, il peut être fait 3 semaines après la prise de risque, mais nécessite de confirmer le résultat à 6 semaines.
- **Test rapide d'orientation Diagnostique (TROD)** : à partir d'une goutte de sang prélevée au bout du doigt, il permet de dépister l'infection par le VIH 1 et 2 et de l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC), avec des résultats obtenus en 30 minutes maximum. Un délai de 3 mois (12 semaines) doit s'être écoulé depuis la dernière prise de risque.
- **Autotest VIH sanguin** : à partir du prélèvement d'une goutte de sang ou de salive, il permet de détecter des anticorps anti-VIH en 30 minutes ; le prélèvement et l'interprétation peuvent être effectués par l'intéressé lui-même à domicile. L'autotest est totalement fiable pour un risque de plus de 3 mois (12 semaines).

Nombre de patients pris en charge pour leur infection à VIH par territoire de démocratie sanitaire en Normandie en 2017



Source : COREVIH Normandie, 2017

La contamination par le VIH se fait principalement par voie sexuelle

La répartition par groupe de transmission montre que la contamination s'est faite principalement par voie sexuelle : un patient sur deux est hétérosexuel, un sur trois est homosexuel ou bisexuel. Par ailleurs, 6 % des patients sont des usagers de drogue par voie intraveineuse et 3 % ont été contaminés par voie sanguine.

Parmi les patients pris en charge pour une infection VIH, 95 % sont traités depuis plus de 6 mois et parmi eux, 93 % ont une charge virale indétectable. L'enjeu est donc bien la mise en place d'un traitement anti rétroviral durable, associé à un diagnostic précoce.

A cet égard, la tendance d'évolution en région entre 2010 et 2017 est positive puisque le nombre de nouvelles personnes dépistées est passé de 102 à 75 et parmi eux, la part des patients tardifs est passée de 55 % à 41 %.

Répartition des patients VIH par groupe de transmission exclusif



Source : COREVIH Normandie, 2017

COREVIH Normandie : Comité de Coordination de la lutte contre les IST et le VIH

Le COREVIH est l'organisation territoriale de référence pour l'ensemble des acteurs qui concourent à la prise en charge médicale, psychologique et sociale des patients vivant avec le VIH et à la lutte contre les IST dans une approche de santé sexuelle. Il est chargé de :

- Coordonner les acteurs œuvrant dans les domaines du soin, de l'expertise clinique et thérapeutique, du dépistage, de la prévention et de l'éducation pour la santé, de la recherche clinique et épidémiologique, de la formation, de l'action sociale et médico-sociale, ainsi que des associations de malades ou d'usagers du système de santé ;
- Participer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients, dans les domaines du soin, de la prévention et des dépistages, ainsi qu'à l'évaluation de cette prise en charge et à l'harmonisation des pratiques, notamment pour la prise en compte des besoins spécifiques des personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine ou exposées à un risque d'infection par ce virus ;
- Recueillir et analyser l'ensemble des données épidémiologiques ainsi que toutes les données régionales utiles à l'évaluation de la politique nationale en matière de lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine.
- Concourir par son expertise à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques nationales et régionales de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine et dans le domaine de la santé sexuelle.
- Etablir et mettre en œuvre un rapport annuel d'activité.

Pour en savoir plus : <https://www.corevih-normandie.fr/>

Objectifs fixés pour la France dans le cadre de la stratégie nationale de santé sexuelle - Agenda 2017-2030

Afin de mettre fin à l'épidémie du VIH en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030, les objectifs sont :

95 % Dépistés

A l'horizon 2020, 95 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique

95 % Sous traitement

A l'horizon 2020, 95 % des toutes les personnes infectées par le VIH dépistées reçoivent un traitement antirétroviral durable

95 % Charge virale supprimée

A l'horizon 2020, 95 % des toutes les personnes infectées par le VIH dépistées reçoivent un traitement antirétroviral durable

Lieux de dépistage des Infections Sexuellement Transmissibles (IST)

(Cf. Définitions dans la partie « Ressources », page 22)

- Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des infections par le VIH, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles : [CeGIDD](#)
- Structures habilitées et/ou autorisées à réaliser des TROD VIH 1 et 2 et/ou VHC en Normandie : [Structures habilitées TROD](#)
- Centres de planification ou d'éducation familiale et Espaces vie affective, relationnelle et sexuelle : [CPEF et EVARS](#)
- Services de Protection Maternelle et Infantile : Services PMI
- Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie : [CSAPA](#)
- Consultations Jeunes Consommateurs : [CJC](#)
- Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques des usagers de drogues : [CAARUD](#)

Autres Infections sexuellement transmissibles

Les principales IST hors VIH sont les suivantes :

- Les infections uro-génitales à Chlamydiae : elles sont surveillées par le réseau Rénaclha de laboratoires qui fonctionnent depuis 1989,
- Les gonococcies : surveillées par les réseaux Rénaclha (laboratoires, 1986) et RésIST (cliniciens, 2004),
- La syphilis : la surveillance repose depuis 2000 sur le réseau RésIST,
- La lymphogranulomatose (LGV) rectale,
- Les hépatites C et B (maladies du foie) : les Centres Experts Hépatites virales (intégré dans le service d'entérologie du CHU de Rouen pour l'un, service hospitalier du CHU de Caen pour l'autre), prennent en charge des patients atteints d'hépatite virale. Ils assurent également la formation des acteurs de santé pour la prévention et les différents moyens de dépistage des hépatites. Ils sont en lien avec les structures d'addictologie et les dispositifs médico-sociaux d'accueil des personnes les plus démunies et font partie de la Fédération Nationale des Pôles et Réseaux Hépatites (FPRH).

LA SYPHILIS

En moyenne 35 cas de syphilis déclarés annuellement en Normandie, concernant principalement des hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH)

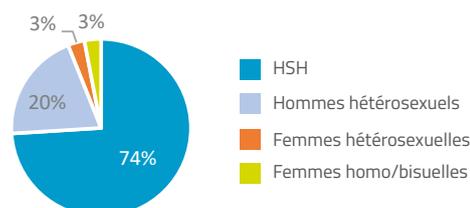
En Normandie, le nombre de cas déclarés de syphilis est stable, soit 35 cas annuels (moyenne sur 2016-2018). Cette IST concerne très largement les hommes (seules 5 à 6 % de femmes sont concernées) et particulièrement les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH) qui représentent 3 cas sur 4. Les classes d'âge les plus concernées sont les 20-29 ans (37 %), les 30-39 ans (23 %) et les 40-49 ans (19 %). Sur la période 2016-2018, l'âge médian des cas de syphilis chez les HSH est de 34 ans.

Entre 2016 et 2018, la proportion de syphilis diagnostiquées au stade primaire a plus que doublé, signe d'une détection plus précoce : en 2018, 53 % des cas sont au stade primaire, 25 % au stade secondaire et 22 % en latence précoce. La proportion de patients présentant une co-infection syphilis récente et VIH est de 24 %.

Les cas de syphilis sont très largement déclarés par les CeGIDD participant à RésIST, soit 90 % contre 9 % déclarés par les services

de consultations hospitalières et 1 % par la médecine libérale. Le motif de consultation initiale est prioritairement la présence de signes cliniques d'IST (69 % en 2018), puis le cadre d'un dépistage systématique (16 %), le cadre d'un bilan (13 %) ou encore le fait que le partenaire ait une IST (3 %).

Orientation sexuelle des patients ayant la syphilis en Normandie



Source : SPF, réseau RésIST 2016-2018

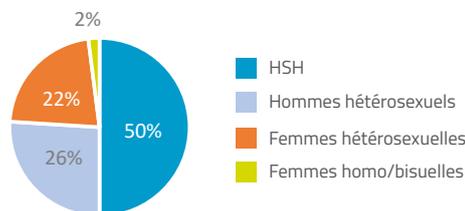
LA GONOCOCCIE

109 cas de gonococcie déclarés en 2018 en Normandie, dont près d'un quart concernant les femmes

En 2018, le nombre de cas de gonococcie déclarés en Normandie est en forte augmentation par rapport à 2017, soit 109 contre 72. Deux tiers des cas déclarés concernent les jeunes de 20-29 ans, puis 20 % les 30-39 ans. Si elle touche majoritairement les hommes, cette infection a concerné 23 % de femmes en 2018. Les personnes concernées sont pour moitié des HSH (d'âge médian 30 ans) et pour près de moitié des hommes et femmes hétérosexuels (avec un âge médian de 21 ou 22 ans).

Sur la période 2016-2018, 98 % des cas de gonococcie ont été déclarés par les CeGIDD participants à RésIST. Sur cette période, 45 % des personnes concernées ont consulté pour motif de signes cliniques d'IST, puis 29 % dans le cadre d'un dépistage systématique, 7 % dans le cadre d'un bilan et 17 % pour un partenaire ayant une IST.

Orientation sexuelle des patients déclarant une gonococcie en Normandie



Source : SPF, réseau RésIST 2016-2018

LES HÉPATITES B ET C

3 065 personnes reconnues en affection de longue durée (ALD) pour cause d'hépatite virale chronique B et C en Normandie

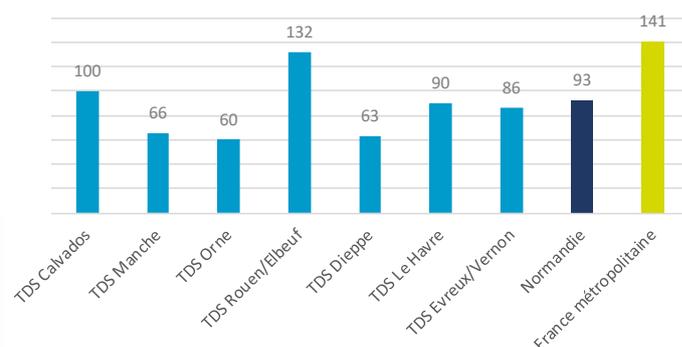
En région, on comptabilise 3 065 personnes reconnues en ALD pour cause d'hépatite virale chronique B et C confondues (en moyenne annuelle sur 2016 et 2017). Cela représente un taux standardisé de 93 personnes pour 100 000 personnes, nettement inférieur au taux de 141 observé au plan national. Ce taux est très variable selon le territoire de démocratie sanitaire : plus faible sur les territoires de l'Orne, Dieppe ou la Manche (entre 60 et 66), il est le plus élevé sur le territoire de Rouen/Elbeuf (132) et du Calvados (100).

Des outils de prévention et de dépistage existent et depuis 2014, il est possible de guérir l'hépatite C grâce aux antiviraux à action directe (AAD).

Intensifier les actions de prévention et de dépistage à destination des publics les plus exposés est une mesure du plan "Priorité prévention" lancé lors du Comité interministériel pour la santé (CIS) du 26 mars 2018.

Référence documentaire : BEH SPF n°24/25 du 24 septembre 2019 - Journée nationale de lutte contre les hépatites virales, 2019

Taux standardisé de personnes en ALD pour cause d'hépatite virale chronique B et C, pour 100 000 personnes



Source : CNAMTS - CCMSA - RSI 2016-2017 - Exploitation ORS-CREAI Normandie

L'UNESCO définit l'éducation sexuelle complète comme "une manière d'aborder l'enseignement de la sexualité et des relations interpersonnelles adaptée à l'âge, culturellement pertinente et fondée sur une information scientifiquement précise, réaliste et s'abstenant de jugements de valeur" (2009).

EDUCATION À LA SEXUALITÉ

L'éducation à la sexualité contribue à la construction de la personne et à l'éducation du citoyen. À l'école, au collège et au lycée, elle vise à permettre aux élèves d'adopter des attitudes de responsabilité individuelle et sociale.

Elle est une démarche éducative qui concerne à la fois :

- des questions de santé publique : grossesses précoces non désirées, infections sexuellement transmissibles, dont le VIH/sida,
- la construction des relations entre les filles et les garçons et la promotion d'une culture de l'égalité,
- des problématiques relatives aux violences sexuelles, à la pornographie ou encore à la lutte contre les préjugés sexistes ou homophobes.

Politique nationale

La Stratégie nationale de santé sexuelle a défini comme axe prioritaire (Axe 1) : "Investir dans la promotion en santé sexuelle, en particulier en direction des jeunes, dans une approche globale et positive".

Ainsi elle se propose :

- de développer une éducation à la sexualité interdisciplinaire,
- d'améliorer l'information en santé sexuelle en utilisant les nouveaux outils de communication,
- de renforcer la formation en santé sexuelle des professionnels (santé, médico-social, éducation, justice, médias) intervenant dans le champ de la santé sexuelle et l'éducation à la sexualité.

"Les interventions collectives auprès des collégiens et des lycéens, au-delà de la prévention classique des risques liés à la sexualité, permettent d'aborder la globalité de la sexualité et de pouvoir s'inscrire dans une réelle démarche éducative auprès de jeunes au titre de la promotion de leur santé sexuelle et aussi de la prévention des violences sexuelles".
La loi du 4 juillet 2001 rend obligatoire l'éducation à la sexualité dans les établissements scolaires (article L. 312-16 du code de l'éducation) ainsi que le guide d'intervention publié par l'Education Nationale pour les collèges et les lycées en 2005.

Extrait de : *Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge - Rapport de la commission d'audit du 17 juin 2018*

QUELQUES ACTEURS INTERVENANT SUR L'ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ EN RÉGION

Education Nationale

L'éducation à la sexualité en milieu scolaire contribue à l'apprentissage d'un comportement responsable, dans le respect de soi et des autres. C'est une démarche éducative qui vise à :

- apporter aux élèves des informations objectives et des connaissances scientifiques,
- identifier les différentes dimensions de la sexualité : biologique, affective, culturelle, éthique, sociale, juridique,
- développer l'exercice de l'esprit critique,
- favoriser des comportements responsables individuels et collectifs (prévention, protection de soi et des autres),
- faire connaître les ressources spécifiques d'information, d'aide et de soutien dans et à l'extérieur de l'établissement.

L'éducation à la sexualité n'est pas une nouvelle discipline, elle se développe à travers tous les enseignements, notamment les sciences de la vie et de la Terre, l'enseignement moral et civique, l'histoire-géographie, le français, et dans le cadre de la vie scolaire. Elle prend la forme d'une invitation au dialogue, dans un cadre global, positif et bienveillant.

À l'école primaire, les temps consacrés à l'éducation à la sexualité incombent au professeur des écoles. Ils doivent être identifiés comme tels dans l'organisation de la classe et intégrés aux enseignements. Ils sont adaptés aux opportunités fournies par la vie de la classe ou de l'école.

Au collège et au lycée, au moins trois séances annuelles d'éducation à la sexualité doivent être mises en place. Elles relient et complètent les différents enseignements dispensés en cours. La durée des séances et la taille des groupes sont adaptées à chaque niveau de scolarité. Ces séances sont organisées par une équipe de personnels volontaires et formés (professeurs, conseillers principaux d'éducation, infirmiers...), le cas échéant en lien avec des partenaires extérieurs ayant un agrément national ou académique.

Source : www.education.gouv.fr / Thème Education à la santé sexuelle

Promotion Santé Normandie

"Journée de découverte des outils : Vie affective et sexuelle"

Cette formation s'adresse à des professionnels ou bénévoles des secteurs éducatif, social, médico-social et sanitaire développant des projets en éducation pour la santé et en éducation thérapeutique du patient et souhaitant découvrir les outils d'intervention les plus adaptés à leurs pratiques et à leurs publics.

Lien : <https://www.promotion-sante-normandie.org/se-former>

Réseau de Services pour une Vie Autonome (RSVA)

"Vie affective et sexuelle de l'adulte en situation de handicap"
Cette formation de 2 jours est proposée à tout personnel impliqué dans l'accompagnement des usagers : éducateurs, moniteurs éducateurs, aides médico-psychologiques, moniteurs d'ateliers, personnels paramédicaux, aides-soignants...

Lien : <https://rsva.fr/formations-rsva/programmes-catalogue/>

Maison des Adolescents du Calvados

"Promouvoir une approche globale et positive des sexualités adolescentes"
Cette formation de 15 heures s'adresse à des professionnels de santé, de l'éducation, de la justice ou des bénévoles associatifs en contact avec un public adolescent. L'objectif est de transmettre un savoir, savoir-faire et savoir-être sur cette thématique, de proposer un accompagnement éducatif prenant en compte la vie affective et sexuelle des adolescents et de les orienter éventuellement vers des structures ressources spécifiques.

Lien : <https://www.maisondesados14.fr/formations-preventions-2/>

ORS-CREAI Normandie

"Vivre sa vie affective et sexuelle"

Cette formation de 2 jours est proposée aux personnes en situation de handicap travaillant en ESAT.

Lien : <http://orscreainormandie.org/pole-medico-social-et-socialconseil-technique/>

■ D'autres acteurs mènent des actions de formation sur la santé sexuelle, dont les plannings familiaux (cf. Ressources territoriales, page 20).

De nombreuses enquêtes ont mis en évidence des liens étroits entre l'expérience des violences sexuelles et ultérieurement, des problèmes de santé physique, mentale et sexuelle (répétition des violences agies subies, syndromes anxio-dépressifs, addictions, conduites sexuelles à risques, troubles des conduites alimentaires, obésité...).

D'après les données ministérielles

Dans le cadre d'un bilan statistique de l'insécurité et la délinquance, le Ministère de l'intérieur publie annuellement les chiffres disponibles sur les violences sexuelles en France métropolitaine, issus de différentes sources complémentaires (cf. Encart Sources d'informations nationales, p. 13).

En France annuellement, 235 000 victimes déclarent avoir subi des violences sexuelles, soit 1 personne sur 200

Sur la période 2011-2017 en France métropolitaine, l'enquête "Cadre de vie et sécurité" recense que les violences sexuelles (comprenant les viols, tentatives de viols et attouchements sexuels) ont fait en moyenne 235 000 victimes par an parmi les 18-75 ans, soit une personne sur 200.

Parmi ces victimes, 34 % ont déclaré avoir subi un viol et 14 % une tentative de viol. Il s'agit à 80 % de femmes, souvent de jeunes adultes (36 % de 18-29 ans) et l'auteur des faits est dans 30 % des cas le conjoint ou l'ex-conjoint (mari, concubin, pacsé, petit ami...).

Seulement 17 % des victimes déclarent avoir signalé les faits au commissariat ou à la gendarmerie et environ 10 % ont déposé plainte.

Sachant le nombre relativement faible de personnes enquêtées chaque année, il est difficile de dégager une tendance d'évolution. Les données suggèrent néanmoins une relative stabilité de la part annuelle de victimes sur la période 2009-2015, suivie de déclarations en hausse en 2017 et 2018 dans un contexte de libération de la parole et de prise de conscience collective des violences faites aux femmes (suite à l'affaire Weinstein -oct 2017- suivie du mouvement #MeToo).

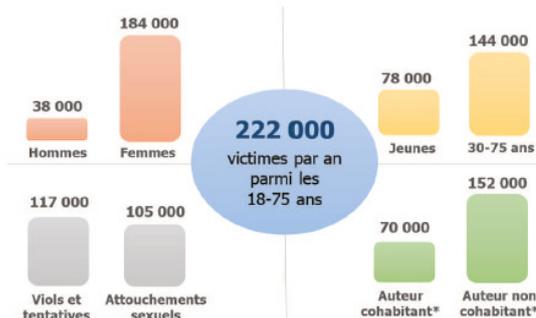
56 % des femmes victimes d'un viol ou d'une tentative de viol l'ont subi avant d'être majeures

D'après l'enquête Virage (Violences et rapports de genre), parmi les femmes victimes d'un viol ou d'une tentative de viol, 40 % ont subi l'agression avant l'âge de 15 ans, 16 % pendant l'adolescence (15-18 ans) et 44 % à 18 ans et plus, le plus souvent dans le cercle privé (couple, famille ou proches). Concernant les hommes ayant subi ce type d'agressions, 76 % étaient mineurs lors des faits.

Une femme en emploi sur 40 a été confrontée à une situation de harcèlement sexuel au travail

Selon une étude publiée en janvier 2018 (d'après les résultats de l'enquête Virage), plus d'un million de femmes et moitié moins d'hommes âgés de 20 à 69 ans ont subi une forme de harcèlement sexuel en 2015 dans les espaces publics, au travail ou lors de leurs études : propos ou attitudes à caractère sexuel répétés qui

Les victimes de violences sexuelles en France métropolitaine sur la période 2008-2016



Champ : ménages ordinaires de France métropolitaine.
Sources : enquêtes Cadre de vie et sécurité, Insee-ONDRP-SSMSI.
Figure extraite de l'article de H. Guedj, 'Viols, tentatives de viols et attouchements sexuels', Interstats, Analyse 18, décembre 2017.

mettent mal à l'aise, avances sexuelles insistantes malgré un refus, suivi insistant dans la rue. Au travail, une femme en emploi sur 40 et un homme en emploi sur 80 sont concernés.

47 500 faits de violences sexuelles enregistrés par les forces de sécurité en 2018, en augmentation depuis 2016

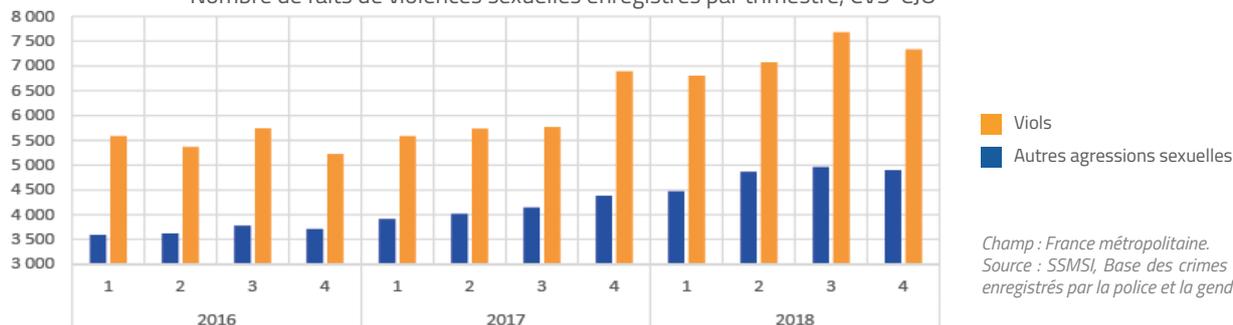
En 2018, la police et la gendarmerie ont enregistré 18 800 victimes de viols et 28 700 victimes d'agressions sexuelles, relevant dans un cas sur 4 du cadre intrafamilial. D'après ces données, les filles sont le plus exposées aux violences sexuelles entre 12 et 18 ans, les garçons entre 4 et 12 ans.

Le nombre de viols enregistrés est en hausse soutenue depuis fin 2016, tandis que le nombre d'agressions autres que viols a fortement augmenté au 4^{ème} trimestre 2017 (contexte de l'affaire Weinstein) et maintient un niveau élevé.

Selon le Ministère de l'intérieur, l'augmentation du nombre de faits signalés ces dernières années relèverait au moins en partie d'une amélioration du taux de dépôts de plainte, et d'une meilleure sensibilisation des victimes pour ces formes d'atteintes.

En 2018, les forces de sécurité ont mis en cause 25 600 auteurs de ces violences, quasiment tous des hommes (97 %), répartis dans toutes les tranches d'âge (un auteur sur 10 a moins de 13 ans, et 8 % ont plus de 60 ans) et de nationalité étrangère dans 14 % des cas.

Nombre de faits de violences sexuelles enregistrés par trimestre, CVS-CJO



Champ : France métropolitaine.
Source : SSMSI, Base des crimes et délits enregistrés par la police et la gendarmerie.

En Normandie : 0,8 infractions à caractère sexuel enregistrées pour 1 000 habitants en 2018

En Normandie, les forces de l'ordre ont enregistré 0,8 infractions à caractère sexuel pour 1 000 habitants en 2018 (0,7 sur les 3 dernières années), avec un taux d'évolution de + 16,6 % entre 2017 et 2018.

Cet effectif place la Normandie en 3^{ème} position des régions françaises, après les Hauts-de-France et l'Île-de-France.

Un total de 3 374 crimes et délits relevant de violences sexuelles enregistrés en Normandie en 2018



- Viols sur des majeur(e)s
- Viols sur des mineur(e)s
- Harcèlements sexuels et autres agressions sexuelles contre des majeur(e)s
- Harcèlements sexuels et autres agressions sexuelles contre des mineur(e)s
- Atteintes sexuelles

Source : SSMSI 2018 - Exploitation ORS-CREAI Normandie

D'après le Baromètre santé 2016

D'après le baromètre santé 2016, les françaises déclarent davantage de violences sexuelles que 10 ans plus tôt. La déclaration dans une enquête de ce type d'expérience étant difficile pour certaines personnes, les chiffres fournissent des estimations a minima du phénomène : ainsi 18,9 % des femmes et 5,4 % des hommes âgés de 18-69 ans déclarent avoir déjà été confronté.e.s à des rapports forcés ou à des tentatives de rapports forcés. Ces expériences concernent plus fortement les personnes ayant des partenaires de même sexe. Elles interviennent majoritairement avant 18 ans, avec des violences alors le plus souvent perpétrées par une personne de l'entourage (30,8 % des cas pour les femmes, 35,0 % pour les hommes), un membre de la famille (28,2 % et 20,6 %) ou un inconnu (15,6 % et 26,2 %). Vécues à l'âge adulte, elles sont le plus souvent le fait d'un (ex-)conjoint pour les femmes (52,4 %) et d'un.e inconnu.e pour les hommes (33,8 %).

Sources d'informations nationales sur les violences sexuelles

- Le Service Statistique Ministériel de la Sécurité intérieure (SSMSI) suit et analyse les faits de délinquance enregistrés par la police et la gendarmerie, couvrant l'ensemble des âges.
- Sachant les faibles taux de signalement des atteintes auprès des forces de l'ordre, il est essentiel de compléter ces données avec les résultats de l'enquête de victimisation « Cadre de vie et sécurité (CVS) » réalisée chaque année auprès d'un échantillon de population âgée de 18 à 75 ans.
- L'enquête Virage (Violences et rapports de genres), réalisée par l'INED en 2015 auprès de la population de 20 à 69 ans porte sur une définition plus large des violences sexuelles : elle apporte des informations complémentaires sur les violences sexuelles subies pendant l'enfance et sur le harcèlement sexuel.

Pour en savoir plus :

<https://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Insecurite-et-delinquance-en-2018-premier-bilan-statistique>
<https://www.ined.fr/fr/publications/editions/document-travail/enquete-virage-premiers-resultats-violences-sexuelles/>

Violences conjugales

Dans le cadre du Grenelle "violences envers les femmes", le Fonds "Catherine" a pour objet de soutenir des initiatives locales en faveur de la lutte contre les violences conjugales. Il est destiné à financer des projets structurants en termes de politique publique et d'impact auprès des femmes.

Pour la Normandie, deux axes ont été retenus pour les projets éligibles en 2019 :

- la formation des professionnels de Police et Gendarmerie,
- la formation des équipes éducatives de lycées aux ressources pédagogiques utilisables.

Violences à l'encontre des personnes lesbiennes, gays, bisexuels, transgenre (LGBT) - Ressources en région :

Centre LGBTI de Normandie

Le Centre LGBTI (lesbiennes, gays, bi, trans et intersexes) est à la fois une fédération qui mène des projets communs et une association indépendante qui mène par elle-même des actions propres avec l'aide de ses membres individuels.

Ses missions sont notamment d'offrir un espace d'accueil, d'écoute et d'information, de prévenir les risques sanitaires, de lutter contre l'homophobie et la transphobie, d'œuvrer contre les discriminations et en faveur de l'égalité des droits pour les personnes LGBTI...

Le centre propose ainsi des groupes de parole et d'écoute, une écoute téléphonique, des permanences pour le dépistage du VIH, des interventions en milieu scolaire (notamment sur les questions de genre et d'orientation sexuelle), des formations...

Le Centre LGBTI de Normandie comprend quatre antennes, une à Caen, une à Rouen et deux dans la Manche Saint-Lô et Cherbourg.

Pour en savoir plus : <http://www.centrelgbt-normandie.fr/>

Le Refuge

L'association nationale Le Refuge a pour objet de prévenir l'isolement et le suicide des jeunes LGBT (lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres) de 18 à 25 ans, victimes d'homophobie ou de transphobie et en situation de rupture familiale.

Depuis 15 ans, Le Refuge héberge et accompagne ces jeunes majeurs vers leur reconstruction émotionnelle et matérielle (la marraine du Refuge est l'humoriste et actrice Muriel Robin).

En Normandie, la délégation de Seine-Maritime ouverte depuis mars 2017, accueille des jeunes (local d'accueil de jour et appartement relai) sur son site du Havre ; en janvier 2018, une permanence a été mise en place à Rouen.

"En 2017, 50 appels sur la ligne d'urgence du Havre, qui provenaient des grandes villes normandes" ont été recensés.

Coordonnées :

Le Refuge - 56 rue Labedoyere - 76100 Le Havre
 Ligne d'urgence 24h/24 7 jours/7 : 06 31 59 69 50
 Site internet : <https://www.le-refuge.org/>



Les mutilations sexuelles

On estime à près de 60 000 le nombre de femmes excisées vivant en France

Depuis la fin des années 1970, avec les différents contextes migratoires, de nombreuses femmes et filles sont concernées par l'excision en France. Il s'agit surtout de femmes originaires du Mali, du Sénégal, du Burkina Faso, de Côte d'Ivoire et de Guinée, ainsi que leurs filles. Ainsi en 2004, l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED) estime à entre 42 000 et 61 000 femmes adultes mutilées vivant en France.

Selon l'INED, 45 % des femmes nées dans un pays exposé seraient mutilées, mais les premiers résultats de l'enquête « Excision et handicap » (ExH) en 2009 mettent en évidence une évolution favorable au fil du temps, concernant le risque couru par les fillettes. Ainsi au début des années 1980, on estimait que 80 % des femmes originaires de pays où se pratiquaient les mutilations sexuelles étaient excisées et que 70 % des fillettes l'étaient ou étaient menacées de l'être. En 2009, l'enquête montre que parmi les filles de femmes excisées interrogées, 11 % sont excisées, et cette proportion est de 3 % pour celles qui sont nées en France (où ces pratiques sont interdites).

Politique nationale

Le Président de la République a fait de "l'égalité entre les femmes et les hommes" la grande cause de son quinquennat, la lutte contre les violences sexistes et sexuelles en constituant le premier pilier.

La loi du 3 août 2018 a notamment permis de verbaliser le harcèlement de rue, d'allonger le délai de prescription pour les crimes sexuels commis sur mineurs, de renforcer la lutte contre de nouvelles formes d'agressions (cyber harcèlement...).

Le Plan national d'action visant à éradiquer les mutilations sexuelles féminines, lancé le 21 juin 2019 a pour objectifs de :

- améliorer la santé, notamment mentale et sexuelle, des femmes victimes de mutilations sexuelles,
- mieux sensibiliser et mieux former les professionnels pour mieux prévenir,
- éradiquer les mutilations sexuelles féminines au plus près des territoires, en expérimentant des partenariats entre acteurs locaux pour renforcer l'information et la protection des femmes victimes,
- développer des outils de prévention adéquats,
- enrichir l'état des connaissances et établir un état des lieux des mutilations sexuelles féminines,
- faire de la France un pays exemplaire.

Le risque d'excision menace davantage les adolescentes à l'occasion d'un voyage dans le pays d'origine

Si le risque d'être excisée sur le territoire national est relativement faible aujourd'hui, la menace concerne davantage des adolescentes à l'occasion d'un voyage dans le pays d'origine, "parfois à l'insu de leurs parents" (source : avis de la CNCDH - nov. 2013). Le traumatisme de l'excision est alors doublé d'un sentiment de trahison et d'abandon.

Le rapport d'information de mai 2018 rappelle qu'en France comme ailleurs, les mutilations sexuelles féminines s'inscrivent pour leurs victimes, dans un parcours de violences (l'excision est notamment liée au fléau des mariages forcés et précoces, des viols, de la prostitution).

Les mutilations sexuelles féminines constituent une atteinte à l'intégrité et aux droits fondamentaux des femmes et petites filles qui en sont victimes.

Source : *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 sur les mutilations sexuelles féminines, par Mmes Maryvonne BLONDIN et Marta de CIDRAC, sénatrices, enregistré à la présidence du Sénat le 16 mai 2018.*

Ressource en région :

GAMS : Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles féminines, des mariages forcés et autres pratiques traditionnelles néfastes à la santé des femmes et des enfants

La Fédération nationale GAMS a pour objectif la lutte contre toutes les formes de violences faites aux femmes, aux adolescentes et aux fillettes, et la promotion de la santé maternelle et infantile en direction des populations immigrées et issues des immigrations. Elle anime notamment des sensibilisations et des formations sur la thématique des mutilations sexuelles féminines.

En région, elle est présente en ex Haute-Normandie et mène des actions de prévention des Mutilations sexuelles féminines et des Mariages forcés, des actions d'information et de formation auprès des professionnels de santé, des interventions auprès d'élèves dans les collèges et les lycées et assure des permanences avec accueil des publics concernés.

Coordonnées :

Fédération Nationale GAMS 276
55, bis rue Gustave Flaubert
Hôpital Flaubert - Maison du Patient
76600 LE HAVRE

Ressource documentaire :

Estimation du nombre de femmes adultes ayant subi une mutilation génitale féminine vivant en France, BEH 21 - 23 juillet 2019

OFFRE DE SOINS EN NORMANDIE

L'offre de soins connaît de profondes évolutions, liées à un ensemble de facteurs dont la transformation de la démographie médicale, le vieillissement de la population, le développement des maladies chroniques... L'évolution des effectifs de professionnels s'accompagne d'inégalités de répartition géographique, avec des densités médicales très variables.

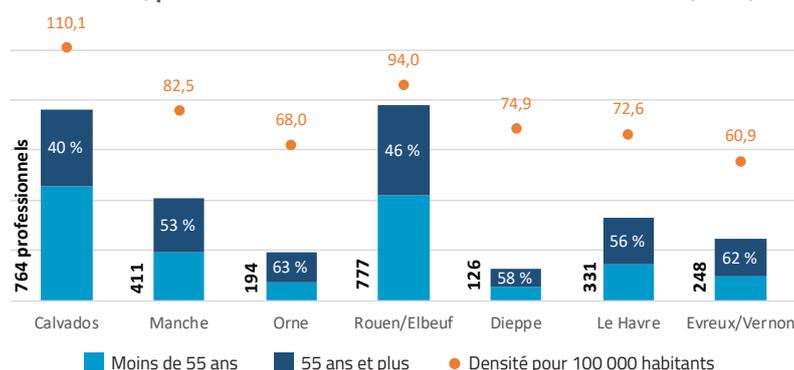
3 014 médecins généralistes en Normandie, soit une densité de 90,3 pour 100 000 habitants

Au 1^{er} janvier 2019, la densité de médecins généralistes libéraux et mixtes en activité en Normandie est de 90,3 professionnels pour 100 000 habitants, contre 101,2 au plan national : elle est donc nettement inférieure et recouvre d'importantes disparités selon le territoire.

Les territoires d'Evreux/Vernon et de l'Orne, avec respectivement 248 et 194 médecins généralistes installés, affichent les plus faibles densités, respectivement 60,9 et 68,0 professionnels pour 100 000 habitants. Le Calvados est le territoire le mieux doté (avec 764 professionnels pour une densité de 110,1), suivi de Rouen/Elbeuf (777 professionnels pour une densité de 94,0). En situation intermédiaire, les territoires du Havre, de Dieppe et de la Manche affichent une densité variant de 72,6 à 82,5 médecins pour 100 000 habitants.

En Normandie comme en France métropolitaine, près d'un médecin généraliste (libéral ou mixte) sur deux est âgé de 55 ans et plus (48,5 % en région et 49,2 % au plan national). Là aussi, ce sont les territoires d'Evreux/Vernon et de l'Orne qui présentent les chiffres les plus alarmants quant à l'offre de service proposée

Nombre et densité de médecins généralistes libéraux et mixtes en activité, par territoire de démocratie sanitaire en Normandie (2019)



Source : Insee, RPPS au 1^{er} janvier 2019 - Exploitation ORS-CREAI Normandie

aux populations (avec respectivement 62 % et 63 % de médecins âgés de 55 ans et plus). Ces territoires cumulent ainsi de faibles densités de médecins et une part importante de professionnels âgés de 55 ans et plus.

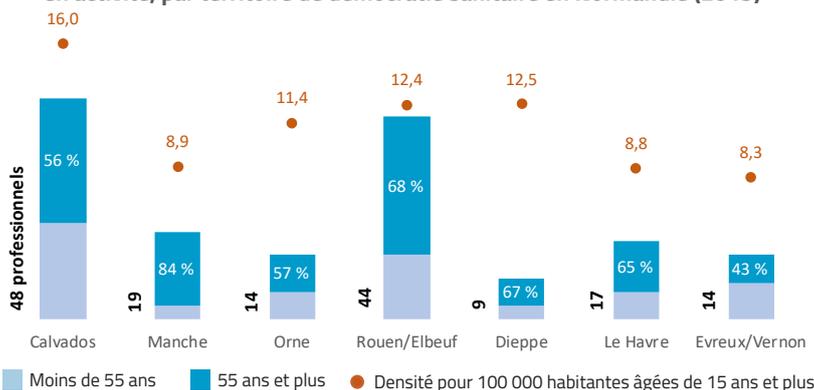
171 gynécologues médicaux et obstétriciens en Normandie, soit une densité de 12,0 pour 100 000 habitantes âgées de 15 ans et plus

La densité de gynécologues médicaux et obstétriciens libéraux et mixtes en Normandie est de 12,0 professionnels pour 100 000 habitantes de 15 ans et plus, très inférieure à la densité nationale qui s'établit à 18,2.

Les disparités par territoire de démocratie sanitaire sont importantes, la densité variant de 8,3 sur Evreux/Vernon, 8,8 au Havre et 8,9 dans la Manche, jusqu'à 16,0 dans le Calvados, qui reste là encore le territoire le mieux doté de la région.

Cette spécialité est caractérisée par un fort vieillissement de ses professionnels, 63 % sont âgés de 55 ans et plus en Normandie (et jusqu'à 84 % dans la Manche) contre 60 % en France métropolitaine.

Nombre et densité de gynécologues médicaux et obstétriciens libéraux et mixtes en activité, par territoire de démocratie sanitaire en Normandie (2019)



Source : Insee, RPPS au 1^{er} janvier 2019 - Exploitation ORS-CREAI Normandie

13 Centres Périnataux de Proximité (CPP) en Normandie

Les centres périnataux de proximité sont des structures médicales de proximité, qui assurent des consultations pré- et post-natales, des cours de préparation à la naissance, de l'enseignement des soins aux nouveau-nés et des consultations de planification familiale.

En septembre 2019, ils sont 13 en Normandie, répartis sur les 7 territoires (4 dans le Calvados, 3 dans la Manche, 2 dans l'Orne et sur Evreux/Vernon, 1 sur le territoire du Havre et de Rouen/Elbeuf).

Lien : [Liste des CPP de Normandie](#)

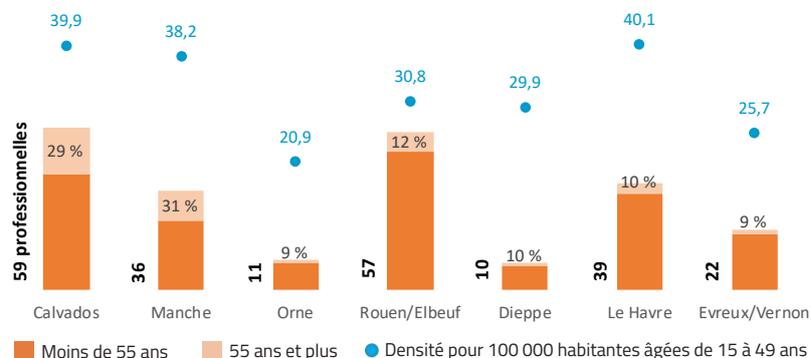
Sexologues

Il n'existe pas une formation initiale reconnue par l'Etat permettant de devenir sexologue (certains sexologues sont médecins, d'autres non). Par conséquent, il est difficile d'identifier les professionnels reconnus pour cette spécialité (les références accessibles via des fédérations ou associations nationales ne sont que partielles).

247 sages-femmes en Normandie, soit une densité de 35,5 pour 100 000 habitantes âgées de 15 à 49 ans

Au nombre de 247 en Normandie, les sages-femmes libérales et mixtes représentent une densité de 35,5 professionnels. Elles pour 100 000 habitantes âgées de 15 à 49 ans en région, contre 49,8 en France métropolitaine. Celle-ci est la plus faible dans les territoires de l'Orne et d'Evreux/Vernon (avec respectivement 20,9 et 25,7 pour un effectif de 11 et 22 sages-femmes). Elle est plus favorable sur les territoires du Havre, du Calvados et de la Manche, avec une densité proche de 40 professionnels pour 100 000 habitantes de 15 à 49 ans, qui est malgré tout bien en deçà de la densité moyenne nationale.

Nombre et densité de sages-femmes libérales et mixtes par territoire de démocratie sanitaire en Normandie (2019)



Source : Insee, RPPS au 1^{er} janvier 2019 - Exploitation ORS-CREAI Normandie

Dans cette profession, on recense 17,8 % de sages-femmes âgées de 55 ans et plus en région (contre 14,3 % en France métropolitaine). Sur ce point, les territoires du Calvados et

de la Manche se distinguent fortement, puisque l'on observe 28 à 30 % de sages-femmes âgées de 55 ans et plus, contre 9 à 12 % sur les autres territoires.

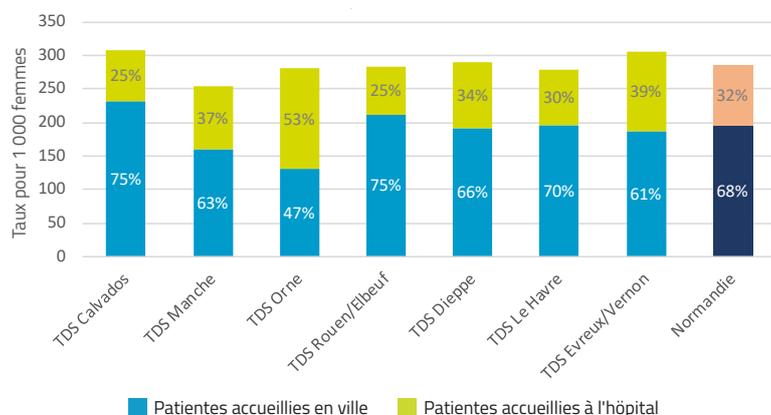
RECOURS AUX SOINS

En Normandie, 286 femmes pour 1 000 âgées de 15 ans et plus ont eu recours au gynécologue en 2018

En 2018, le taux de recours aux soins de gynécologie a concerné 286 femmes pour 1 000 âgées de 15 ans et plus en Normandie. Ce taux varie entre 253 dans le territoire de la Manche et 309 dans celui du Calvados.

Ces soins sont dans deux tiers des cas dispensés par des praticiens de ville, dans un tiers des cas à l'hôpital. Dans l'Orne ils le sont plus souvent à l'hôpital, tandis que dans le Calvados et sur le territoire de Rouen/Elbeuf, ils le sont majoritairement en ville.

Taux de recours aux soins de gynécologie pour les femmes âgées de 15 ans et plus, par territoire de démocratie sanitaire en Normandie (2019)



Source : SNDS 2018 - Exploitation ARS Normandie / ORS-CREAI Normandie
Les pourcentages indiquent la répartition entre accueil en ville et à l'hôpital.

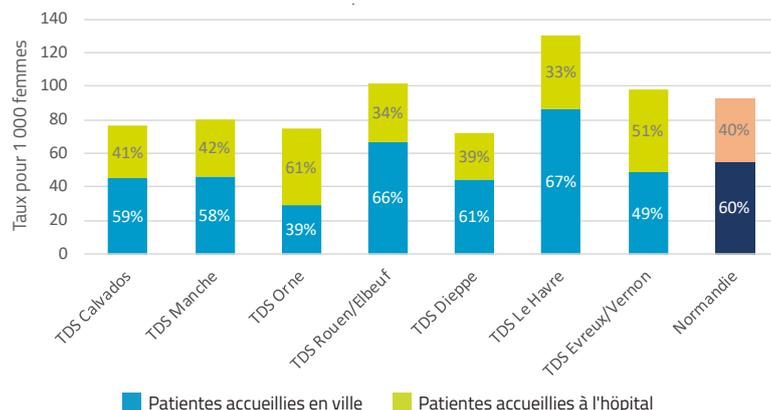
En Normandie, 93 femmes pour 1 000 âgées de 15 ans et plus ont eu recours à une sage-femme en 2018

En 2018, le taux de recours aux soins de sage-femme a concerné 93 femmes pour 1 000 âgées de 15 ans et plus en Normandie. Ce taux varie entre 72 dans le territoire de Dieppe et 130 dans celui du Havre.

Dans 2 cas sur 5 (40 %), ces soins sont dispensés par des praticiens de ville, dans 3 cas sur 5 (60 %) à l'hôpital.

Comme les consultations de gynécologie, les consultations de sage-femme sont plus souvent assurées à l'hôpital dans l'Orne (dans 61 % des cas), tandis qu'elles sont plus fréquentes en ville notamment sur les territoires de Rouen/Elbeuf ou du Havre.

Taux de recours aux soins de sage-femme pour les femmes âgées de 15 ans et plus, par territoire de démocratie sanitaire en Normandie (2019)



Source : SNDS 2018 - Exploitation ARS Normandie / ORS-CREAI Normandie
Les pourcentages indiquent la répartition entre accueil en ville et à l'hôpital.

PRÉVENTION

La couverture vaccinale HPV progresse en Normandie

Les infections à Papillomavirus humains (HPV) sont très fréquentes et se transmettent lors des contacts sexuels. Elles sont très souvent sans symptôme et disparaissent naturellement, mais lorsqu'elles sont persistantes, des lésions peuvent se former au niveau du col de l'utérus et évoluer vers des cellules pré-cancéreuses.

Pratiquée avant le début de la vie sexuelle, la vaccination est efficace à près de 100 % pour empêcher l'infection par les HPV. Elle est recommandée en France pour toutes les jeunes filles de 11 à 14 ans, voire entre 15 et 19 ans dans le cadre d'un rattrapage vaccinal.

Dans un communiqué du 16 décembre 2019, la HAS a publié une recommandation visant à étendre aux garçons âgés de 11 à 14 ans la vaccination HPV (avec une mise en œuvre souhaitée dès l'été 2020).

En 2018 en Normandie, 38,6 % des jeunes filles de 15 ans ont reçu le vaccin HPV "1 dose" et 31,1 % des jeunes filles de 16 ans ont reçu le vaccin "2 doses". Si elle est très variable d'un département à l'autre (plus développée en Seine-Maritime et

dans la Manche, moins dans l'Orne et le Calvados), la couverture vaccinale est meilleure en région qu'au plan national. Elle est aussi en progression, puisque les pourcentages respectifs enregistrés en région en 2016 étaient de 31,2 % et 26,5 %.

Estimation des couvertures vaccinales HPV en Normandie

	Estimation des couvertures vaccinales HPV	
	"1 dose" à 15 ans	"2 doses" à 16 ans
Calvados	27,8 %	22,6 %
Eure	34,2 %	28,0 %
Manche	41,0 %	31,6 %
Orne	24,5 %	20,5 %
Seine-Maritime	49,2 %	39,8 %
Normandie	38,6 %	31,1 %
France entière	29,4 %	23,7 %

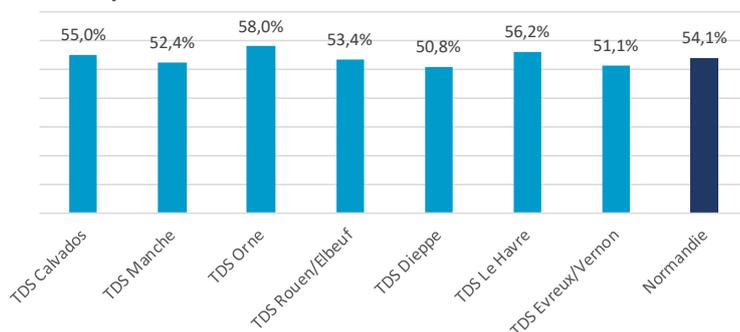
Source : SPF 2018 - Exploitation ORS-CREAI Normandie

Un peu plus d'une femme sur deux a réalisé un frottis au cours des 3 dernières années

Le frottis permet de détecter les lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus. Il est recommandé de l'effectuer tous les trois ans (si les précédents ne présentent pas d'anomalie) chez toutes les femmes âgées de 25 à 65 ans.

Sur la période de 2016 à 2018, un total de 476 000 femmes âgées de 25 à 65 ans ont réalisé un frottis (en cumul sur les 3 ans), soit un taux de 54,1 % des femmes en Normandie. Ce taux varie entre 50,8 % sur le territoire de Dieppe et 58,0 % dans celui de l'Orne.

Taux de réalisation de frottis sur 3 ans, chez les femmes de 25 à 65 ans, par territoire de démocratie sanitaire en Normandie



Source : SNDS 2016-2018 - Exploitation ARS Normandie / ORS-CREAI Normandie

Ressource régionale : DEPISTAGE DES CANCERS - Centre de coordination Normandie

Issu de la fusion des ex-structures départementales de dépistage des cancers, le Centre de coordination Normandie a pour missions le dépistage organisé du cancer du sein, le dépistage organisé du cancer colorectal et la mise en place du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus au cours de l'année 2019, conformément à la mesure 11 du 3^{ème} Plan Cancer.

Afin de réduire le risque d'infection par le VIH, la PrEP a été prescrite à 1 116 normands en 2018

La Prophylaxie pré-exposition (PrEP) est une nouvelle méthode de prévention qui propose un médicament contre l'infection par le VIH à une personne non infectée par ce virus. Prescrite et accompagnée par un médecin, elle a pour but de réduire le risque d'être infecté. Elle s'adresse à des hommes et des femmes exposés par leurs pratiques à un haut risque de contracter le VIH.

En Normandie, la PrEP a été prescrite à 1 116 personnes en 2018, majoritairement auprès d'habitants de Seine-Maritime (44 %), du Calvados et de l'Eure (20 %), puis de la Manche (10 %) et de l'Orne (6 %).

D'après l'enquête INDISS en ex Haute-Normandie (année scolaire 2012-2013, élèves de seconde)

La majorité des élèves de seconde ont le sentiment d'être assez informés sur les IST

Parmi les élèves de seconde, 7 élèves sur 8 se déclarent suffisamment informés sur les infections sexuellement transmissibles. Ils connaissent prioritairement la transmission par voie sexuelle puis par voie sanguine (seringues, transfusion...),

moins souvent la transmission de la mère à l'enfant. En revanche entre 10 et 15 % d'entre eux citent (à tort) la salive comme mode de transmission du VIH.

INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE (IVG)

L'interruption volontaire de grossesse est réglementée en France depuis la loi Veil de 1975. Elle est aujourd'hui réalisée à la demande de la femme enceinte (y compris si elle est mineure), avant la fin de la 12^{ème} semaine de grossesse, sans avoir à justifier son acte. Cet acte médicalisé (IVG médicamenteuse ou chirurgicale) ne peut être pratiqué que dans un établissement autorisé par l'Administration de la santé (établissements de santé, centres de santé et CPEF et plus récemment sages-femmes).

Un taux de recours à l'IVG de 12,0 pour 1 000 femmes âgées de 15-49 ans en Normandie

En région en 2018, le taux de recours à l'IVG s'établit à 12,0 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans, ce qui correspond à un effectif de 8 378 femmes résidentes en Normandie ayant procédé à cette intervention.

Ce taux très variable d'une région à l'autre (en France métropolitaine, il va de 10,9 en région Pays de Loire à 22,0 en Provence-Alpes-Côte d'Azur) et atteint 27,8 dans les départements et régions d'Outre-Mer.

En Normandie, les données mettent en évidence des taux de recours variables en fonction du territoire. Ils sont plus élevés sur Evreux/Vernon, Le Havre puis Rouen/Elbeuf. A l'inverse, le taux le plus faible est enregistré sur le territoire de Dieppe.

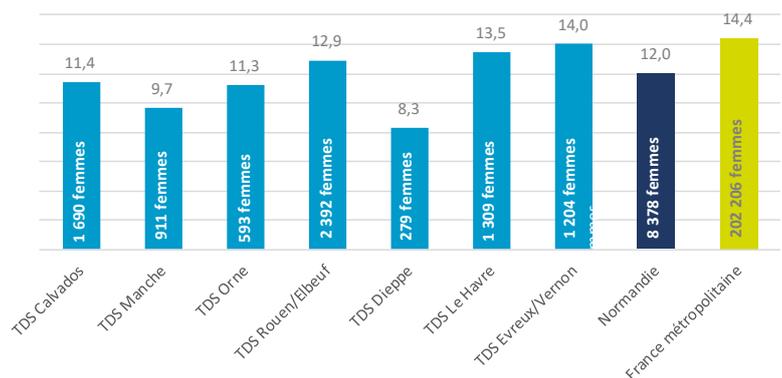
La part des femmes ayant fait une IVG en dehors de leur département de résidence varie fortement, entre 3,6 % en Seine-Maritime et 33,0 % dans l'Eure.

Loi dite Veil, du 17 janvier 1975
Autorisation temporaire de l'IVG autorisée.
Loi Roudy du 31 décembre 1982
Législation définitive et remboursement (à 70 %) de l'IVG par la Sécurité Sociale.
1989
L'IVG médicamenteuse est autorisée en milieu hospitalier.
Loi Aubry-Guigou, du 4 juillet 2001
Le délai maximal de recours est porté de 10 à 12 semaines de grossesse, les mineures acquièrent le droit d'avorter sans autorisation parentale (mais accompagnées par un adulte référent).
2004
L'IVG médicamenteuse est autorisée en médecine de ville.
Mars 2013
L'IVG est remboursée à 100 % pour toutes les femmes.
Loi du 4 août 2014
La femme enceinte n'est pas tenue de justifier sa demande d'avortement (qui précédemment devait s'accompagner d'une "notion de détresse").
Loi de modernisation du système de santé, 2016
Tous les actes nécessaires pour une IVG (consultations, analyses, échographies, etc.) sont pris en charge à 100 % par la sécurité sociale ; le délai minimal de réflexion (une semaine) est supprimé ; les sages-femmes peuvent réaliser des IVG médicamenteuses ; les centres de santé peuvent réaliser des IVG instrumentales.

4,8 % des IVG réalisées en Normandie concernent des jeunes femmes âgées de moins de 18 ans

Les données nationales indiquent que la majorité des IVG sont réalisées auprès de femmes âgées de 20 à 29 ans. Le taux global de recours à l'IVG suit globalement une tendance à la hausse depuis 1995 sur toutes les tranches d'âge, mais depuis quelques années, il marque plutôt une baisse chez les moins de 20 ans et une hausse chez les femmes âgées de 25 à 39 ans. En Normandie, les IVG réalisées auprès de mineures représentent 4,8 % de l'ensemble des interventions en 2017, soit entre 3,4 % dans la Manche et 7,2 % dans l'Orne, contre une moyenne nationale de 3,6 %.

Taux de recours à l'IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans, selon le territoire de démocratie sanitaire en Normandie



Source : SNDS 2018 - Exploitation ARS Normandie / ORS-CREAI Normandie

Une IVG sur 20 est réalisée dans les deux dernières semaines du délai légal

Les IVG réalisées durant les 2 dernières semaines du délai légal peuvent rendre compte de difficultés de parcours et d'accès des femmes à l'IVG. En France comme en région, une IVG sur 20 est ainsi réalisée entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée. Concernant les départements normands, le pourcentage varie entre 3,3 % dans l'Orne et 6,6 % dans le Calvados.

Plus de 8 IVG sur 10 sont réalisées dans un établissement hospitalier

Depuis 2005, des IVG médicamenteuses peuvent être pratiquées en dehors des structures hospitalières, mais cette prise en charge dépend de l'offre de soin existant sur les territoires (en Normandie, on recense 98 médecins et 8 sages-femmes pratiquant des IVG en dehors des établissements de santé). En 2018, les cabinets libéraux réalisent ainsi 15 % des IVG et les centres de santé ou CPEF 1 % en région, contre respectivement 19 % et 2 % en France métropolitaine, avec de fortes disparités infra régionales.

Les interventions en milieu hospitalier restent très majoritaires (soit 83 % des cas au plan régional), mais particulièrement dans les territoires de l'Orne, la Manche, Evreux/Vernon et Dieppe

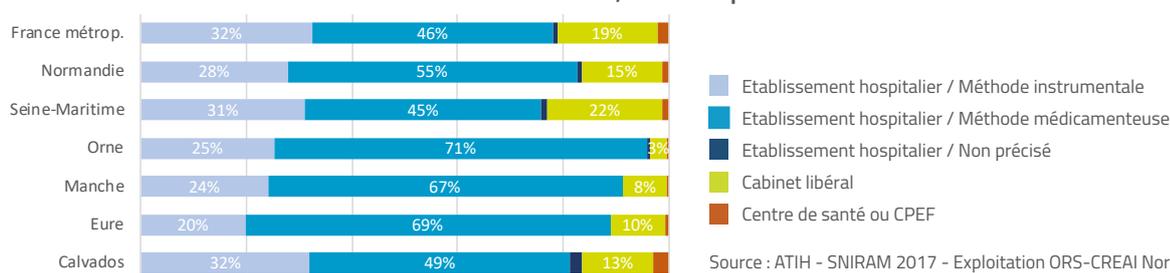
(avec 90 à 99 % des cas).

L'IVG médicamenteuse est prépondérante, surtout dans les départements de l'Orne, la Manche et l'Eure où elle est la méthode utilisée pour plus de deux tiers des interventions, suivie de la méthode instrumentale (pour environ un quart). En revanche en Seine-Maritime et dans le Calvados, l'IVG médicamenteuse représente moins d'une intervention sur deux à l'hôpital et l'IVG instrumentale environ un tiers.

Ressource documentaire :

DREES, *Études et résultats* n° 1125, sept 2019 - 224 300 interruptions volontaires de grossesse en 2018 (<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1125.pdf>)

Lieu de réalisation de l'IVG et méthode utilisée, selon le département en Normandie



Source : ATIH - SNIRAM 2017 - Exploitation ORS-CREAI Normandie

D'après l'enquête santé en Mission locale de Normandie (2018, public de 16-25 ans)

Parmi les jeunes femmes ayant répondu à l'enquête, 11 % ont déclaré avoir subi une IVG au cours de leur vie. Parmi elles, 86 % ont déclaré une IVG, 10 % en ont déclaré 2 et 4 % en ont déclaré 3 ou 4.

D'après l'enquête santé des bas-normands (2012-2015, public de 18 ans et plus)

Une bas-normande sur six (16 %) déclare avoir eu recours à une IVG au cours de sa vie (12 % une fois et 4 % plusieurs fois). Le détail par âge met en évidence un pourcentage de 13 % parmi les jeunes femmes de moins de 25 ans et plus de 20 % parmi les femmes de 45 à 59 ans. Les femmes en situation de fragilité socio-économique, les mères isolées, ainsi que les femmes non seules ne vivant pas en couple ont plus souvent déclaré une IVG que les autres.

D'après l'enquête INDISS en ex Haute-Normandie (année scolaire 2012-2013, élèves de seconde)

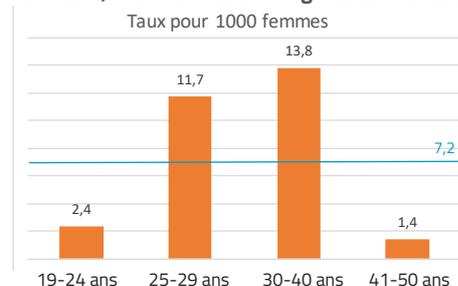
Parmi les jeunes filles de seconde ayant déjà eu des rapports sexuels, 5,6 % déclarent avoir des antécédents d'interruption volontaire de grossesse. Cela apparaît plus fréquent lorsqu'elles vivent dans une famille recomposée ou une famille monoparentale.

PATHOLOGIES ET DIFFICULTÉS DE PROCRÉATION**En Normandie en 2018, le recours à des traitements pour infertilité a concerné 7,2 femmes pour 1 000 femmes (âgées de 19 à 50 ans)**

Selon la situation médicale et l'âge des couples, une diversité de traitements médicaux de l'infertilité peut être proposée.

Les statistiques disponibles à l'échelle régionale concernent les femmes et plus particulièrement les femmes âgées de 19 à 50 ans (99,3 % des traitements pour infertilité concernent cette tranche d'âge). En 2018, elles sont 4 300 à avoir bénéficié d'un traitement de ce type en Normandie (la moitié d'entre elles résidant sur les territoires de santé de Rouen/Elbeuf et du Calvados). Cela représente un taux de recours de 7,2 femmes pour 1 000 sur la tranche d'âge de 19 à 50 ans : ce taux est le plus élevé entre 25 et 40 ans (soit respectivement 11,7 et 13,8 pour 1 000 femmes sur les tranches d'âge de 25-29 et 30-40 ans), tandis qu'il est inférieur à 2,5 pour 1 000 femmes avant 25 ans et après 41 ans.

Décliné par territoire de santé, le taux de recours pour les femmes 19-50 ans varie entre 6,2 pour 1 000 femmes sur le Calvados et 8,8 sur Rouen/Elbeuf.

Taux de recours des femmes à un traitement pour infertilité, selon la tranche d'âge en Normandie

Source : SNDS 2018 - Exploitation ARS Normandie / ORS-CREAI Normandie

Dans une prochaine publication, cette partie pourra être complétée de données relatives aux inséminations artificielles, fécondations *in vitro* (FIV), taux de grossesse après assistance médicale à la procréation (AMP), ou encore à certaines pathologies (endométriose et fibrome utérin concernant les femmes, recours au spermogramme pour les hommes).

‣ Professionnels de santé libéraux ou mixtes

Les professionnels de santé sont des ressources essentielles en terme de santé sexuelle. Dans la stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030, ces professionnels et plus précisément les **médecins généralistes**, les **gynécologues médicaux et obstétriciens**, les **sages-femmes** ou bien encore les **pharmaciens** sont repérés comme des acteurs de première ligne, permettant notamment aux usagers d'accéder au système de santé. Les pharmaciens sont notamment présents pour délivrer la contraception, informer et orienter les femmes. Ils délivrent également gratuitement et de façon anonyme la contraception d'urgence aux mineures sur simple déclaration de leur part.

Ainsi, le renforcement des compétences des professionnels de santé est l'un des objectifs de la stratégie nationale de santé sexuelle (Objectif 3).

L'Union Régionale des médecins libéraux (URML) de Normandie dans le cadre de ses missions d'accompagnement des professionnels de santé met à disposition sur son site internet une série de ressources sur la thématique santé sexuelle afin notamment de faciliter le dialogue avec les jeunes patients, de s'approprier les dernières recommandations de l'HAS en matière de repérage des femmes victimes de violences au sein du couple... L'URML met ainsi à disposition des professionnels mais également des usagers des outils de prévention ou bien encore informe régulièrement sur les dernières actualités concernant cette thématique. Un espace dédié à la gynécologie est également présent sur le site internet « La gynécologie, parlez-en à votre médecin traitant ».

Pour en savoir plus : www.urml-normandie.org

‣ Planification familiale

Le planning familial

Issu d'un mouvement militant datant des années 50, le planning familial soutient l'autonomie et l'émancipation des femmes, la mixité et la laïcité. Suite à la légalisation de la contraception en 1967, puis à l'autorisation de l'avortement en 1975, il va veiller à l'application de ces lois. Ce mouvement dirige aujourd'hui de nombreux établissements en France.

Certains centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) et espaces vie affective, relationnelle et sexuelle (EVARS) sont gérés par le planning familial.

CPEF : Centres de Planification et d'Education Familiale

Les CPEF ont été créés consécutivement à la loi de 1967, afin d'assurer l'accès à la contraception dans de bonnes conditions, puis leurs missions ont évolué vers une approche plus globale de la sexualité.

Lieux d'accueil, d'écoute et d'orientation pour les jeunes et les adultes, ils assurent aujourd'hui des actions individuelles et collectives de prévention portant sur la sexualité, la contraception et l'éducation familiale, des entretiens préalables à l'interruption volontaire de grossesse et des entretiens relatifs à la régulation des naissances dans les suites d'une interruption volontaire de grossesse. Ils organisent en outre des séances de préparation à la vie de couple et à la fonction parentale, et des entretiens de conseil conjugal.

Les CPEF assurent aussi les consultations et prescriptions contraceptives, la pose de dispositifs contraceptifs, les tests de grossesse et la délivrance de la contraception d'urgence, le suivi

gynécologique, ainsi que pour certains centres, l'offre de dépistage et de traitement des infections sexuellement transmissibles (IST) et la réalisation de l'IVG médicamenteuse (jusqu'à 5 semaines de grossesse, soit 7 semaines d'aménorrhée).

Les CPEF relèvent de la compétence du Conseil Départemental.

En Normandie, 65 CPEF sont répartis sur les 5 départements (soit 8 dans le Calvados, 9 dans l'Eure, 10 dans la Manche, 6 dans l'Orne et 32 en Seine-Maritime). Seul le Calvados propose la réalisation d'IVG.

EVARS : Espaces Vie Affective, Relationnelle et Sexuelle

Les Etablissements d'information, de consultation ou de conseil familial (EICCF) sont depuis le décret n°2018-169 du 7 mars 2018 appelés Espaces Vie Affective, relationnelle et sexuelle (EVARS).

Comme les CPEF, ils découlent de la loi de légalisation de la contraception, et relèvent quant à eux de la compétence de l'Etat. Le décret cité ci-dessus précise leurs conditions de fonctionnement.

Ils sont chargés « d'informer sur les droits en matière de vie affective, relationnelle et sexuelle et d'éduquer à leur appropriation, ainsi que de contribuer au renforcement de l'estime de soi et au respect de l'autre dans la vie affective, relationnelle et sexuelle. Ils ont également pour mission d'accompagner les personnes dans leur vie affective, relationnelle et sexuelle sous toutes ses formes » (y compris les missions relatives à la gestion des situations de dérive et d'emprise).

Ces missions couvrent ainsi les thèmes de la santé sexuelle, la contraception, l'IVG, la prévention des IST, la promotion de l'égalité entre hommes et femmes, la promotion du respect des orientations sexuelles et des identités de genres, la promotion du respect de l'intimité des personnes âgées et des personnes en situation de handicap...

A la différence des CPEF, ils ne proposent pas de consultations médicales ni de prescriptions.

En Normandie, 6 EVARS sont présents (soit 2 en Seine-Maritime et 1 dans chacun des autres départements).

Lien : [Liste des structures](#)

‣ CeGIDD : Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des infections par le VIH, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles

Mis en place en 2016 et issus de la fusion des CDAG (centres de dépistages anonymes et gratuits) et des CIDDIST (centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles), les CeGIDD ont une mission de prise en charge globale de la santé sexuelle. Ils proposent notamment le dépistage de l'infection à VIH, des hépatites B et C, de la syphilis, des chlamydioses et des gonococcies.

Une orientation vers un gynécologue, un proctologue, un psychologue ou encore un assistant social ou tout autre professionnel (dermatologue...) est également proposée en cas de besoin. La prise en charge est gratuite et anonyme, y compris pour les mineurs accompagnés d'un adulte référent ou les personnes sans couverture sociale.

En Normandie, on compte 6 CeGIDD (2 en Seine-Maritime et 1 dans chacun des autres départements) et 12 antennes.

Lien : [Liste des CeGIDD](#)

📌 Infirmières scolaires des collèges et lycées

Elles peuvent informer, orienter et délivrer la contraception d'urgence aux élèves mineures et majeures des collèges et lycées.

📌 SUMPPS : Services Universitaires de Médecine Préventive et de Promotion de la santé

Les SUMPPS sont chargés d'accueillir, écouter, conseiller et accompagner les étudiants sur le plan médical, psychologique et social tout au long de leur cursus universitaire.

Ils proposent notamment des examens préventifs, des consultations spécialisées (ex : contraception d'urgence, vaccination, aide psychologique...), des conseils en santé et un service social.

La feuille de route santé sexuelle 2018-2020 prévoit "d'améliorer l'offre générale en santé sexuelle" : il s'agira notamment "de garantir sur le territoire l'accès aux différentes méthodes d'IVG tout en renforçant la confidentialité de cet acte, d'étendre les missions des Services Universitaires de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé (SUMPPS) aux consultations de contraception et de prévention des IST, de transformer la consultation longue "IST/contraception" mise en place chez le médecin généraliste et le gynécologue pour les jeunes filles entre 15 et 18 ans en une consultation globale "santé sexuelle" au bénéfice de tous les jeunes, filles comme garçons."

Implantés sur les sites universitaires, les SUMPPS normands sont localisés à Caen, Le Havre et Rouen.

📌 MDA : Maisons des Adolescents

Les MDA sont un lieu d'accueil, d'écoute, d'information et conseil pour les adolescents, les parents et les professionnels s'occupant d'adolescents (éducation nationale, animation, éducation spécialisée, soin...). En fonction de chaque situation, les professionnels évaluent et proposent une orientation la plus en adéquation avec la demande, prenant en compte l'ensemble des dispositifs existant sur le territoire. Les MDA exercent également des missions de prévention et de formation (cf. page 11).

Il existe 6 MDA en Normandie, deux en Seine-Maritime et une dans chacun des autres départements.

Lien : [Liste des Maisons des Adolescents](#)

📌 Autres acteurs ayant une mission de réduction des risques

Les consommateurs de produits psychoactifs sont des publics à risque. Certaines structures médico-sociales peuvent être autorisées à réaliser des TROD VIH et/ou VHC à leur public par arrêté du 1^{er} août 2016 et ont également un rôle de prévention.

CSAPA : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

Les CSAPA assurent des actions de prévention et de soins aux personnes atteintes d'addictions. Ils disposent d'équipes pluridisciplinaires, qui mettent en œuvre un ensemble de missions : accueil, information, évaluation médicale, psychologique et sociale, orientation, prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative, réduction des risques... Les CSAPA proposent des dépistages ou orientent vers des dépistages de l'hépatite B ou C et du VIH. Un centre propose également des consultations spécialisées sur les addictions sexuelles.

En 2019, l'offre en région repose sur 25 centres répartis sur les 5 départements, mais particulièrement concentrés en Seine-Maritime (12 centres) et dans l'Eure (7 centres, contre 3 dans le Calvados, 2 dans la Manche et 1 dans l'Orne).

CAARUD : Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogues

Les CAARUD, destinés à accueillir des usagers de drogues, ont pour objectif de prévenir ou de réduire les effets négatifs liés à la consommation de stupéfiants et d'améliorer la situation sanitaire et sociale des consommateurs.

Leur activité se décline par un ensemble de missions : accueil collectif et individuel, information et conseil personnalisé, soutien dans l'accès aux soins et aux droits sociaux, mise à disposition de matériel de prévention des infections, intervention de proximité à l'extérieur des centres pour établir un contact avec les usagers et développer des actions de médiation sociale.

En 2017, Il existe 9 CAARUD en Normandie, parmi lesquels 5 sont implantés en Seine-Maritime, 1 dans le Calvados, 1 dans la Manche, 1 dans l'Orne et 1 dans l'Eure.

CJC : Consultations Jeunes Consommateurs

Créées en 2005 dans le cadre du Plan gouvernemental 2004-2008 de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool, les CJC proposent pour chaque consommateur une évaluation de la consommation et un diagnostic de l'usage nocif.

Elles offrent une information, une orientation et un conseil spécialisé, ainsi qu'un accueil aux parents en difficulté face à la consommation de leur enfant et proposent le cas échéant, un accueil conjoint parents-enfants. Elles se déroulent au sein des CSAPA. Toutes les problématiques d'addiction peuvent être abordées dans ces lieux : l'usage d'alcool, de cannabis, la pratique de jeux vidéo ou de l'utilisation d'Internet.

Les CJC sont mises en œuvre par 20 CSAPA normands, sur 34 sites répartis sur l'ensemble du territoire.

Lien : [Cartographie des structures](#)

Sites internet de Santé Publique France pour aider à mieux s'informer :

www.choisirsacontraception.fr

www.onsexprime.fr

www.filsantejeunes.com

Numéro national anonyme et gratuit, pour répondre à toutes les demandes d'information, de conseil, de soutien et d'orientation en matière d'IVG, mais aussi de sexualité et de contraception.

0 800 08 11 11

(Ouvert le lundi de 9h à 22h et du mardi au samedi de 9h à 20h).

POINT DE VUE D'UN MEDECIN DU PLANNING FAMILIAL DE SEINE-MARITIME

par **Chloé Argentin**

Médecin généraliste diplômée en gynécologie-obstétrique

Que signifie pour vous "être en bonne santé sexuelle" ?

Etre en bonne santé sexuelle, c'est véritablement répondre à la définition de la santé sexuelle selon l'OMS, c'est-à-dire avoir une approche de la sexualité positive et respectueuse, qui soit source de plaisir et sans risque, sans violence, sans discrimination.

Mais au-delà de cette définition, c'est aussi pour les femmes avoir la maîtrise de sa capacité à procréer, donc la maîtrise de sa contraception.

Vos observations / réflexions sur les thématiques suivantes :

• Les relations amoureuses et l'entrée des jeunes dans la vie sexuelle

On observe globalement une libération de la sexualité, qui est aujourd'hui plus détendue et ouverte. Les modes de rencontre évoluent, notamment en lien avec le développement d'Internet, mais cela concerne un public de plus de 20 ans.

Concernant les jeunes, l'entrée dans la vie sexuelle se fait par l'accès aux informations sur Internet et particulièrement à l'imagerie pornographique. A partir du collège, les jeunes accèdent à une connaissance précise et "crue" de la sexualité, et les parents ne se rendent pas compte de l'état des connaissances de leurs enfants sur la sexualité. Les jeunes rencontrés dans le cadre des actions déployées en milieu scolaire expriment des questions très "crues" sur les pratiques sexuelles, ils ont des repères flous notamment sur la notion de consentement.

Concernant les expériences entre personnes de même sexe, elles sont différemment vécues selon les catégories géographiques : elles sont davantage vécues dans un lycée d'une grande ville que dans un établissement d'une petite ville, où la pression sociale n'est pas de même niveau.

Sur toutes les questions liées à la sexualité, il est important de pouvoir intervenir dans les associations, les collèges, les lycées, afin d'amener un échange avec les jeunes : malheureusement cela est peu réalisé, malgré une obligation réglementaire.

• L'utilisation des différents modes de contraception

Concernant les moyens de contraception chez les jeunes filles, c'est la pilule qui est la plus connue, la plus rassurante et la plus demandée. Si l'implant (plus sûr car sans risque d'oubli) se développe aujourd'hui chez les jeunes, il reste minoritaire.

Ce qui est alarmant chez les jeunes, c'est la désaffection pour le préservatif. La peur de la contamination qui concernait les jeunes de la "génération VIH" est peu présente à l'heure actuelle, et les jeunes de 15-16 ans déclarent avoir des rapports sexuels sans aucune contraception. La communication est clairement défailante sur ce sujet.

Chez les jeunes femmes, on observe une forte désaffection hormonale, la demande de DIU est en forte augmentation, conséquence de la crise de la pilule de 3^{ème} génération et de la prise de conscience écologique. De nombreuses femmes arrêtent la pilule, sans autre moyen de contraception et la prise de risque est plus importante. Dans ce contexte, la contraception d'urgence s'est développée et les femmes ont plus souvent recours à la pilule du lendemain.

Il existe encore des contraceptions non remboursées, notamment le patch et l'anneau vaginal, qui sont des alternatives à la pilule. Et pourquoi ne pas rembourser à 100 % tous les contraceptifs ?

• Les Infections sexuellement transmissibles

Moins conscients des risques de transmission, les jeunes se protègent moins et on observe une augmentation de certaines IST (en Normandie et plus fortement encore en région parisienne), particulièrement la gonococcie et la chlamydia. Ces deux infections d'origine bactérienne se traitent par antibiotiques, mais elles peuvent entraîner des complications graves si elles ne sont pas diagnostiquées et prises en charge précocement (risque d'infertilité notamment).

Face à ce phénomène, il est essentiel de disposer d'une offre de prévention efficace, or on assiste à la disparition de CeGIDD en Seine-Maritime (fermeture des structures financées par le Département en décembre 2018), si bien qu'il existe une liste d'attente parfois supérieure à 2 semaines pour faire une prise de sang pour un dépistage.

L'enjeu concernant les IST est de garantir une offre de structures permettant aux personnes de se détecter. Le projet de faire évoluer le planning familial de Seine-Maritime - centre de santé en "centre de santé sexuelle" s'inscrit (entre autres) dans cet objectif.



LE PLANNING FAMILIAL DE SEINE-MARITIME - 76

Mouvement féministe et d'éducation populaire

• Les violences sexuelles et sexistes

La notion de consentement est aujourd'hui davantage mise en avant, les jeunes filles ont pris conscience de situations inégalitaires ou de sexisme, elles ne se laissent plus faire et expriment leur désaccord. Dans le cadre des entretiens réalisés sur leur expérience sexuelle, le témoignage de rapports subis est moins fréquent aujourd'hui, les jeunes filles ont plus de repères et s'affirment davantage. Néanmoins, cette évolution favorable se heurte à des poches de machisme encore bien ancrées...

• Le recours aux soins

Concernant l'offre de soins, la démographie médicale apparaît très défavorable en Normandie et les perspectives sont plutôt alarmantes (sur la spécialité de gynécologie, beaucoup de femmes âgées de 60 ans et plus sont actuellement en exercice).

Dans ce contexte, un aspect positif est la prise en main de la santé sexuelle des femmes par les sages-femmes : elles ont une formation différente, il faut qu'elles prennent leur place dans l'offre de soins. Après les suivis de grossesse notamment, elles peuvent devenir la référente concernant la santé sexuelle des femmes. Par ailleurs, de plus en plus de médecins généralistes sont formés en gynécologie, ce qui peut contribuer à pallier au manque de gynécologues.

Quels sont les atouts et les faiblesses du territoire concernant la santé sexuelle ?

A l'échelle du département, un atout réside dans le nombre et la diversité des acteurs du champ de la santé sexuelle et de l'offre de soins existant sur l'agglomération rouennaise. En revanche, on constate une insuffisance de l'offre sur les territoires plus reculés, y compris dans les villes de taille moyenne. Même là où existent les structures, les moyens sont insuffisants, avec l'intervention de professionnels de santé sur des temps trop courts pour répondre aux besoins.

Quels sont les enjeux en termes d'information et de prévention, pour mieux prévenir les maladies et améliorer la santé sexuelle ?

- Lutter contre les actes sexistes et les stéréotypes de genre, dans toutes les couches de la société,
- Favoriser une contraception choisie et adaptée,
- "Redynamiser" le préservatif,
- Renforcer les moyens, notamment l'offre des CeGIDD.

Message d'alerte !

L'usage de "la drogue du violeur" (le GHB) sévit partout dans un silence total. La prise de ces substances qualifiées "d'anesthésiant euphorisant" provoque des effets déroutants (sensation soudaine de vertige, parfois d'euphorie, puis amnésie partielle ou totale) qui impliquent des prises de risques, pouvant conduire à des agressions ou à une sexualité non choisie.

Lien site internet : <https://www.planning-familial.org/fr/le-planning-familial-de-seine-maritime-76>

FAITS MARQUANTS EN NORMANDIE

CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DU TERRITOIRE

- La population normande progresse légèrement, mais vieillit rapidement.
- Un taux d'activité en Normandie équivalent au niveau national, mais une fragilité socio-économique plus marquée.
- Un nombre de naissances en diminution, conséquence d'une baisse du nombre de femmes en âge de procréer et d'une baisse de la fécondité.

VIE AFFECTIVE ET SEXUALITÉ

- L'âge au premier rapport est stable depuis des années, tandis que les modes de rencontre et les expériences avec des personnes de même sexe évoluent légèrement.
- Un élève sur cinq n'échange avec personne sur des questions de sexualité.
- La pilule reste le premier moyen de contraception utilisé, particulièrement chez les jeunes, suivi du DIU qui devient prépondérant après l'âge de 35 ans.
- Une augmentation de la contraception d'urgence est observée.
- Un tiers des jeunes déclarent une utilisation non systématique de préservatif.

PATHOLOGIES LIÉES À LA SEXUALITÉ

- Un tiers des découvertes de séropositivité concerne des personnes nées en Afrique sub-saharienne.
- En 2017 en Normandie, 3 064 patients sont diagnostiqués et pris en charge pour une infection à VIH.

VIOLENCES SEXUELLES

- En France annuellement, 235 000 victimes déclarent avoir subi des violences sexuelles, soit une personne sur 200.
- 56 % des femmes victimes d'un viol ou d'une tentative de viol l'ont subi avant d'être majeures.
- 0,8 infractions à caractère sexuel enregistrées pour 1 000 habitants en Normandie en 2018.

RECOURS AUX SOINS ET PRÉVENTION

- 286 femmes pour 1 000 âgées de 15 ans et plus ont eu recours au gynécologue en 2018.
- 93 femmes pour 1 000 âgées de 15 ans et plus ont eu recours à un(e) sage-femme en 2018.
- Un peu plus d'une femme sur deux (54,1 %) a réalisé un frottis au cours des 3 dernières années.

SANTÉ REPRODUCTIVE

- Un taux de recours à l'IVG de 12,0 pour 1 000 femmes âgées de 15-49 ans en Normandie.
- 4,8 % des IVG réalisées concernent des jeunes femmes âgées de moins de 18 ans.
- Le recours à des traitements pour infertilité a concerné 7,2 femmes pour 1 000 femmes âgées de 19 à 25 ans, et particulièrement entre 25 et 40 ans.

Copyrights
© Adobe InDesign
© Adobe Illustrator

Crédit image couverture
Shutterstock



Association ORS-CREAI Normandie
Observatoire régional de la santé

Espace Robert Schuman
3 place de l'Europe
14 200 Hérouville-Saint-Clair
Tél : 02 31 75 15 20 - Mail : contact@orscreainormandie.org
Site Internet : www.orscreainormandie.org

Directeur de la publication
M. Pierre-Jean LANCRY, Président de l'ORS-CREAI Normandie

Coordination de la publication
Annabelle YON, ORS-CREAI Normandie

Réalisation et maquettage de la publication
Sylvie LE RETIF, ORS-CREAI Normandie
Noémie LEVEQUE-MORLAIS, ORS-CREAI Normandie
Céline LEROY, ARS Normandie

Pour en savoir plus
s.leretif@orscreainormandie.org