Bulletin

ARBOVIROSES

Santé publique France

Date de publication : 04.05.2026

ÉDITION PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR

Chikungunya, dengue, Zika – West-Nile
Bilan 2025

Points clés



Chikungunya, dengue, Zika

Surveillance renforcée de mai à novembre ayant pour objectif la détection précoce des cas et la réduction des risques de diffusion sur le territoire ➔ investigation épidémiologique de chaque cas permettant de définir les zones de circulation des virus et d'orienter les mesures de lutte antivectorielle.

Un nombre très élevé de signalements reçus à l'ARS Paca en 2025 ➔ plus de 900 signalements traités, la majorité entre les mois d'août et de septembre.

Une pression d'importation importante en lien avec les territoires français ultramarins ➔ plus de 100 cas importés de chikungunya, dont la majorité de retour de l'île de la Réunion, et plus de 120 cas importés de dengue, principalement de retour des Antilles françaises.

Une circulation virale très active en Paca, région la plus touchée de l'hexagone ➔ plus de 450 cas autochtones de chikungunya identifiés, ainsi que 16 cas autochtones de dengue.



Infections à virus West-Nile

Surveillance renforcée de mai à novembre ayant pour objectif la détection précoce d'une circulation du virus sur le territoire ➔ sécurisation des produits issus du corps humain.

Une circulation virale active en Paca, région la plus touchée de l'hexagone ➔ 30 cas autochtones d'infection à virus West-Nile, principalement dans les Bouches-du-Rhône et le Var.

En partenariat avec :

ars Agence Régionale de Santé Provence-Alpes Côte d'Azur

CENTRE NATIONAL DE REFERENCE ARBOVIRUS

EID MÉDITERRANÉE OPÉRATEUR PUBLIC EN ZONES HUMIDES Démoustication

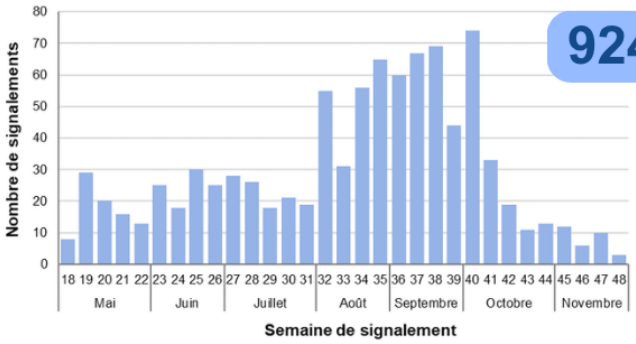
Paca
Bilan de la surveillance renforcée 2025

Chikungunya, dengue, Zika West Nile

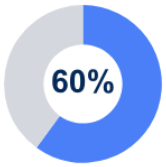
Santé publique France

Du 1er mai au 30 novembre, Santé publique France Paca-Corse coordonne la surveillance renforcée du chikungunya, de la dengue, du Zika et des infections à virus West Nile en région Paca.

Ce bilan réalisé pour l'année 2025 a pour objectif de mettre en évidence les **spécificités d'une année exceptionnelle.**



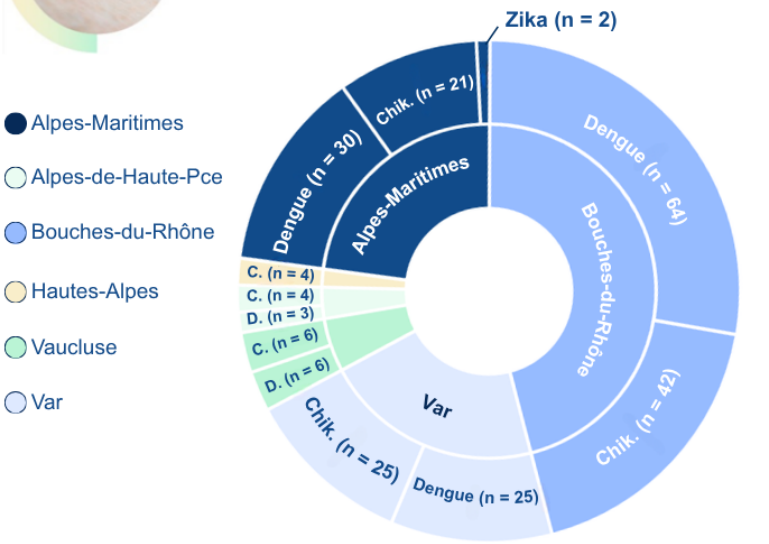
924 signalements

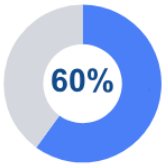


Août-Septembre



231 cas importés

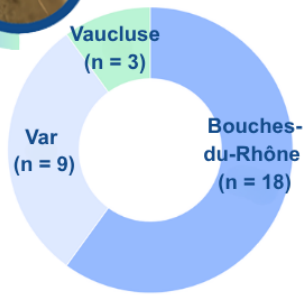




- des cas de **chikungunya** de retour de **la Réunion**
- des cas de **dengue** de retour des **territoires français ultramarins**



30 cas autochtones de West Nile





37%
formes neurologiques

456 cas autochtones de chikungunya

versus 19 cas entre 2010 et 2024

35 épisodes

Cas primaires à l'origine des épisodes

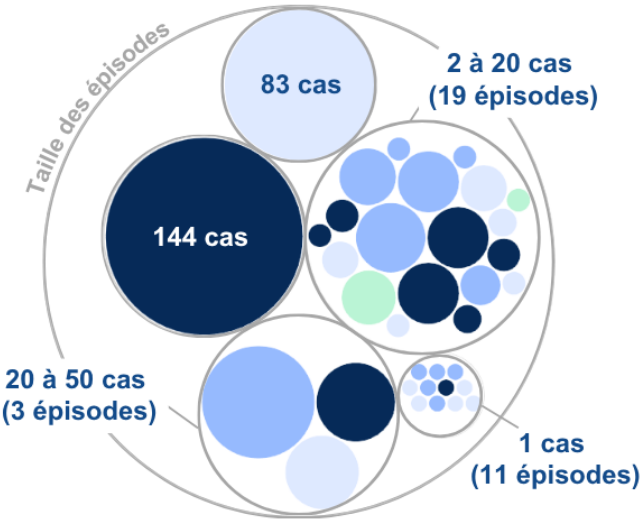
5 cas primaires importés

9 cas primaires autochtones

21 cas primaires inconnus

Circulation virale active pendant **5,5 mois**

2 juin → 13 nov.





16 cas autochtones de dengue

15
enquêtes en porte-à-porte

109
cas suspects identifiés

76
des cas suspects confirmés

L'année 2025 a été marquée par un nombre record de signalements et par une circulation virale très active au cours de la saison.

La région Paca a été la région la plus touchée de l'hexagone.

Sommaire

CHIKUNGUNYA, DENGUE ET ZIKA 4
GENERALITES 4
Rappels sur le cycle de transmission et sur les maladies 4
Rappels sur le vecteur 5
DISPOSITIF DE SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE 5
BILAN DE LA SURVEILLANCE RENFORCEE 2025 7
Signalements reçus à l'ARS 7
Bilan des cas importés 8
Bilan des cas autochtones de chikungunya 9
Bilan des cas autochtones de dengue 13
Bilan entomologique 14
Autres mesures de contrôle et communication 15
CONCLUSIONS 16
INFECTIONS A VIRUS WEST-NILE 17
GENERALITES 17
Rappels sur le cycle de transmission 17
Rappels sur la maladie 17
Rappels sur les vecteurs 18
DISPOSITIF DE SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE 18
BILAN DE LA SURVEILLANCE RENFORCEE 2025 (VOLET HUMAIN) 19
Bilan épidémiologique 19
Sécurisation des dons 20
CONCLUSIONS 20

Chikungunya, dengue et Zika



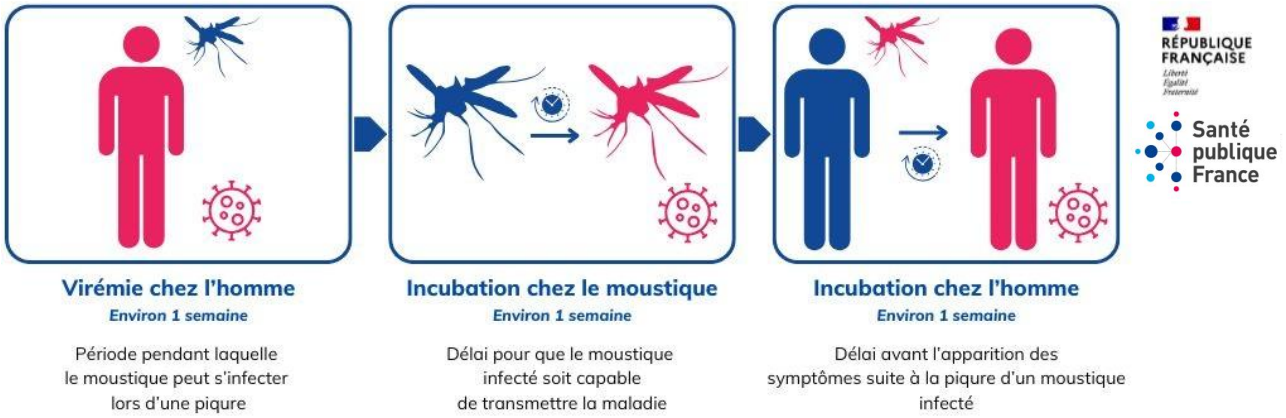
Généralités

Rappels sur le cycle de transmission et sur les maladies

Le chikungunya, la dengue et le Zika sont des **maladies tropicales** dues à des arbovirus. Elles sont régulièrement **importées par des voyageurs** sur le territoire hexagonal où **elles peuvent se transmettre par le moustique tigre** (*Aedes albopictus*).

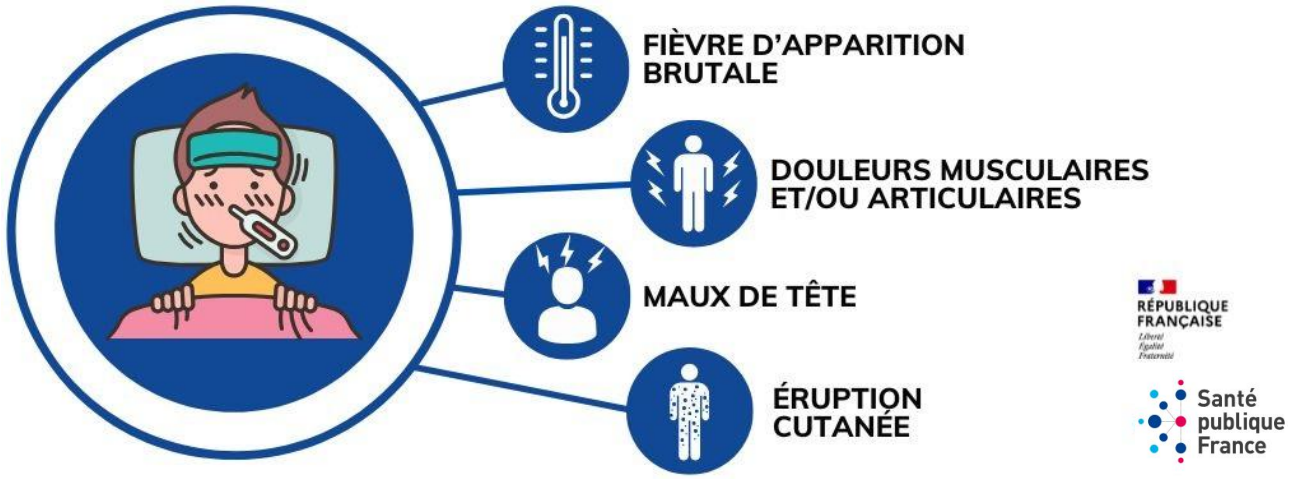
Une personne infectée peut contaminer un moustique pendant la période de virémie, période où le virus est présent dans son sang : à partir d'environ 2 jours avant les premiers symptômes et jusqu'à 7 jours après (Figure 1). Bien que plus rare, la transmission via les produits issus du corps humain (transfusion, greffe…) est également possible. D'autres types de transmission existent pour le Zika : transmission sexuelle et transmission materno-fœtale.

Figure 1 | Cycle de transmission de la dengue, du chikungunya et du Zika



Ces maladies se manifestent le plus fréquemment par une **fièvre d'apparition brutale** associée à des signes peu spécifiques (fatigue intense, douleurs musculaires et/ou articulaires, maux de tête, éruption cutanée) (Figure 2). Ces symptômes durent habituellement une semaine et font place à une fatigue qui peut être prolongée. Les douleurs articulaires peuvent être persistantes pour le chikungunya.

Figure 2 | Principaux symptômes de la dengue, du chikungunya et du Zika, en l'absence d'autre signe d'appel infectieux



Rappels sur le vecteur

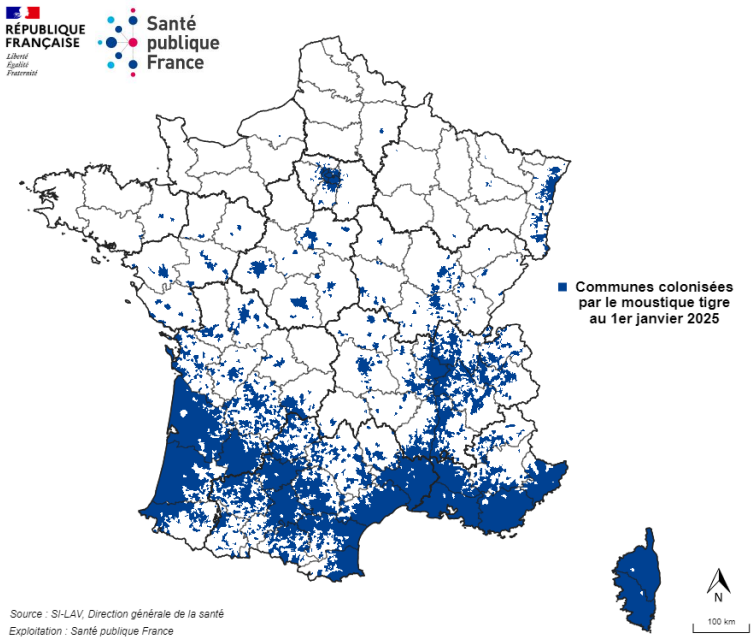
Aedes albopictus est une espèce invasive originaire d'Asie du Sud-Est qui s'est répandue rapidement à travers le monde.

Présent en France hexagonale depuis 2004, ce vecteur se développe majoritairement en zone urbaine et se déplace peu au cours de sa vie. **Il pique essentiellement pendant la journée**, avec un pic d'agressivité au lever du jour et au crépuscule. Il est principalement anthropophile. Son rayon d'action est d'environ 150m.

Les femelles pondent leurs œufs dans des gîtes où **la présence d'eau stagnante est nécessaire au développement larvaire** : vases, soucoupes, pneus usagés, gouttières mal vidées, déchets divers, mais aussi creux d'arbres et certaines plantes susceptibles de former une rétention d'eau. Les gîtes de nature anthropique, c'est-à-dire créés par l'Homme, sont les principaux lieux de ponte de ces moustiques.

Si l'ensemble des régions est désormais concerné, le niveau de colonisation est très variable selon les départements. Au 1er janvier 2025, près de la moitié de la population de l'Hexagone habitait dans une commune colonisée. Cette situation concerne la quasi-totalité de la population (98 %) en région Paca (Figure 3).

Figure 3 | Aire d'implantation d'*Aedes albopictus* en France hexagonale au 1er janvier 2025 (Source : SI-LAV, Direction générale de la santé)



Dispositif de surveillance épidémiologique

La surveillance de la dengue, du chikungunya et du Zika repose sur la **déclaration obligatoire** des cas documentés biologiquement. Cette surveillance est mise en place toute l'année en France hexagonale.

Pendant la période d'activité du vecteur, de mai à novembre, la surveillance est renforcée pour faire face au risque de transmission locale de ces virus (Figure 4).

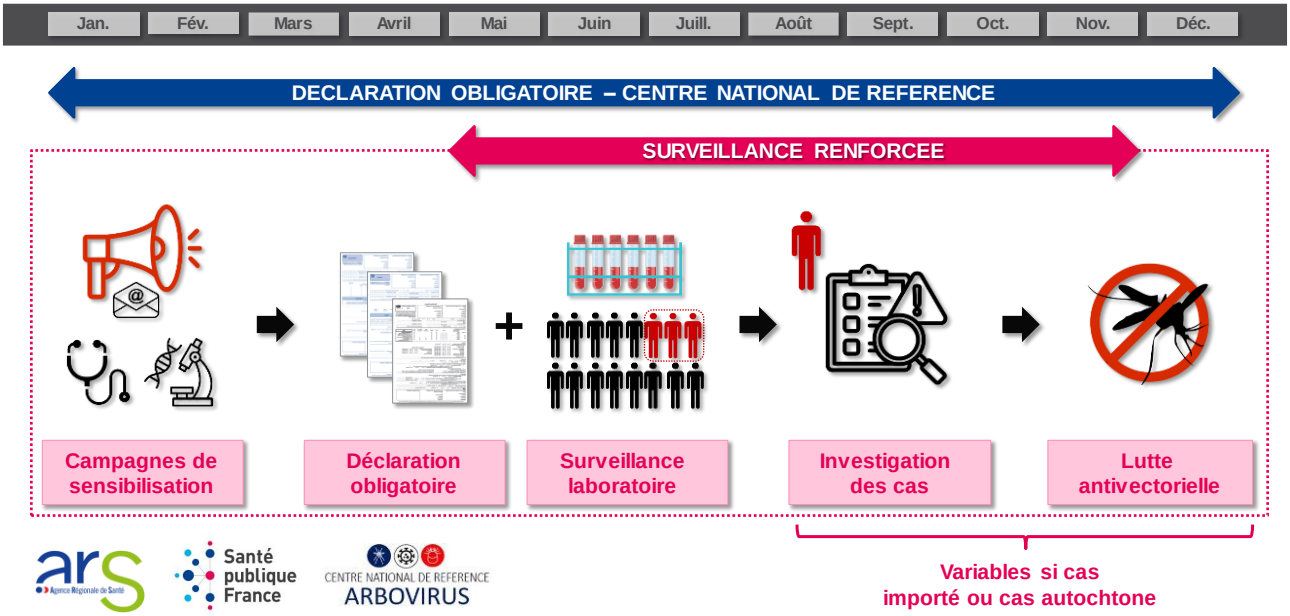
Conditions d'émergence d'une maladie à transmission vectorielle :

- ✓ présence sur le territoire d'un vecteur compétent
- ✓ introduction d'un pathogène, notamment par des voyageurs
- ✓ présence d'une population naïve (sans immunité)
- ✓ dans un environnement propice

En début de saison, les agences régionales de santé (ARS) en collaboration avec les équipes de Santé publique France sensibilisent les professionnels de santé au diagnostic et à la déclaration des cas.

Afin d'identifier les cas qui n'auraient pas été signalés par ces professionnels, les équipes de Santé publique France en région analysent quotidiennement les résultats d'analyses virologiques pour ces trois pathologies, transmis via le système de surveillance 3 Labos (dispositif de transfert automatisé de résultats biologiques de plusieurs plateformes de laboratoires vers Santé publique France).

Figure 4 | Dispositif de surveillance du chikungunya, de la dengue et du Zika, France hexagonale



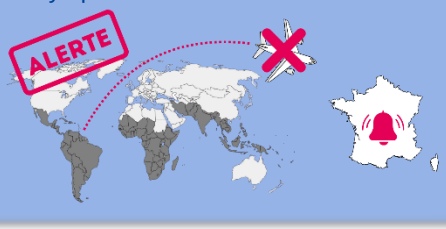
Chaque cas identifié donne lieu à une investigation épidémiologique par l'ARS, en collaboration avec Santé publique France en région. Le niveau d'investigation et les mesures de contrôle, principalement la lutte antivectorielle (LAV), dépendent du statut importé ou autochtone du cas. L'identification d'une circulation locale (cas autochtone) entraîne une recherche active de cas (enquêtes en porte-à-porte dans les zones de circulation, sensibilisation des professionnels de santé de proximité) et une LAV renforcée.

Distinction entre cas importé et cas autochtone

Cas importé : cas ayant séjourné en zone de circulation connue du virus dans les 15 jours précédant le début des symptômes.



Cas autochtone : cas n'ayant pas voyagé en zone de circulation connue du virus dans les 15 jours précédant le début des symptômes.



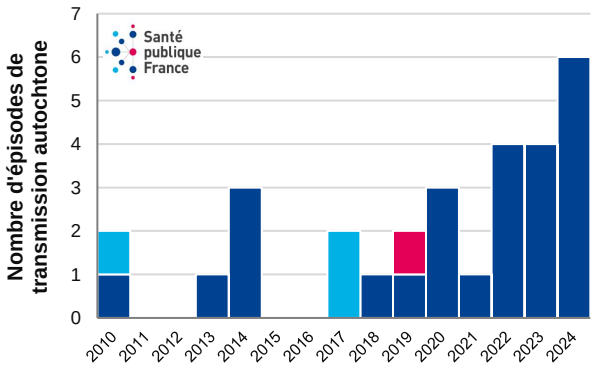
Des mesures de sécurisation des produits issus du corps humain (sang, tissus, organes…) sont également mises en œuvre dans les zones de circulation de ces virus (exclusion temporaire ou dépistage).

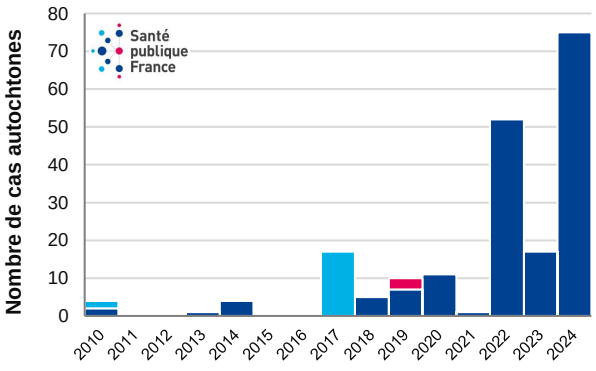
L'Entente interdépartementale de démoustication Méditerranée (EID Méditerranée), opérateur de démoustication de l'ARS Paca, réalise des **prospections entomologiques autour de chaque lieu signalé comme à risque**. Les objectifs de ces prospections sont de déterminer la présence du vecteur dans l'environnement proche, détruire les gîtes larvaires identifiés ou réaliser de la lutte anti-larvaire lorsque la destruction n'est pas possible, prodiguer des conseils aux habitants rencontrés et récupérer des autorisations d'accès aux jardins afin d'anticiper une **potentielle démoustication**.

Si le risque est avéré (*i.e.* identification de vecteurs), le traitement de LAV est réalisé, en accord avec la commune. L'objectif est de **supprimer le risque d'une transmission locale en supprimant les moustiques potentiellement porteurs du virus**.

Bilan de 15 années de surveillance (2010–2024) en région Paca
Episodes de transmission autochtone de chikungunya, de dengue et de Zika

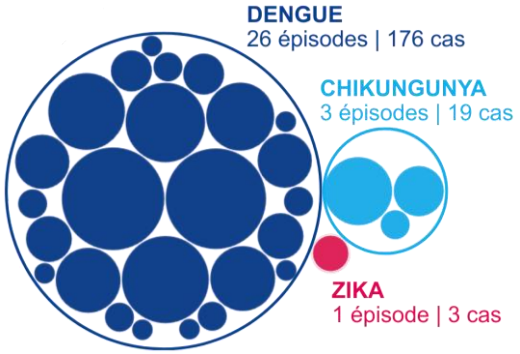
30 épisodes | 198 cas





La région Paca a été la première région concernée par des épisodes de transmission autochtone (dès 2010). Entre 2010 et 2024, elle était déjà la région la plus impactée de l'hexagone par ces épisodes :

- Au moins un épisode par saison depuis 2017
- Jusqu'à 7 épisodes au cours d'une saison
- Entre 1 et 25 cas par épisode
- Jusqu'à 76 cas au cours d'une saison

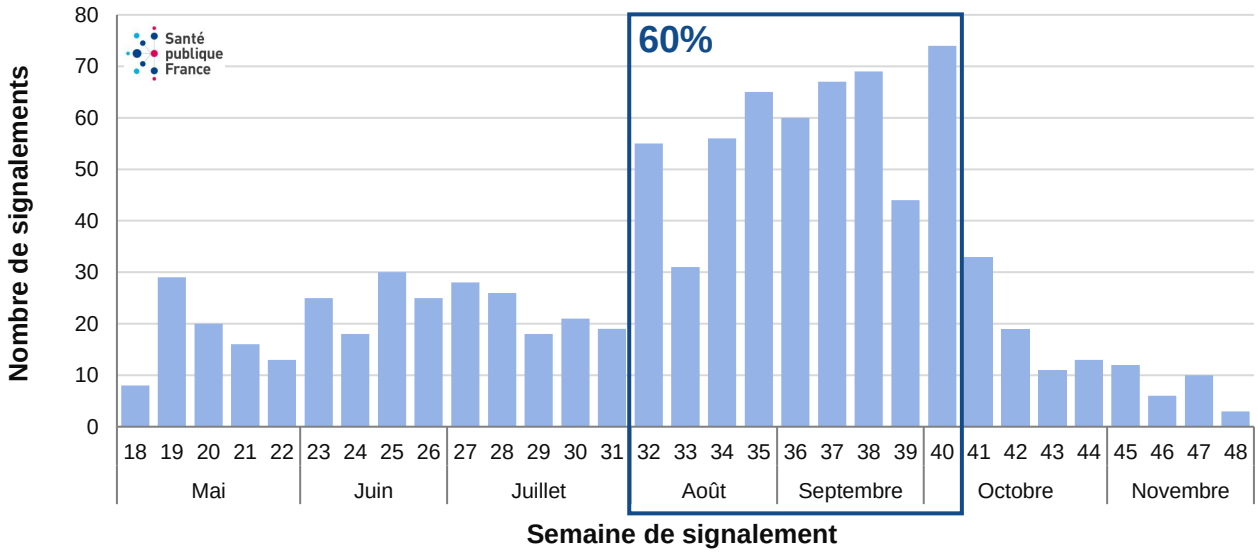


Bilan de la surveillance renforcée 2025

Signalements reçus à l'ARS

L'ARS Paca a reçu 924 signalements pendant la surveillance renforcée, dont 60 % entre début août et début octobre (Figure 5). Au cours de cette période, l'ARS a géré en moyenne 30 signalements par semaine, avec un maximum de 74 signalements au cours de la première semaine d'octobre.

Figure 5 | Nombre de signalements de cas d'arboviroses reçus à l'ARS Paca, Paca, mai-novembre 2025 (Source : Voozarbo)



Bilan des cas importés

L'ARS Paca a investigué **231 cas importés : 102 de chikungunya, 127 de dengue et 2 de Zika** (Tableau 1).

Les taux de déclaration les plus importants étaient enregistrés dans les Bouches-du-Rhône et les Alpes-Maritimes, respectivement 5,1 et 4,7 pour 100 000 habitants (Figure 6).

Les cas de chikungunya revenaient principalement de la Réunion (n=61 ; 60 %) et d'autres territoires de l'Océan Indien (n=34 ; 33 %). Seuls 7 % étaient de retour de Cuba (n=7).

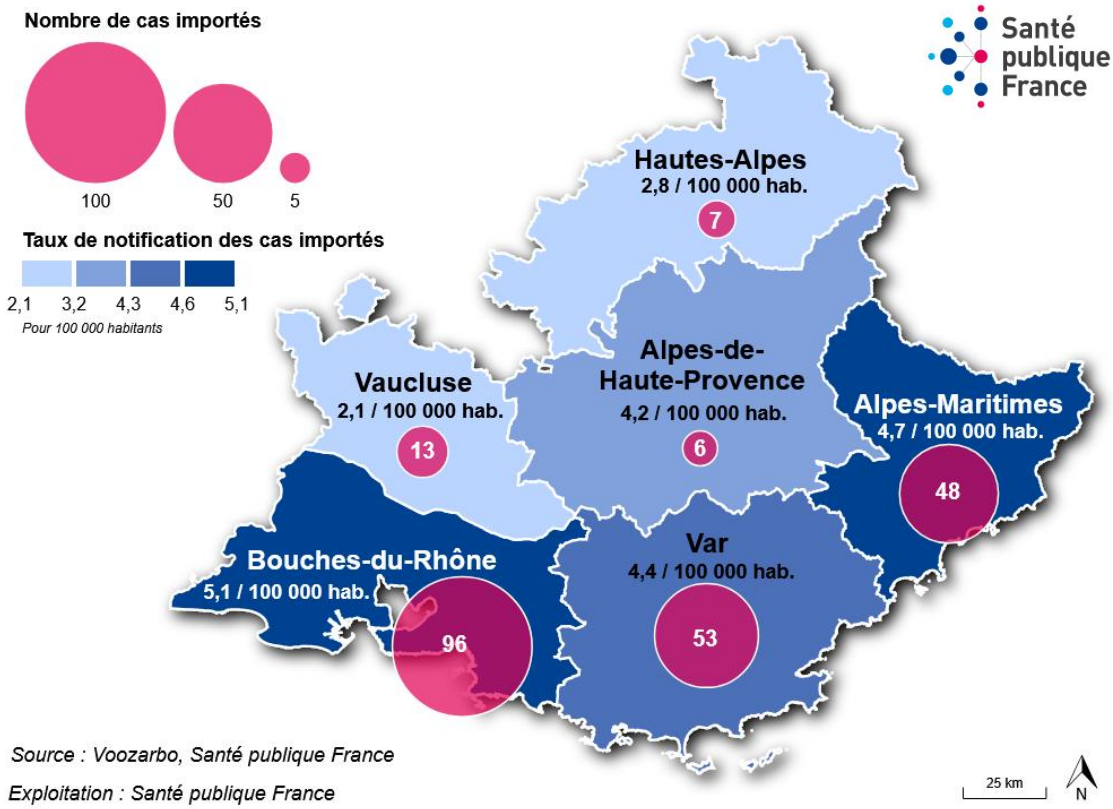
Deux-tiers des cas de dengue avaient voyagé dans les territoires ultramarins français (n=81 ; 64 %), principalement en Polynésie-Française (37), Guadeloupe (25) et Martinique (17). Les autres territoires fréquemment cités étaient l'Asie du Sud-Est (n=18 ; 14 %) et l'Afrique (n=18 ; 14 %).

Les 2 cas de Zika revenaient de Thaïlande.

Tableau 1 | Nombre de cas importés de chikungunya, de dengue et de Zika déclarés par département, Paca, mai-novembre 2025 (Source : Voozarbo)

Département	Dengue	Chik.	Zika
Alpes-de-Haute-Pce	3	4	0
Hautes-Alpes	0	4	0
Alpes-Maritimes	30	21	2
Bouches-du-Rhône	64	42	0
Var	24	25	0
Vaucluse	6	6	0
Total Paca	127	102	2

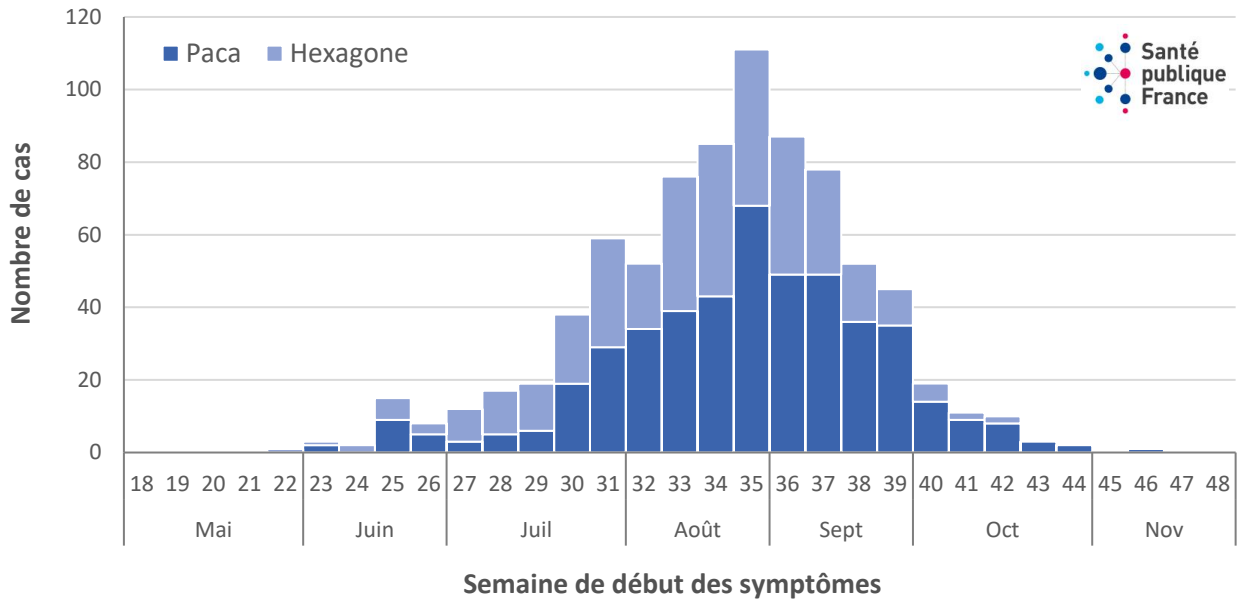
Figure 6 | Nombre de cas importés de chikungunya, de dengue et de Zika et taux de déclaration par département, Paca, mai-novembre 2025 (Source : Voozarbo)



Bilan des cas autochtones de chikungunya

L'année 2025 a été marquée par un **nombre record** de transmissions autochtones de chikungunya en Paca : **35 épisodes pour un total de 456 cas**, auxquels s'ajoutent 14 cas isolés multi-expositions, représentant près de 60 % des cas identifiés en France hexagonale (Figure 7).

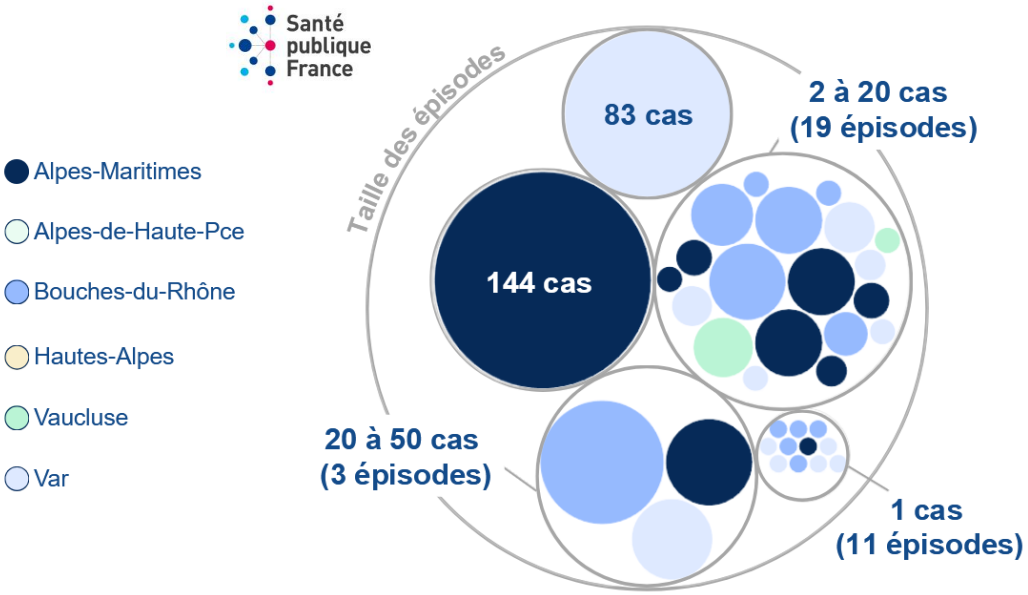
Figure 7 | Distribution des cas autochtones de chikungunya identifiés en région Paca et dans l'Hexagone, par date de début des signes, mai-novembre 2025 (Source : Voozarbo)



Au-delà du volume de cas, l'année a été marquée par une **saison précoce se terminant tardivement** (date de début des signes extrêmes : 02/06 - 11/11), avec une **circulation active pendant plusieurs mois pour certains épisodes**.

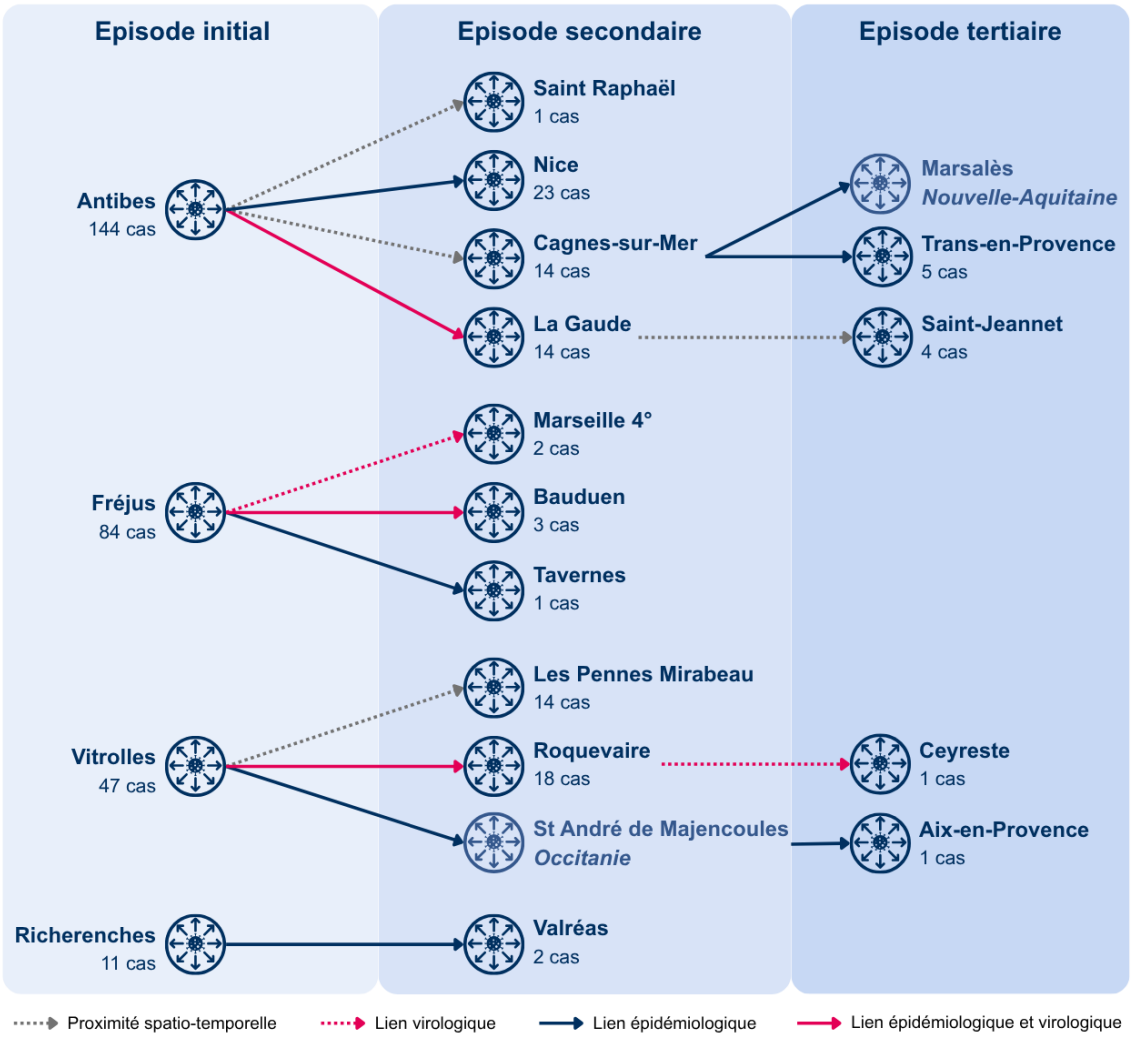
La majorité des épisodes comptait moins de 20 cas (n=30), mais **plusieurs épisodes de grande ampleur** ont été identifiés, allant jusqu'à 144 cas (Figure 8).

Figure 8 | Distribution des épisodes de transmission autochtone de chikungunya identifiés en région Paca par nombre de cas, mai-novembre 2025 (Source : Voozarbo)

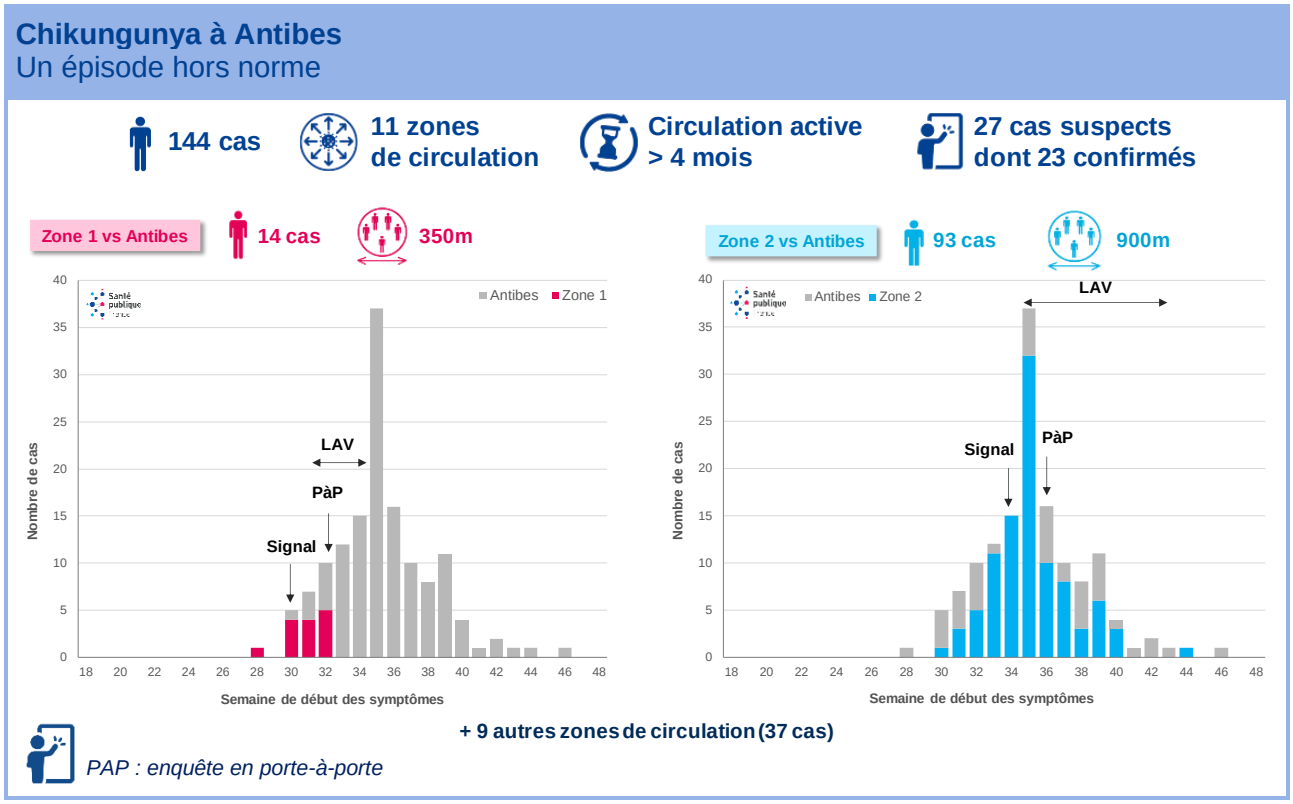


Les investigations ont permis d'identifier des **liens entre différents épisodes**. Au total, à partir des épisodes initiaux en Paca, **11 épisodes secondaires** (dont un hors Paca) et **5 épisodes tertiaires** (dont un hors Paca) ont été identifiés (Figure 9). En complément, 3 épisodes en Paca sont secondaires d'épisodes d'autres régions : Ollioules, Sausset-les-Pins et Richerenches respectivement secondaires de Grosseto-Prugna (Corse), Castries (Occitanie) et Dijon (Bourgogne-Franche-Comté).

Figure 9 | Episodes de transmissions secondaires et tertiaires identifiés à partir des épisodes de transmission autochtone survenus en région Paca, mai-novembre 2025 (Source : Voozarbo)



Le Centre national de référence (CNR) des arbovirus a mené des analyses génomiques pour 16 des 35 épisodes. Ces analyses ont révélé que **la souche ECSA-2, porteuse de la mutation E1-226V**, responsable d'une épidémie majeure à La Réunion, et plus largement dans l'Océan Indien, en 2024-2025, **était à l'origine de la majorité des épisodes**.
L'étude comparative des souches a permis de confirmer les liens épidémiologiques déjà identifiés entre les épisodes, tout en mettant en évidence des liens virologiques là où aucun lien épidémiologique n'avait pu être établi.



Les départements les plus concernés étaient les Alpes-Maritimes, le Var et les Bouches-du-Rhône (Figures 10 et 11).

Figure 10 | Localisation des épisodes de transmission autochtone de chikungunya identifiés en région Paca, mai-novembre 2025 (Source : Voozarbo)

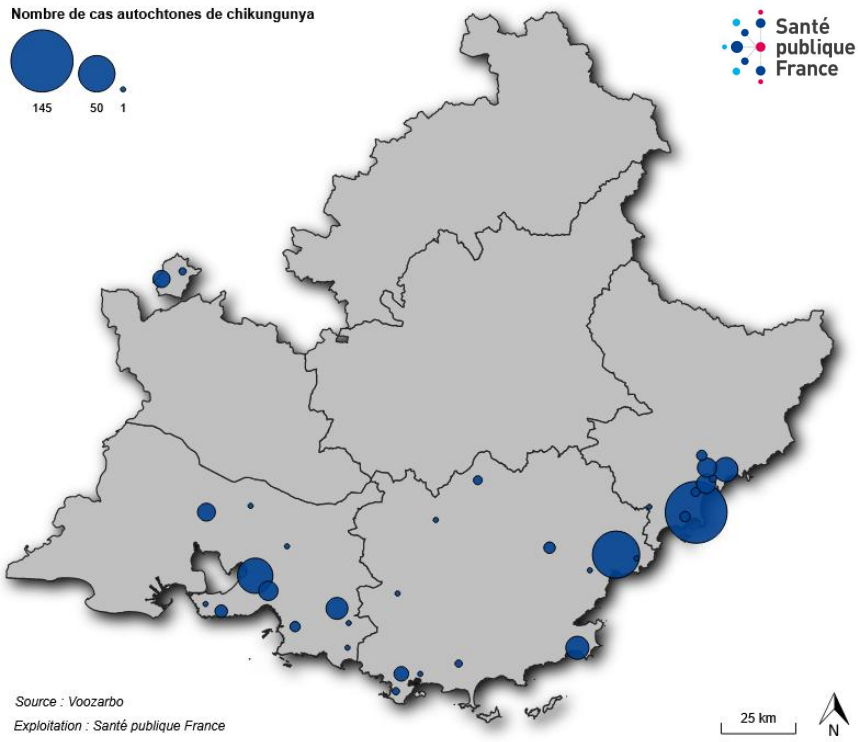
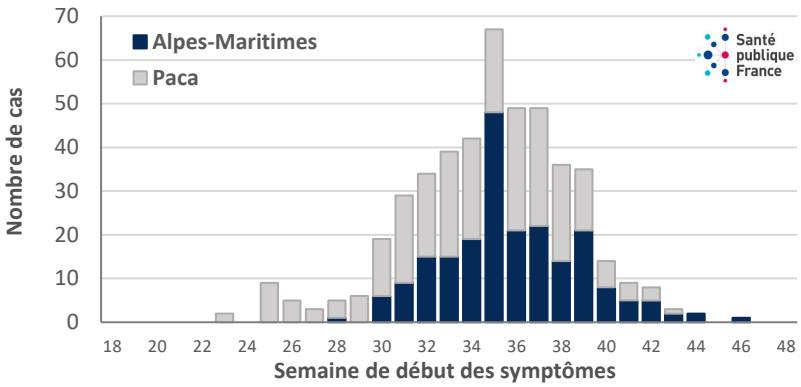


Figure 11 | Distribution des cas autochtones de chikungunya identifiés en région Paca par département et date de début des signes, mai-novembre 2025 (Source : Voozarbo)

Alpes-Maritimes

9 épisodes – 170 cas

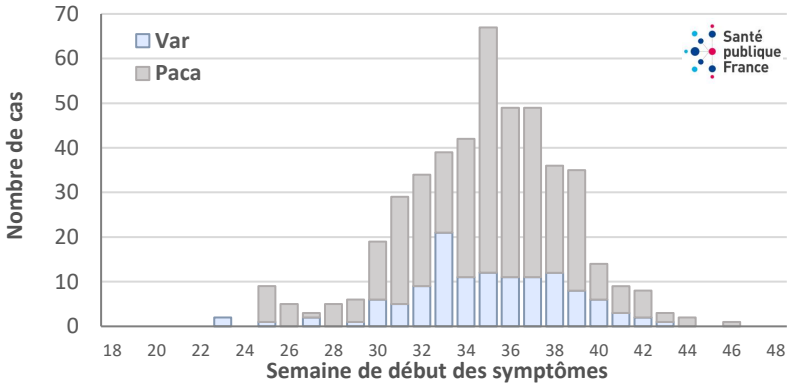
Antibes – 144 cas
Nice – 22 cas
Cagnes-sur-Mer – 14 cas
La Gaude – 14 cas
Saint-Jeannet – 4 cas
Vallauris – 4 cas
Villeneuve-Loubet – 3 cas
Saint-Laurent-du-Var – 2 cas
Auribeau sur Siagne – 1cas



Var

12 épisodes – 129 cas

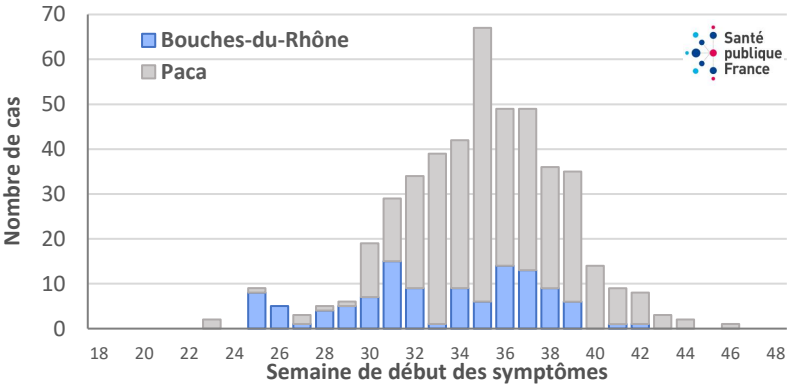
Fréjus – 84 cas
La Croix-Valmer – 20 cas
Ollioules – 8 cas
Trans-en-Provence – 5 cas
Bauduen – 3 cas
La Crau – 2 cas
Six-Fours-les-Plages – 2 cas
Roquebrune-sur-Argens – 1 cas
Rougiers – 1 cas
Saint-Raphaël – 1 cas
Tavernes – 1 cas
Toulon – 1 cas



Bouches-du-Rhône

11 épisodes – 108 cas

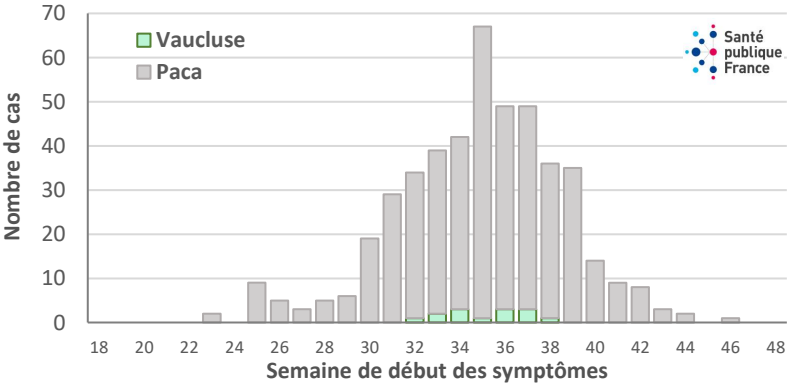
Vitrolles – 47 cas
Roquevaire – 18 cas
Les Pennes Mirabeau – 14 cas
Salon de Provence – 12 cas
Sausset-les-Pins – 6 cas
Marseille 8e – 2 cas
Marseille 4e – 2 cas
Aix-en-Provence – 1 cas
Gémenos – 1 cas
Lambesc – 1 cas
Ceyreste – 1 cas
Martigues – 1 cas



Vaucluse

2 épisodes – 13 cas

Richerenches – 11 cas
Valréas – 2 cas



Les cas primaires à l'origine des transmissions autochtones ont été identifiés pour 14 des 35 épisodes : 9 étaient des cas autochtones, 5 des cas importés (3 de retour de l'île de la Réunion, 2 de Madagascar).

La moitié de ces cas ont été identifiés grâce aux enquêtes (porte-à-porte et investigation des cas), l'autre moitié par le dispositif de surveillance (déclaration par un professionnel de santé, dont le CNR des arbovirus, ou rattrapage laboratoire).

La majorité des cas étaient âgés de plus de 15 ans (Figure 12), avec un âge médian de 56 ans (extrêmes : 1 an ; 93 ans). Il s'agissait de 245 hommes et 224 femmes (sex-ratio H/F : 1,1).

Les principaux signes cliniques décrits par les cas étaient des arthralgies (96%), de la fièvre (88%) et une éruption cutanée (68%). Vingt cas ont été hospitalisés (5%) et aucun décès n'a été déclaré.

La majorité des cas a été directement signalée par des professionnels de santé (58%) et près d'un tiers a été identifié lors des investigations (32%, avec une répartition équitable entre les enquêtes en porte-à-porte et les investigations téléphoniques) (Figure 13).

Figure 12 | Répartition par âge des cas autochtones de chikungunya identifiés en région Paca, mai-novembre 2025 (Source : Voozarbo)

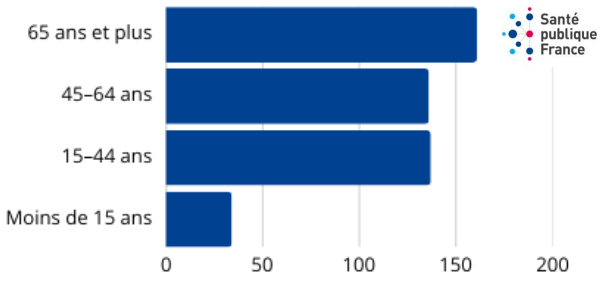
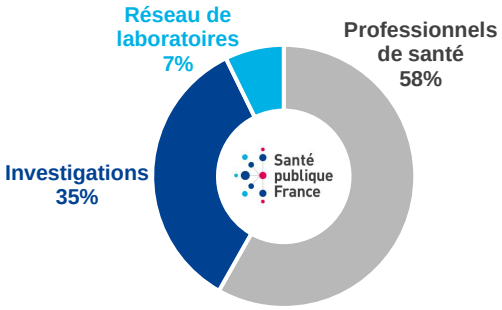


Figure 13 | Source d'identification des cas autochtones de chikungunya identifiés en région Paca, mai-novembre 2025 (Source : Voozarbo)



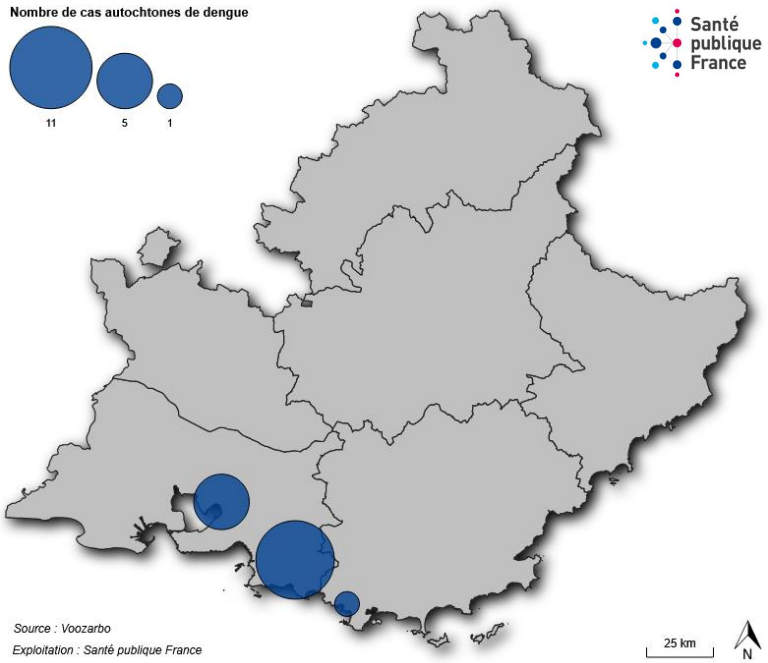
Bilan des cas autochtones de dengue

Des transmissions autochtones de la dengue ont également été identifiées en Paca : **3 épisodes pour un total de 16 cas**, auxquels s'ajoute un cas isolé multi-expositions. Ces épisodes étaient localisés dans les Bouches-du-Rhône (un épisode de 10 cas à Rognac et un épisode de 5 cas à Aubagne) et dans le Var (1 cas à Sanary-sur-Mer) (Figure 14). Ils étaient **tous liés au sérotype DENV-1**.

Le cas primaire à l'origine de ces transmissions autochtones a été identifié pour un de ces 3 épisodes : il s'agissait d'une personne de retour de Polynésie Française, identifiée par le rattrapage laboratoire.

La majorité des cas était âgée de plus de 15 ans, avec un âge médian de 52 ans (extrêmes : 10 ans ; 90 ans). Il s'agissait de 11 hommes et 6 femmes (sex-ratio H/F : 1,8).

Figure 14 | Localisation des épisodes de transmission autochtone de dengue identifiés en région Paca, mai-novembre 2025 (Source : Voozarbo)



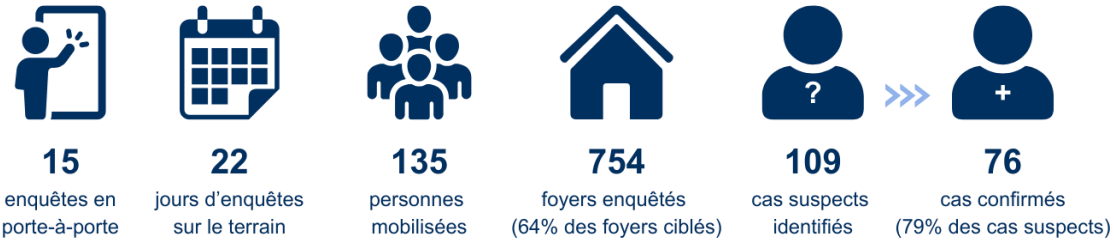
Les cas ont débuté leurs symptômes entre le 25/06 et le 14/09. Les principaux signes cliniques décrits par les cas étaient de la fièvre (82%), une asthénie (82%), des céphalées (76%) et des myalgies (76%). Trois cas ont été hospitalisés (19%) et aucun décès n'a été déclaré.

La majorité des cas a été directement signalée par des professionnels de santé (n=10). Les enquêtes ont permis d'identifier 3 cas et le rattrapage laboratoire 3 cas.

Les objectifs des enquêtes en porte-à-porte sont d'identifier des cas suspects et d'informer la population sur :

- ✓ La situation en cours avec une circulation locale identifiée dans le quartier,
- ✓ L'importance de consulter et de se signaler en cas d'apparition de signes cliniques,
- ✓ La nécessité d'une protection individuelle contre les piqures de moustiques,
- ✓ Le rôle de la lutte contre les gites larvaires.

Bilan des enquêtes en porte-à-porte 2025
Une mobilisation importante en Paca



Bilan entomologique

Seules les actions de l'EID Méditerranée en lien avec la LAV sont présentées dans ce paragraphe. Les actions liées aux formations à destination des collectivités, à la mobilisation sociale, à la surveillance de la progression et de la dynamique de l'Aedes albopictus, et à la surveillance entomologique des sites sensibles dans le cadre du Règlement sanitaire international (RSI) ne sont pas traitées.

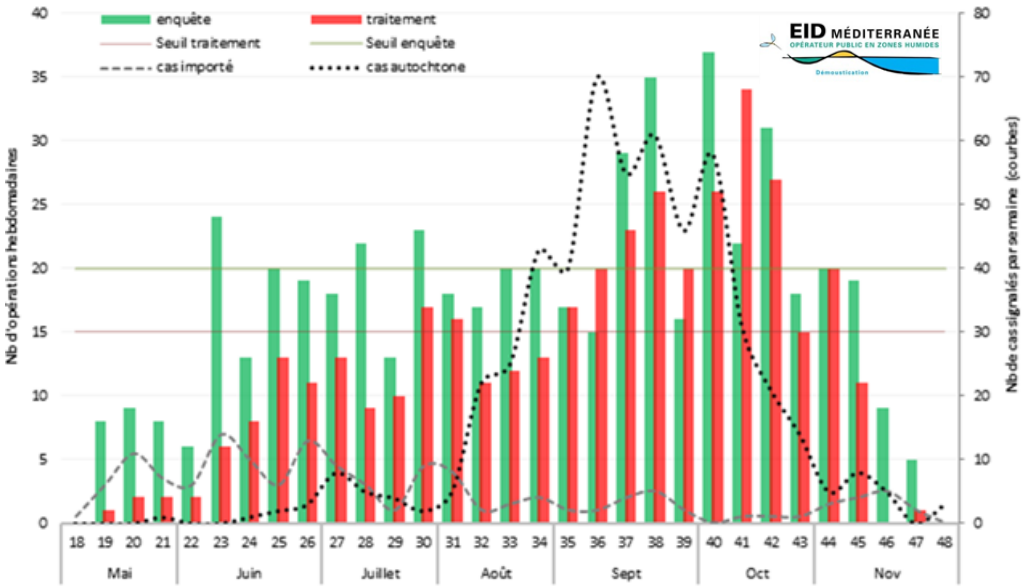
En 2025, l'EID Méditerranée a réalisé 93 traitements en lien avec des cas importés et 293 en lien avec des cas autochtones. Ces traitements ont été réalisés sur 748 km, dont 300 km de traitements pédestres. La surface totale traitée était d'environ 3 375 ha. Cette surface représente l'équivalent de 4 822 terrains de football pour lesquels 240 litres de produits insecticides (Aqua K-Othrine® et Harmonix®) ont été utilisés, soit en moyenne 0,05 litre par terrain.

L'essentiel de l'activité était concentré dans les départements littoraux les plus peuplés et où les populations de moustiques tigre sont les plus importantes.

Les capacités d'intervention de cet opérateur ont été dépassées précocement, nécessitant la mobilisation de renforts dès le mois de juin (Figure 15).

Certains épisodes ont entrainé une mobilisation particulièrement importante des ressources de l'opérateur. Par exemple à Fréjus, 9 traitements ont été réalisés dans les différentes zones de circulation dont une intervention de grande ampleur, pour un total de 86 habitations traitées et 8 km de traitement adulticide en pédestre.

Figure 15 | Nombre d'enquêtes et de traitements réalisés par semaine par l'EID Méditerranée*, et nombre de cas importés et autochtones avec demande d'intervention, mai-novembre 2025 (Sources : EID Méditerranée, SI-LAV)



** Les valeurs seuils maximales d'activités hebdomadaires théoriquement soutenables par l'EID sont représentées par les lignes horizontales verte et rouge*

Autres mesures de contrôle et communication

Sécurisation des dons

L'Etablissement français du sang (EFS), dès connaissance d'un épisode de circulation autochtone, met en place des mesures de sécurisation des dons de sang. Ces mesures sont proportionnées au risque afin de garantir l'autosuffisance en produits sanguins. Elles sont appliquées à différentes échelles géographiques selon le niveau de circulation des arbovirus. En règle générale, elles sont déployées dans un rayon de 300 mètres autour de cas isolés, voire dans l'ensemble de la commune concernée. Elles consistent à arrêter les collectes et à ajourner les donneurs pendant 28 jours après l'exposition à risque. Ces mesures sont levées 45 jours après la date de début des signes du dernier cas autochtone.

En 2025, pour la première fois, la totalité de deux départements ont été sécurisés pour le risque chikungunya en raison des forts niveaux de circulation du virus : les Alpes-Maritimes et le Var. Dans ces situations, l'EFS réalise du dépistage génomique viral (DGV) sur l'ensemble des dons.

Communication

En complément de la sensibilisation à destination des professionnels de santé, des communications grand public sur la situation régionale ont été régulièrement réalisées au cours de l'été.

L'ARS Paca et Santé publique France Paca-Corse ont réalisé 8 communiqués de presse (envoyés à 360 journalistes), 3 conférences de presse et 27 interviews.

Une communication de crise a également été déployée par l'ARS ciblant spécifiquement les épisodes de Salon-de-Provence, Vitrolles, Antibes et Fréjus. Elle reposait sur des campagnes SMS (51 000 messages envoyés), des campagnes digitales (étalées sur 28 jours via le groupe Meta) et la distribution aux pharmacies de sacs imprimés de messages de prévention (20 000 sacs). Pour la première fois, en raison de l'épisode exceptionnel d'Antibes, le recours à FR ALERTE (dispositif d'alerte et d'information des populations) a permis de délivrer 330 000 messages.

Conclusions

La transmission autochtone des virus de la dengue, du chikungunya, et dans une moindre mesure du Zika, sont désormais des phénomènes attendus en région Paca. Depuis 2017 au moins, un cas a été identifié chaque année avec une tendance à la hausse marquée depuis 2022.

Si quelques épisodes de dengue ont été identifiés en 2025, l'année a été exceptionnelle sur le front du chikungunya pour différentes raisons. Les transmissions autochtones ont été plus précoces avec les premiers cas identifiés dès le mois de juin. Les nombres d'épisodes et de cas étaient particulièrement élevés, avec certains épisodes d'une ampleur jamais observée auparavant, tant en termes de nombre de cas que de distribution spatiale (zones de circulation étendues) et temporelle (circulation virale pouvant atteindre plusieurs mois). Si les cas importés ont été à l'origine de l'introduction du virus sur le territoire et de la survenue des premiers épisodes, la multiplication des épisodes secondaires met en évidence une dynamique de transmission principalement portée par les cas autochtones.

Bien que la région Paca ait été la plus impactée, avec plus de 60% des cas de l'hexagone, d'autres régions ont été concernées (Occitanie, Corse, Auvergne-Rhône-Alpes, Ile-de-France, Nouvelle-Aquitaine et, pour la première fois, Bourgogne-Franche-Comté et Grand-Est).

Cette situation s'explique notamment par l'épidémie de chikungunya survenue en 2024-2025 à La Réunion et sa diffusion plus large dans l'Océan Indien. Bien que la dynamique épidémique ait été en baisse dans ce territoire, la pression d'importation dans l'hexagone en début de surveillance renforcée restait élevée. La diffusion locale a également été facilitée par l'implication d'une souche virale très adaptée à l'*Aedes albopictus* (ECSA-2 mutation E1-226V).

Dans ce contexte, la recherche active de cas, réalisée au cours des enquêtes en porte-à-porte et via la sensibilisation renforcée des professionnels de santé, a joué un rôle-clé dans la gestion de la crise. L'ARS, Santé publique France Paca-Corse et l'EID Méditerranée ont dû faire face à une charge de travail considérable avec plus de 900 investigations menées et près de 400 traitements réalisés.

Cette saison souligne la nécessité de s'adapter en permanence à l'évolution de la situation épidémiologique et de prioriser les actions à mener, notamment pour la recherche active de cas et la LAV. Des réunions flashs quotidiennes entre les principaux acteurs ont permis d'assurer une réponse concertée, rapide et organisée, permettant d'optimiser les ressources disponibles et de limiter l'impact de ces transmissions locales.

Infections à virus West-Nile



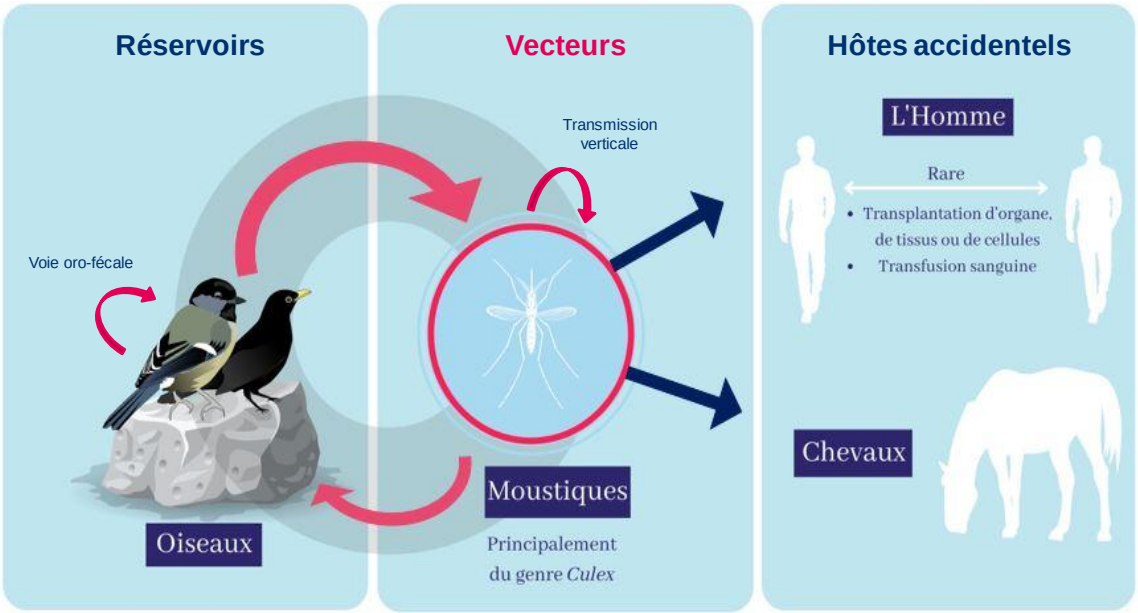
Généralités

Rappels sur le cycle de transmission

Le cycle de transmission du virus West Nile (VWN) se fait entre oiseaux et moustiques ornithophiles (Figure 16), les oiseaux représentant le principal réservoir du virus. Les humains, les chevaux et d'autres espèces de vertébrés sont également susceptibles d'être infectés (hôtes accidentels).

La transmission à l'homme du VWN s'effectue principalement par la piqûre de moustiques du genre *Culex*, mais il existe également un risque de transmission par transfusion sanguine et lors d'une greffe. L'homme ne joue pas de rôle dans la propagation vectorielle du virus, contrairement à ce qui est observé avec le chikungunya, la dengue ou le Zika.

Figure 16 | Cycle de transmission du virus West-Nile



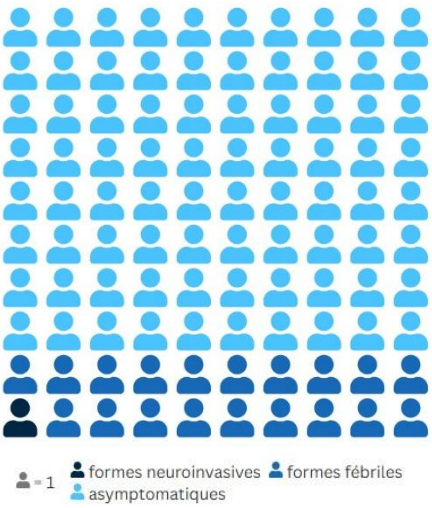
Rappels sur la maladie

Dans environ 80% des cas, l'infection à VWN reste asymptomatique (Figure 17).

Parmi les 20% de formes symptomatiques, la majorité se manifeste par des symptômes bénins évoquant un syndrome pseudo-grippal, tels que fièvre, asthénie, céphalées, myalgies et/ou arthralgies.

Dans moins de 1% des cas, la maladie évolue vers des formes neuro-invasives, survenant généralement quelques jours après l'apparition de la fièvre. Ces formes graves, qui incluent des encéphalites et des méningites, sont plus fréquentes chez les personnes âgées et/ou immunodéprimées.

Enfin, la létalité concerne environ 10% des cas de formes neuro-invasives.



Rappels sur les vecteurs

Il existe plusieurs moustiques vecteurs du VWN dans l'hexagone. Tous appartiennent au genre *Culex* : *Culex modestus*, *Culex pipiens pipiens* et *Culex pipiens molestus*.

Ces moustiques se développent dans des gîtes différents. *Culex modestus* est plutôt associé aux zones humides et côtières, comme les marais ou les rizières. *Culex pipiens* est largement répandu dans les zones urbaines et périurbaines. Leurs préférences trophiques sont également différentes : certains sont principalement ornithophiles alors que d'autres sont opportunistes.

Les *Culex pipiens* vivent plus au contact de l'homme. Ils se reproduisent principalement dans les eaux résiduaires urbaines, aussi bien dans l'espace public (réseaux d'eaux pluviales ou usées), qu'au sein des habitations et de leur environnement immédiat. Ils colonisent également divers équipements sanitaires tels que les fosses septiques, les vides sanitaires ou les stations de lagunage. Les femelles peuvent voler plusieurs kilomètres et piquent principalement la nuit, en extérieur ou en intérieur.

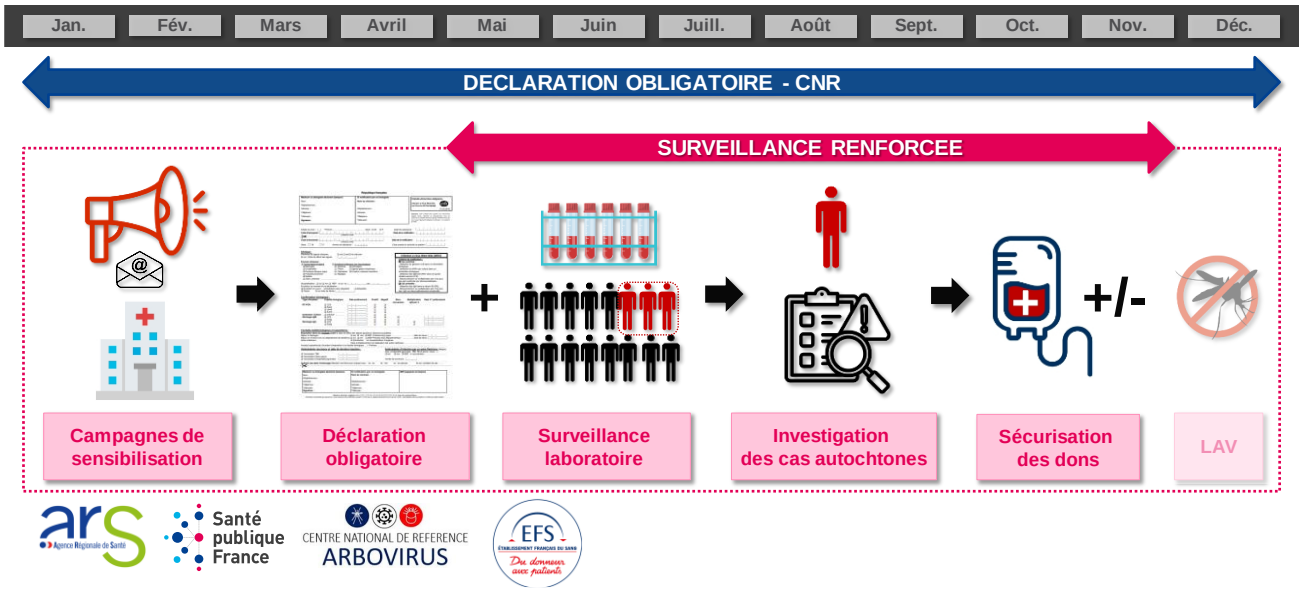
Dispositif de surveillance épidémiologique

La surveillance des infections à VWN est une surveillance pluridisciplinaire qui s'inscrit dans une approche « une seule santé ». Elle est organisée en quatre volets : le volet humain, le volet équin, le volet aviaire et le volet entomologique. Ces dispositifs complémentaires permettent de donner l'alerte, de définir les zones et les périodes de circulation et de caractériser les virus.

La surveillance humaine repose sur la déclaration obligatoire des cas documentés biologiquement. Comme pour le chikungunya, la dengue et le Zika, elle est mise en place toute l'année en France hexagonale et est renforcée de mai à novembre (Figure 18). L'objectif principal est de repérer précocement la circulation du VWN pour sécuriser les produits issus du corps humain. Depuis 2024, cette sécurisation est réalisée à titre préventif dans certains départements pendant la période à risque.

Si la surveillance humaine des infections à VWN a des similitudes avec celle du chikungunya, de la dengue et du Zika, les mesures de contrôle sont très différentes. Elles reposent principalement sur la sécurisation des produits issus du corps humain, la LAV n'étant qu'un outil secondaire. Par ailleurs, l'homme étant un cul-de-sac épidémiologique et les mesures de sécurisation étant prises à l'échelle d'un département, il n'y a pas de recherche active de cas suite à l'identification d'un cas autochtone.

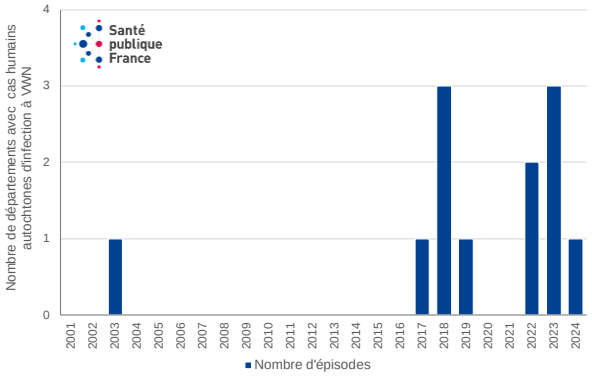
Figure 18 | Dispositif de surveillance des infections à virus West-Nile, France hexagonale

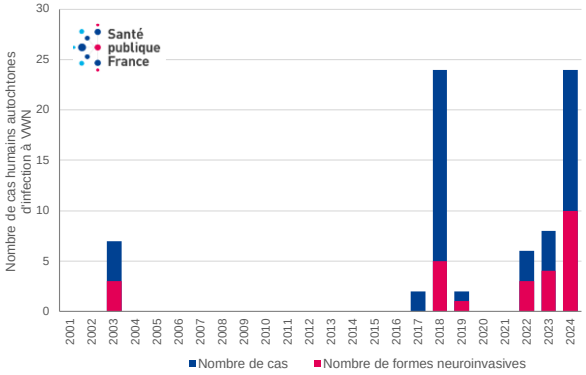


Bilan de 24 années de surveillance (2001–2024) en région Paca
Cas humains d'infection à virus West-Nile

12 épisodes de circulation autochtone*

73 cas dont 36% de formes neuroinvasives

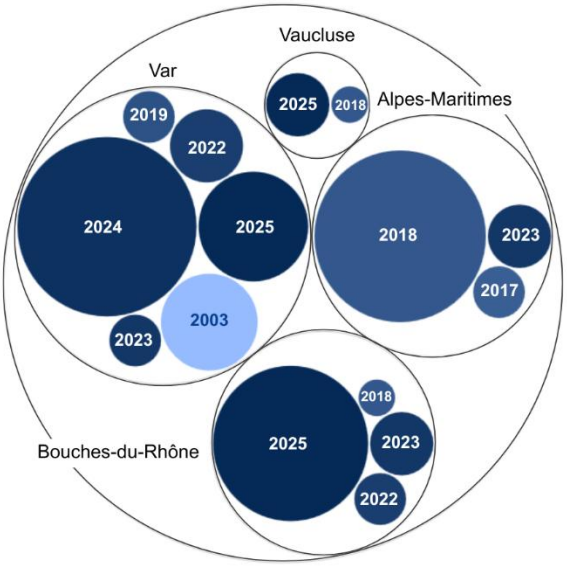




La région Paca est la région de l'hexagone la plus impactée par la circulation du VWN :

- Accélération de la circulation depuis 2017
- 4 départements touchés (Alpes-Maritimes Bouches-du-Rhône, Var et Vaucluse)
- Entre 1 et 24 cas par épisode

** Nombre de départements par an dans lesquels est identifié au moins un cas humain.*



Bilan de la surveillance renforcée 2025 (volet humain)

Bilan épidémiologique

En 2025, la région Paca a enregistré 30 cas humains d'infection à VWN, soit la moitié des cas répertoriés dans l'hexagone.

Le département des Bouches-du-Rhône a été le plus touché avec 18 cas, principalement localisés dans la moitié Ouest du département. Dans le Var, les 9 cas identifiés étaient principalement concentrés sur la commune de Hyères. Une circulation virale a aussi été mise en évidence dans le Vaucluse avec 3 cas humains.

La majorité des cas était âgée de plus de 40 ans, avec un âge médian de 57 ans (extrêmes : 19 ans ; 91 ans). Il s'agissait de 22 hommes et 8 femmes (sex-ratio H/F : 2,8).

Les cas ont débuté leurs symptômes entre le 07/07 et le 22/10 (Figure 19).

Les principaux signes cliniques décrits par les cas étaient de la fièvre (90%), des céphalées (72%) et une asthénie (66%). L'éruption cutanée était moins souvent décrite que pour les cas de chikungunya et de dengue (38% vs 68% pour les cas de chikungunya et de dengue).

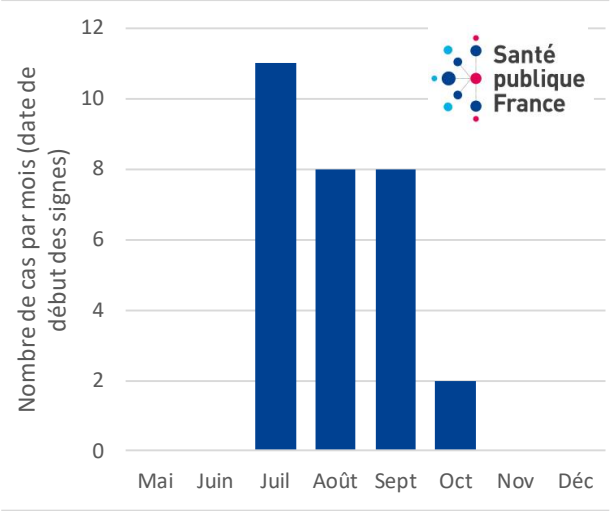
Onze des 30 cas ont développé une forme neuroinvasive (37%).

Dix-sept cas ont été hospitalisés (57%) dont 3 en réanimation. Un cas est décédé.

Tous les cas ont été signalés par des professionnels de santé.

Seul le lignage 2 a été retrouvé par le CNR des arbovirus.

Figure 19 | Distribution des cas humains autochtones d'infections à virus West-Nile identifiés en région Paca, par date de début des signes, mai-novembre 2025 (Source : Voozarbo)



Sécurisation des dons

Comme en 2024, l'EFS a mis en place la sécurisation des dons de sang de manière proactive dans 3 départements de la région : les Alpes-Maritimes, les Bouches-du-Rhône et le Var. Cette sécurisation a été réalisée du 1er juillet jusqu'à la fin de la période de surveillance renforcée. Elle est basée sur le dépistage génomique viral (DGV) de l'ensemble des dons.

Le Vaucluse a lui aussi fait l'objet de mesures de sécurisation après la détection du premier cas humain. En dehors du DGV en prospectif sur les dons post-alerte, les dons des 15 jours précédents ont été également testés.

Conclusions

Dans une moindre mesure que pour le chikungunya, l'année 2025 a aussi été une année record pour les infections à VWN, avec un nombre de cas identifié en Paca qui a dépassé ce qui avait été observé les années précédentes.

Trois départements ont été touchés : les Bouches-du-Rhône, le Var et le Vaucluse. Si un premier cas humain avait été détecté dans le Vaucluse en 2018 (mais avec un lien indirect avec la Camargue), c'est la première année où une circulation virale est clairement établie dans ce département avec 3 cas humains mais aussi des cas équins.

La pluridisciplinarité des volets de surveillance a montré une nouvelle fois son intérêt. Les surveillances de l'avifaune sauvage et équine ont permis de conforter les observations faites à partir du volet humain (zones et périodes de circulation virale). Le volet entomologique a permis d'aboutir à un séquençage du virus.

Bibliographie

DGS. Cartes de présence du moustique tigre (Aedes albopictus) en France métropolitaine

Calba C, Cochet A, Jourdain F, Grard G, Durand GA, Guinard A, et al. Surveillance des arboviroses en France métropolitaine : nette augmentation des cas de dengue autochtone en 2022. Bull Épidémiol Hebd. 2023;(14):248-54. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/14/2023_14_1.html

Fournier L, Calba C, Cochet A, Fournet N, Brottet É, Grard G, et al. Bilan de la surveillance de la dengue, du chikungunya et du Zika en France hexagonale en 2023. Bull Épidémiol Hebd. 2024;(13):260-6. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/13/2024_13_1.html

Partenaires

ARS Paca, Marseille, Nice, Toulon, Avignon, Digne-les-Bains, Gap.

CNR des Arbovirus, Inserm-IRBA, Marseille.

EID Méditerranée, Montpellier, Saint-Chamas, Roquebrune-sur-Argens

Réseau de laboratoires partenaires : Eurofins-Biomnis, Cerba, Inovie, Biogroup

Remerciements

Santé publique France Paca-Corse tient à remercier l'ensemble de ses partenaires contribuant à la surveillance des arboviroses : l'ARS Paca (siège et directions départementales), l'EID Méditerranée, le CNR des arbovirus, les professionnels de santé (médecins généralistes, médecins hospitaliers, biologistes, CPTS, pharmaciens).

Nous remercions également toutes les personnes qui ont été contactées au cours des investigations ainsi que les collectivités territoriales pour leur collaboration active tout au long de l'été.

Équipe de rédaction

Florian FRANKE et Clémentine CALBA

Pour nous citer : Chikungunya, dengue, Zika – West-Nile : bilan 2025. Bulletin. Édition Provence-Alpes-Côte d'Azur. Saint-Maurice : Santé publique France, 21 pages, mai 2026

Directrice de publication : Caroline Semaille

Date de publication : 4 mai 2026

Contact : paca-corse@santepubliquefrance.fr