

Bulletin Epidémiologique Régional. Publication : 02 mai 2025

Surveillance épidémiologique à La Réunion

Semaine 17 (du 21 au 27 avril 2025)

SOMMAIRE

Points clés	1
Actualités	2
Chikungunya et dengue	3
Leptospirose	3
Infections respiratoires aiguës et virus grippaux.....	7
Bronchiolite (chez les enfants de moins de 2 ans)	8
Gastro-entérites aiguës (GEA).....	9
COVID-19.....	10
Mortalité toutes causes	10

Points clés

- **Chikungunya** : **Maintien de l'épidémie de chikungunya à un haut niveau de transmission.** Stabilisation des consultations pour chikungunya cliniquement évocateur à un niveau élevé en médecine de ville (plus de 160 000 patients depuis le début de l'année). Diminution du nombre de passages aux urgences pour motif chikungunya avec des disparités territoriales Plus d'infos [ICI](#)
- **Leptospirose** : Recrudescence saisonnière en cours. Pour les professionnels de santé, **il est important d'évoquer et de confirmer ce diagnostic différentiel dans un contexte d'épidémie de chikungunya où les cas ne sont plus systématiquement confirmés. La leptospirose doit être prise en charge rapidement (traitement antibiotique sur avis médical) pour limiter le risque de formes graves voir de décès.**
- **Infections respiratoires aiguës (IRA)** : **Progression modérée des passages aux urgences pour un motif de bronchiolite chez les moins de deux ans.**
- **GEA** : Les indicateurs en médecine de ville et à l'hôpital tous âges sont en progression mais avec un impact sanitaire restreint.

Actualités

- [Infections invasives à méningocoque en France en 2024](#)

En 2024, 616 cas d'infection invasive à méningocoque (IIM) ont été déclarés (+10% par rapport à 2023), soit le nombre annuel de cas le plus élevé depuis 2010, confirmant la recrudescence des infections invasives à méningocoque (IIM) observée depuis 2022. Cette hausse pourrait notamment s'expliquer par une épidémie de grippe particulièrement intense cette saison, favorisant les infections graves. A noter que 69 décès dus à des infections à méningocoques ont été recensés en 2024.

[En savoir plus](#)

Après un début d'année 2025 marqué par une augmentation particulièrement importante des infections invasives à méningocoques, le ministre de la Santé et de l'Accès aux Soins, après avoir consulté l'avis de la Haute Autorité de santé, annonce une intensification de la stratégie vaccinale pour mieux protéger les populations les plus exposées aux méningites

[En savoir plus](#)

- [Infections respiratoires aiguës \(grippe, bronchiolite, COVID-19\). Bilan de la saison 2024-2025.](#)

Infections respiratoires aiguës

Pic d'activité en janvier à un niveau très élevé en ville et à l'hôpital, principalement lié à l'épidémie de grippe.

Grippe

Épidémie précoce et d'une durée de 12 semaines. Intensité très élevée en médecine de ville, avec près de 3 millions de consultations pour syndrome grippal. Sévérité marquée dans toutes les classes d'âge, avec 29 000 hospitalisations après passage aux urgences pour grippe/syndrome grippal. Fort impact de l'épidémie en termes de mortalité. Co-circulation inhabituelle des 3 virus A(H1N1)pdm09, A(H3N2) et B/Victoria. Couverture vaccinale estimée à 53,7% chez les 65 ans et plus, et 25,3% chez les moins de 65 ans à risque, relativement stables en comparaison avec celles de 2023-2024.

Bronchiolite

En France hexagonale, épidémie de mi-novembre 2024 (S47) à mi-janvier 2025 (S02). Dynamique de l'épidémie globalement comparable à celles des épidémies précédant la pandémie de COVID-19. Épidémie de courte durée (8 semaines) et de faible intensité, inférieure à celles des épidémies précédant ou ayant suivi l'émergence de la COVID-19 notamment chez les nourrissons de moins de 3 mois.

COVID-19

Activité à des niveaux faibles durant la saison hivernale 2024-25. Diminution des indicateurs depuis les pics observés en juillet et septembre 2024. Circulation majoritaire du variant KP.3.1.1 entre septembre et novembre, et XEC (recombinant KS.1.1/KP.3.3) depuis fin novembre 2024

[En savoir plus](#)

- [Le « proto », des cas d'intoxication toujours en augmentation](#)

Depuis 2020, les signalements d'intoxications liées à l'usage détourné du protoxyde d'azote, ou « proto », sont en hausse continue. Ce gaz dit « hilarant » peut entraîner une dépendance ainsi que des complications sévères, parfois irréversibles, sur le système nerveux et le système cardiovasculaire (cœur et vaisseaux) en cas de prises répétées et/ou en grande quantité : [En savoir plus](#)

- [Rougeole : appel à la vigilance renforcée face à la recrudescence des cas en France et en Europe](#)

Santé publique France se joint au ministère chargé de la Santé et de l'Accès aux Soins pour appeler les professionnels de santé et de la petite enfance à une vigilance accrue face à l'augmentation des cas de rougeole en France hexagonale. La forte contagiosité du virus et la saison printanière propice à sa propagation imposent des mesures renforcées de prévention et de surveillance. [En savoir plus](#)

Chikungunya

Le Point Epidémiologique se trouve [ICI](#)

Dengue

Depuis le début de l'année, la circulation de la dengue est faible sur l'île avec 16 cas confirmés autochtones et 27 cas probables.

Depuis le mois d'Avril, un regroupement de 5 cas a été identifié dans le secteur de la Bretagne/ Sainte-Clotilde. Ce foyer actif de transmission appelle à la vigilance au vu des conditions météorologiques toujours propices à la circulation virale.

Face à cette situation, une surveillance renforcée a été mise en place par l'ARS et SpF Réunion dans ce secteur avec l'information des professionnels de santé de la zone. Cette mesure s'inscrit dans une stratégie de veille sanitaire ayant pour objectif de renforcer le repérage des cas, en particulier dans un contexte où les prélèvements ne sont pas systématiquement réalisés chez les patients présentant des symptômes cliniques évocateurs du chikungunya.

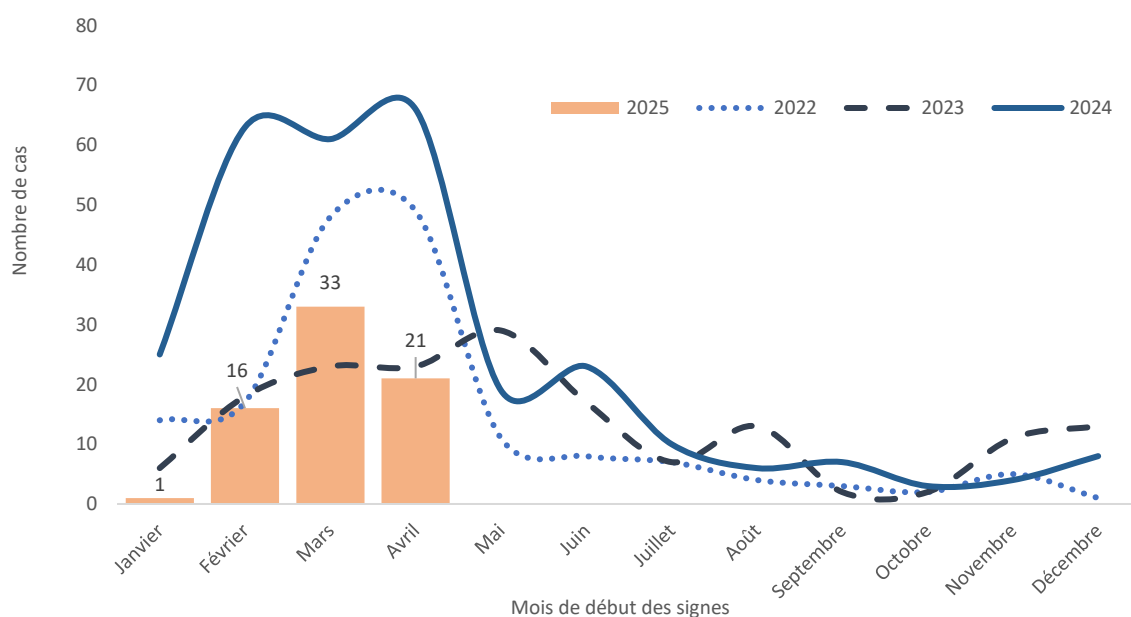
Leptospirose

A La Réunion, la leptospirose est endémique avec une recrudescence saisonnière en été austral. Bien que des cas soient identifiés tout au long de l'année, la majorité d'entre eux surviennent entre janvier et juin, lorsque les conditions climatiques sont le plus favorables à la survie de la bactérie dans l'eau douce et les milieux humides.

Cette maladie est devenue une [maladie à déclaration obligatoire](#) depuis août 2023, sur tout le territoire français (France hexagonale + Droms).

Situation épidémiologique 2025

Figure 1 : Distribution des cas de leptospirose déclarés à l'ARS, par mois de début des signes, La Réunion, S01/2022 à S17/2025



Source : Maladie à déclaration obligatoire et ARS La Réunion, données mises à jour le 30/04/2025
Exploitation : Santé publique France Réunion

Entre le 1^{er} janvier et le 30 avril 2025, **71 cas** ont été déclarés à l'ARS de La Réunion. Les données de la semaine sont en cours de consolidation, d'autres signalements ont été reçus et sont en cours de traitement.

Pour les cas pour lesquels l'information était disponible, il s'agissait dans :

- 97% d'hommes ;
- L'âge médian était de 57 ans (min=14 ; max=93) ;
- Légère diminution de la part des cas résidant dans le secteur Sud qui représentait 41% de l'ensemble des cas soit 29 cas (principalement au Tampon avec 9 cas, Saint-Joseph avec 6 cas et à Saint-Louis avec 4 cas) ;
- Légère augmentation de la part des cas résidant dans le secteur Ouest qui représentait 27% de l'ensemble des cas soit 15 cas (principalement à Saint-Paul 9 cas et 6 cas à Saint-Leu) ;
- La part des cas résidant dans les secteurs Est et Nord restait stable avec 18% soit 13 cas dans le secteur Est (dont 5 cas à Saint-Benoît) et 14% soit 9 cas dans le secteur Nord (avec 5 cas à Sainte-Marie) ;
- Les principales activités à risque de contamination rapportées par les cas étaient des activités : agricoles (jardinage, maraichage, élevage...) ; de nettoyage, déblaiement, entretien de cours/bâtiments ; de pêche, baignade ou marche en eau douce et d'utilisation d'eau non traitée.

La recrudescence saisonnière de la leptospirose sur l'île est toujours en cours à La Réunion avec un démarrage tardif par rapport à 2024.

A ce jour, 33 cas survenus au cours du mois de mars ont été déclaré à l'ARS La Réunion et 21 au cours du mois d'avril. Il existe un délai de consolidation entre l'apparition des symptômes, la confirmation biologique, la déclaration des cas à l'ARS et leur prise en compte sur la courbe épidémiologique ci-dessus. Ainsi à ce stade, il est trop tôt pour annoncer le passage du pic saisonnier.

L'incidence par secteur de résidence était la plus élevée dans l'Est (10 cas/100 000 hab) était la plus élevée suivi par l'Ouest et le Sud (respectivement 9/100 000 hab) puis le Nord (5/100 000 hab).

Il s'agissait principalement d'hommes, d'un âge médian de 57 ans qui déclaraient s'être contaminés lors d'activités agricoles (que ce soit des professionnels de l'agriculture ou des retraités).

Aucun cas groupé, ni décès, n'a été identifié à ce jour.

Préconisations :

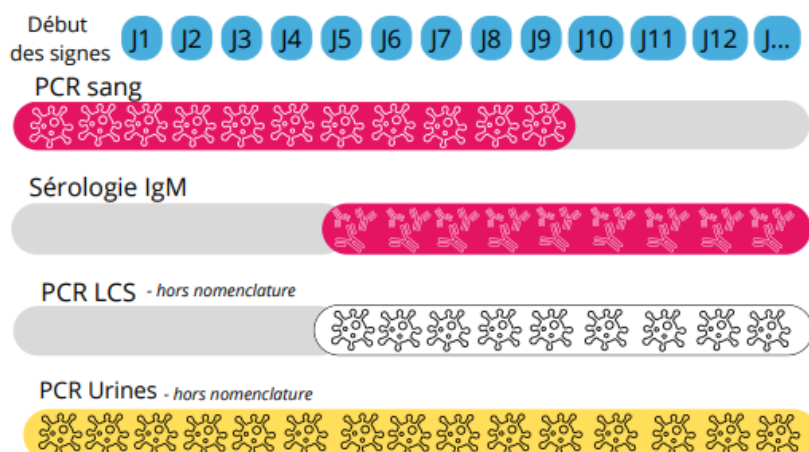
Il est important de rappeler que l'immunité contre la leptospirose reste partielle et temporaire en raison de la complexité antigénique des leptospires. Ainsi il est possible de faire plusieurs infections.

Dans un contexte d'épidémie de chikungunya toujours active sur l'île et à un haut niveau de transmission, il est important d'évoquer le diagnostic de leptospirose (diagnostic différentiel du chikungunya).

Ce diagnostic repose sur la conjonction d'arguments :

- **Épidémiologiques** : pratique d'activité de loisirs ou professionnelles à risque de contamination, c'est à dire en contact direct avec de l'urine d'animaux porteurs de l'infection ou dans la plus grande majorité des cas d'un environnement (eau douce, terre/sol/végétaux) humide contaminé par ces urines.
- **Cliniques** : après une incubation de 4 à 14 jours en moyenne (max 30 jours) apparition de fièvre, myalgies, asthénies, céphalées.... pouvant évoluer vers des complications systémiques (atteinte rénale, hémorragique, hépatique...)
- **Biologiques** : syndrome inflammatoire, thrombopénie, leucopénie, augmentation des transaminases, des CPK, insuffisance rénale, hématurie...) ...

La **stratégie de confirmation biologique** dépend du délai entre l'apparition des symptômes et la réalisation du test.



Le test MAT peut être réalisé en complément de la sérologie positive (permet la confirmation et le typage).
Ce test peut être réalisé au CNR des leptospires.

Documents utiles :

- [Maladie à déclaration obligatoire Leptospirose \(Formulaire 16292*01\) | Service-Public.fr](#)
- [Leptospirose à La Réunion | Agence Régionale de Santé La Réunion](#)
- [Leptospirose à La Réunion - Webinaire du 27 février 2024](#)
- [Outil orientation au diagnostic de leptospirose, dengue et chikungunya](#)
- [Supports et campagne de communication | Agence Régionale de Santé La Réunion](#)



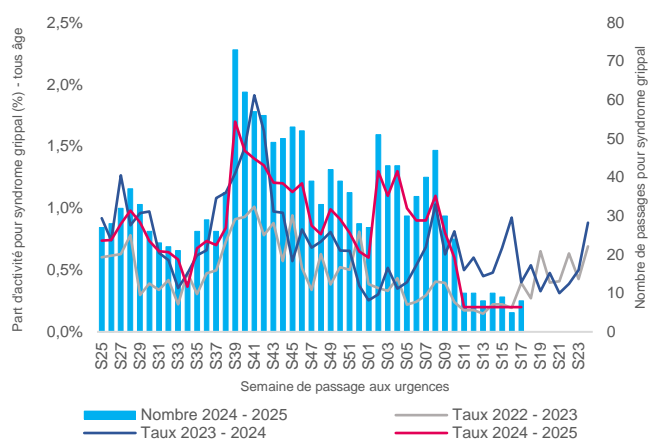
	S17	S16	S15	Evolution
Surveillance de la COVID-19 aux urgences				
Passages aux urgences	3	0	5	↔
Hospitalisations après passage aux urgences	2	0	3	↔
Surveillance de la grippe et des syndromes grippaux				
Passages aux urgences pour syndrome grippal (part d'activité)	8 (0,2%)	5 (0,1%)	9 (0,2%)	↔
Hospitalisations après passage aux urgences pour syndrome grippal	0	1	2	↔
Passages aux urgences IRA basse (part d'activité)	71 (1,7%)	48 (1,1%)	82 (1,8%)	↗
Hospitalisations après passage aux urgences IRA basse	29	20	36	↗
Part activité des médecins sentinelles IRA	1,6%	1,9%	1,1%	↔
Surveillance de la bronchiolite chez les enfants de moins de 2 ans				
Passages aux urgences (part d'activité)	23(5,6%)	18(4,3%)	18(4,4%)	↗
Hospitalisation après passage aux urgences	7	5	8	↔
Surveillance des gastro-entérites aiguës (GEA)				
Passages aux urgences (part d'activité)				
Tous âges	67 (1,6%)	52 (1,2%)	45 (1,0%)	↗
Moins de 5 ans	33 (5,5%)	28(4,4%)	27 (4,4%)	↗
Hospitalisation après passage aux urgences				
Tous âges	5	3	5	↔
Moins de 5 ans	1	0	3	↔
Part activité des médecins sentinelles	1,5%	1,3%	1,7%	↔
Mortalité toutes causes				
Nombre de décès tous âges	144	111	111	↗
Nombre de décès 65 ans et plus	116	88	92	↗

Infections respiratoires aiguës et virus grippaux

Les passages aux urgences pour un motif de syndrome grippal continuaient de rester à **un très faible niveau depuis plusieurs semaines** (Figure 1). **En S17, seulement 8 passages aux urgences tous âges pour ce motif ont été identifiés versus 5 la semaine précédente.** Aucune hospitalisation n'a été enregistrée. En S17, la part d'activité aux urgences pour un motif de syndrome grippal restait très limitée et inférieure à 1%.

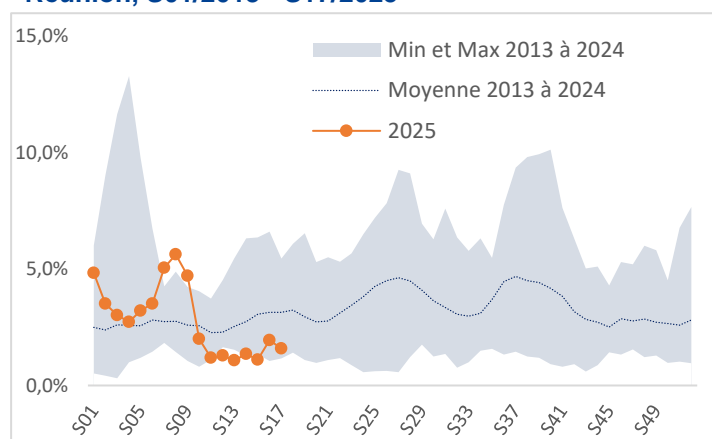
En **médecine de ville**, les infections respiratoires aiguës (IRA) diminuaient (Figure 2). **En S17, la part d'activité était à 1,6% versus 1,9% en S16.** La part d'activité pour IRA se situait en-dessous de la moyenne 2013-2024 (Figure 2).

Figure 3. Nombre hebdomadaire de passages aux urgences et part d'activité pour syndrome grippal, tous âges, La Réunion, S01/2022 - S17/2025



Source : réseau Oscour®, données mises à jour le 02/05/2025

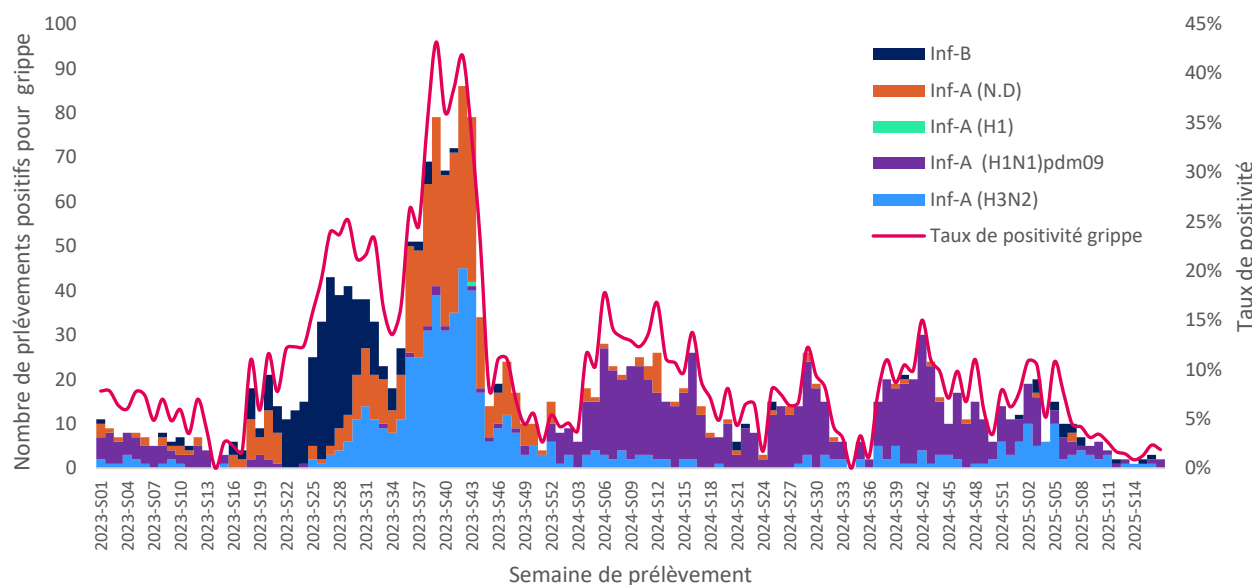
Figure 4. Part d'activité hebdomadaire pour infection respiratoire aiguë. Réseau de médecins sentinelles, La Réunion, S01/2013 - S17/2025



Source : réseau des médecins sentinelles, données mises à jour le 02/05/2025

La surveillance virologique à partir des données du laboratoire de microbiologie du CHU (CNR Virus respiratoires Associé, La Réunion) identifiait une **circulation négligeable de virus grippaux avec un taux de positivité faible estimé à 1,9% en 17(Figure 3).**

Figure 5. Evolution hebdomadaire du nombre de prélèvements positifs pour les virus grippaux et du taux de positivité pour grippe, tous âges, La Réunion, S01/2023 à S17/2025



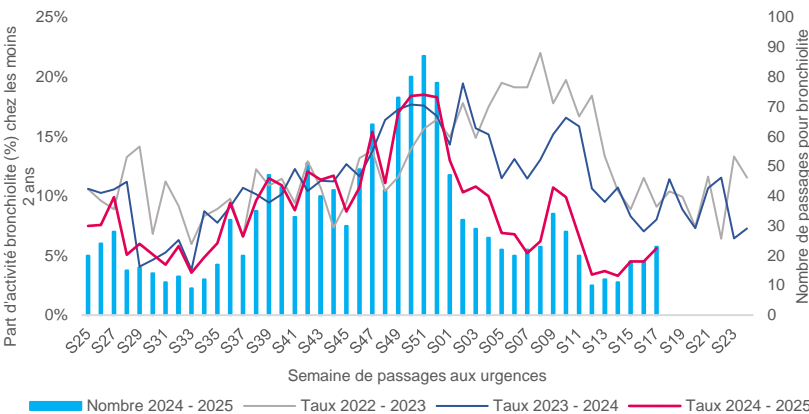
Source : Laboratoire de microbiologie du CHU, CNR Arbovirus Associé, CNR Virus respiratoires Associé, La Réunion. Données mises à jour au 02/05/2025.

Bronchiolite (chez les enfants de moins de 2 ans)

Les indicateurs sanitaires pour bronchiolite chez les moins de 2 ans dans les services d'urgences progressaient modérément (Figure 4). Les passages aux urgences pour ce motif en S17 étaient de 23 passages aux urgences versus 18 en S16 soit une progression de 28%. **Les hospitalisations restaient à un faible niveau** (9 en S17 versus 7 en S16).

La part d'activité pour motif de bronchiolite augmentait à 5,6% contre 4,2% la semaine précédente.

Figure 6. Nombre hebdomadaire de passages aux urgences et part d'activité pour bronchiolite, moins de 2 ans, La Réunion, 2022-S17/2025.



Source : réseau Oscour®, données mises à jour le 02/05/2025

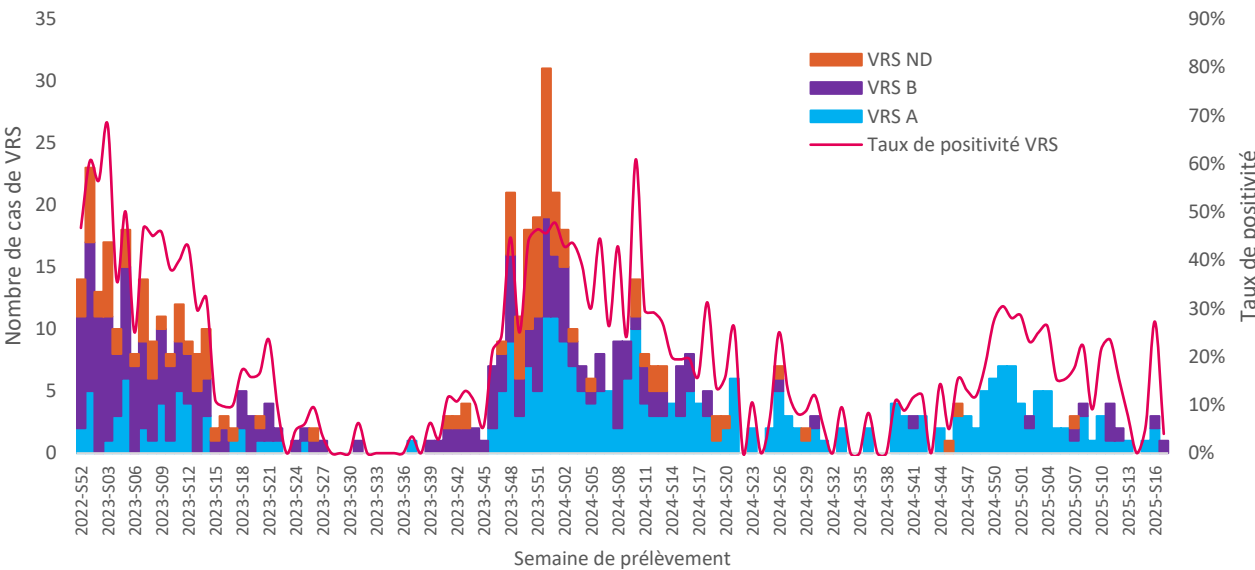
Tableau 1. Hospitalisations pour une bronchiolite chez les enfants de moins de 2 ans après passage aux urgences, La Réunion, S01 et S17/2025

Semaine	S17	S16
Nombre d'hospitalisations pour bronchiolite <2 ans	7	5
Variation des hospitalisations pour bronchiolite	+ 40 %	
Nombre total d'hospitalisations pour les <2 ans	78	81
Taux de bronchiolite parmi toutes les hospitalisations pour les <2 ans	9,0 %	6,2%

Source : réseau Oscour®, données mises à jour le 02/05/2025

La surveillance virologique à partir des données du laboratoire de microbiologie du CHU (CNR Virus respiratoires Associé, La Réunion) **a identifié un seul VRS en S17** sur 11 demandes (Figure 5).

Figure 7. Evolution hebdomadaire du nombre de prélèvements positifs aux VRS et du taux de positivité, moins de 2 ans, La Réunion, S52/2022 à S17/2025



Source : Laboratoire de microbiologie du CHU, CNR Arbovirus Associé, CNR Virus respiratoires Associé, La Réunion. Données mises à jour au 02/05/2025

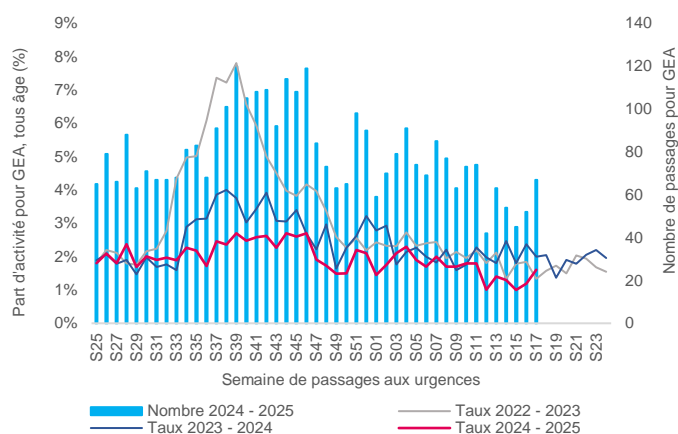
Gastro-entérites aiguës (GEA)

En S17, le nombre de **passages aux urgences tous âges pour un motif de gastro-entérite était en hausse pour la deuxième semaine consécutive** (Figure 6). Le nombre de passages en S17 était de 67 versus 52 en S16 soit une progression de +29%. **Le nombre d'hospitalisations restait stable avec 5 hospitalisations en S17 contre 3 en S16.**

Chez **les enfants de moins de 5 ans, le nombre de passages aux urgences** pour un motif de gastro-entérite progressait modérément avec 33 passages en S17 versus 28 passages en S16 (Figure 7). **Seulement une hospitalisation a été enregistrée en S17 pour les moins de 5 ans.**

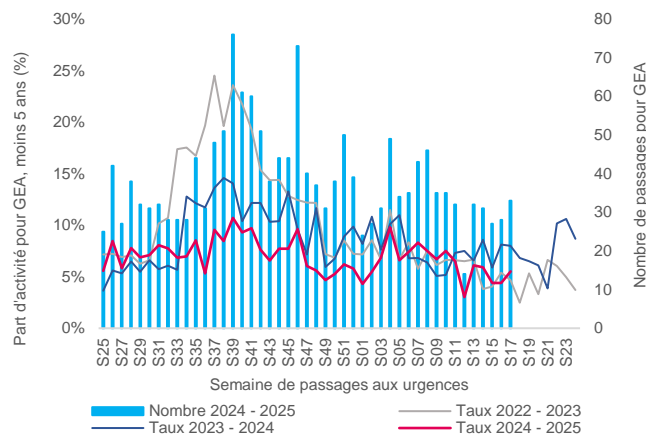
En S17, la **part d'activité** des urgences chez **les moins de 5 ans** pour la gastro-entérite augmentait par rapport à la semaine précédente (5,5% en S16 versus 4,4% en S16).

Figure 8. Nombre hebdomadaire de passages aux urgences et part d'activité pour GEA, tous âges, La Réunion, 2022-S17/2025.



Source : réseau Oscour®, données mises à jour le 02/05/2025

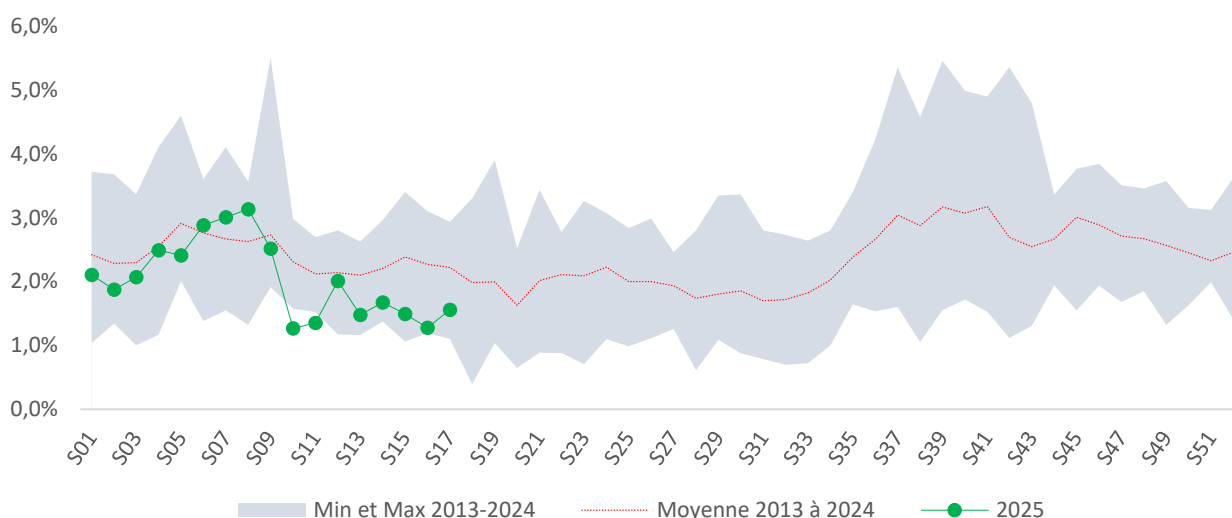
Figure 9. Nombre hebdomadaire de passages aux urgences et part d'activité pour GEA, moins de 5 ans, La Réunion, 2022-S17/2025.



Source : réseau Oscour®, données mises à jour le 02/05/2025

En médecine de ville, la part d'activité pour diarrhée aiguë progressait très modérément avec 1,6% de part d'activité en S17 versus 1,3% en S16 et restait, en dessous de la moyenne des années 2013-2024 (Figure 8).

Figure 10. Evolution hebdomadaire du taux de consultations pour gastro entérite aiguë et moyenne 2013-2025, La Réunion, S17/2025

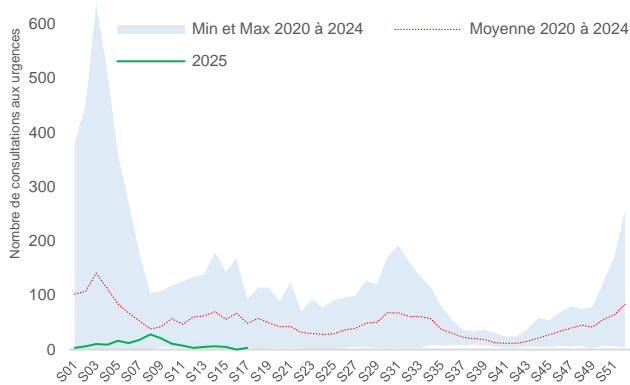


Source : Réseau de médecins sentinelles, données mises à jour le 02/05/2025

COVID-19

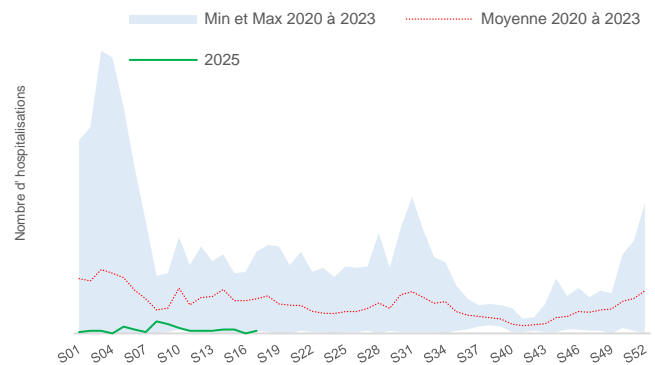
En S16, seulement 3 passages aux urgences et 2 hospitalisation ont été recensés.

Figure 11. Nombre de passages aux urgences pour COVID-19 tous âges, La Réunion S17/2025



Source : réseau Oscour®, données mises à jour le 02/05/2025

Figure 12. Nombre d'hospitalisations après consultation aux urgences pour COVID-19 tous âges, La Réunion S17/2025



Source : réseau Oscour®, données mises à jour le 02/05/2025

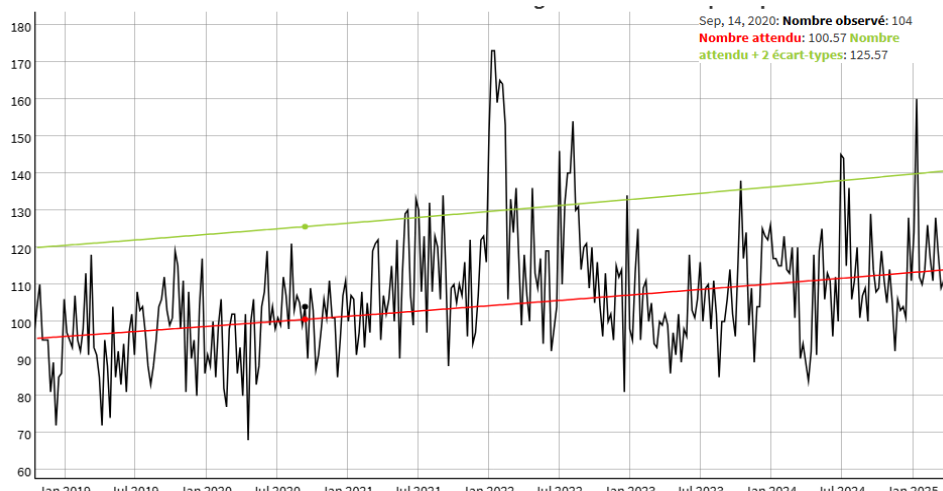
La **surveillance virologique** à partir des **données du laboratoire de microbiologie du CHU** (CNR Virus respiratoires Associé, La Réunion) montrait un **taux de positivité (TP) de la COVID-19 très faible**. En S17, un seul test était positif parmi 144 tests soit un **TP inférieur à 1%**.

Mortalité toutes causes

En S15, le **nombre de décès observé tous âges et toutes causes** s'élevait à 144 personnes, montrant une progression par rapport à la semaine précédente (111 cas en S14). Le nombre de décès observé en S15 était **supérieur** au nombre de décès attendu (n=114).

Chez **les plus de 65 ans**, le nombre de décès observé en S15 était de 116 personnes, soit en hausse par rapport aux 88 décès observés en S14.

Figure 13. Nombre hebdomadaire de décès toutes causes tous âges, La Réunion, 2018- S15/2025



Source : Insee, données mises à jour le 02/05/2025

Remerciements à nos partenaires

- Agence Régionale de Santé (ARS) La Réunion
- Le GCS TESIS
- Le Samu-Centre 15 de la Réunion
- Réseau des médecins sentinelles Réunion
- Les structures d'urgence du Centre hospitalier universitaire de la Réunion (Saint-Denis et Saint-Pierre), du Groupe hospitalier Est Réunion (Saint-Benoît), et du Centre hospitalier Ouest Réunion (Saint-Paul)
- Les services de réanimations
- Le laboratoire de microbiologie du CHU, CNR Arbovirus Associé, CNR Virus respiratoires Associé, La Réunion
- Les laboratoires de l'île participant au dispositif de surveillance, CHU, CHOR, Saint-Benoît, Cerballiance, Inovie, Bioaustral.
- L'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee)
- L'Assurance Maladie

Equipe de rédaction

Elsa Balleydier, Jamel Daoudi, Ali-Mohamed Nassur, Fabian Thouillot, Muriel Vincent

Pour nous citer : Surveillance sanitaire. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. Édition La Réunion. 02/05/2025. Saint-Maurice : Santé publique France, 10 p, 2025.

Directrice de publication : Caroline Semaille

Dépôt légal : 02/05/2025

Contact : oceanindien@santepubliquefrance.fr