

## VIH et IST bactériennes

Date de publication : 23 octobre 2025

ÉDITION NATIONALE

# Surveillance du VIH et des IST bactériennes en France en 2024

## SOMMAIRE

|                                                        |    |
|--------------------------------------------------------|----|
| Introduction .....                                     | 1  |
| Points clés .....                                      | 2  |
| Infections à VIH / sida .....                          | 4  |
| Surveillance des IST bactériennes .....                | 16 |
| Discussion – Conclusion .....                          | 29 |
| Prévention .....                                       | 33 |
| Annexe 1. Dispositifs de surveillance .....            | 36 |
| Annexe 2. Méthodes de correction et d'estimation ..... | 39 |

## Introduction

Santé publique France produit chaque année, en amont de la « Journée mondiale de lutte contre le sida », des indicateurs actualisés permettant de décrire la situation épidémiologique de l'infection par le VIH et des infections sexuellement transmissibles (IST) bactériennes en France. Ces indicateurs sont issus de différents systèmes de surveillance auxquels participent biologistes et cliniciens, sur une base obligatoire ou volontaire, ainsi que du système national des données de santé (SNDS) géré par l'assurance maladie. À partir des indicateurs de surveillance, d'autres indicateurs clés pour le suivi de l'épidémie à VIH ont été estimés : l'incidence (nombre de nouvelles contaminations), le nombre de personnes ignorant leur séropositivité, les délais au diagnostic. Une actualisation de la cascade de soins du VIH est également présentée.

Ce Bulletin national intègre des données régionales sous forme de cartes. Des tableaux de bord régionaux plus détaillés, destinés notamment aux partenaires locaux, sont par ailleurs produits par les cellules régionales de Santé publique France. Ce Bulletin présente également la campagne de prévention diffusée autour du 1<sup>er</sup> décembre.

Deux annexes à la fin de ce Bulletin décrivent d'une part les dispositifs de surveillance dont sont issus les indicateurs présentés, et d'autre part les méthodologies utilisées pour corriger les données de la surveillance du VIH et produire les estimations des indicateurs clés.

## Points clés

### Infection à VIH et sida

- Le nombre de sérologies VIH réalisées par les laboratoires de biologie médicale continue à augmenter. En 2024, il est estimé à 8,5 millions. Les sérologies réalisées sans ordonnance et sans avance de frais représentent 20% de l'ensemble des sérologies réalisées en 2024. Depuis son élargissement aux IST en septembre 2024, le nombre mensuel de jeunes de moins de 25 ans testés pour le VIH via ce dispositif a doublé.
- Environ 5 100 personnes ont découvert leur séropositivité VIH en 2024. Ce nombre semble se stabiliser après l'augmentation observée entre 2020 et 2023.
- Plus de la moitié (56%) des personnes découvrant leur séropositivité en 2024 étaient nées à l'étranger. Parmi elles, 43% ont été contaminées après leur arrivée en France. Comme pour l'ensemble des découvertes de séropositivité, l'évolution des découvertes chez les personnes nées à l'étranger est marquée par une diminution en 2020 suivie d'une reprise de l'augmentation jusqu'en 2023.
- Les modes de contamination les plus fréquents chez les personnes diagnostiquées en 2024 étaient les rapports hétérosexuels (53%) suivis des rapports sexuels entre hommes (42%). Les personnes trans contaminées par des rapports sexuels représentaient 2% des découvertes et les usagers de drogues injectables (UDI) 1%. Les contaminations mère-enfant (1%) concernaient en majorité des enfants nés en Afrique subsaharienne.
- Chez les HSH (hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes), la stabilisation du nombre de découvertes depuis 2022 marque une rupture avec les tendances observées précédemment, avec une diminution régulière chez les HSH nés en France et une augmentation chez ceux nés à l'étranger.
- L'épidémie reste marquée par une situation particulièrement préoccupante en Guyane, et dans une moindre mesure à Mayotte, aux Antilles et en Île-de-France.
- En 2024, 43% des infections à VIH ont été découvertes à un stade tardif, dont 27% au stade avancé. Cette proportion, bien qu'en diminution depuis 2020, caractérise particulièrement les opportunités manquées de dépistage et de mise sous traitement.

Les progrès dans la lutte contre l'infection à VIH en France sont nombreux, comme en témoigne la cascade de soins de 2023 : 94% des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) étaient diagnostiquées, parmi elles 96% étaient sous traitement antirétroviral, avec une charge virale indétectable (au seuil de 200/mm<sup>3</sup>) pour 97% d'entre elles. Toutefois, l'incidence des contaminations par le VIH ne diminue plus et s'est stabilisée à 3 400 cas depuis 2023. Le nombre de personnes vivant avec le VIH non encore diagnostiquées est estimé à environ 9 700 en 2024, malgré une diminution par rapport à 2023. Ces indicateurs soulignent la nécessité de poursuivre les efforts pour mieux répondre aux besoins des populations et des territoires les plus exposés, en déclinant les mesures de prévention combinée selon une approche d'universalisme proportionné, afin d'atteindre l'objectif d'élimination de l'infection par le VIH fixé par la stratégie nationale de santé sexuelle.

## IST bactériennes

- En 2024, 3,4 millions de personnes ont été dépistées de l'infection à *Chlamydia trachomatis*, 3,7 millions de personnes pour la gonococcie et 3,7 millions de personnes pour la syphilis, selon les données de l'assurance maladie. De plus, 306 000 dépistages de l'infection à *Chlamydia trachomatis*, 305 000 dépistages de gonococcie et 285 000 dépistages de la syphilis ont été réalisés gratuitement dans les CeGIDD (centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles, incluant le VIH). Les taux de dépistage des trois IST bactériennes ont continué à augmenter entre 2022 et 2024 (+30% pour les infections à *Chlamydia trachomatis*, +26% pour les gonococcies et +20% pour la syphilis), avec une augmentation plus marquée chez les hommes (respectivement +34%, +37% et +29%).
- En 2024, environ 61 100 personnes ont eu un diagnostic d'infection à *Chlamydia trachomatis*, 25 800 de gonococcie, et 6 500 de syphilis, selon l'assurance maladie. Dans les CeGIDD, 22 200 infections à *Chlamydia trachomatis*, 13 500 gonococcies et 2 500 syphilis ont également été diagnostiquées. Les taux d'incidence des diagnostics d'IST poursuivent leur augmentation depuis 2022, avec :
  - pour les gonococcies, une augmentation plus forte (+35%), notamment chez les hommes (+ 40%) ;
  - pour *Chlamydia trachomatis*, un taux d'incidence qui a le plus fortement augmenté entre 2023 et 2024 chez les jeunes de 15 à 25 ans (+13% chez les femmes et +21% chez les hommes) ;
  - pour la syphilis (+ 12%), une augmentation plus forte chez les femmes que chez les hommes (+24% vs +10%).
- Les HSH restent majoritaires parmi les cas de syphilis, mais l'augmentation du nombre de cas chez les femmes doit alerter sur le risque de transmission mère-enfant ;
- Ces diagnostics d'IST étaient plus fréquents dans les DROM, avec des taux particulièrement élevés en Guyane, et plus fréquents en Île-de-France, comparativement au reste de l'hexagone.

Les nombreux progrès du dépistage ces dernières années, incluant le remboursement des PCR pour la recherche des IST majeures, des dispositifs tels que l'accès au dépistage sans ordonnance, et les tests hors-les-murs, ont contribué à l'augmentation des diagnostics. Néanmoins, les estimations encore très élevées de la prévalence de ces IST issues de l'étude PreVIIST, confirment l'impératif d'un dépistage régulier et la protection des rapports par le préservatif, mesures incontournables pour contrôler la transmission de ces IST.

## Infections à VIH / sida

### Dépistage de l'infection par le VIH

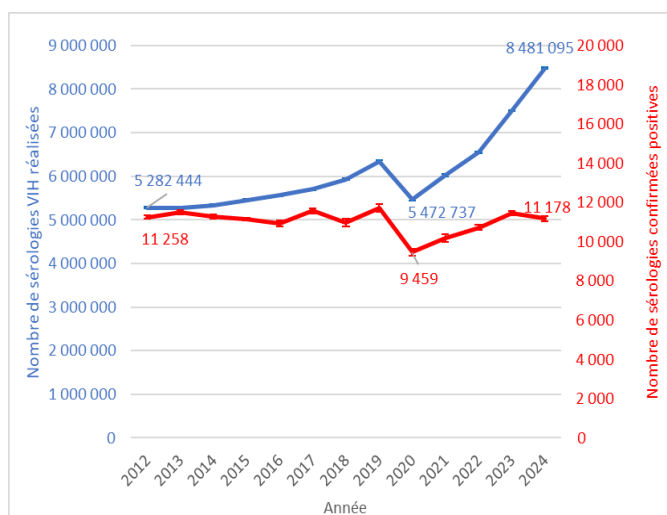
Sur la base d'un taux de participation des laboratoires de biologie médicale à l'enquête LaboVIH, passé depuis 2021 de 68% à 88%, le nombre total de sérologies VIH réalisées en France en 2024 a été estimé à 8,48 millions [IC95% : 8,46-8,50]. Ce nombre a augmenté de 13% par rapport à 2023 (7,5 millions) et de 41% par rapport à 2021 (Figure 1). En 2024, 2,3% des sérologies ont été réalisées dans un cadre anonyme, pourcentage similaire à celui de 2023 et légèrement inférieur à celui de 2021 (3,1%).

L'activité de dépistage France entière, qui est de 124 sérologies pour 1 000 habitants en 2024, varie selon les régions (Figure 2). Les niveaux de dépistage les plus élevés sont observés en Guyane, Martinique et Guadeloupe, avec plus de 200 tests pour 1 000 habitants. Le taux de dépistage est supérieur à la moyenne nationale dans 5 autres régions : La Réunion, l'Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA), l'Occitanie et la Nouvelle-Aquitaine.

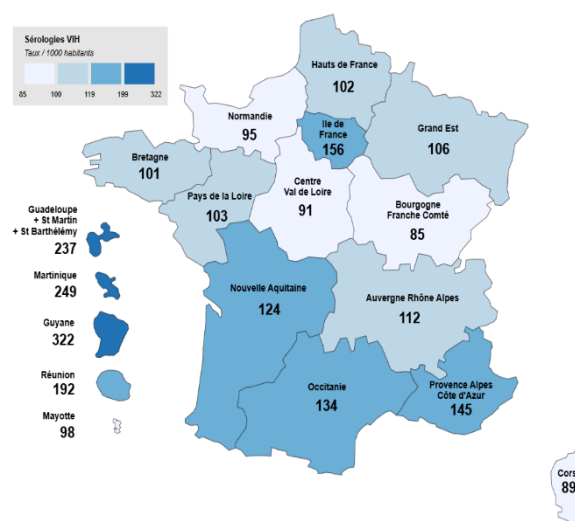
Le nombre de sérologies confirmées positives en 2024 a été estimé à 11 178 [IC95% : 11 042-11 314]. Ce nombre comprend à la fois des découvertes de séropositivité et des sérologies réalisées chez des personnes déjà connues comme positives. Il est légèrement inférieur (-2%) à celui de 2023, mais il représente une augmentation de 10% par rapport à 2021 (Figure 1). En 2024, 3,1% des sérologies positives ont été réalisées dans un cadre anonyme, versus 3,9% en 2021.

En 2024, le taux de positivité était de 1,3 pour 1 000 sérologies réalisées, ce taux ayant régulièrement diminué au cours du temps (1,7 en 2021, 1,5 en 2023). Comme les années précédentes, le taux de positivité était plus élevé pour les sérologies anonymes (1,8 pour 1 000).

**Figure 1. Nombre de sérologies VIH réalisées et nombre de sérologies confirmées positives, France, 2012-2024**



**Figure 2. Taux de sérologies VIH réalisées par région du laboratoire (pour 1 000 habitants), France, 2024**

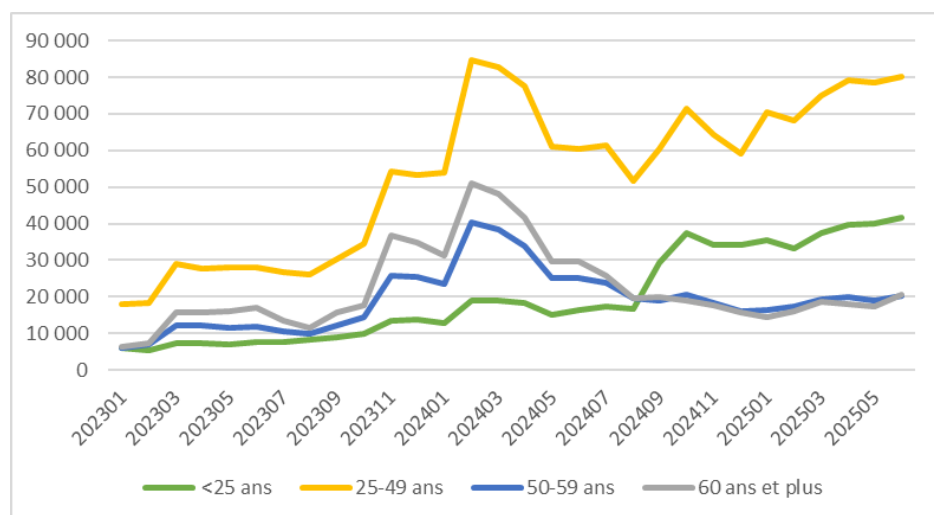


Source : Santé publique France, LaboVIH, données corrigées  
Données de population au 1<sup>er</sup> janvier, Insee 24/12/2024

Le nombre de sérologies faisant l'objet d'un remboursement individuel (donc hors hospitalisation publique et sérologies en CeGIDD, PASS, PMI, etc.), issu du SNDS, augmente un peu plus rapidement (+17% par rapport à 2023) que l'ensemble des sérologies recensées dans LaboVIH (+13%). En 2024, 7,06 millions de sérologies VIH ont été remboursées par l'assurance maladie et 6,00 millions de personnes ont bénéficié d'au moins une sérologie remboursée dans l'année.

Ces données incluent les sérologies réalisées sans ordonnance et sans avance de frais depuis janvier 2022 en laboratoire de biologie médicale (« VIH test »), dispositif élargi à 4 autres IST depuis septembre 2024 (« Mon test IST »). En 2024, 1,71 million de sérologies VIH ont été réalisées dans le cadre de ces dispositifs, soit 20% de l'ensemble des sérologies. Ce nombre a augmenté de +103% par rapport à 2023. L'augmentation globale du nombre de sérologies VIH est donc portée principalement par celle des sérologies sans prescription. La répartition par âge des bénéficiaires a varié en cours d'année : diminution du nombre de sérologies chez les plus de 25 ans à partir de mai, puis augmentation chez les moins de 50 ans, plus marquée chez les moins de 25 ans en septembre avec l'introduction de « Mon test IST » (Figure 3). Les sérologies chez les moins de 25 ans concernent quasi exclusivement (97%) des personnes de 18 à 24 ans.

**Figure 3. Nombre de sérologies VIH réalisées sans prescription selon l'âge des bénéficiaires et le mois du test, France, 01/2023-17/2025**



Source : SNDS, dispositifs « VIH test » puis « Mon test IST », extraction Cnam septembre 2025

L'offre de dépistage inclut également les ventes d'autotests VIH par les pharmacies, incluant les ventes en ligne (près de 48 000, en diminution de -12% par rapport à 2023) et les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) réalisés en milieu communautaire avec un taux de positivité de 8,7 pour mille tests. En 2024, environ 50 000 TROD VIH avaient ainsi été réalisés.

## Découvertes de séropositivité VIH

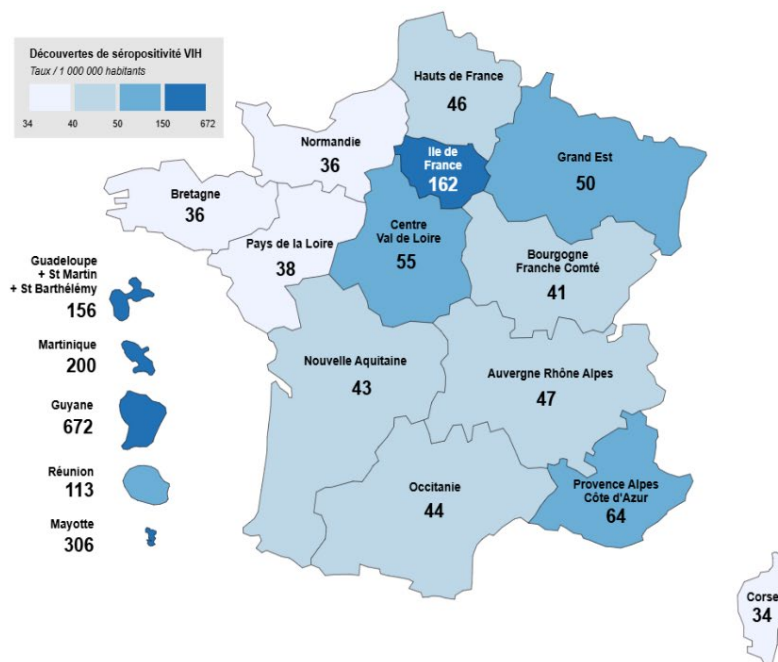
L'exhaustivité du signalement obligatoire (SO) du VIH en 2024 est estimée à 72%, beaucoup plus élevée pour les sérologies confirmées positives à l'hôpital (86%) que pour celles confirmées en ville (37%). Par rapport à 2023, l'exhaustivité du SO est en hausse à l'hôpital (86% vs 79%) mais pas en ville (37% vs 41%). L'exhaustivité globale est stable : 72% vs 71% en 2023.

À partir de 3 749 découvertes de séropositivité en 2024 déclarées au 30 juin 2025, le nombre total de personnes ayant découvert leur séropositivité VIH en 2024 a été estimé à 5 125 [IC95% : 5 003-5 247]).

## Taux de découvertes de séropositivité

En 2024, le taux de découvertes de séropositivité est de 75 par million d'habitants en France. Comme les années précédentes, la Guyane présente un taux beaucoup plus élevé que toutes les autres régions françaises (Figure 4). Par ordre décroissant, on observe ensuite les taux les plus élevés à Mayotte, en Martinique, en Île-de-France et en Guadeloupe.

**Figure 4 Taux de découvertes de séropositivité VIH par région de domicile (par million d'habitants), France, 2024**



Source : Santé publique France, DO VIH, données au 30 juin 2025 corrigées pour tenir compte de la sous-déclaration, des délais de déclaration et des déclarations incomplètes

Données de population au 1<sup>er</sup> janvier, Insee 24/12/2024

## Caractéristiques des découvertes de séropositivité en 2024

Les personnes ayant découvert leur séropositivité en 2024 avaient un âge médian de 36 ans, plus de la moitié (56%) étaient nées à l'étranger et plus de la moitié (53%) avaient été contaminées lors de rapports hétérosexuels. Leurs principales caractéristiques sont décrites dans le tableau 1.

**Tableau 1. Caractéristiques des personnes ayant découvert leur séropositivité en 2024, France**

|                              |                                                   | n            | IC 95%          | %   |
|------------------------------|---------------------------------------------------|--------------|-----------------|-----|
| <b>Genre</b>                 | Femmes cis                                        | <b>1 549</b> | [1 478 - 1 620] | 30% |
|                              | Hommes cis                                        | <b>3 478</b> | [3 374-3 582]   | 68% |
|                              | Personnes trans                                   | <b>98</b>    | [80-116]        | 2%  |
| <b>Âge au diagnostic</b>     | 0-14 ans                                          | <b>30</b>    | [20-41]         | 1%  |
|                              | 15-17 ans                                         | <b>86</b>    | [70-101]        | 2%  |
|                              | 18-24 ans                                         | <b>610</b>   | [567-653]       | 12% |
|                              | 25-49 ans                                         | <b>3 280</b> | [3 181-3 380]   | 64% |
|                              | 50 ans et +                                       | <b>1 118</b> | [1 057-1 180]   | 22% |
| <b>Pays de naissance</b>     | France                                            | <b>2 257</b> | [2 162-2 352]   | 44% |
|                              | Afrique subsaharienne                             | <b>1 881</b> | [1 802-1 961]   | 37% |
|                              | Amériques                                         | <b>306</b>   | [266-346]       | 6%  |
|                              | Europe                                            | <b>254</b>   | [224-284]       | 5%  |
|                              | Autres                                            | <b>427</b>   | [382-471]       | 8%  |
| <b>Mode de contamination</b> | Rapports hétérosexuels                            | <b>2 723</b> | [2 628-2 817]   | 53% |
|                              | Rapports sexuels entre hommes                     | <b>2 142</b> | [2 059-2 226]   | 42% |
|                              | Rapports sexuels (pour les personnes transgenres) | <b>96</b>    | [78-114]        | 2%  |
|                              | Usage de drogues injectables                      | <b>70</b>    | [53-87]         | 1%  |
|                              | Autres                                            | <b>94</b>    | [76-113]        | 2%  |

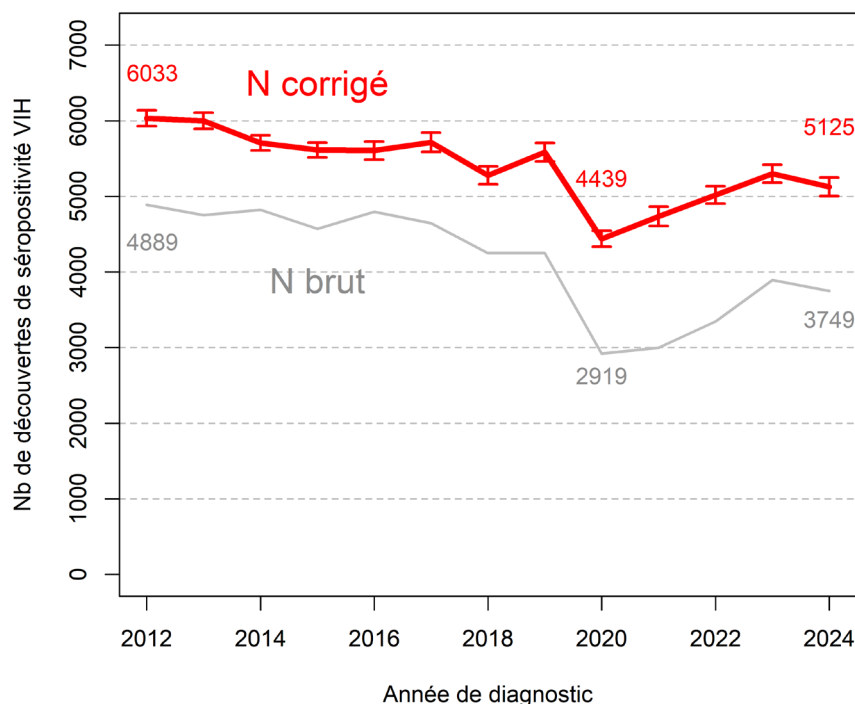
Source : Santé publique France, SO VIH, données au 30/06/2025 corrigées pour tenir compte de la sous-déclaration, des délais de déclaration et des déclarations incomplètes



## Évolution du nombre de découvertes de séropositivité

Sur l'ensemble de la période 2012-2024, le nombre de découvertes de séropositivité a diminué de 15%. La recrudescence du nombre de découvertes observée entre 2020 et 2023 s'est interrompue avec une stabilisation en 2024 (Figure 5).

**Figure 5. Nombre de découvertes de séropositivité VIH, France, 2012-2024**



Source : Santé publique France, SO VIH, données au 30 juin 2025 (nombres bruts et nombres corrigés)

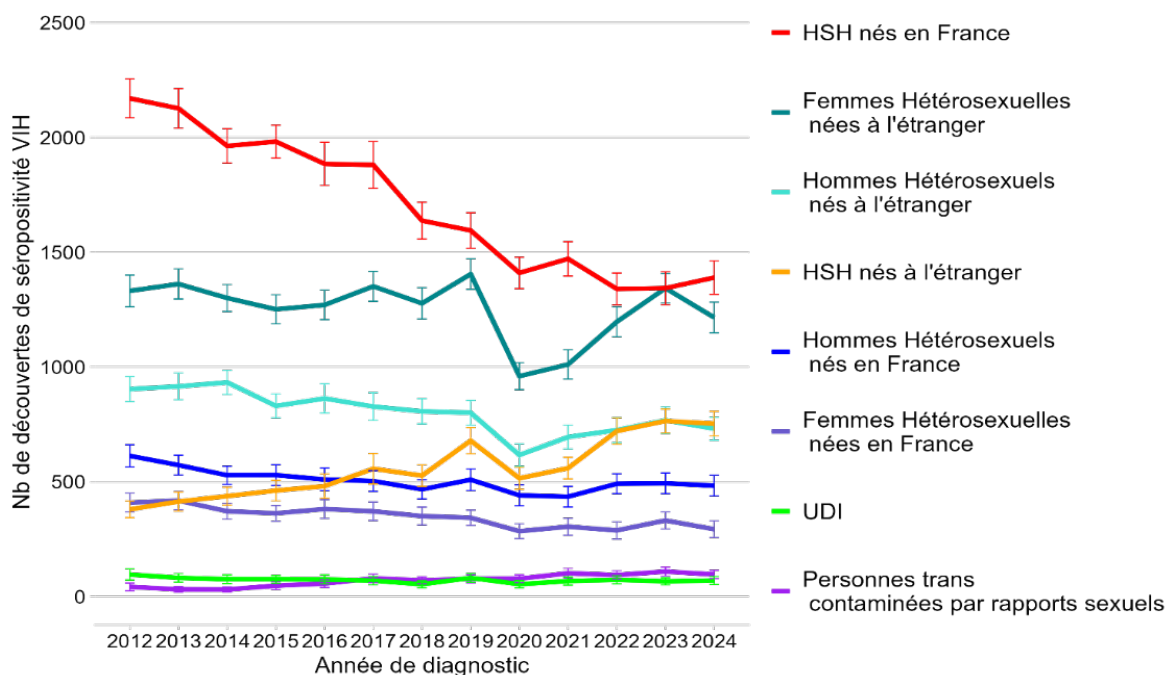
L'évolution du nombre de découvertes de séropositivité VIH diffère selon le pays de naissance et le mode de contamination.

Chez les personnes nées en France ce nombre a diminué jusqu'en 2020, puis s'est stabilisé. Chez les personnes nées dans un autre pays, ce nombre a chuté entre 2019 et 2020 (-27%) puis a réaugmenté jusqu'en 2023 (+37%). Cette diminution et la ré-augmentation qui la suit ont été beaucoup plus marquées chez les personnes arrivées en France depuis moins d'un an (respectivement -47% et +105%) que chez celles résidant en France depuis plus longtemps (-16% et +12%).

Entre 2023 et 2024, une diminution significative de 10% du nombre de découvertes est observée chez les femmes hétérosexuelles nées à l'étranger, après une augmentation de même amplitude entre 2022 et 2023 (Figure 6). Dans les autres populations, le nombre de découvertes est stable sur les trois dernières années. Chez les HSH nés en France, il n'y a plus de diminution depuis 2022, ce qui représente une rupture par rapport aux 10 années précédentes. Le nombre de découvertes se stabilise aussi chez les HSH nés à l'étranger depuis 2022, après une tendance à l'augmentation. Chez les hétérosexuels nés en France le nombre de découvertes s'est stabilisé depuis 2020.



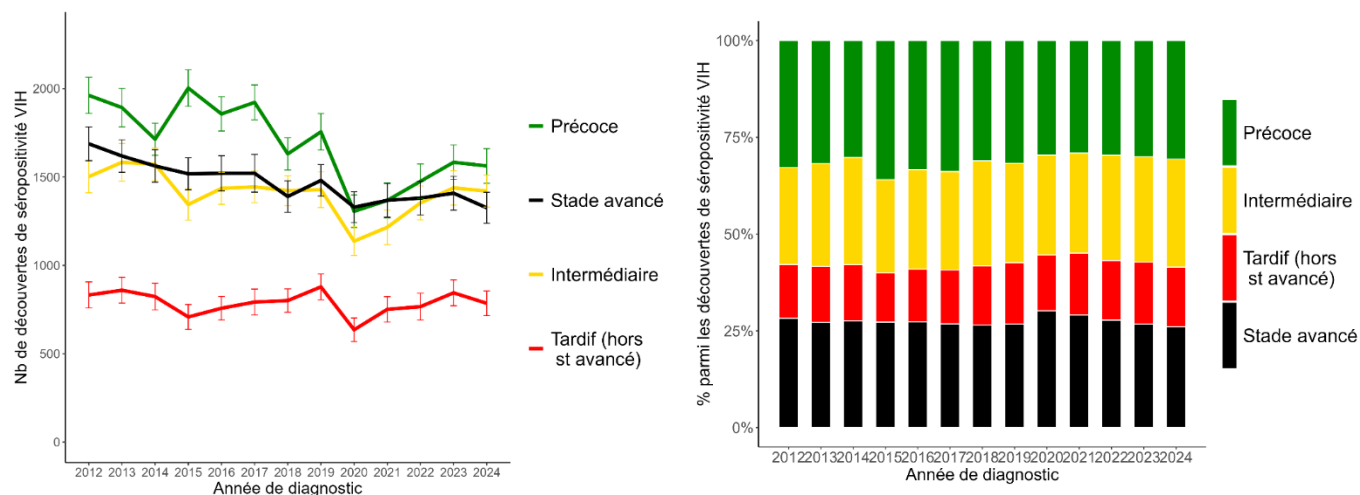
**Figure 6. Nombre de découvertes de séropositivité VIH par population\*, France, 2012-2024**



## Caractère précoce ou tardif du diagnostic

Entre 2020 et 2024 chez les adultes, les nombres de diagnostics précoces et de diagnostics tardifs hors stade avancé ont globalement augmenté, alors que leurs proportions sont restées stables, respectivement à 31% et 15% en 2024. Inversement, la proportion de diagnostics au stade avancé de l'infection a légèrement diminué, passant de 30% en 2020 à 26% en 2024 (Figure 7).

**Figure 7. Nombre et répartition des découvertes de séropositivité VIH chez les adultes selon le caractère précoce ou tardif (au stade avancé ou non) du diagnostic, France, 2012-2024**

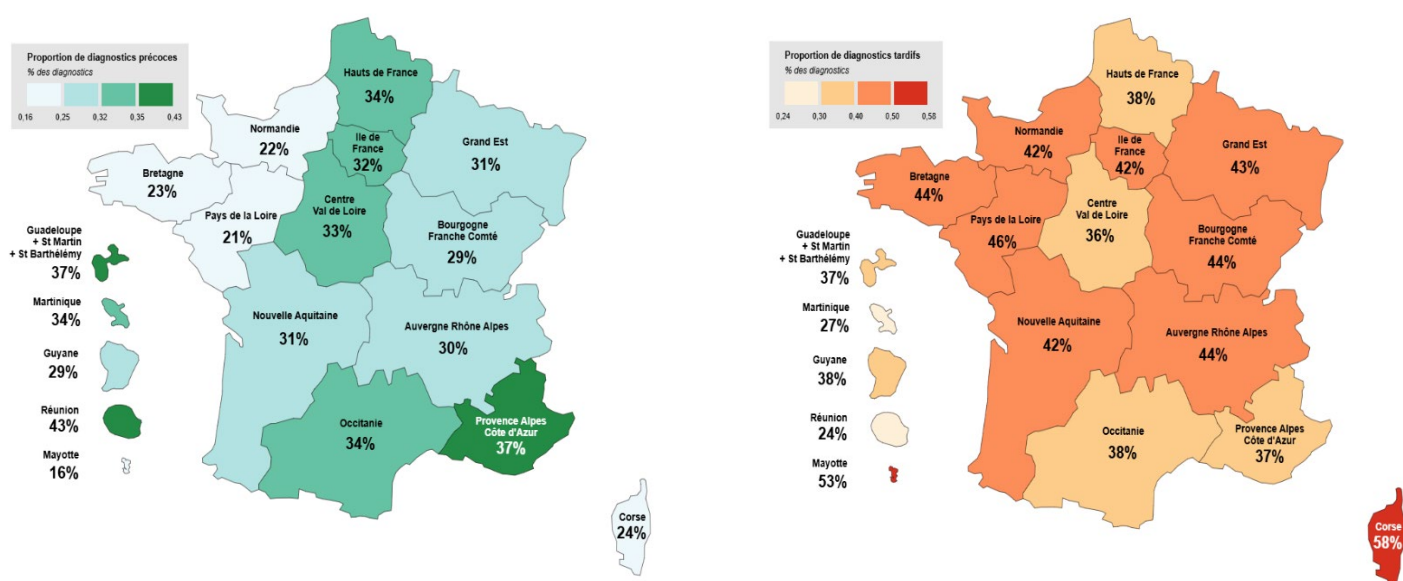


La part des diagnostics précoces en 2024 était plus élevée chez les HSH nés en France (48%) que chez ceux nés à l'étranger (36%). Parmi les personnes hétérosexuelles, elle était beaucoup plus élevée chez les personnes nées en France (35%) que chez celles nées à l'étranger (14%). Cette proportion était de 34% chez les personnes trans et de 26% chez les usagers de drogues injectables (UDI), avec d'importantes variations annuelles dues aux effectifs limités.

La proportion de diagnostics tardifs ou à un stade avancé est toujours plus élevée chez les personnes hétérosexuelles, 54% parmi ceux nés à l'étranger et 40% chez ceux nés en France, que chez les HSH (respectivement 36% et 29%). Elle était de 43% chez les UDI et de 35% chez les personnes trans.

Les proportions de diagnostics précoces ou tardifs varient d'une région à l'autre, en fonction de l'activité de dépistage et des caractéristiques de l'épidémie dans la région (Figures 8a et b).

**Figure 8a et 8b. Proportion de diagnostics précoces ou tardifs (à un stade avancé ou non) parmi les découvertes de séropositivité pour le VIH par région de domicile, France, 2024**



Diagnostics précoces : stade clinique de primo-infection, test VIH négatif dans les 6 mois ou test d'infection récente positif

Diagnostics tardifs y compris stade avancé : stade sida ou CD4 < 350/mm<sup>3</sup> hors diagnostic précoce)

Source : Santé publique France, DO VIH, données corrigées au 30 juin 2025

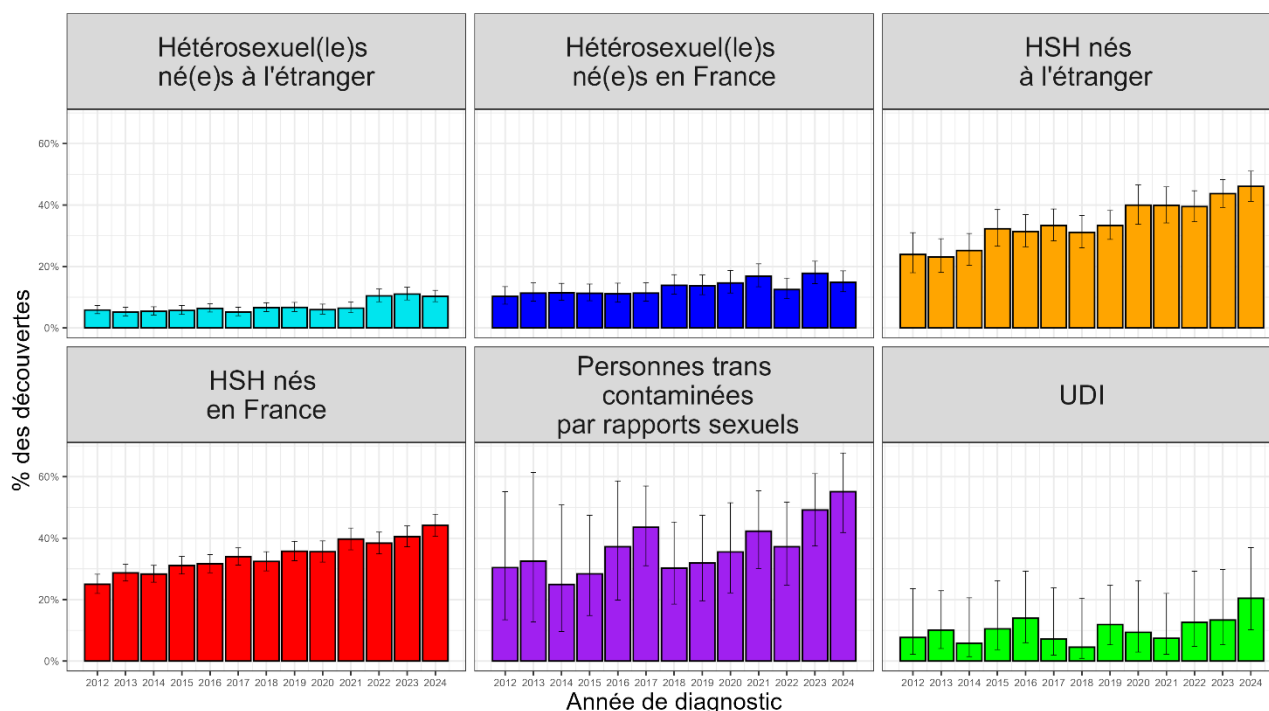
## Co-infections par une IST bactérienne<sup>1</sup> ou par une hépatite B ou C

Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité en 2024, 27% étaient coinfectées par une IST bactérienne (principalement une syphilis, une gonococcie ou une infection à *Chlamydia trachomatis*). Cette proportion augmente régulièrement depuis 2012, elle était alors de 15%.

Plus de la moitié des personnes trans contaminées par rapports sexuels (55%) présentaient une co-infection. Cette proportion dépasse 40% chez les HSH, qu'ils soient nés en France (44% en 2024) ou à l'étranger (46%), alors qu'elle est moins élevée chez les personnes hétérosexuelles, 15% chez ceux nés en France et 10% chez ceux nés à l'étranger. Chez les UDI cette proportion très variable d'une année sur l'autre, était de 20% en 2024 (Figure 9).

<sup>1</sup> La co-infection par une IST bactérienne est définie par une IST diagnostiquée de façon concomitante à la découverte de la séropositivité VIH ou dans les 12 mois qui précèdent.

**Figure 9. Proportion de co-infections par une IST bactérienne par population\* parmi les découvertes de séropositivité VIH chez les adultes, France, 2012-2024**



\* Population définie par le genre, le mode de contamination probable et le lieu de naissance  
Source : Santé publique France, DO VIH, données corrigées au 30 juin 2025

La proportion de personnes co-infectées par le VHB (Ag HBs) au moment de la découverte de la séropositivité VIH était de 4% en 2024, stable depuis 2012. Cette proportion était de 8% chez les personnes trans contaminées par rapport sexuel, 6% chez les UDI et les personnes hétérosexuelles nées à l'étranger, 5% chez les HSH nés à l'étranger et 1,5% chez les personnes hétérosexuelles ou les HSH nés en France.

Par ailleurs, 3% des personnes découvrant leur séropositivité VIH en 2024 étaient positives pour les anticorps anti-VHC, proportion en diminution depuis 2019 (4%). Elle est beaucoup plus élevée chez les UDI (45%) que chez les personnes hétérosexuelles et les HSH (2%).

## Personnes diagnostiquées en France l'année de leur arrivée, mais connaissant déjà leur séropositivité

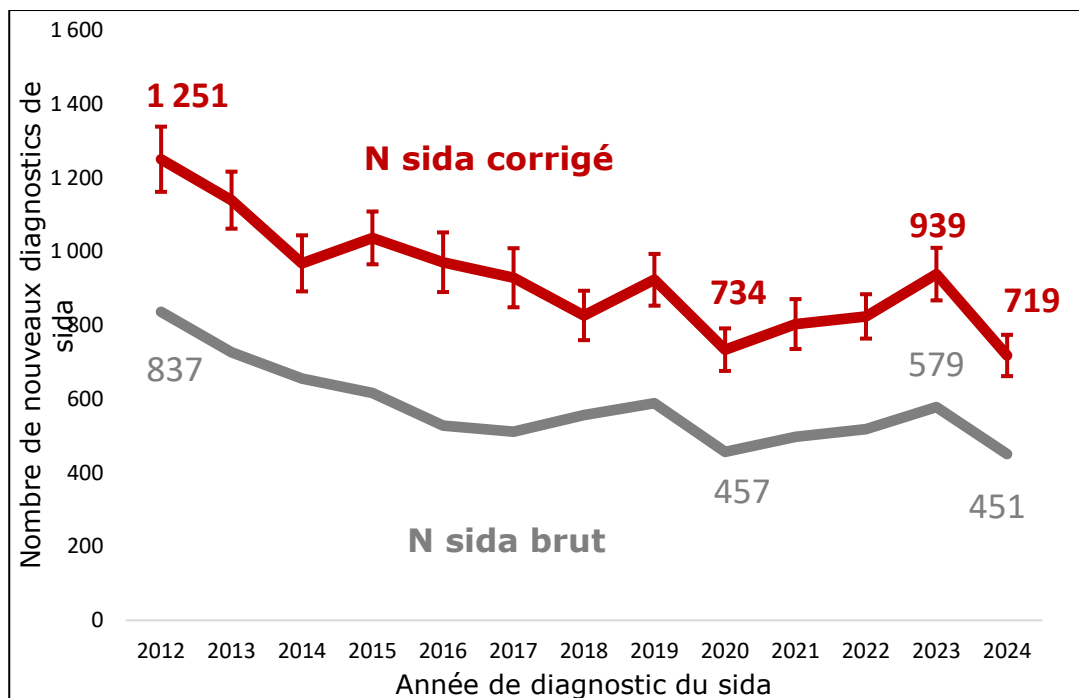
En 2024, 725 [IC95% : 673-777] personnes connaissant leur infection avant d'arriver en France, ont été testées positives dans l'année suivant leur arrivée. Leur nombre, qui avait chuté en 2020, a augmenté ensuite jusqu'en 2023, mais diminue à nouveau en 2024 (-17% entre 2023 et 2024). La majorité (59%) de ces personnes diagnostiquées en 2024 étaient nées en Afrique subsaharienne, 21% sur le continent américain et 13% en Europe. Parmi ces 725 personnes, 54% étaient des personnes hétérosexuelles, 31% des HSH, 6% des personnes trans contaminées par rapports sexuels, et 3% des UDI.

Leur prise en compte porte à 5 850 [IC95% : 5 736-5 964] le nombre total de diagnostics d'infection à VIH en France en 2024.

## Diagnostics de sida

À partir de 451 diagnostics de sida en 2024, déclarés au 30 juin 2025, le nombre total de diagnostics de sida a été estimé à 719 [IC95% : 662-775]. Ce nombre, qui avait réaugmenté entre 2020 et 2023, diminue en 2024 et retrouve le niveau de 2020 (Figure 10).

**Figure 10. Nombre de diagnostics de sida (nombres bruts et nombres corrigés), France 2012-2024**



Source : Santé publique France, DO sida, données au 30 juin 2025 (nombres bruts et nombres corrigés)

Les personnes diagnostiquées avec un sida en 2024 avaient un âge médian de 45 ans. Parmi elles, 68% ignoraient leur séropositivité, et 13% connaissaient leur séropositivité mais n'avaient pas été traitées par ARV.

Après une diminution de 69% en 2019 à 61% en 2023, la proportion de personnes ignorant leur séropositivité avant le sida a augmenté jusqu'à 68% en 2024. La part des personnes déjà diagnostiquées pour l'infection à VIH, mais sans traitement antirétroviral avant le sida, retrouve en 2024 la valeur (13%) qu'elle avait de 2019 à 2022 après un pic observé en 2023 (24%).

Parmi les personnes qui ont développé un sida entre 2022 et 2024, la proportion de celles qui connaissaient leur séropositivité mais n'avaient pas reçu d'ARV était de 9% chez les HSH nés à l'étranger, 14% chez ceux nés en France, 14% également chez les personnes hétérosexuelles nées en France et 16% chez les celles nées à l'étranger, de 18% chez les personnes trans contaminées par voie sexuelle et de 23% parmi les UDI.

Sur la même période, l'ignorance de la séropositivité avant le diagnostic de sida concernait 74% des HSH nés à l'étranger et 63% de ceux nés en France, 63% des personnes hétérosexuelles nées en France et 62% des personnes hétérosexuelles nées à l'étranger, mais seulement 41% des personnes trans et 34% des UDI.

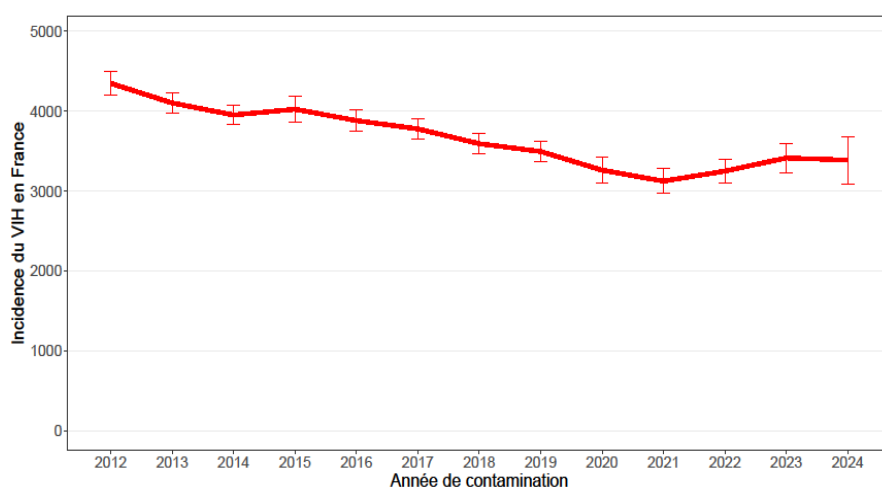
En 2024, les pathologies inaugurales de sida les plus fréquentes (>5%), identifiées de façon isolée, étaient la pneumocystose (30%), la toxoplasmose cérébrale (11%), la tuberculose pulmonaire (12%), la candidose œsophagienne (9%), le Kaposi (9%), les lymphomes (6%). La part des pathologies inaugurales multiples était de 20%, stable depuis 2022, après une augmentation régulière entre 2015 (15%) et 2021 (22%).

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

Afin d'estimer l'incidence en France, il est nécessaire d'estimer la part des personnes nées à l'étranger qui ont été contaminées après leur arrivée en France. Ainsi, parmi les personnes nées à l'étranger ayant découvert leur séropositivité en France en 2024, on estime que 47% [IC95% : 45%-50%] d'entre elles ont été contaminées sur le territoire français. Cette proportion est plus élevée chez les HSH (59%), les personnes trans contaminées par rapports sexuels (53%) et les UDI (51%) que chez les hétérosexuels (43%).

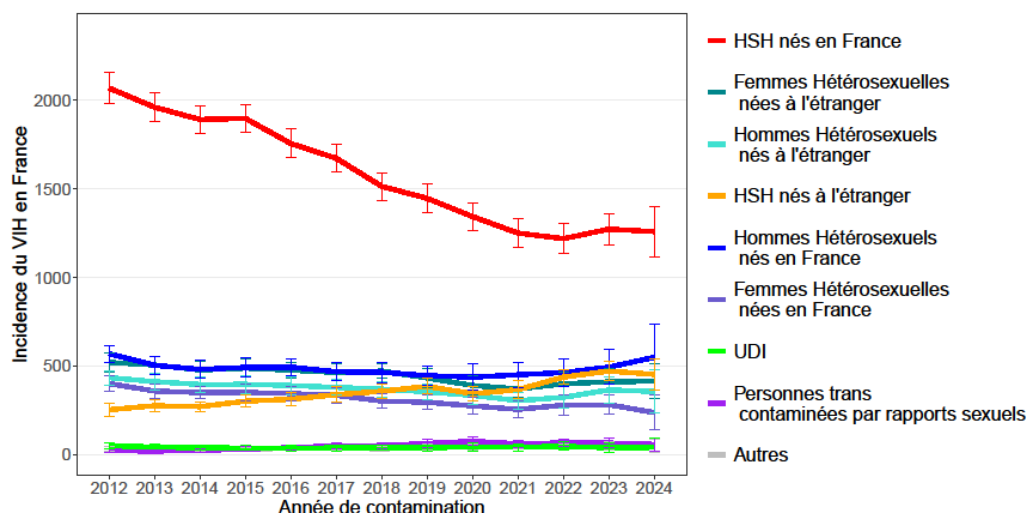
En excluant les personnes contaminées avant leur arrivée sur le territoire, l'incidence du VIH (nombre de personnes nouvellement contaminées en France) est estimée à 3 385 [IC95% : 3 089-3 681] en 2024 (Figure 11), soit un taux d'incidence de 4,9 pour 100 000 habitants.

**Figure 11. Estimation du nombre total de contaminations par le VIH en France, France, 2012-2024**



Entre 2012 et 2021, l'incidence en France a diminué, en lien avec une réduction marquée chez les HSH nés en France et malgré une augmentation chez les HSH nés à l'étranger sur la même période. Depuis 2021, l'incidence s'est stabilisée, notamment chez les HSH nés en France (Figure 12).

**Figure 12. Estimation du nombre de contaminations par le VIH en France par population\*, France, 2012-2024**

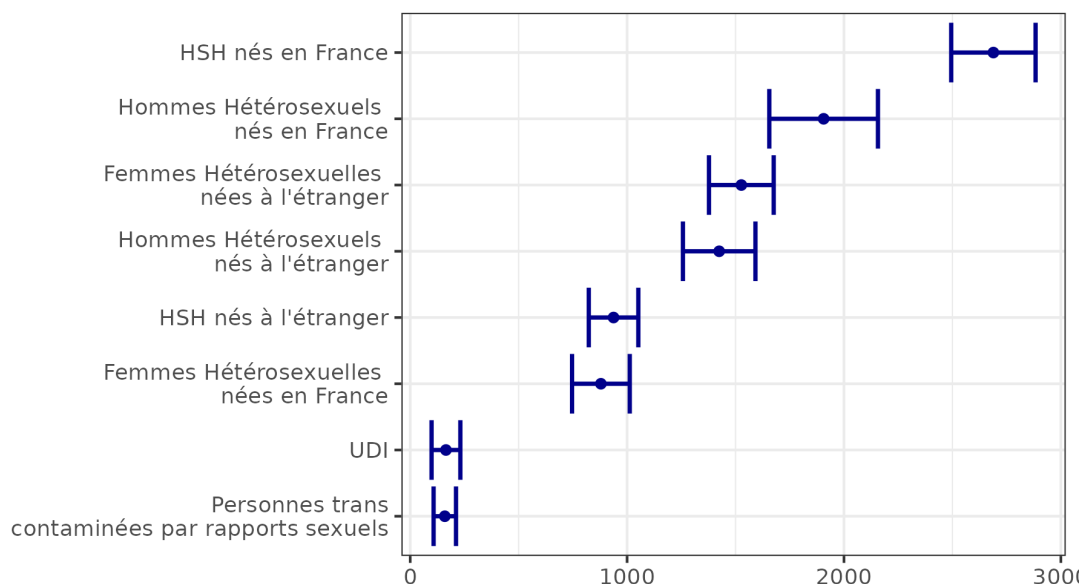


\* population définie par le genre, le mode de contamination probable et le lieu de naissance.

Les HSH ainsi que les hommes hétérosexuels et les femmes hétérosexuelles désignent ici des personnes cisgenres.

Le nombre de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) sans connaître leur séropositivité a été estimé à 9 675 [IC 95% : 9 254-10 097] fin 2024, dont 86% ont été contaminées en France et 14% sont arrivées sur le territoire en méconnaissant leur séropositivité. (Figure 13).

**Figure 13. Nombre de personnes vivant avec le VIH non diagnostiquées en fin 2024, par population, France**



La majorité des PVVIH non diagnostiquées sont des hétérosexuels (59% : 34% d'hommes et 25% de femmes), et 37% sont des HSH. Le nombre de PVVIH non diagnostiquées a diminué de 10% entre fin 2023 et fin 2024.

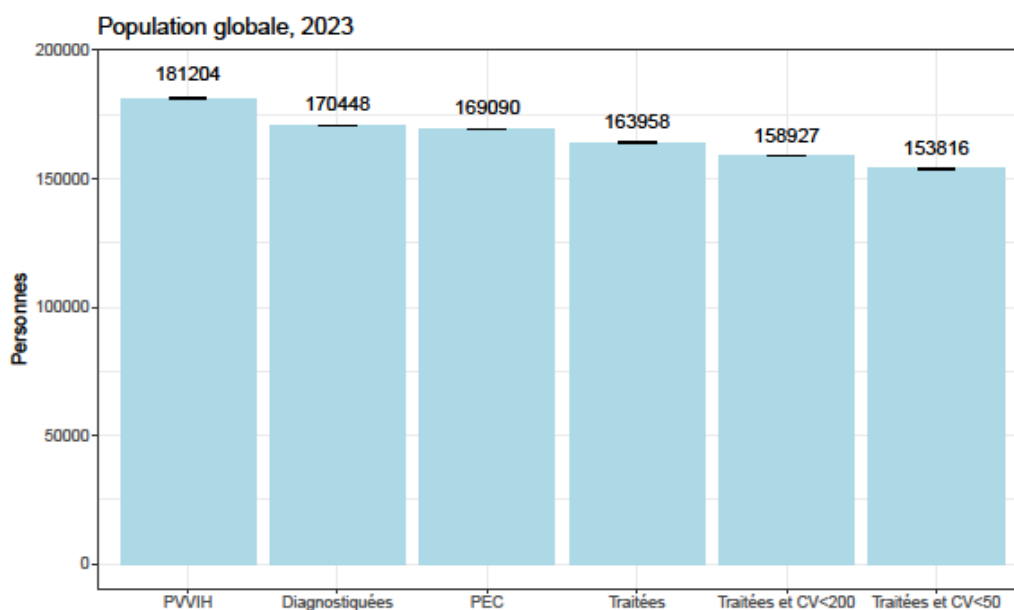
Le délai médian (quantiles 25% et 75%) entre la contamination et le diagnostic était de 1,7 an (0,5-4,5) pour toutes les personnes découvrant leur séropositivité en 2024, sans considération du lieu de contamination. Après les valeurs de 1,9 an (0,6-4,8) observées entre 2021 et 2023, ce délai retrouve les valeurs observées avant la pandémie de Covid-19. Le délai médian était le plus court pour les HSH nés en France (0,9 an en 2024), les personnes trans (1,1 an), et les HSH nés à l'étranger (1,1 an). Parmi les hétérosexuels nés en France, il était de 2,4 ans chez les hommes et 2,0 ans chez les femmes. Le délai médian le plus long était observé pour les hommes (2,9 ans) et les femmes (2,7 ans) hétérosexuels nés à l'étranger et les usagers de drogues injectables (2,6 ans).

Parmi les personnes migrantes méconnaissant leur séropositivité à leur arrivée en France, le délai médian entre l'arrivée et le diagnostic était de 0,4 an (0,2-1,0). Ce délai médian est stable depuis 2012, à l'exception de la période 2020-2021 pendant laquelle il avait atteint 0,6 an (0,2-1,5).

## Estimation de la cascade de prise en soin en 2023

Parmi la population des PVVIH de 15 ans et plus vivant en France en 2023, estimée à 181 204 (IC95% : 180 631 - 181 822), la proportion de personnes diagnostiquées est de 94,1% (93,8% - 94,3%). Les personnes traitées par ARV représentent 96,2% (96,0% - 96,3%) des personnes diagnostiquées. Parmi ces personnes traitées, la proportion de celles dont la charge virale est indétectable est de 96,9% (96,8% - 97%) pour un seuil de charge virale inférieure à 200/mm<sup>3</sup>, et de 93,8% (93,7% - 94%) pour un seuil de charge virale inférieure à 50/mm<sup>3</sup> (Figure 14).

**Figure 14. Estimation de la cascade de prise en soin des PVVIH de 15 ans et plus, France, 2023**



En soustrayant le nombre de personnes avec charge virale indétectable au nombre total de PVVIH, le nombre de personnes avec charge virale détectable ( $>200/\text{mm}^3$ ) en 2023 est estimé à 22 277 (21 663 - 22 945), soit 12% de l'ensemble des PVVIH. Avec le critère d'une charge virale  $>50/\text{mm}^3$ , cette proportion est de 15%.



## Surveillance des IST bactériennes

### Infections à *Chlamydia trachomatis*

#### Activité de dépistage

##### Dépistages remboursés en secteurs privé et public (SND)

En 2024, 3,4 millions de personnes ont été dépistées au moins une fois pour une infection à *Chlamydia trachomatis*, soit un taux national de dépistage de 50 pour 1 000 habitants (Figure 15).

Plus des deux tiers (69%) des personnes dépistées en 2024 sont des femmes, avec un taux de dépistage deux fois plus élevé (67 pour 1 000) que celui des hommes (31 pour 1 000). Ce taux est encore plus important chez les femmes de 15 à 25 ans (155 pour 1 000) et de 26 à 49 ans (138 pour 1 000).

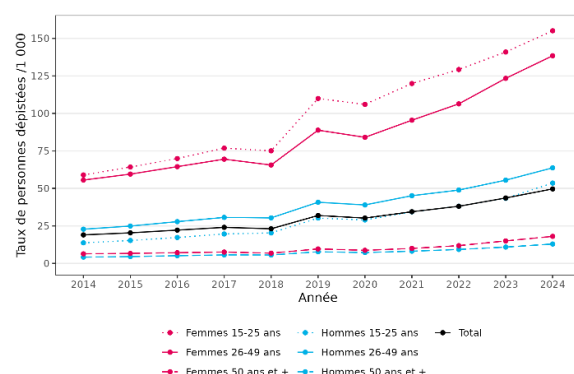
Le taux de dépistage pour une infection à *Chlamydia trachomatis* a fortement augmenté (+162%) en dix ans, entre 2014 et 2024 (19 vs 50 pour 1 000). De 2022 à 2024, l'augmentation du taux de dépistage est de +30%, légèrement plus importante chez les hommes que chez les femmes (34% vs 29%). Chez les femmes, l'augmentation est plus marquée dans le groupe âgé de 50 ans ou plus (+52%) par rapport aux 26 à 49 ans (+30%) et 15 à 25 ans (+20%).

Parmi les jeunes de 15 à 25 ans tous genres confondus, les 15-17 ans sont moins fréquemment dépistés que les 18-25 ans (23 vs 136 pour 1 000). Cependant, leur taux de dépistage a également fortement augmenté (+166%) en dix ans.

Le taux de dépistage de l'infection à *Chlamydia trachomatis* en 2024 est nettement plus élevé en Guyane (116 pour 1 000), Martinique (102), Guadeloupe (100) et à La Réunion (98) que dans les régions de l'Hexagone (Figure 16). Dans l'Hexagone, il est le plus élevé en Île-de-France (61).

Ces données incluent les tests PCR chlamydia/gonocoque réalisés en laboratoire de biologie médicale sans ordonnance pour tous les assurés, et gratuitement pour les moins de 26 ans dans le cadre du dispositif « Mon test IST » depuis septembre 2024. Lors du premier mois de fonctionnement du dispositif, environ 41 000 personnes ont bénéficié d'un dépistage des infections à *Chlamydia trachomatis* et à *Neisseria gonorrhoeae*. Le nombre de bénéficiaires a augmenté dès le mois suivant et était compris entre 66 000 et 68 000 par mois entre octobre et décembre 2024. Parmi les personnes dépistées, celles de 18 à 25 ans étaient les plus nombreuses (entre 44% et 50% selon les mois) dans le cadre de ce dispositif en 2024. Les hommes et les femmes étaient représentés à part égale parmi les dépistés.

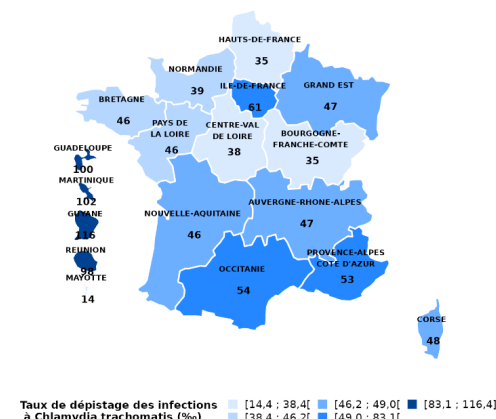
**Figure 15. Taux de dépistage\* des infections à *Chlamydia trachomatis* par sexe et classe d'âge, France, 2014-2024**



\* Personnes dépistées au moins une fois dans l'année pour 1 000 habitants.

Note : l'année 2018 a été une année de modification de la nomenclature des tests de dépistage/diagnostic des infections à *Chlamydia trachomatis*  
Source : SNDS, exploitation Santé publique France, juillet 2025

**Figure 16. Taux de dépistage\* des infections à *Chlamydia trachomatis* par région de domicile, France, 2024**



Taux de dépistage des infections à *Chlamydia trachomatis* (%)

|               |               |                |
|---------------|---------------|----------------|
| [14,4 ; 38,4] | [46,2 ; 49,0] | [83,1 ; 116,4] |
| [38,4 ; 46,2] | [49,0 ; 83,1] |                |

## Dépistages en CeGIDD (surveillance SurCeGIDD)

En complément des dépistages remboursés par l'Assurance maladie, environ 306 000 dépistages gratuits d'infection à *Chlamydia trachomatis* réalisés par les CeGIDD ont été rapportés en 2024. Environ deux tiers des personnes dépistées étaient des hommes cis (65,2%), 34,3% des femmes cis et 0,4% des personnes trans.

## Prévalence de l'infection à *Chlamydia trachomatis* (PréVIST) en 2023

La prévalence de l'infection à *Chlamydia trachomatis* chez les personnes résidant en France hexagonale, âgées de 18 à 59 ans, a été estimée à 0,93% [intervalle de confiance à 95% (IC95%) : [0,4-2,1] chez les femmes et 0,58% [IC95% : 0,2-1,6] chez les hommes. Cette prévalence était la plus élevée entre 25 et 29 ans (3,9% [IC95% : 0,9-14,9] des femmes et 6,7% [IC95% : 1,8-21,8] des hommes), puis diminuait avec l'âge. Les plus jeunes et les plus âgés étaient très peu touchés.

## Infections diagnostiquées : taux d'incidence, taux de positivité et caractéristiques des cas

### Infections diagnostiquées en secteur privé et traitées (SNDS)

Le nombre de personnes diagnostiquées et traitées pour une infection à *Chlamydia trachomatis* au moins une fois dans l'année en secteur privé a régulièrement augmenté depuis 2014. En 2024, ce nombre a été estimé à environ 61 100, soit une augmentation de 15% par rapport à 2022. Les hommes représentaient 56% des cas.

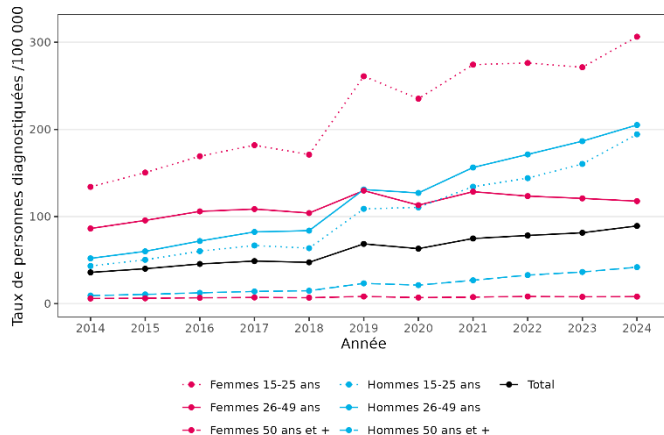
Le taux d'incidence des cas diagnostiqués et traités pour une infection à *Chlamydia trachomatis* en 2024 (personnes diagnostiquées au moins une fois dans l'année) était de 89 pour 100 000 habitants, plus élevé chez les hommes que chez les femmes (104 vs 75). Le ratio H/F s'est en effet inversé depuis 2021. Comme les années précédentes, le taux d'incidence en 2024 reste beaucoup plus important chez les jeunes femmes de 15 à 25 ans (306 pour 100 000) (Figure 17). Parmi les hommes, ceux de 26 à 49 ans présentaient le taux d'incidence le plus élevé (205 pour 100 000).

Le taux d'incidence des diagnostics d'infection à *Chlamydia trachomatis* a augmenté de 14% par rapport à 2022. Cette augmentation est observée principalement chez les hommes (+24%), notamment ceux de 15 à 25 ans (+35%). Cependant, chez les femmes tout âge confondu, l'augmentation est de 3%, et de 5% entre 2024 et 2023, alors que le taux était en légère diminution depuis 2021 (-3% entre 2021 et 2023). Cette augmentation est portée principalement par les jeunes femmes de 15 à 25 ans (+13% entre 2023 et 2024). On observe ainsi une augmentation importante du taux d'incidence des cas diagnostiqués et traités pour cette infection chez les jeunes femmes et hommes de 15 à 25 ans entre 2023 et 2024 (+21% chez les jeunes hommes).

Parmi les jeunes de 15 à 25 ans, les 15-17 ans avaient un taux d'incidence près de 11 fois moins important que celui des 18-25 ans (32 vs 338 pour 100 000). Ce taux a cependant doublé entre 2014 (16 pour 100 000) et 2024.

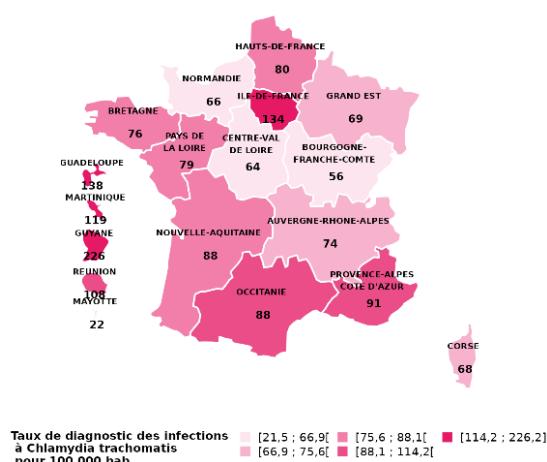
En 2024, les taux d'incidence étaient les plus élevés en Guyane (226 pour 100 000 habitants), en Guadeloupe (139), en Martinique (119), à La Réunion (107), et en Île-de-France (134) (Figure 18).

**Figure 17. Taux d'incidence\* des diagnostics d'infection à *Chlamydia trachomatis* en secteur privé par sexe et classe d'âge, France, 2014-2024**



\* Personnes diagnostiquées et traitées au moins une fois dans l'année pour 100 000 habitants  
Note : l'année 2018 a été une année de modification de la nomenclature des tests de dépistage/diagnostic des infections à *Chlamydia trachomatis*  
Source : SNDS, exploitation Santé publique France, septembre 2025

**Figure 18. Taux d'incidence\* des diagnostics d'infection à *Chlamydia trachomatis* en secteur privé, par région de domicile, France, 2024**



Taux de diagnostic des infections à *Chlamydia trachomatis* pour 100 000 hab.  
[21,5 ; 66,9] [75,6 ; 88,1] [114,2 ; 226,2] [66,9 ; 75,6]

## Infections diagnostiquées en CeGIDD (SurCeGIDD)

Le nombre de diagnostics d'infections à *Chlamydia trachomatis* rapporté par les CeGIDD est d'environ 22 200 en 2024.

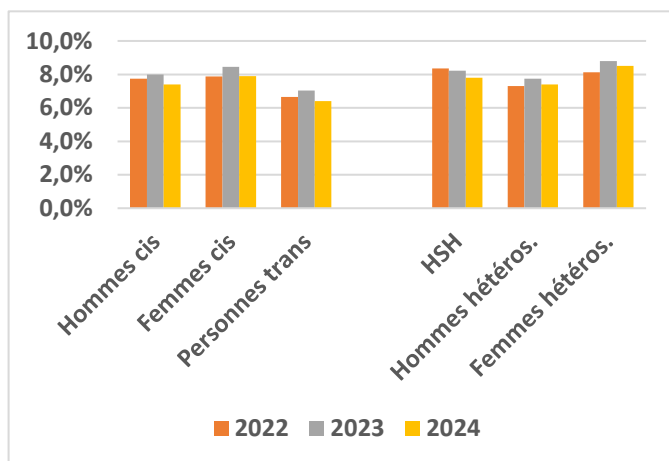
Parmi les cas diagnostiqués, 64,1% étaient des hommes cis, 35,6% des femmes cis et 0,4% des personnes trans (Tableau 2). L'âge médian des personnes diagnostiquées pour cette IST était de 24 ans, 26 ans chez les hommes cis, 22 ans chez les femmes cis et 29 ans chez les personnes trans. Les moins de 18 ans représentaient 4% des cas. Parmi les personnes pour lesquelles l'information était disponible, 20% étaient nées à l'étranger. Les hommes hétérosexuels représentaient 36% des cas, les HSH 23%, les femmes hétérosexuelles 35% et les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes (FSF) 2%, tandis que 4% des cas ne rapportaient pas de rapports sexuels au cours des 12 derniers mois. La majorité des cas (82%) avaient eu au moins 2 partenaires sexuels au cours des 12 mois ayant précédé le diagnostic. Des signes cliniques d'IST ont été identifiés lors de la consultation dans seulement 21% des cas.

Le taux de positivité des tests était de 7,6% en 2024 (7,9% chez les femmes cis, 7,4% chez les hommes cis et 6,4% chez les personnes trans). Ce taux a diminué par rapport à 2023 quel que soit

le genre (Figure 19). Parmi les personnes dont les pratiques sexuelles étaient connues, les taux de positivité en 2024 étaient, comme les années précédentes, les plus élevés chez les femmes hétérosexuelles (8,5%), les HSH (7,8%), et les hommes hétérosexuels (7,4%), les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes ayant un taux de 5,3%.

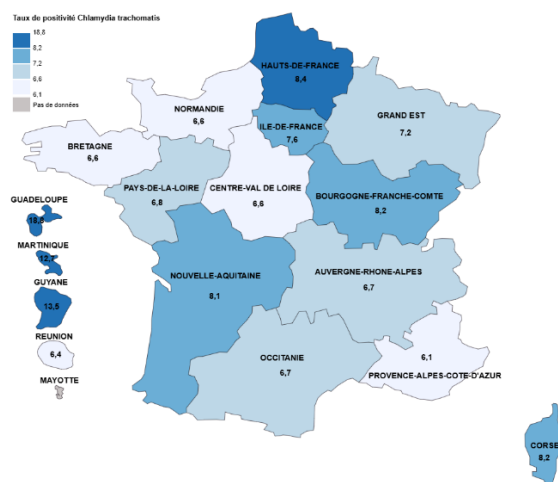
Les taux de positivité régionaux sont les plus élevés aux Antilles (18,8%), en Guadeloupe, en Martinique (12,7%) et en Guyane (13,5%) (Figure 20).

**Figure 19. Taux de positivité (%) des dépistages des infections à *Chlamydia trachomatis* en CeGIDD selon le genre et les pratiques sexuelles, France, 2022-2024**



Source : SurCeGIDD, Santé publique France, données au 05/07/2024

**Figure 20. Taux de positivité (%) des dépistages des infections à *Chlamydia trachomatis* en CeGIDD, par région\* des CeGIDD, France, 2024**



\* Taux de positivité des dépistages des infections à *Chlamydia trachomatis* non disponibles à Mayotte

## Caractéristiques des infections diagnostiquées en médecine générale (réseau Sentinelles)

Les hommes cis étaient majoritaires (55%) parmi les cas d'infections à *Chlamydia trachomatis* diagnostiqués en médecine générale en 2024 d'après les données du réseau Sentinelles (n= 307). Les femmes cis représentaient 43% des cas, et les personnes trans 2%. Parmi les cas pour lesquels les pratiques sexuelles étaient connues, 40% étaient des femmes hétérosexuelles et 29% des HSH.

Les personnes nées à l'étranger représentaient 11% des cas. Plus de la moitié des cas (62%) avaient déclaré avoir eu au moins 2 partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois.

L'infection avait été diagnostiquée en raison de symptômes d'IST dans 39% des cas. Au cours de l'année précédant le diagnostic, 19% des patients avaient présenté un épisode d'IST bactérienne. La prophylaxie pré-exposition au VIH avait été utilisée dans les trois derniers mois par 16% des cas, tandis que 4% des cas étaient séropositifs pour le VIH.

## Diagnostiques de lymphogranulomatose vénérienne

La lymphogranulomatose vénérienne (LGV) est une infection à *Chlamydia trachomatis* due aux souches de génovar L. Elle est responsable d'infections anorectales, principalement chez les HSH.

Dans le cadre de l'enquête Anachla 2024 réalisée par le Centre national de référence (CNR) des IST bactériennes, les échantillons anorectaux positifs à *Chlamydia trachomatis* de 1 665 patients provenant de 135 laboratoires en France hexagonale et en outre-mer ont été génotypés. Parmi ces patients, 187 étaient porteurs d'une LGV, cette souche représentant ainsi 11,2% des infections anorectales à *Chlamydia trachomatis*. Cette proportion était de 7,8% en 2023, 13,4% en 2022, 16,9% en 2021 et 13,4% en 2020. Les proportions de LGV observées dans les enquêtes Anachla sont donc fluctuantes, mais restent sur les cinq premières années de l'enquête inférieures à 20%.

En 2024, les hommes cis représentaient 96,3% des cas de LGV (proportion stable). Il s'agissait tous de HSH lorsque le sexe des partenaires était connu. Les autres cas concernaient des personnes trans (3,7%). Environ la moitié des patients diagnostiqués avec une LGV ne présentait aucun symptôme anorectal et était séronégative pour le VIH.

**Tableau 2. Caractéristiques des cas d'infection à *Chlamydia trachomatis*, de gonococcie et de syphilis récente diagnostiqués dans les CeGIDD, France, 2024**

| Caractéristiques des cas                                            | Chlamydiose<br>(N=22 231)<br>% | Gonococcie<br>(N=13 533)<br>% | Syphilis récente<br>(N=2 486)<br>% |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| <b>Type de CeGIDD*</b>                                              |                                |                               |                                    |
| Hospitalier                                                         | 67,4                           | 66,2                          | 69,9                               |
| Non hospitalier                                                     | 32,6                           | 33,8                          | 30,1                               |
| <b>Genre</b>                                                        |                                |                               |                                    |
| Homme cis                                                           | 64,1                           | 84,9                          | 83,3                               |
| Femme cis                                                           | 35,6                           | 14,2                          | 14,8                               |
| Personnes trans                                                     | 0,4                            | 0,9                           | 1,9                                |
| Données manquantes                                                  | 0,8                            | 0,9                           | 1,7                                |
| <b>Age médian (année)</b>                                           |                                |                               |                                    |
| Tous                                                                | 24                             | 28                            | 33                                 |
| Hommes cis                                                          | 26                             | 29                            | 35                                 |
| Femmes cis                                                          | 22                             | 22                            | 24                                 |
| Personnes trans                                                     | 29                             | 30                            | 34                                 |
| Données manquantes                                                  | 0,8                            | 0,1                           | 1,7                                |
| <b>Classe d'âge</b>                                                 |                                |                               |                                    |
| < 18 ans                                                            | 3,9                            | 2,5                           | 3,7                                |
| 18 - 25 ans                                                         | 55,9                           | 36,9                          | 22,3                               |
| 26 - 49 ans                                                         | 35,2                           | 52,5                          | 55,0                               |
| ≥ 50 ans                                                            | 5,1                            | 8,1                           | 19,0                               |
| Données manquantes                                                  | 0,1                            | 0,1                           | 0,0                                |
| <b>Lieu de naissance</b>                                            |                                |                               |                                    |
| France                                                              | 80,3                           | 77,4                          | 73,6                               |
| Etranger                                                            | 19,7                           | 22,6                          | 26,4                               |
| Afrique subsaharienne                                               | 6,6                            | 5,3                           | 4,3                                |
| Amérique                                                            | 5,5                            | 6,6                           | 11,1                               |
| Europe (hors France)                                                | 3,2                            | 4,1                           | 4,4                                |
| Autres                                                              | 4,4                            | 6,6                           | 6,7                                |
| Données manquantes                                                  | 15,5                           | 14,5                          | 18,2                               |
| <b>Pratiques sexuelles au cours des 12 derniers mois</b>            |                                |                               |                                    |
| Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes                   | 23,0                           | 56,4                          | 65,5                               |
| Hommes hétérosexuels                                                | 36,3                           | 21,2                          | 16,8                               |
| Femmes hétérosexuelles                                              | 34,8                           | 14,4                          | 12,1                               |
| Femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes                   | 2,0                            | 1,6                           | 1,4                                |
| Pas de RS                                                           | 4,0                            | 6,3                           | 4,1                                |
| Données manquantes                                                  | 41,0                           | 50,3                          | 52,3                               |
| <b>Au moins 2 partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois</b> |                                |                               |                                    |
| Oui                                                                 | 82,3                           | 88,7                          | 83,9                               |
| Non                                                                 | 17,7                           | 11,3                          | 16,2                               |
| Données manquantes                                                  | 46,0                           | 58,3                          | 61,4                               |
| <b>Signes cliniques d'IST lors de la consultation</b>               |                                |                               |                                    |
| Oui                                                                 | 20,6                           | 31,4                          | 32,7                               |
| Non                                                                 | 79,4                           | 68,6                          | 67,3                               |
| Données manquantes                                                  | 16,2                           | 19,0                          | 24,3                               |
| <b>Antécédents d'IST bactérienne au cours des 12 derniers mois</b>  |                                |                               |                                    |
| Oui                                                                 | 28,4                           | 46,0                          | 43,7                               |
| Non                                                                 | 71,6                           | 54,0                          | 56,3                               |
| Données manquantes                                                  | 20,4                           | 25,3                          | 30,5                               |
| <b>Découverte concomitante de séropositivité VIH</b>                |                                |                               |                                    |
| Oui                                                                 | 0,4                            | 0,8                           | 1,6                                |
| Non                                                                 | 99,6                           | 99,2                          | 98,4                               |
| Données manquantes                                                  | 0,0                            | 0,0                           | 0,0                                |

Les pourcentages sont calculés sans prise en compte des données manquantes.

Source : SurCeGIDD, Santé publique France, données au 05/07/2025

# Infections à gonocoque

## Activité de dépistage

### Dépistages remboursés en secteurs privé et public, hors hospitalisations publiques (SNDS)

En 2024, 3,7 millions de personnes ont été dépistées au moins une fois pour la gonococcie, soit un taux national de dépistage de 54 pour 1 000 habitants (Figure 21).

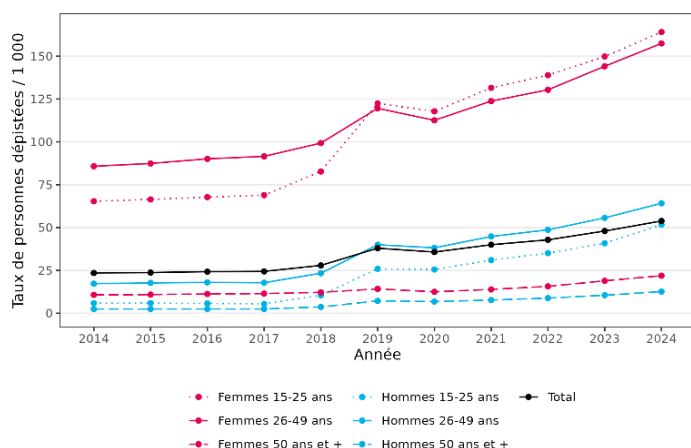
Près des trois quarts des personnes dépistées étaient des femmes, avec un taux de dépistage près de 2,5 plus élevé chez celles-ci (75 pour 1 000) que chez les hommes (31 pour 1 000). Le taux de dépistage était encore plus important chez les femmes de 15 à 25 ans (164 pour 1 000). Ce taux de dépistage est proche de celui des femmes de 26 à 49 ans (157 pour 1 000).

Entre 2017 et 2024, le taux de personnes dépistées au moins une fois dans l'année pour une gonococcie a fortement augmenté (+121%), de façon plus marquée chez les hommes que chez les femmes. Entre 2022 et 2024, une augmentation de 26% de ce taux a été observée (37% chez les hommes et 22% chez les femmes). Cette augmentation est plus importante chez les hommes de 15 à 25 ans (+47%) et ceux de 50 ans et plus (+43%). Cette augmentation est très marquée également chez les femmes de 15-25 ans (+42%).

Parmi les jeunes de 15 à 25 ans, les 15-17 ans sont moins fréquemment dépistés que les 18-25 ans (23 vs 140 pour 1 000). Cependant, leur taux de dépistage a également été multiplié par trois entre 2017 et 2024 (+26% entre 2022 et 2024).

En 2024, le taux de dépistage des gonococcies était plus élevé dans les DROM (116 pour 1 000 en Guyane, 104 pour 1 000 en Guadeloupe, 102 pour 1 000 à La Réunion et 100 pour 1 000 en Martinique). En France hexagonale, ce taux était plus important en Île-de-France (64 pour 1 000), en PACA (61 pour 1 000) et en Occitanie (58 pour 1 000) (Figure 22).

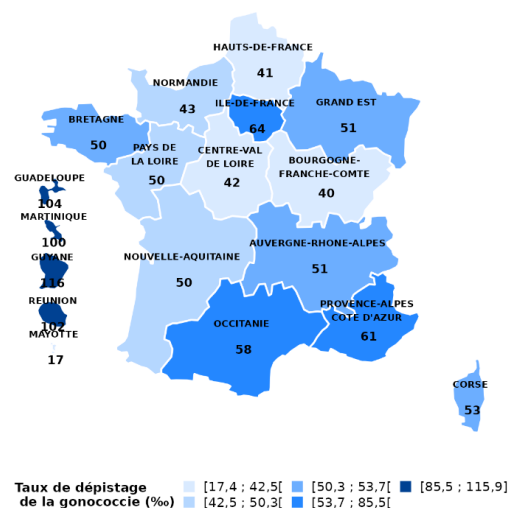
**Figure 21. Taux de dépistage\* des infections à gonocoque par sexe et classe d'âge, France, 2014-2024**



\*Taux de dépistage : personnes dépistées au moins une fois dans l'année pour 1 000 habitants

Source : SNDS, exploitation Santé publique France, juillet 2025

**Figure 22. Taux de dépistage\* des infections à gonocoque par région de domicile, France, 2024**



\*Taux de dépistage : personnes dépistées au moins une fois dans l'année pour 1 000 habitants

### Dépistages en CeGIDD (SurCeGIDD)

Environ 305 000 dépistages gratuits d'infection à gonocoque ont été réalisés par les CeGIDD en 2024. Les deux tiers des personnes dépistées étaient des hommes cis (65,4%), 34,2% des femmes cis et 0,4% des personnes trans.



## Évolution du nombre de cas, taux d'incidence et taux de positivité

### Étude de prévalence des IST (PréVI-ST) en 2023

Un seul diagnostic de gonococcie a été confirmé parmi les 4 871 participants (de 18 à 59 ans) à l'étude en France hexagonale, ce qui n'a pas permis d'estimer la prévalence de l'infection dans cette population.

### Infections diagnostiquées en secteur privé et traitées (SNDS)

Le nombre de personnes diagnostiquées et traitées pour une infection à gonocoque au moins une fois dans l'année en secteur privé a régulièrement augmenté depuis 2014. En 2024, ce nombre a été estimé à environ 25 800, soit une augmentation de 36% par rapport à 2022.

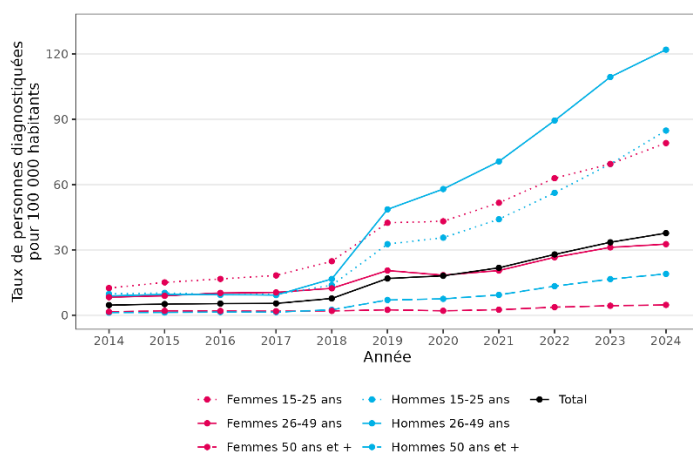
En 2024, le taux d'incidence des infections à gonocoque diagnostiquées et traitées était de 38 pour 100 000, plus élevé chez les hommes que chez les femmes (55 vs 21). Comme les années précédentes, ce taux était beaucoup plus important chez les hommes de 26 à 49 ans (122 pour 100 000) (Figure 23). Parmi les femmes, celles de 15 à 25 ans présentaient le taux le plus élevé (79 pour 100 000), proche de celui des hommes du même âge (85 pour 100 000).

Le taux d'incidence a augmenté de 35% entre 2022 et 2024. Cette augmentation était plus marquée chez les hommes (+40%) que chez les femmes (+25%), notamment chez ceux de 15 à 25 ans (+51%).

Parmi ces jeunes de 15 à 25 ans, les 15-17 ans avaient un taux d'incidence 11 fois moins important que les 18-25 ans (10 vs 111 pour 100 000). Ce taux a augmenté de 15% entre 2022 et 2024.

Le taux d'incidence en 2024, comme en 2023, était le plus élevé en Île-de-France (83 pour 100 000). Ce taux était également élevé dans les DROM (entre 50 et 58 pour 100 000) (Figure 24).

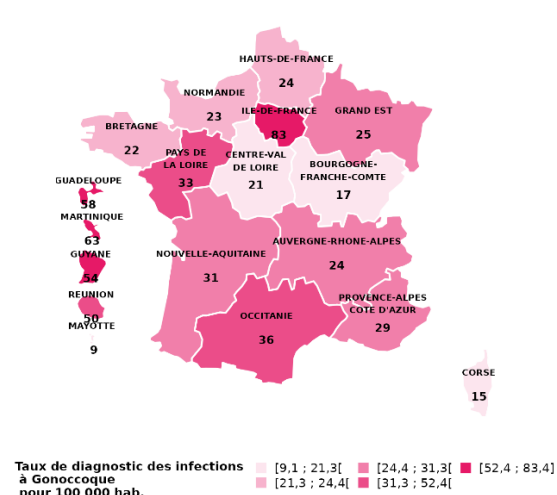
**Figure 23. Taux d'incidence\* des diagnostics d'infection à gonocoque en secteur privé par sexe et classe d'âge, France, 2014-2024**



\* Taux d'incidence des diagnostics : personnes diagnostiquées et traitées au moins une fois dans l'année pour 100 000 habitants

Source : SNDS, Exploitation Santé publique France, juillet 2025

**Figure 24. Taux d'incidence\* des diagnostics d'infection à gonocoque en secteur privé par région de domicile, France, 2024**



Taux de diagnostic des infections à Gonocoque pour 100 000 hab. [9,1 ; 21,3[ [21,3 ; 24,4[ [24,4 ; 31,3[ [31,3 ; 52,4[ [52,4 ; 83,4[

\* Taux d'incidence des diagnostics : personnes diagnostiquées et traitées au moins une fois dans l'année pour 100 000 habitants

## Infections diagnostiquées en CeGIDD (SurCeGIDD)

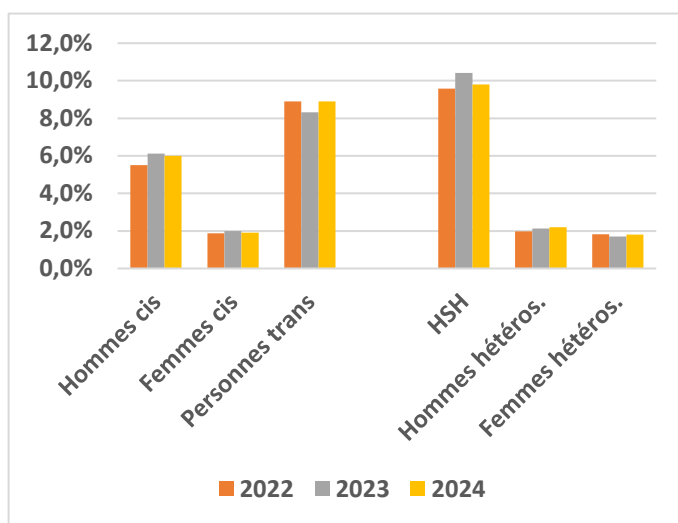
En 2024, le nombre de gonococcies rapporté par les CeGIDD est d'environ 13 500.

Parmi les personnes diagnostiquées, 84,9% étaient des hommes cis, 14,2% des femmes cis et 0,9% des personnes trans (Tableau 2). L'âge médian des personnes diagnostiquées pour cette IST était de 28 ans, les femmes cis étant plus jeunes (âge médian de 22 ans) par rapport aux personnes trans (30 ans) et aux hommes cis (29 ans). Parmi les personnes pour lesquelles l'information était disponible, 23% étaient nées à l'étranger. Les HSH représentaient 56% des cas, les hommes hétérosexuels 21%, les femmes hétérosexuelles 14% et les FSF 2%, tandis que 6% des cas ne rapportaient pas de rapport sexuel lors des 12 derniers mois. La grande majorité des cas (89%) avaient eu au moins 2 partenaires sexuels au cours des 12 mois ayant précédé le diagnostic. Lors de la consultation, des signes cliniques d'IST étaient identifiés dans 31% des cas.

En 2024, le taux de positivité des tests en CeGIDD, était de 4,6% (8,9% chez les personnes trans, 6,0% chez les hommes cis, et 1,9% chez les femmes cis). Ce taux a augmenté par rapport à celui de 2022 (4,2%), du fait d'une augmentation chez les hommes cis. Parmi les personnes dont les pratiques sexuelles étaient connues, le taux de positivité était particulièrement élevé chez les HSH (9,8%) par rapport aux hommes hétérosexuels (2,2%), aux FSF (2,2%) ou aux femmes hétérosexuelles (1,8%). Par rapport à 2022, l'augmentation du taux de positivité chez les hommes cis était notée aussi bien chez les HSH que chez les hommes hétérosexuels (Figure 25).

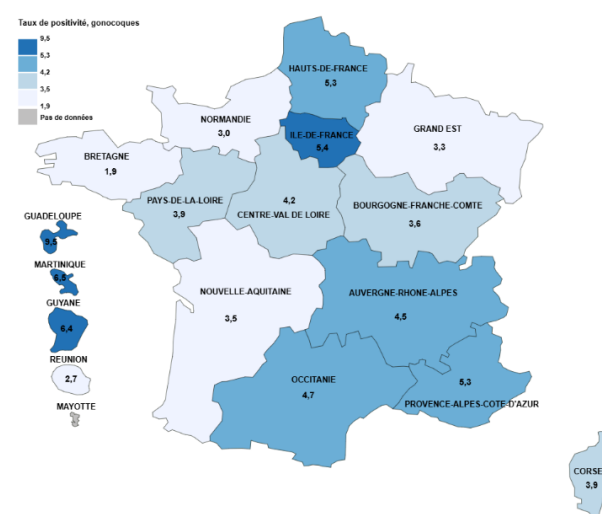
Les taux de positivité les plus élevés étaient observés en Guadeloupe (9,5%), Martinique (6,5%) et en Guyane (6,4%) et en Île-de-France (5,4%) (Figure 26) (donnée non disponible pour Mayotte).

**Figure 25. Taux de positivité (%) des dépistages des infections à gonocoque en CeGIDD selon le genre des consultants et leurs pratiques sexuelles, France, 2022-2024**



Source : SurCeGIDD, Santé publique France, données au 31/12/2024

**Figure 26. Taux de positivité (%) des dépistages des infections à gonocoque en CeGIDD, par région\* des CeGIDD, France, 2024**



\* Taux de positivité des dépistages des infections à gonocoque non disponibles à Mayotte

## Infections diagnostiquées en médecine générale (réseau Sentinelles)

En 2024, dans le réseau sentinelles, 141 cas d'infections à gonocoque ont été rapportés en médecine générale. La majorité des cas était des hommes (79%), et notamment des HSH (60%). La plupart des cas (82%) déclarait avoir eu au moins deux partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois. Les personnes nées à l'étranger représentaient 15% des cas et l'âge médian des cas était 33 ans.

Dans l'année précédant le diagnostic, un antécédent d'IST avait été retrouvé pour 31% des cas. Des symptômes avaient motivé la prescription du test chez 51% des patients.

## Tendances concernant la résistance du gonocoque

En 2024, l'enquête ENGON (707 souches analysées) a montré que les souches de gonocoque circulant en France hexagonale étaient très sensibles au traitement de première intention, la ceftriaxone (0,1% de résistance) et au cefixime (0,3% de résistance), avec cependant pour ce dernier antibiotique 20,9% de souches de sensibilité diminuée. La fréquence de la résistance à l'azithromycine (6,9%) était stable par rapport à 2023 (7,0%) et plus faible qu'en 2022 (11,6%) et 2021 (9,7%). Ce macrolide est moins utilisé depuis 2023 suite aux recommandations de traitement des gonococcies en monothérapie par ceftriaxone. La résistance du gonocoque aux fluoroquinolones (66,5%) et à la tétracycline (93,6%) restait très élevée en 2024.

Entre novembre 2022 et août 2023, 4 souches ultrarésistantes aux antibiotiques (XDR : résistantes à la ceftriaxone et haut niveau de résistance à l'azithromycine), avaient été identifiées ou confirmées par le CNR des IST bactériennes dans le cadre de son activité d'expertise. Trois autres souches XDR ont depuis été identifiées, une en décembre 2024, une autre en janvier 2025 et la dernière en septembre 2025. À ces souches XDR, s'ajoutent 3 autres souches résistantes à la ceftriaxone, pour un total de six souches résistantes à la ceftriaxone en moins d'un an. Elles sont décrites chez des patients avec une notion de rapport sexuel lors d'un voyage à l'étranger ou avec une personne revenant d'un tel voyage. Ces souches appartenaient à des clones différents suggérant l'existence de multiples réservoirs.

Dans l'étude ANRS 174 DOXYVAC, la DoxyPEP (doxycycline pris en post-exposition) n'a eu aucun impact observable sur la sensibilité du gonocoque à la ceftriaxone, à la ciprofloxacine et à l'azithromycine.

## Syphilis

### Activité de dépistage

#### Dépistages remboursés en secteurs privé et public (SNDS)

En 2024, 3,7 millions de personnes ont été dépistées au moins une fois pour la syphilis, soit un taux de dépistage national de 53 pour 1 000 habitants (Figure 27).

Près des deux tiers (64%) des personnes dépistées en 2024 étaient des femmes. Le taux de dépistage était ainsi plus de 50% plus élevé chez celles-ci (66 pour 1 000) que chez les hommes (40 pour 1 000). Le taux de dépistage était notamment le plus élevé chez les femmes de 15 à 25 ans et de 26 à 49 ans (respectivement 149 pour 1 000 et 145 pour 1 000). Chez les hommes, les 26-49 ans étaient les plus dépistés (76 pour 1 000).

Entre 2014 et 2024, le taux de personnes dépistées au moins une fois dans l'année pour une syphilis a augmenté de 90% (53 vs 28 pour 1 000). Il a en particulier triplé chez les hommes de 15 à 25 ans. Le taux de dépistage a augmenté de 20% entre 2022 et 2024, l'augmentation ayant été plus marquée chez les hommes (+29%) que chez les femmes (+16%). Chez les femmes, l'augmentation a été la plus forte chez celles de 50 ans et plus (+35%) et chez les moins de 15 ans (+34%, n=5 048 en 2024).

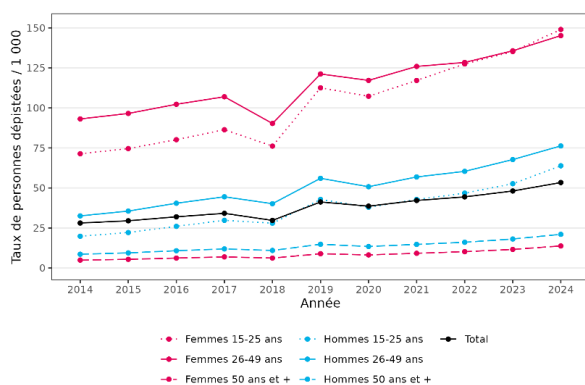
Parmi les jeunes de 15 à 25 ans, les 15-17 ans sont moins fréquemment dépistés que les 18-25 ans (25 vs 138 pour 1 000). Cependant, leur taux de dépistage a également été multiplié par environ 2,6 en dix ans.

Le taux de dépistage de la syphilis était plus élevé dans les DROM : Martinique (135 pour 1 000), Guadeloupe (129 pour 1 000), Guyane (123 pour 1 000), Réunion (108 pour 1 000). Dans l'hexagone, les taux étaient plus élevés en Île-de-France, PACA et Occitanie (Figure 28).

Ces données incluent les sérologies syphilis réalisées en laboratoire de biologie médicale sans ordonnance dans le cadre du dispositif « Mon test IST ». Dès le premier mois de fonctionnement, le dispositif a fait bénéficier environ 48 000 personnes d'un dépistage de la syphilis. Le nombre de

bénéficiaires a augmenté dès le mois suivant (environ 76 000) pour atteindre environ 81 000 bénéficiaires en décembre 2024. Les hommes et les femmes étaient représentés à part égale parmi les bénéficiaires. La plus grande proportion des personnes dépistées en 2024 dans le cadre de ce dispositif se situait dans la classe d'âge des 18 à 25 ans (47% en septembre, puis diminution jusque 40% en décembre).

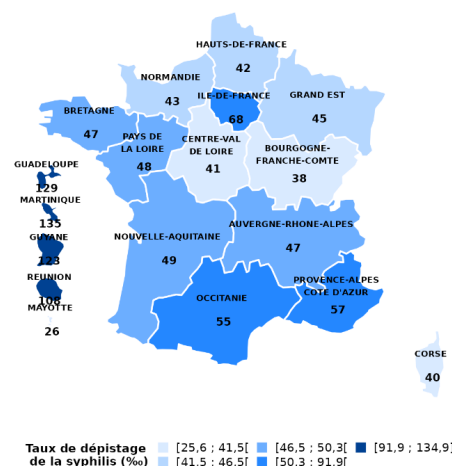
**Figure 27. Taux de dépistage\* de la syphilis par sexe et classe d'âge, France, 2014-2024**



Note : données incomplètes pour l'année 2018

\* Personnes dépistées au moins une fois dans l'année pour 1 000 habitants  
Source : SNDS, exploitation Santé publique France, juillet 2025

**Figure 28. Taux de dépistage\* de la syphilis par région de domicile, France, 2024**



Taux de dépistage de la syphilis (%)

|               |               |                |
|---------------|---------------|----------------|
| [25,6 ; 41,5[ | [46,5 ; 50,3[ | [91,9 ; 134,9] |
| [41,5 ; 46,5[ | [50,3 ; 91,9] |                |

## Dépistages en CeGIDD (SurCeGIDD)

En complément des dépistages remboursés par l'Assurance maladie, environ 285 000 dépistages gratuits de la syphilis ont été rapportés par les CeGIDD en 2024. Environ les deux tiers des personnes dépistées étaient des hommes cis (67,0%), un tiers des femmes cis (32,5%) et 0,5% des personnes trans.

## Infections diagnostiquées : taux d'incidence, taux de positivité et caractéristiques des cas

### Infections diagnostiquées en secteur privé et traitées (SNDS)

Le nombre de personnes diagnostiquées et traitées pour une syphilis au moins une fois dans l'année en secteur privé a augmenté depuis 2019 (début de la surveillance). En 2024, ce nombre a été estimé à environ 6 500, soit une augmentation de 12% par rapport à 2022 et 2023. Les hommes représentaient 89% des cas.

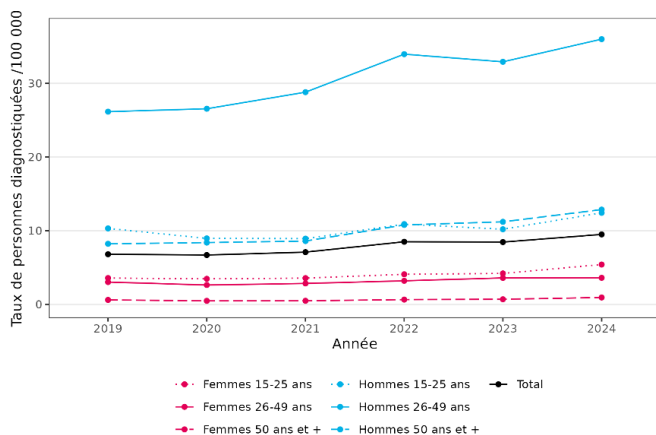
Le taux d'incidence des cas diagnostiqués était de 9 pour 100 000, beaucoup plus élevé chez les hommes que chez les femmes (17 vs 2 pour 100 000), notamment chez ceux de 26 à 49 ans (36 pour 100 000) (Figure 29).

Le taux d'incidence global a augmenté de 12% entre 2022 et 2024. Cette augmentation était plus marquée chez les femmes (+24%) que chez les hommes (+10%), notamment chez celles de 50 ans et plus (+44% vs +19%). Une augmentation du taux d'incidence est observée chez les adultes dans toutes les classes d'âge : chez les 50 ans et plus (+21%), chez les 15-25 ans (+19%) et chez les 26-49 ans (+7%).

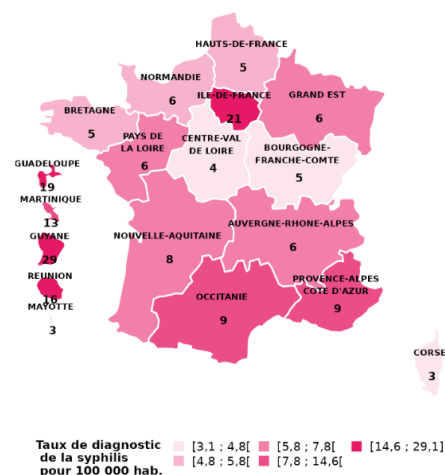
Parmi les jeunes de 15 à 25 ans, tout sexe confondu, les mineurs (15-17 ans) avaient un taux d'incidence près de 10 fois moins élevé que les 18-25 ans (1 vs 12 pour 100 000).

Au niveau régional, les taux d'incidence les plus élevés en 2024 sont observés en Guyane (29 pour 100 000), en Île-de-France (21), en Guadeloupe (19), à la Réunion (16) et en Martinique (13) (Figure 30).

**Figure 29. Taux d'incidence\* des diagnostics de syphilis en secteur privé par sexe et classe d'âge, France, 2019-2024**



**Figure 30. Taux d'incidence\* des diagnostics de syphilis en secteur privé par région de domicile, France, 2024**



Source : SNDS, exploitation Santé publique France, septembre 2025

\* Personnes diagnostiquées au moins une fois dans l'année pour 100 000 habitants

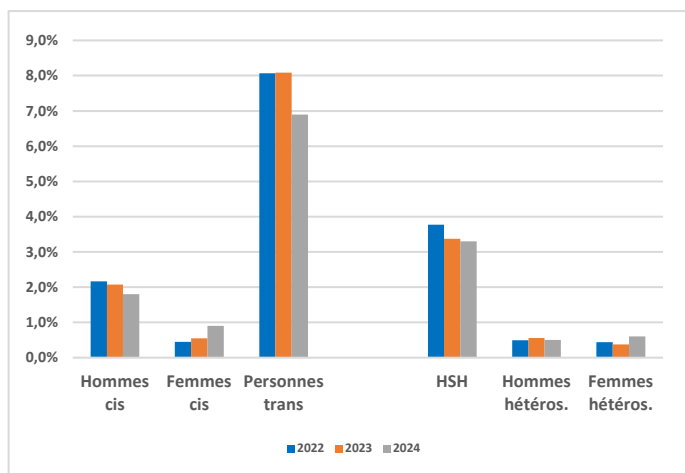
## Infections diagnostiquées en CeGIDD (SurCeGIDD)

Le nombre de syphilis récentes (<1 an) rapporté par les CeGIDD est d'environ 2 500 en 2024. La majorité des cas étaient des hommes cis (83%), 15% des femmes cis et 2% des personnes trans (Tableau 2). L'âge médian des personnes diagnostiquées était de 33 ans : 35 ans chez les hommes cis, 34 ans chez les personnes trans et 24 ans chez les femmes cis. Parmi les personnes pour lesquelles l'information était disponible, 26% étaient nées à l'étranger. Les HSH représentaient 66% des cas, les hommes hétérosexuels 17%, les femmes hétérosexuelles 12%, les FSF 1%, tandis que 4% des cas ne rapportaient pas de rapports sexuels au cours des 12 derniers mois. La majorité des patients (84%) avaient eu au moins 2 partenaires sexuels au cours des 12 mois ayant précédé le diagnostic. Des signes cliniques d'IST étaient identifiés lors de la consultation dans 33% des cas. Une séropositivité VIH a été découverte de façon concomitante au diagnostic de syphilis chez 2% des cas. La syphilis était diagnostiquée à un stade primaire dans 54% des cas, tandis qu'elle était diagnostiquée à un stade secondaire dans 19% et latent précoce dans 27%.

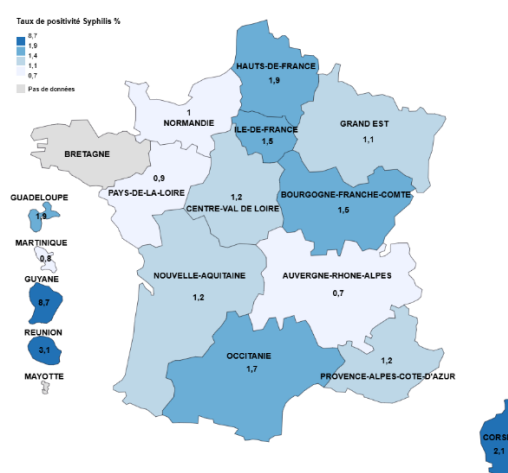
Le taux de positivité des dépistages, égal à 1,5% en 2024, est stable depuis 2022. Lorsque l'information sur les pratiques sexuelles était disponible, le taux de positivité était environ 6 fois plus élevé chez les HSH (3,3%) que chez les femmes hétérosexuelles (0,6%) et les hommes hétérosexuels (0,5%) (Figure 31).

En 2024 comme en 2023, le taux de positivité des diagnostics de syphilis en CeGIDD était le plus élevé en Guyane (8,7%). Il était élevé également à La Réunion (3,1%) (Figure 32).

**Figure 31. Taux de positivité (%) des dépistages de la syphilis en CeGIDD selon le genre des consultants et leurs pratiques sexuelles, France, 2022-2024**



**Figure 32. Taux de positivité (%) des dépistages de la syphilis en CeGIDD, par région\* des CeGIDD, France, 2024**



\*Taux de positivité des dépistages de la syphilis non disponibles à Mayotte et en Bretagne.

Source : SurCeGIDD, Santé publique France, données au 05/07/2025

## Caractéristiques des cas en médecine générale (réseau Sentinelles)

D'après les données du réseau Sentinelles, les cas de syphilis, tout stade confondu, diagnostiqués en médecine générale en 2024 (n=45) concernaient principalement des hommes (91%). Parmi les cas pour lesquels les pratiques sexuelles étaient connues, les HSH étaient très majoritaires (82%). La plupart des cas (89%) déclaraient également avoir eu au moins deux partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois. Les personnes nées à l'étranger ne représentaient par contre que 12% des cas et l'âge médian des cas était de 45 ans.

Dans l'année précédant le diagnostic, 28% des patients avaient présenté un épisode d'IST bactérienne. Parmi l'ensemble des cas, 30% étaient connus comme séropositifs pour le VIH et 32% avaient utilisé la prophylaxie pré-exposition au VIH dans les trois derniers mois. La syphilis était diagnostiquée à un stade récent (< 1 an) dans 84,4% des cas.



## Discussion – Conclusion

### L'infection à VIH

L'exhaustivité des systèmes de surveillance du VIH s'améliore régulièrement depuis 2021, grâce à la participation accrue des professionnels de santé au signalement obligatoire (SO) du VIH, à celle des biologistes à l'enquête LaboVIH, renforçant la fiabilité des indicateurs.

Les méthodes utilisées pour corriger les données du SO et pour estimer les indicateurs clés sont les mêmes que l'année dernière (cf. Annexe 2). Notamment sont pris en compte :

- Pour le calcul de l'exhaustivité du SO, le fait qu'une même personne peut avoir plusieurs sérologies confirmées positives au cours d'une année ;
- Pour le calcul des estimations régionales, les différences entre le lieu de signalement et le lieu de domicile ;
- Pour le calcul des indicateurs clés, le fait que la contamination soit intervenue avant ou après l'arrivée en France des personnes nées à l'étranger. Ce dernier point explique que les estimations d'incidence et de la population non diagnostiquée sont considérablement plus basses que les estimations produites antérieurement qui ne permettaient pas de distinguer les personnes contaminées avant leur arrivée en France.

Avec 8,5 millions de sérologies VIH réalisées en 2024, la progression du dépistage du VIH se poursuit, portée principalement par la montée en charge du dépistage réalisé en laboratoire sans ordonnance et sans avance de frais pour les assurés sociaux (dispositif VIH Test), et de son élargissement à 4 autres IST depuis septembre 2024. Par ailleurs, l'augmentation de l'utilisation de ces dispositifs coïncide avec la diminution des achats d'autotests : il est possible qu'une partie du public utilisateur d'autotests se soit tournée vers ces dispositifs bien que ce report ne soit pas documenté.

Environ 5 100 personnes ont découvert leur séropositivité VIH en 2024. Chez les personnes nées à l'étranger, le nombre de découvertes a fortement diminué en 2020 puis a réaugmenté jusqu'en 2023. Un tiers des découvertes chez des personnes nées à l'étranger concerne des individus arrivés en France depuis moins d'un an. L'évolution des découvertes semble partiellement liée aux fluctuations du nombre de personnes arrivant en France, qui a diminué de 20% entre 2019 et 2020, en raison du contexte pandémique, avant d'augmenter 41% entre 2020 et 2023. Cette relation est corroborée par l'étude de l'évolution du nombre de découvertes selon la durée de résidence en France au moment du diagnostic. En effet, la fluctuation du nombre de découverte entre 2020 et 2023 a été beaucoup plus marquée pour les personnes arrivées en France depuis moins d'un an, que pour celles résidant en France depuis plus longtemps.

L'infection à VIH pouvant rester asymptomatique pendant plusieurs années, le nombre de diagnostics ne dépend non seulement de l'incidence des contaminations, mais aussi du recours au dépistage.

- Les diagnostics précoces (stade clinique de primo-infection, test VIH négatif dans les six mois ou test d'infection récente positif) reflètent à la fois l'activité de dépistage et l'incidence du VIH dans l'année du diagnostic. Les diagnostics tardifs hors stade avancé reflètent l'activité de dépistage actuelle et l'incidence des années précédentes. Ces diagnostics précoces et tardifs (hors avancé) ont fortement diminué au moment du Covid en raison d'une diminution de l'accès et du recours au dépistage, avant d'augmenter jusqu'en 2023.
- Les diagnostics au stade avancé reflètent également l'incidence passée, mais ils résultent le plus souvent de l'apparition de symptômes cliniques. Ils sont donc moins dépendants du recours volontaire au dépistage. Ainsi, leur nombre présente donc moins de variations, et reste stable depuis 2020.



Chez les HSH nés en France, le nombre de découvertes est resté stable sur les deux dernières années, en rupture avec la diminution observée de 2012 à 2022. La part importante des diagnostics précoces (48%) témoigne à la fois de l'exposition au VIH et du recours au dépistage élevé dans cette population, également caractérisée par un recours important à la PrEP. Cependant dans cette population, l'incidence ne diminue plus depuis 2021, avec environ 1 250 contaminations annuelles, et environ 2 700 personnes sont porteuses du VIH mais non encore diagnostiquées.

Chez les HSH nés à l'étranger, la stabilisation récente du nombre de découvertes fait suite à une tendance à l'augmentation observée de 2012 à 2022, mis à part une diminution ponctuelle au moment de la pandémie à Covid-19. Une majorité d'entre eux (59%) a été contaminée après leur arrivée en France, ce qui souligne la nécessité de poursuivre les efforts de prévention ciblant cette population. L'incidence d'environ 450 contaminations par an, a continué à augmenter jusqu'en 2023, et la population non diagnostiquée est estimée à environ 900 personnes.

Chez les personnes hétérosexuelles nées à l'étranger, notamment les femmes, après un fort recul en 2020, le nombre de découvertes a augmenté de 2021 à 2023, avant de diminuer légèrement en 2024. Une reprise des flux migratoires après les restrictions de mouvements liées au Covid peut expliquer une partie de l'augmentation nette de ces dernières années. Toutefois, parmi les personnes hétérosexuelles nées à l'étranger diagnostiquées en 2024, 43% ont été contaminées après leur arrivée en France. Cependant dans cette population, la part des diagnostics précoces est très faible (14% en 2024) du fait d'un faible recours au diagnostic, alors que l'incidence en France ne diminue plus depuis 2021, et que près de 3 000 PVVIH ne sont pas encore diagnostiquées. Cette situation peut contribuer à la poursuite des contaminations dans cette population.

Chez les personnes hétérosexuelles nées en France, la lente diminution du nombre de découvertes, observée jusqu'en 2021, ne s'est pas poursuivie. Un tiers des diagnostics réalisés en 2024 étaient précoces, mais 40% étaient tardifs ou au stade avancé. L'incidence a diminué jusqu'en 2021 chez les femmes, mais pas chez les hommes. La majorité (68%) des près de 2 800 personnes porteuses du VIH sans être diagnostiquées sont des hommes.

Les personnes trans contaminées lors de rapports sexuels représentent 2% des diagnostics. Le nombre de ces contaminations qui a augmenté jusqu'en 2021, se stabilise depuis. Plus de la moitié des personnes trans diagnostiquées en 2024 étaient coinfectedées par une IST bactérienne. Environ la moitié des personnes trans nées à l'étranger ont été contaminées après leur arrivée en France, probablement en partie en lien avec les conditions de vies précaires de primo-arrivants, des difficultés administratives, et un moindre recours et accès aux soins.

Les découvertes de séropositivité chez les UDI représentent 1% des diagnostics, en nombre stable. Cette situation reflète l'efficacité des programmes de réductions des risques. Cependant, environ la moitié des UDI nés à l'étranger (majoritairement en Europe) porteurs du VIH ont été contaminés en France.

Ces données soulignent, malgré les progrès accomplis au sein des populations concernées, les besoins persistants en termes de dépistage répété, y compris à distance de la migration pour les personnes nées à l'étranger, et de prévention adaptée aux besoins spécifiques de chacun. Les démarches d'« aller-vers » les populations les plus difficiles à atteindre (personnes ne se sentant pas concernées par le VIH, publics précaires, HSH les plus éloignés de la communauté gay) sont à favoriser pour compléter les actions en population générale.

S'il y a un bénéfice individuel à diagnostiquer et traiter le plus rapidement possible les personnes porteuses du virus, cette stratégie est tout aussi cruciale en santé publique pour lutter contre la transmission du virus dans la population. Il est nécessaire de garantir un accès aux soins à tous, y compris les personnes nées à l'étranger, et d'intensifier les actions de prévention à leur égard, en termes de dépistages, de vaccinations et de prévention combinée dont la PrEP. La lutte contre la précarité doit également être un axe d'action majeur pour permettre à ces personnes d'intégrer les filières de soins pour bénéficier de la prise en soin dont elles ont besoin.

Le nombre total de nouveaux diagnostics de sida, qui avait réaugmenté depuis 2020, diminue à nouveau en 2024. Ces diagnostics correspondent en majorité (68% en 2024) aux découvertes de séropositivité au stade sida chez des personnes ignorant leur séropositivité. Cette découverte

concomitante du VIH et du sida, révélatrice d'opportunités de dépistage manquées, est plus fréquente chez les HSH nés à l'étranger (74% des diagnostics de sida dans cette population). Elle est plus rare chez les personnes trans contaminées par rapports sexuels (41%) et les UDI (34%). Une autre part des diagnostics de sida concerne des personnes dont l'infection par le VIH avait déjà été diagnostiquée, mais qui n'avaient pas bénéficié d'un traitement par ARV avant le stade sida. En 2024, ces personnes représentaient 13% des nouveaux cas de sida. Cette proportion était plus élevée chez les UDI (23%) et les personnes trans (18%). Les données du signalement obligatoire, nécessairement concises, ne permettent pas de documenter les raisons pour lesquelles ces personnes n'ont pas initié de traitement antirétroviral avant de développer un sida. La majorité des cas de sida, étant liés à un retard au dépistage ou au traitement, ces diagnostics doivent alerter quant à la fraction des PVVIH qui échappe encore aux dispositifs de prévention et de prise en soin, jusqu'à un stade avancé de l'infection.

## Les IST bactériennes

Concernant les IST bactériennes, bien que les dépistages remboursés aient concerné principalement des femmes, les diagnostics sont plus fréquents chez les hommes (infections à *Chlamydia trachomatis*), avec une prédominance marquée des HSH pour les diagnostics de syphilis et gonococcie. Entre 2022 et 2024, l'augmentation du dépistage a concerné les deux sexes et toutes les classes d'âge, mais elle était plus forte chez les hommes pour les 3 IST bactériennes. Le dépistage chez ces derniers a pu être partiellement favorisé en 2024 par la mise en place du dispositif *Mon test IST* à partir du mois de septembre. En effet, ce dispositif permettant le dépistage sans ordonnance en laboratoire de biologie médicale pour tous les assurés sociaux et un dépistage gratuit chez les moins de 26 ans, de 5 IST (le VIH, l'infection à *Chlamydia trachomatis*, la gonococcie, la syphilis et l'hépatite B) a été autant utilisé, pour le dépistage des IST bactériennes, par des hommes que par des femmes sur les quatre premiers mois de son existence, contrairement à la globalité des dépistages remboursés.

Mon test IST a particulièrement bénéficié aux jeunes de 15 à 25 ans en 2024 qui représentaient entre 44 et 50% des dépistés selon le mois. Les jeunes femmes de 15 à 25 ans sexuellement actives, chez lesquelles la HAS recommande un dépistage opportuniste de l'infection à *Chlamydia trachomatis* étaient encore les plus dépistées en 2024 pour cette infection. Elles bénéficiaient également d'une recherche conjointe de gonococcie en raison de l'utilisation fréquente de PCR multiplex par les laboratoires. Les femmes de 15 à 49 ans présentent également les taux de dépistage de la syphilis les plus élevés, probablement en lien avec le dépistage obligatoire de la syphilis chez les femmes enceintes.

La hausse du dépistage s'accompagne d'une augmentation du nombre de diagnostics d'infections à *Chlamydia trachomatis* (principalement chez les hommes), de gonococcies (hausse la plus importante) et de syphilis. Chez les femmes, l'augmentation du taux d'incidence des diagnostics de syphilis (+24%) met en évidence un risque croissant de transmission congénitale malgré la gratuité du dépistage prénatal, notamment dans certains DROM. Ce constat conforte le besoin de mieux structurer la surveillance des syphilis congénitales, avec le concours des cliniciens et des biologistes qui les prennent en charge. Une réflexion coordonnée par Santé publique France avec les parties prenantes permettra de définir les modalités les plus adaptées pour cette surveillance.

Il est à noter une augmentation du taux d'incidence des diagnostics d'infection à *Chlamydia trachomatis* chez les femmes de 15 à 25 ans au cours de la dernière année de surveillance, après une stabilisation entre 2021 et 2023 chez les femmes. Cette nouvelle hausse s'accompagne d'une augmentation notable chez les hommes du même âge, qui appelle à renforcer les efforts de prévention auprès des jeunes. Dans un contexte d'augmentation importante des diagnostics de gonococcies en France et en Europe, six souches de gonocoque résistantes à la ceftriaxone ont été détectées en moins d'un an en France. L'étude DOXYVAC a également montré que l'utilisation de la DoxyPEP a été associée à une augmentation significative à la fois de la résistance à haut niveau à la tétracycline et de la diminution de la sensibilité au céfixime chez le gonocoque. Les professionnels de santé doivent donc être resensibilisés au risque d'émergence de souches de gonocoques résistantes aux céphalosporines de 3<sup>e</sup> génération et à sa prévention (conseils de

prévention aux voyageurs, réalisation de culture et antibiogramme devant une infection symptomatique ou une IST au retour d'un voyage en Asie, vérification de la guérison).

## Conclusion

Les progrès dans la lutte contre l'infection à VIH sont nombreux, avec une cascade de soin proche des objectifs fixés (94% des PVVIH diagnostiquées, parmi elles 96% mises sous traitement antirétroviral, dont 97% ayant une charge virale indétectable). Toutefois, l'incidence des contaminations sur le territoire national ne diminue plus avec 3 400 cas par an depuis 2023, et environ 9 700 personnes vivant avec le VIH ne sont pas encore diagnostiquées. Concernant les IST bactériennes, les nombreux progrès du dépistage, incluant le remboursement des PCR pour la recherche des IST majeures, l'accès au dépistage sans ordonnance, les tests hors-les-murs, ont contribué à l'augmentation des diagnostics ces dernières années. Toutefois ces avancées restent encore insuffisantes pour contrôler leur transmission. Les estimations de prévalence de ces IST par l'étude PrevIST montrent que la cible d'élimination reste hors de portée.

Un renforcement de la prévention, incluant un dépistage régulier et la protection des rapports (préservatifs et/ou de la PrEP), reste incontournable pour atteindre les objectifs d'élimination des IST et du VIH. Les indicateurs épidémiologiques soulignent également la nécessité de poursuivre les efforts pour mieux répondre aux besoins des populations et des territoires les plus exposés à l'infection à VIH. Des mesures de prévention combinée devront être déclinées selon une approche d'universalisme proportionné, afin de réaliser les objectifs d'élimination de l'infection à VIH fixés par la stratégie nationale de santé sexuelle.

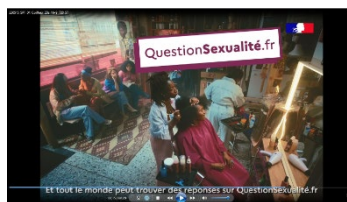
## Prévention

### Campagnes 1<sup>er</sup> décembre

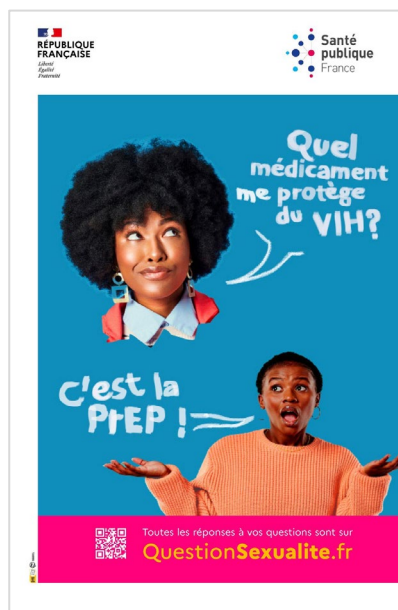
Pour cette édition 2025 de la Journée nationale de lutte contre le VIH, Santé publique France diffusera, de mi-novembre à mi-décembre, **3 campagnes** :

- une campagne sur **la prévention combinée** du VIH et des IST **à destination des personnes originaires d'Afrique subsaharienne**, déjà diffusée en 2024, dont l'objectif est de promouvoir l'usage des outils de prévention (principalement la PrEP et le préservatif) et le dépistage.

3 spots diffusés en TV affinitaire sur la PrEP, le dépistage et la protection contre les IST



3 affiches diffusées dans des réseaux affinitaires (PrEP, préservatif et dépistage)



En digital, diffusion des spots et bannières déclinées à partir des affiches avec un ciblage affinitaire. En radio, diffusion de 4 chroniques sur Africa radio.

- une campagne sur le dépistage répété du VIH et des IST à destination des HSH, diffusée tous les 3 mois depuis octobre 2024, visant à augmenter la proportion de HSH multipartenaires se dépistant trimestriellement. Elle sera diffusée en digital (application de rencontres et réseaux sociaux) et dans la presse communautaire.

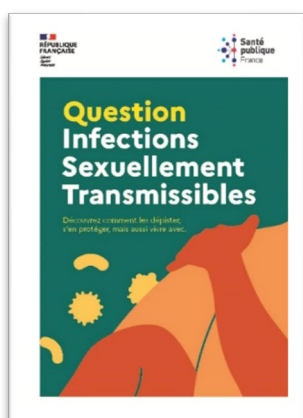
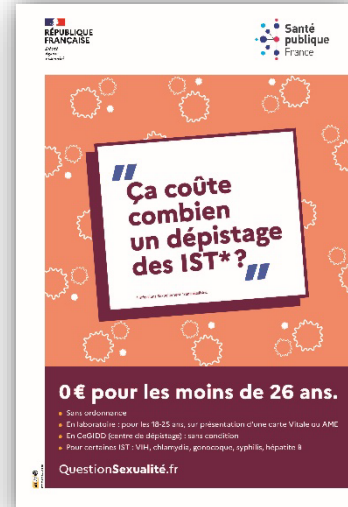
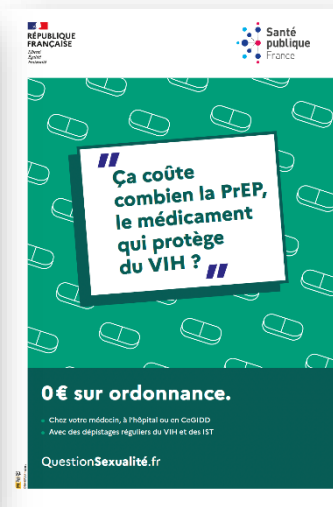


- une campagne sur le préservatif à destination des adolescents, visant à normaliser l'usage du préservatif. Diffusée sur les réseaux sociaux, elle s'appuiera sur une collaboration avec des influenceurs.



## Documents commandables pour le terrain

En complément, des outils sont proposés aux acteurs de terrain.



### Nos ressources sur la santé sexuelle

Retrouvez les affiches et tous nos documents sur notre site internet [santepubliquefrance.fr](https://santepubliquefrance.fr)

Retrouvez également tous **nos dispositifs de prévention** aux adresses suivantes :

OnSEXprime pour les jeunes : <https://www.onsexprime.fr/>

QuestionSexualité pour le grand public : <https://www.questionsexualite.fr>

Sexosafe pour les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes : <https://www.sexosafe.fr>

## Annexe 1. Dispositifs de surveillance

La surveillance du VIH et des IST bactériennes en France repose sur plusieurs dispositifs permettant de couvrir l'activité des lieux de dépistage et de diagnostic (Tableau ci-dessous).

Les données sur l'activité de dépistage du VIH reposent sur les sérologies VIH déclarées dans le cadre de l'enquête LaboVIH menée chaque année auprès de l'ensemble des laboratoires de biologie médicale. Ces données peuvent être comparées à celles issues du SNDS, qui ne concernent que les tests ayant donné lieu à un remboursement par l'Assurance maladie. Elles sont complétées par les données des dépistages communautaires par TROD VIH et par les chiffres de ventes d'autotests VIH.

Les données sur les découvertes de séropositivité VIH sont issues du signalement obligatoire (SO) du VIH, réalisé par les biologistes et les cliniciens, qui doivent déclarer les cas qu'ils diagnostiquent sur une application web ([www.e-do.fr](http://www.e-do.fr)).

Les données de dépistage des IST bactériennes sont issues de l'exploitation des données du SNDS. À ces dépistages ayant donné lieu à un remboursement, s'ajoutent les dépistages gratuits réalisés en CeGIDD grâce à la surveillance SurCeGIDD.

Les données concernant les diagnostics d'infections à *Chlamydia trachomatis* (Ct), à *Neisseria gonorrhoeae* (gonocoques) et de la syphilis en secteur privé proviennent du SNDS, grâce à l'élaboration d'algorithmes permettant d'identifier et de chaîner le remboursement d'un test et le remboursement d'un traitement antibiotique adapté. Ces données de diagnostic issues du SNDS sont complétées par celles des CeGIDD qui permettent de décrire les caractéristiques des patients diagnostiqués dans ces structures.

Les taux (de dépistage, de diagnostic ou d'incidence) rapportés à la population ont été calculés sur la base des données de l'INSEE (estimations de population au 1er janvier de chaque année, données actualisées au 20/12/2024, sauf pour Saint-Martin et Saint-Barthélemy pour lesquels les dernières données disponibles sont celles du recensement de 2022).

De façon complémentaire, le Centre national de référence (CNR) des IST bactériennes fournit des données sur les diagnostics de lymphogranulomatose vénérienne (LGV), ainsi que des données de résistance du gonocoque.

| Dispositifs                             | Descriptifs                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Indicateurs principaux                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| LaboVIH                                 | Enquête annuelle réalisée auprès de l'ensemble des laboratoires de biologie médicale (LBM).<br>Les données sont corrigées par imputation multiple pour tenir compte des laboratoires non-répondants (taux de participation de 88% en 2024 en augmentation depuis à 2021).                                                             | Nombre de sérologies VIH réalisées par les LBM, remboursées ou non, avec ou sans prescription médicale, quel que soit le lieu de prélèvement (laboratoire de ville, hôpital ou clinique, CeGIDD...) mais hors dons de sang.<br>Nombre de sérologies confirmées positives.<br>Taux de positivité. |
| Dépistage communautaire du VIH par TROD | Données recueillies auprès des associations subventionnées, et analysées par la Direction générale de la santé (DGS).                                                                                                                                                                                                                 | Nombre de TROD VIH réalisés par les associations subventionnées.<br>Taux de positivité.<br>Nombre d'autotests distribués par ces associations                                                                                                                                                    |
| Ventes d'autotests VIH                  | Données mensuelles recueillies auprès de la société IQVIA.<br>Les données proviennent de l'extrapolation des données de ventes recueillies de façon automatisée auprès d'un panel de pharmacies représentatives des officines françaises en termes de taille, localisation, typologie de pharmacie et logiciel de gestion officinale. | Nombre d'autotests VIH vendus en pharmacie (incluant les ventes en ligne).                                                                                                                                                                                                                       |



|                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SO du VIH/sida                               | SO du VIH réalisée en parallèle par les biologistes et les cliniciens sur une application web ( <a href="http://www.e-DO.fr">www.e-DO.fr</a> ).<br>Les données sont corrigées pour tenir compte de la sous-déclaration, des délais de déclaration et des variables incomplètes.<br>SO du sida réalisée par les cliniciens. Les données sont corrigées pour tenir compte de la sous-déclaration et des délais de déclaration.<br>Les méthodes de correction ont été révisées en 2024 pour produire une seule estimation à partir de l'exhaustivité corrigée (Annexe 2).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Nombre de diagnostics d'infection à VIH (ou découvertes de séropositivité VIH) et caractéristiques des cas.<br>Nombre de diagnostics de sida et caractéristiques des cas.                                                                      |
| Surveillance virologique                     | Surveillance couplée à la DO du VIH, volontaire pour le patient et le biologiste. Réalisation d'un test d'infection récente et d'un sérotypage par le CNR du VIH à partir de gouttes de sang déposées sur buvard à partir du fond de tube.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Nombre de diagnostics d'infection à VIH en infection récente (contamination datant en moyenne de moins de 6 mois), qui permet de repérer les diagnostics précoces                                                                              |
| Système national des données de santé (SNDS) | Données de remboursement de l'Assurance maladie des tests réalisés dans les laboratoires de biologie médicale privés et publics (laboratoires de ville et des établissements de soins, à l'exclusion des tests réalisés dans le cadre d'une hospitalisation dans un établissement public).<br>Données sur les tests sans prescription et sans avance de frais (VIHTest de 2022 à août 2024 puis élargi à 4 autres IST sous le nom de Mon test IST).<br>Données de remboursement de l'Assurance maladie des médicaments délivrés permettant de chaîner le remboursement d'un test et celui d'un traitement antibiotique adapté pour définir des proxys des diagnostics d'infections à <i>Chlamydia trachomatis</i> et à gonocoque, et de la syphilis, sur la base d'algorithmes.<br>Pour la syphilis, les estimations de diagnostic ne sont pas interprétables avant l'année 2019 en raison de la rupture d'approvisionnement d'extencilline.<br><br>*À Mayotte, seule 68% de la population est affiliée à l'assurance-maladie limitant l'interprétation des indicateurs issus des données de remboursement de soins | Nombre de dépistages du VIH et des IST remboursés.<br>Nombre de dépistages VIH réalisés dans le cadre de VIHTest.et Mon test IST<br>Proxy du nombre de diagnostics d'infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> , à gonocoque et de la syphilis. |
| Surveillance CeGIDD :<br>SurCeGIDD           | Recueil automatisé de données individuelles pseudonymisées sur les consultants en CeGIDD. Le taux de participation des CeGIDD a augmenté régulièrement depuis la mise en place de cette surveillance en 2017. Il est de 73% pour 2024. Il varie néanmoins selon les régions.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Nombre de dépistages et de diagnostics en CeGIDD pour les infections à <i>Chlamydia trachomatis</i> , à gonocoque et la syphilis.<br>Évolution des taux de positivité.<br>Caractéristiques des patients diagnostiqués.                         |
| Étude PrévIST                                | L'étude PrévIST a été proposée aux personnes de 18-59 ans participant à l'enquête aléatoire Contexte des Sexualités en France (CSF) de 2023, ayant déjà eu un rapport sexuel dans leur vie. PrévIST invitait les répondants à CSF à réaliser, à domicile, un prélèvement vaginal pour les femmes et urinaire pour les hommes. Les analyses biologiques ont été réalisées au Centre national de référence des IST bactériennes et les résultats redressés pour être représentatifs de la population générale.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Prévalence des infections à <i>Chlamydia trachomatis</i> , <i>Neisseria gonorrhoeae</i> et <i>Mycoplasma genitalium</i> (cette dernière prévalence n'est pas présentée dans ce bulletin) en France.                                            |

|                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Enquête Anachla                                             | Recueil annuel d'échantillons anorectaux positifs à <i>Chlamydia trachomatis</i> sur une période de 3 mois par le CNR des IST bactériennes auprès de laboratoires de métropole et des DROM pour la surveillance de la lymphogranulomatose vénérienne (LGV). | Proportion d'échantillons de LGV et caractéristiques des cas.                                                                                            |
| Enquête ENGON                                               | Surveillance de la résistance aux antibiotiques du gonocoque par le CNR des IST bactériennes, basée sur le recueil de souches transmises lors des enquêtes annuelles. ENGON se déroulant chaque année du 1 <sup>er</sup> septembre au 31 décembre.          | Proportion de souches résistantes aux antibiotiques (azithromycine, ceftriaxone, céfixime, spectinomycine, gentamicine, ciprofloxacine et tétracycline). |
| Expertise du CNR des IST bactériennes (expertise gonocoque) | Sur demande : expertise de souches de gonocoque résistantes à la ceftriaxone, expertise sur les prélèvements en cas de forte suspicion de résistance                                                                                                        | Nombre de souches résistantes à la ceftriaxone et caractéristiques des cas.                                                                              |

## Annexe 2. Méthodes de correction et d'estimation

Les méthodes de correction des données VIH sont identiques à celles appliquées l'an dernier sur les données 2023. Elles ont été décrites en détail dans le BSP de 2023 [1] et dans le bulletin national de 2024. Elles sont résumées ici.

### Exhaustivité de la DO du VIH

L'exhaustivité de la DO sert à estimer le nombre réel de personnes diagnostiquées, à partir du nombre de personnes dont le diagnostic a fait l'objet d'au moins une déclaration, par le biologiste et/ou le clinicien.

Les données de surveillance permettent de calculer l'exhaustivité de la DO par rapport au nombre de sérologies confirmées positives. Elle est calculée en divisant le nombre de sérologies confirmées positives ayant fait l'objet d'un signalement (après correction pour les délais) par le nombre de sérologies confirmées positives estimé par LaboVIH (hors sérologie anonyme). Le numérateur et le dénominateur de cette division ont la même définition de cas, et ils peuvent inclure plusieurs sérologies positives pour une même personne si elle a été confirmée positive plusieurs fois dans des laboratoires différents.

Cependant l'exhaustivité rapportée aux sérologies peut être inférieure à l'exhaustivité qui serait rapportée au nombre de personnes diagnostiquées, dans le cas particulier où une personne a eu plus d'un test de confirmation dans l'année (par exemple, en ville puis à l'hôpital), et où l'une de ces sérologies est signalée mais pas l'autre. Cette sous-estimation de l'exhaustivité aboutirait à une surestimation du nombre corrigé de diagnostics

Pour l'éviter, une exhaustivité corrigée est calculée, pour mieux approcher la probabilité qu'une personne nouvellement diagnostiquée fasse l'objet d'un SO. Pour cette estimation, un modèle de régression a été établi pour décrire la relation entre le nombre de personnes nouvellement signalées  $N$  (variable expliquée) et l'année  $A$ , le nombre de tests positifs de LaboVIH  $L$ , et l'exhaustivité estimée avant correction  $E$  (variables explicatives) :

$$N \cong \beta_0 + \beta_1 A + \beta_2 LE + \beta_3 LE(1 - E)$$

L'inclusion du terme  $\beta_3 LE(1 - E)$  tient compte de la situation d'une personne nouvellement diagnostiquée qui a eu deux tests au cours de l'année. Pour obtenir une exhaustivité corrigée, nous avons divisé le nombre de personnes nouvellement déclarées  $N$  au cours de l'année par le nombre qui aurait été estimé par le modèle si l'exhaustivité était de 100%,  $N_1$ . Cette exhaustivité corrigée  $N/N_1$  est généralement plus élevée que l'exhaustivité standard  $E$  rapportée aux sérologies confirmées positives.

La nouvelle approche présente néanmoins au moins deux limites. D'abord, nous faisons l'hypothèse que la relation entre le nombre de nouveaux signalements et le nombre de personnes nouvellement signalées est identique pour toutes les régions de France, alors que les pratiques de déclaration peuvent varier d'un hôpital à l'autre. D'autre part, par souci de simplicité, nous appliquons la variance estimée pour l'exhaustivité standard directement à l'exhaustivité corrigée, alors que cette étape supplémentaire augmenterait probablement encore l'incertitude de nos estimations. Cependant, le modèle proposé explique bien la variation du nombre de personnes déclarées selon l'année et la région ( $R^2=0.9988$ ).

### Lieu de déclaration ou de domicile

Pour produire des estimations du nombre de diagnostics par région ou département de domicile, alors que l'exhaustivité est estimée sur la base de la localisation du déclarant, les découvertes par lieu du signalant sont distribuées selon les répartitions du lieu de domicile. L'effet de cette modification est mineur, sauf pour certains départements, notamment en Île-de-France.

## Incidence du VIH, délais et taille de la population non diagnostiquée

Les estimations de l'incidence du VIH en France ont été réactualisées, suivant la même méthode que celle utilisée en octobre 2024, c'est-à-dire en isolant les contaminations survenues en France, en prenant en compte les antécédents de sérologies négatives avant le diagnostic et en déclinant cette estimation par année, par région et par population.

Pour estimer l'incidence en France, nous avons d'abord estimé la proportion des personnes nées à l'étranger qui ont été contaminées en France sur la base d'un modèle publié [2, 3]. Ce même modèle a également permis d'estimer les délais entre la contamination et le diagnostic. Les délais présentés dans ce bulletin représentent les délais estimés entre la contamination et le diagnostic pour toutes les personnes diagnostiquées en 2024, sans considération du lieu de contamination. Les délais entre l'arrivée en France et le diagnostic sont également présentés pour les personnes découvrant leur séropositivité en France en 2024 et estimées avoir été contaminées avant leur arrivée sur le territoire.

L'incidence en France pendant la période 2012-2024 a ensuite été estimée à partir des découvertes de séropositivité pour lesquelles nous avons estimé une contamination en France et des délais entre la contamination et le diagnostic, en utilisant les méthodes décrites dans une publication de Brookmeyer *et al.* [4]. Pour ce modèle, nous avons permis une éventuelle évolution linéaire dans les délais de déclaration des personnes contaminées entre 2012 et 2024, avec un possible saut transitoire en 2020. Les valeurs de ces variations (pente, saut...) ont été automatiquement estimées par le modèle.

Pour estimer la taille de la population non diagnostiquée à la fin de 2024, nous avons d'abord additionné toutes les personnes contaminées en France entre 2012 et 2024 et soustrait le nombre de personnes déjà diagnostiquées avant la fin de 2024. Pour ajouter des personnes contaminées avant 2012 mais pas encore diagnostiquées, nous avons projeté jusqu'en 2042 une régression log-linéaire du nombre de personnes contaminées avant 2012 et diagnostiquées chaque année entre 2012 et 2024. Nous avons utilisé une approche similaire pour les personnes contaminées à l'étranger, mais en partant de la date d'arrivée en France et non de la date de contamination, afin de ne pas compter le temps écoulé après la contamination mais avant l'arrivée en France.

## Cascade de prise en charge des PVVIH

Les estimations de la cascade de prise en charge des PVVIH des personnes de 15 ans et plus ont été réactualisées par Santé publique France pour l'année 2023, à partir du nombre de personnes prises en soin issu du SNDS, du nombre de PVVIH non diagnostiquées présentées ci-dessus et d'indicateurs issus des cohortes hospitalières FHDH et AQUIVIH (délais entre diagnostic et prise en soin, probabilité de traitement parmi les patients suivis, probabilité d'une CV contrôlée parmi les patients traités).

Ces estimations sont assorties d'un intervalle de crédibilité, qui reflète l'incertitude autour des estimations du nombre de personnes non diagnostiquées et le nombre de patients suivis dans les cohortes. L'incertitude autour de l'estimation du nombre de personnes prises en charge (données SNDS) n'est pas prise en compte.

L'estimation du nombre de PVVIH prises en charge (PEC) vient des données du SNDS (exploitation et algorithme Inserm/iPLEsp). Les personnes ayant moins de 15 ans ont été exclues.

Le nombre de personnes non diagnostiquées est estimé selon les nouvelles méthodes de Santé publique France, décrites dans le bulletin « VIH et IST bactériennes en France. Bilan 2023. »

Pour estimer le nombre de personnes diagnostiquées mais sans prise en charge, nous avons utilisé les méthodes de Supervie *et al.* (JAIDS 2016), et certaines données issues des cohortes hospitalières ANRS CO4 FHDH et ANRS CO3 Aquivih, avec l'hypothèse que la proportion de personnes connaissant leur séropositivité depuis plus de 3 mois parmi celles nouvellement PEC PES est égale à cette proportion parmi toutes celles sans PEC (diagnostiquées ou non). En désignant P comme la proportion de personnes nouvellement PEC dans les deux cohortes

hospitalières (ANRS CO4 FHDH et ANRS CO3 Aquivih) ayant un délai entre diagnostic et PEC de plus de 3 mois et U comme le nombre de personnes non diagnostiquées, le nombre de personnes diagnostiquées sans PEC est estimé par  $U \cdot P / (1 - P)$ .

Le nombre de personnes diagnostiquées est la somme du nombre de personnes PEC et du nombre de personnes diagnostiquées sans PEC. Le nombre total de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) est la somme du nombre de personnes diagnostiquées et du nombre de personnes non diagnostiquées.

Pour estimer le nombre de personnes traitées, nous calculons d'abord la proportion de personnes PEC pour le VIH qui sont en cours de traitement ARV dans les deux cohortes ANRS CO4 FHDH et ANRS CO3 Aquivih. Nous multiplions cette proportion par notre estimation du nombre total de personnes PEC.

Le nombre de personnes ayant une charge virale (CV) indétectable est estimé en multipliant la proportion des personnes sous traitement ARV ayant une CV indétectable, issue des cohortes hospitalières ANRS CO4 FHDH et ANRS CO3 Aquivih, par notre estimation du nombre de personnes traitées. Ce calcul est fait deux fois, en prenant un seuil de 200 copies/mL ou de 50 copies/mL.

Pour estimer le nombre total de personnes infectées et infectieuses, nous soustrayons le nombre de personnes ayant une CV indétectable du nombre total de PVVIH.

Les estimations de la cascade de prise en charge sont assorties d'une incertitude. Pour l'estimer, nous considérons uniquement les incertitudes liées aux variations aléatoires. Les autres sources d'incertitude (définition de l'algorithme appliqué aux données de la CNAM, hypothèse utilisée pour estimer les personnes diagnostiquées sans prise en charge, représentativité des données des deux cohortes) ne sont pas prises en compte. Une approche bayésienne est utilisée, d'où l'appellation « intervalle de crédibilité » au lieu de « intervalle de confiance ». Les distributions a priori étaient choisies pour être peu informatives.

## Références

1. Santé publique France. Surveillance du VIH et des IST bactériennes. Bulletin de santé publique. Édition nationale, novembre 2023. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/bulletin-national/bulletin-de-sante-publique-vih-ist.-novembre-2023>
2. Pantazis N, Thomadakis C, Del Amo J, Alvarez-Del Arco D, Burns FM, Fakoya I, *et al.* Determining the likely place of HIV acquisition for migrants in Europe combining subject-specific information and biomarkers data. *Stat Methods Med Res.* 2019;28(7):1979-97.
3. Pantazis N, Rosinska M, van Sighem A, Quinten C, Noori T, Burns F, *et al.* Discriminating Between Premigration and Postmigration HIV Acquisition Using Surveillance Data. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2021;88(2):117-24.
4. Brookmeyer R, Liao JG. The analysis of delays in disease reporting: methods and results for the acquired immunodeficiency syndrome. *Am J Epidemiol.* 1990;132(2):355-65.
5. Bulletin. Surveillance du VIH et des IST bactériennes en France en 2023. Édition nationale. Saint-Maurice : Santé publique France, 35 p., 11 octobre 2024.
6. Kunkel, Amber; Alioum, Amadou; Lot, Florence; Cazein, Françoise. HIV incidence, migration and diagnosis dynamics, France, 2012-2023: a surveillance and modeling data analysis. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* ();10.1097/QAI.0000000000003730, July 24, 2025. | DOI: 10.1097/QAI.0000000000003730
7. Sauvage C, Balcon C, Chazelle E, Peuchant O, Moreau C, Lot F, Bébéar C, Ndeikoundam Ngangro N. Prévalence de l'infection à Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae et Mycoplasma genitalium chez les femmes et les hommes de 18-59, en France hexagonale, enquête PrévIST. 2025, soumis au BEH.
8. Réseau Sentinelles - Bilan d'activité 2024 – 2<sup>e</sup> édition publiée en août 2025. <https://www.sentiweb.fr/document/6598>
9. Fouéré S, Cazanave C, Hélary M, Dupin N, Tattevin P, Bébéar C, Beylot-Barry M, Molina JM, Chosidow O, Riche A, Berçot B. Update on French recommendations for the treatment of uncomplicated Neisseria gonorrhoeae infections. *Int J STD AIDS.* 2021 Oct;32(11):1081-1083. doi: 10.1177/09564624211023025. Epub 2021 Jun 14. PMID: 34125636.
10. HAS, ANRS, CNS. Recommandations de prise en charge des personnes infectées par Neisseria gonorrhoeae. Avril 2025. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-05/prise\\_en\\_charge\\_des\\_personnes\\_infectees\\_par\\_neisseria\\_gonorrhoeae\\_-\\_recommandations.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-05/prise_en_charge_des_personnes_infectees_par_neisseria_gonorrhoeae_-_recommandations.pdf)



## Remerciements

Nous remercions pour leur contribution à la surveillance du VIH et des IST bactériennes :

- les biologistes qui participent à LaboVIH et à la déclaration obligatoire du VIH
- les cliniciens, TEC et COREVIH qui participent à la déclaration obligatoire du VIH/sida
- les médecins de santé publique en ARS et l'ensemble de leurs collègues
- les CeGIDD qui ont adressé une extraction de leurs données individuelles dans le cadre de la surveillance SurCeGIDD
- le CNR du VIH
- le CNR des IST bactériennes, les biologistes et les cliniciens participant aux enquêtes du CNR
- la CNAM pour les données concernant VIHTest
- les personnels de Santé publique France :
  - les techniciens d'informations épidémiologiques de l'unité VIH-Hépatites B/C-IST de la Direction des maladies infectieuses (DMI) pour la gestion des déclarations obligatoires du VIH et du sida
  - la Direction appui, traitement et analyses de données (DATA) pour les extractions du SNDS
  - les référents VIH/IST des cellules régionales de Santé publique France pour l'animation de la surveillance en région et la valorisation des données régionales

## Rédaction ou relecture

### **Santé publique France**

Ndeindo Ndeikoundam, Françoise Cazein, Amber Kunkel, Emilie Chazelle, Gilles Delmas, Cheick Kounta, Stella Laporal, Pierre Pichon, Harold Noël, Bruno Coignard (Direction des maladies infectieuses), Élise Brottet, Quiterie Mano, Virginie de Lauzun (Direction des régions), Anna Mercier, Jeanne Herr, Lucie Duchesne, Pierre Arwidson, François Beck (Direction de la promotion et de la prévention de la santé)

### **CNR des IST bactériennes**

Cécile Bébéar, Olivia Peuchant, Cécile Laurier-Nadalié, François Caméléna, Béatrice Berçot

### **CNR du VIH**

Karl Stefic

### **Réseau Sentinelles (Iplesp), Sorbonne Université/Inserm**

Camille Bonnet, Daouda Niaré, Thierry Blanchon

**Pour nous citer :** Bulletin. Surveillance du VIH et des IST bactériennes en France en 2024. Édition nationale. Saint-Maurice : Santé publique France, 43 p., octobre 2025

**Directrice de publication :** Caroline Semaille

**Date de publication :** 23 octobre 2025

**Contact :** [dmi-vhit@santepubliquefrance.fr](mailto:dmi-vhit@santepubliquefrance.fr)