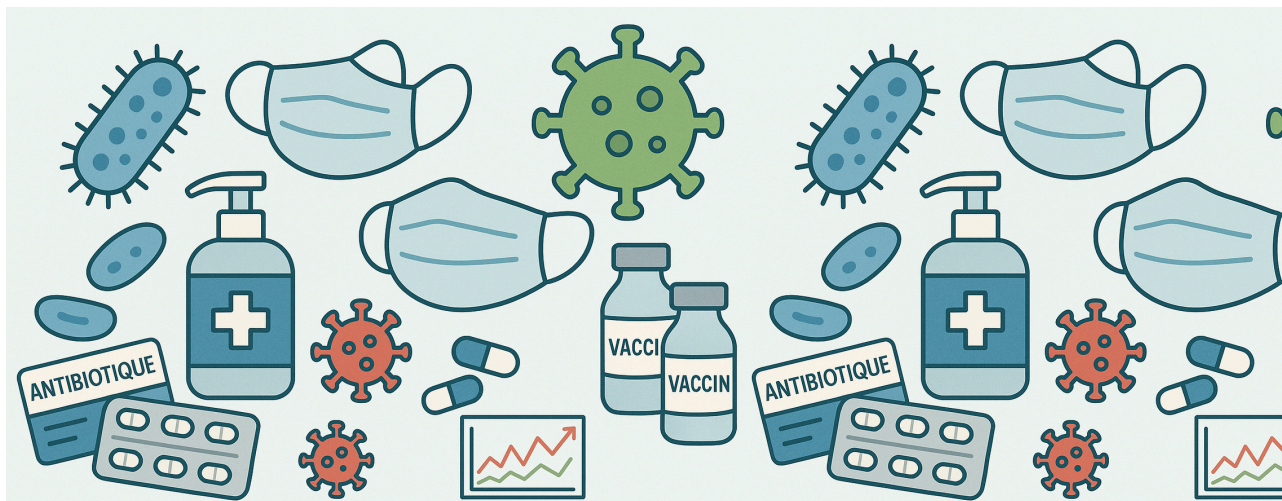


Bulletin Epidémiologique

Clin92.com

Décembre 2025



Tendances

Infections respiratoires aiguës

- Grippe : pré-épidémie dans 3 régions de métropole, épidémie à Mayotte
- Bronchiolite / VRS : quart Nord-Ouest de la métropole en épidémie, pré-épidémie ou niveau de base ailleurs
- COVID-19 : diminution

Rougeole : diminution du nombre de nouveau cas

VIH et IST bactériennes

- VIH : 5 125 découvertes de séropositivité en 2024 (stable)
- *Chlamydia*, gonocoque et syphilis : augmentation d'incidence

Fièvre de la vallée du Rift

- Progression de l'épidémie au Sénégal et en Mauritanie
- Premier cas détecté en Gambie

Maladie à virus Ebola : fin de l'épidémie en RDC

Maladie à virus Marburg : épidémie en Éthiopie

Épidémie de Mpox : Stabilisation ou à la diminution du nombre de nouveaux cas

Grippe zoonotique : 1er cas humain d'infection à virus A(H5N5)

Choléra : 580 000 cas et 7 400 décès depuis janvier 2025 dans le monde

Dans ce numéro

Infections respiratoires
aiguës

Rougeole

VIH

IST bactériennes

Poliomyélite

Fièvre de la vallée du Rift

Maladie à virus Ebola

Maladie à virus Marburg

Grippe zoonotique

Choléra

Mpox

Dernières publications &
recommandations

Rédaction : Dr Eric Farfour

Comité scientifique : Mme A.-S. Auchères, Dr C. Cerf, Dr M. de Laroche, Mme C. Delon, Mme N. Donato, Dr E. Fourn, Dr E. El Ghouati, Mr P. Jazat, Dr C. Majerholc, Dr A. de Raignac, Dr A. Rault, Mme D. Reynaert, Dr T. Rodari, Dr D. Zucman

Infections respiratoires aiguës

Grippe

L'activité grippale **augmente** dans toutes les classes d'âge, confirmant une accélération de la circulation des virus en population générale, particulièrement chez les enfants. Les virus de **type A**, principalement A(H3N2), dominent. Trois régions sont en situation épidémique, l'**Île-de-France**, la **Normandie** et la **Nouvelle-Aquitaine**. Le reste de la métropole est en situation **pré-épidémique** à l'exception de la Corse. **Mayotte** est la seule région d'outre-mer en phase épidémique.

Au niveau Européen, une augmentation de la circulation virale est également notée, l'épidémie débutant trois à quatre semaines plus tôt que lors des dernières épidémies est observée.

La campagne de vaccination antigrippale se poursuit depuis le 14 octobre 2025, ciblant les personnes âgées, à risque ou au contact de personnes vulnérables.

Bronchiolite (VRS)

Les indicateurs liés au VRS et à la bronchiolite **augmentent** en ville comme à l'hôpital. L'ensemble de la métropole est passé en phase **épidémique**, à l'exception de la Corse. En Outre-mer, la Guadeloupe et la Martinique sont passées en phase pré-épidémique.

COVID-19 (SARS-CoV-2)

Les indicateurs de la COVID-19 restent stables à des niveaux faibles, en ville comme à l'hôpital. Une légère tendance à la hausse du SARS-CoV-2 dans les eaux usées était observée, sans modification notable de la dynamique épidémiologique. La proportion de décès liés à la COVID-19 continue de diminuer.

Source : Santé Publique France, CNR des virus respiratoires dont COVID-19 et la grippe, European Center for Disease Control and Prevention

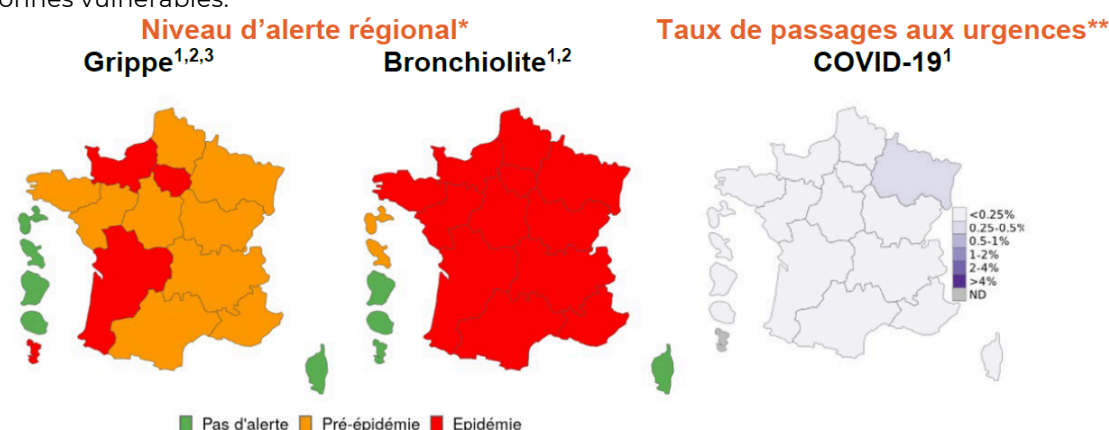


Figure 1. Situation épidémiologique pour les virus de la grippe de la bronchiolite et de la COVID-19

Rougeole

La **diminution** du nombre de nouveaux cas se poursuit après le pic du printemps et du début de l'été. Depuis le début de l'année, **858 cas** de rougeole, dont 2 décès, ont été déclarés en France (427 pour l'ensemble de l'année 2024) (figure 1).

Plus d'un tiers (301) des cas ont nécessité une hospitalisation, dont 12 en réanimation. Au total, 119 patients (14 %) ont présenté des complications : 69 pneumopathies et 2 encéphalites.

Plus de 65 % des malades n'étaient

pas vaccinés ou l'étaient de façon incomplète.

Source : Santé Publique France

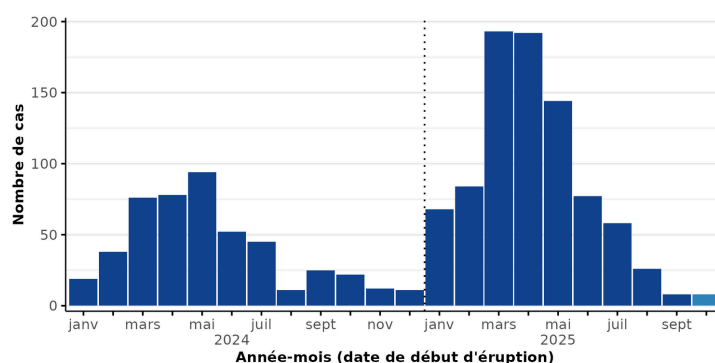


Figure 1. Nombre de cas hebdomadaires de rougeole en 2024 et 2025 (source Santé Publique France)

VIH - bilan 2024

Dépistage

En 2024, le nombre de dépistages du VIH a poursuivi sa progression en France. On estime à **8,48 millions** le nombre de sérologies réalisées, soit une hausse de 13 % par rapport à 2023 et de 41 % depuis 2021. Le recours accru aux tests sans ordonnance (« VIH Test », puis « Mon test IST ») explique en grande partie cette augmentation : ces dispositifs représentent désormais 20 % des sérologies VIH soit le double de l'année précédente. L'intensification du dépistage est particulièrement marquée chez les 18–24 ans. Le taux national atteint 124 tests pour 1 000 habitants, avec des niveaux très élevés dans les départements et régions d'Outre-mer (DROM), notamment en Guyane, Martinique et Guadeloupe. Le taux de positivité poursuit sa baisse et s'établit à 1,3 pour 1 000 tests.

Découvertes de séropositivité

En 2024, **5 125 personnes** ont découvert leur séropositivité (figure 1), soit un taux de **75 nouveaux diagnostics par million d'habitants**. Les taux les plus élevés sont observés en Guyane, à Mayotte, à la Martinique, en Île-de-France et en Guadeloupe (figure 2). Le profil des nouveaux diagnostics reste stable : âge médian de 36 ans, 56 % de personnes nées à l'étranger, et 53 % de transmissions hétérosexuelles. Après une hausse observée entre 2020 et 2023, les découvertes de séropositivité se stabilisent en 2024. Chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH) nés en France, la tendance est à la stabilisation après une diminution depuis plusieurs années.

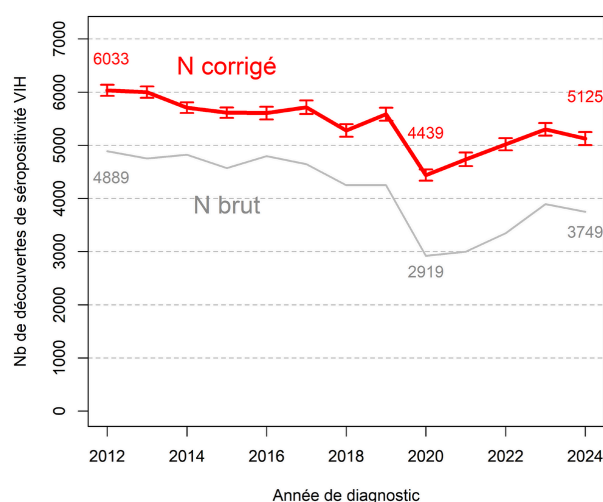


Figure 1. Nombre de découverte de séropositivité VIH entre 2012 et 2024 en France

Stade de l'infection

Environ 31 % des diagnostics sont réalisés à un stade précoce de l'infection et 26 % surviennent à un stade tardif. Les diagnostics tardifs touchent davantage les personnes hétérosexuelles nées à l'étranger (54 %). Parallèlement, les co-infections par une IST bactérienne concernent désormais 27 % des nouveaux diagnostics, en hausse continue, avec des niveaux particulièrement élevés chez les personnes trans (55 %) et les HSH (45 %). Le nombre de diagnostics de sida (dernier stade de l'infection par le VIH) est estimé à 719, en baisse après la remontée observée jusqu'en 2023. Parmi ces personnes, 68 % ignoraient leur infection, et 13 % la connaissaient sans être traitées.

Infections non diagnostiquées

Le nombre de personnes vivant avec le VIH non diagnostiqué continue de diminuer, il est estimé à environ **9 675** fin 2024 (-10 % par rapport à l'année précédente). Le délai médian entre la contamination et le diagnostic retrouve son niveau d'avant la pandémie, à 1,7 an, mais demeure plus long chez les personnes hétérosexuelles nées à l'étranger.

Cascade de soins

Il est estimé qu'en France, **94 %** des personnes vivant avec le VIH sont diagnostiquées, **96 %** des personnes diagnostiquées sont sous traitement antirétroviral, et **97 %** des personnes traitées présentent une charge virale indétectable. Les objectifs de l'OMS étant d'au moins 95% - 95% - 95%.

Source : Santé Publique France

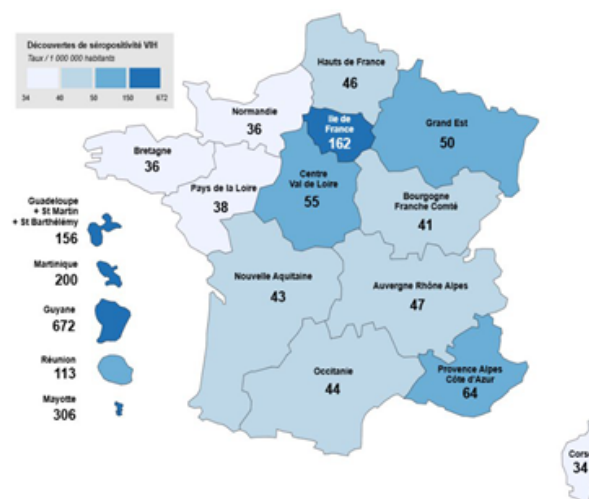


Figure 2. Taux de découverte de séropositivité VIH par million d'habitants en 2024 en France

IST bactériennes – bilan 2024

Dépistage

Environ **4 millions de personnes** ont été dépistées au moins une fois en 2024, avec une prédominance des jeunes femmes (70 % en ville) et des hommes (65% dans les CeGIDD). Les moins de 25 ans constituent le groupe le plus dépisté.

Chlamydia trachomatis

Entre 2023 et 2024, le taux d'incidence a poursuivi sa progression. Il a le plus fortement augmenté chez les jeunes de 15 à 25 ans : +13 % chez les femmes et +21 % chez les hommes. En secteur privé, 61 100 diagnostics ont été rapportés. **L'incidence globale poursuit son augmentation et atteint 89/100 000 habitants**, (306/100 000 chez les femmes de 15 à 25 ans et 205/100 000 chez les hommes de 26 à 49 ans). Dans les CeGIDD, 22 200 cas ont été diagnostiqués, majoritairement chez des hommes, dont 23 % d'hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH). La majorité des personnes diagnostiquées (82 %) déclare au moins deux partenaires dans l'année. Le taux de positivité global en CeGIDD est de 7,6 %, plus élevé chez les femmes hétérosexuelles (8,5 %) et les HSH (7,8 %), et dans les régions d'outre-mer (jusqu'à 18,8 %).

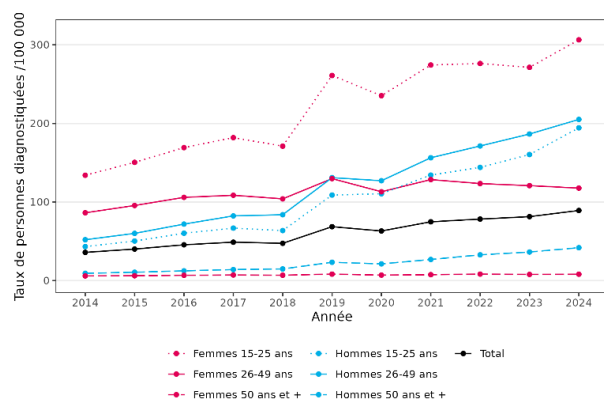


Figure 1. Taux d'incidence des diagnostics d'infection à *Chlamydia trachomatis* en secteur privé par sexe et classe d'âge, France, 2014-2024

Gonocoque

Le secteur privé a recensé 25 800 cas en 2024, avec une **incidence globale de 38/100 000 habitants** (122/100 000 chez les hommes de 26 à 49 ans et 79/100 000 chez les femmes de 15 à 25 ans). Par rapport à 2022, l'incidence des gonococcies a augmenté de **+35 %**, avec une hausse plus marquée chez les hommes (+40 %). Les CeGIDD ont notifié 13 500 cas, majoritairement des hommes (85 %), dont 56 % d'HSH, et un âge médian de 28 ans.

La majorité des personnes diagnostiquées (90 %) rapporte au moins deux partenaires dans l'année précédente.

Le taux de positivité en CeGIDD s'élève à 4,6 %, plus élevé chez les HSH (9,8 %). Les régions les plus touchées sont la Guadeloupe, la Martinique, la Guyane et l'Île-de-France.

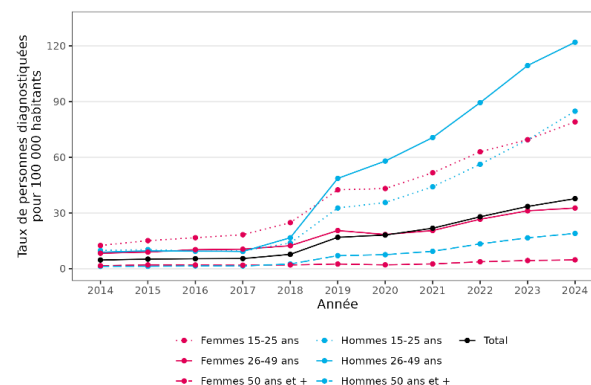


Figure 2. Taux de dépistage de la syphilis par sexe et classe d'âge, France, 2014-2024

Syphilis

En secteur privé, 6 500 cas ont été diagnostiqués en 2024, majoritairement chez les hommes (89 %) avec une **incidence de 17/100 000 contre 2/100 000 chez les femmes**. L'incidence globale a augmenté de **+12 %** depuis 2022, avec une hausse plus forte chez les femmes (+24 %) que chez les hommes (+10 %). Les CeGIDD rapportent 2 500 syphilis récentes, principalement chez des hommes (83 %), dont 66 % d'HSH. Plus de 80 % des personnes diagnostiquées déclarent au moins deux partenaires dans l'année. Les régions les plus touchées sont la Guyane et la Réunion. L'augmentation du nombre de cas chez les femmes alerte sur le risque de transmission mère-enfant et souligne l'importance du dépistage prénatal.

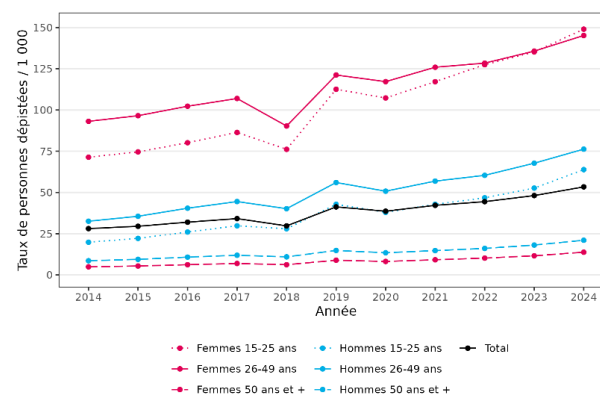


Figure 3. Taux de découverte de séropositivité VIH par million d'habitants en 2024 en France

Source : Santé Publique France

Poliomyélite

En novembre 2025, l'Allemagne a détecté un poliovirus sauvage de type 1 (WPV1) dans un échantillon d'eaux usées à Hambourg, sans qu'aucun cas clinique de poliomyélite n'ait été signalé. L'analyse génétique montre une forte similarité avec des souches circulant en Afghanistan. Parallèlement, depuis fin 2024, quelques prélèvements d'eaux usées en Allemagne ont également été positifs pour autre souche de poliovirus (cVDPV2). Ces deux types de poliovirus sont susceptibles de provoquer une poliomyélite chez les personnes

non ou insuffisamment vaccinées.

Les autorités sanitaires allemandes et l'ECDC évaluent le risque pour la population comme **très faible**, en raison de la couverture vaccinale élevée et du caractère isolé des détections environnementales. Toutefois, la persistance de personnes non vaccinées constitue un facteur de vulnérabilité, pouvant permettre une transmission locale si le virus est réintroduit.

Source : European Center for Disease Prevention and Control

Fièvre de la vallée du Rift (Sénégal, Mauritanie, Gambie)

L'épidémie de fièvre de la vallée du Rift continue à s'étendre en Afrique de l'Ouest. Au 20 novembre, 482 cas humains et 31 décès ont été rapportés au **Sénégal**, désormais touché dans 11 régions. En **Mauritanie**, 52 cas et 15 décès ont été recensés, principalement dans les zones frontalières, tandis que la **Gambie** a confirmé un premier cas.

Une forte circulation virale est également observée chez les animaux, notamment autour du delta du fleuve Sénégal, dans une période saisonnière à risque élevé.

Les premières analyses génomiques suggèrent

un lien avec des souches impliquées lors d'épisodes précédents au Sénégal et en Mauritanie. L'ECDC estime que le risque pour les voyageurs demeure faible si des mesures de protection adaptées sont appliquées. La probabilité d'introduction du virus en Europe reste **très faible**.

Pour davantage d'informations sur l'évolution de l'épidémie et les caractéristiques de la maladie, le lecteur peut se référer au précédent bulletin épidémiologique (n°13).

Source : European Center for Disease Prevention and Control

Maladie à virus Ebola (RDC)

L'épidémie d'Ebola déclarée le 4 septembre 2025 dans la zone de santé de Bulape, province du Kasai en **République Démocratique du Congo** (RDC), peut désormais être considérée comme **terminée**, aucun nouveau cas n'ayant été détecté depuis le 26 septembre et le délai de 42 jours après la guérison du dernier patient étant écoulé.

Au total, **64 cas** (53 confirmés, 11 probables) et **45 décès** ont été enregistrés, soit un taux de létalité d'environ **70 %**. Les aires de santé de Dikolo et Bulape ont constitué l'épicentre de la flambée, concentrant la majorité des infections. Le cas index était une femme enceinte présentant un syndrome hémorragique. Le

début de l'épidémie a été marqué par une transmission nosocomiale et un épisode de propagation lors des funérailles du cas index. La souche Zaïre responsable de cette épidémie était différente des souches précédentes, suggérant un nouvel événement zoonotique.

La riposte a combiné surveillance renforcée, isolement des cas, vaccination ciblée (plus de 44 000 personnes vaccinées) et traitement de certains patients par anticorps monoclonaux.

Cette flambée constitue la **17^e épidémie** d'Ebola enregistrée en RDC depuis 1976.

*Source : Organisation Mondiale de la Santé
European Center for Disease Control and Prevention*

Maladie à virus Marburg (Ethiopie)

Situation épidémiologique en Ethiopie

Le 14 novembre 2025, le ministère éthiopien de la Santé a confirmé un **foyer de maladie à virus Marburg (MVM) à Jinka**, ville du Sud de l'Éthiopie proche des frontières du Kenya et du Soudan du Sud. Jinka est une ville de marché d'environ 30 000 habitants et un centre touristique régional. Au 20 novembre, **9 cas** ont été signalés (6 confirmés et 3 probables), dont **6 décès**. Deux des décès concernaient des professionnels de santé.

En parallèle, 33 cas suspects font l'objet d'investigations, et 206 contacts identifiés sont sous suivi actif. La souche du virus identifiée présente des similarités avec celles précédemment détectées en Afrique de l'Est. Il s'agit de la **première épidémie confirmée de MVD en Éthiopie**.

Maladie à virus Marburg

La maladie à virus Marburg est une **fièvre hémorragique virale** sévère, apparentée à la maladie à virus Ebola. Elle se transmet initialement à l'homme à partir de chauves-souris frugivores (*Rousettus aegyptiacus*) puis de personne à personne par contact direct avec les fluides corporels, des surfaces ou des objets contaminés. Les professionnels de santé, les aidants et les personnes impliquées dans les pratiques funéraires sont particulièrement exposés. L'incubation varie de 3 à 21 jours, avec des symptômes initiaux incluant fièvre soudaine, douleurs musculaires, fatigue intense, maux de tête, diarrhée et vomissements. La phase d'état se complique fréquemment d'un syndrome hémorragique, pouvant mener à un choc et une défaillance multiviscérale, rapidement mortelle. La mortalité observée dans les épidémies précédentes varie de 24 % à 88 %. Aucun traitement spécifique ou vaccin n'est actuellement disponible.

Historique

Le virus Marburg a été identifié pour la première fois en **1967**, lors d'épidémies simultanées à Marburg et Fribourg, en Allemagne, et à Belgrade, en ex-Yougoslavie, chez des travailleurs de laboratoires exposés à des singes importés d'Ouganda. Il tire son nom de la ville de Marburg, où les premiers cas humains ont été observés.

Depuis cette première identification, tous les foyers de maladie à virus Marburg ont été signalés en Afrique. Les derniers foyers ont été identifiés en Tanzanie en 2025 (10 cas tous décédés), au Rwanda en 2024 (66 cas, 15 décès), et en Guinée Équatoriale (40 cas, 35 décès). Les autres épidémies ont touchés Angola, République démocratique du Congo, Ghana, Guinée, Guinée équatoriale, Kenya, Afrique du Sud et Ouganda.

Source : Organisation Mondiale de la Santé, European Center for Disease Prevention and Control



Figure 1. Localisation de Jinka en Ethiopie

Grippe zoonotique (Etats-Unis)

Le 14 novembre 2025, les autorités de l'État de Washington ont confirmé le premier cas humain mondial d'infection par le virus aviaire A(H5N5), chez une personne âgée exposée à une basse-cour en contact avec des oiseaux sauvages. Le risque pour la population générale est jugé faible, aucun signe de transmission

interhumaine n'ayant été identifié. Le sous-type A(H5N5), largement détecté chez les oiseaux sauvages et occasionnellement chez les mammifères en Europe et en Amérique du Nord, appartient au clade 2.3.4.4b. La souche isolée chez le patient ne présente pas de mutations d'adaptation aux mammifères.

Choléra

L'ECDC a fait un point épidémiologique sur le choléra : environ **580 000 cas** et **7 400 décès** ont été signalés dans le monde depuis le début de l'année 2025, confirmant une augmentation par rapport à l'année précédente. Entre le 29 octobre et le 25 novembre 2025, 15 394 nouveaux cas et 194 décès ont été rapportés, principalement en Asie et en Afrique.

L'**Afghanistan** demeure le pays le plus touché, avec plus de 10 700 nouveaux cas sur la période récente, concentrant la majorité des nouvelles notifications mondiales. En Afrique, une augmentation du nombre de cas est observée en **Angola**, au **Soudan**, au **Burundi** et en **Éthiopie**, qui représentent les principaux foyers du continent. D'autres pays africains, notamment le Tchad, le Kenya, le Mozambique et le Soudan du Sud, continuent également de notifier des cas, mais dans des proportions moindres.

Sur le continent américain, les cas de choléra sont principalement diagnostiqués en **Haïti**, tandis que le **sous-continent indien** et l'**Asie du Sud-Est** demeurent des zones endémiques pour la maladie.

Les données disponibles doivent être interprétées avec prudence en raison des faiblesses des systèmes de surveillance et du risque important de **sous-déclaration** dans plusieurs pays.

Ces éléments illustrent la poursuite d'une transmission soutenue du choléra dans diverses régions du monde, avec une mortalité encore élevée dans des contextes marqués par l'insécurité, les déplacements de population ou la fragilité des infrastructures sanitaires.

En Europe, le choléra reste **rare** et essentiellement **importé** par des voyageurs revenant de zones d'endémie. L'ECDC estime le risque pour la population générale comme faible. Pour les **voyageurs**, l'application de mesures d'hygiène strictes constitue le principal moyen de prévention. La vaccination contre le choléra n'est pas recommandée de façon systématique ; elle peut toutefois être envisagée en situation d'épidémie pour les personnels amenés à intervenir auprès de malades ou dans le cadre de stratégies de vaccination "autour des cas

Source : European Center for Disease Control and Prevention

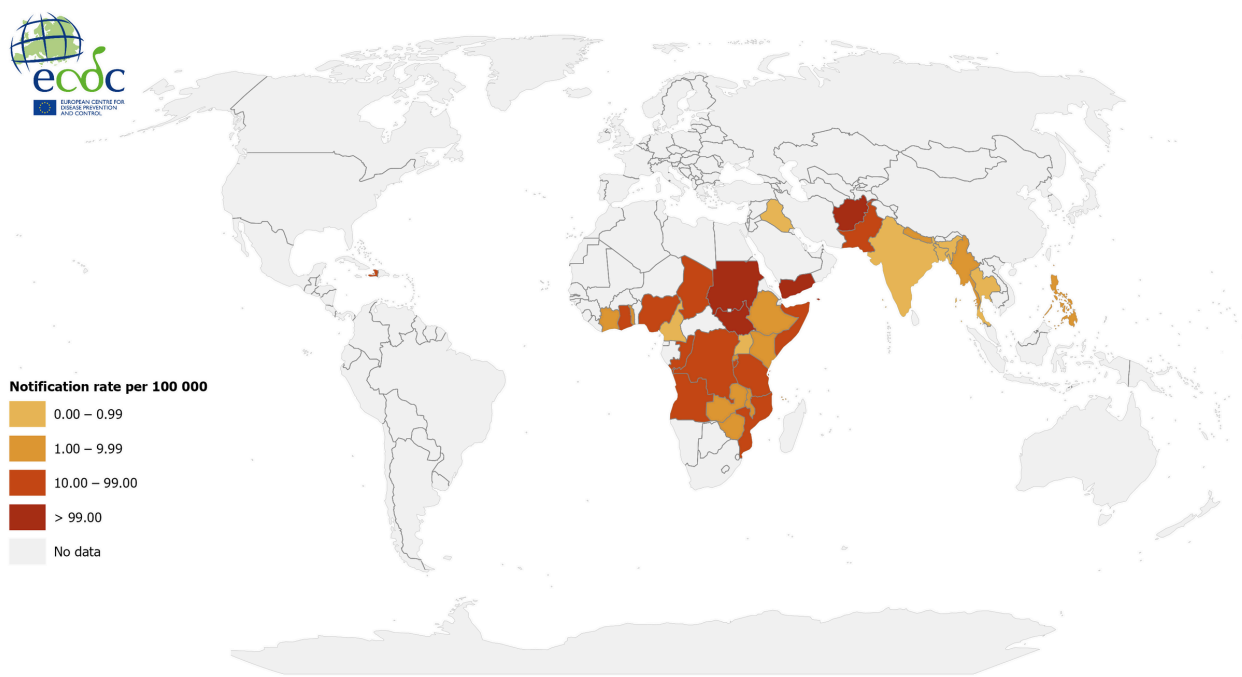


Figure 1. Distribution des cas de choléra déclarés dans le monde entre novembre 2024 et novembre 2025

Mpox

Le nombre global de nouveaux cas confirmés de mpox tend à **diminuer** dans la plupart des régions du monde (figure X et Y). Une exception notable est observée au **Libéria**, où une tendance à l'augmentation continue du nombre de nouveaux cas confirmés est rapportée depuis quelques semaines.

Dans la région OMS de l'Asie du Sud-Est, le nombre de nouveaux cas confirmés augmente d'environ 50 %, mais les effectifs restent faibles (36 nouveaux cas en octobre 2025 contre 23 en septembre 2025).

Source : Organisation Mondiale de la Santé

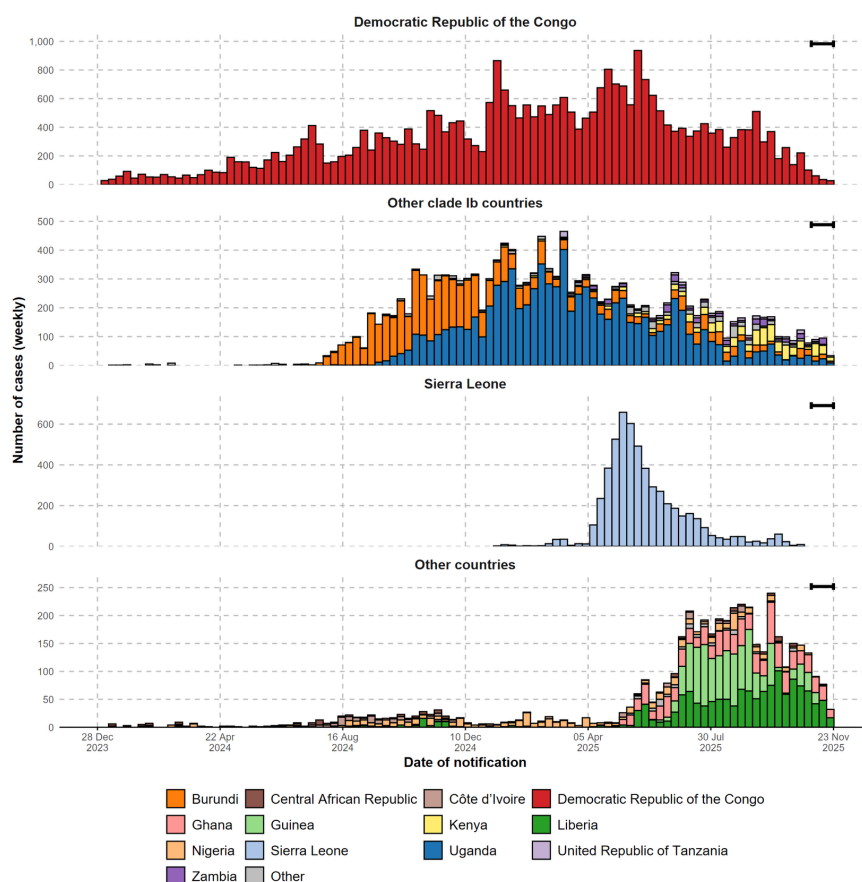


Figure 1. Nombre de cas de mpox confirmés sur le continent africain

WHO region	Total cases ¹	Total deaths ¹	Cases in last 12 months ²	Cases in Sep 2025	Cases in Oct 2025	Monthly % change in cases	Countries reporting cases in past month
Region of the Americas	71 483	154	4587	658	319	-52.0%	7
African Region	61 074	262	46 298	3002	1868	-38.0%	20
European Region	31 171	10	2777	232	174	-25.0%	11
Western Pacific Region	6713	19	1930	126	102	-19.0%	4
South-East Asia Region	1145	14	161	23	36	57.0%	2
Eastern Mediterranean Region	924	3	43	4	2	-50.0%	1

¹ From 1 January 2022

² From November 2024

Figure 2. Nombre de cas de mpox identifié par région OMS entre janvier 2022 et octobre 2025



Nos dernières publications

Infographie / Monographie

- Test rapides en microbiologie
- Réalisation de l'antibiogramme
- Lecture et interprétation de l'antibiogramme

Capsules vidéos

- 3 idées reçues sur les antibiotiques
- 3 idées reçues sur le VIH et les IST bactériennes

Applications

- Prise en charge des infections ORL
- Prise en charge des pneumopathies aiguës communautaires
- Prise en charge des pneumonies d'inhalation
- Prise en charge des exacerbations aiguës de bronchite chronique



Quelques recommandations

Infections respiratoires aiguës

- Ministère de la santé - 2025 - Instruction n° DGS/CCS/PPC/USAR/DGOS/DGCS/2025/139 du 12 novembre 2025 relative au port obligatoire du masque dans les établissements sanitaires et médico-sociaux pour la prévention des infections respiratoires aiguës

Microbiologie de l'environnement

- SF2H - FAQ à la COPERMIC – Version 3 du 5 novembre 2025



Diffusion gratuite
Abonnement en ligne : <https://www.clin92.com/abonnement>
© Clin92. 2025. Tous droits réservés.