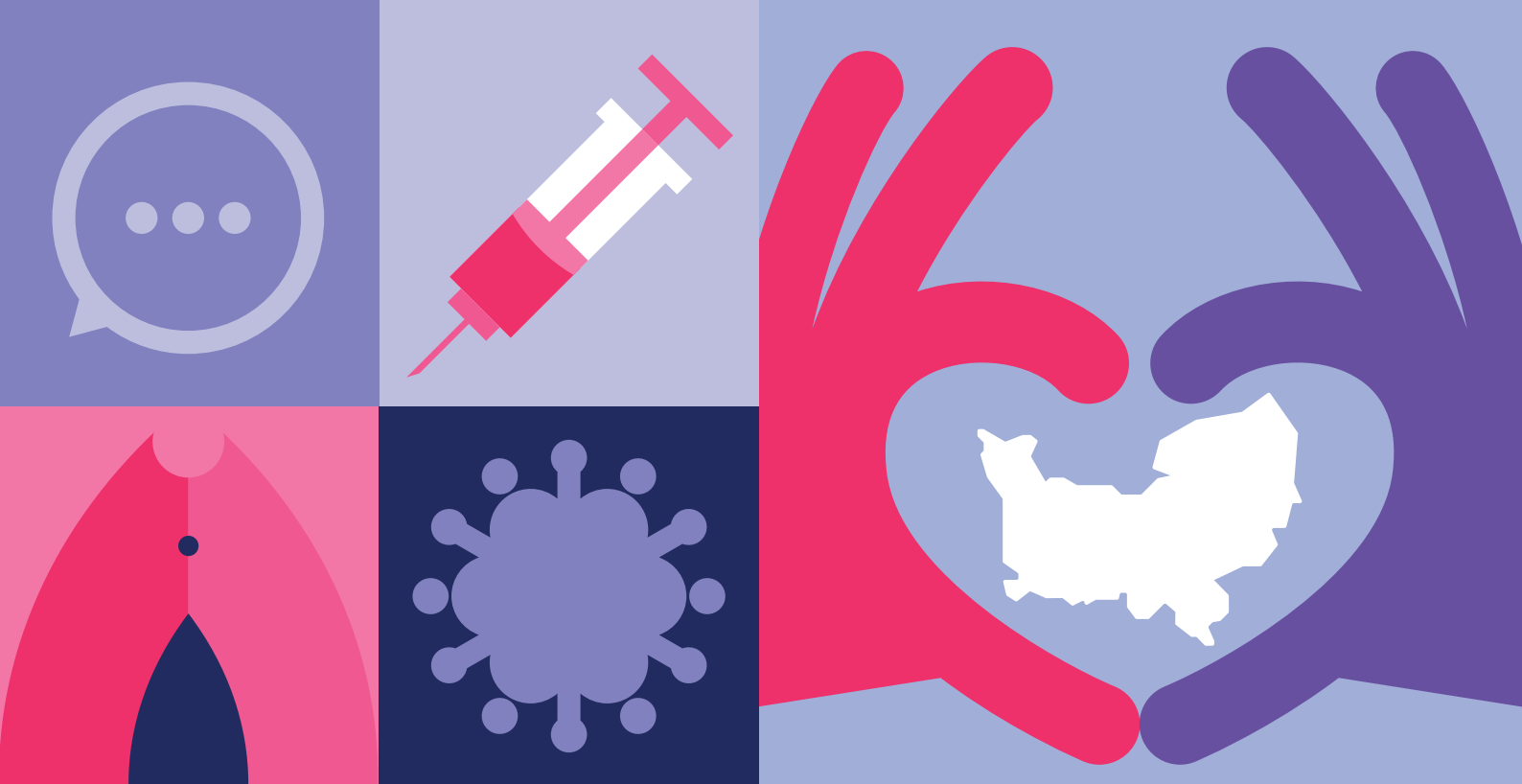
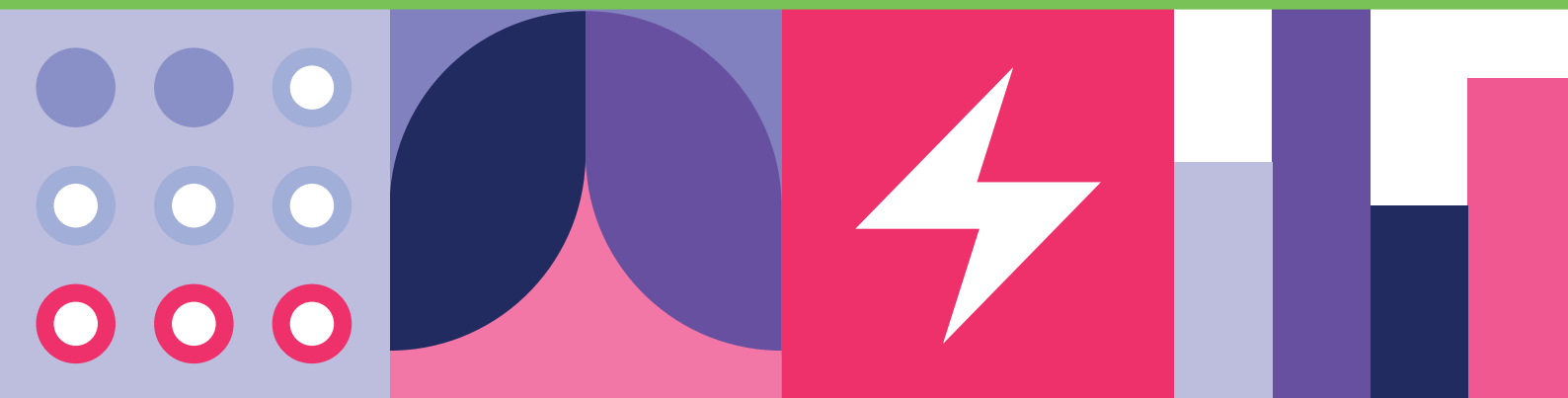




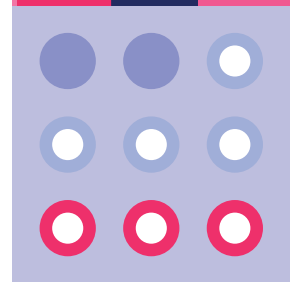
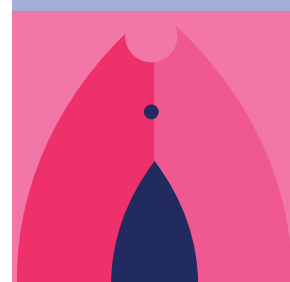
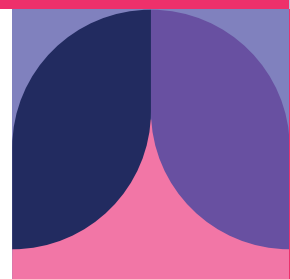
ÉTAT DES LIEUX
EN NORMANDIE
JUILLET 2026

Santé sexuelle



Sommaire

4	Caractéristiques sociodémographiques
8	Vie affective et sexuelle
20	Interruptions volontaires de grossesse
24	Surveillance des IST, des hépatites virales et du VIH
46	Violences sexistes et sexuelles
50	Offre et recours aux soins
56	Prévention
60	Ressources territoriales sur la santé sexuelle
68	Point sur la stratégie nationale santé sexuelle et sa déclinaison en région
72	Parole d'une actrice
76	Faits marquants en Normandie
80	Bibliographie
84	Glossaire





Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la santé sexuelle ne se résume pas à l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. Elle est définie comme un état de bien-être physique, mental et social associé à la sexualité, reposant sur une approche positive et respectueuse de la vie affective et sexuelle. Elle exige que les droits sexuels de chacun soient reconnus, protégés et respectés. La santé sexuelle traverse toutes les étapes de la vie et englobe des dimensions aussi variées que l'éducation à la sexualité, l'accès à la contraception, la prévention des infections, le respect du consentement et la lutte contre les violences.

En France, cette vision globale est portée par la Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 (SNSS), dont la feuille de route sera prochainement renouvelée, qui fixe les grandes orientations pour répondre aux enjeux en la matière. L'application de cette stratégie nationale nécessite une déclinaison territoriale fine, garantissant que les orientations nationales s'adaptent aux réalités locales.

C'est dans ce contexte que s'inscrit le déploiement des Comités Régionaux de Santé Sexuelle (CoReSS) qui élargissent le champ d'action des COREVIH, en intégrant tous les aspects de la santé sexuelle :

- La prévention et la prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST) et du VIH et des hépatites ;
- L'accompagnement des victimes de violences sexuelles ;
- L'accès à la contraception ;
- La formation des professionnels et l'amélioration des pratiques ;
- La réduction des inégalités de santé, en portant une attention particulière aux populations vulnérables.

En plus de coordonner les différents acteurs régionaux, les CoReSS sont également chargés de recueillir et d'analyser les données locales pour élaborer, mettre en œuvre et évaluer les politiques publiques de santé sexuelle.

Ainsi, le CoReSS Normandie, l'ARS de Normandie, Santé publique France, l'OR2S et l'ORS-CREAI Normandie, en lien avec l'Assurance maladie, vous proposent cette publication afin d'apporter une connaissance fine et actualisée du sujet. À travers l'analyse de thématiques telles que la vie affective et sexuelle des Normands, l'accès à la contraception et à l'IVG, un *focus* sur les pathologies liées à la sexualité (IST/VIH), la réalité des violences sexuelles, ainsi que l'état de l'offre de soins, de son recours et de la prévention, ce document se veut un outil d'aide à la décision. Il 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'information sur les principales ressources régionales, ainsi que le témoignage d'un acteur régional.

D'autres thématiques et publics spécifiques tels que les personnes âgées ou en situation de handicap soulèvent des enjeux importants en santé sexuelle. Cependant, le manque de données d'observations concernant ces populations n'a pas permis de les intégrer à ce document. Des travaux sont cependant en cours sur ces sujets.

Comité de rédaction

Ralph Ayoub, Louise Legrain, Anne Ricci, Stéphanie Robaday Voisin et Zoé Roclin, CoReSS Normandie

Sandrine Bachelet, Céline Leroy et Églantine Morel-à-L'Huissier, ARS de Normandie
Stéphane Erouart et Zélie Oger, Santé publique France Normandie

Manon Couvreur, Thibaut Balcaen et Nadège Thomas, OR2S

Kora Nunes et Annabelle Yon, ORS-CREAI Normandie

Caracté —ristiques sociodémo— graphiques



Caractéristiques socio-démographiques

Structure par âge de la population

Des Normands âgés de 65 ans et plus désormais plus nombreux que les moins de 20 ans

Avec près de 3 339 074 habitants au 1^{er} janvier 2025, la Normandie retrouve son niveau de 2015 après une période de baisse, puis de stagnation de sa population. La croissance récente de la population est uniquement portée par un solde migratoire positif (+0,2 % par an), le solde naturel¹ est quant à lui négatif.

Entre 2021 et 2025, le département de l'Orne affiche un taux d'évolution annuel moyen négatif de -0,46 % à l'inverse du département du Calvados qui présente un taux d'accroissement positif de +0,37 % chaque année. Le département le plus peuplé reste la Seine-Maritime (avec 38 % de la population régionale), suivi du Calvados (21 %), de l'Eure (18 %), de la Manche (15 %) et l'Orne (8 %).

Les moins de 25 ans représentent 29 % de la population régionale, soit un niveau identique à la France hexagonale, mais variable selon les départements. Dans la Manche et dans l'Orne, la part des moins de 25 ans est plus faible (26 % environ) et l'indice de vieillissement² est plus élevé que dans l'ensemble de la région (il est respectivement de 122,4 et 128,2 dans ces deux départements, contre 96,6 en Normandie).

51 % de femmes

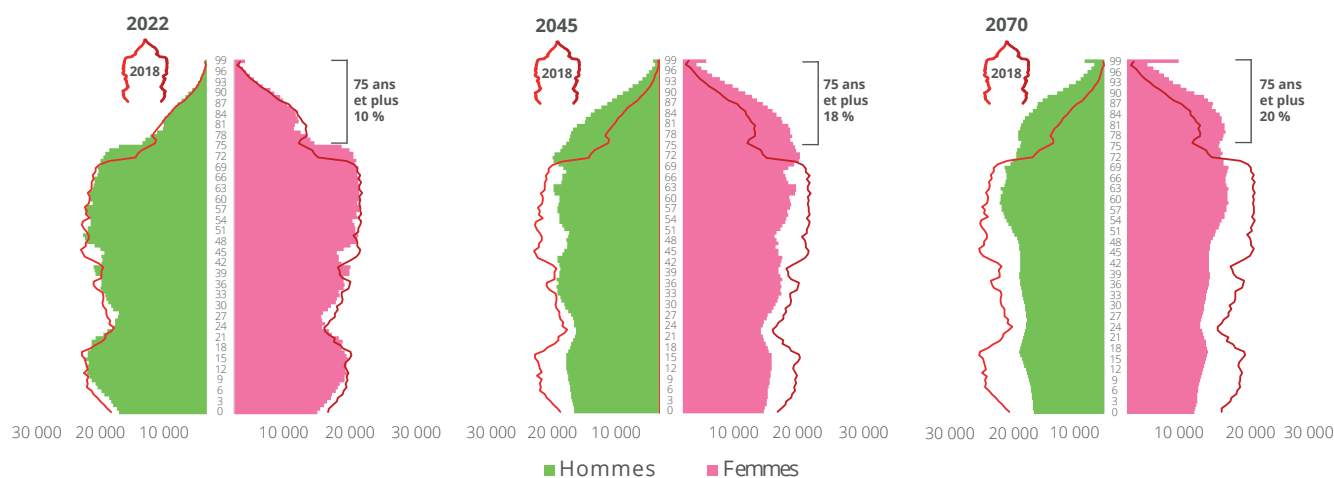
29 % de Normands âgés de moins de 25 ans

97 personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 de moins de 20 ans

À l'inverse, le département de l'Eure présente une population plus jeune, avec à la fois davantage d'habitants de moins de 25 ans notamment des moins de 15 ans (19 % contre 17 % en région) et l'indice de vieillissement le plus faible des cinq départements (82,1). À noter que ces indices de vieillissement ont fortement augmenté au cours de ces dernières années. La population normande continue ainsi de vieillir et les personnes de 65 ans ou plus sont désormais plus nombreuses que les jeunes de moins de 20 ans. Les projections de population de l'Insee prévoient un doublement de la part des personnes âgées de 75 ans et plus à l'horizon 2070 (voir graphiques ci-dessous).

Les pyramides des âges mettent en évidence une part globalement plus élevée de femmes que d'hommes dans la population âgée de 65 ans et plus du fait de l'espérance de vie plus élevée de ces dernières.

PYRAMIDES DES ÂGES EN NORMANDIE EN 2022 ET PROJECTIONS EN 2045 ET 2070



Source et exploitation : Insee Projections de population – scénario central

<https://www.insee.fr/fr/outil-interactif/6798992/pyramide.htm?#!y=2070&a=20,75&g&c=28>

¹ Solde naturel : Différence entre le nombre de naissances et le nombre de décès enregistrés au cours d'une période. On parle d'accroissement naturel ou d'excédent naturel lorsque le nombre de naissances est supérieur à celui des décès.

² Indice de vieillissement : Nombre de personnes de 65 ans et plus rapporté au nombre de personnes de moins de 20 ans * 100.

Situation socio-économique de la population

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

En Normandie, la population affiche un niveau d'études inférieur à la moyenne nationale, avec une part plus importante d'adultes peu ou pas diplômés et une part plus faible de personnes issues de l'enseignement supérieur. D'après le recensement 2022, 28 % des habitants de 15 ans ou plus non scolarisés n'ont aucun diplôme ou seulement le certificat d'études primaires, ce qui illustre le poids encore élevé des bas niveaux de formation dans la région. À l'inverse, la part de diplômés de l'enseignement supérieur parmi ces habitants atteint un peu plus d'un quart (26 %), ce qui place la Normandie en dessous de la moyenne de la France hexagonale, où ce niveau de diplôme est plus fréquent. Par ailleurs, en 2022, 47 % des jeunes Normands âgés de 18-24 ans sont scolarisés contre 52 % en France hexagonale, avec des parts inférieures à 37 % pour les départements de l'Eure, de l'Orne et de la Manche.

Le taux d'activité de la population en Normandie est proche du taux national, avec 75 % de Normands âgés de 15 à 64 ans en activité et des taux supérieurs à 76 % dans l'Eure et la Manche.

La structure régionale des emplois présente des différences avec le niveau national avec une part d'ouvriers plus élevée. Près d'un Normand sur quatre âgé de 15 ans et plus ayant un emploi est ouvrier (25 %) contre moins d'un sur cinq en France hexagonale. À l'inverse les cadres et professions intellectuelles supérieures sont peu présents sur le territoire (6 points de moins qu'au plan national).

Des inégalités sociales marquées entre les territoires

Près d'un quart des salariés de la région (22 %) sont en emploi précaire (emplois qui ne sont pas en CDI) et le taux de chômage des 15-64 ans s'établit à 11 %. Par ailleurs, plus de 56 % des foyers fiscaux sont non imposés et un enfant sur neuf vit dans une famille sans actif occupé. Des disparités territoriales sont observées, avec une situation plus dégradée en Seine-Maritime, puis dans l'Orne et dans l'Eure.

Le revenu moyen annuel par foyer fiscal des Normands en 2023 est inférieur à celui de l'ensemble des Français. Toutefois, la Normandie présente un taux de pauvreté inférieur à celui observé en France hexagonale. De fortes disparités sont néanmoins observées avec des taux de pauvreté plus élevés qu'au plan national dans les départements de la Seine-Maritime et de l'Orne.

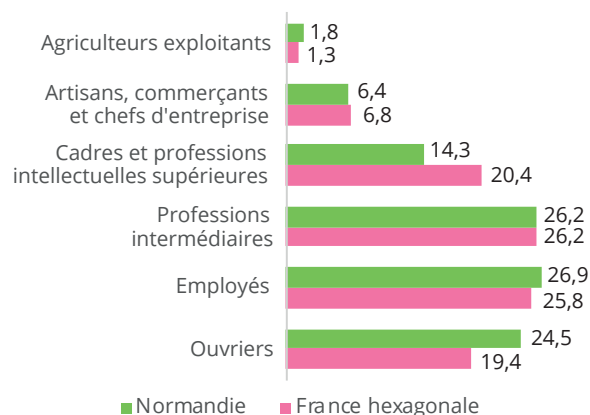
22,1 % de salariés précaires
(21,7 % en France hexagonale)

11,3 % de chômeurs âgés de 15-64 ans
(11,2 % en France hexagonale)

11,1 % d'enfants de moins de 25 ans vivant dans une famille sans actif occupé
(11,2 % en France hexagonale)

22 383 euros
revenu moyen annuel par foyer fiscal
(31 860 euros en France hexagonale)

RÉPARTITION DES ACTIFS OCCUPÉS PAR GROUPES SOCIOPROFESSIONNELS EN 2022



pour 100 personnes de 15 ans et plus ayant un emploi
Source : Insee - Exploitation : ORS-CREAI Normandie

À une échelle plus fine, en 2021, 34 % de la population normande résidait dans un Iris¹ très défavorisé selon l'indice de défavorisation sociale² (EDI) contre 32 % en France hexagonale. Une forte hétérogénéité est de nouveau constatée entre les départements avec une part de la population vivant dans les Iris les plus défavorisés de 19 % dans la Manche, 28 % dans l'Orne, 29 % dans le Calvados, 31 % dans l'Eure et près de 45 % en Seine-Maritime.

Iris¹ : Ilots Regroupés pour l'Information Statistique. Les communes d'au moins 10 000 habitants et une forte proportion des communes de 5 000 à 10 000 habitants sont découpées en Iris. Ce découpage constitue une partition de leur territoire. La France compte environ 16 100 Iris dont 650 dans les départements d'outremer.

EDI² : L'EDI (European Deprivation Index) est un indice de défavorisation sociale basé sur le concept de déprivation relative. Sa construction tient compte à la fois des pauvretés objective, subjective et des conditions d'existence. Il est calculé à partir des données de l'enquête européenne EUSILC d'EUROSTAT et des données de recensement de l'Insee.

Naissances et fécondité

Un ralentissement important du dynamisme démographique

En Normandie, les naissances sont en net recul depuis le début des années 2000, avec une baisse d'environ 26 % du nombre d'enfants nés depuis vingt ans. En 2024, 29 605 naissances vivantes ont ainsi été enregistrées. En 2025, le taux de natalité s'établissait à 8,6 naissances pour 1 000 habitants en Normandie (contre 9,2 en France hexagonale).

Cette diminution du nombre de naissances tient à la fois de la baisse de la fécondité et à la réduction du nombre de femmes en âge d'avoir des enfants.

Sur la période récente, le nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans diminue chaque année, ce qui réduit mécaniquement le potentiel de naissances, même à comportements de fécondité inchangés. Entre 2021 et 2025, on estime qu'environ 2 000 femmes normandes en âge de procréer disparaissent chaque année des effectifs, sous l'effet des générations moins nombreuses et des mouvements migratoires.

Parallèlement, l'indice conjoncturel de fécondité¹ recule de manière quasi continue depuis 2011, signe que les femmes ont en moyenne moins d'enfants au cours de leur vie.

¹ Indice conjoncturel de fécondité : mesure le nombre d'enfants qu'aurait une femme tout au long de sa vie, si les taux de fécondité observés l'année considérée à chaque âge demeuraient inchangés.

Zoom sur la situation socio-économique des femmes

En Normandie, les jeunes femmes atteignent en moyenne un niveau de formation plus élevé que les jeunes hommes, puisqu'elles sont plus nombreuses à détenir le baccalauréat ou un diplôme du supérieur. Malgré cela, le taux d'activité des hommes demeure supérieur à celui des femmes, celles-ci connaissant plus souvent des interruptions ou des décrochages de carrière liés aux charges familiales. Lorsque les femmes sont en emploi, elles travaillent plus fréquemment à temps partiel que les hommes, occupent davantage des postes d'employées et restent moins souvent en situation de cadre ou de profession très qualifiée.

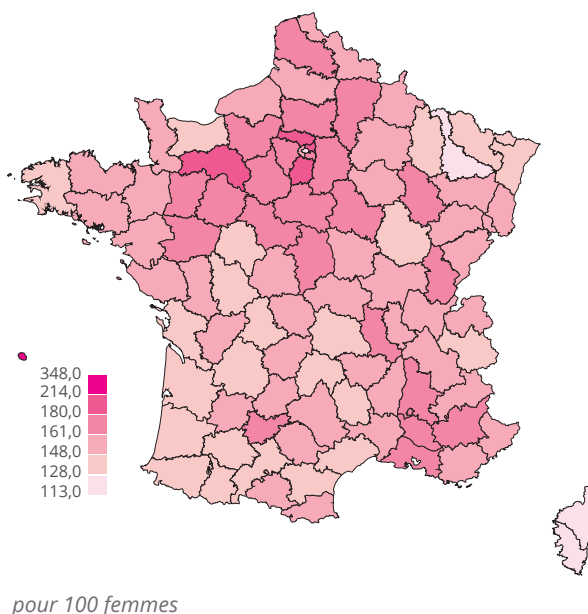
Cette structure de l'emploi se traduit par des revenus d'activité globalement moins élevés pour les femmes, même lorsqu'elles ont un niveau de diplôme comparable à celui des hommes. Les écarts de salaire se cumulent avec des carrières plus hachées, ce qui pèse également sur leurs revenus tout au long de la vie. Enfin, les femmes sont majoritairement à la tête des familles monoparentales, et ces ménages se situent plus souvent sous le seuil de pauvreté, combinant faibles ressources, difficultés d'accès à un emploi stable et charge exclusive des enfants.

1,56 enfant par femme en 2025

Après un niveau d'environ 1,95 enfant par femme en 2014, l'indicateur s'établit autour de 1,56 enfant par femme en 2025, avec seulement une légère hausse en 2021.

Cette double dynamique – moins de femmes en âge d'avoir des enfants et une fécondité individuelle plus faible – explique la baisse marquée des naissances observée dans la région. Elle s'inscrit dans un contexte national de vieillissement démographique, mais pèse tout particulièrement sur un territoire comme la Normandie, où les soldes naturels se réduisent et où la croissance de la population dépend de plus en plus des migrations.

INDICE CONJONCTUREL¹ DE FÉCONDITÉ EN 2025



Source et exploitation : Insee

Naissances chez les mineures et grossesses tardives

On compte en 2024 en Normandie 120 séjours pour accouchement chez les mineures (32 naissances de plus par rapport à 2023). Le taux de naissances chez les mineures en Normandie est inférieur au taux de naissance chez les mineures au niveau national.

Les grossesses tardives (concernant les femmes âgées de 45 ans et plus) ont donné lieu à 70 naissances vivantes en 2023, soit 0,3 % de l'ensemble des naissances en région (pour une moyenne nationale de 0,4 %).

Vie affective et sexuelle



Vie affective et sexuelle

Enseignement des enquêtes régionales

Il n'existe aucun dispositif d'observation régional récent en population générale permettant d'étudier la question de la vie affective et de la sexualité. En revanche, plusieurs enquêtes auprès des jeunes apportent un éclairage sur ce public spécifique : une première auprès des jeunes scolarisés en maison familiale et rurale (MFR), une deuxième auprès des étudiants des universités normandes, et une troisième auprès des jeunes accompagnés par les missions locales de Normandie.

Enquêtes mentionnées dans ce document :

- Jeunes scolarisés en MFR, suivant un cursus agricole allant de la quatrième (collège) au bac+5. Cette enquête a été menée pour la première fois au cours de l'année scolaire 2024-2025 et se poursuit en 2025-2026. Les résultats présentés dans ce document sont issus de l'analyse 2024-2025.
- Étudiants des universités normandes, initialement étudiants de licence, le dispositif a été étendu à ceux de BUT (Bachelor universitaire de technologie) et master, y compris les premier et deuxième cycles des études de médecine. Cette enquête est menée chaque année universitaire depuis 2021-2022, avec un questionnaire socle pérenne, et un questionnaire thématique évoluant chaque année. En 2024-2025, les étudiants ont été interrogés sur la santé sexuelle. Les résultats présentés dans ce document sont ceux issus de cette édition 2024-2025.
- Jeunes accompagnés par les missions locales de Normandie. Ces jeunes âgés de 16 à 25 ans sont aidés pour leur insertion professionnelle ou sociale. Cette enquête est menée annuellement depuis 2018, avec un questionnaire évoluant chaque année. Les résultats portant sur la vie affective et sexuelle sont issus de l'édition 2021.

De premières relations plus jeune en moyenne chez les femmes que chez les hommes

Au cours de l'année scolaire 2024-2025, les jeunes de MFR sont deux sur cinq (40 %) à déclarer avoir déjà eu des relations sexuelles, avec un âge moyen au premier rapport d'un peu plus de quatorze ans. Cette part est plus élevée chez les femmes que chez les hommes, et augmente avec l'âge. Parmi eux, 13 % disent ne pas avoir donné leur consentement lors de leur premier rapport sexuel (soit 5 % des jeunes de MFR).

Sur cette même période, au sein des universités normandes, près de deux étudiants sur trois (65 %) indiquent avoir déjà eu des rapports sexuels, sans différence notable entre hommes et femmes, mais cette part augmente aussi avec l'âge. Ils sont 59 % à dire avoir eu des relations sexuelles au cours des douze derniers mois. Un étudiant sur deux a eu son premier rapport à moins de 19 ans.

Par ailleurs, 74 % des étudiants ayant déjà eu des rapports affirment être globalement satisfaits de leur vie sexuelle, une part tombant à 40 % chez ceux disant n'avoir jamais eu de relation sexuelle.

Les dernières données collectées auprès des jeunes accompagnés par les missions locales de la région sur la vie affective et sexuelle datent de 2021. Ces jeunes sont alors quatre sur cinq (80 %) à indiquer avoir déjà eu des relations sexuelles au cours de leur vie, plus les femmes que les hommes. Au cours de l'année, deux sur trois disent avoir eu au moins un partenaire sexuel.

Près d'un jeune sur vingt ne sachant pas définir son orientation sexuelle

En 2024-2025, un peu moins de trois étudiants des universités normandes sur quatre (74 %) affirment être hétérosexuels. Plus d'un sur huit (13 %) dit être bisexuel, un sur vingt (5 %) être homosexuel et 4 % donnaient une autre orientation. Il est à noter que près de 4 % des étudiants indiquent ne pas savoir comment définir leur orientation sexuelle.

En 2021, les jeunes accompagnés par une mission locale sont quatre sur cinq (80 %) à dire être hétérosexuels, tandis que 4 % disent ne pas savoir définir leur orientation sexuelle.

Moins d'un étudiant sur deux parfaitement informé sur la contraception et la protection contre les IST

Moins de deux étudiants des universités normandes sur trois (62 %) affirment être parfaitement informés sur les moyens de contraception, et seuls 40 % disent l'être à propos des IST. Les femmes se sentent en moyenne mieux informées que les hommes.

Les jeunes accompagnés en mission locale se disent en moyenne mieux informés que les étudiants : 74 % affirment être parfaitement informés sur les moyens de contraception et 53 % sur les moyens de protection. Les mêmes tendances selon le genre sont observées.

Il est à noter que chez les étudiants normands, neuf femmes sur dix et plus de trois hommes sur quatre disent ne pas être d'accord avec l'affirmation suivante : « la contraception d'urgence est une contraception comme une autre ». Ces parts sont bien plus faibles chez les jeunes accompagnés par les missions locales (77 % des femmes et 64 % des hommes).

Un niveau de méconnaissance de l'accessibilité des moyens de contraception et de protection contre les IST encore important

La plupart des étudiants des universités (93 %) disent savoir où se procurer des moyens de contraception, 70 % déclarent savoir où se rendre pour effectuer un test de dépistage du VIH, mais seuls 46 % indiquent savoir que le dépistage des IST est accessible sans ordonnance et gratuitement pour les moins de 26 ans. Par ailleurs, 20 % ignorent que les préservatifs sont gratuits en pharmacie pour les moins de 26 ans et 26 % que les autres moyens de contraception le sont également.

En mission locale, 12 % des jeunes indiquent ne pas savoir où se procurer de moyens de contraception. De plus, plus de la moitié des jeunes (56 %) ne savent pas où se rendre pour effectuer un test de dépistage du VIH.

Un recours partiel à la contraception et à la protection contre les IST

Parmi les jeunes scolarisés en MFR disant avoir déjà eu des relations sexuelles, près de deux sur trois (62 %) affirment utiliser systématiquement un moyen de contraception et un sur deux (50 %) un moyen de protection contre les IST. À l'inverse, 9 % n'ont jamais recours à la contraception (et 7 % indiquent ne pas être concernés) et 30 % ne sont jamais protégés contre les IST. Les autres se protègent parfois, mais pas systématiquement.

Parmi ceux qui ne se protègent pas systématiquement contre les IST, 28 % indiquent ne pas présenter de risque vis-à-vis de ces infections et seuls 17 % mentionnent avoir effectué un test de dépistage.

Les jeunes des universités semblent beaucoup mieux protégés. Lors de leur tout premier rapport sexuel, ils sont un sur dix (10 %) à indiquer ne pas avoir été protégés contre une grossesse et 22 % à ne pas avoir été protégés contre les IST. Pour ceux ayant eu

Zoom sur les personnes migrantes

Un dispositif d'enquête auprès de personnes migrantes vues en Pass (Permanence d'accès aux soins de santé) pour la première fois dans la région, a permis de recueillir en 2025 des informations sur la sexualité de ce public, au travers d'une centaine de questionnaires.

Parmi les personnes enquêtées, huit sur dix affirment avoir déjà eu des rapports sexuels. Par ailleurs, une proportion identique indique avoir connaissance de méthodes pour éviter une grossesse et sept sur dix disent connaître des mesures pour se protéger des IST.

Chez les personnes ayant déjà eu des rapports sexuels et déclarant avoir connaissance des moyens de contraception et de protection contre les IST, seule une sur quatre indique se protéger systématiquement contre la grossesse et un peu plus d'une sur trois contre les IST.

plusieurs partenaires au cours de leur vie, ils étaient 9 % à ne pas être protégés contre une grossesse lors du premier rapport avec le dernier partenaire, et 30 % à ne pas être protégés contre les IST. Par ailleurs, parmi les étudiants ayant déjà eu des rapports sexuels, 56 % ont déjà réalisé un test de dépistage du VIH, dont la moitié (29 %) il y a moins de douze mois. Le recours au dépistage est plus fréquemment déclaré par les femmes que par les hommes.

Le recours à la contraception et à la protection contre les IST semble ainsi plutôt bon lors du premier rapport, mais diminue au cours de la vie sexuelle. Ces observations sont confirmées chez les jeunes accompagnés par les missions locales, chez lesquels 74 % étaient protégés contre une grossesse et 69 % avaient utilisé un préservatif lors de leur premier rapport, tandis que ces parts sont respectivement de 65 % et 35 % lors du dernier rapport. De plus, chez ces jeunes, il a été noté une hausse du recours à la contraception et à la protection contre les IST avec la hausse de l'âge au premier rapport. Chez les jeunes ayant eu au moins un partenaire au cours des douze derniers mois, un sur deux (51 %) indique ne jamais utiliser de préservatif et 24 % ne pas le faire systématiquement. Parmi eux, la moitié le justifient par la confiance mutuelle avec leur partenaire et seuls 36 % indiquent s'être fait dépister récemment.

Quel que soit le dispositif d'enquête, le moyen de contraception le plus utilisé est le préservatif masculin, suivi de la pilule.

Plus de deux étudiantes ayant déjà eu des relations sexuelles sur cinq indiquent avoir déjà eu recours à la contraception d'urgence ; plus d'une sur sept au cours des douze derniers mois. Ces parts sont du même ordre de grandeur chez les jeunes femmes accompagnées par les missions locales de la région.

Zoom sur le chemsex

L'usage de substances psychoactives dans un contexte sexuel se développe, phénomène nommé « chemsex », « slam » lorsque la prise de substances se fait par voie intraveineuse.

Le chemsex et le slam sont des pratiques susceptibles d'augmenter le risque de transmission du VIH, des hépatites virales et des IST, durant les rapports sexuels ou par le biais du partage de matériel de consommation. Elles peuvent également favoriser le développement d'addictions et entraîner, dans les cas les plus graves, des surdoses mortelles. De plus, les personnes pratiquant le chemsex et/ou le slam ne se perçoivent généralement pas comme des usagers de drogues, ce qui rend leur accès potentiellement plus difficile aux dispositifs de réduction des risques et de prise en charge des addictions (CSAPA/CAARUD avec mise en réseau notamment avec les CeGIDD). Enfin, sur le plan psychique, la « descente » d'une session de chemsex peut être vécue douloureusement, la prise de certaines substances peut entraîner des troubles du sommeil, voire des troubles cognitifs plus importants pouvant aller jusqu'à la décompensation de troubles psychiatriques.

Face à ce phénomène en apparente croissance, il semble nécessaire d'outiller les professionnels pour le repérage, la prévention et la prise en charge des problématiques potentiellement engendrées par ces pratiques. La prise en charge des personnes pratiquant le chemsex est complexe et nécessite une approche interdisciplinaire et intégrée. Selon le rapport ERAS 2024, 14 % des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes déclarent avoir recours au chemsex.

Recours à la contraception



Il existe de nombreux moyens visant à éviter une grossesse : certains remboursables par l'Assurance maladie, d'autres non. La suite du document étudie le recours à la contraception à travers les données issues du système national des données de santé (SNDS). Ces données concernent uniquement les dispositifs remboursables, pour tout ou partie, par l'Assurance maladie et ne sauraient donc refléter l'exhaustivité du recours à la contraception dans la région. Seuls les dispositifs les plus fréquents sont présentés.

CARACTÉRISTIQUES DES DIFFÉRENTS DISPOSITIFS DE CONTRACEPTION DESTINÉS AUX FEMMES ET AUX HOMMES

Dispositifs	Caractéristiques
Dispositif intra-utérin (DIU) aussi appelé « stérilet »	Dispositif placé à l'intérieur de l'utérus par un médecin ou une sage-femme. Efficace durant 4 à 10 ans, selon le modèle. Il en existe deux types : hormonal ou au cuivre.
Pilule	Comprimé à prendre quotidiennement à heure régulière pendant 21 ou 28 jours.
Patch	À coller soi-même sur la peau 1 fois par semaine et à renouveler chaque semaine, pendant 3 semaines. Il n'y a pas de patch à coller la 4 ^e semaine ce qui provoque ainsi l'apparition des règles. Permet d'être protégé même pendant la période d'arrêt.
Implant	Bâtonnet cylindrique de 4 cm inséré sous la peau du bras, sous anesthésie locale par un médecin ou une sage-femme. Il peut être laissé en place pendant 3 ans.
Anneau vaginal	Anneau souple à placer soi-même à l'intérieur du vagin, comme un tampon. Il doit être laissé en place pendant 3 semaines. Au début de la 4 ^e semaine, l'anneau doit être enlevé provoquant ainsi l'apparition des règles. Permet d'être protégé même pendant la période d'arrêt.
Diaphragme et cape cervicale	Coupelle en silicone à placer soi-même à l'intérieur du vagin. Il s'utilise associé à un produit spermicide. La cape est un dôme en silicone qui vient recouvrir le col de l'utérus. Ces dispositifs peuvent être posés au moment du rapport sexuel, mais aussi plusieurs heures avant et doivent être gardés pendant 8 heures après le rapport.
Préservatif externe « masculin » et interne « féminin »	Le préservatif externe se place sur le pénis avant pénétration, tandis que le préservatif interne peut être mis en place à l'intérieur du vagin plusieurs heures avant le rapport sexuel.
Spermicides	Gel et ovule à placer à l'intérieur du vagin quelques minutes avant chaque rapport détruisant ainsi les spermatozoïdes.
Progestatifs injectables	Injection intramusculaire réalisée tous les 3 mois par un médecin, une sage-femme ou un infirmier.
Contraception définitive	Intervention chirurgicale chez l'homme (vasectomie) ou chez la femme (ligature des trompes). Ces méthodes sont considérées comme irréversibles.

Préservatifs



Deux types de préservatifs sont ici considérés : les préservatifs externes (masculins) et internes (féminins). Ce sont les deux seuls contraceptifs protégeant contre les infections sexuellement transmissibles. Plusieurs marques sont remboursées par l'Assurance maladie¹, à hauteur de 100 % et sans prescription médicale pour les moins de 26 ans sans âge minimum, et à hauteur de 60 % sur prescription médicale pour les personnes de 26 ans et plus, depuis le 1^{er} janvier 2023. Entre décembre 2018 et début 2023, le remboursement était de 60 % sur prescription médicale quel que soit l'âge. Certaines mutuelles peuvent s'acquitter du complément.

Seuls les préservatifs remboursés au moins en partie étant ici considérés, les résultats présentés ne sauraient refléter l'exhaustivité du recours au préservatif dans la population.

Un recours en grande majorité des plus jeunes

En 2025, 39 080 Normands ont bénéficié d'au moins une délivrance de préservatifs remboursés, 2,5 fois plus les femmes que les hommes (28 051 femmes et 11 029 hommes). Parmi eux, 23 028 Normands avaient entre 15 et 24 ans. Le taux de recours est ainsi bien plus élevé chez les jeunes de cette classe d'âge que chez leurs aînés, en particulier chez les hommes (voir graphique ci-contre).

La diminution du nombre de bénéficiaires de préservatifs remboursés avec l'âge se fait bien plus rapidement chez les hommes que chez les femmes, expliquant le fait que le taux de recours féminin est en moyenne bien plus élevé que le taux masculin, alors que chez les seuls 15-19 ans, le nombre de bénéficiaires est du même ordre de grandeur.

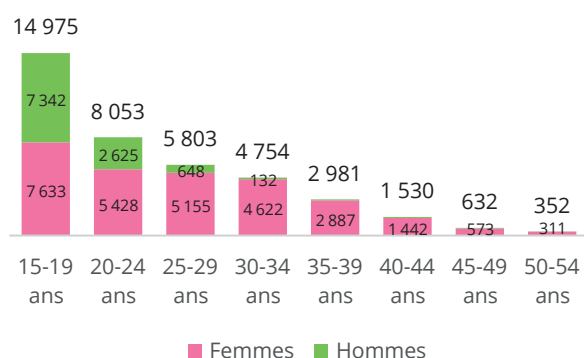
Plus de délivrances de préservatifs chez les jeunes en Normandie qu'en France

En moyenne, le taux de délivrance de préservatifs remboursés est légèrement plus élevé dans la région qu'à l'échelle nationale. Cela s'explique par un taux plus élevé en Normandie qu'en France hexagonale chez les jeunes de 15 à 24 ans, quel que soit le sexe. Chez les personnes de 25 à 54 ans, le taux de délivrance de préservatifs est le même en Normandie et en France pour les femmes, et est légèrement moins élevé dans la région qu'au niveau national chez les hommes.

Une évolution hétérogène depuis 2023

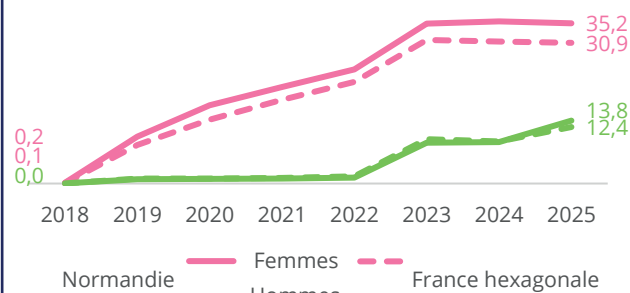
Depuis 2018 jusqu'en 2023, le taux de bénéficiaires de préservatifs remboursés a fortement augmenté en Normandie comme en France hexagonale, et ce quel que soit le sexe. Depuis 2023, la situation des femmes semble se stabiliser, voire s'inverser, quelle que soit la classe d'âge, tandis que le taux masculin continue d'augmenter, quasiment exclusivement du fait des hommes de 15-24 ans, chez lesquels le remboursement est à hauteur de 100 % depuis 2023.

NOMBRE DE PERSONNES AYANT EU DANS L'ANNÉE AU MOINS UN REMBOURSEMENT DE PRÉSERVATIFS SELON L'ÂGE ET LE SEXE EN 2025



Source : SNDS - Exploitation : OR2S

ÉVOLUTION DU TAUX DE PERSONNES DE 15-54 ANS AYANT EU DANS L'ANNÉE AU MOINS UN REMBOURSEMENT DE PRÉSERVATIFS SELON LE SEXE ENTRE 2018 ET 2025



taux standardisés sur l'âge (pour 1 000 consommateurs de 15-54 ans)

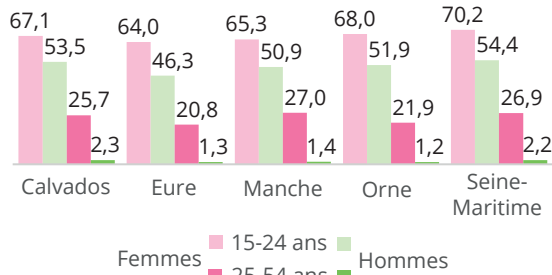
Source : SNDS - Exploitation : OR2S

¹ Liste disponible sur : <https://www.ameli.fr/rouen-elbeuf-dieppe-seine-maritime/assure/remboursements/rembourse/contraception-ivg/contraception>

Des disparités infrarégionales modérées

Les différences infrarégionales sont relativement modérées. Chez les femmes comme chez les hommes, chez les plus jeunes comme chez les plus âgés, les taux de bénéficiaires de préservatifs remboursés les plus faibles sont relevés dans l'Eure et les plus élevés en Seine-Maritime.

TAUX DE PERSONNES AYANT EU AU MOINS UN REMBOURSEMENT DE PRÉSERVATIFS DANS LES DÉPARTEMENTS NORMANDS SELON L'ÂGE ET LE SEXE EN 2025



taux standardisés sur l'âge (pour 1 000 consommateurs)

Source : SNDS - Exploitation : OR2S

En Normandie, 4 975 573 préservatifs masculins ont été vendus en grande distribution et en pharmacie (hors parapharmacie) en 2024 (source : Santé publique France). Ce chiffre est stable depuis plusieurs années. Par ailleurs, des préservatifs ont été mis à disposition gratuitement notamment auprès de certaines associations par l'agence régionale de santé (ARS) Normandie. Des préservatifs sont également distribués gratuitement dans les centres de santé sexuelle (CSS) et dans les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD).

Contraception orale (pilule)



La pilule est une contraception à prendre par voie orale, contenant des hormones synthétiques bloquant pour la plupart l'ovulation. Elle est souvent la première méthode proposée. La fréquence de prise (21 ou 28 jours) doit être respectée pour protéger contre la grossesse. En revanche, elle ne protège pas des IST. Il existe deux types de pilules : les pilules combinées œstroprogestatives et les pilules microprogestatives, plus faiblement dosées.

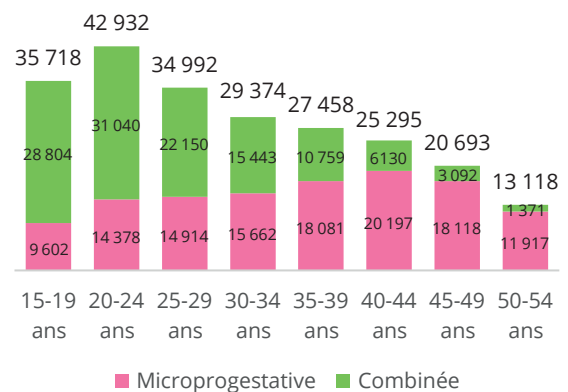
La pilule est délivrée sur ordonnance médicale. Certaines sont remboursables par l'Assurance maladie, à hauteur de 100 % avant 26 ans et de 65 % à partir de cet âge.

Un recours à la pilule pour près d'une femme de 15 à 54 ans sur quatre

En Normandie, en 2025, 229 580 femmes de 15 à 54 ans ont reçu au moins une délivrance de pilules parmi les quelques 792 190 consommatrices de la région de cette classe d'âge. Ces délivrances concernaient presque autant des pilules microprogestatives (53,5 %) que des pilules combinées (51,7 %, certaines femmes ont pu avoir recours aux deux types de pilules).

Cette répartition des types de pilules varie fortement selon l'âge. En effet, si la grande majorité des femmes de 15 à 19 ans ont eu recours à des pilules combinées (80,6 %), c'est le cas de seulement 24,2 % des femmes de 40-44 ans ayant eu au moins une délivrance de pilules.

NOMBRE DE FEMMES AYANT EU DANS L'ANNÉE AU MOINS UN REMBOURSEMENT DE PILULES SELON L'ÂGE ET LE TYPE DE PILULE EN 2025



Point de vigilance : Une femme pouvant avoir eu recours aux deux types de pilules dans l'année, le nombre indiqué au-dessus des barres peut être inférieur à la somme du détail en-dessous.

Source : SNDS - Exploitation : OR2S

Le taux de recours à la pilule est bien plus élevé chez les femmes de 15 à 24 ans que chez leurs aînées, et en Normandie qu'en France hexagonale quelle que soit la classe d'âge. En 2025, 401,7 Normandes de 15-24 ans pour 1 000 et 253,3 Normandes de 25-54 ans sur 1 000 ont eu recours à la pilule.

Une hausse du recours aux pilules microprogestatives, mais une baisse du recours aux pilules combinées

En moyenne, au cours des huit dernières années, le taux de recours à la pilule a reculé, de l'ordre de 14 % en Normandie quelle que soit la classe d'âge et en France hexagonale chez les femmes de 25-54 ans. La baisse a été plus prononcée (25 %) au niveau national chez les femmes de 15-24 ans.

Cette baisse globale cache en réalité des disparités selon le type de pilule. En effet, entre 2017 et 2025, le recours aux pilules combinées a fortement diminué (de 37 % en Normandie chez les femmes de 15-54 ans), mais le recours aux pilules microprogestatives a augmenté (de 30 % dans la région). La diminution du recours aux pilules combinées est plus prononcée chez les femmes de 25-54 ans, tandis que la hausse du recours aux pilules microprogestatives est plus importante chez les femmes de 15-24 ans.

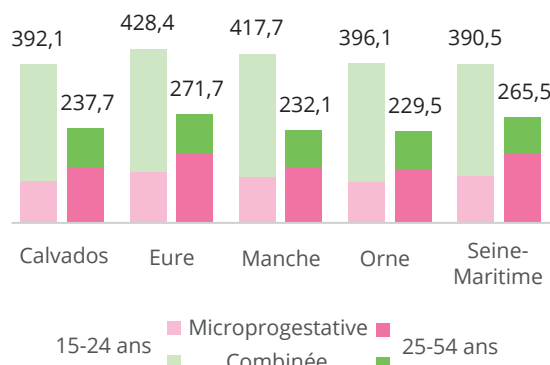
Ces résultats sont à analyser au regard de la crise sanitaire touchant les pilules en 2012-2013 : les pilules de troisième et quatrième génération ont cédé la place à celles de première et deuxième génération en raison de sur-risque thromboembolique, et en parallèle de la préférence des microprogestatives qui ne contiennent pas d'œstrogène.

Un taux de recours à la pilule plus élevé dans l'Eure

Quel que soit le type de pilule ou la classe d'âge, l'Eure reste toujours le ou l'un des départements normands affichant le taux de recours le plus élevé. Dans ce département, 428,4 femmes de 15-24 ans et 271,7 femmes de 25-54 ans sur 1 000 ont eu recours à la pilule en 2025.

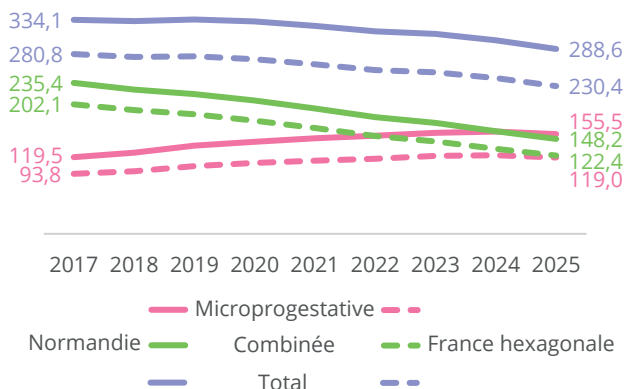
Dans les autres départements de la région, la répartition des taux de recours dépend du type de pilule et de l'âge. Au total, chez les femmes de 15-54 ans, le taux varie de 269,1 femmes sur 1 000 dans l'Orne à 309,0 femmes sur 1 000 dans l'Eure.

TAUX DE FEMMES AYANT EU DANS L'ANNÉE AU MOINS UN REMBOURSEMENT DE PILULES DANS LES DÉPARTEMENTS NORMANDS SELON LE TYPE DE PILULE EN 2025



taux standardisés sur l'âge (pour 1 000 consommanes)
Source : SNDS - Exploitation : OR2S

ÉVOLUTION DU TAUX DE FEMMES DE 15-54 ANS AYANT EU DANS L'ANNÉE AU MOINS UN REMBOURSEMENT DE PILULES SELON LE TYPE DE PILULE ENTRE 2017 ET 2025



taux standardisés sur l'âge (pour 1 000 consommanes de 15-54 ans)
Source : SNDS - Exploitation : OR2S

Dispositif intra-utérin (stérilet)



Le dispositif intra-utérin (DIU), aussi appelé “stérilet” est un moyen de contraception en forme de T qui doit être déposé dans la cavité de l’utérus. Il en existe deux sortes : le DIU au cuivre, sans hormone, qui rend les spermatozoïdes inactifs ; le DIU hormonal, qui empêche le passage des spermatozoïdes. Les DIU ont une durée d’action importante (de 4 à 10 ans) et ne présentent aucun risque d’oubli, mais ne protègent pas contre les infections sexuellement transmissibles.

Le DIU doit être prescrit et posé par un médecin ou une sage-femme. Il est pris en charge à 100 % par l’Assurance maladie pour les femmes de moins de 26 ans et à 65 % pour les autres.

Il est à noter que si le stérilet peut être posé chez les femmes nullipares depuis 2004, des études ont montré une persistance de la crainte de son utilisation chez ce public, de la part des femmes comme des professionnels de santé, qui peut expliquer les évolutions lentes relevées ci-après.

Un taux de recours au DIU plus élevé entre 25 et 39 ans

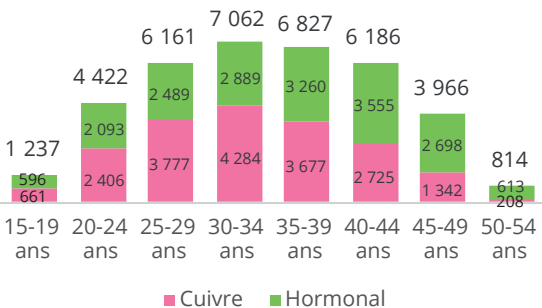
En 2025, 36 675 Normandes ont bénéficié d’une délivrance de DIU, avec une répartition à peu près équivalente entre DIU au cuivre et DIU hormonal. Cette répartition entre les deux types de stérilets varie selon l’âge. La part représentée par les bénéficiaires de DIU au cuivre est la plus élevée entre 25 et 34 ans (plus de 60 % des bénéficiaires de DIU), puis elle diminue pour ne concerner qu’une bénéficiaire sur trois (34 %) entre 45 et 49 ans. Tous types de stérilets confondus, le taux de recours est le plus élevé entre 35 et 39 ans.

Le recours au stérilet est légèrement plus élevé en Normandie qu’en France, qu’il s’agisse de DIU au cuivre ou hormonaux, et chez les jeunes femmes comme chez leurs aînées. En moyenne, en 2025, 46,4 Normandes sur 1 000 et 42,1 Françaises sur 1 000 ont eu au moins une délivrance de DIU au cours de l’année, pour les femmes de 15 à 54 ans.

Une hausse du recours au DIU chez les femmes de moins de 25 ans, mais une baisse chez leurs aînées

Entre 2017 et 2025, le taux de recours au stérilet des femmes de 15-54 ans a légèrement diminué, en raison d’une baisse de recours au DIU au cuivre et d’une relative stabilité du recours au DIU hormonal. Au sein des classes d’âge, l’évolution est toute autre. Chez les femmes de 15-24 ans, le recours au DIU a fortement augmenté, en grande partie en raison de la hausse du recours au DIU hormonal, qui a plus que doublé. Chez les femmes de 25-54 ans, le recours au DIU a baissé durant cette période, de manière plus prononcée pour le dispositif au cuivre que pour le dispositif hormonal. Cependant, le taux de recours au stérilet reste presque deux fois plus important chez les femmes de 25 à 54 ans que chez leurs cadettes en 2025.

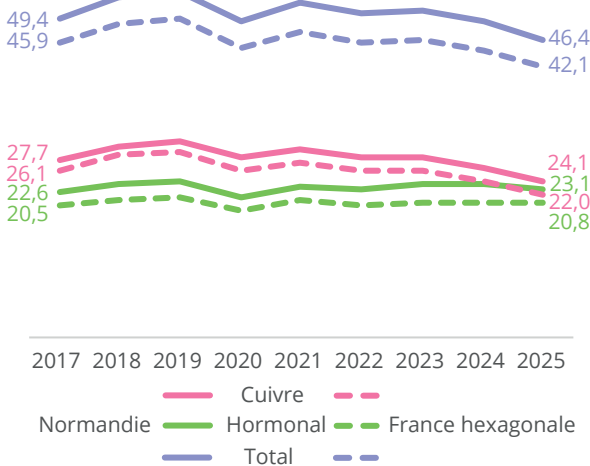
NOMBRE DE FEMMES AYANT EU DANS L’ANNÉE AU MOINS UN REMBOURSEMENT DE DIU SELON L’ÂGE ET LE TYPE DE DISPOSITIF EN 2025



Point de vigilance : Une femme pouvant avoir eu recours aux deux types de DIU dans l’année, le nombre indiqué au-dessus des barres peut être inférieur à la somme du détail en-dessous.

Source : SNDS - Exploitation : OR2S

ÉVOLUTION DU TAUX DE FEMMES DE 15-54 ANS AYANT EU DANS L’ANNÉE AU MOINS UN REMBOURSEMENT DE DIU SELON LE TYPE DE DISPOSITIF ENTRE 2017 ET 2025

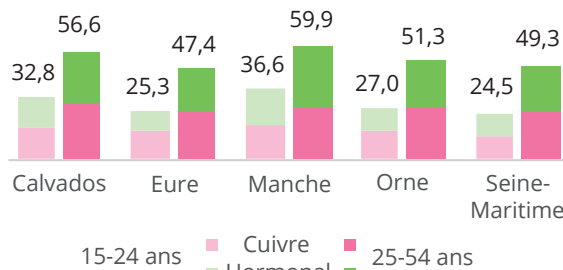


taux standardisés sur l’âge (pour 1 000 consommatrices de 15-54 ans)
Source : SNDS - Exploitation : OR2S

Un recours plus important au DIU dans le Nord-Ouest de la région

Le recours au DIU est en moyenne plus élevé dans les départements de la Manche et du Calvados et plus faible dans ceux de l'Eure et de Seine-Maritime. Cette répartition est vérifiée quel que soit le type de DIU et quelle que soit la classe d'âge.

TAUX DE FEMMES AYANT EU DANS L'ANNÉE AU MOINS UN REMBOURSEMENT DE DIU DANS LES DÉPARTEMENTS NORMANDS SELON L'ÂGE ET LE TYPE DE DISPOSITIF EN 2025



taux standardisés sur l'âge (pour 1 000 consommatrices)

Source : SNDS - Exploitation : OR2S

Implant



L'implant est un bâtonnet de quatre centimètres de long et deux millimètres de large imprégné d'une hormone progestative, bloquant l'ovulation une fois inséré sous la peau du bras. Comme le DIU, sa durée d'action est importante (3 ans) et il ne présente pas de risque d'oubli, mais ne protège pas contre les IST.

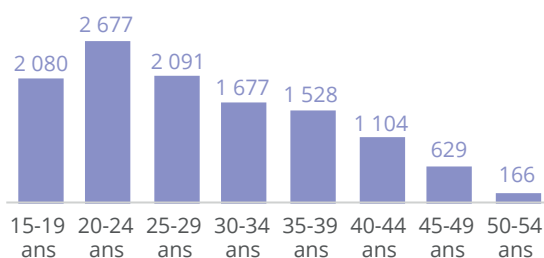
L'implant doit être posé et retiré par un médecin ou une sage-femme, sous anesthésie locale. Son remboursement est pris en charge par l'Assurance maladie à hauteur de 100 % entre 18 et 25 ans et de 65 % à partir de 26 ans.

Moins de deux femmes sur cent ont eu une délivrance d'implant

En 2025, 11 952 Normandes de 15 à 54 ans ont eu une délivrance d'implant au cours de l'année. Cela se traduit par un taux de recours de 15,0 pour 1 000 femmes, légèrement supérieur au taux national (12,0 pour 1 000). Ce taux est deux fois plus élevé chez les femmes de 15-24 ans que chez leurs aînées, écart légèrement plus marqué dans la région qu'en France hexagonale.

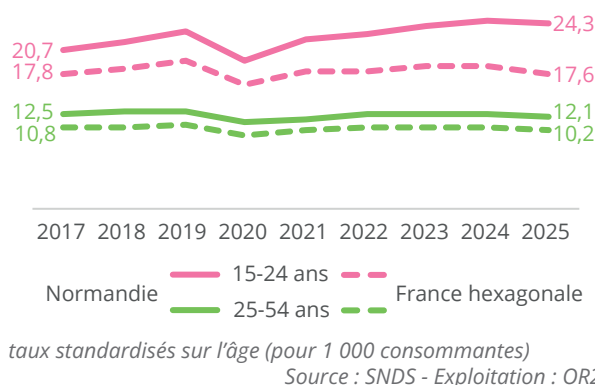
Le taux de bénéficiaires d'implant est le plus élevé chez les femmes de 20 à 24 ans. Il baisse ensuite avec l'avancée en âge.

NOMBRE DE FEMMES AYANT EU DANS L'ANNÉE AU MOINS UN REMBOURSEMENT D'IMPLANT SELON L'ÂGE EN 2025



Source : SNDS - Exploitation : OR2S

ÉVOLUTION DU TAUX DE FEMMES AYANT EU DANS L'ANNÉE AU MOINS UN REMBOURSEMENT D'IMPLANT SELON L'ÂGE ENTRE 2017 ET 2025



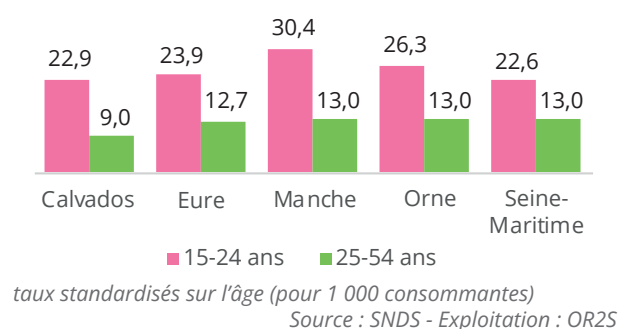
Un plus faible taux de recours dans le Calvados

Chez les femmes de 15 à 54 ans, le taux de bénéficiaire d'implant en 2025 est le plus faible dans le Calvados. Cette situation s'explique par la répartition territoriale du recours des femmes de 25 à 54 ans, qui est homogène dans la région, hormis dans le Calvados qui présente un taux légèrement plus bas (9,0 pour 1 000 contre environ 13,0 pour 1 000 dans les autres départements). Chez les femmes de 15 à 24 ans, le Calvados, l'Eure et la Seine-Maritime se partagent des taux similaires, de l'ordre de 23,0 pour 1 000, tandis que l'Orne et la Manche ont des taux un peu plus élevés.

Une hausse du recours à l'implant chez les plus jeunes observée en Normandie, mais pas à l'échelle nationale

Entre 2017 et 2025, le taux de recours à l'implant a très légèrement augmenté en Normandie (+3,6 %) et très légèrement baissé en France hexagonale (-3,7 %). Dans la région, cette évolution se traduit par une hausse de 17,2 % du recours à l'implant des femmes de 15 à 24 ans, et une légèrement diminution de celui des femmes de 25-54 ans (-3,5 %). À l'échelle nationale, une baisse est observée quelle que soit la classe d'âge, plus prononcée chez les femmes de 25 à 54 ans.

TAUX DE FEMMES AYANT EU DANS L'ANNÉE AU MOINS UN REMBOURSEMENT D'IMPLANT DANS LES DÉPARTEMENTS NORMANDS SELON L'ÂGE EN 2025



Contraception définitive

La stérilisation à visée contraceptive ne peut être pratiquée que chez les personnes majeures¹, après un délai de réflexion. Elle est irréversible, mais ne protège pas des IST. Chez les femmes, il s'agit de la ligature des trompes, empêchant les ovules de migrer vers l'utérus. Cet acte chirurgical nécessite une hospitalisation de 24 à 48 heures. Chez les hommes, la vasectomie empêche le passage des spermatozoïdes des testicules vers la verge. Cette intervention est pratiquée en ambulatoire. C'est une méthode de contraception permanente, potentiellement mais difficilement réversible.

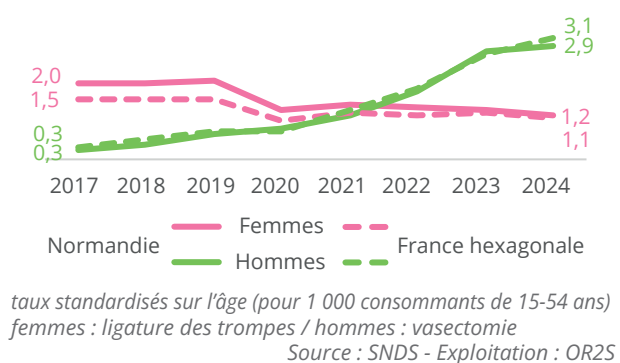
Plus de recours à la contraception définitive chez les hommes que chez les femmes en 2024

En Normandie, en 2024, 916 femmes ont fait appel à une ligature des trompes à visée contraceptive, tandis que 2 134 hommes avaient recours à la vasectomie. Ces deux opérations sont plus fréquentes entre 35 et 44 ans, dans la région, comme à l'échelle nationale.

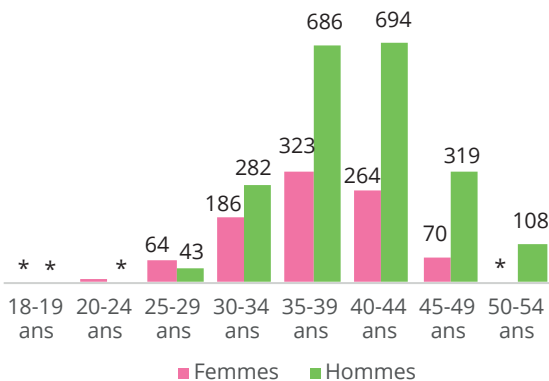
Le recours à la stérilisation à visée contraceptive est plus fréquent chez les hommes que chez les femmes et est du même ordre de grandeur en Normandie qu'en France hexagonale.

¹Les taux de recours peuvent être légèrement sous-estimés du fait que les données disponibles permettent des analyses sur les personnes de 15-54 ans alors que celles de 15-17 ans ne sont pas concernées par ce type de contraception.

ÉVOLUTION DU TAUX DE RECOURS À LA STÉRILISATION À VISÉE CONTRACEPTIVE SELON LE SEXE CHEZ LES 15-54 ANS ENTRE 2017 ET 2024



NOMBRE DE PERSONNES AYANT EU DANS L'ANNÉE UN REMBOURSEMENT DE STÉRILISATION À VISÉE CONTRACEPTIVE SELON L'ÂGE ET LE SEXE EN 2024



*Afin de respecter le secret statistique, les effectifs inférieurs à 10 ne sont pas indiqués.

Source : SNDS - Exploitation : OR2S

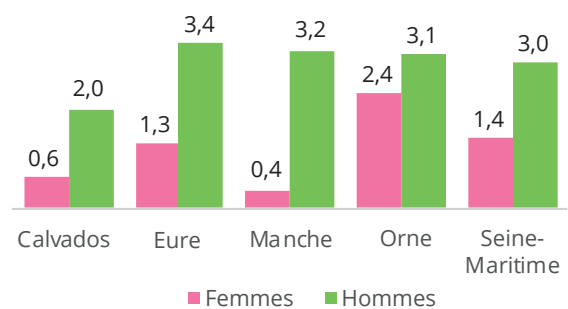
Une répartition hétérogène au sein de la région

Le recours à la contraception définitive varie en 2024 sur le territoire selon le sexe. Alors que le taux de recours à la vasectomie est plus faible dans le Calvados que dans les autres départements (2,0 hommes de 15-54 ans pour 1 000 contre au moins 3,0 pour 1 000), le taux de recours à la ligature des trompes est le plus faible dans la Manche et dans la Calvados (moins d'une femme de 15-54 ans sur 1 000) et le plus élevé dans l'Orne (2,4 pour 1 000).

Une hausse importante du recours à la vasectomie

Bien que les taux de recours soient faibles, il est à noter une diminution du recours à la ligature des trompes chez les femmes de 15-54 ans depuis 2017, tandis que sur cette période, les hommes de cette classe d'âge ont de plus en plus eu recours à la vasectomie. De ce fait, alors que la contraception définitive était en 2017 bien plus fréquente chez les femmes que chez les hommes, en 2024 la situation est inversée.

TAUX DE RECOURS À LA STÉRILISATION À VISÉE CONTRACEPTIVE DANS LES DÉPARTEMENTS NORMANDS SELON LE SEXE CHEZ LES 15-54 ANS EN 2024



taux standardisés sur l'âge (pour 1 000 consommateurs de 15-54 ans)
Source : SNDS - Exploitation : OR2S

Contraception d'urgence



Sont ici considérées les délivrances de contraception d'urgence (CU) hormonale, sous forme de pilule, par voie orale. Cette contraception est à prendre rapidement après un rapport sexuel non ou mal protégé (cinq jours maximum) ; elle bloque l'ovulation. À noter que la pose d'un DIU au cuivre par un professionnel de santé dans les cinq jours suivant le rapport à risque peut également être considérée comme une contraception d'urgence, mais n'est ici pas comptabilisée dans le recours à la CU.

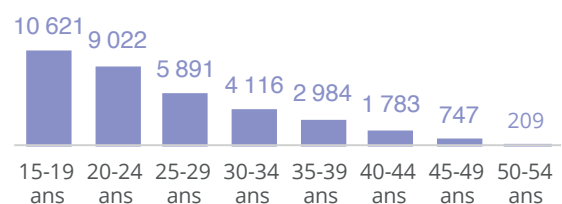
Depuis le 1^{er} janvier 2023, la contraception d'urgence est accessible gratuitement pour toutes les femmes, sans limite d'âge, en pharmacie et sans ordonnance. Auparavant, la gratuité ne concernait que les mineures ; le remboursement pour les femmes majeures était conditionné à la prescription médicale.

Un recours à la contraception d'urgence pour plus d'une jeune femme sur dix entre 15 et 24 ans

En 2025, 35 373 Normandes de 15 à 54 ans ont reçu au moins une délivrance de CU, soit 44,2 sur 1 000. Ce taux de recours est similaire à celui observé en France hexagonale.

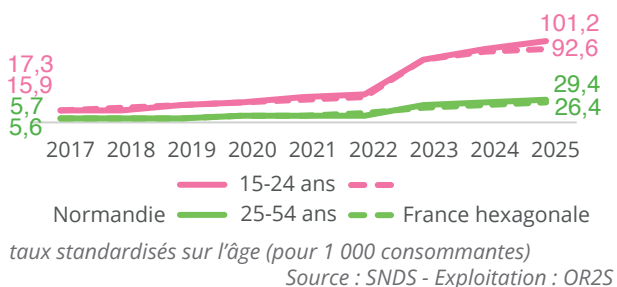
Le recours à la CU est bien plus élevé chez les jeunes femmes. En effet, en 2025, 19 643 femmes de 15-24 ans y ont eu recours en Normandie, soit un taux de 101,2 bénéficiaires pour 1 000. Dans cette classe d'âge, le recours à la CU est plus important dans la région qu'à l'échelle nationale (92,6 pour 1 000).

NOMBRE DE FEMMES AYANT EU DANS L'ANNÉE AU MOINS UN REMBOURSEMENT DE CONTRACEPTION D'URGENCE SELON L'ÂGE EN 2025



Source : SNDS - Exploitation : OR2S

ÉVOLUTION DU TAUX DE FEMMES AYANT EU DANS L'ANNÉE AU MOINS UN REMBOURSEMENT DE CONTRACEPTION D'URGENCE SELON L'ÂGE ENTRE 2017 ET 2025



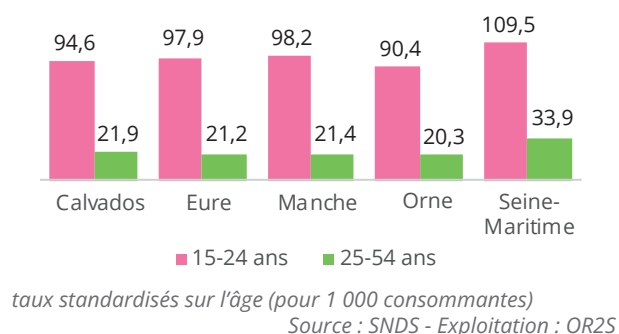
Une forte hausse du recours à la contraception d'urgence depuis plusieurs années

Entre 2017 et 2025, le taux de recours à la CU a fortement augmenté, en particulier depuis 2023. En Normandie, en huit ans, le taux été multiplié par plus de cinq chez les femmes de 15-54 ans, et par plus de six chez les seules 15-24 ans. Des résultats similaires sont observés en France hexagonale.

Le territoire seinomarin plus concerné par la contraception d'urgence

À l'échelle infrarégionale, la Seine-Maritime se démarque, avec un taux de recours à la CU plus élevé que dans les autres départements. Chez les femmes de 15-54 ans il est de 51,9 pour 1 000, contre moins de 40,0 pour 1 000 dans le Calvados, l'Eure, la Manche et l'Orne, tandis que chez les seules 15-24 ans il s'élève à 109,5 pour 1 000 seinomarines contre moins de 99,0 pour 1 000 dans les autres départements normands. C'est pourtant la Seine-Maritime qui a connu la plus faible augmentation du recours à la CU entre 2017 et 2025 (hausse d'un facteur 4,7 pour les 15-54 ans en Seine-Maritime contre 7,6 dans la Manche).

TAUX DE FEMMES AYANT EU DANS L'ANNÉE AU MOINS UN REMBOURSEMENT DE CONTRACEPTION D'URGENCE DANS LES DÉPARTEMENTS NORMANDS SELON L'ÂGE EN 2025



Les différents indicateurs relatifs aux méthodes de contraception issus du SNDS présentés dans ce document, reposent sur des algorithmes de ciblage (règle de sélection construite à partir des informations d'actes, de remboursements de traitements...) définis par l'ORS Bretagne et décrits dans le document « Vie affective, sexuelle et relationnelle en Bretagne, Étude novembre 2024 », téléchargeable à l'adresse suivante : <https://orsbretagne.fr/wp-content/uploads/2026/02/TBVASR-NOV-2024-VDEFOK.pdf>



Interruptions volontaires de grossesse

Interruptions volontaires de grossesse (IVG)



L'interruption volontaire de grossesse est un acte médical permettant à une femme de mettre fin à une grossesse de manière encadrée par la loi. En France, l'IVG est autorisée jusqu'à 14 semaines de grossesse (soit 16 semaines d'aménorrhée). Elle peut être réalisée soit par méthode médicamenteuse (prise de comprimés, jusqu'à 9 semaines après le début des dernières règles), soit par méthode instrumentale (intervention chirurgicale réalisée dans un établissement de santé).

L'IVG peut être prescrite par un médecin ou une sage-femme. Elle peut être pratiquée dans différents cadres, dépendants de la méthode utilisée : en cabinet de ville, en centre de santé, dans un centre de planification ou d'éducation familiale, ou à l'hôpital.

La patiente bénéficie d'un accompagnement médical et d'une information complète avant la procédure. Les mineures peuvent y recourir sans autorisation parentale, mais doivent être accompagnées d'une personne majeure de leur choix. L'IVG est prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie et s'inscrit dans le respect du droit des femmes à disposer de leur corps.

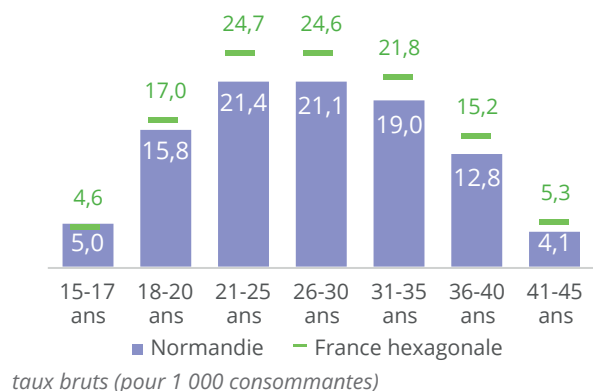
Il est à noter qu'au cours du temps, les délais autorisés pour le recours à l'IVG ont été allongés, pouvant expliquer une partie des évolutions observées ci-après.

Au moins une IVG dans l'année pour plus d'une femme sur cinquante entre 21 et 30 ans

En Normandie, en 2023, 9 127 femmes de 15 à 45 ans ont eu recours à l'IVG, soit un taux de 14,5 sur 1 000, légèrement plus faible que celui relevé au niveau national (16,8 pour 1 000).

Ce taux de recours varie fortement avec l'âge. Il est le plus élevé entre 21 et 30 ans, atteignant alors plus de 21 femmes sur 1 000 en Normandie et près de 25 femmes sur 1 000 en France hexagonale. Chez les mineures, il est de 5,0 pour 1 000 dans la région, un peu plus élevé qu'au niveau national (4,6 pour 1 000).

TAUX DE RECOURS À L'IVG
CHEZ LES FEMMES DE 15-45 ANS
SELON L'ÂGE EN 2023

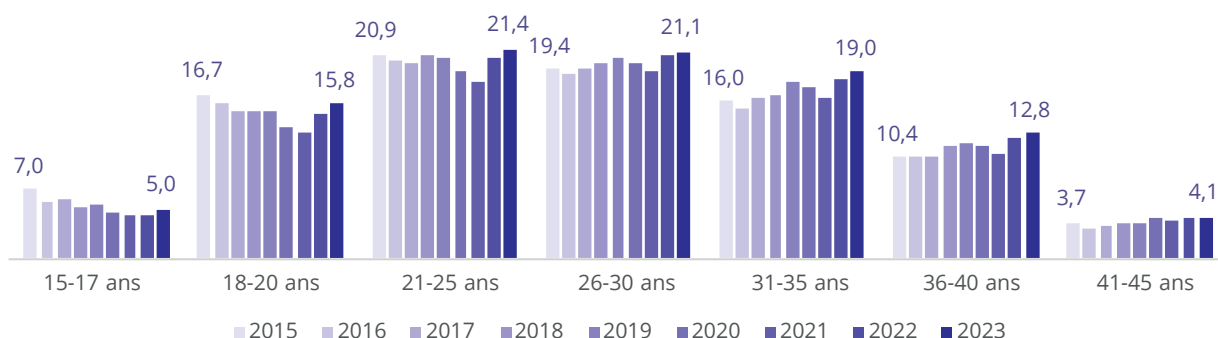


Une évolution qui varie selon la classe d'âge

Après être resté du même ordre de grandeur entre 2015 et 2021, le taux de recours à l'IVG des femmes de 15-45 ans a augmenté entre 2021 et 2023, dans la région comme en France hexagonale.

Chez les seules mineures, le recours est plutôt en baisse, même s'il semble remonter entre 2022 et 2023. À l'inverse, il est plutôt en hausse chez les femmes de plus de 25 ans, avec une hausse plus prononcée en 2022 et 2023, hormis chez les femmes de 41 à 45 ans, pour lesquelles le taux de recours à l'IVG a augmenté de manière relativement linéaire entre 2015 et 2023.

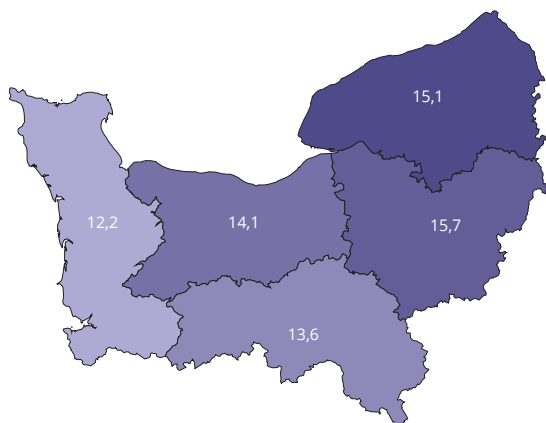
ÉVOLUTION DU TAUX DE RECOURS À L'IVG SELON L'ÂGE ENTRE 2015 ET 2023



Un gradient Ouest-Est

Au sein de la région, la Manche présente le taux de recours à l'IVG le plus faible chez les femmes de 15-45 ans (12,2 pour 1 000) et l'Eure le plus élevé (15,7 pour 1 000). Tous les départements de la région présentent un taux de recours plus faible que la moyenne nationale.

TAUX DE RECOURS À L'IVG CHEZ LES FEMMES DE 15-45 ANS SELON LES DÉPARTEMENTS EN 2023



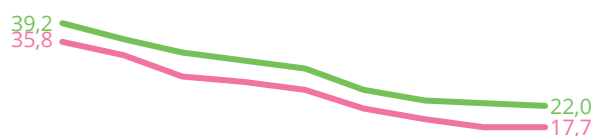
taux standardisés sur l'âge (pour 1 000 consommatrices de 15-45 ans)
Sources : SNDS-DCIR et PMSI MCO - Exploitation : OR2S

Un peu plus d'une IVG sur six chirurgicale

En 2023, 17,7 % des IVG étaient chirurgicales (22,0 % en France hexagonale). Cette part a fortement diminué depuis 2015, de moitié dans la région.

La situation est très hétérogène dans la région : tandis que seules 10,7 % des IVG réalisées dans l'Eure en 2023 sont chirurgicales, cette part s'élève à 23,0 % dans le Calvados (elle est comprise entre 17 % et 19 % dans les autres départements). Cette situation est liée à des évolutions qui tendent à creuser les écarts entre les départements. En effet, entre 2015 et 2023, c'est le département de l'Eure qui a connu la plus forte baisse de la part d'IVG chirurgicales, tandis que le Calvados enregistre la plus faible.

ÉVOLUTION DE LA PART D'IVG CHIRURGICALES CHEZ LES FEMMES DE 15-45 ANS ENTRE 2015 ET 2023



2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021 2022 2023

Normandie France hexagonale

pour 100 IVG réalisées

Sources : SNDS-DCIR et PMSI MCO - Exploitation : OR2S

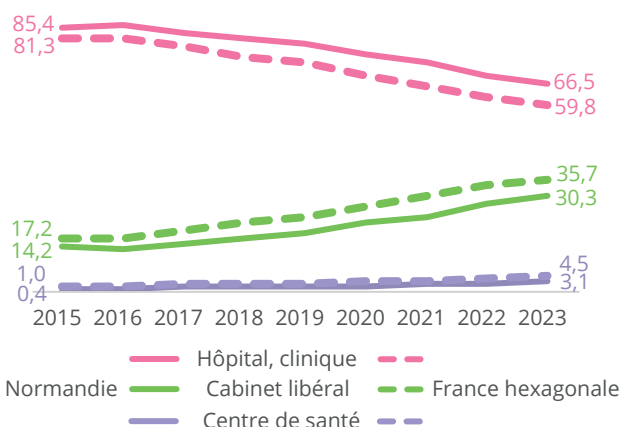
Une hausse des IVG en ville et centre de santé, plus présente en Seine-Maritime

En 2023, dans la région, deux IVG sur trois (66,5 %) sont réalisées en hôpital ou clinique, un peu moins d'une sur trois en cabinet libéral (30,3 %), et seulement quelques-unes (3,1 %) en centre de santé. En France, les IVG en hôpital ou clinique sont un peu moins fréquentes (59,8 %), au profit des autres lieux d'exercice.

La Seine-Maritime présente une part d'IVG en hôpital ou clinique bien plus faible que dans le reste de la région (55,1 %), à l'inverse de l'Orne (92,0 %). Les parts d'IVG en cabinet libéral et en centre de santé suivent des tendances territoriales inverses.

Depuis 2015, les IVG sont en proportion de moins en moins réalisées en hôpital ou clinique, tandis que la part d'IVG en cabinet libéral a doublé. Bien que restant moins importante, la part d'IVG en centre de santé est également en hausse.

ÉVOLUTION DE LA PART D'IVG SELON LE LIEU DE RÉALISATION ENTRE 2015 ET 2023



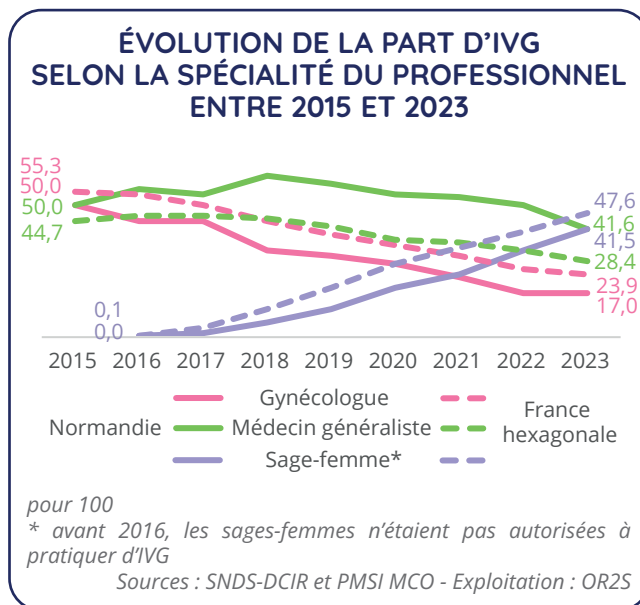
pour 100

Sources : SNDS-DCIR et PMSI MCO - Exploitation : OR2S

Plus de deux IVG médicamenteuses sur cinq réalisées par des sages-femmes

En Normandie, en 2023, 41,5 % des IVG réalisées en ville le sont par des sages-femmes, 41,6 % par des médecins généralistes et 17,0 % par des gynécologues. Cette répartition est très éloignée de celle observée à l'échelle nationale, où les parts représentées par les sages-femmes et les gynécologues sont plus élevées (47,6 % et 23,9 % respectivement), mais les actes effectués par les médecins généralistes bien moins fréquents (28,4 %).

Cette situation est bien différente de celle observée huit ans plus tôt. En effet, en 2015, la moitié des IVG réalisées en ville en Normandie l'était par des médecins généralistes, l'autre par des gynécologues. En France, la part des gynécologues était légèrement plus élevée (55,3 %). Cette part a depuis lors drastiquement diminué, plus en Normandie (divisée par 3,0) qu'en France hexagonale (divisée 2,3), tout comme la part d'IVG réalisées par des médecins généralistes dans une moindre mesure, au profit des sages-femmes.



La répartition des professionnels pratiquant des IVG médicamenteuses est très hétérogène sur le territoire. En Normandie, la part d'IVG réalisées par des sages-femmes varie de 27,2 % dans le Calvados à 69,9 % dans la Manche, celles réalisées par des médecins généralistes varient de 10,0 % dans l'Orne à 53,1 % dans la Seine-Maritime, et celles pratiquées par des gynécologues de 7,8 % en Seine-Maritime à 34,0 % dans l'Orne.

Enseignements des enquêtes régionales chez les jeunes

Un accès à l'IVG qui a semblé difficile pour une jeune femme sur dix

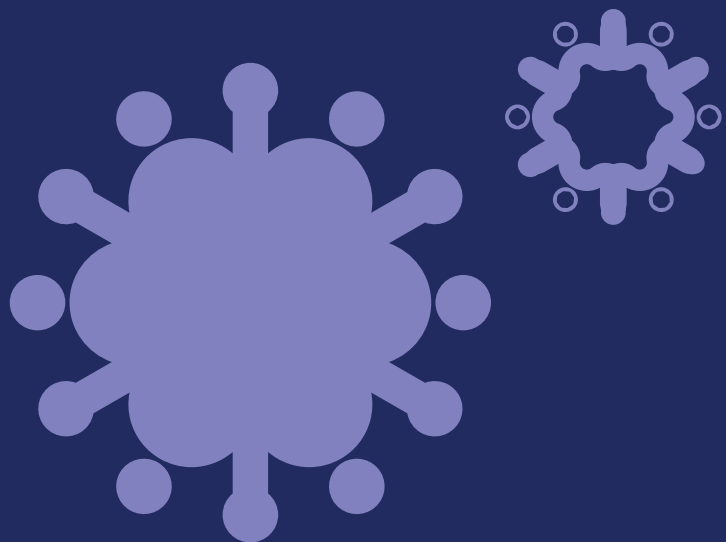
En 2024-2025, moins de 6 % des étudiantes des universités de Normandie ayant déjà eu des rapports sexuels indiquent avoir déjà fait face à une grossesse non désirée. Parmi elles, trois sur quatre disent avoir eu recours à l'IVG. Chez les jeunes femmes ayant déjà eu recours à l'IVG, un peu moins d'une sur dix déclare ne pas y avoir eu accès facilement ; elles évoquent des délais trop longs, un non-respect de l'anonymat en pharmacie en tant que majeure, trop de rendez-vous nécessaires et un manque de bienveillance envers les mineures.

En 2021, chez les jeunes femmes accompagnées par une mission locale de la région, 18 % de celles ayant déjà eu des rapports sexuels indiquaient avoir déjà fait face à une grossesse non désirée. Parmi elles, ce sont également trois sur quatre qui ont eu recours à l'IVG, à part égales des IVG chirurgicales et médicamenteuses. L'accès à l'IVG a semblé difficile à plus d'une femme sur dix y ayant eu recours.

Une vision hétérogène de l'IVG chez les jeunes

Concernant la perception de l'IVG, neuf étudiants sur dix se disent d'accord avec l'affirmation « heureusement que l'IVG existe ». En mission locale, cette idée fait moins consensus ; 66 % des femmes et 50 % des hommes indiquent être d'accord. Par ailleurs, environ un jeune sur cinq (étudiant ou jeune accompagné en mission locale) affirme que « c'est un moyen comme un autre pour éviter d'avoir un enfant ». Enfin, plus d'un étudiant sur cinq et plus d'un jeune accompagné en mission locale sur sept affirment que « l'IVG n'est pas un événement grave et traumatisant ».

Surveillance des IST, des hépatites virales et du VIH



Surveillance des IST, des hépatites virales, du VIH et de la PrEP

Les infections sexuellement transmissibles (IST) représentent un problème de santé publique important en raison de leur prévalence, des risques de séquelles à long terme - notamment l'infertilité - et de leur rôle de cofacteur augmentant le risque de transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

Afin de caractériser la situation épidémiologique et l'offre de prévention sur le territoire, cette section présente les données relatives aux IST bactériennes, au VIH, aux hépatites virales, ainsi qu'au déploiement de la prophylaxie pré-exposition (PrEP).

Les analyses présentées ci-après reposent sur la complémentarité de deux sources d'information principales : d'une part, les données épidémiologiques issues du système de surveillance de Santé publique France (SpF) et, d'autre part, les indicateurs d'activité et de recours au dépistage des Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD), consolidés par le CoReSS.

Le dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST) et du VIH constitue un pilier fondamental de la prévention. Les recommandations actuelles préconisent **un dépistage du VIH au moins une fois dans la vie** pour toute personne âgée de 15 à 70 ans, dans le cadre d'une démarche de santé globale. Pour les populations les plus exposées - hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), personnes multipartenaires, usagers de drogues par voie intraveineuse ou personnes originaires de zones à forte prévalence - un dépistage **régulier tous les 3 à 6 mois** est recommandé. Le dépistage des autres IST bactériennes (syphilis, gonocoques, chlamydia) suit les mêmes rythmes selon le profil de risque individuel.

Il est recommandé à toute femme d'avoir un **suivi gynécologique régulier** comprenant : une consultation gynécologique annuelle ou bisannuelle selon la situation clinique, un **dépistage du cancer du col de l'utérus** par frottis cervico-utérin tous les 3 ans entre 25 et 65 ans (après deux frottis normaux à un an d'intervalle), ou dépistage HPV HR après un frottis normal permettant un test tous les 5 ans jusqu'à 65 ans s'il est négatif ; ainsi qu'un dépistage des IST adapté au contexte, notamment pour Chlamydia trachomatis, particulièrement prévalent chez les femmes de moins de 25 ans. Une contraception adaptée et un accompagnement à la vaccination contre les papillomavirus humains (HPV) font également partie intégrante du suivi.

Infections sexuellement transmissibles (IST) bactériennes

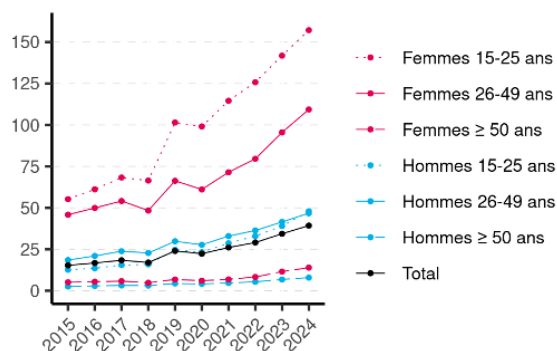
Le système de surveillance des IST repose sur plusieurs dispositifs permettant de couvrir l'activité des lieux de dépistage et de diagnostic. Ce système est décrit dans l'annexe 1 du Bulletin national de Santé publique France.

Des taux de dépistage des infections à *Chlamydia trachomatis* et de diagnostic en augmentation, particulièrement chez les femmes

Les données indiquent une augmentation régulière du dépistage des infections à *Chlamydia trachomatis* (Ct) depuis 2018. Cette hausse est en partie liée à la généralisation des tests d'amplification des acides nucléiques (TAAN), désormais couplés pour la recherche simultanée de *Chlamydia trachomatis* et du gonocoque. Les niveaux les plus élevés sont observés chez les femmes de 15 à 25 ans. Les hommes présentent des taux de dépistage plus faibles, toutes classes d'âges confondues.

Au niveau départemental, les taux les plus élevés se situent dans le Calvados et la Seine-Maritime.

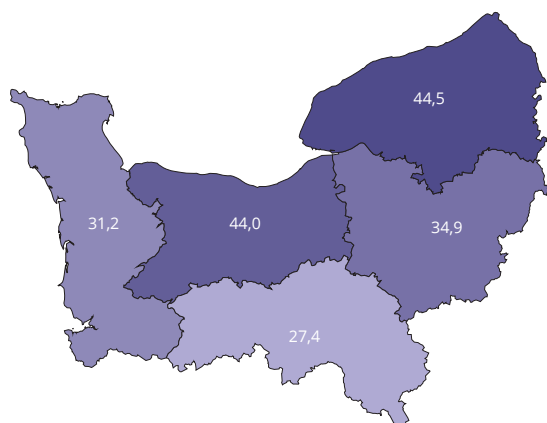
ÉVOLUTION DU TAUX DE DÉPISTAGE DES INFECTIONS À CT SELON LE SEXE ET CLASSE D'ÂGE ENTRE 2015 ET 2024



personnes dépistées au moins une fois dans l'année pour 1 000 habitants

Source : Assurance maladie, extraction du SNDS le 27/06/2024 -
Exploitation : Santé publique France

TAUX DE DÉPISTAGE DES INFECTIONS À CT SELON LE DÉPARTEMENT EN 2024



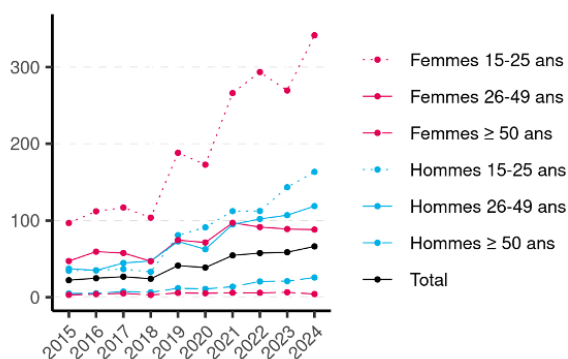
taux de dépistage pour 1 000 habitants, tous âges confondus
Source : Assurance maladie, extraction du SNDS le 27/06/2024 -
Exploitation : Santé publique France

Note : 2018 a été une année de modification de la nomenclature des tests de dépistage/diagnostic des infections à Ct et à gonocoque. Les TAAN (tests d'amplification des acides nucléiques) pour la recherche de Ct sont depuis lors systématiquement couplés à ceux pour la recherche du gonocoque, ce qui a entraîné une augmentation des dépistages de ces deux IST et des diagnostics d'infections à Ct depuis 2019. Les femmes âgées de moins de 26 ans sont ciblées par des recommandations de dépistage des infections à Ct émises en 2018 également. Une baisse de l'activité de dépistage a été observée en 2020 liée à l'épidémie de Covid-19, expliquant en partie la baisse des diagnostics.

Le taux de diagnostic des infections à Ct suit une tendance similaire à celle du dépistage, avec une augmentation depuis 2018. Les niveaux les plus élevés concernent les femmes de 15 à 24 ans puis les hommes du même âge.

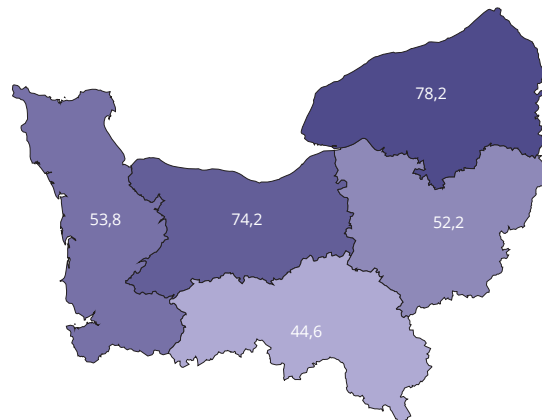
Au niveau départemental, des disparités sont relevées, avec un taux de diagnostic de 44,6 pour 100 000 habitants dans l'Orne contre 78,2 pour 100 000 dans la Seine-Maritime.

ÉVOLUTION DU TAUX DE DIAGNOSTIC DES INFECTIONS À CT SELON LE SEXE ET CLASSE D'ÂGE ENTRE 2015 ET 2024



personnes diagnostiquées au moins une fois dans l'année pour 100 000 habitants
Source : Assurance maladie, extraction du SNDS le 30/08/2024 -
Exploitation : Santé publique France

TAUX DE DIAGNOSTIC DES INFECTIONS À CT SELON LE DÉPARTEMENT EN 2024



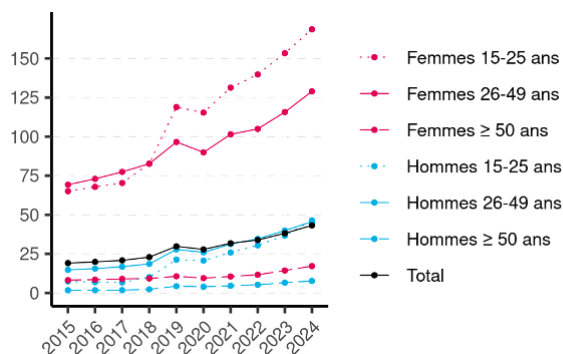
taux de diagnostic pour 100 000 habitants, tous âges confondus
Source : Assurance maladie, extraction du SNDS le 30/08/2024 -
Exploitation : Santé publique France

La majorité des tests de dépistage réalisés pour l'infection par le Gonocoque chez les femmes de 15 à 49 ans, plus de diagnostics positifs chez les jeunes de 15 à 24 ans (hommes et femmes)

Les données de dépistage montrent une progression continue depuis 2020. Cette évolution est également influencée par l'utilisation des TAAN couplés Ct/gonocoque. Les niveaux de dépistage les plus élevés concernent les femmes âgées de 15 à 49 ans.

Le taux de dépistage est le plus faible dans l'Orne et le plus élevé en Seine-Maritime, suivi de près par le Calvados.

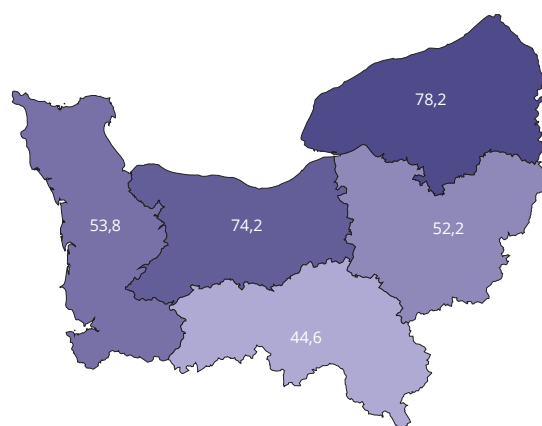
ÉVOLUTION DU TAUX DE DÉPISTAGE DES INFECTIONS À GONOCOQUE SELON LE SEXE ET LA CLASSE D'ÂGE ENTRE 2015 ET 2024



personnes dépistées au moins une fois dans l'année pour 1 000 habitants

Source : Assurance maladie, extraction du SNDS le 27/06/2024 - Exploitation : Santé publique France

TAUX DE DÉPISTAGE DES INFECTIONS À GONOCOQUE SELON LE DÉPARTEMENT EN 2024

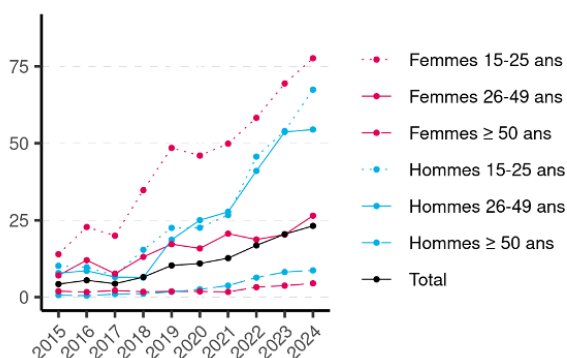


taux de dépistage pour 1 000 habitants, tous âges confondus
Source : Assurance maladie, extraction du SNDS le 27/06/2024 - Exploitation : Santé publique France

Les diagnostics de gonocoques augmentent également de 2015 à 2024. Les niveaux les plus élevés concernent les femmes de 15 à 24 ans, suivies par les hommes de la même classe d'âge. Les valeurs diminuent dans les classes d'âges supérieures.

Le taux de diagnostic est le plus faible dans l'Orne (11 pour 100 000 habitants) et le plus élevé en Seine-Maritime (30,7 pour 100 000 habitants).

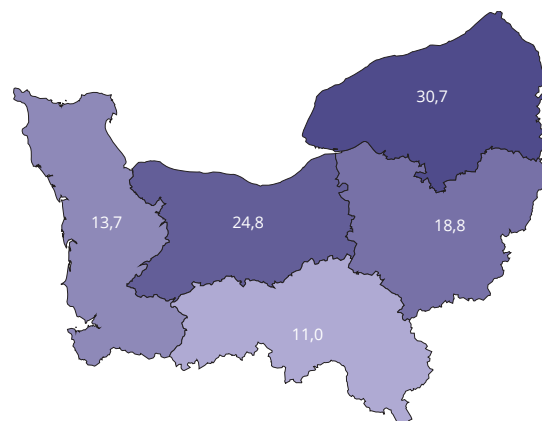
ÉVOLUTION DU TAUX DE DIAGNOSTIC DES INFECTIONS À GONOCOQUE SELON LE SEXE ET CLASSE D'ÂGE ENTRE 2015 ET 2024



personnes diagnostiquées au moins une fois dans l'année pour 100 000 habitants

Source : Assurance maladie, extraction du SNDS le 30/08/2024 - Exploitation : Santé publique France

TAUX DE DIAGNOSTIC DES INFECTIONS À GONOCOQUE SELON LE DÉPARTEMENT EN 2024

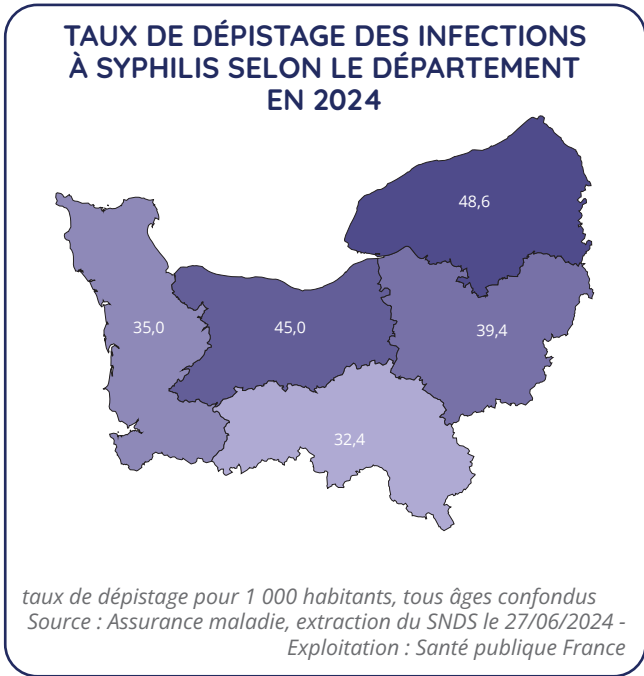
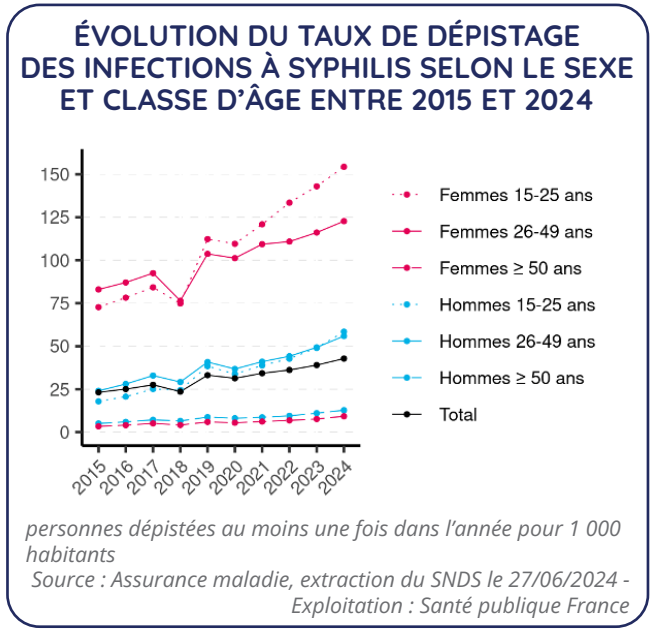


taux de diagnostic pour 100 000 habitants, tous âges confondus
Source : Assurance maladie, extraction du SNDS le 19/09/2024 - Exploitation : Santé publique France

Un dépistage de la syphilis en augmentation, des diagnostics plus fréquents chez les hommes

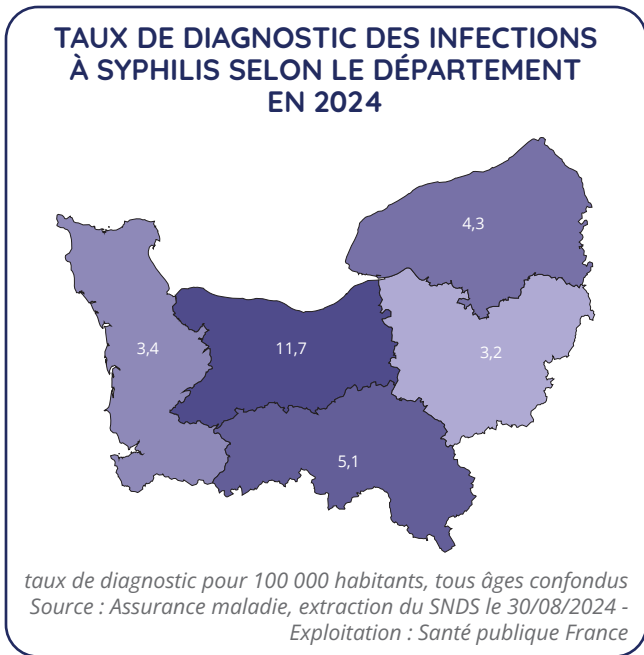
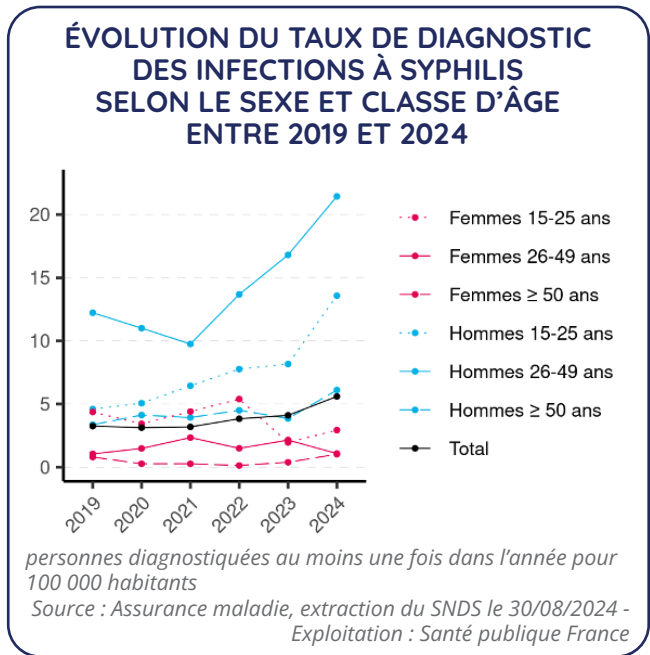
Le dépistage de la syphilis montre une tendance à la hausse avec des niveaux plus élevés chez les femmes de 15 à 49 ans.

La Seine-Maritime présente le plus fort taux de dépistage (48,6 pour 100 000 habitants).



Les diagnostics de syphilis concernent majoritairement les hommes, en particulier ceux âgés de 25 à 49 ans. À l'inverse, les femmes dans l'ensemble des classes d'âge affichent des valeurs plus faibles.

Le plus fort taux de diagnostic se situe dans le Calvados, tandis que le plus faible taux se trouve dans l'Eure.



Activités des CEGIDD de Normandie en 2025

Cette partie présente une analyse épidémiologique complète de l'activité des Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD) de Normandie pour l'année 2025 (Source de données : logiciel SSP®), ainsi qu'une analyse de l'épidémie du VIH à partir de la file active régionale (données 2024 | Source de données : logiciel NADIS®). La prophylaxie pré-exposition (PrEP) et les tendances de l'épidémie cachée du VIH font l'objet d'analyses dédiées.

9 520 personnes accueillies
dans un CeGIDD en 2025

2 335 consultations PrEP en 2025

1 071 IST bactériennes
détectées en 2025

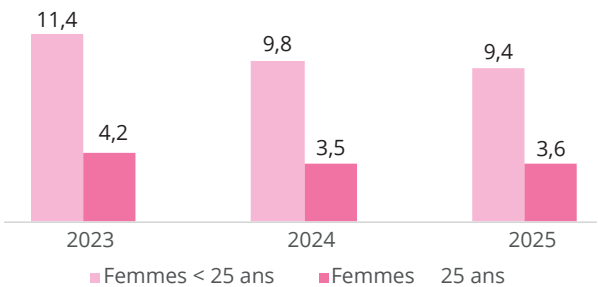
80 nouveaux VIH+ détectés en 2024

Chlamydia (C. trachomatis)

La chlamydia demeure l'IST bactérienne la plus fréquemment diagnostiquée avec 679 cas positifs en 2025 et un taux de positivité de 6,7 %. Ce taux est légèrement supérieur à la moyenne française (6,4 %) mais inférieur à la moyenne mondiale (7,4 %). La tendance depuis 2021 montre une décroissance progressive (8,4 % - 6,7 %), probablement liée à une meilleure couverture du dépistage et à l'effet de la PrEP incluant des bilans IST trimestriels.

Une attention particulière est portée aux femmes de moins de 25 ans, cible prioritaire du dépistage chlamydia selon les recommandations HAS. Le taux de positivité dans cette tranche d'âge est de 9,4 % en 2025 (171/1 819 tests), en décroissance depuis 2023 (11,4 %). Chez les femmes de 25 ans et plus, ce taux est de 3,6 %, soit un différentiel de 2,6 fois supérieur chez les moins de 25 ans, justifiant pleinement la politique de dépistage systématique.

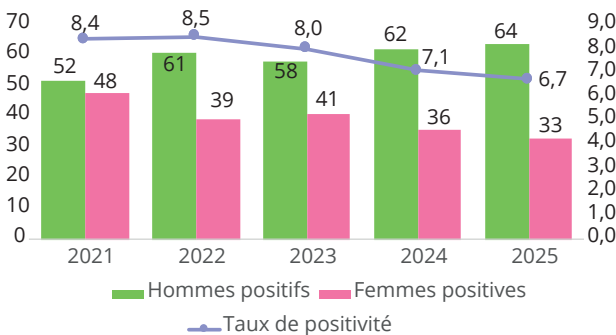
ÉVOLUTION DU TAUX DE POSITIVITÉ
DU CHLAMYDIA CHEZ LES FEMMES
SELON L'ÂGE DANS LES CEGIDD
ENTRE 2023 ET 2025



pour 100 personnes dépistées

Source : Registres CeGIDD Normandie –
Exploitation : CoReSS Normandie

ÉVOLUTION DES DÉPISTAGES
DE CHLAMYDIA DANS LES CEGIDD
ENTRE 2021 ET 2025



pour 100 personnes dépistées

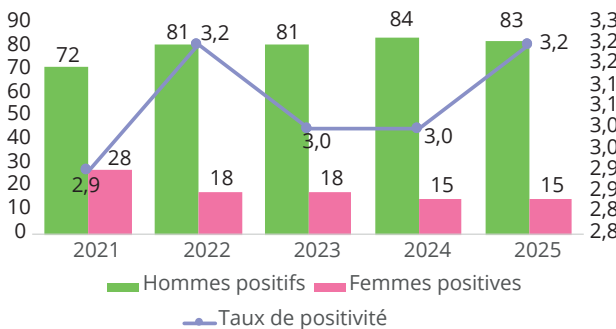
Source : Registres CeGIDD Normandie –
Exploitation : CoReSS Normandie

Gonocoque (N. gonorrhoeae)

Avec 327 cas positifs en 2025 et un taux de positivité de 3,2 %, la gonorrhée représente la deuxième IST bactérienne la plus fréquente. Ce taux est inférieur à la moyenne nationale française (3,4 %) et significativement inférieur à la moyenne européenne ECDC (3,9 %), suggérant une épidémie relativement contrôlée en Normandie.

La population des cas positifs est à 83 % masculine, avec un âge médian de 30 ans chez les hommes (Q1=23 ans, Q3=43 ans). Les femmes touchées sont plus jeunes (médiane=22 ans). La proportion croissante d'hommes (72 % en 2021 contre 83 % en 2025) reflète l'impact des campagnes de dépistage ciblant les HSH, groupe particulièrement exposé à la gonorrhée oropharyngée et ano-rectale.

ÉVOLUTION DES DÉPISTAGES
DES GONOCOQUES DANS LES CEGIDD
ENTRE 2021 ET 2025



pour 100 personnes dépistées

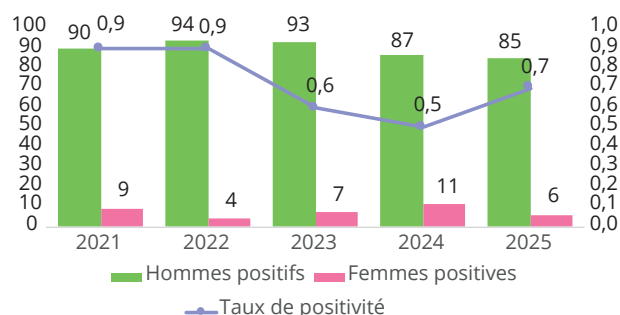
Source : Registres CeGIDD Normandie –
Exploitation : CoReSS Normandie

Syphilis

En 2025, 65 cas de syphilis ont été diagnostiqués dans les CeGIDD normands, avec un taux de positivité de 0,7 %. Ce taux est légèrement supérieur à celui de la France métropolitaine (0,6 %) et inférieur à la moyenne européenne estimée par l'ECDC (0,8 %). La tendance depuis 2021 montre une légère fluctuation, avec un plancher en 2024 (0,5 %) et une remontée en 2025 (0,7 %), nécessitant une surveillance attentive.

Le profil des cas positifs en 2025 montre une prédominance masculine (85 %), avec un âge médian de 36 ans chez les hommes (Q1=28 ans, Q3=49 ans) et de 37 ans chez les femmes. La syphilis reste ainsi une pathologie touchant prioritairement les hommes adultes, cohérent avec l'épidémiologie nationale et européenne (ECDC 2023 : 94 % de cas masculins en Europe).

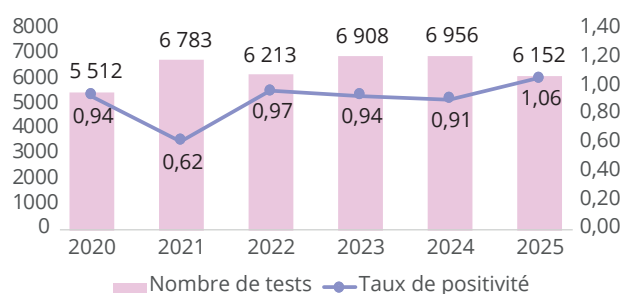
ÉVOLUTION DES DÉPISTAGES DE SYPHILIS DANS LES CEGIDD ENTRE 2021 ET 2025



pour 100 personnes dépistées

Source : Registres CeGIDD Normandie –
Exploitation : CoReSS Normandie

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE TESTS ET DU TAUX DE POSITIVITÉ DE L'HÉPATITE B DANS LES CEGIDD ENTRE 2020 ET 2025



taux de positivité pour 100 personnes dépistées

Source : Registres CeGIDD Normandie –
Exploitation : CoReSS Normandie

Hépatite B (Ag HBs)

En 2025, 6 152 tests Ag HBs ont été réalisés dans les CeGIDD normands (-11,6 % par rapport à 2024), avec 65 résultats positifs, soit un taux de positivité de 1,06 %. Ce taux est légèrement supérieur à la moyenne 2020-2024 (0,80 %) et représente le niveau le plus élevé de la période d'observation. Cette tendance doit être interprétée avec prudence compte tenu de la diminution du nombre de tests en 2025.

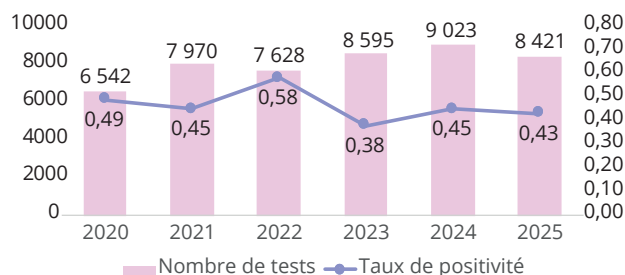
Le nombre de personnes nouvellement identifiées AgHBs+ est de 57 en 2025, proche de la moyenne 2020-2024 (48,6 personnes). À l'échelle européenne, l'ECDC estime la prévalence de l'Ag HBs à 0,9 % dans la population générale, avec des disparités importantes selon le statut migratoire. Les CeGIDD normands, qui accueillent une proportion significative de personnes migrantes, présentent logiquement un taux supérieur.

Hépatite C (Ac anti-VHC)

Le dépistage de l'hépatite C montre une activité croissante jusqu'en 2024 (9 023 tests), puis un recul en 2025 (8 421 tests). Sur l'ensemble de la période 2020-2025, on observe une progression globale de +28,7 % du volume de tests, témoignant de l'engagement des CeGIDD dans la stratégie nationale d'élimination de l'hépatite C.

En 2025, 36 personnes ont été identifiées séropositives pour les anticorps anti-VHC, soit un taux de positivité de 0,43 %, proche de la moyenne 2020-2024 (0,47 %). La mise en relation avec un infectiologue ou un hépatologue pour les cas confirmés ARN+ est systématique, avec accès aux antiviraux à action directe (AAD) permettant le suivi des complications, et de la guérison dans plus de 95 % des cas traités.

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE TESTS ET DU TAUX DE POSITIVITÉ DE L'HÉPATITE C DANS LES CEGIDD ENTRE 2020 ET 2025



taux de positivité pour 100 personnes dépistées

Source : Registres CeGIDD Normandie –
Exploitation : CoReSS Normandie

Infections à VIH et SIDA



Le système de surveillance repose sur l'enquête LaboVIH et le signalement obligatoire (SO). Ce système est décrit dans l'annexe 1 du Bulletin national de Santé publique France.

Précision méthodologiques concernant les dispositifs de surveillance

L'enquête LaboVIH est réalisée chaque année auprès des laboratoires de la région. Elle permet de recueillir le nombre de sérologies réalisées chaque année et le nombre de sérologies positives. Ces données permettent de redresser les chiffres du signalement obligatoire (SO), qui ne sont pas exhaustifs.

En 2024, la participation des laboratoires de la région à l'enquête LaboVIH est en baisse par rapport aux années précédentes (88 %). Ces variations reflètent les dynamiques annuelles de mobilisation des acteurs et la régularité de la transmission des données. Une analyse sur la période 2015-2024 a montré une stabilité globale, malgré des fluctuations.

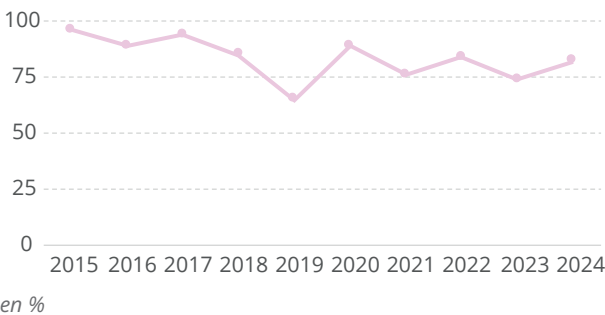
Par ailleurs, l'exhaustivité de la déclaration obligatoire du VIH en Normandie a été estimée à 86 % en 2024. Ce taux est en augmentation depuis 2022.

Évolution de l'envoi des volets « clinicien » et « biologiste » des DO VIH

En 2024, la répartition des découvertes de séropositivité VIH selon l'envoi des volets « biologiste » et « clinicien » ont montré des évolutions notables :

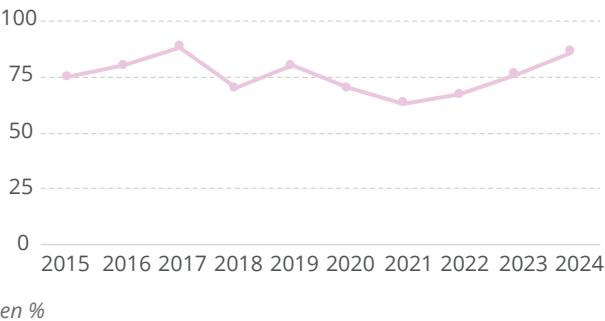
- La proportion des cas pour lesquels les deux volets ont été transmis est en légère diminution ;
- La part des déclarations pour lesquelles seul le volet « clinicien » est envoyé est en nette diminution avec une proportion de 0,8 % en 2024 ;
- La part de transmission du volet « biologiste » seul est en augmentation.

ÉVOLUTION DU TAUX DE PARTICIPATION À LABOVIH ENTRE 2015 ET 2024



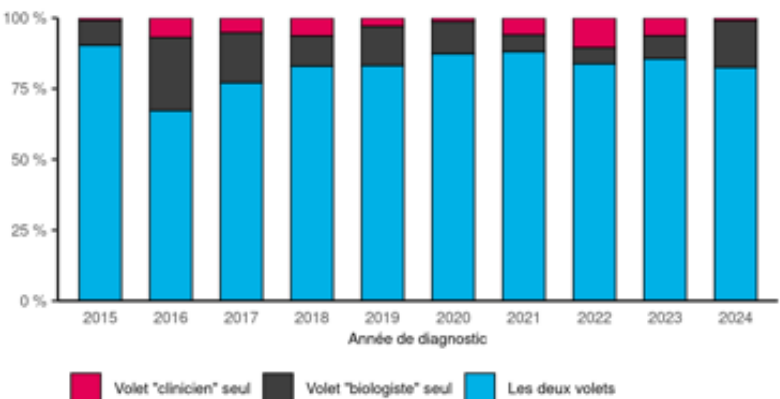
Source : LaboVIH, données arrêtées au 30/06/2025 - Exploitation : Santé publique France

ÉVOLUTION DE L'EXHAUSTIVITÉ DE LA DÉCLARATION OBLIGATOIRE VIH ENTRE 2015 ET 2024



Source : SO VIH, extraction e-DO le 30/06/2025, données corrigées pour la sous-déclaration, les données manquantes et les délais de déclaration - Exploitation : Santé publique France

ÉVOLUTION DE LA RÉPARTITION DES DÉCOUVERTES DE SÉROPOSITIVITÉ VIH SELON L'ENVOI DES VOULETS « BIOLOGISTE » ET « CLINICIEN » ENTRE 2015 ET 2024



Source : SO VIH, extraction e-DO le 30/06/2025, données brutes - Exploitation : Santé publique France

E-DO VIH/SIDA, qui doit déclarer ?

Biologistes et cliniciens doivent déclarer l'ensemble des cas diagnostiqués via l'application www.e-DO.fr. L'application permet de saisir et d'envoyer directement les déclarations aux autorités sanitaires.

- Tout biologiste qui diagnostique une infection au VIH doit déclarer ce cas via le formulaire dédié (même si la personne a pu être diagnostiquée auparavant dans un autre laboratoire)

ET

- Tout clinicien qui a prescrit une sérologie VIH s'étant avérée positive, qui a pris en charge une personne ayant récemment découvert sa séropositivité, qui constate le décès d'une personne séropositive pour le VIH, ou qui diagnostique un sida chez un patient, que celui-ci soit déjà connu séropositif ou non, doit déclarer ce cas via le formulaire dédié.

Chaque co-déclarant (clinicien et biologiste) fait une déclaration de manière indépendante dans l'application.

En cas de difficultés, vous pouvez contacter e-DO Info Service au 0 809 100 003 ou Santé publique France : dmi-vih@santepubliquefrance.fr

Dépistage des infections à VIH

Une amélioration progressive du taux de dépistage

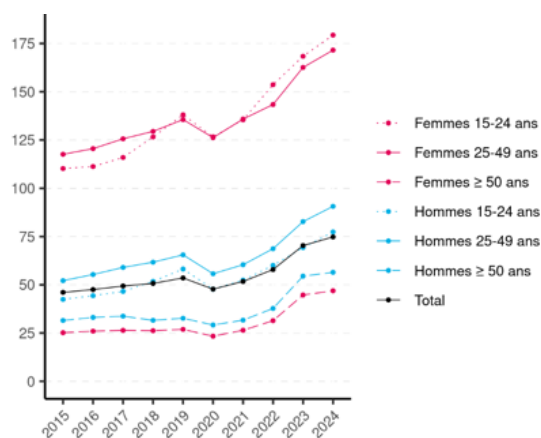
Les données de remboursement de l'Assurance Maladie sont présentées dans l'annexe 1 du Bulletin national de Santé publique France.

En 2024, le taux de dépistage (personnes dépistées au moins une fois dans l'année pour 1 000 habitants) était en Normandie de 74,8 avec une disparité infrarégionale : le plus fort taux de dépistage se trouve dans l'Eure (81,3 pour 1000 habitants) tandis qu'il est le plus faible dans l'Orne (53,5 pour 1 000 habitants).

L'analyse par sexe et classe d'âge (voir graphique ci-contre) a révélé que :

- Les femmes de 15 à 49 ans enregistrent les taux de dépistage les plus élevés, avec une hausse depuis 2020 ;
- Les hommes, toutes classes d'âges confondues présentent des taux de dépistage plus faibles, mais en augmentation depuis 2020 également ;
- Les personnes de 50 ans et plus, hommes et femmes confondues, présentent les taux de dépistage les plus faibles.

ÉVOLUTION DU TAUX DE DÉPISTAGE DES INFECTIONS À VIH SELON LE SEXE ET CLASSE D'ÂGE ENTRE 2015 ET 2024



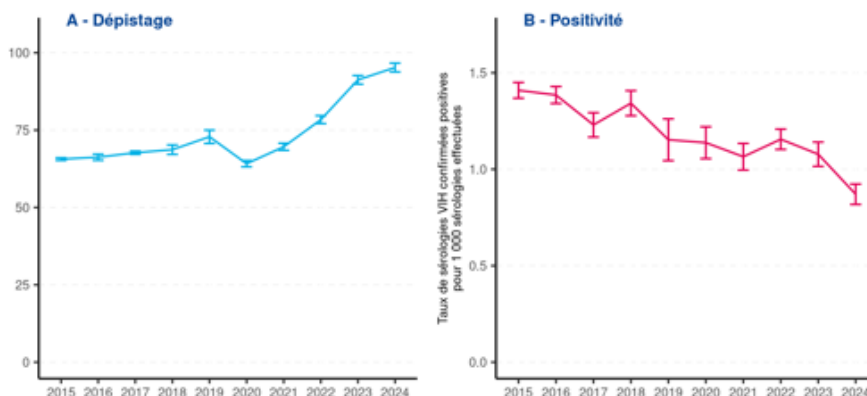
taux de personnes dépistées pour 1 000 habitants

Source : Assurance maladie, extraction du SNDS le 02/09/2024 -

Exploitation : Santé publique France. Données de l'enquête déclarative des sérologies VIH (LaboVIH).

Une forte hausse du taux de dépistage est relevée depuis 2020 à partir des données de LaboVIH (voir graphiques ci-dessous). Cette observation est cohérente avec l'analyse des données du SNDS.

ÉVOLUTION DU TAUX DE SÉROLOGIES VIH EFFECTUÉES POUR 1 000 HABITANTS (A) ET TAUX DE SÉROLOGIES VIH CONFIRMÉES POSITIVES POUR 1 000 SÉROLOGIES EFFECTUÉES (B) ENTRE 2015 ET 2024



Note : L'intervalle de confiance à 95 % est représenté sur les courbes.

Source : LaboVIH, données arrêtées au 19/09/2024 - Exploitation : Santé publique France.

Un dispositif VIHTest puis Mon Test IST bien implanté depuis 2022

Le dispositif VIHTest, permettant la réalisation de sérologies VIH sans ordonnance, a été mis en place en 2022. En septembre 2024, il a été remplacé par Mon Test IST, incluant désormais les dépistages de la gonorrhée, de la chlamydie, de la syphilis et de l'hépatite B.

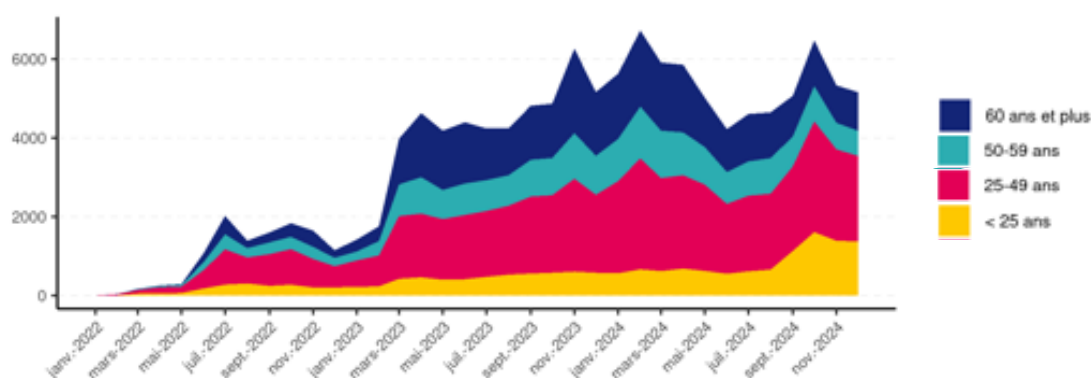
Le recours à Mon Test IST est en augmentation pour l'ensemble des classes d'âges (voir graphique ci-dessous).

Une montée en charge du dispositif a été observée jusqu'en mars 2023, puis la progression a été plus lente, ponctuée par des pics de recours.

Une offre de dépistage complétée par les TROD et autotests

D'autres données de dépistage sont disponibles grâce à une offre diversifiée, en particulier les autotests. Environ 4 250 autotests VIH ont été vendus en 2024 par les pharmacies, incluant les ventes en ligne. Les données concernant les autotests distribués par les associations communautaires n'étaient pas encore disponibles.

ÉVOLUTION MENSUELLE DU NOMBRE DE VIHTESTS RÉALISÉS SELON L'ÂGE DES BÉNÉFICIAIRES ENTRE 2022 ET 2024



Source : VIH test, Mon test IST - Exploitation : Santé publique France

Dépistage par TROD (test rapide d'orientation diagnostique)

De nombreuses personnes porteuses du VIH ou des infections par les virus de l'hépatite C (VHC) ou de l'hépatite B (VHB) ou porteuses de la syphilis ne connaissent pas leur statut sérologique (épidémie cachée) et sont dépistées à un stade avancé de l'infection.

Les TROD permettent de dépister rapidement les infections par les virus du VIH, des hépatites B et C, ainsi que la syphilis (bactérie *Treponema pallidum*). Réalisés via une simple piqûre au bout du doigt, ils constituent une offre de dépistage complémentaire aux examens biologiques classiques. En effet, un TROD peut être proposé dans un cadre médicalisé ou non, à des personnes éloignées, pour des raisons géographiques ou sociales, des offres de dépistages classiques. Un TROD positif doit par la suite être confirmé par un examen de biologie classique et redirigé vers un centre de soins pour traitement et prise en soins.

Le public cible :

Les TROD n'ont pas d'indication en population générale pour le dépistage des infections VIH, VHC, VHB et syphilis. Ils doivent être proposés aux personnes les plus à risque de contamination.

À titre d'exemple (liste non exhaustive) :

- Les personnes consommant ou ayant consommé des substances psychoactives ;
- Les personnes originaires d'une zone de forte prévalence de ces infections ;
- Les personnes détenues ;
- Les personnes vivant avec le VIH et leurs partenaires ;
- Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ;
- Les personnes en situation de prostitution / travailleuses-eurs du sexe ;

- Les personnes trans ;
- Personnes hétérosexuelles ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois ;
- Les personnes ayant au moins un autre facteur de risque (situation de précarité, pratiques sexuelles traumatiques, réalisation d'un tatouage ou d'un piercing...) ;
- Populations réticentes à réaliser des dépistages en milieu médical.

Différents types de structures peuvent demander une autorisation à l'ARS pour la réalisation des TROD VIH 1 et 2, VHC, VHB et Syphilis :

Les établissements ou services médico-sociaux : les Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue (CAARUD), les Appartements de coordination thérapeutique (ACT), les lits halte soins santé (LHSS) et les lits d'accueil médicalisés (LAM).

Les Centres de santé sexuelle (CSS) et les Espaces Vie affective, relationnelle et sexuelle (EVARS).

Les structures associatives devront quant à elles conclure une convention d'habilitation avec l'ARS pour la réalisation des TROD. Les professionnels de santé et les CeGIDD peuvent également réaliser des TROD.

Tests rapides d'orientation diagnostique par le virus de l'immunodéficience humaine, de l'hépatite C, de l'hépatite B et TROD Syphilis | Agence régionale de santé Normandie

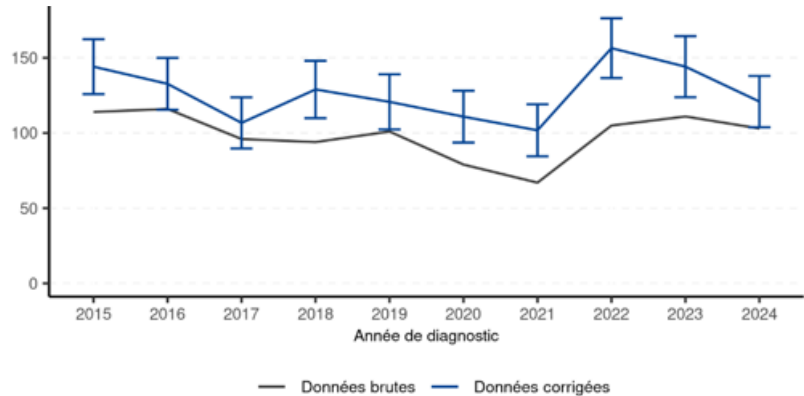
Découvertes de séropositivité VIH

Les données du VIH sont corrigées selon des méthodes statistiques présentées dans l'annexe 2 du Bulletin national de Santé publique France.

Un nombre de découvertes de séropositivité relativement stable en Normandie depuis 2015

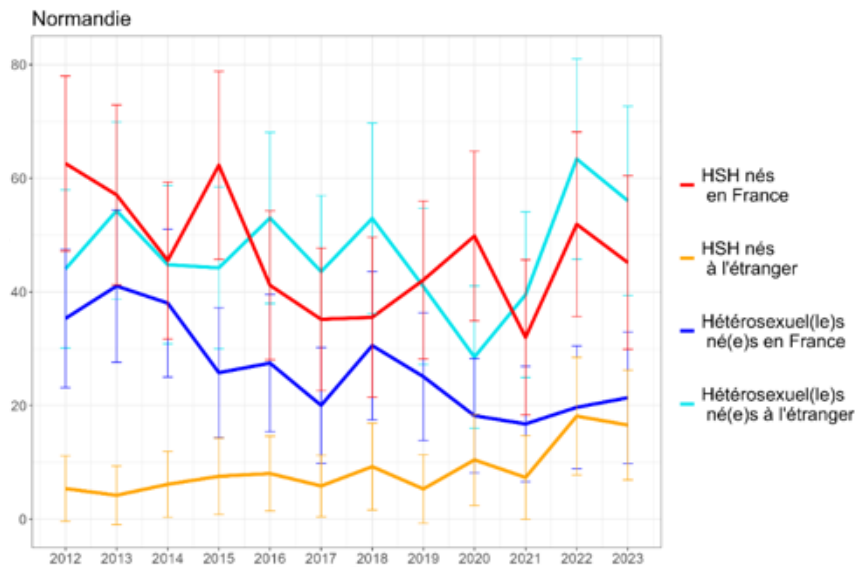
Le nombre de découvertes de séropositivité au VIH, corrigé pour la sous-déclaration, les données manquantes et les délais de déclaration en Normandie, est de 121 en 2024 (voir graphique ci-dessous). Il est resté globalement stable depuis 2017, en dehors de la période pandémique.

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE DÉCOUVERTES DE SÉROPOSITIVITÉ VIH, AVEC OU SANS CORRECTION POUR LA SOUS-DÉCLARATION, ENTRE 2015 ET 2024



Note : L'intervalle de confiance à 95 % est représenté sur la courbe corrigée.
Source : SO VIH, extraction e-DO le 30/06/2025, données corrigées pour la sous-déclaration, les données manquantes et les délais de déclaration - Exploitation : Santé publique France

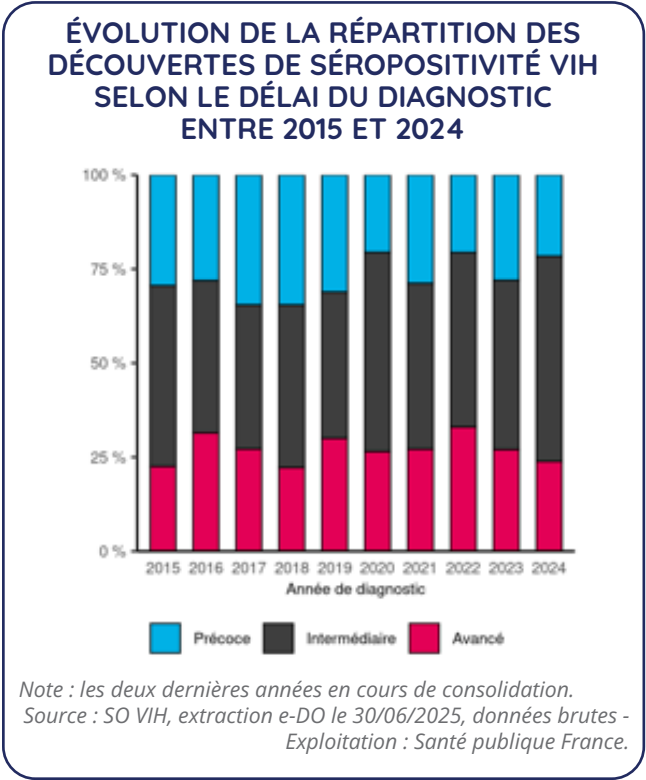
ÉVOLUTION DU NOMBRE DE DÉCOUVERTES DE SÉROPOSITIVITÉ VIH SELON LE MODE DE CONTAMINATION ET LA RÉGION DE NAISSANCE ENTRE 2012 ET 2023



Note : L'intervalle de confiance à 95 % est représenté sur les courbes.
Source : SO VIH, extraction e-DO le 30/06/2025, données corrigées pour la sous-déclaration, les données manquantes et les délais de déclaration - Exploitation : Santé publique France

Une part des découvertes de séropositivité à un stade encore trop tardif

Les indicateurs de délai de diagnostic indiquent que la plus grande partie (42 %) ont été identifiés à un stade intermédiaire. Seuls 20 % des diagnostics étaient précoces (voir graphique ci-dessous). La majorité des nouvelles découvertes de VIH concernent des hommes cis (72 %), âgés de 25 à 49 ans (73 %) et provenant principalement de France (40 %) puis d'Afrique subsaharienne (36 %). Une co-infection IST bactérienne est rapportée dans 18 % des cas (voir tableau ci-contre).



RÉPARTITION DES DÉCOUVERTES DE SÉROPOSITIVITÉ VIH SELON LE DÉLAI DU DIAGNOSTIC EN 2024

	Normandie N=103 (données brutes)	France hexagonale hors IdF N=2 006 (données brutes)
Genre		
Femmes cis	27 %	31 %
Hommes cis	73 %	68 %
Personnes trans	0 %	2 %
Classe d'âge (%)		
Moins de 25 ans	14 %	14 %
25-49 ans	73 %	63 %
50 ans et plus	14 %	23 %
Pays de naissance (%)		
France	53 %	50 %
Afrique sub-saharienne	35 %	35 %
Autre	12 %	15 %
Mode de contamination (%)		
Rapports sexuels entre hommes	54 %	45 %
Rapports hétérosexuels	45 %	50 %
Autre	1 %	4 %
Indicateur de délai de diagnostic (%)		
Précoce	22 %	28 %
Intermédiaire	55 %	48 %
Avancé	24 %	25 %
Co-infection IST bactérienne (%) #		
Oui	26 %	25 %
Non	74 %	75 %

Source : SO VIH, données brutes
Exploitation : Santé publique France.

Estimations de l'incidence du VIH et d'autres indicateurs clés

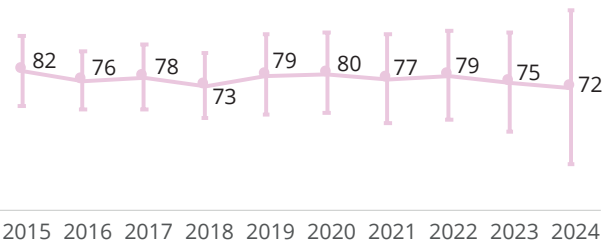
Les données du VIH sont corrigées selon des méthodes statistiques présentées dans l'annexe 2 du Bulletin national de Santé publique France.

Pour estimer l'incidence (le nombre de nouvelles contaminations à VIH) par région, il est d'abord nécessaire d'estimer la part des personnes nées à l'étranger qui ont été contaminées en France. Ainsi, parmi les personnes nées à l'étranger ayant découvert leur séropositivité dans la région en 2024, on estime que 32 % (IC95 % : [18-50] %) d'entre elles ont été contaminées en France. Les mouvements des personnes entre les différentes régions en France n'ont pas été pris en compte.

Une considération des délais entre la contamination et le diagnostic est également nécessaire pour estimer l'incidence. Dans la région, on estime que le délai médian entre la contamination et le diagnostic est de 1,9 an pour toutes les personnes diagnostiquées en 2024, sans considération du lieu de contamination. Parmi les personnes migrantes méconnaissant leur séropositivité à l'arrivée en France et diagnostiquées en 2024 dans la région, le délai médian entre l'arrivée et le diagnostic est de 0,5 an.

À partir de ces estimations, sont ensuite produites les estimations du nombre de nouvelles contaminations chaque année entre 2012 et 2024 et de la taille de la population non-diagnostiquée en Normandie fin 2024. Seules les données des dix dernières années sont présentées ici.

ÉVOLUTION DE L'ESTIMATION DE L'INCIDENCE DU VIH ENTRE 2015 ET 2024

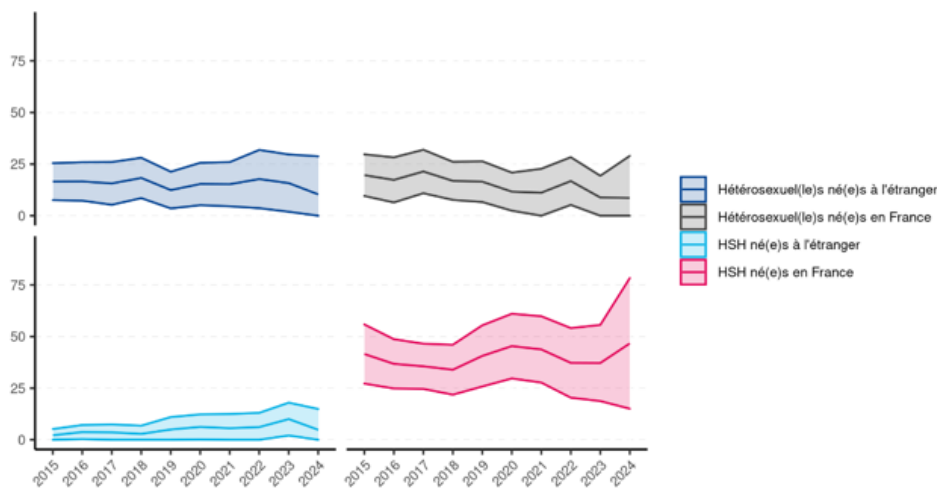


Point de vigilance : l'estimation de l'incidence en 2024 est à considérer avec précaution dans la mesure où une grande partie des cas contaminés en 2024 seront diagnostiqués les années suivantes.

Note : L'intervalle de confiance à 95 % est représenté sur les courbes.

Source : SO VIH, extraction e-DO le 30/06/2025, données brutes - Exploitation : Santé publique France

ÉVOLUTION DE L'ESTIMATION DE L'INCIDENCE DU VIH ENTRE 2015 ET 2024

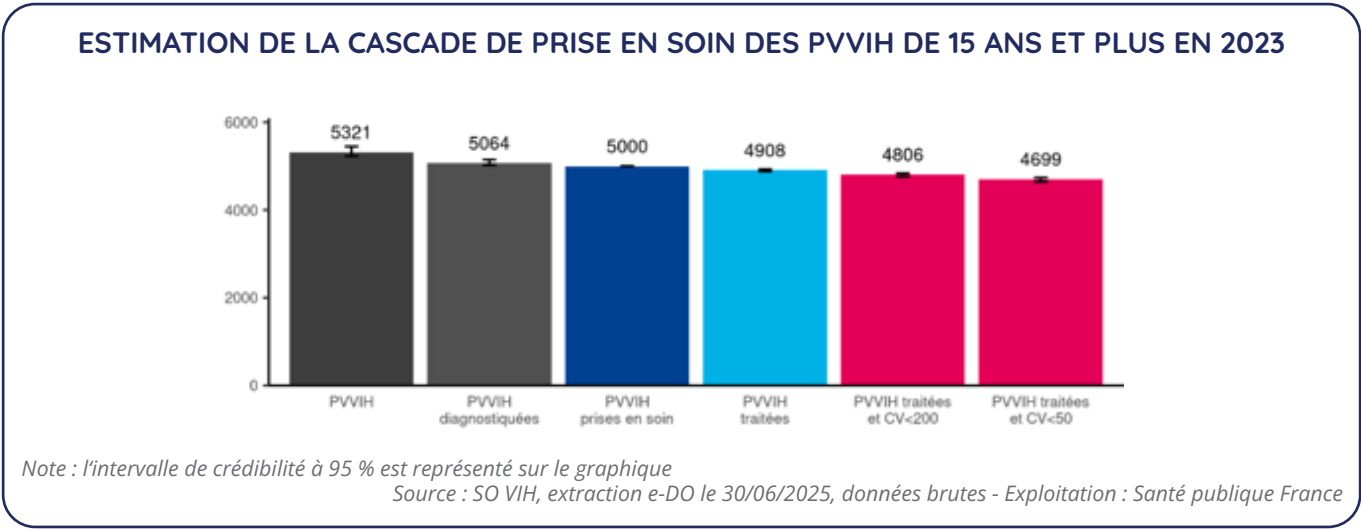


Note : L'intervalle de confiance à 95 % est représenté sur les courbes.

Source : SO VIH, extraction e-DO le 30/06/2025, données brutes - Exploitation : Santé publique France

Estimation de la cascade de prise en soin en 2023

Parmi la population des PVVIH de 15 ans et plus vivant en Normandie en 2023, estimée à 5 321 individus, la proportion de personnes diagnostiquées est de 95,2 % (94,0 % - 96,5 %). Les personnes traitées par ARV représentent 96,9 % (95,2 % - 97,8 %) des personnes diagnostiquées. Parmi ces personnes traitées, la proportion de celles dont la charge virale est indétectable est de 97,9 % (97,3 % - 98,4 %) pour un seuil de charge virale inférieure à 200/mm³ et de 95,7 % (94,9 % - 96,4 %) pour un seuil de charge virale inférieure à 50/mm³ (voir graphique ci-dessous).



Diagnostics de sida

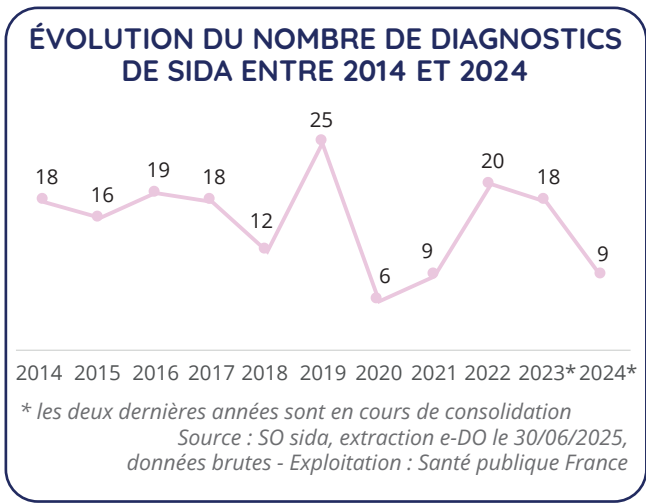
Le fonctionnement du signalement obligatoire (SO) sida est décrit dans l'annexe 1 du Bulletin national de Santé publique France.

Le nombre de diagnostics de sida en Normandie en 2024 est de 9. Ce nombre était en hausse en 2022, mais est de nouveau en baisse depuis, probablement en raison d'un rattrapage post-COVID (voir graphique ci-contre).

En 2024, les hommes cis représentaient 3 cas sur 9 de SIDA, les 25-49 ans 6 cas sur 9 et les plus de 50 ans 3 cas sur 9.

La source principale de contamination était les rapports hétérosexuels (7/9 cas).

Dans 8 cas sur 9, la séropositivité n'était pas connue avant le stade SIDA et aucun n'avait bénéficié d'un traitement anti rétroviral avant le diagnostic de SIDA.



Activités des CEGIDD de Normandie en 2025

L'analyse de l'épidémie du VIH en Normandie repose sur les données issues du logiciel Nadis®. Les données de dépistage en CeGIDD, enregistrées dans le logiciel SSP®, ne reflètent quant à elles que le nombre de tests réalisés et les cas de VIH détectés au sein de ces centres, et qui représentent qu'un point de détection minoritaire dans la région.

En effet, la majorité des nouveaux diagnostics VIH sont établis en médecine de ville ou dans d'autres services spécialisés. Les données Nadis® intègrent ainsi les cas issus de SSP®, alors que la réciproque n'est pas vraie. Les données disponibles dans Nadis® couvrent la période jusqu'en 2024 puisque celles pour l'année 2025 sont actuellement incomplètes et en cours de saisie ; elles ne sont donc pas intégrées aux analyses présentées ici.

Dans la section suivante, nous présentons les données issues du logiciel SSP®, couvrant la période jusqu'en 2025, centrée exclusivement sur les cas de VIH détectés au sein des CeGIDD de Normandie. L'ensemble des analyses ultérieures pour la Normandie repose sur les données Nadis®.

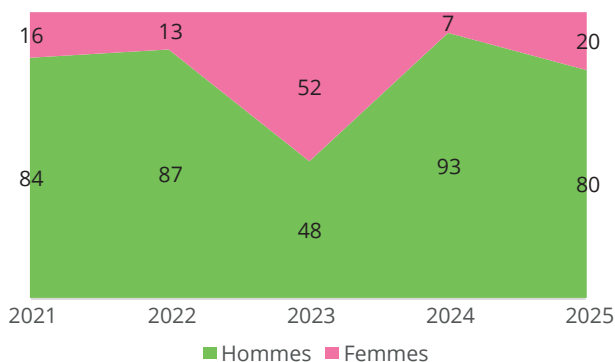
80 nouveaux VIH+ détectés en 2024

Dépistage VIH dans les CeGIDD (2021-2025)

En 2025, le taux de positivité au VIH au sein des CeGIDD de Normandie s'établit à 0,2 %, un niveau stable depuis 2022-2023 après un minimum en 2024 (0,1 %). Ce taux reste nettement supérieur au taux observé dans les laboratoires de ville en France (0,13 %).

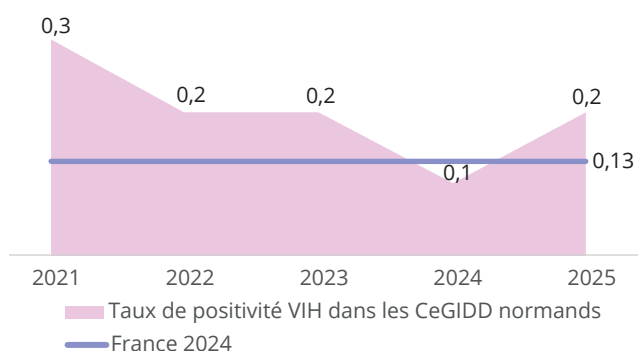
ÉVOLUTION DE LA SURVEILLANCE VIH DANS LES CEGIDD ENTRE 2021 ET 2025

SEX-RATIO PARMI LES VIH DÉTECTÉES



pour 100 personnes dépistées

TAUX DE POSITIVITÉ VIH



Source : Registres CeGIDD Normandie – Exploitation : CoReSS Normandie

Contexte national : Santé publique France 2024

À l'échelle nationale, 8,48 millions de sérologies VIH ont été réalisées en 2024 (+13 % par rapport à 2023, +41 % par rapport à 2021), soit 124 tests pour 1 000 habitants. Le nombre de sérologies confirmées positives est estimé à 11 178. Environ 5 100 personnes ont découvert leur séropositivité en 2024, marquant une stabilisation après la recrudescence observée entre 2020 et 2023.

Le délai médian entre contamination et diagnostic était de 1,7 an en 2024 (Q1=0,5 an, Q3=4,5 ans), avec des disparités selon les populations : 0,9 an pour les HSH nés en France contre 2,9 ans pour les hommes hétérosexuels nés à l'étranger et 2,6 ans pour les usagers de drogues injectables.

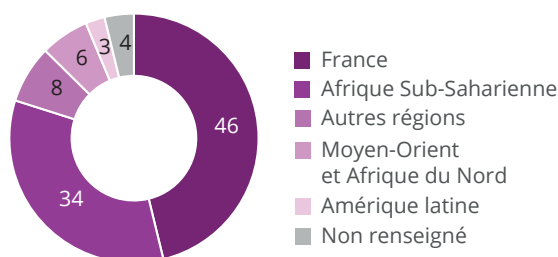
Nouveaux diagnostics VIH en Normandie (2024)

En 2024, 80 nouveaux diagnostics VIH ont été identifiés en Normandie.

Les personnes d'origine française représentent 46,2 % des nouveaux diagnostics, suivies des personnes originaires d'Afrique subsaharienne (33,7 %), du Moyen-Orient et d'Afrique du Nord (6,3 %). La surreprésentation des personnes originaires d'Afrique subsaharienne - qui constituent environ 8 % de la population normande estimée tout en représentant 33,7 % des nouveaux diagnostics - confirme les données nationales.

La distribution est bimodale avec un pic chez les 30-39 ans (35 %, N=28) et une représentation significative des 15-29 ans (27,5 %, N=22).

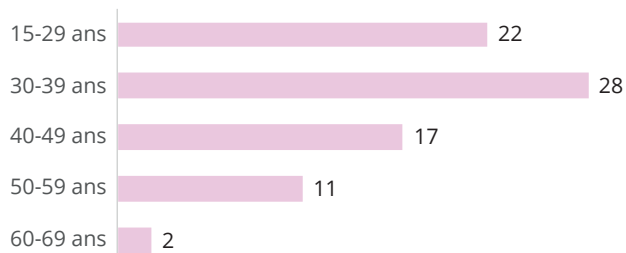
ORIGINE GÉOGRAPHIQUE DES NOUVEAUX DIAGNOSTICS DANS LES CEGIDD EN 2024



pour 100 nouveaux diagnostics

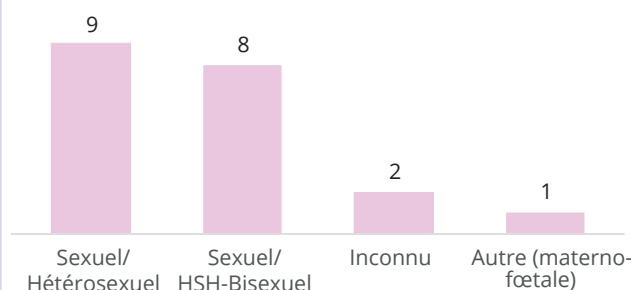
Source : Registres CeGIDD Normandie –
Exploitation : CoReSS Normandie

RÉPARTITION DU NOMBRE DE NOUVEAUX DIAGNOSTICS VIH SELON LA CLASSE D'ÂGE DANS LES CEGIDD EN 2024



Source : Registre Nadis Normandie –
Exploitation : CoReSS Normandie

RÉPARTITION DES MODES DE CONTAMINATION PARMI LES 20 DÉPISTÉS TARDIVEMENT DANS LES CEGIDD EN 2024



Source : Registre Nadis Normandie –
Exploitation : CoReSS Normandie

Dépistage tardif : l'épidémie cachée

Parmi les 80 nouveaux diagnostics VIH de 2024, 20 patients (25 %) ont été dépistés tardivement (CD4 < 200 cellules/mm³ et/ou stade SIDA). Ce résultat reste préoccupant : 1 nouveau patient sur 4 arrive avec une immunodépression sévère, témoignant de la persistance d'un retard au dépistage dans la région.

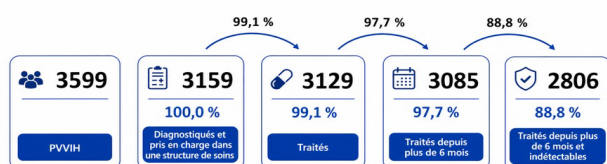
Analyse stratifiée des dépistages tardifs

Chez les 14 hommes dépistés tardivement : 8 HSH/bisexuels (57 %), 4 hétérosexuels (29 %), 2 inconnus. Chez les 6 femmes dépistées tardivement : 5 hétérosexuelles (83 %), 1 contamination materno-fœtale. Les tranches d'âge 30-39 ans et 40-49 ans concentrent la majorité des diagnostics tardifs.

File active régionale : cascade de soins

La file active régionale compte 3 159 patients suivis pour le VIH. L'analyse de la cascade de soins démontre des performances remarquables sur les piliers 2 et 3 des objectifs OMS 95-95-95 (chiffres clés ci-contre). Le taux de traitement antirétroviraux (ARV) de 99,1 % (3 129/3 159) dépasse largement l'objectif OMS de 95 %. La suppression virologique atteint 88,8 % sur l'ensemble des patients (2 806 patients ont une charge virale (CV) ≤ 50 cop/mL sur 3 129 traités). Parmi les patients avec CV connue, le taux de suppression est de 95,0 %, atteignant exactement l'objectif OMS 95 %. Le CD4 médian au dernier suivi est de 690 cellules/mm³ (IQR : 500-921), contre 354 cellules/mm³ au dépistage, soit un gain médian de +336 cellules/mm³.

CASCADE DE SOINS VIH EN NORMANDIE



Source : Registres Nadis Normandie –
Exploitation : CoReSS Normandie

3 159 patients suivis (file active)

99,1 % sous ARV
objectif OMS 95% atteint

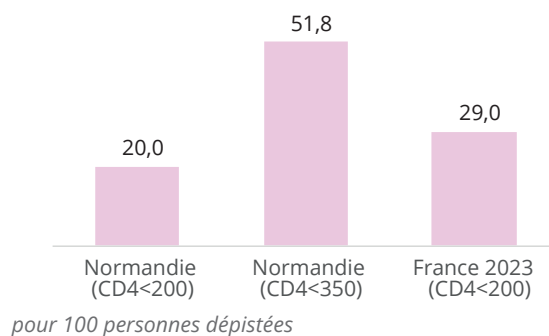
88,8 % CV ≤ 50 cp/mL
(sur CV connue)

690 CD4 médian dernier suivi (/mm³)

Note sur l'épidémie cachée régionale

Selon les données ARS Normandie 2023, environ 430 personnes vivent avec le VIH en Normandie sans connaître leur statut sérologique. Ce réservoir invisible alimente la transmission et justifie le maintien d'une politique de dépistage systématique et opportuniste intensifiée.

TAUX DE DÉPISTAGE TARDIF EN NORMANDIE ET EN FRANCE



Source : Registres Nadis Normandie –
Exploitation : CoReSS Normandie

Prophylaxie pré-exposition (PrEP)

La Prophylaxie Pré-Exposition (PrEP) est un outil de prévention du VIH.

Elle s'intègre dans une prévention combinée (utilisation des préservatifs, dépistages réguliers du VIH et des autres IST, TASP les personnes séropositives traitées avec charge virale négative ne transmettent pas le virus, TPE traitement post exposition dans les 48h d'une prise de risque, prévention vaccinale des hépatites virale, HPV et Mpox et l'utilisation de matériel à usage unique).

Elle s'adresse aux personnes qui n'ont pas le VIH mais qui sont exposées au virus et consiste à prendre un traitement antirétroviral afin d'éviter une contamination. Il doit être prescrit par un médecin et nécessite un suivi régulier avec dépistage des IST tous les 3 mois. L'accès à la PrEP est possible en prenant rendez-vous auprès d'un médecin généraliste ou spécialiste (depuis 2022), dans un Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic du VIH, des hépatites virales et autres IST (CeGIDD) ou bien encore dans un service hospitalier spécialisé dans la prise en charge du VIH.

2 335 consultations PrEP en 2025

Sur la base des recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et de la stratégie nationale santé sexuelle, la PrEP s'adresse en priorité aux publics exposés à des risques majorés d'acquisition du VIH :

- Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes ;
- Les personnes trans ayant des relations sexuelles avec des hommes ;
- Les travailleurs·euses du sexe ;
- Les personnes originaires d'Afrique subsaharienne ou d'autres régions du monde à forte prévalence (ex : Guyane) et en particulier les femmes en situation de précarité ;
- Les usagers·ères de drogues par voie intraveineuse avec partage de seringue ;
- Les personnes hommes ou femmes ayant des partenaires multiples.

94 % des utilisateurs sont des hommes, essentiellement des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH). Le recours à la PrEP reste insuffisant, y compris au sein de ce public. Près de la moitié des HSH pour lesquels elle serait indiquée ne l'utilisent pas, en particulier les plus jeunes. Témoignant d'inégalités d'accès marquées, la PrEP demeure méconnue et très peu utilisée au sein d'autres populations particulièrement exposées au VIH : femmes migrantes d'Afrique subsaharienne, HSH migrants, travailleurs et travailleuses du sexe, personnes trans, en situation de précarité ou éloignées des grands centres urbains.

Le Truvada® ou ses génériques (emtricitabine/tenofovir disoproxil) sont des médicaments antirétroviraux pris par voie orale et utilisés dans la prophylaxie Pré-Exposition au VIH.

La PrEP injectable, APTRETUDE (CABOTEGRAVIR) qui a une autorisation de mise sur le marché depuis février 2026, est une alternative à la PrEP orale.

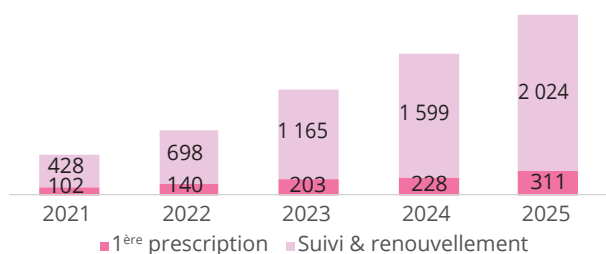
La PrEP orale et la PrEP injectable sont prises en charge à 100 % pour l'Assurance Maladie.

Dynamique globale de la PrEP

La PrEP connaît une expansion importante en Normandie sur la période 2021-2025, avec un taux de croissance annuel moyen (TCAM) de +44,9 %. Le nombre total de consultations PrEP est passé de 530 en 2021 à 2 335 en 2025, soit une multiplication par 4,4 en 5 ans. Cette croissance traduit à la fois l'augmentation du nombre de personnes nouvellement initiées à la PrEP et le suivi au long cours des cohortes constituées.

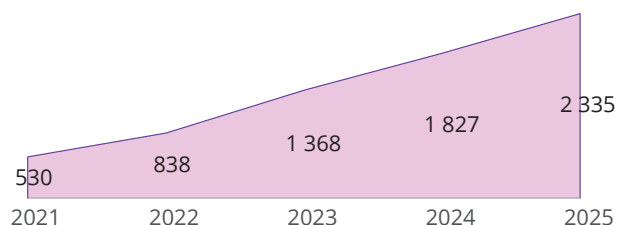
Les premières prescriptions progressent de 102 en 2021 à 311 en 2025 (+205 %), confirmant l'attractivité croissante de la PrEP et l'amélioration de son accessibilité, renforcée par l'extension de la prescription aux médecins de ville depuis juin 2021. Le suivi et renouvellement représente la majorité des consultations (2 024 en 2025), témoignant de la fidélisation des usagers et de la qualité du suivi. En comparaison nationale, Santé publique France estimait à environ 55 000 le nombre d'utilisateurs de la PrEP en France en 2023, soit une prévalence nationale de ~80/100 000 habitants. En Normandie, la région reste en-dessous de cette moyenne, suggérant un potentiel d'expansion important notamment la nécessité de développer l'offre dans les zones rurales, et en direction des femmes, publics précaires ou éloignés du système de santé.

ÉVOLUTION DES CONSULTATIONS PREP PAR TYPE EN CEGIDD ENTRE 2021 ET 2025



Source : Registres CeGIDD Normandie –
Exploitation : CoReSS Normandie

TENDANCE GLOBALE DES CONSULTATIONS PREP EN CEGIDD ENTRE 2021 ET 2025 (TAUX DE CROISSANCE ANNUEL MOYEN : +44,9 %/AN)



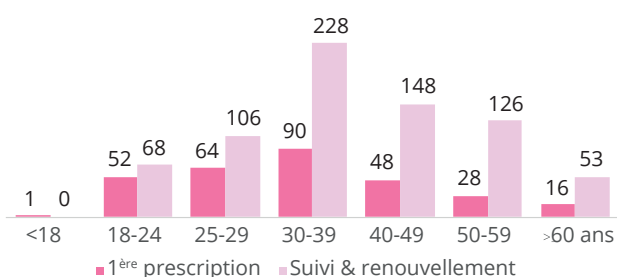
Source : Registres CeGIDD Normandie –
Exploitation : CoReSS Normandie

Profil des utilisateurs de PrEP

Le profil des utilisateurs de PrEP en Normandie en 2025 est caractérisé par une forte prédominance masculine (92 %), avec seulement 5 % de femmes et 1 % de personnes trans.

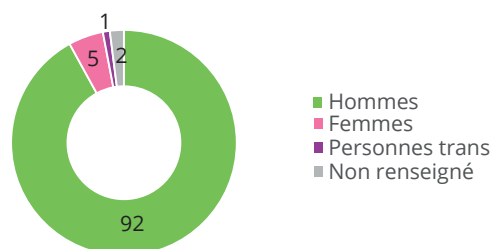
La distribution par âge montre que les premières prescriptions sont majoritairement concentrées chez les 30-39 ans (n=90) et les 25-29 ans (n=64). Le suivi et renouvellement est dominé par la tranche d'âge 30-39 ans (n=228), suivie des 40-49 ans (n=148) et des 50-59 ans (n=126). La tranche 18-24 ans représente 52 premières prescriptions, indiquant une adhésion encore limitée chez les très jeunes adultes malgré les recommandations de dépistage systématique dès 18 ans.

RÉPARTITION DES CONSULTATIONS PREP PAR TRANCHE D'ÂGE SELON LE TYPE EN CEGIDD EN 2025



Source : Registres CeGIDD Normandie –
Exploitation : CoReSS Normandie

SEX RATIO DES CONSULTATIONS PREP EN CEGIDD EN 2025



Source : Registres CeGIDD Normandie –
Exploitation : CoReSS Normandie

Zoom sur le contexte mondial de la Prep

La PrEP orale Truvada® (TDF/FTC), disponible en France depuis 2016 et remboursée depuis 2017, a constitué une avancée majeure dans la prévention du VIH. Initialement réservée aux établissements hospitaliers, sa prescription a été étendue aux médecins de ville en juin 2021. En 2025, elle est disponible dans 145 pays selon PrEPWatch.

Depuis mars 2026, la PrEP injectable à longue durée d'action - le cabotégravir (CAB-LA), administré toutes les huit semaines - est désormais accessible en France. Elle s'adresse prioritairement aux personnes pour lesquelles l'observance quotidienne d'un traitement oral est difficile. Les essais cliniques menés par le « HIV Prevention Trials Network (HPTN) » ont démontré une efficacité supérieure du cabotégravir injectable (CAB-LA, Apretude®) par rapport à la PrEP orale, notamment chez les populations précaires et les personnes présentant des difficultés d'adhésion, faisant du CAB-LA un outil stratégique pour atteindre les publics les moins couverts par les dispositifs existants.

Zoom sur les données issues de l'étude EPI-PHARE sur

Depuis 2017, Epi-Phare publie le rapport annuel sur l'utilisation de la PrEP avec le détail des données régionales et départementales par semestre.

En 2024 en Normandie, 588 personnes ont initié un traitement par Truvada® ou génériques pour une PrEP. Depuis 2016, le nombre de traitements initiés pour une PrEP est en constante augmentation.

Pour 323 personnes (55 %), le traitement a été initié en ville et pour 260 personnes (44 %), le traitement a été initié en hôpital ou en CeGIDD.

NOMBRE DE PERSONNES AYANT INITIÉ UN TRAITEMENT PAR TRUVADA® OU GÉNÉRIQUES POUR UNE PREP SELON LE DÉPARTEMENT DE RÉSIDENCE ENTRE 2016 ET 2024

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Normandie	62	111	178	215	247	382	489	544	588
14 - Calvados	13	20	37	42	45	89	111	143	131
27 - Eure	14	24	23	32	46	45	74	88	82
50 - Manche	<10	<10	20	17	26	37	64	58	78
61 - Orne	<10	<10	13	13	13	18	34	30	25
75 - Seine-Maritime	27	51	85	111	117	193	206	225	272

Source : Epi-Phare – Exploitation : CoReSS Normandie

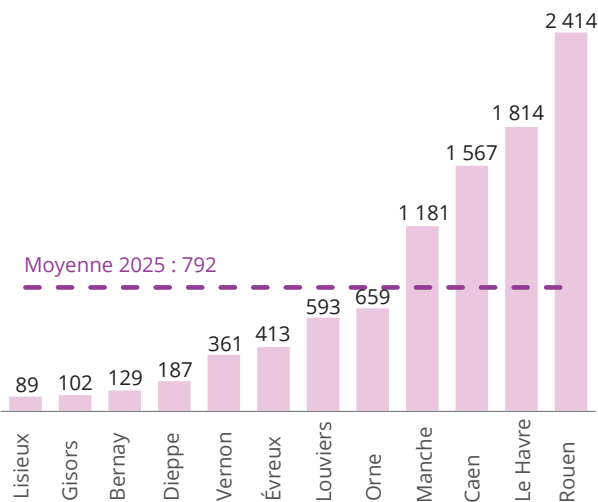
Description de la file active CeGIDD

Activité globale et répartition géographique

En 2025, les 18 sites CeGIDD de Normandie ont accueilli au total 9 520 personnes, soit une légère diminution de 8,8 % par rapport à l'année 2024 (n = 10 433 personnes). Cette valeur demeure néanmoins supérieure à la moyenne observée sur la période 2020-2024 établie à 9 324 personnes.

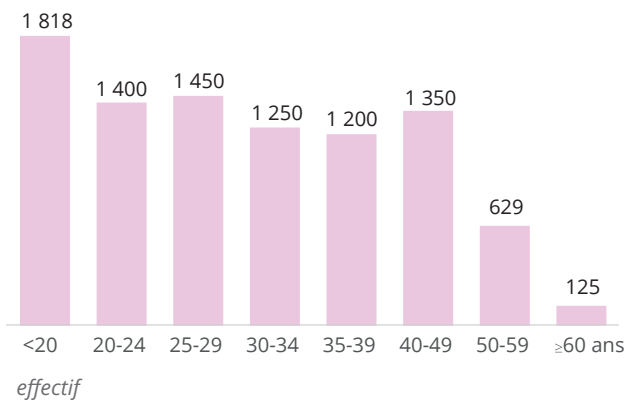
Le site de Rouen demeure le plus actif avec 2 414 consultations (25,4 % du total régional), suivi de Le Havre (1 814 consultations, 19,1 %) et de Caen (1 567 consultations, 16,5 %). Ces trois sites concentrent 61 % de l'activité régionale, reflétant la démographie et l'accessibilité de ces centres urbains. Les sites de taille intermédiaire (Manche, Elbeuf-Louviers, Orne) maintiennent une activité soutenue, essentiels à la couverture des territoires ruraux.

NOMBRE DE PERSONNES ACCUEILLIES
PAR SITE CEGIDD EN 2025



Source : Registres CeGIDD Normandie -
Exploitation : CoReSS Normandie

RÉPARTITION PAR CLASSE D'ÂGE
DES USAGERS CEGIDD NORMANDIE
EN 2025



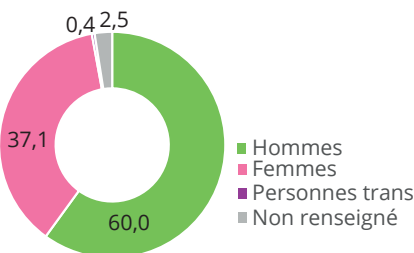
Source : Registres CeGIDD Normandie -
Exploitation : CoReSS Normandie

Profil sociodémographique des usagers

Les hommes représentent 59,9 % de la file active (5 708 personnes), les femmes 37,1 % (3 535 personnes), les personnes trans 0,4 % (36 personnes) et 2,5 % sont non documentées. Ce ratio homme/femme de 1,6 est stable par rapport aux années précédentes et proche des valeurs nationales observées dans les structures de dépistage spécialisées.

L'âge médian des usagers est de 26 ans (Q1=21 ans, Q3=36 ans). Cette population jeune est cohérente avec la mission de dépistage des CeGIDD. L'âge moyen est de 30 ans. On observe une tendance à l'augmentation des consultants de moins de 20 ans depuis 2020, soulignant l'attractivité croissante du dispositif auprès des mineurs.

RÉPARTITION PAR SEXE
DES USAGERS CEGIDD NORMANDIE
EN 2025



pour 100 usagers

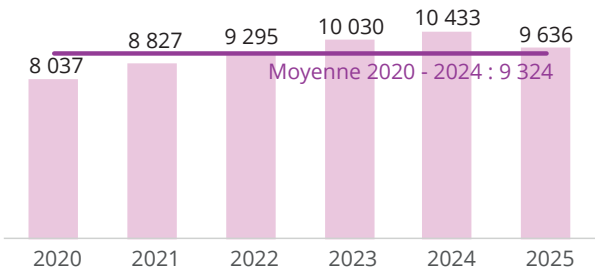
Source : Registres CeGIDD Normandie -
Exploitation : CoReSS Normandie

Évolution de la file active entre 2020 et 2025

L'analyse de la file active depuis 2020 permet d'identifier plusieurs dynamiques épidémiologiques significatives. L'activité 2025 marque un léger recul à 9 636 personnes, après une progression régulière entre 2020 (8 037 personnes) et 2024 (10 433 personnes). Cette valeur reste au-dessus de la moyenne historique 2020-2024 (9 324 personnes). Ce pic observé en 2024 puis la légère baisse en 2025 peuvent s'expliquer par la saturation des capacités d'accueil dans certains sites et l'orientation de certains profils vers d'autres structures (médecins de ville pour la PrEP notamment) — ainsi que le développement d'une offre de dépistage IST et VIH alternative (autotests, laboratoires de ville, dispositifs mobiles avec : « Mon test VIH », et « Mon test IST » pour les moins de 26 ans), susceptible de capter une partie de la demande habituellement adressée aux CeGIDD.

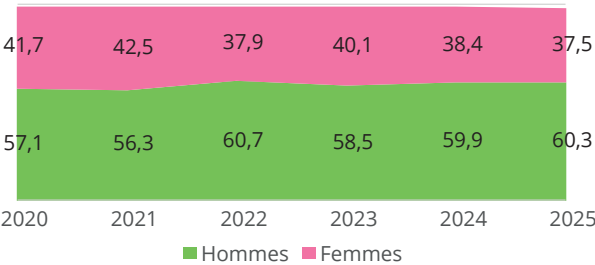
La répartition homme/femme est restée relativement stable sur l'ensemble de la période, avec une prédominance masculine constante oscillant entre 57 % et 61 %, tandis que la proportion de femmes se maintient entre 37 % et 43 %.

ÉVOLUTION DE LA FILE ACTIVE CEGIDD NORMANDIE ENTRE 2020 ET 2025



Source : Registres CeGIDD Normandie -
Exploitation : CoReSS Normandie

ÉVOLUTION DE LA RÉPARTITION HOMMES-FEMMES DANS LA FILE ACTIVE CEGIDD NORMANDIE ENTRE 2020 ET 2025



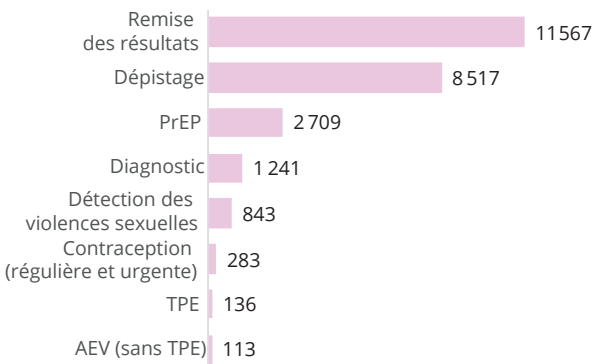
pour 100 usagers

Source : Registres CeGIDD Normandie -
Exploitation : CoReSS Normandie

Motifs de consultations médicales

En 2025, les consultations médicales au sein des CeGIDD normands montrent la remise des résultats comme premier motif avec 11 567 actes, suivie par le dépistage proprement dit (8 517 consultations) et les consultations PrEP (2 709 consultations). Il est important de noter que le nombre de consultations excède le nombre de personnes accueillies, plusieurs motifs pouvant être combinés lors d'une même visite.

RÉPARTITION DES MOTIFS DE CONSULTATIONS MÉDICALES CEGIDD NORMANDIE 2025



Source : Registres CeGIDD Normandie -
Exploitation : CoReSS Normandie

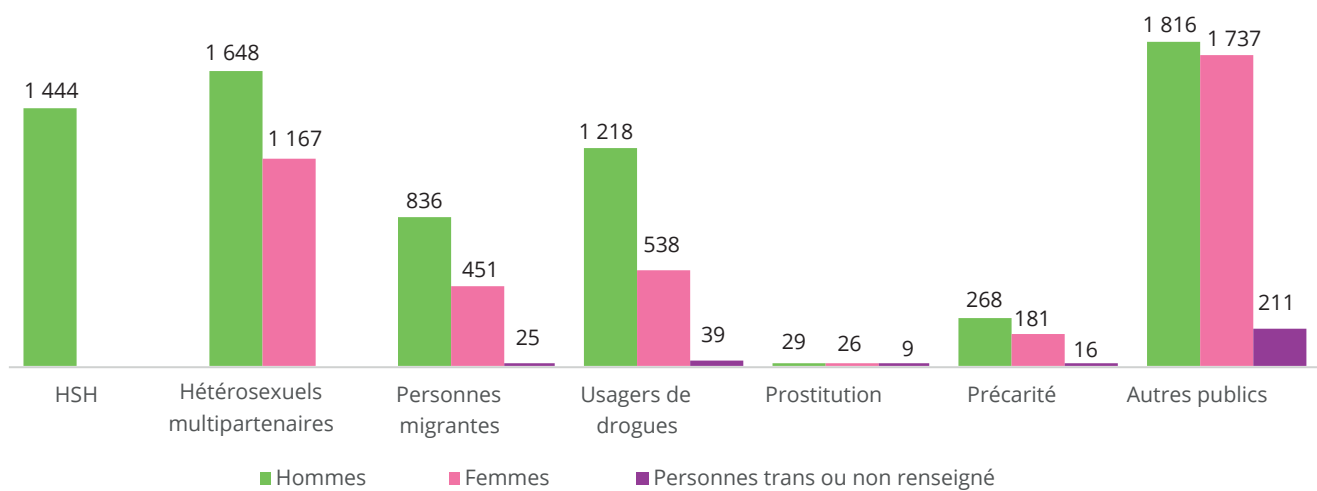
Public accueilli et facteurs de risques

L'analyse de la répartition du public accueilli selon les facteurs de risque et le sexe met en évidence la diversité des profils fréquentant les CeGIDD normands en 2025.

La catégorie « Autres publics » - regroupant les personnes ne déclarant pas de facteur de risque identifié - constitue le groupe le plus représenté (n = 3 764), avec une répartition quasi équilibrée entre hommes et femmes.

Parmi les profils à risque identifiés, les hétérosexuels multipartenaires (n = 2 815) et les usagers de drogues (n = 1 795) sont les plus fréquents, avec une prédominance masculine dans les deux catégories. Les personnes migrantes représentent 1 312 usagers. Les HSH (n = 1 444) bénéficient d'un suivi régulier et renforcé, notamment dans le cadre de la PrEP. Les personnes en situation de prostitution et de précarité restent minoritaires dans la file active, bien que potentiellement sous-représentées au regard de leur niveau d'exposition réel.

RÉPARTITION DU PUBLIC ACCUEILLI ET DES FACTEURS DE RISQUES
SELON LE SEXE DANS LES CEGIDD EN 2025



Source : Registres CeGIDD Normandie - Exploitation : CoReSS Normandie



Violences sexistes et sexuelles

Violences sexistes et sexuelles

Les violences sexuelles et sexistes désignent l'ensemble des actes, comportements ou propos imposés à une personne en raison de son sexe, de son genre ou de son orientation sexuelle, qui portent atteinte à sa dignité, son intégrité physique ou psychologique, ou sa liberté sexuelle. Elles incluent les violences sexistes (moqueries, insultes, menaces, discriminations ou pressions fondées sur des stéréotypes de genre) et les violences sexuelles : agressions, attouchements, viols, ou toute forme de contrainte ou de manipulation pour obtenir un acte sexuel non consenti, y compris en ligne. Dans le cadre d'un bilan statistique de l'insécurité et de la délinquance, le ministère de l'Intérieur publie annuellement les chiffres disponibles sur les violences sexuelles en France hexagonale. Les données de l'enquête « Vécu et Ressenti en matière de Sécurité » menée en France métropolitaine, en Martinique, en Guadeloupe et à La Réunion (SSMSI) en 2024 et de l'étude nationale (hexagone et outre-mer) sur les morts violentes au sein du couple (DAV) en 2024 sont également des sources de d'information.

Une hausse marquée des violences sexuelles, physiques ou non, avec des victimes majoritairement jeunes et féminines

Selon l'édition 2024 de l'enquête « Vécu et Ressenti en matière de Sécurité », les violences sexuelles non physiques (harcèlement sexuel, exhibitions sexuelles, envoi d'images à caractère sexuel non sollicitées) ont connu une forte augmentation entre 2022 et 2023, avec 198 000 victimes supplémentaires (+14 %), soit un total de 1,62 million de personnes concernées en 2023 en France. Ces violences touchent en grande majorité les femmes (85 % des victimes) et les jeunes de 18 à 24 ans (10,9 % de victimes dans cette tranche d'âge, contre 3,1 % en moyenne). Les minorités sexuelles (personnes bisexuelles, homosexuelles, etc.) sont également plus exposées, avec un risque 3,5 fois supérieur de subir des violences sexuelles physiques ou non physiques par rapport aux personnes hétérosexuelles.

Les violences sexuelles physiques (viols, tentatives de viol, agressions sexuelles) ont augmenté de 20 % entre 2022 et 2023, passant de 270 000 à 325 000 victimes. Comme pour les violences non physiques, les femmes (85 % des victimes) et les jeunes de 18 à 24 ans (3,2 % de victimes dans cette tranche d'âge, contre 0,6 % en moyenne) sont surreprésentés. Les personnes en situation de handicap ou issues de minorités sexuelles sont également plus vulnérables.

132 300 victimes de violences sexuelles enregistrées par les forces de sécurité en 2025 en France, en augmentation depuis 2016

En 2025, les services de police et de gendarmerie ont enregistré 132 300 victimes de violences sexuelles (crimes et délits), soit une hausse de 8 % par rapport à 2024. Plus de la moitié des victimes (58 %) sont mineures au moment des faits, et 85 % sont des femmes, quel que soit l'âge ou le contexte (intrafamilial ou non). Cette augmentation s'inscrit dans une tendance de fond : le nombre de victimes a été multiplié par 2,6 depuis 2016 (51 900 victimes en 2016 contre 132 300 en 2025).

325 000 victimes de viols, tentatives de viol, agressions sexuelles en 2023

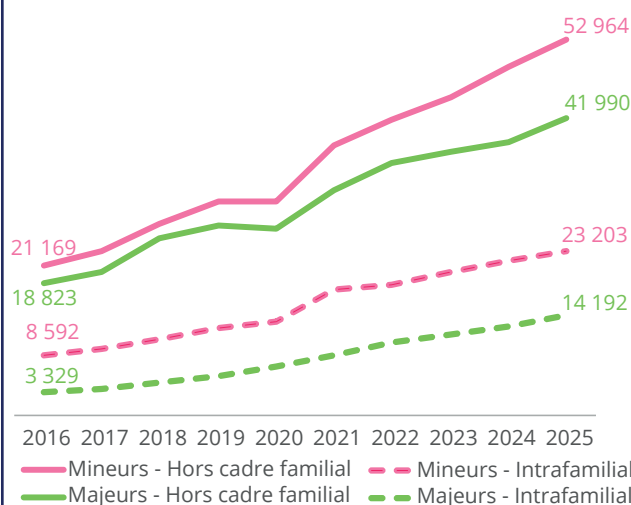
85 % des victimes sont des femmes

6 % de taux de dépôt de plainte

Les violences sexuelles physiques (viols, agressions sexuelles) représentent 78 % des cas chez les mineurs et 77 % chez les majeurs. Parmi les mineurs, les 15-19 ans sont les plus touchés par les violences hors cadre familial (taux de 10 victimes pour 1 000 habitants), tandis que les 5-9 ans sont les plus exposés aux violences intrafamiliales (2 victimes pour 1 000 habitants, avec un taux 3 fois supérieur pour les filles).

Les violences sexuelles non physiques (harcèlement sexuel, exhibitions, envoi d'images non sollicitées) ont quant à elles plus que doublé en dix ans, passant de 6 000 victimes en 2016 à 15 240 en 2025.

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE VICTIMES DE VIOLENCES SEXUELLES ENREGISTRÉES ENTRE 2016 ET 2025



Source : SSMSI, bases statistiques des victimes de crimes et délits enregistrés par la police et la gendarmerie de 2016 à 2024 ; SSMSI, base statistique provisoire des victimes de crimes et délits enregistrés par la police et la gendarmerie en 2025 - Exploitation : ORS-CREAI Normandie

En Normandie, 6 498 victimes de violences sexuelles enregistrées en 2024

La Normandie enregistre 6 498 victimes de violences sexuelles en 2024, soit un taux de 1,9 pour 1 000 habitants légèrement supérieur à la moyenne nationale (1,8). Depuis 2016, le taux de victimes de violences sexuelles a augmenté en moyenne annuelle de +16,4 % (+3,6 % entre 2023 et 2024).

Le département de la Manche présente le taux de victimes le plus faible de la région (1,7 victime pour 1 000 habitants). Le taux le plus élevé est observé dans le département de l'Eure (2,0 victimes pour 1 000 habitants).

Des tendances nationales qui se retrouvent en Normandie

À l'instar de la tendance nationale, 25 % des violences sexuelles enregistrées en Normandie sont commises dans un cadre familial (contre 75 % hors cadre familial). Les femmes sont en grande majorité concernées (85 %) et plus de la moitié des victimes sont mineures (58 %).

138 morts violentes au sein du couple en 2024 : une augmentation de 16 % en un an, avec des femmes toujours majoritaires

En 2024, 138 morts violentes ont été recensées au sein des couples en France, soit +19 décès (+16 %) par rapport à 2023. Ces faits représentent 16 % de l'ensemble des homicides non crapuleux¹ et violences volontaires ayant entraîné la mort sans intention de la donner enregistrés dans le pays.

¹ Un homicide crapuleux est commis dans le but de se procurer de l'argent ou des objets de valeur. Les homicides non crapuleux relèvent d'autres motifs aussi divers que l'alcoolisme, la démence, la passion ou des mobiles sexuels, raciaux, politiques ou autres.

Les femmes restent les principales victimes (77 % des cas, soit 107 femmes tuées, +11 % par rapport à 2023), tandis que les hommes victimes (31, +35 %) représentent 22 % du total des victimes. Un décès est enregistré tous les 3 jours en moyenne.

Depuis 2006, 3 725 personnes ont été tuées dans le cadre de violences au sein du couple, dont 1 556 depuis 2016, les femmes ou les enfants représentant plus de trois victimes sur quatre (78 %).

Près de 140 000 victimes de mutilations sexuelles estimées en France

Les mutilations génitales féminines (MGF) désignent toute ablation partielle ou totale des organes génitaux externes féminins ou toute lésion infligée à ces organes pour des motifs non médicaux. En France, on distingue principalement les excisions (ablation totale ou partielle du gland du clitoris et/ou des petites lèvres) et l'infibulation (ablation du clitoris et des petites lèvres, puis suture des grandes lèvres pour rétrécir l'ouverture vaginale).

Selon les chiffres officiels de l'Unicef, les mutilations génitales féminines/excisions (MGF/E) touchent en 2024 au moins 230 millions de femmes et de filles dans le monde (soit une augmentation de 15 % par rapport à 2020, en lien avec la croissance démographique des pays pratiquant les MGF et la disponibilité de données provenant de pays non inclus précédemment). En France, l'Unicef estime à 125 000 le nombre de femmes concernées.

Ces mutilations sexuelles entraînent des conséquences physiques (douleurs chroniques, complications obstétricales), des traumatismes psychologiques durables et des conséquences sociales (mariage forcé, exclusion communautaire, déscolarisation).

Accéder à la prévalence des MGF dans le monde : cf. [Milles parcours](#)

Zoom sur les situations prostitutionnelles

La Lettre n°24 de l'Observatoire national des violences faites aux femmes dresse un bilan du système prostitutionnel en France, mettant en lumière la prépondérance des violences, le profil des victimes, l'émergence de nouvelles pratiques numériques, et l'évaluation des politiques publiques.

Ainsi, les trajectoires de prostitution sont fréquemment liées à des ruptures familiales ou à des violences sexuelles subies par le passé. Les différents travaux mettent également en lumière la précarité économique comme un facteur favorisant l'entrée dans des situations prostitutionnelles. Les données nationales mettent en évidence une mutation des modes de mise en relation. La prostitution de rue devient minoritaire au profit d'une prostitution logée, organisée via les plateformes en ligne, les réseaux sociaux et les messageries privées.

Cette transition numérique modifie les modalités de repérage et d'accompagnement des victimes par les services sociaux et judiciaires.

L'importance des mineurs ayant recours à la prostitution est mal connue en France. On estime entre 7 000 à 10 000 mineurs se prostituant en France, avec une augmentation de 70 % en cinq ans, phénomène en augmentation sur tout le territoire français. Mais cela reste très approximatif et sûrement en deçà de la réalité (rapport du groupe de travail sur la prostitution des mineurs, ministère de la Santé, juillet 2021).

Dans l'enquête menée auprès des étudiants normands, les pratiques prostitutionnelles restent marginales. Le fait de se prostituer a été déclaré en 2024-2025 par moins de 2 % des étudiants (un peu plus les hommes que les femmes).

Parmi eux, dans un peu plus d'un cas sur deux, la dernière fois a eu lieu depuis le début de leurs études supérieures. Le fait d'avoir recours aux services de personnes se prostituant a été déclaré par moins d'1 % des étudiants, presque exclusivement des hommes.

Enseignements des enquêtes régionales chez les jeunes

Des violences verbales fréquentes, ciblant surtout les femmes et les minorités sexuelles

Les violences verbales, qu'elles prennent la forme de moqueries, d'insultes ou de menaces, touchent une part importante des jeunes. Parmi les étudiants normands, en 2024-2025, 33 % déclarent avoir subi des moqueries ou des agressions verbales en raison de leur tenue vestimentaire, avec une disparité marquée entre les genres : 47 % des femmes sont concernées, contre seulement 9 % des hommes. Les jeunes en mission locale ne sont pas épargnés, avec, en 2021, 3 jeunes sur 10 ayant subi des moqueries, principalement en raison de leur tenue vestimentaire (40 % des femmes), de leur nombre de partenaires sexuels (20 % des femmes, 13 % des hommes), ou de leur orientation sexuelle. Les violences verbales liées à l'orientation sexuelle touchent 16 % des étudiants normands, avec une surreprésentation des personnes non-hétérosexuelles (43 % contre 6 % des hétérosexuels).

Les lieux où ces violences surviennent le plus souvent sont le lieu d'études ou de formation (29 %), le cercle familial (28 %), et la rue (23 %), soulignant que ces agressions ne se limitent pas à un cadre spécifique mais traversent tous les espaces de vie des jeunes.

Une pression pour envoyer des photos ou messages à caractère sexuel, avec un écart marqué selon le genre

Près de la moitié des étudiants normands (48 %) déclarent avoir reçu sans leur consentement des photos ou messages érotiques, avec une nette différence selon le genre : 59 % des femmes sont concernées, contre 31 % des hommes. Par ailleurs, 27 % des étudiants ont subi des pressions pour envoyer de tels contenus, avec là encore une surreprésentation des femmes (36 % contre 12 % des hommes). Chez les jeunes en mission locale, près d'un jeune sur deux a déjà reçu des « sextos » non sollicités ou subi des pressions pour en envoyer, les femmes étant deux fois plus concernées que les hommes.

Plus de 40 % des étudiants disent avoir déjà subi des attouchements

Les attouchements non consentis, qu'il s'agisse de baisers, de mains aux fesses ou de touchers des parties intimes, concernent 44 % des étudiants normands. Les femmes sont particulièrement touchées (55 % contre 24 % des hommes). Chez les jeunes accueillis en mission locale, 40 % des femmes témoignent d'avoir déjà subi une agression sexuelle, c'est-à-dire que quelqu'un les a déjà embrassées, leur a mis la main aux fesses, touché la poitrine ou le sexe sans leur accord. C'est trois fois plus que les hommes.

Au moins une forme de violences conjugales déclarée par 30 % des étudiants

Un étudiant normand sur quatre (25 %) déclare avoir subi des violences psychologiques de la part d'un partenaire, les femmes étant deux fois plus concernées que les hommes. Par ailleurs, 12 % des étudiants ont subi des violences sexuelles au sein du couple, avec une surreprésentation des femmes (3,5 fois plus que les hommes). Les violences physiques non sexuelles concernent 9 % des étudiants, les femmes étant là encore 1,7 fois plus touchées. Ainsi, 29 % des étudiants normands déclarent avoir été victimes d'au moins une forme de violence conjugale (34 % des femmes contre 20 % des hommes). Chez les jeunes en mission locale, les violences psychologiques concernent 25 % des jeunes, tandis que les violences sexuelles dans le couple touchent 12 % d'entre eux.

Une étudiante sur six et une jeune femme accueillie en mission locale sur quatre déjà victime de viol

Les viols concernent 13 % des étudiants normands, avec une nette surreprésentation des femmes (17 % contre 6 % des hommes). Les personnes non-hétérosexuelles sont également plus concernées (24 % contre 10 % des hétérosexuels). Les auteurs sont majoritairement des hommes (92 % des cas), avec une répartition suivante : 42 % des viols sont commis par un ancien partenaire, 14 % par un ami proche, 12 % par un membre de la famille, et seulement 8 % par un inconnu. Chez les jeunes accueillis en mission locale, 24 % des femmes ont subi un viol au cours de leur vie (contre 3 % des hommes). Et sur l'ensemble des jeunes, 11 % ont subi un viol alors qu'ils étaient mineurs.

Une part importante de jeunes qui ne parlent pas des violences subies

Un tiers des étudiants victimes d'attouchements n'en ont parlé à personne. Parmi les jeunes accueillis en mission locale ayant subi un ou plusieurs viols, 22 % déclarent n'en avoir parlé à personne, plus souvent les hommes que les femmes (35 % contre 21 %).

En résumé, les violences sexistes et sexuelles touchent une part importante des jeunes, qu'ils soient étudiants ou en mission locale. Les femmes et les minorités sexuelles sont les principales cibles de toutes les formes de violences, qu'elles soient verbales, numériques, physiques ou sexuelles. Les jeunes en situation de précarité (financière, sociale, hébergement) sont également plus vulnérables. Enfin, les victimes de violences sexistes et sexuelles sont davantage concernées par des troubles psychiques, pensées suicidaires et tentatives de suicide.

Offre et recours aux soins



Offre de soins

Médecins de premier recours

Une densité moindre en Normandie qu'en France hexagonale

Au dernier trimestre 2025, la Normandie comptait 2 285 médecins de premier recours, soit une densité de 68,4 professionnels pour 100 000 habitants. Parmi ces professionnels, plus d'un sur trois (36,1 %) ont au moins 55 ans.

Le Calvados en meilleure posture que le reste de la région

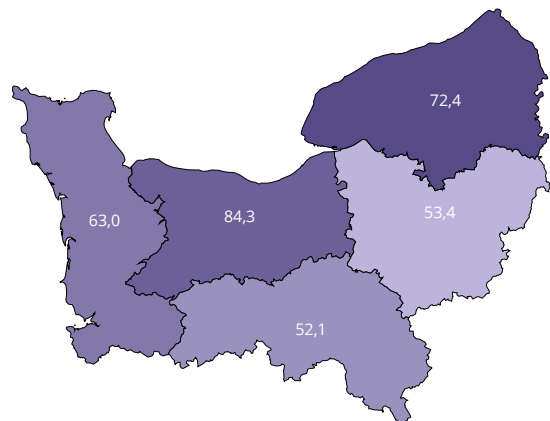
Cette densité de médecins de premier recours est actuellement très hétérogène sur le territoire. Tandis que le Calvados se trouve dans une situation plus favorable que la moyenne nationale avec 84,3 professionnels pour 100 000 habitants mi-2025, l'Eure et l'Orne le sont bien moins, avec une densité de moins de 54 professionnels pour 100 000 habitants.

Le Calvados, en plus d'une situation relativement favorable actuellement, présente une part de médecins de premier recours d'au moins 55 ans plus faible que dans le reste de la région (29,8 %), laissant à espérer un maintien de la densité médicale. À l'inverse, l'Orne compte plus d'un médecin de premier recours sur deux (50,7 %) d'au moins 55 ans.

Une diminution de la densité de médecins généralistes dans toute la région, hormis dans le Calvados

Depuis fin 2017, la densité de médecins de premier recours a diminué de 5,4 % dans la région. L'Orne est le département qui a connu la baisse la plus importante (-17,6 %), expliquant sa situation actuelle particulièrement défavorable. Au cours de cette période, l'Eure, la Manche et la Seine-Maritime ont enregistré une diminution de -7 % à -10 %, tandis que le Calvados connaissait une hausse de sa densité de médecins de premier recours (+5,2 %).

DENSITÉ DE MÉDECINS DE PREMIER RECOURS SELON LE DÉPARTEMENT AU DERNIER TRIMESTRE 2025



pour 100 000 habitants

Sources : ARS Normandie, Insee - Exploitation : OR2S

Gynécologues

La Normandie au quatrième rang des régions de France les moins bien dotées

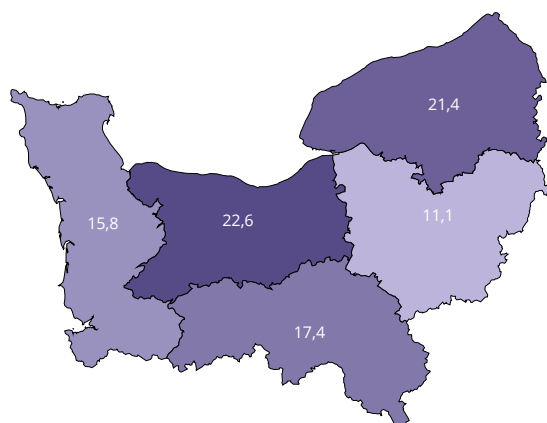
Début janvier 2025, 270 médecins spécialistes en gynécologie exerçaient en Normandie sous le régime libéral ou salarié (dont 120 sous le régime libéral). Cela représente une densité de 18,7 professionnels pour 100 000 femmes de 15 ans ou plus, bien inférieure à celle observée en France hexagonale (24,3 pour 100 000).

Un tiers de ces professionnels (33,3 % en Normandie, 36,4 % en France) ont au moins 55 ans.

Le Calvados en meilleure posture, aujourd'hui comme demain

Rapporté au nombre de femmes de 15 ans ou plus, l'Eure compte deux fois moins de gynécologues que le Calvados (respectivement 11,1 contre 22,6 pour 100 000). De plus, les professionnels calvadosiens sont en moyenne plus jeunes que dans le reste de la région : seuls 22,9 % ont au moins 55 ans, contre près d'un sur deux (47,6 %) dans l'Orne.

DENSITÉ DE GYNÉCOLOGUES SELON LE DÉPARTEMENT AU 1^{ER} JANVIER 2025



pour 100 000 habitantes de 15 ans ou plus

Sources : Drees / Asip-Santé - RPPS, Insee - Exploitation : OR2S

Une baisse globale de la densité de gynécologues, excepté dans l'Orne

Pourtant, depuis une dizaine d'années, le Calvados a connu une baisse importante de sa densité de médecins spécialistes en gynécologie : elle a diminué de 57,4 % contre 37,1 % en moyenne dans la région. Seul l'Orne a vu sa situation rester stable (-0,8 %) au cours de cette période.

Sages-femmes

Une densité de professionnels du même ordre qu'à l'échelle nationale

La Normandie compte 1 125 sages-femmes au 1^{er} janvier 2025 (dont 328 sous le régime libéral), soit une densité de 166,5 professionnels pour 100 000 femmes de 15-49 ans, du même ordre de grandeur que la moyenne nationale (163,6 pour 100 000).

La plupart de ces professionnels ont moins de 55 ans (85,0 % en Normandie, 84,8 % en France hexagonale).

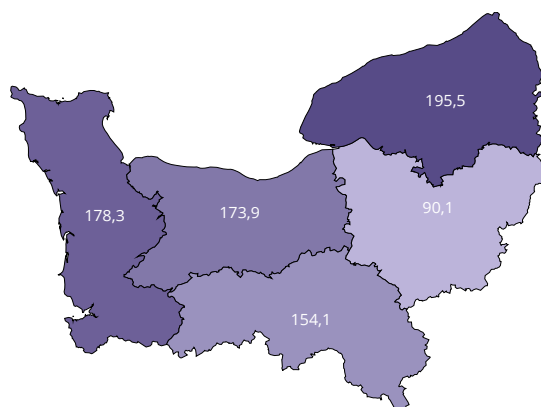
La Normandie compte le département français le moins bien doté : l'Eure

La répartition de ces professionnels de santé est extrêmement hétérogène dans la région, puisque la densité varie de plus du simple au double : de 90,1 pour 100 000 dans l'Eure à 195,5 pour 100 000 en Seine-Maritime. La densité euroise est la plus faible de tous les départements de France hexagonale. De plus, c'est dans ce département que les sages-femmes sont les plus âgées, bien que la part de professionnels de 55 ans et plus reste modérée (20,0 % contre environ 8 % dans la Manche et l'Orne).

Une hausse de la densité de sages-femmes au cours du temps

Depuis début 2015, la densité de sages-femmes a augmenté de 11,8 % en Normandie, moins qu'en France hexagonale (+16,8 %). C'est dans la Manche que cette hausse a été la plus prononcée dans la région (+21,6 %), tandis que l'évolution dans l'Eure et la Seine-Maritime était similaire à la moyenne nationale, et que la densité du Calvados et de l'Orne restait stable.

DENSITÉ DE SAGES-FEMMES SELON LE DÉPARTEMENT AU 1^{ER} JANVIER 2025



pour 100 000 habitantes de 15-49 ans,

Sources : Drees / Asip-Santé - RPPS, Insee - Exploitation : OR2S

Pharmaciens

Une situation comparable à la moyenne nationale

Au 1^{er} janvier 2025, 1 291 pharmaciens exerçaient en Normandie sous le régime libéral ou mixte, soit 38,7 professionnels pour 100 000 habitants. Cette densité est très légèrement plus faible qu'à l'échelle nationale (40,7 pour 100 000).

En moyenne, ces professionnels sont plus jeunes dans la région qu'en France hexagonale : respectivement 27,3 % et 34,8 % ont au moins 55 ans.

Une situation plus défavorable dans l'Eure

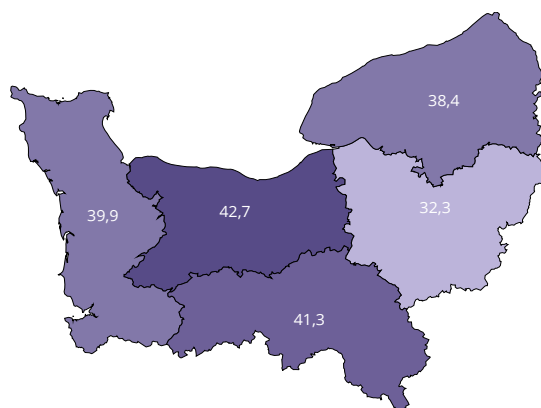
Au sein des départements normands, l'Eure est le territoire le moins doté en pharmaciens libéraux par rapport à sa population, avec une densité de 32,3 professionnels pour 100 000 habitants. Le Calvados et l'Orne se situent au-dessus de la moyenne nationale, avec une densité de 42,7 et 41,3 pharmaciens pour 100 000 habitants, respectivement.

De plus, l'Eure est le département présentant la plus forte part de professionnels libéraux de 55 ans et plus (31,4 % contre moins de 28 % dans les autres départements).

Une offre qui évolue peu

Au cours des dix dernières années, la densité de pharmaciens a diminué dans la région (-10,8 %), de manière légèrement moins prononcée qu'au niveau national (-15,0 %). Cette baisse entre début 2015 et début 2025 est retrouvée dans tous les départements normands, mais est bien plus prononcée dans la Manche (-18,2 %).

DENSITÉ DE PHARMACIENS LIBÉRAUX SELON LE DÉPARTEMENT AU 1^{ER} JANVIER 2025



pour 100 000 habitants

Sources : Drees / Asip-Santé - RPPS, Insee – Exploitation : OR2S

Recours aux soins

Près de neuf Normands sur dix ont vu un médecin généraliste en 2024

En 2024, 3 045 406 Normands ont consulté un médecin généraliste en soins de ville au cours de l'année. Cela représente 879,7 consultants pour 1 000 consommateurs.

Ce taux de recours varie entre 806,6 pour 1 000 dans l'Orne et 926,9 pour 1 000 dans le Calvados. L'Eure présente également un taux de recours plus faible que la moyenne régionale (829,3 pour 1 000), reflétant la répartition de la densité de médecins généralistes sur le territoire.

Bien plus de recours aux gynécologues dans le Calvados

Plus de 237 000 femmes de 15 ans et plus ont consulté un gynécologue en libéral au cours de l'année 2024, soit 159,3 femmes sur 1 000.

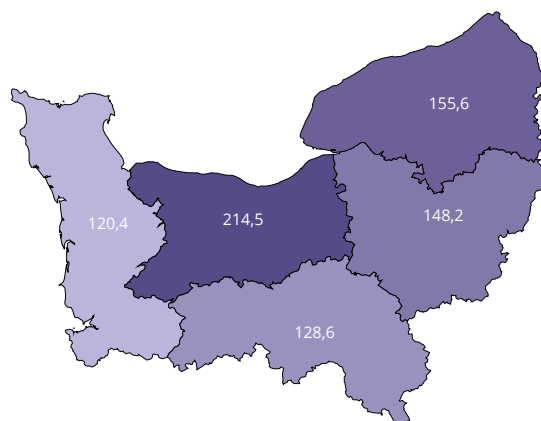
Ce taux de recours varie presque du simple au double au sein de la région : il est de 120,4 pour 1 000 dans la Manche contre 214,5 pour 1 000 dans le Calvados. Ce dernier département est le seul présentant un taux de recours aux gynécologues en soins de ville bien supérieur à la moyenne régionale.

Une consultation chez une sage-femme en 2024 pour plus d'une femme de 15 ans et plus sur huit

En 2024, 206 446 femmes de 15 ans et plus ont consulté une sage-femme au cours de l'année en Normandie, soit 138,6 femmes sur 1 000.

Ce taux de recours est plus de deux fois plus faible dans l'Orne (69,6 pour 1 000) et un peu plus faible dans le Calvados (112,0 pour 1 000) et plus élevé en Seine-Maritime (166,8 pour 1 000), où la densité de ces professionnels est assez élevée. En revanche, l'Eure qui présente une densité de sages-femmes très faible enregistre un taux de recours équivalent à la moyenne régionale (138,9 pour 1 000).

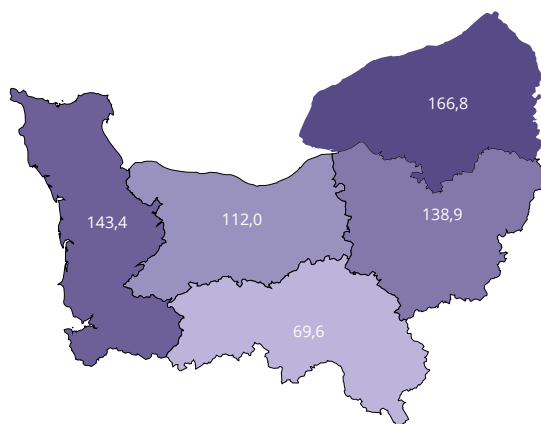
TAUX DE RECOURS AUX GYNÉCOLOGUES EN SOINS DE VILLE EN 2024



pour 100 000 femmes de 15 ans et plus

Sources : SNDS-DCIR – Exploitation : ARS Normandie et OR2S

TAUX DE RECOURS AUX SAGES-FEMMES EN SOINS DE VILLE EN 2024



pour 100 000 femmes de 15 ans et plus

Sources : SNDS-DCIR – Exploitation : ARS Normandie et OR2S

Enseignements des enquêtes régionales chez les jeunes

Un renoncement aux soins au cours de l'année chez plus d'un jeune sur dix

Parmi les jeunes enquêtés au cours de l'année scolaire 2024-2025, 78 % des élèves de MFR et 83 % des étudiants des universités normandes disent avoir consulté un médecin généraliste au cours des douze derniers mois. Par ailleurs, respectivement 10 % et 20 % disent avoir renoncé à une consultation chez ce type de professionnel au cours de l'année. Ces parts sont plus élevées chez les femmes que chez les hommes. En 2021, ce sont 86 % des jeunes accompagnés par une mission locale de la région qui affirment avoir consulté un médecin généraliste au cours des douze derniers mois et 17 % qui déclarent avoir renoncé à des soins de santé en général au cours de cette période.

Les jeunes femmes scolarisées en MFR sont 26 % à indiquer avoir consulté un gynécologue ou une sage-femme au cours des douze derniers mois et 5 % à dire avoir renoncé à une consultation au cours de l'année. Parmi les étudiantes des universités, 37 % ont vu un gynécologue ou une sage-femme dans l'année. Elles sont un peu plus d'une sur dix (11 %) à affirmer avoir renoncé à une consultation chez un gynécologue au cours de cette période. Parmi elles, 16 % ont consulté une sage-femme sur la même période. En 2021, 30 % des jeunes femmes accompagnées par une mission locale normande disent avoir consulté un gynécologue au cours des douze derniers mois et 10 % une sage-femme.

Recours à la consultation de santé sexuelle, de contraception et de prévention des infections sexuellement transmissibles

Cette consultation est ouverte aux assurés de moins de 26 ans (hommes et femmes) dont les mineurs. Elle permet d'aborder des sujets relatifs à la santé sexuelle et reproductive dans une approche globale (prévention et promotion, contraception, vaccination, dépistage et traitement des infections sexuellement transmissibles, repérage des situations de violences et/ou discriminations en rapport avec la vie sexuelle).

Pour les femmes, cette consultation peut être réalisée par un médecin généraliste, un gynécologue, un gynécologue-obstétricien, un pédiatre ou une sage-femme. Pour les hommes, un médecin est le seul autorisé à réaliser ce type de consultation.

Cette consultation est prise en charge à 100 % par l'Assurance Maladie. Le tiers payant doit être appliqué.

Cette consultation est confidentielle. Le médecin ou la sage-femme informe le patient du droit à l'anonymat pour cette consultation et doit respecter la décision du patient en utilisant le cas échéant un Numéro d'Inscription au Répertoire – (NIR) anonyme. Cette consultation est protégée par le secret pour les mineurs s'ils le demandent au professionnel.

Près de 26 000 consultations de contraception et de prévention en Normandie

En Normandie en 2024, 25 788 consultations de contraception et de prévention ont été réalisées, soit le double de ce qui avait été observé en 2022. Parmi l'ensemble des bénéficiaires de ces consultations, un quart sont des hommes (multiplication des consultations par trois chez les hommes entre 2022 et 2024).

Recours aux soins liés à la fertilité

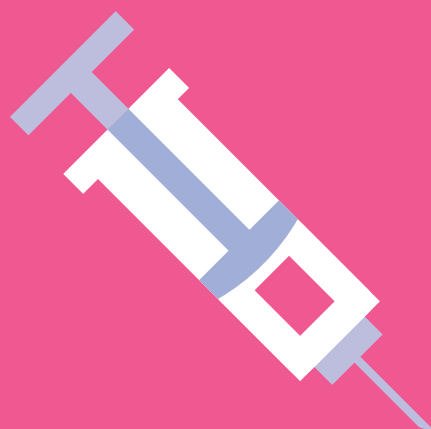
Une augmentation du recours aux soins liés à la fertilité en Normandie avec une dynamique plus marquée pour les traitements de stimulation ovarienne que pour les examens masculins

Le nombre de femmes ayant eu au moins une délivrance de médicaments de stimulation ovarienne augmente fortement en Normandie (+16 % entre 2024 et 2025), atteignant un taux de recours de 18,3 pour 1 000 femmes âgées de 25-45 ans, contre 15,8 en 2024.

Les progressions les plus importantes sont observées dans les territoires du Havre (+21 %) et du Calvados (+18 %). Malgré cette hausse, les taux régionaux restent inférieurs à la moyenne nationale (22,1 pour 1 000 en 2025).

Les spermogrammes et spermocytogrammes progressent plus modérément (+5 % en Normandie). Le taux de recours régional passe de 10,9 à 11,4 pour 1 000 hommes âgés de 25-45 ans, proche mais légèrement inférieur au niveau national (12,0). Le Havre fait exception avec une baisse de l'activité (-4 %), alors que les autres territoires restent stables ou en légère hausse.

Dans l'ensemble, ces résultats traduisent une augmentation de l'activité liée à la prise en charge de l'infertilité dans la région.



Prévention



Couverture vaccinale

Hépatite B : un objectif quasiment atteint

Dans les départements de Normandie, en 2025, les couvertures vaccinales contre l'hépatite B mesurées à l'âge de 21 mois sont comprises entre 93 % et 96 %, proches de l'objectif de 95 % fixé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Les données actualisées sont disponibles sur Odissé.

Infection aux Papillomavirus humains (HPV) : une vaccination qui progresse

En 2025, la couverture vaccinale complète contre les HPV en Normandie est de 59,9 % chez les filles à 16 ans et de 39,8 % chez les garçons à 16 ans. Ces pourcentages sont supérieurs à ceux observés en France hexagonale.

ÉVOLUTION DE LA COUVERTURE VACCINALE CONTRE LES PAPILLOMAVIRUS HUMAINS ENTRE 2023 ET 2025

Zone géographique	Papillomavirus (filles)						Papillomavirus (garçons)					
	Au moins 1 dose à 15 ans*			2 doses à 16 ans*			Au moins 1 dose à 15 ans*			2 doses à 16 ans*		
	2023	2024	2025	2023	2024	2025	2023	2024	2025	2023	2024	2025
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
14 - Calvados	64,2	70,1	72,5	49,6	56,6	58,5	32,8	47,2	57	19,9	31	37,4
27 - Eure	63,1	67,5	68,9	51,1	56,2	59	33,1	45,2	54,8	19,9	29,4	37,3
50 - Manche	68,6	70,9	73,9	55,9	58,7	59,2	37,6	50,3	59,1	21	34,1	39,6
61 - Orne	58	60,6	65,3	43,4	50,4	50,3	23,7	37	45,2	11,9	23,1	29,4
76 - Seine-Maritime	70,1	73	75,9	59,6	61,9	63,5	38,1	52,3	63,2	23,9	34,6	44,8
Normandie	66,3	70	72,7	54	58,3	59,9	34,8	48,3	58,3	20,9	31,9	39,8
France hexagonale	55,6	59,4	62,5	45,7	49	51,6	26,6	37,8	46,9	16,2	25,2	32,9
France entière¹	54,6	58,4	61,6	44,7	48	50,7	25,9	36,9	46	15,8	24,5	32,1

* Les couvertures vaccinales 1 dose en 2025 ont été estimées pour les jeunes (filles et garçons) âgés de 15 ans, nés en 2010 et comparées aux couvertures des jeunes au même âge nés en 2009 et 2008. Les couvertures vaccinales 2 doses en 2025 ont été estimées pour les jeunes (filles et garçons), âgés de 16 ans, nés en 2009 et comparées aux couvertures des jeunes au même âge nés en 2008 et 2007.

¹ Les analyses ont exclu le département de Mayotte pour lequel le DCIR ne permet pas d'estimations fiables de couverture vaccinale.

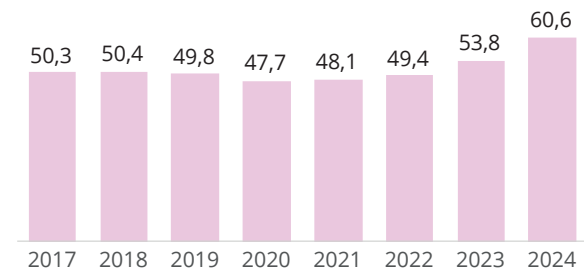
Source : Données SNDS-DCIR, données mises à jour au 31/12/2025 - Exploitation : Santé publique France.

Dépistage du cancer du col de l'utérus

Le dépistage du cancer du col de l'utérus en Normandie est en augmentation depuis 2021 avec un taux de participation standardisé selon l'âge de 60,6 % en 2024.

Il existe des disparités départementales au sein de la région avec des taux de participation au dépistage plus faibles dans l'Orne (53,6 %) et les plus élevés dans la Manche (61,6 %).

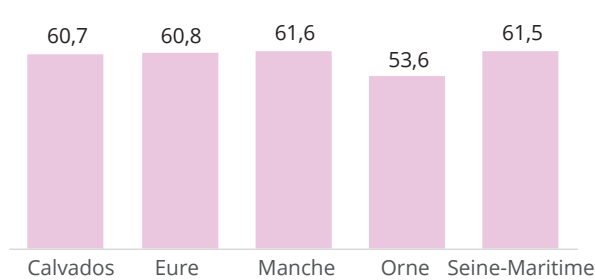
ÉVOLUTION DU TAUX DE PARTICIPATION STANDARDISÉ AU DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS ENTRE 2017 ET 2024



en %

Source : Données SNDS-DCIR, données mises à jour au 23/07/2025 - Exploitation : Santé publique France

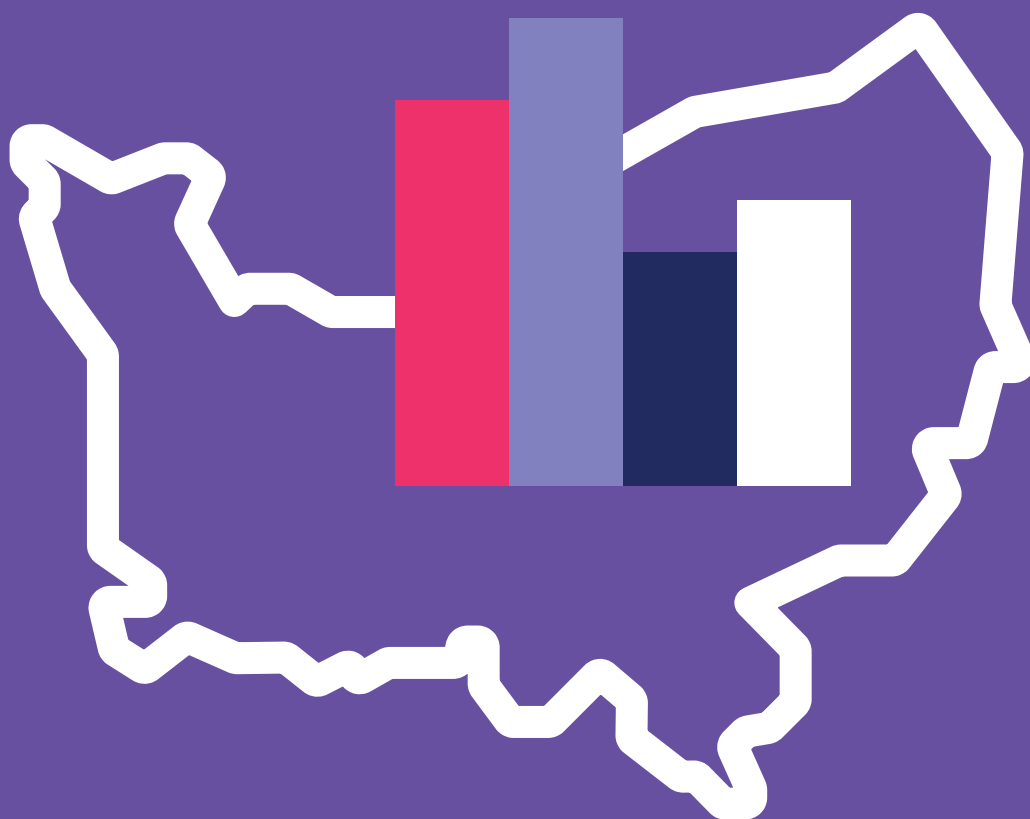
TAUX DE PARTICIPATION STANDARDISÉ AU DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS SELON LE DÉPARTEMENT EN 2024



en %

Source : Données SNDS-DCIR, données mises à jour au 23/07/2025 - Exploitation : Santé publique France

Ressources territoriales sur la santé sexuelle



Ressources territoriales non exhaustives sur la santé sexuelle

Accès aux soins, dépistage, suivi médical, éducation, information, orientation et coordination

Les professionnels de santé libéraux ou mixtes

Les professionnels de santé sont des ressources essentielles en termes 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. Ils jouent un rôle clé dans l'accès au système de santé, à l'information, à la prévention, au dépistage, à l'orientation et à l'accompagnement des personnes tout au long de la vie. Ainsi, le renforcement des compétences des professionnels de santé est l'un des objectifs de la stratégie nationale de santé sexuelle (Objectif 3).

Les kinésithérapeutes spécialisés en rééducation périnéale accompagnent également les personnes présentant des troubles du plancher pelvien ayant un impact sur la continence, la sexualité ou la qualité de vie. Ils interviennent dans la prévention et le traitement des douleurs, des troubles urinaires, digestifs ou sexuels, notamment après un accouchement, une chirurgie ou en cas de pathologies chroniques. Leur prise en charge repose sur une approche globale, respectueuse et personnalisée, contribuant au bien-être corporel, affectif et sexuel.

Les psychiatres sont des médecins spécialistes de la santé mentale, habilités à poser des diagnostics et à prescrire des traitements médicamenteux. Ils prennent en charge des troubles psychiques plus sévères ou complexes, ou des situations nécessitant une approche médicale associée à un suivi psychothérapeutique. Leur intervention vise à stabiliser les troubles, prévenir les ruptures de parcours et améliorer la qualité de vie. Ils accompagnent également les personnes dont les difficultés psychiques ont un impact important sur la vie affective, relationnelle et sexuelle. Les psychiatres travaillent en lien avec les psychologues, les autres médecins et les structures sanitaires et sociales.

Les psychologues sont des professionnels de la santé mentale spécialisés dans l'évaluation, l'écoute et l'accompagnement psychologique des personnes en souffrance. Ils interviennent auprès de publics confrontés à l'anxiété, la dépression, le stress, les traumatismes, les violences ou les difficultés relationnelles.

Dans le champ de la santé sexuelle, ils accompagnent notamment les questionnements identitaires, les troubles du désir ou de l'intimité, l'impact psychologique des IST ou les conséquences émotionnelles des violences.

Les services de fertilité et d'Assistance Médicale

Les services de fertilité et d'Assistance Médicale à la Procréation (AMP/PMA) sont des structures médicales spécialisées dans la prise en charge de l'infertilité et des difficultés à concevoir. Ils s'adressent aux couples hétérosexuels, couples de femmes et femmes seules, conformément au cadre légal en vigueur. Leur mission est d'évaluer les causes de l'infertilité, de proposer un accompagnement médical, psychologique et social, et de mettre en œuvre des techniques de procréation médicalement assistée (insémination, fécondation in vitro, préservation de la fertilité, etc.). Ces services garantissent une prise en charge pluridisciplinaire, intégrant information, consentement et respect des choix des personnes. Ils participent également à la prévention de l'infertilité, à l'information sur la fertilité et à l'accompagnement des parcours de vie.

Les laboratoires de biologie médicale

Les laboratoires de biologie médicale sont des acteurs de proximité en santé sexuelle, notamment *via* le dispositif « Mon Test IST » en permettant un accès gratuit au moins de 26 ans sans ordonnance, sans rendez-vous, à un dépistage des infections à chlamydia et gonocoque mais aussi de la syphilis et de l'hépatite B. Pour le VIH le dépistage est gratuit à tous les âges, même pour les 26 ans et plus. Des kits de dépistage par auto-prélèvement à domicile des infections à chlamydia et à gonocoque sont également disponibles.

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

Les CeGIDD sont des structures de santé publique spécialisées dans l'information, la prévention, le dépistage et le diagnostic des infections sexuellement transmissibles (IST), du VIH et des hépatites virales. Ils s'adressent à tous les publics, sans condition d'âge ou de situation, et garantissent gratuité, confidentialité et anonymat.

Leur mission principale est de prévenir les infections, favoriser le dépistage précoce et orienter les personnes vers une prise en charge adaptée. Les CeGIDD proposent des tests de dépistage, des conseils personnalisés en santé sexuelle, ainsi qu'un accompagnement et une orientation vers les soins si nécessaire. Ils travaillent en réseau avec les hôpitaux, les professionnels de santé, les associations et les dispositifs de prévention.

Coordonnées des CeGIDD (Centres gratuits de dépistage et de diagnostic des infections par les virus du VIH, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles) :

www.sida-info-service.org/annuaire/Centre-De-Depistage-VIH-Sida-Region-Normandie

Les infirmiers scolaires des collèges et lycées

Les infirmiers scolaires, professionnels de santé présents au sein des établissements scolaires (collèges et lycées), ont pour mission de promouvoir la santé et le bien-être des élèves, d'assurer un suivi sanitaire individualisé et de favoriser l'accès aux soins et à l'information. Ces professionnels travaillent en concertation avec les équipes éducatives, les parents, les services de santé et les dispositifs territoriaux. Dans le domaine de la santé sexuelle, les infirmiers scolaires informent et accompagnent les élèves sur des sujets variés tels que la puberté, l'anatomie, la contraception, les infections sexuellement transmissibles (IST), le VIH, le consentement, les relations affectives, les violences sexuelles et sexistes, ainsi que la prévention des comportements à risque. Ces professionnels participent par ailleurs à des actions collectives de prévention et de promotion de la santé.

Les enseignants

Dans le cadre de l'éducation à la vie affective et sexuelle, les enseignants ont un rôle essentiel d'information, de prévention et d'accompagnement. Ils transmettent des connaissances adaptées à l'âge des élèves, favorisent le dialogue, le respect et l'égalité, et contribuent à la prévention des violences, des discriminations et des risques liés à la sexualité. Ils participent également au repérage des situations de vulnérabilité et orientent vers les professionnels ou dispositifs compétents.

Les services de santé étudiante

Ces services de santé intégrés aux établissements d'enseignement supérieur ont pour mission de préserver, promouvoir et améliorer la santé globale des étudiants, en prenant en compte les dimensions physique, mentale, sociale et sexuelle de la santé. Ils proposent un accueil, une écoute, une information et un accompagnement autour de nombreuses thématiques de santé, dont la santé sexuelle et reproductive.

Dans le champ de la santé sexuelle, les CSE interviennent sur des sujets tels que la contraception, la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST), le dépistage, l'IVG, la vie affective et relationnelle, les violences sexuelles et sexistes, ainsi que le respect du consentement et la lutte contre les discriminations. Ils constituent ainsi des lieux ressources de proximité, accessibles, confidentiels et gratuits, favorisant l'accès aux droits et aux soins pour les jeunes adultes.

Centres de santé sexuelle

Les centres de santé sexuelle (CSS) sont la nouvelle appellation légale (depuis un décret de 2022) des anciens CPEF (centres de planification et d'éducation familiale). Composés d'équipes pluridisciplinaires (médecins, sages-femmes, infirmiers, conseillers conjugaux), ils sont habilités à réaliser des actes médicaux. On s'y rend pour l'accès à la contraception (prescription, délivrance d'urgence), le suivi gynécologique, le dépistage et le traitement des IST, ainsi que pour les consultations liées à l'interruption volontaire de grossesse (IVG). Ils peuvent être gérés par différentes structures : des hôpitaux, des départements (dans le cadre de la PMI) ou par des associations comme le Planning familial.

Coordonnées des centres de santé sexuelle : <https://ivg.gouv.fr/annuaire-des-centres-de-sante-sexuelle>

Espaces vie affective, relationnelle et sexuelle (EVARS)

Les EVARS sont des structures d'accueil, d'écoute et de prévention, sans dimension médicale. Animés principalement par des conseillers conjugaux et familiaux ou des éducateurs, les EVARS sont des lieux d'échanges (individuels ou collectifs) centrés sur la parole. Leurs missions incluent l'information sur les droits, l'animation d'ateliers sur le consentement, la lutte contre les violences sexistes et sexuelles, ainsi que l'orientation des publics vers le réseau de soins.

Coordonnées des EVARS : [Annuaire des Espaces vie affective, relationnelle et sexuelle \(EVARS\) | ivg.gouv.fr](http://Annuaire%20des%20Espaces%20vie%20affective,%20relationnelle%20et%20sexuelle%20(EVARS)%20|%20ivg.gouv.fr)

Planning familial

Le Planning familial est une association nationale d'éducation, de prévention et de promotion de la santé sexuelle et reproductive, issue d'un mouvement militant né dans les années 1950. Engagé historiquement pour l'autonomie et l'émancipation des femmes, la mixité et la laïcité, le Planning familial a joué un rôle majeur dans les combats ayant conduit à la légalisation de la contraception en 1967 puis à l'autorisation de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) en 1975, et veille depuis à la mise en œuvre effective de ces droits sur l'ensemble du territoire.

Aujourd'hui, le Planning familial promeut une approche globale, positive et inclusive de la santé sexuelle, fondée sur le respect des droits humains, le libre choix et l'autonomie des personnes, quels que soient leur âge, leur genre, leur orientation sexuelle ou leur situation sociale. Il propose des espaces d'accueil, d'écoute, d'information et d'accompagnement, permettant d'aborder l'ensemble des questions liées à la vie affective, relationnelle et sexuelle : contraception, IVG, santé reproductive, relations, violences, discriminations et égalité.

Le mouvement dirige et anime de nombreux établissements et dispositifs en France, notamment des centres de santé sexuelle (anciennement CPEF) et des espaces de vie affective, relationnelle et sexuelle (EVARS), contribuant ainsi à un accès de proximité à l'information, aux soins et à la prévention. Il intervient également dans le champ de l'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle, auprès des jeunes, des professionnels et des structures éducatives, afin de développer les compétences psychosociales, de lutter contre les stéréotypes et de favoriser des relations respectueuses et épanouissantes.

Enfin, le Planning familial mène des actions de plaidoyer et d'expertise auprès des institutions, au niveau local, national et international, pour défendre et faire progresser les droits sexuels et reproductifs. À ce titre, il constitue un acteur incontournable de la santé sexuelle, en complémentarité avec les politiques publiques et les autres acteurs institutionnels, professionnels et associatifs.

www.planning-familial.org/fr

Numéro vert 0 800 08 11 11 et Tchat gratuit et confidentiel sur le site ivg-contraception-sexualites.org

Centres de prise en charge médico-judiciaire

Les centres de prise en charge médico-judiciaire (UMJ) sont des structures spécialisées dans l'accueil et la prise en charge des victimes de violences, notamment violences sexuelles, conjugales ou intrafamiliales. Ils assurent une évaluation médicale et psychologique, la réalisation d'examen médico-légaux et la constitution de certificats médicaux pouvant être utilisés dans un cadre judiciaire. Les UMJ accueillent les victimes quel que soit l'âge, le genre ou le statut social, avec ou sans dépôt de plainte et garantissent un accueil sécurisé et confidentiel, en collaboration avec les forces de l'ordre et le système judiciaire. Ces centres jouent un rôle central dans la prévention secondaire des violences, la protection des victimes, et la facilitation de l'accès à la justice et aux soins.

Maisons des adolescents

Les maisons des adolescents (MDA) sont des lieux d'accueil, d'écoute, d'information, de conseil et d'accompagnement dédiés aux jeunes de 11 à 25 ans, ainsi qu'à leurs parents et aux professionnels qui les accompagnent (éducation nationale, animation, éducation spécialisée, santé, etc.).

Les MDA mobilisent une équipe pluridisciplinaire de professionnels (psychologues, travailleurs sociaux, infirmiers, éducateurs, juristes, etc.) qui évaluent chaque situation et proposent une orientation adaptée, en prenant en compte l'ensemble des dispositifs existants sur le territoire. Elles exercent également des missions de prévention, d'éducation à la santé et de formation autour de thématiques variées telles que la santé sexuelle et reproductive, les relations affectives, la gestion des émotions, les conduites à risque, le consentement et les violences.

Autres lieux d'accueil génériques de la jeunesse

Les CRIJ (centres régionaux d'information jeunesse) et les BIJ (bureaux information jeunesse) sont des structures d'information et d'accompagnement gratuites et accessibles à tous les jeunes, conçues pour répondre à leurs questions sur la vie quotidienne. Ils constituent des points de repère de proximité, offrant des documents, des outils numériques et des entretiens individuels pour aider chaque jeune à faire des choix éclairés. Dans le domaine de la santé sexuelle, les CRIJ et les BIJ orientent les jeunes vers les ressources pertinentes du territoire. Le portail [Info-Jeunes Normandie](http://Info-Jeunes-Normandie) compile ainsi des informations pratiques sur les démarches, les dispositifs d'accès aux soins et les contacts utiles pour se soigner, se protéger et s'informer de manière autonome.

Autres acteurs ayant une mission de réduction des risques

Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) sont des structures spécialisées dans la prise en charge des personnes confrontées à des usages de substances psychoactives, et s'adressent également à leur entourage. Ils offrent un accueil gratuit, confidentiel et sans jugement, avec une approche pluridisciplinaire incluant évaluation médicale, suivi psychologique et accompagnement social. Les CSAPA proposent des soins adaptés, traitements, prévention et réduction des risques, et orientent vers des dispositifs spécialisés selon les besoins. Ils interviennent aussi sur les liens entre consommation et santé sexuelle, en facilitant l'accès à l'information, au dépistage et aux services adaptés. Leur objectif est de favoriser la santé globale, le bien-être et l'autonomie des personnes.

Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) sont des structures spécialisées dans la réduction des risques liés à l'usage de drogues, offrant un accueil anonyme, gratuit et sans jugement. Ils distribuent du matériel sécurisé, informent sur les pratiques à moindre risque et orientent vers les soins, le soutien psychosocial et la santé sexuelle. Les CAARUD accompagnent également les usagers dans leurs démarches sociales et juridiques. Ils travaillent en coordination avec les CSAPA et autres acteurs locaux pour proposer un parcours intégré de prévention, de soin et d'accompagnement. Leur objectif est de préserver la santé, la sécurité et l'accès aux droits des personnes.

Les consultations jeunes consommateurs (CJC) accompagnent les jeunes de 12 à 25 ans confrontés à des usages de substances psychoactives, ainsi que leurs familles et encadrants, dans un accueil gratuit, confidentiel et sans jugement. Elles proposent évaluation, suivi médical et psychologique, information et prévention sur les risques liés à la consommation. Les CJC assurent un accompagnement individualisé, orientant vers les dispositifs adaptés en santé, social ou insertion. Elles soutiennent également les familles par des conseils et de la médiation. L'approche est pluridisciplinaire et globale, visant à réduire les risques, prévenir les complications et favoriser l'autonomie des jeunes.

Accéder à la [cartographie des structures](#)

Acteurs associatifs avec accompagnement auprès de publics cibles

Victimes de mutilations sexuelles féminines

La Fédération nationale 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) est une association engagée dans la prévention et la lutte contre les mutilations sexuelles féminines, les mariages forcés et les violences basées sur le genre. Elle accompagne les femmes, les jeunes et les familles par des actions d'écoute, de soutien, d'orientation et d'accompagnement médico-psychosocial et juridique. GAMS mène également des actions de prévention, de sensibilisation et de formation auprès des professionnels et des publics concernés. L'association agit en réseau avec les acteurs de santé, du social, de l'éducation et de la justice pour favoriser la protection, les droits et la santé sexuelle des personnes.

Pour [contacter](#) le GAMS en région

Personnes LGBTQI+

De nombreuses associations en région accompagnent, soutiennent et informent les personnes LGBTQIA+ et leurs proches, tout en luttant contre les discriminations liées à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre. Retrouvez l'ensemble de ces associations auprès du Comité de coordination régionale en santé sexuelle (CoReSS).

Pour [contacter](#) le CoReSS en région

Personnes en situation de handicap

Pour lutter contre les violences, promouvoir la santé sexuelle et soutenir la parentalité des personnes en situation de handicap, l'État a créé, à la suite du Grenelle contre les violences conjugales en 2019, les centres ressources IntimAgir. Ces centres s'inscrivent dans la stratégie de soutien à la parentalité 2018-2022 et la stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030.

Les centres ressources IntimAgir sont des espaces (accueil téléphonique, lieu d'accueil et/ou sites internet) où chaque personne en situation de handicap, ou toute personne qui l'accompagne (aidant, professionnel), peut s'informer et être conseillée pour toutes les questions en lien avec :

- la vie intime, affective, sexuelle (promotion de façon positive) ;
- les violences sexistes et sexuelles ;
- le soutien à la parentalité.

En Normandie, le centre ressource IntimAgir est porté par l'APF France Handicap.

Pour [contacter](#) IntimAgir en région

Le RSVA (Réseau de Services pour une Vie Autonome) en Normandie est également un acteur ressource pour faciliter le parcours de santé des personnes en situation de handicap. Co-piloté avec l'ARS, il met un accent tout particulier sur la Vie Affective et Sexuelle (VAS) et l'accès aux soins, notamment à travers le dispositif phare Handigynéco. Le dispositif fait intervenir des sages-femmes formées directement au sein des structures médico-sociales pour offrir un suivi gynécologique adapté aux femmes en situation de handicap. Il combine des consultations individuelles de prévention et des ateliers collectifs sur la vie affective, la sexualité et le consentement.

En savoir plus : <https://rsva.fr/>

Par ailleurs, l'espace collaboratif régional Promotion Santé Handicap, co-animé par l'ORS-CREAI Normandie, Promotion Santé Normandie et le RSVA vise à développer une culture commune autour de la santé des personnes handicapées. Il propose notamment des formations, des webinaires, des cadres méthodologiques et des outils pour faciliter le déploiement d'actions de prévention sur la santé sexuelle (supports en Facile à Lire et à Comprendre notamment).

En savoir plus : <https://www.promotionsante-handicaps.org/>

Sites Internet ressources et numéros d'urgence

[QuestionSexualité.fr](#)

Site ayant pour objectif de répondre de manière claire, fiable et accessible à toutes les questions que peuvent se poser les personnes de tous âges et de tous horizons sur la vie affective, les relations, le corps, la sexualité, la contraception, les infections sexuellement transmissibles, le VIH, les violences sexuelles et les thématiques connexes. En complément des informations thématiques, le site propose des réponses aux questions fréquentes (FAQ), des guides pratiques, des témoignages, ainsi que des liens vers des ressources et dispositifs d'accompagnement ou de soins. Il constitue une référence en matière d'éducation à la santé sexuelle et de promotion de l'autonomie, en invitant les internautes à s'informer, à dialoguer et à faire des choix éclairés pour leur santé et leur bien-être.

[Onsexprime.fr](#)

Le site Onsexprime.fr est un portail d'information et de prévention en santé sexuelle spécialement conçu pour les adolescents et jeunes adultes. Il vise à offrir une information fiable, accessible et sans jugement sur toutes les questions que se posent les jeunes à propos du corps, de la vie affective, des relations, de la sexualité, de la contraception, des infections sexuellement transmissibles, du consentement, des émotions ou encore des stéréotypes. Le site a été pensé de manière à être à la fois éducatif et interactif avec des quiz, des vidéos, des témoignages, etc. Il oriente les jeunes vers des services de santé, des dispositifs de dépistage ou de prévention, ainsi que vers des ressources d'écoute et d'accompagnement quand ils le souhaitent.

[Sexosafe.fr](#)

Le site Sexosafe.fr est un portail d'information, de prévention et de ressources dédié à la santé sexuelle des hommes cisgenres et transgenres ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. Il vise à offrir des contenus actualisés scientifiquement, des outils pratiques, des guides et des recommandations pour accompagner les personnes dans leurs choix de prévention et de soins, tout en favorisant une culture du plaisir responsable, du respect des limites et du consentement. Le site inclut également des liens vers des dispositifs d'accompagnement, des centres de dépistage (CeGIDD), des associations locales et des ressources de santé permettant d'accéder à un soutien adapté.

[Commentonsaime.fr](#)

Ce site est une plateforme de prévention et d'information sur les relations amoureuses, la sexualité et le consentement, conçue spécifiquement pour les jeunes et les personnes LGBTQIA+. Sa mission principale est de promouvoir des relations saines tout en luttant contre les violences sexistes et sexuelles, notamment au sein du couple ou de la famille. Pour cela, le site propose des ressources pédagogiques ainsi qu'un tchat en ligne gratuit, anonyme et sécurisé, animé par des professionnels pour écouter, conseiller et orienter les victimes ou les jeunes en questionnement.

[Sida-info-service.org](#)

Le site Sida Info Service est une plateforme d'information, d'écoute, de conseil et d'orientation dédiée à toutes les questions liées au VIH, aux infections sexuellement transmissibles et à la santé sexuelle. Accessible à tous, il propose des informations fiables, à jour et neutres, qui couvrent à la fois la prévention, le dépistage, les traitements, les stratégies de réduction des risques (PrEP, traitements antirétroviraux, etc.), ainsi que des thématiques plus larges liées à la vie affective, à la prévention des violences sexuelles et à l'accès aux droits.

Sida Info Service met à disposition des internautes une large gamme de ressources : fiches explicatives, guides pratiques, actualités, témoignages, réponses aux questions fréquentes (FAQ), ainsi que des outils personnalisés d'orientation vers les services de santé ou les structures de prise en charge. Le site permet également d'accéder à un service d'écoute et de conseils par téléphone, chat ou courriel, assuré par des professionnels formés, dans une démarche de soutien sans jugement et de respect de la confidentialité.

Un numéro vert est également disponible : 0 800 840 800 (appel gratuit, confidentiel et anonyme 7j/7 de 8h à 23h).

Filsantejeunes.com

Fil Santé Jeunes est un service national gratuit et anonyme destiné aux jeunes de 12 à 25 ans. Il propose une écoute et une information fiables par téléphone, tchat et en ligne sur la santé, la vie affective et sexuelle, la contraception, les IST, le mal-être ou les relations. Les réponses sont assurées par des professionnels de santé et de l'accompagnement. Fil Santé Jeunes offre un espace bienveillant pour s'informer, être soutenu et orienté si besoin.

Également disponible par téléphone au numéro vert 0800 235 236 (accessible aux sourds et malentendants, gratuit et anonyme).

[Réseau Information Jeunesse](#)

Info Jeunes Normandie (porté par le CRIJ Normandie) est une plateforme de service public dont la mission est d'informer les jeunes de 15 à 30 ans sur tous les aspects de leur vie quotidienne, de l'orientation professionnelle au logement, en passant par la santé. En matière de santé sexuelle et affective, le site joue un rôle clé de prévention et de premier accueil en centralisant des ressources claires (droits, contraception, égalité) et en géolocalisant les structures régionales de proximité (CSS, EVARS, CPEF). À travers ses points d'accueil physiques et ses outils numériques, il permet d'orienter les jeunes Normands vers les bons interlocuteurs de manière anonyme et gratuite.

Sos-homophobie.org/ligne-ecoute

La ligne d'écoute de l'association SOS homophobie est un dispositif national, anonyme et confidentiel, dédié au soutien des personnes lesbiennes, gays, bissexuelles, transgenres, intersexes (LGBTI+) ainsi que de leurs proches. Sa mission essentielle est d'offrir un espace de parole bienveillant et sans jugement pour rompre l'isolement face aux questionnements identitaires, au coming-out ou au mal-être. Elle joue également un rôle crucial d'accueil, d'information et d'accompagnement juridique pour les victimes ou témoins de discriminations et de violences lesbophobes, gayphobes, biphobes ou transphobes.

Arretonslesviolences.gouv.fr

Ce site est la plateforme officielle du gouvernement français dédiée à la lutte contre les violences sexistes et sexuelles, les violences conjugales et les discriminations LGBTI+. Sa mission principale est d'offrir un accès direct, gratuit et anonyme à des professionnels formés (policiers, gendarmes, intervenants sociaux) via un tchat en ligne disponible 24h/24 et 7j/7. Cet outil permet aux victimes ou aux témoins d'être écoutés, conseillés, et d'entamer des démarches de mise à l'abri ou de signalement en toute sécurité, tout en centralisant des fiches pratiques et les numéros d'urgence comme le 3919 Violences Femme Info et le 0800 05 95 95 Viols Femmes Informations.

Stop-violences-conjugales-normandie.fr

Stop violences conjugales est un site internet à destination des professionnels de santé, du social, des forces de l'ordre et de la justice, ayant besoin d'orienter rapidement une personne victime de violences conjugales. Les spécialités des structures recensées sont multiples, allant du dépôt de plainte, à la consultation médico-légale, en passant par l'accompagnement psychologique.

Le site est développé par l'OR2S et l'université de Rouen (UMR CNRS IDEES) dans le cadre d'un projet conduit par la Direction régionale aux droits des femmes et à l'égalité entre les femmes et les hommes (DRDFE) de Normandie, et par l'Agence régionale de santé (ARS) de Normandie.

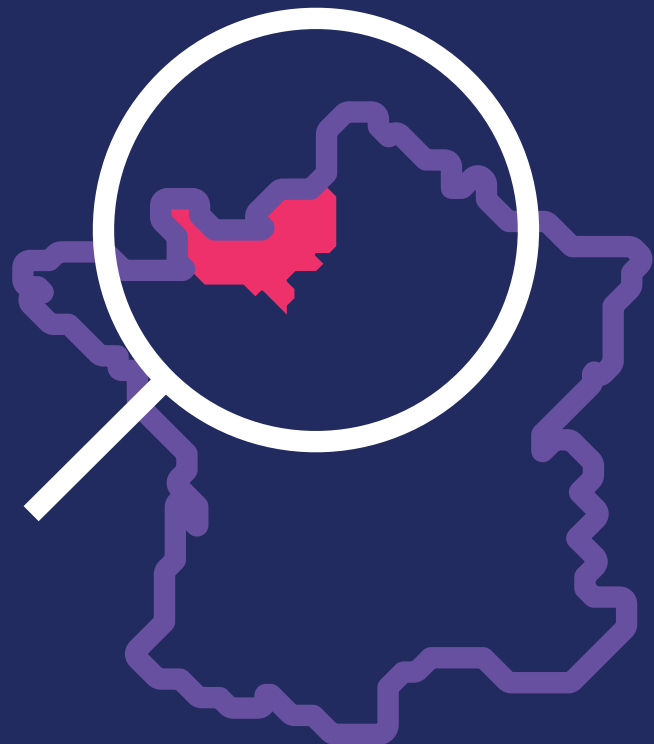
Le site est organisé en plusieurs espaces :

- Une base de données référençant plus de 1 000 structures normandes ;
- Une interface permettant de sélectionner les structures à partir des besoins de la victime ;
- Une cartographie dynamique permettant de géolocaliser les structures dans un périmètre choisi ;
- Une fiche descriptive de chaque structure imprimable et exportable ;
- Des supports d'information à imprimer pour afficher ou mettre à disposition de la patientèle et du public ;
- Des ressources d'information et de formation destinées aux professionnels.

Victimes@france-victimes.fr

Point de contact par courriel de la Fédération nationale France Victimes, qui regroupe plus de 130 associations d'aide aux victimes en France (dont plusieurs antennes en Normandie). Sa mission est d'offrir un espace d'écoute confidentiel et gratuit à toute personne s'estimant victime d'une infraction (violences sexuelles, violences conjugales, agressions, accidents, etc.), ainsi qu'à ses proches. Ce service permet d'orienter rapidement la victime vers l'association locale la plus proche de chez elle pour bénéficier d'un accompagnement personnalisé, à la fois juridique, psychologique et social. Un numéro de téléphone est également disponible : 116 006 (7 j/7 9h-19h).

Point sur la stratégie nationale santé sexuelle et sa déclinaison en région



Point sur la stratégie nationale santé sexuelle (2017-2030) et sa déclinaison en région

La stratégie nationale santé sexuelle cherche à agir sur les déterminants de la santé sexuelle et à réduire les inégalités sociales et territoriales en mobilisant des leviers interdisciplinaires et intersectoriels. L'accent est mis sur une approche globale et positive de la promotion de la santé sexuelle, intégrant des enjeux de prévention à différents niveaux. Cette démarche vise à transformer les représentations sociales sur les normes de genre, les identités de genre et l'orientation sexuelle, tout en luttant contre les inégalités sociales et culturelles liées à la santé sexuelle. L'objectif est de favoriser une sexualité autonome, sécurisée et respectueuse.

Les ARS jouent un rôle clé en intégrant les objectifs de la SNSS dans les Projets Régionaux de Santé, ainsi que les CoReSS qui succèdent aux COREVIH.

La stratégie nationale de santé sexuelle comporte les orientations stratégiques suivantes :

- **Investir dans la promotion en santé sexuelle, en particulier en direction des jeunes, dans une approche globale et positive**
 - Éduquer dès le plus jeune âge à la vie relationnelle et sexuelle dans le respect des droits humains ;
 - Améliorer l'impact des informations en santé sexuelle, en particulier chez les jeunes ;
 - Renforcer la formation en santé sexuelle des professionnels de santé et médico-sociaux et du secteur éducatif et judiciaire.
- **Améliorer le parcours de santé en matière d'IST et de VIH et les hépatites virales : Prévention, dépistage, prise en charge**
 - Renforcer et diversifier la prévention des IST et du VIH ;
 - Augmenter la couverture vaccinale des IST à prévention vaccinale ;
 - Améliorer les dépistages des IST dans une approche globale de santé sexuelle ;
 - Améliorer la prise en charge médicale des IST et du VIH ;
 - Améliorer l'accompagnement médico-social et social, favoriser l'accès aux droits et lutter contre les discriminations subies par les personnes vivant avec le VIH et les populations vulnérables.

- **Améliorer la santé reproductive**

- Garantir l'accès aux méthodes de contraception de leur choix pour les femmes et pour les hommes ;
- Réduire les grossesses non prévues et non désirées ;
- Prévenir l'infertilité chez les femmes et les hommes en fonction des déterminants comportementaux.

- **Répondre aux besoins spécifiques des populations vulnérables**

- Renforcer la prévention, le dépistage, l'accès aux droits et la prise en charge à destination des populations les plus exposées au VIH, aux hépatites et aux IST (HSH, personnes trans, migrants, personnes en situation de prostitution, personnes sous main de justice, personnes usagères de drogues, etc.) ;
- Prendre en compte la sexualité des personnes en situation de handicap et des personnes âgées ;
- Prendre en compte la sexualité des personnes ayant une maladie chronique.

- **Promouvoir la recherche, les connaissances et l'innovation en santé sexuelle**

Deux feuilles de route ont été mises en œuvre pour décliner la SNSS.

- La 1^{ère} feuille de route (2018-2020)
- La 2^{ème} feuille de route (2021-2024)

La 3^{ème} feuille de route 2026-2030 est en cours de validation.

La Normandie dans son **Projet Régional de Santé (PRS) 2023-2028** poursuit ses actions engagées en matière de santé sexuelle et met l'accent sur :

- Le renforcement de la prévention, de la promotion de la santé sexuelle et de l'éducation, en ciblant particulièrement les jeunes et les publics vulnérables. (développement des compétences psycho-sociales, sensibilisation de la population, formation des professionnels, et travail sur les déterminants sociaux et culturels (stéréotypes de genre, normes sociales).

- L'amélioration du parcours de dépistage, de prise en charge et de soins, notamment pour la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) et du VIH (déploiement des dispositifs visant à faciliter l'accès gratuit et sans ordonnance aux dépistages et encouragement à l'utilisation de la prophylaxie pré-exposition (PrEP). Ce volet s'attache à réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins en optimisant le maillage des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) et des centres de planification et d'éducation familiale, permettant ainsi une prise en charge de proximité.
- La lutte contre les violences sexuelles et les discriminations avec un accent particulier sur la structuration de la prise en charge des victimes, qu'il s'agisse de femmes, d'enfants ou de personnes en situation de handicap. Cela se traduit par le maillage territorial d'unités d'accueil pédiatrique enfants en danger (UAPED), la création d'équipes hospitalières dédiées aux victimes de violences de genre, et des actions coordonnées de sensibilisation pour lutter contre les mutilations sexuelles féminines.
- La formation des professionnels et la coordination intersectorielle. L'accent est mis sur le décloisonnement et le partenariat entre le monde sanitaire, le secteur médico-social, l'Éducation nationale, le tissu associatif local et les autorités judiciaires, afin d'offrir une prise en charge globale et fluide à chaque citoyen.



Parole d'une actrice

Parole d'une actrice

Zoé Roclin, présidente du CoReSS

Présentation du CoReSS, son activité, son cadre d'intervention

Le Comité de coordination Régional en Santé Sexuelle (CoReSS) de Normandie intervient sur l'ensemble de la région et s'intéresse à toutes les thématiques qui composent le champ de la santé sexuelle. En plaçant la personne au cœur des préoccupations, il s'agit avec cette nouvelle instance de changer de dimension et de proposer une lecture globale et complète, qui intègre les questions de l'égalité, des droits ou de l'épanouissement par exemple. Si les politiques ont longtemps été centrées sur le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH), puis sur les Infections Sexuellement Transmissibles (IST), elles s'ouvrent aujourd'hui aux réalités de terrain et aux complexités des parcours de vie.

Le CoReSS coordonne sur son territoire d'intervention les acteurs de la santé sexuelle : élus, bénévoles, professionnels de santé, mais aussi structures sanitaires, sociales et médico-sociales, institutionnelles, associatives ou collectivités, chacun et chacune peut (et doit !) apporter sa pierre à l'édifice afin de faire circuler une information juste et adaptée, d'harmoniser les pratiques bientraitantes et respectueuses et de construire des parcours plus simples et plus accessibles pour tous. Depuis la prévention, le dépistage, la vaccination ou la contraception, en passant par la santé reproductive, la lutte contre les violences sexistes et sexuelles ou la réduction des discriminations et des inégalités, le CoReSS s'implique sur des sujets variés.

Le CoReSS Normandie se distingue aussi par son audace : en souhaitant à chacun de vivre une santé sexuelle libre, positive et épanouie et qui ne se limite pas à une absence de maladie, il propose de parler sans tabou d'un sujet intime mais sérieux. En assumant le choix de l'élargissement, tant dans ses axes de travail que sa composition (près de 90 membres nommés par l'Agence Régionale de Santé [ARS] de Normandie qui représentent toutes les dimensions de la santé sexuelle en région), cette instance souhaite relever un défi simple, mais ambitieux : permettre à chacun d'accéder à une information fiable, à des soins de qualité et à une vie affective et sexuelle satisfaisante, quel que soit son âge, son parcours ou son identité !

Que signifie pour nous « être en bonne santé sexuelle » ?

La santé sexuelle englobe le corps, les émotions, les relations aux autres et le respect de ses propres choix : ces composantes doivent être toutes prises en compte pour être en « bonne santé sexuelle ». Pendant longtemps, les discours sur la sexualité ont été dominés par les risques, les interdits et la peur : dorénavant, au-delà du simple fait d'éviter les problèmes, il s'agit de créer des conditions favorables à une intimité respectueuse et sécurisée. « Être en bonne santé sexuelle », c'est donc permettre à chacun de pouvoir expérimenter, choisir, user et abuser dans un climat de confiance et de sérénité, en ayant l'assurance que ses envies, ses attentes comme ses limites seront respectées.

Concrètement, « être en bonne santé sexuelle », c'est accéder équitablement à la prévention, au dépistage, au diagnostic, à l'accompagnement, mais aussi à une information fiable et adaptée pour comprendre son corps, ses désirs et ses droits. C'est aussi pouvoir choisir si, où, quand et comment avoir des relations sexuelles, sans pression, sans contrainte et dans le respect du consentement de chacun, sur la base de relations fondées sur le respect mutuel, la communication et l'écoute. C'est enfin se sentir en confiance pour poser ses questions et parler de ses préoccupations avec des interlocuteurs bienveillants et compétents, sans discrimination liée à l'âge, au genre, à l'orientation sexuelle, à l'origine ou à la situation sociale.

Le Point de vue du CoReSS sur :

- **les relations amoureuses et l'entrée des jeunes dans la vie sexuelle :**

L'entrée dans la vie affective et sexuelle s'accompagne souvent de découvertes, d'expérimentations, mais aussi de questions et parfois d'incertitudes : si elle constitue une étape importante du parcours de vie de chacun, elle implique d'apprendre à connaître ses envies, ses limites et celles des autres avec le consentement, le respect, la communication et la confiance comme repères essentiels. Construire une relation amoureuse ou vivre ses premières expériences sexuelles oblige à développer des relations saines et équilibrées dans un environnement où les informations sur la sexualité sont pléthoriques sans pour autant être exactes : l'éducation à la santé joue ici un rôle fondamental pour accompagner les jeunes dans cette période de transition en leur permettant de disposer de renseignements fiables, de déconstruire certains stéréotypes mais aussi de faire des choix éclairés.

- **l'utilisation des différents modes de contraception :**

La contraception permet à chacun de choisir pleinement si et quand avoir un enfant, en garantissant aux individus liberté, autonomie et pouvoir d'agir sur leur propre vie : s'il existe aujourd'hui une grande multiplicité de méthodes contraceptives adaptées aux besoins, aux préférences et aux situations de vie de chacun, cette diversité représente une grande avancée en matière de droits, de choix et d'indépendance. Pourtant, ce pouvoir d'agir reste parfois fragilisé par les inégalités d'accès et, trop souvent encore, la charge contraceptive repose sur les femmes, tant dans les démarches médicales que dans la gestion quotidienne de la prévention des grossesses : cette réalité doit nous interroger sur notre capacité collective à construire une véritable responsabilité partagée au sein des relations affectives et sexuelles, qui implique toutes les parties prenantes, indépendamment de leur sexe ou de leur genre. En ce sens, promouvoir la contraception ne consiste pas seulement à présenter différentes méthodes ; c'est aussi défendre l'accès à une information fiable, lutter contre les idées reçues et encourager les choix éclairés, sans pression ni jugement : dans une société attachée à l'égalité entre tous et aux droits individuels, garantir un accès simple, gratuit et équitable à la contraception pour ceux qui le désirent demeure un enjeu majeur de justice sociale, de santé publique et d'émancipation.

- **les infections sexuellement transmissibles :**

Les infections sexuellement transmissibles (IST) restent un enjeu prioritaire de santé publique malgré les progrès réalisés dans le domaine de la prévention et des traitements. Certaines recrudescences sont actuellement particulièrement préoccupantes en France (syphilis, gonorrhée, chlamydia), témoignant d'une circulation accrue et de la nécessité de renforcer les actions auprès des populations les plus exposées : face à cette réalité, mais aussi parce que beaucoup d'IST peuvent être asymptomatiques pendant plusieurs mois voire plusieurs années, le dépistage régulier constitue un outil de prévention primordial pour les personnes sexuellement actives. Les moyens de protection, la vaccination et les stratégies de prévention combinée permettent aussi de réduire significativement les risques, mais les idées reçues, la gêne ou la peur du jugement peuvent encore freiner le recours au dépistage.

- **les violences sexistes et sexuelles :**

Les Violences Sexistes et Sexuelles (VSS) ne sont ni des faits isolés, ni des accidents de parcours : elles sont l'expression des rapports de pouvoir qui traversent encore notre société et derrière chaque agression, chaque harcèlement, chaque violence intra-familiale ou chaque atteinte au consentement se jouent des mécanismes d'inégalités profondément ancrés dont les conséquences impactent durablement la santé des victimes. Aujourd'hui, la prévention ne peut pas se limiter à sensibiliser les personnes potentiellement victimes, elle doit aussi interroger les comportements, déconstruire les stéréotypes de genre et promouvoir une culture du respect et du consentement. Le système de soin doit aussi prendre sa place dans le parcours de

reconstruction des victimes, en garantissant l'accès à une prise en charge médicale, psychologique, sociale et médico-légale dans des conditions respectueuses et sécurisées. Soutenir la parole des victimes est une responsabilité collective dont les professionnels de santé sont les garants : en premiers interlocuteurs, ils repèrent des situations, offrent une écoute bienveillante et orientent vers des dispositifs adaptés. Lutter contre les violences sexistes et sexuelles, c'est défendre, encore et toujours, le droit fondamental de chacun à disposer de son corps, à vivre ses relations sans peur et à évoluer dans une société où le respect s'impose comme norme naturelle.

- **l'offre de soins :**

Une offre de soin « de qualité » n'est pas pour autant systématiquement synonyme d'un accès effectif à la santé pour les usagers qui peuvent rencontrer des obstacles géographiques, financiers ou sociaux : ces freins sont susceptibles d'être particulièrement importants dans le champ de la santé sexuelle où les stéréotypes demeurent et où certains aspects touchent à l'intime et au confidentiel, voire au symbolique ou à la représentation. Pourtant, de nombreuses ressources existent et sont mobilisables à une échelle locale : l'enjeu est donc de rendre ces dispositifs plus visibles, d'améliorer la coordination entre ces acteurs et de faciliter leur accès pour toutes les personnes concernées. Favoriser le recours précoce aux soins permet d'améliorer la santé des publics, mais aussi de réduire les inégalités de santé tout en créant des conditions favorables pour que chacun puisse réellement y accéder, en confiance et sans obstacle.

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

La Normandie dispose d'un atout majeur pour travailler la thématique de la santé sexuelle : un réseau dense d'acteurs de proximité impliqués et compétents. L'ensemble des parties prenantes, sous la coordination d'interlocuteurs comme le CoReSS, travaillent ensemble pour développer une culture commune, partager leurs connaissances, construire des projets collaboratifs et croiser leurs regards : si la démarche est perfectible et demandera encore du temps et de l'énergie pour décloisonner les approches et ouvrir les possibles, elle peut compter sur la bonne volonté de tous, dont les 90 membres qui composent le CoReSS Normandie. La configuration géographique de la région est aussi une contrainte avec laquelle il faut composer pour déployer une stratégie d'action en santé sexuelle : prendre en compte la polarisation des territoires autour des centres urbains notamment, tout en ayant une précaution pour les nombreuses zones rurales moins densément peuplées mais aux difficultés bien réelles que compte la région, sont autant de points de vigilance à considérer pour obtenir des résultats à moyen et long terme.

Les pistes de réflexion et recommandations du CoReSS ?

La santé sexuelle est une thématique en perpétuel mouvement dont les évolutions récentes imposent à ceux qui s'y intéressent de renouveler sans cesse leurs connaissances et leurs compétences : dans ce cadre, le CoReSS a un rôle majeur à jouer en proposant à ceux qui le souhaitent d'actualiser leurs approches et de renforcer leurs coopérations pour créer les conditions favorables à une vie affective et sexuelle libre, positive et épanouie. Véritable pivot, il doit aujourd'hui mobiliser sa force, sa crédibilité et ses moyens au service d'une cause centrale : renforcer la participation des personnes concernées dans la prise de décision et la mise en œuvre des actions qui les concernent, car s'il peut favoriser le dialogue entre acteurs et soutenir la construction de réponses adaptées aux besoins, la santé sexuelle ne pourra pas devenir une réelle priorité régionale sans la contribution active et des publics et de leurs représentants.

Le CoReSS Normandie pourra donc soutenir la prévention et la promotion de la santé, faciliter le recours au dépistage et aux soins, promouvoir une culture du consentement, du respect et de l'égalité ou lutter contre les inégalités de santé, tout cela n'aura de sens que s'il apporte une attention particulière aux usagers du système de santé les plus vulnérables et/ou les plus éloignés des dispositifs, afin que les progrès réalisés bénéficient à tous et améliorent le parcours de vie de chacun.

Faits marquants en Normandie

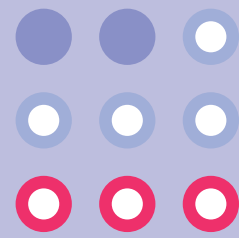
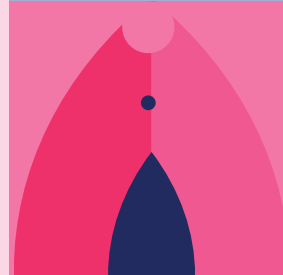
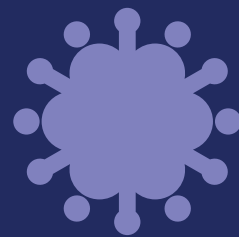


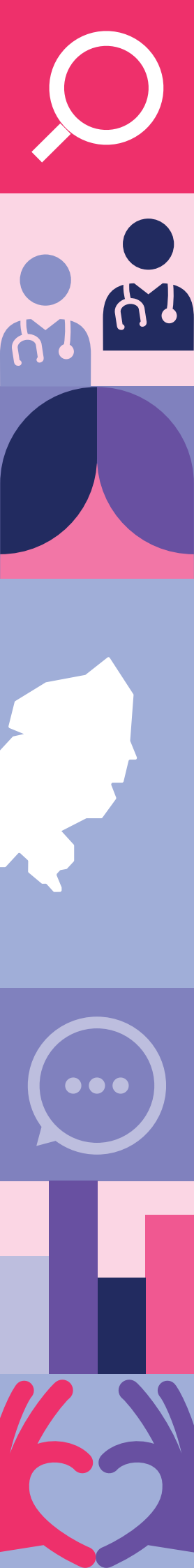
Caractéristiques socio-démographiques du territoire

- Une population qui retrouve en 2025 son niveau de 2015 et des normands âgés de 65 ans et plus désormais plus nombreux que les moins de 20 ans.
- Un taux d'activité équivalent au niveau national, mais une fragilité socio-économique plus marquée.
- Des inégalités sociales marquées entre les territoires.
- Un ralentissement important du dynamisme démographique, avec 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.

Vie affective et sexualité

- De premières relations plus jeune en moyenne chez les femmes que chez les hommes.
- Près d'un jeune sur vingt ne sachant pas définir son orientation sexuelle.
- Moins d'un étudiant sur deux déclarant être parfaitement informé sur la contraception et la protection contre les IST.
- Un niveau de méconnaissance de l'accessibilité des moyens de contraception et de protection contre les IST encore important.
- Un recours partiel à la contraception et à la protection contre les IST.
- En 2025, 39 080 Normands ont bénéficié d'au moins une délivrance de préservatifs remboursés avec un recours au préservatif en grande majorité par les plus jeunes. Un taux de délivrance de préservatifs remboursés légèrement plus élevé dans la région qu'à l'échelle nationale.
- Un recours à la pilule pour près d'une femme de 15 à 54 ans sur quatre. En moyenne, au cours des huit dernières années, le taux de recours à la pilule a reculé, de l'ordre de 14 % en Normandie. Cette baisse cache des disparités avec une hausse du recours aux pilules microprogestatives, mais une baisse du recours aux pilules combinées.
- Un recours au stérilet légèrement plus élevé en Normandie et également plus élevé entre 25 et 39 ans.
- Moins de deux femmes sur cent ont eu une délivrance d'implant en 2025, soit un taux légèrement supérieur en Normandie qu'en France. Une hausse du recours à l'implant chez les plus jeunes, observée en Normandie mais pas à l'échelle nationale.
- Le recours à la stérilisation à visée contraceptive est plus fréquent chez les hommes que chez les femmes et est du même ordre de grandeur en Normandie qu'en France hexagonale. Une hausse importante du recours à la vasectomie au cours du temps.
- Un recours à la contraception d'urgence pour plus d'une jeune femme sur dix entre 15 et 24 ans. Une forte hausse du recours à la contraception d'urgence depuis plusieurs années.
- Au moins une IVG dans l'année pour plus d'une femme sur cinquante entre 21 et 30 ans. Un taux de recours légèrement plus faible qu'au plan national et qui varie selon l'âge. Un peu plus d'une IVG sur six chirurgicale et plus de deux IVG médicamenteuses sur cinq réalisées par des sages-femmes.





Pathologies liées à la sexualité

IST et Hépatites

- Des taux de dépistage et de diagnostic de la chlamydia en augmentation, particulièrement chez les femmes.
- Des dépistages de la gonorrhée en majorité chez les femmes de 15 à 49 ans, des diagnostics en majorité chez les femmes et les hommes de 15 à 24 ans.
- Un dépistage de la syphilis en augmentation, des diagnostics plus fréquents chez les hommes.
- En 2025, parmi les 9 500 personnes accueillies par les CeGIDD (file active stable), un taux de positivité :
 - ◊ de la chlamydia en baisse,
 - ◊ de la gonorrhée stable et inférieur à celui observé au plan national,
 - ◊ de la syphilis en légère hausse,
 - ◊ de l'hépatite B en augmentation,
 - ◊ de l'hépatite C stable.

VIH/Sida

- Une amélioration progressive du taux de dépistage des infections à VIH.
- Un dispositif VIHTest puis Mon Test IST bien implanté depuis 2022.
- Une offre de dépistage complétée par les TROD et autotests.
- Une part des découvertes de séropositivité à un stade encore trop tardif.
- 9 diagnostics de SIDA en Normandie en 2024, poursuivant sa baisse depuis 2022.
- 80 nouveaux diagnostics VIH posés dans les CeGIDD normands, avec un taux de positivité nettement supérieur au taux observé dans les laboratoires de ville en France montrant l'intérêt du ciblage. Un dépistage tardif plus fréquent en Normandie qu'au plan national.
- Une forte croissance du nombre de consultations PrEP avec une forte prédominance des masculines (92 %).



Violences sexistes et sexuelles

- Une hausse marquée des violences sexuelles non physiques, portées par les jeunes et les femmes en France.
- Des violences sexuelles physiques également en hausse, avec des victimes majoritairement jeunes et féminines.
- 132 300 victimes de violences sexuelles enregistrés par les forces de sécurité en 2025 en France, en augmentation depuis 2016.
- En Normandie, 6 498 victimes de violences sexuelles enregistrées en 2024, soit un taux de victime légèrement supérieur à la moyenne nationale.
- En France, 125 000 victimes de mutilations sexuelles estimées en France.



Offre et recours aux soins et à la prévention

- Une densité moindre de médecins généralistes en Normandie qu'en France hexagonale avec une diminution de la densité de médecins généralistes dans toute la région, hormis dans le Calvados.
- La Normandie au quatrième rang des régions de France les moins bien dotées en gynécologues et une baisse de la densité de gynécologues partout sauf dans l'Orne.
- Une densité de sages-femmes du même ordre qu'à l'échelle nationale mais avec le département français le moins bien doté : l'Eure. Toutefois, une hausse de la densité de sages-femmes au cours du temps.
- Une densité de pharmaciens comparable à l'échelle nationale avec une situation défavorable dans l'Orne et une situation qui évolue peu.
- Près de neuf Normands sur dix ont vu un médecin généraliste en 2024 avec une variation importante entre les départements reflétant la répartition de la densité de médecins généralistes sur le territoire.
- Bien plus de recours aux gynécologues dans le Calvados.
- Une consultation chez une sage-femme en 2024 pour plus d'une femme de 15 ans et plus sur huit.
- Un renoncement aux soins au cours de l'année chez plus d'un jeune sur dix.
- Près de 26 000 consultations de contraception et de prévention réalisées en Normandie en 2024.
- Une augmentation du recours aux soins liés à la fertilité en Normandie avec une dynamique plus marquée pour les traitements de stimulation ovarienne que pour les examens masculins.
- Un objectif de vaccination contre l'hépatite B quasiment atteint.
- Une vaccination contre l'Infection aux papillomavirus humains (HPV) qui progresse.
- Une augmentation du dépistage du cancer du col de l'utérus en Normandie depuis 2021 avec des disparités territoriales notables.



Biblio— graphie

Enquêtes régionales auprès des étudiants normands

Couvreur M, Levêque-Morlais N, Pfister J, Yon A. *Enquête santé des étudiants normands, Zoom sur la santé sexuelle, Résultats 2024-2025*. ORS-CREAI Normandie et OR2S. 2026. 20 p.

https://orscreainormandie.org/nos_derniers_travaux/enquete-sante-des-etudiants-normands-etat-de-sante-et-comportements-analyse-selon-le-niveau-detudes-et-zoom-sur-la-sante-sexuelle-resultats-2024-2025/

https://www.or2s.fr/images/SanteEtudiants2025_SyntheseThem_20260402.pdf

Couvreur M, Levêque-Morlais N, Pfister J, Yon A. *Enquête santé des étudiants normands, État de santé et comportement selon le niveau d'études, Résultats 2024-2025*. ORS-CREAI Normandie et OR2S. 2026. 20 p.

https://orscreainormandie.org/nos_derniers_travaux/enquete-sante-des-etudiants-normands-etat-de-sante-et-comportements-analyse-selon-le-niveau-detudes-et-zoom-sur-la-sante-sexuelle-resultats-2024-2025/

https://www.or2s.fr/images/SanteEtudiants2025_Synthese_20260402.pdf

Enquête régionale auprès des jeunes scolarisés en MFR

Couvreur M, Delamontagne A, Campart R, Ferry M. *Enquête auprès des jeunes scolarisés en MFR en Normandie, État de santé et comportement, Année scolaire 2024-2025*. OR2S, ARS, DRAAF et MFR. 2025. 28p.

https://www.or2s.fr/images/RapportMFR_20242025_vf.pdf

Enquête régionale auprès des jeunes accompagnés par les missions locales

Levêque-Morlais N, Broudin E, Yon A. *Enquête santé en mission locale, zoom sur la santé sexuelle*. ORS-CREAI Normandie. 2022. 44 p.

https://orscreainormandie.org/nos_derniers_travaux/enquete-sante-en-mission-locale-2021/

Observation des violences sexistes et sexuelles

Miprof. La Lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes. Système prostitutionnel. Mison interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains. Lettre N°24 d'avril 2025. 52 p.

https://arretonslesviolences.gouv.fr/sites/default/files/2025-04/Lettre%2024%20de%20l%27Observatoire%20national%20des%20violences%20faites%20aux%20femmes_syst%C3%A8me%20prostitutionnel_VF2.pdf

SSMSI. *Victimes de violences physiques et sexuelles enregistrées : en hausse en 2025, en particulier pour les violences physiques envers les mineurs*. Interstats Analyse n°80. Statistique publique de la sécurité intérieure. 2026. 10 p.

<https://mobile.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Victimes-de-violences-physiques-et-sexuelles-enregistrees-en-hausse-en-2025-en-particulier-pour-les-violences-physiques-envers-les-mineurs>

SSMSI. *Atlas départemental de la délinquance enregistrée en 2024*. Edition juillet 2025. Statistique publique de la sécurité intérieure. 2025. 339 p.

<https://mobile.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Atlas-departemental-de-la-delinquance-enregistree-en-20242>

SSMSI. *Vécu et ressenti en matière de sécurité, Victimation, délinquance et sentiment d'insécurité*. Rapport d'enquête. Edition 2024. Statistique publique de la sécurité intérieure. 2025. 49 p.

<https://www.interieur.gouv.fr/documentation/etudes-et-statistiques/vecu-et-ressenti-en-matiere-de-securite-victimation-delinquance-et-sentiment-dinsecurite-rapport.html>

UNICEF. *Female Genital Mutilation: A global concern (Les mutilations génitales féminines : un problème mondial)*. 2024. 28 p.

<https://data.unicef.org/resources/female-genitalmutilation-a-global-concern-2024/>

Equality Now, FGM European Network et U.S. End FGM/C Network. *Le moment est venu : Mettons fin aux mutilations génitales féminines/l'excision (MGF/E)*. Février 2025. 80 p.

https://endfgm.eu/editor/files/2025/02/The_Time_is_Now_End_Female_Genital_MutilationCutting_An_Urgent_Need_for_Global_Response_2025_FRENCH.pdf

Surveillance du VIH et des IST bactériennes en France

Bulletin. *Surveillance du VIH et des IST bactériennes en France en 2023*. Édition nationale. Saint-Maurice : Santé publique France, 11 octobre 2024. 35 p.

https://www.cnr-ist.fr/ressources/editeur/bullreg_vih_ist_2023_20241011.pdf

Base de données CeGIDD Normandie - SSP®

Logiciel SSP® (Système de Surveillance des CeGIDD). *Registres des consultations et dépistages CeGIDD de Normandie*.

Base de données file active VIH Normandie - Nadis®

Logiciel Nadis® (Dossier médical informatisé - Maladies chroniques infectieuses). *File active des patients suivis pour le VIH en Normandie*.

Dépistage VIH - 1 fois dans la vie, 15-70 ans (population générale)

Haute Autorité de Santé. *Dépistage de l'infection par le VIH en France : stratégies et dispositif de dépistage*. Recommandation en santé publique. HAS, octobre 2009.

https://www.has-sante.fr/jcms/c_866949/fr/depistage-de-l-infection-par-le-vih-en-france-strategies-et-dispositif-de-depistage

Dépistage VIH répété (HSH, multipartenaires, UDI) - réévaluation 2017

Haute Autorité de Santé. *Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France*. HAS, mars 2017.

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2024411/fr/reevaluation-de-la-strategie-de-depistage-de-l-infection-a-vih-en-france.

Dépistage Chlamydia trachomatis - femmes de 15 à 25 ans

Haute Autorité de Santé. *Réévaluation de la stratégie de dépistage des infections à Chlamydia trachomatis*. HAS, octobre 2018.

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2879401/fr/reevaluation-de-la-strategie-de-depistage-des-infections-a-chlamydia-trachomatis

Dépistage cancer du col de l'utérus - frottis 25-65 ans

Institut National du Cancer (INCa) / HAS. *Programme national de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus*. Généralisé depuis 2018.

<https://www.cancer.fr/professionnels-de-sante/prevention-et-depistages/depistage-et-detection-precoce/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/le-programme-de-depistage-organise>

HAS - Dépistage col utérin / Test HPV-HR

Haute Autorité de Santé (HAS). *Dépistage du cancer du col de l'utérus : le test HPV-HR recommandé chez les femmes de plus de 30 ans*. HAS ; 2020 (mise à jour).

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3192618/fr/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-le-test-hpv-hr-recommande-chez-les-femmes-de-plus-de-30-ans

ECDC - Surveillance du VIH en Europe

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) / WHO Regional Office for Europe. *HIV/AIDS Surveillance in Europe 2025 – données 2024*. Stockholm : ECDC ; novembre 2025.

<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/hiv-aids-surveillance-europe-2024-2023-data>

EPI-PHARE - Suivi de l'utilisation de la PrEP en France :

Billioti de Gage S., Desplas D., Dray-Spira R. *Suivi de l'utilisation de Truvada® ou génériques pour une PrEP au VIH - Actualisation des données jusqu'au 30 juin 2024*. GIS EPI-PHARE (ANSM-CNAM) ; décembre 2024.

<https://www.epi-phare.fr/rapports-detudes-et-publications/prep-vih-2024/>

Rapport Delobel - Recommandations VIH/IST/hépatites

Delobel P. (dir.). *Recommandations de prise en charge du VIH, des hépatites virales et des IST - Rapport d'experts 2023-2025*. ANRS Maladies Infectieuses Émergentes / Conseil National du Sida / HAS. Chapitres disponibles depuis 2024.

<https://cns.sante.fr/dossiers/dossier-experts/rapport-experts-2023>

SFLS - PrEP (recommandations et ressources)

Société Française de Lutte contre le Sida (SFLS). Ressources et recommandations sur la PrEP.

<https://www.sfls.fr/ressources/Biblio-SFLS/tags.asp?ID=115>

SFLS. Prophylaxie Pré-Exposition au VIH par cabotégavir (APRETUDE®) - Fiche praticien. Version mise à jour février 2026.

<https://www.sfls.fr/ckfinder/userfiles/files/NEW/ressources/SFLS-fiche-traitement-VF-Print.pdf>

Glossaire

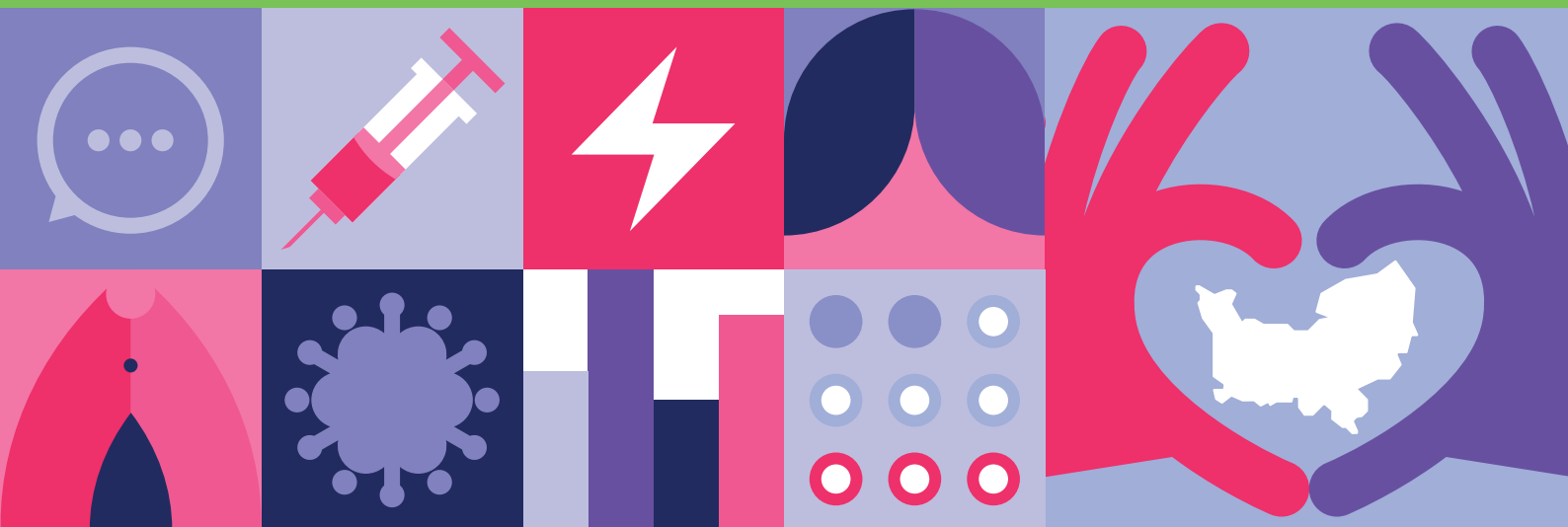


ACT	Appartements de coordination thérapeutique
ARS	Agence régionale de santé
BIJ	Bureau information jeunesse
BUT	Bachelor universitaire de technologie
CAARUD	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
CDI	Contrat à durée indéterminée
CeGIDD	Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic
CJC	Consultation jeunes consommateurs
CNRS	Centre national de la recherche scientifique
CoReSS	Comité régional de santé sexuelle
CPEF	Centre de planification et d'éducation familiale
CRIJ	Centre régional d'information jeunesse
CSAPA	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSS	Centre de santé sexuelle
Ct	<i>Chlamydia trachomatis</i>
DIU	Dispositif intra-utérin
EDI	<i>European deprivation index</i>
EVARS	Espaces vie affective, relationnelle et sexuelle
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
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
Iris	Illet regroupé pour l'information statistique
IST	Infection sexuellement transmissible
IVG	Interruption volontaire de grossesse
LAM	Lits d'accueil médicalisés
LGBTQIA+	Lesbienne, gay, bisexuel-le, trans, queer, intersexe, asexuel-le, autres
LHSS	Lits halte soins santé
MDA	Maisons des adolescents
MFR	Maisons familiales et rurales
OMS	Organisation mondiale de santé
OR2S	Observatoire régional de la santé et du social
ORS-CREAI	Observatoire régional de santé – Centre régional d'études, d'actions et d'informations
PMI	Protection maternelle et infantile
PrEP	Prophylaxie pré-exposition
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
SIDA	Syndrome de l'immunodéficience acquise
SNDS	Système national des données de santé
SNSS	Stratégie nationale de santé sexuelle
SO	Signalement obligatoire
TAAN	Technique d'amplification des acides nucléiques
TROD	Tests rapides d'orientation diagnostique
UAPED	Unité d'accueil pédiatrique enfant en danger
UMJ	Unité médico-judiciaire
UMR	Unité mixte de recherche
VAS	Vie affective et sexuelle
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine



Ce diagnostic dresse un état des lieux de la santé sexuelle en Normandie à partir de données récentes, d'études et de témoignages d'acteurs de terrain. Il met en lumière les principaux enjeux régionaux, les évolutions observées et les défis à relever en matière de prévention, de parcours de soins et d'accompagnement.

Conçu comme un outil d'aide à la décision, ce document s'adresse aux décideurs, professionnels, institutions et partenaires engagés dans la promotion de la santé sexuelle. Il vise à nourrir la réflexion collective et à accompagner le déploiement de politiques publiques adaptées aux réalités du territoire normand.



CoReSS Normandie

Cour Leschevin - Porte 24 - Hôpital Charles Nicolle - 1 rue de Germont - 76031 ROUEN Cedex

coress.coordination@chu-rouen.fr