Bulletin

VIH

Santé publique France

Date de publication : 05.11.2026

ÉDITION NATIONALE

Surveillance du VIH en France en 2025

SOMMAIRE

Points clés 1
Infection à VIH/sida 2
Discussion – Conclusion 11
Prévention 12
Annexes 13

Points clés

Infection à VIH

- 9,0 millions de sérologies VIH ont été réalisées en 2025 par les laboratoires de biologie médicale, en augmentation de 7% par rapport à 2024. Parmi ces sérologies, 2,3 millions (25%) ont été réalisées sans ordonnance et sans avance de frais (dispositif « Mon test IST »).
- Environ 4 983 personnes ont découvert leur séropositivité au VIH en 2025, en baisse significative depuis 2023 (5 318 découvertes).
- Plus de la moitié (54%) des personnes découvrant leur séropositivité au VIH en 2025 étaient nées à l'étranger.
- Les modes de transmission les plus fréquents chez les personnes diagnostiquées en 2025 étaient les rapports hétérosexuels (53%) et les rapports sexuels entre hommes (42%). Les personnes trans contaminées par rapport sexuel représentaient 2% des découvertes, les usagers de drogues injectables 1% et les transmissions mère-enfant 1%.
- Le nombre de découvertes chez les HSH est stable depuis 2022, qu'ils soient nés en France ou à l'étranger.
- L'épidémie reste marquée par une situation préoccupante en Guyane, à Mayotte, aux Antilles et en Île-de-France.
- 39% des infections à VIH ont été découvertes à un stade tardif en 2025.
- Le nombre de nouvelles infections en France a été estimé à 3 464 en 2025. En 2024 en France, 95% des personnes vivant avec le VIH étaient diagnostiquées ; parmi elles, 97% recevaient un traitement antirétroviral ; parmi ces dernières 97% présentaient une charge virale indétectable (< 200 copies/ml).

- L'incidence de l'infection à VIH en France est stable depuis 2023 en dépit des progrès réalisés en termes de prévention (par exemple l'amélioration du dépistage) et des estimations favorables de la cascade de soins. Le nombre de personnes vivant avec le VIH non diagnostiquées en France a été estimé à 8 463 en 2025. Cela souligne la nécessité de poursuivre les efforts pour mieux décliner les mesures de prévention combinée selon les besoins des populations et des territoires, en particulier les plus exposés, afin d'atteindre l'objectif d'élimination de l'infection par le VIH.

Infection à VIH/sida

Dépistage de l'infection par le VIH

Le nombre total de sérologies VIH réalisées en France en 2025 est estimé à 9,0 millions [9,0-9,1], il est en augmentation de 7% par rapport à 2024 (figure 1).

L'activité de dépistage France entière était de 131 sérologies pour 1 000 habitants en 2025. Les niveaux les plus élevés ont été observés en Guyane, Martinique, Guadeloupe et à La Réunion, avec plus de 200 sérologies pour 1 000 habitants (figure 2). Le niveau de dépistage à Mayotte était inférieur à celui observé en France, avec 114 sérologies pour 1 000 habitants.

Le nombre de sérologies confirmées positives en 2025 a été estimé à 10 855 [10 695-11 016]. Ce nombre comprend à la fois des découvertes de séropositivité et des sérologies réalisées chez des personnes déjà connues comme vivant avec le VIH.

Le taux de positivité, de 1,2 pour 1 000 sérologies réalisées, est en diminution depuis 2021 (1,7 pour 1 000). Comme les années précédentes, le taux de positivité était plus élevé pour les sérologies anonymes (2,1 pour 1 000).

Figure 1. Nombre de sérologies VIH réalisées et nombre de sérologies confirmées positives, France, 2012-2025

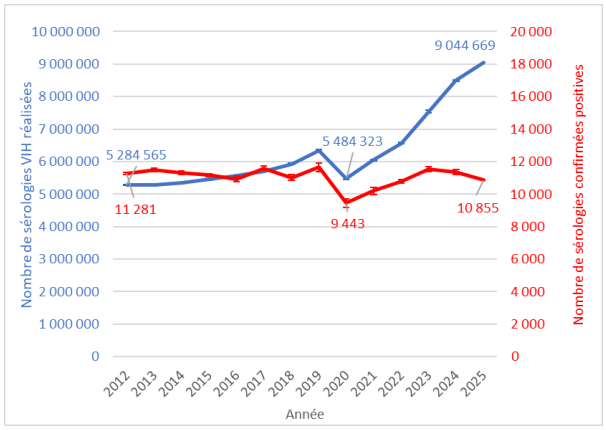
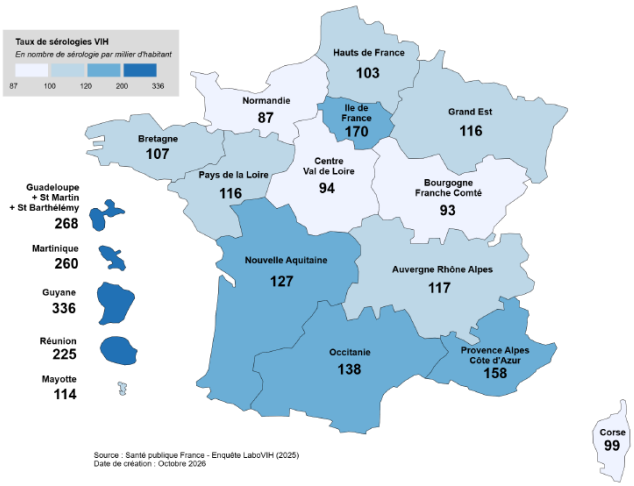


Figure 2. Taux de sérologies VIH réalisées par région du laboratoire (pour 1 000 habitants), France, 2025

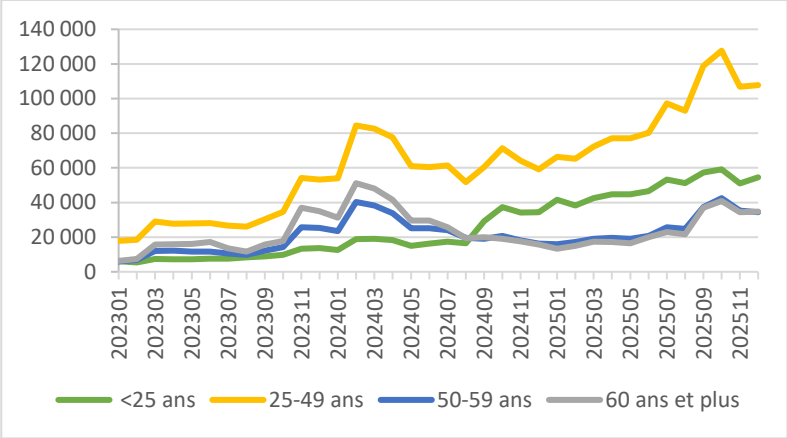


Source : Santé publique France, LaboVIH 2026, données corrigées
Données de population au 1er janvier, INSEE 23/12/2025

En 2025, 7,5 millions de sérologies VIH ont été remboursées par l'assurance maladie pour 6,2 millions de personnes. Le nombre de sérologies remboursées par l'assurance maladie a augmenté de 6% par rapport à 2024.

En 2025, 2,3 millions de sérologies VIH ont été réalisées sans ordonnance et sans avance de frais dans le cadre du dispositif « Mon test IST », soit 25% de l'ensemble des sérologies réalisées. Entre septembre 2024 et septembre 2025, le nombre de sérologies réalisées sans ordonnance a augmenté chez les moins de 50 ans. À partir de septembre 2025, ce nombre a augmenté dans toutes les tranches d'âge (Figure 3). Les sérologies réalisées chez les moins de 25 ans en 2025 concernaient quasi exclusivement (97%) des personnes âgées de 18 à 24 ans.

Figure 3. Nombre de sérologies VIH sans ordonnance réalisées selon l'âge des bénéficiaires et le mois du test, France, janvier 2023 – décembre 2025



Source : SNDS, dispositifs « VIH test » puis « Mon test IST », extraction Cnam juin 2026

L'offre de dépistage inclut également les ventes d'autotests VIH par les pharmacies et les ventes en ligne (38 298 en 2025, en diminution de -20% par rapport à 2024). Environ 64 000 tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) ont été réalisés en milieu communautaire en 2025 (environ 50 000 TROD avaient été réalisés en 2024), avec un taux de positivité de 7,7 pour 1 000 tests.

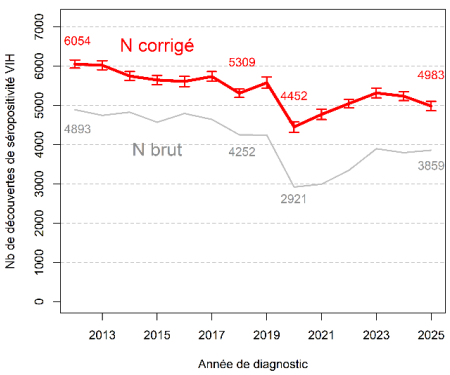
Découvertes de séropositivité VIH

En 2025, environ 4 983 [4 860-5 106] personnes ont découvert leur séropositivité au VIH.

Évolution du nombre de découvertes de séropositivité

Entre 2012 et 2025, le nombre de découvertes de séropositivité a diminué de 18%. La recrudescence du nombre de découvertes observée après la pandémie de Covid-19 entre 2020 et 2023 s'est interrompue, avec une baisse significative du nombre de découvertes depuis 2023 (5 318 découvertes) (Figure 4). Ce nombre est également significativement inférieur à celui estimé en 2018 avant la pandémie de Covid-19 (5 309 découvertes).

Figure 4. Nombre de découvertes de séropositivité VIH, France, 2012-2025



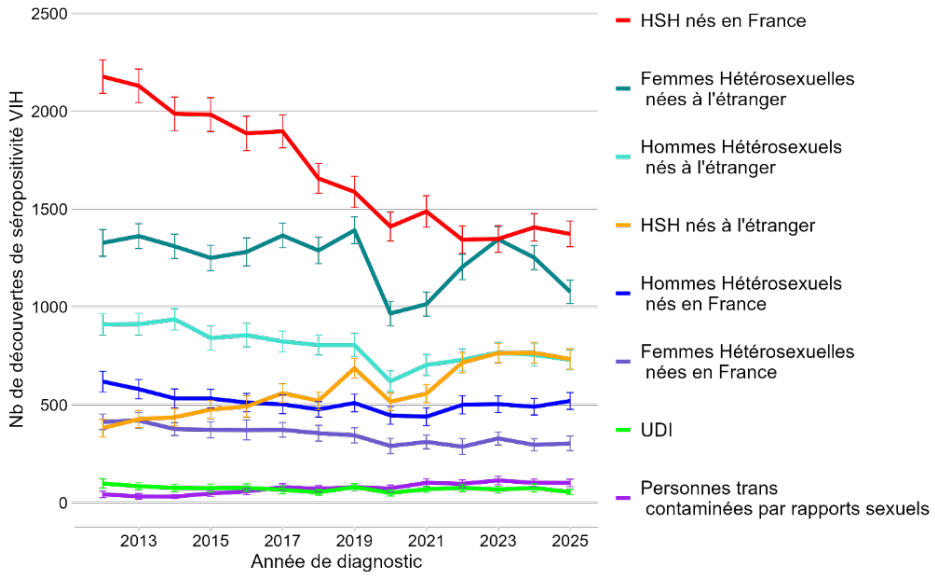
Source : Santé publique France, SO VIH, données au 30/06/2026 (nombres bruts et nombres corrigés)

Parmi les personnes nées en France, le nombre de découvertes a diminué jusqu'en 2020, puis s'est stabilisé (Figure 5). Chez les HSH nés en France, cela représente une rupture par rapport à la baisse observée avant 2022.

Parmi les personnes nées à l'étranger, ce nombre a chuté de 11% depuis 2023, après avoir augmenté de 37% entre 2020 et 2023. Il a diminué de 20% chez les femmes hétérosexuelles nées à l'étranger entre 2023 et 2025 (Figure 5).

Dans les autres populations, le nombre de découvertes est stable depuis 2022.

Figure 5. Nombre de découvertes de séropositivité VIH par population*, France, 2012-2025



* Population définie par le genre, le mode de transmission probable et le lieu de naissance
Les HSH ainsi que les hommes et les femmes hétérosexuel(le)s désignent des personnes cisgenres
Source : Santé publique France, SO VIH, données corrigées au 30/06/2026

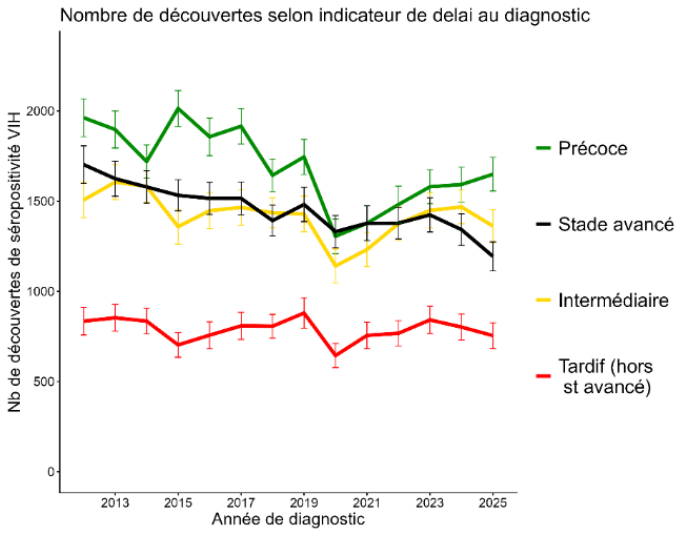
Caractère précoce ou tardif du diagnostic

Entre 2020 et 2025, le nombre de diagnostics à un stade précoce a augmenté de 26% chez les adultes, tandis que les diagnostics au stade avancé semblent diminuer depuis 2023 (Figure 6).

En 2025 les diagnostics précoces étaient plus fréquents chez les HSH : 54% chez les HSH nés en France et 34% chez ceux nés à l'étranger.

La proportion de diagnostics tardifs ou à un stade avancé reste plus élevée chez les personnes nées à l'étranger, hétérosexuelles (53%) comme HSH (39%) comparées à celles nées en France (respectivement 37% et 25%). Elle était de 39% chez les UDI et de 27% chez les personnes trans en 2025.

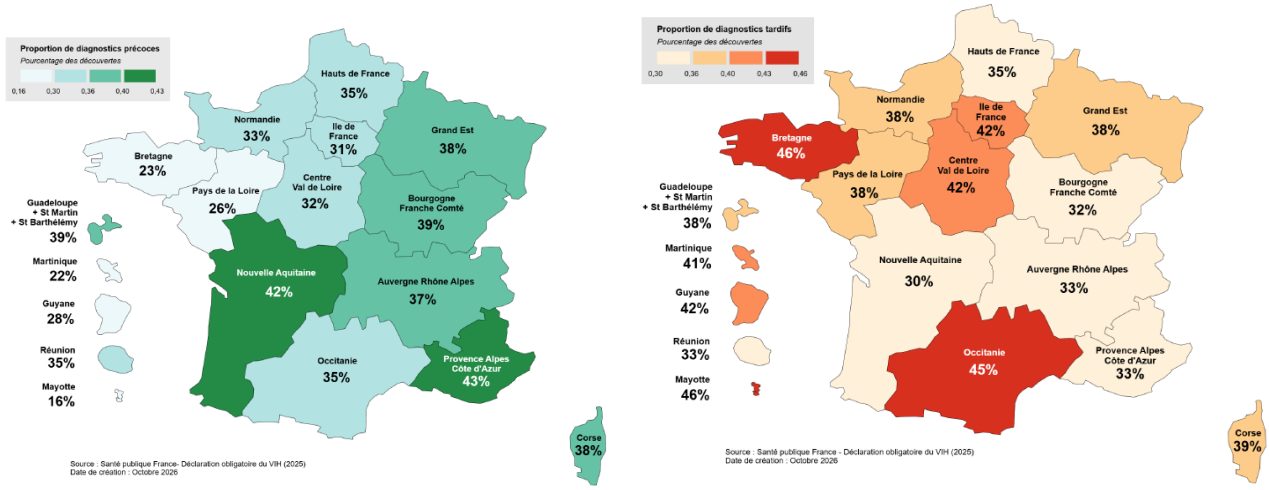
Figure 6. Nombre de découvertes de séropositivité VIH chez les adultes selon le stade de l'infection au diagnostic, France, 2012-2025



Diagnostics précoces : stade clinique de primo-infection, test VIH négatif dans les 6 mois ou test d'infection récente positif
Diagnostics tardifs hors stade avancé : CD4 entre 200 et 349 CD4/mm^3 hors diagnostic précoce et hors stade sida
Diagnostics au stade avancé de l'infection : stade sida ou CD4 < 200/mm^3 hors diagnostic précoce
Diagnostics au stade intermédiaire : diagnostics n'entrant pas dans les autres définitions (précoce, tardif, avancé)
Source : Santé publique France, SO VIH, données corrigées au 30/06/2026

Les stades au diagnostic varient d'une région à l'autre, en fonction de l'activité de dépistage et des spécificités de l'épidémie dans la région (Figures 8a et 8b).

Figure 8a et 8b. Proportion de diagnostics précoces ou tardifs parmi les découvertes de séropositivité pour le VIH par région de domicile, France, 2025

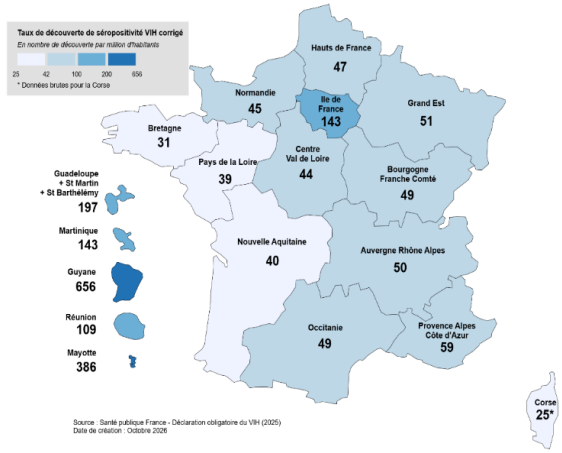


Diagnostics précoces : stade clinique de primo-infection, test VIH négatif dans les 6 mois ou test d'infection récente positif
Diagnostics tardifs y compris stade avancé : stade sida ou CD4 < 350/mm^3 hors diagnostic précoce
Source : Santé publique France, SO VIH, données corrigées au 30/06/2025

Taux de découvertes de séropositivité en 2025

Le taux de découvertes de séropositivités en 2025 était de 72 par million d'habitants en France. Comme les années précédentes, la Guyane présentait un taux beaucoup plus élevé que toutes les autres régions françaises (Figure 7). Par ordre décroissant, on observait ensuite les taux les plus élevés à Mayotte, en Guadeloupe, en Martinique et en Île-de-France.

Figure 7 : Taux de découvertes de séropositivité VIH par région de domicile (par million d'habitants), France, 2025



Source : Santé publique France, SO VIH, données au 30/06/2026 corrigées pour tenir compte de la sous-déclaration, des délais de déclaration et des déclarations incomplètes, sauf pour la corse pour laquelle les données brutes sont présentées (*)
Données de population au 1er janvier, Insee 23/12/2025

Caractéristiques des découvertes de séropositivité en 2025

Plus de la moitié (54%) des personnes ayant découvert leur séropositivité en 2025 étaient nées à l'étranger, et plus de la moitié (53%) ont été infectées lors de rapports hétérosexuels. Les principales caractéristiques de ces personnes sont décrites dans le tableau 1.

Tableau 1 : Répartition par genre, âge, pays de naissance et modes de transmission des découvertes de séropositivité en 2025, France

		N	IC 95%	%
Genre	Femmes cis	**1 418**	[1 350 – 1 485]	28%
	Hommes cis	**3 461**	[3 358-3 565]	70%
	Personnes trans	**104**	[85-123]	2%
Âge au diagnostic	0-14 ans	**23**	[14-32]	1%
	15-17 ans	**59**	[47-72]	1%
	18-24 ans	**681**	[638-725]	14%
	25-49 ans	**3 091**	[2 993-3 189]	62%
	50 ans et +	**1 129**	[1 067-1 190]	22%
Pays de naissance	France	**2 282**	[2 191-2 372]	46%
	Afrique subsaharienne	**1 675**	[1 601-1 749]	34%
	Amériques	**365**	[329-402]	7%
	Europe	**217**	[190-244]	4%
	Autres	**444**	[404-485]	9%
Mode de transmission	Rapports hétérosexuels	**2 629**	[2 536-2 723]	53%
	Rapports sexuels entre hommes	**2 106**	[2 021-2 191]	42%
	Rapports sexuels (pour les personnes transgenres)	**100**	[82-119]	2%
	Usage de drogues injectables	**54**	[40-67]	1%
	Autres	**94**	[72-116]	2%

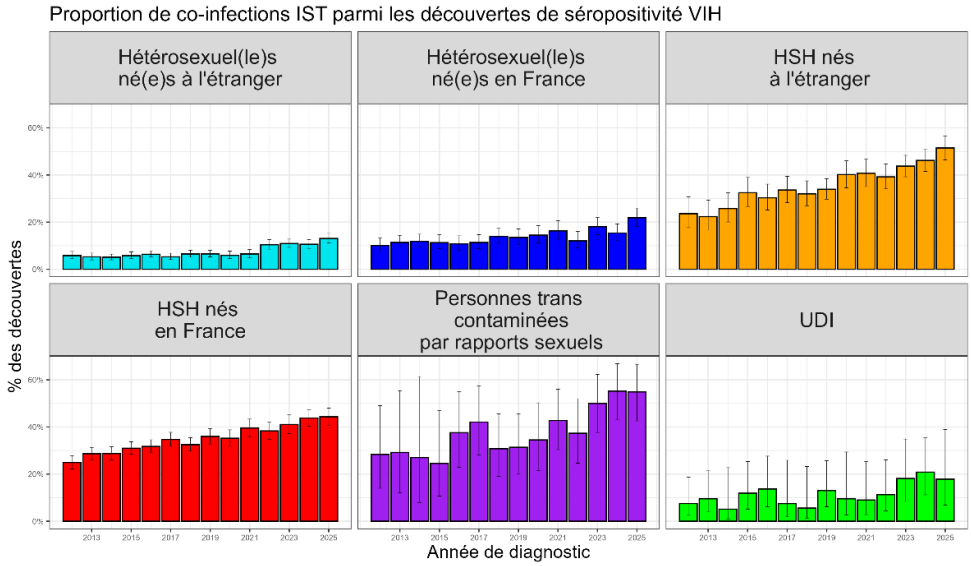
Source : Santé publique France, SO VIH, données au 30/06/2026 corrigées pour tenir compte de la sous-déclaration, des délais de déclaration et des déclarations incomplètes

Co-infections par une IST bactérienne[1] ou par une hépatite B ou C

Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité en 2025, 30% étaient coinfectées par une IST bactérienne (principalement une syphilis, une gonococcie ou une infection à *Chlamydia trachomatis)*. Cette proportion augmente depuis 2012, elle était alors de 15%.

Plus de la moitié (55%) des personnes trans infectées par rapports sexuels présentaient une co-infection bactérienne. Cette proportion dépasse 40% chez les HSH, qu'ils soient nés en France (44% en 2025) ou à l'étranger (51%), alors qu'elle est moins élevée chez les personnes hétérosexuelles : 22% chez celles nées en France et 13% chez celles nées à l'étranger. Chez les UDI cette proportion était de 18% en 2025. (Figure 9).

Figure 9. Proportion de co-infections par une IST bactérienne par population* parmi les découvertes de séropositivité VIH chez les adultes, France, 2012-2025



* Population définie par le genre, le mode de transmission probable et le lieu de naissance.
Source : Santé publique France, SO VIH, données corrigées au 30/06/2026

La proportion de personnes co-infectées par le VHB (Ag HBs positif) était de 5% en 2025, elle est stable depuis 2012. Cette proportion était de 8% chez les personnes hétérosexuelles nées à l'étranger, 6% chez les HSH nés à l'étranger, 5% chez les UDI, 2% chez les personnes hétérosexuelles nées en France, 2% chez les personnes trans infectées par rapport sexuel et 1% les HSH nés en France.

Personnes diagnostiquées en France l'année de leur arrivée, mais connaissant déjà leur séropositivité pour le VIH

En 2025, 675 [621-728] personnes connaissant leur infection avant d'arriver en France ont été testées positives dans l'année suivant leur arrivée. Leur nombre a baissé de 25% depuis 2023. La majorité (60%) de ces personnes diagnostiquées en 2025 étaient nées en Afrique subsaharienne, 22% sur le continent américain et 11% en Europe. Parmi ces 675 personnes, 58% étaient des personnes hétérosexuelles, 28% des HSH, 5% des personnes trans infectées par rapports sexuels,

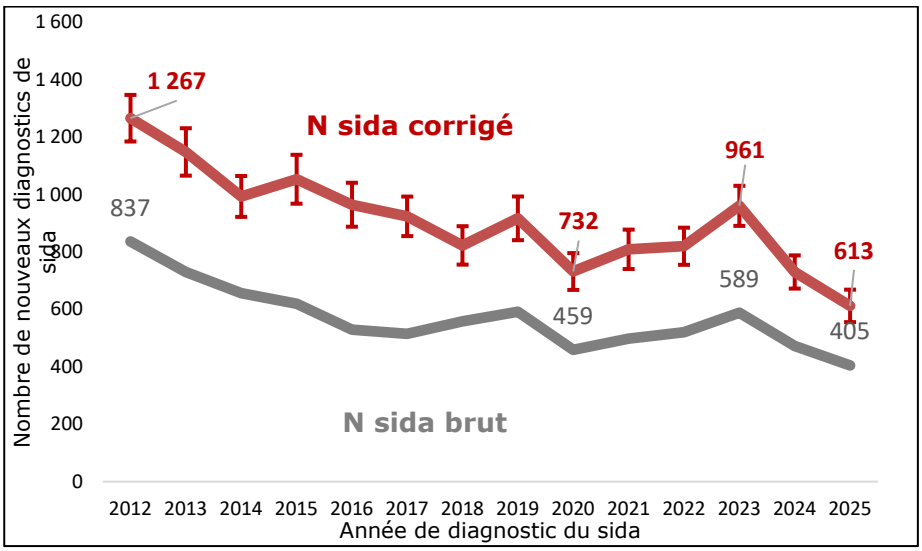
[1] La co-infection par une IST bactérienne est définie par une IST diagnostiquée de façon concomitante à la découverte de la séropositivité VIH ou dans les 12 mois qui précèdent.

et 3% des UDI. Leur prise en compte porte à 5 658 [IC95% : 5 540-5 776] le nombre total de diagnostics d'infection à VIH en France en 2025.

Diagnostics de sida

Le nombre de diagnostics de sida a été estimé à 613 [556-669] en 2025. Ce nombre diminue depuis 2023 et est désormais inférieur au niveau de 2020 (Figure 10). La tendance à la baisse observée avant la pandémie de Covid-19 est ainsi retrouvée.

Figure 10. Nombre de diagnostics de sida (nombres bruts et nombres corrigés), France 2012-2025



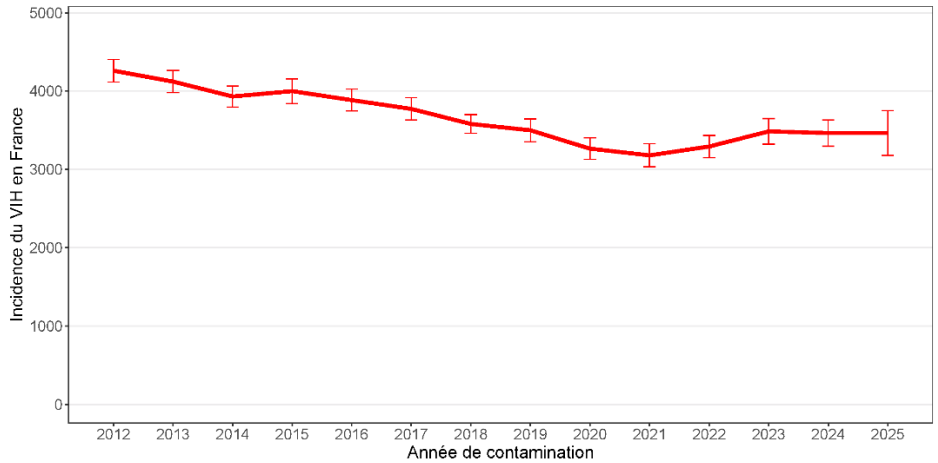
Source : Santé publique France, SO sida, données au 30/06/2026 (nombres bruts et nombres corrigés)

Les personnes ayant eu un diagnostic de sida en 2025 avaient un âge médian de 46 ans. La majorité (67%) ignorait leur séropositivité et 15% des cas connaissant leur séropositivité n'avaient pas été traités par antirétroviraux.

Incidence du VIH

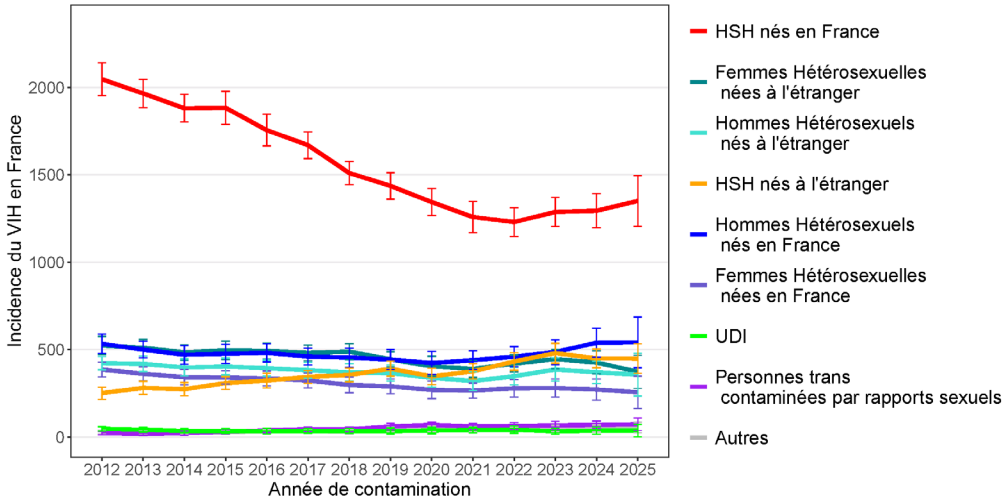
L'incidence du VIH en France a été estimée en 2025 à 3 464 [3 177-3 751] (Figure 11), soit un taux d'incidence de 50 par million d'habitants. Cette estimation ne prend pas en compte les personnes infectées avant leur arrivée sur le territoire.

Figure 11. Estimation du nombre total d'infection par le VIH en France, France, 2012-2025



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

Figure 12. Estimation du nombre d'infections par le VIH en France par population*, France, 2012-2025



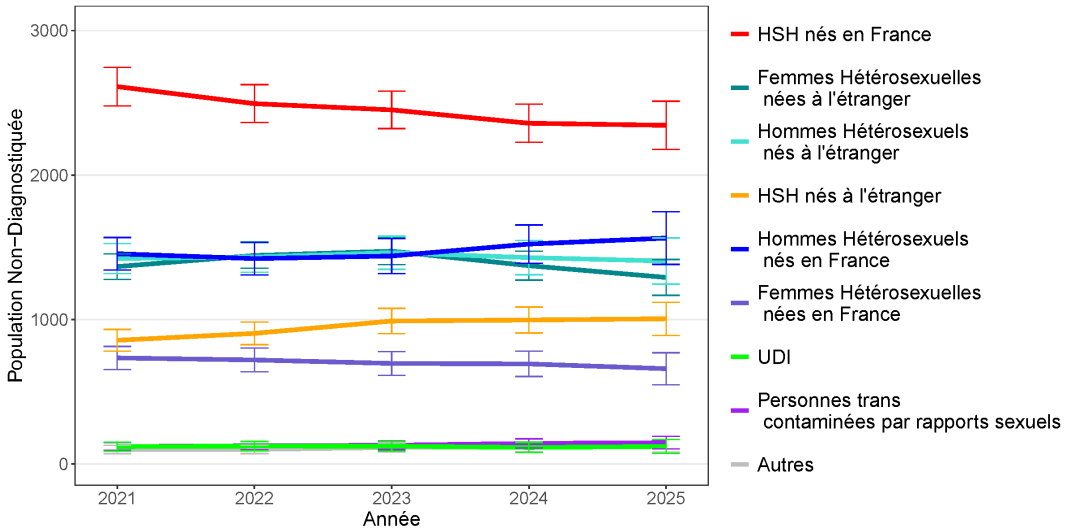
* Population définie par le genre, le mode de transmission probable et le lieu de naissance.
Les HSH ainsi que les hommes et les femmes hétérosexuel(le)s désignent ici des personnes cisgenres.

Parmi les personnes nées à l'étranger ayant découvert leur séropositivité en France en 2025, 50% [47%-53%] ont été infectées sur le territoire français. Cette proportion était de 61% chez les HSH, 60% chez les personnes trans infectées par rapports sexuels, 45% chez les personnes hétérosexuelles et 35% chez les UDI.

Nombre de personnes vivant avec le VIH sans connaître leur séropositivité

Le nombre de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) sans connaître leur séropositivité a été estimé à 8 463 [8 109-8 817] fin 2025 ; 86% de ces personnes ont été infectées en France et 14% sont arrivées sur le territoire en méconnaissant leur séropositivité (Figure 13). Ces estimations sont inférieures à celles mentionnées sur le bulletin de santé publié en 2025 en raison d'un changement méthodologique. Les estimations des années précédentes présentées dans ce bulletin ont été recalculées.

Figure 13. Nombre de personnes vivant avec le VIH non diagnostiquées par population, France, 2021-2025



La majorité des PVVIH non diagnostiquées sont hétérosexuelles (58% dont 60% d'hommes et 40% de femmes), et 40% sont des HSH.

Délai entre infection et diagnostic

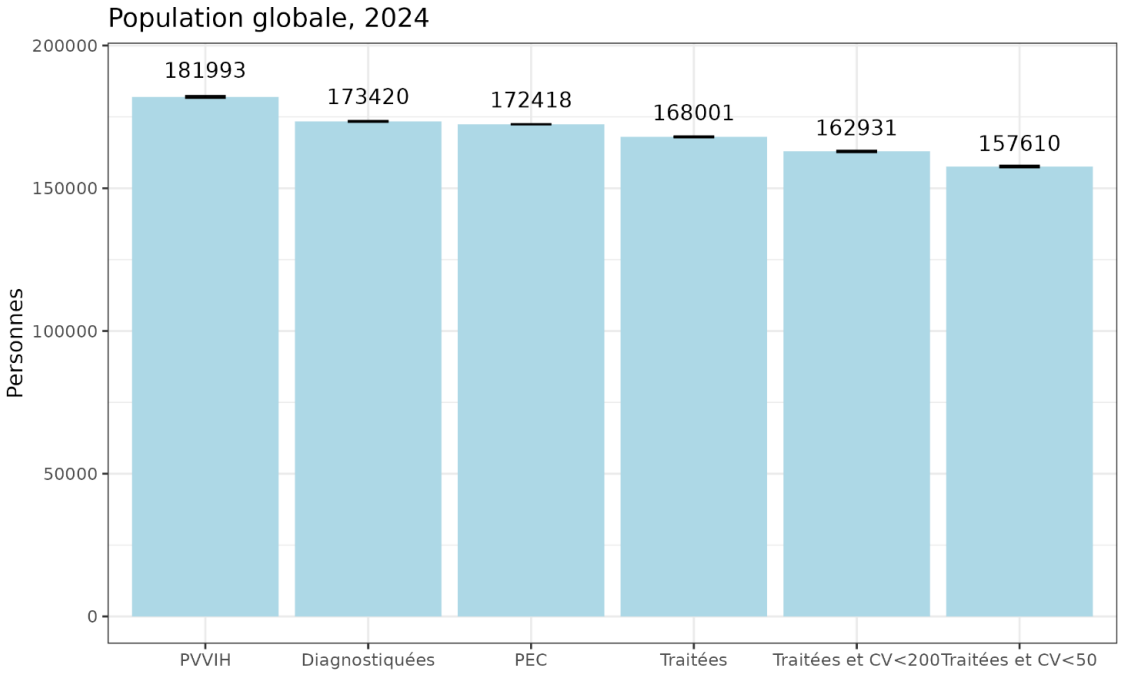
Le délai médian (quantiles 25% et 75%) entre l'infection et le diagnostic chez les personnes découvrant leur séropositivité en 2025 était de 1,5 an (0,5-4,0), sans considération du lieu de transmission. Le délai médian était le plus court pour les HSH nés en France (0,8 an en 2025), les personnes trans (0,9 an), et les HSH nés à l'étranger (1,2 an). Parmi les hétérosexuel(le)s nés en France, il était de 1,7 an chez les hommes et 1,4 an chez les femmes. Parmi les hétérosexuel(le)s nés à l'étranger, il était de 2,9 ans pour les hommes et 2,3 ans pour les femmes. Le délai médian était de 1,9 an pour les UDI.

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 (0,1-1,0). 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).

Cascade de soins en 2024

Parmi les 181 993 [181 670 - 182 334] PVVIH de 15 ans et plus vivant en France en 2024, 95% [95% - 95%] étaient diagnostiquées. Parmi ces personnes diagnostiquées, 97% [97% - 97%] étaient traitées par antirétroviraux. Parmi les personnes traitées, 97% [97% - 97%] présentaient une charge virale indétectable pour un seuil à 200 copies/ml, et 94% [94% - 94%] présentaient une charge virale indétectable pour un seuil à 50 copies/ml (Figure 13).

Figure 13. Estimation de la cascade de soins des personnes vivant avec le VIH de 15 ans et plus, France, 2024



Le nombre de personnes présentant une charge virale détectable (>50/ml) en 2024 a été estimé à 24 383 [23 960 – 24 833], soit 13% de l'ensemble des PVVIH.

Discussion – Conclusion

Infection à VIH

Le nombre total de sérologies VIH réalisées en laboratoire en France est en augmentation, avec 9,0 millions de sérologies réalisées en 2025. Cette augmentation reflète notamment la montée en charge, qui se poursuit en 2025, du dépistage sans ordonnance et sans avance de frais dans le cadre du dispositif « Mon test IST ». En parallèle, la diminution des achats d'autotests se poursuit, ce qui pourrait traduire un report des utilisateurs d'autotests vers le dispositif « Mon test IST ».

Environ 4 983 personnes ont découvert leur séropositivité au VIH en 2025, ce qui représente une baisse significative depuis 2023 (5 318 découvertes). Néanmoins, l'incidence du VIH reste stable en France depuis 2023.

Chez les HSH nés en France, le nombre de découvertes est stable depuis 2022, en rupture avec la baisse observée avant cette année-là. Plus de la moitié des diagnostics réalisés chez ces HSH l'ont été à un stade précoce de l'infection, ce qui reflète un recours au dépistage fréquent et précoce dans cette population. Cependant, le nombre de nouvelles infections ne diminue plus chez les HSH nés en France depuis 2022.

Le nombre de découvertes est également stable chez les HSH nés à l'étranger, et plus de la moitié des HSH nés à l'étranger ayant découvert leur séropositivité en 2025 ont été infectés en France, ce qui souligne la nécessité de poursuivre les efforts de prévention ciblant cette population.

Le nombre de découvertes chez les femmes hétérosexuelles nées à l'étranger est en baisse depuis 2023. Cette baisse concerne surtout des personnes arrivées en France depuis moins d'un an au moment du diagnostic, ce qui traduit probablement une baisse des flux migratoires de cette population. Plus de la moitié des personnes hétérosexuelles nées à l'étranger sont diagnostiquées à un stade tardif en raison d'un faible recours au dépistage, ce qui peut contribuer à la poursuite des transmissions du VIH dans cette population.

Le nombre de découvertes est stable chez les personnes hétérosexuelles nées en France, les personnes trans infectées par rapport sexuel représentaient 2% des découvertes et les UDI, 1%.

La France respecte les objectifs d'élimination de la transmission du VIH fixés par l'OMS concernant la cascade de soins (95% des personnes vivant avec le VIH diagnostiquées, parmi elles 95% recevant un traitement antirétroviral, parmi elles 95% ayant une charge virale plasmatique supprimée).

Ces données rappellent les besoins d'accès à un dépistage répété, en particulier chez les personnes les plus exposées, et à une prévention adaptée aux besoins de chacun. Les démarches d'aller-vers les populations les plus éloignées des dispositifs de prévention doivent compléter les actions en population générale.

En conclusion, l'incidence du VIH en France est stable depuis 2023 en dépit d'une cascade des soins favorable et des progrès réalisés dans la lutte contre l'infection à VIH. Cela souligne la nécessité de poursuivre les efforts pour mieux décliner les mesures de prévention combinée selon les besoins des populations et des territoires, en particulier les plus exposés, afin de réaliser les objectifs d'élimination de la transmission du VIH fixés par la stratégie nationale de santé sexuelle, l'OMS et l'ONUSIDA.

Prévention

Pour cette édition 2026 de la Journée nationale de lutte contre le VIH, Santé publique France diffusera la campagne « Vivre avec le VIH ». La peur du diagnostic reste un enjeu majeur de la lutte contre le VIH, en ce qu'il constitue un frein majeur au dépistage.

Avec cette signature, cette campagne cherche à changer de regard sur les personnes séropositives en rappelant qu'aujourd'hui, avec les traitements, une personne séropositive peut vivre en bonne santé, vivre pleinement sa sexualité et avoir des enfants sans transmettre le VIH.

Le dispositif, visible à partir du 1er décembre, sera diffusé en digital et en affichage et renverra vers le site questionsexualité.fr.









Annexes

Annexe 1. Dispositifs de surveillance

La surveillance du VIH 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. **En 2025, le taux de participation à l'enquête LaboVIH a été de 90%, 2% des sérologies ont été réalisées dans un cadre anonyme, et 3% des sérologies positives ont été réalisées dans un cadre anonyme.**

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). **L'exhaustivité du Signalement obligatoire (SO) du VIH en 2025 est estimée à 76%, elle est beaucoup plus élevée pour les sérologies confirmées positives à l'hôpital (96%) que pour celles confirmées en ville (38%).**

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 23/12/2025, sauf pour Saint-Martin et Saint-Barthélemy pour lesquels les dernières données disponibles sont celles du recensement de 2023).

Dispositifs	Descriptifs	Indicateurs principaux
LaboVIH	Enquête annuelle réalisée auprès de l'ensemble des laboratoires de biologie médicale (LBM). Les données sont corrigées par imputation multiple pour tenir compte des laboratoires non-répondants (taux de participation de 90% en 2025 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. Nombre de sérologies confirmées positives. 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. Taux de positivité. Nombre d'autotests distribués par ces associations
Ventes d'autotests VIH	Données mensuelles recueillies auprès de la société IQVIA. 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 (www.e-DO.fr). Les données sont corrigées pour tenir compte de la sous-déclaration, des délais de déclaration et des variables incomplètes. SO du sida réalisée par les cliniciens. Les données sont corrigées pour tenir compte de la sous-déclaration et des délais de déclaration. 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. Nombre de diagnostics de sida et caractéristiques des cas.
Surveillance virologique	Surveillance couplée au SO 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 (infection 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). 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).	Nombre de dépistages du VIH remboursés. Nombre de dépistages VIH réalisés dans le cadre de VIHTest.et Mon test IST

Annexe 2. Méthodes de correction et d'estimation

Les méthodes de correction des données VIH sont identiques à celles appliquées en 2025 sur les données 2024. Elles ont été décrites en détail dans le BSP de 2023 [1] et dans le bulletin national de 2024 [2] et sont résumées ici. Les estimations sont présentées avec leur intervalle de confiance à 95% ou leur intervalle de crédibilité à 95% indiqué entre crochets dans le bulletin : 4 983 [4 860-5 106] découvertes… Sur les figures, les barres verticales visualisent les intervalles de confiance à 95%.

Exhaustivité du SO du VIH

L'exhaustivité du SO 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 du SO 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_1est 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

Afin d'estimer l'incidence en France, c'est-à-dire le nombre d'infections survenant en Franc [3], il est nécessaire d'estimer la part des personnes nées à l'étranger infectées après leur arrivée en France.

Les estimations de l'incidence du VIH en France ont été réactualisées, suivant la même méthode que celle utilisée en octobre 2025 (à une exception près détaillée ci-dessous), c'est-à-dire en isolant les infections 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 infectées en France sur la base d'un modèle publié [4, 5]. Ce même modèle a également permis d'estimer les délais entre la transmission et le diagnostic. Cette année, la probabilité d'être déjà diagnostiqué a été estimée à l'aide d'une distribution Weibull et non d'une distribution gamma comme les précédentes estimations. Cette modification a entraîné une baisse d'environ 10% de la taille de la population non diagnostiquée. Les délais présentés dans ce bulletin représentent les délais estimés entre la transmission et le diagnostic pour toutes les personnes diagnostiquées en 2025, sans considération du lieu d'infection. Les délais entre l'arrivée en France et le diagnostic sont également présentés pour les personnes découvrant leur séropositivité en France en 2025 et estimées avoir été infectées avant leur arrivée sur le territoire.

L'incidence en France pendant la période 2012-2025 a ensuite été estimée à partir des découvertes de séropositivité pour lesquelles nous avons estimé une infection en France et des délais entre la transmission et le diagnostic, en utilisant les méthodes décrites dans une publication de Brookmeyer et al [6]. Pour ce modèle, nous avons permis une éventuelle évolution linéaire dans les délais de

déclaration des personnes infectées entre 2012 et 2025, 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 2025, nous avons d'abord additionné toutes les personnes infectées en France entre 2012 et 2025 et soustrait le nombre de personnes déjà diagnostiquées avant la fin de 2025. Pour ajouter des personnes infectées avant 2012 mais pas encore diagnostiquées, nous avons projeté jusqu'en 2042 une régression log-linéaire du nombre de personnes infectées avant 2012 et diagnostiquées chaque année entre 2012 et 2025. Nous avons utilisé une approche similaire pour les personnes infectées à l'étranger, mais en partant de la date d'arrivée en France et non de la date de transmission, afin de ne pas compter le temps écoulé après la transmission 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 2024, 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 les bulletins « VIH et IST bactériennes en France. Bilan 2023. » [2] et « VIH et IST bactériennes en France. Bilan 2022 » [1].

Pour estimer le nombre de personnes diagnostiquées mais sans prise en charge, nous avons utilisé les méthodes de Supervie *et al*. [7], 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*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 antirétroviral 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 antirétroviral 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. Bulletin. Surveillance du VIH et des IST bactériennes en France en 2023. Édition nationale. Saint-Maurice : Santé publique France, 35 p., 11 octobre 2024. https://www.santepubliquefrance.fr/infections-sexuellement-transmissibles/vihsida/bulletin-national/vih-et-ist-bacteriennes-en-france-bilan-2023

3. Kunkel A, Alioum A, Lot F, Cazein F. HIV incidence, migration and diagnosis dynamics, France, 2012-2023: a surveillance and modeling data analysis. J Acquir Immune Defic Syndr. 2025 Nov 1;100(3):217-223.

4. 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.

5. 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.

6. 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.

7. Supervie V, Marty L, Lacombe JM, Dray-Spira R, Costagliola D, FHDH-ANRS CO4 Study group. Looking Beyond the Cascade of HIV Care to End the AIDS Epidemic: Estimation of the Time Interval From HIV Infection to Viral Suppression. J Acquir Immune Defic Syndr. 2016 Nov 1 ; 73(3):348-355.

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 CoReSS qui participent à la déclaration obligatoire du VIH/sida,
- les médecins de santé publique en ARS et l'ensemble de leurs collègues,
- le CNR du VIH,
- la Cnam pour les données concernant VIHTest et Mon Test IST,
- 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

Ndeindo Ndeikoundam, Mathias Bruyand, Françoise Cazein, Amber Kunkel, Stella Laporal, Pierre Pichon, Harold Noël, Bruno Coignard (Direction des maladies infectieuses), Elise Brottet, Quiterie Mano, Virginie de Lauzun (Direction des régions), Anna Mercier, Lucie Duchesne, Pierre Arwidson (Direction de la promotion et de la prévention de la santé), **Santé publique France**

Karl Stefic, **CNR du VIH**

Pour nous citer : Surveillance du VIH et des IST bactériennes en France en 2025. Bulletin. Édition nationale. Saint-Maurice : Santé publique France, 18 pages, novembre 2026

Directeur de publication : Étienne Pot, directeur général de Santé publique France

Date de publication : 5 novembre 2026

Contact : presse@santepubliquefrance.fr