

La Réunion

Publication : 10 décembre 2025

Focus sur les cas hospitalisés et les décès liés au chikungunya

Après une première épidémie majeure en 2005-2006, La Réunion a été touchée par une nouvelle vague épidémique de chikungunya au cours de l'été 2024-2025. Plus de 54 500 cas ont été confirmés biologiquement et près de 200 000 personnes ont consulté en médecine de ville pour des symptômes cliniquement évocateurs ([Bulletin juin 2025](#)).

Ce bilan a pour objectif de décrire les principales caractéristiques des cas hospitalisés plus de 24h et des décès imputables au chikungunya. Le bilan des décès est complet. Celui des hospitalisations n'est pas un bilan exhaustif : il porte sur les cas signalés volontairement par les praticiens hospitaliers.

Points clés

Cas hospitalisés

- **554 cas hospitalisés pendant plus de 24h** notifiés à la cellule régionale de Santé publique France à la Réunion **dont 138 cas sévères** ;
- **4 groupes distincts** parmi la population des cas hospitalisés : les moins de 6 mois, les femmes enceintes, les plus de 65 ans et les « autres » (voir définition plus loin) ;
- **Les moins de 6 mois** hospitalisés souvent pour **prise en charge des douleurs** ;
- **Les patients de plus 65 ans** hospitalisés étaient pour la plupart porteurs de **nombreuses comorbidités**

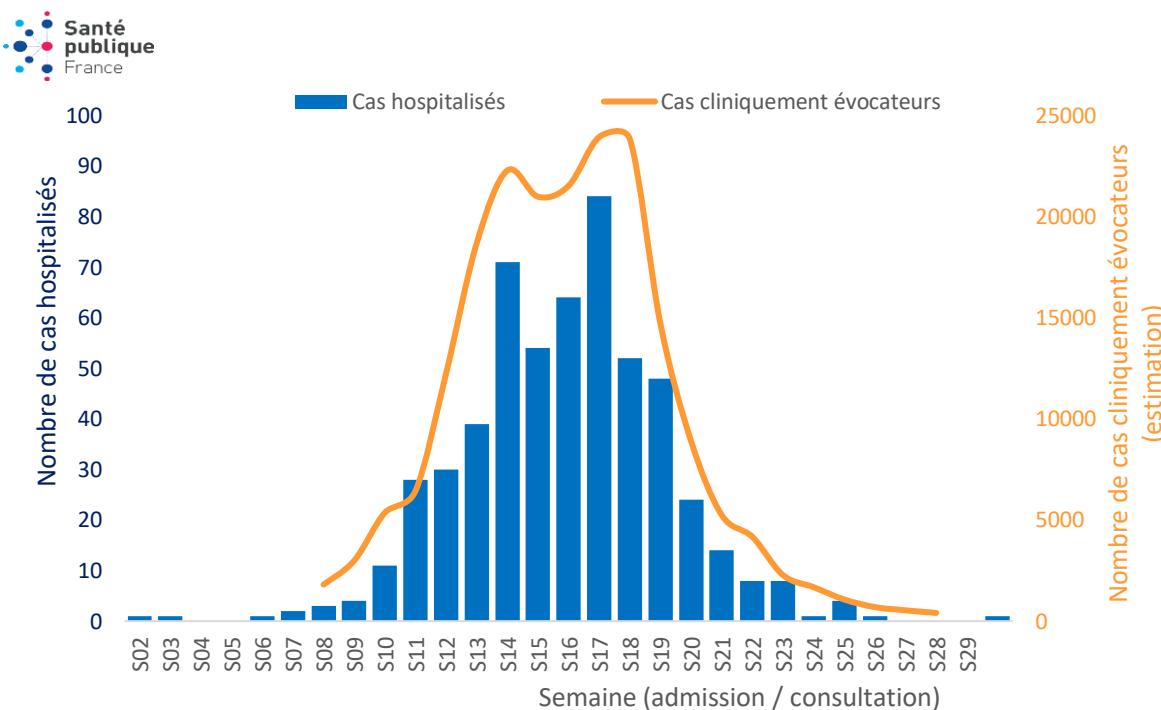
Décès

- **45 décès** liés au chikungunya **dont 22 directement liés** ;
- Parmi ces décès, **2 décès néonataux** ;
- Chez les plus âgés, **une majorité de décès pour cause cardio-vasculaire ou respiratoire** dans un contexte de poly pathologies décompensées ;
- **Chikungunya** comme élément **déclencheur de vulnérabilités**.

Cas hospitalisés

Depuis le début de l'année, 640 signalements d'hospitalisations de patients positifs pour le chikungunya ont été transmis à la cellule de Santé publique France Réunion. Parmi ces signalements, 84 concernaient des patients pour lesquels le diagnostic de chikungunya était fortuit et sans lien avec l'hospitalisation. **Les données présentées dans ce bulletin concernent les 554 hospitalisations de plus de 24h en lien avec le chikungunya.**

Figure 1. Courbe épidémique des cas cliniquement évocateurs de chikungunya (estimation, par semaine de consultations) et des cas hospitalisés (par semaine d'admission), S01/2025 à S29/2025, La Réunion



Source : Réseau de Médecins Sentinelles Réunion-CGSS-SpF et surveillance hospitalière-SpF. Données mises à jour le 01/12/2025
Exploitation : SpF Réunion

Les données issues de la surveillance de cas hospitalisés sont non-exhaustives (voir « Méthodologie » p. 12). On observe cependant que la **courbe épidémique des cas hospitalisés est similaire en ampleur et en temporalité à celle des cas cliniquement évocateurs.**

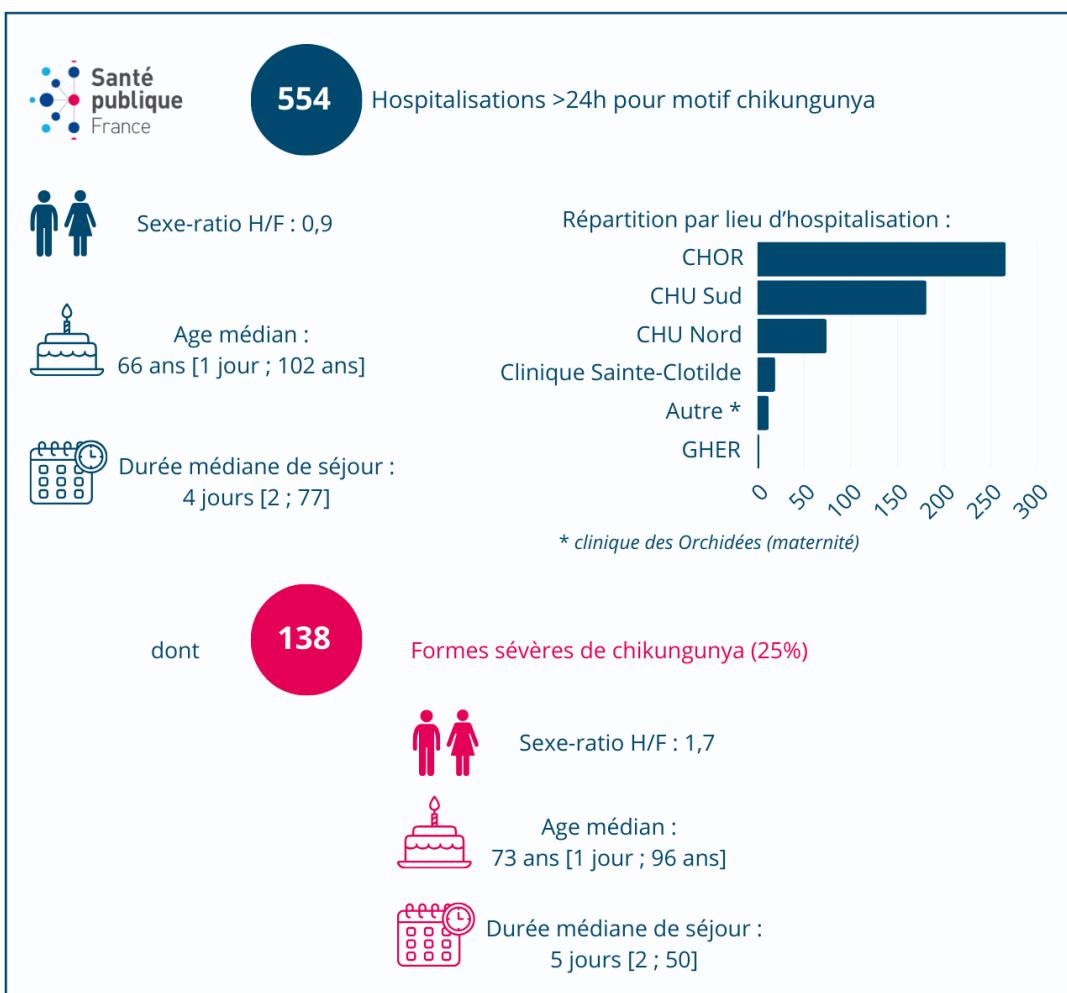
Synthèse descriptive des cas hospitalisés pour chikungunya

La figure 2 illustre les principales caractéristiques de la population des cas hospitalisés (n=544) dont **138 cas sévères** (définition de cas voir « Méthodologie », p.12).

Parmi ces **cas sévères** et comorbes, on observe significativement **beaucoup plus d'hommes que de femmes**, contrairement à la population générale de cas hospitalisés pour chikungunya ($p=0,0004$). **L'âge médian des cas sévères** est significativement **plus élevé** que celui des autres cas ($p=0,004$).

La plupart des signalements de cas hospitalisés provenait du CHOR (48% des signalements) loin devant le CHU Sud (33%) et les autres hôpitaux. Ceci constitue selon toute vraisemblance un biais de surveillance – la participation à la surveillance hospitalière est volontaire – la plupart des cas hospitalisés ayant été pris en charge au niveau du CHU Sud (voir « Méthodologie », p.12). Pour le CHOR, un travail rapproché avec les cliniciens et les secrétariats des différents services a permis d'atteindre plus de 80% d'exhaustivité. Ce travail va débuter avec le CHU Sud.

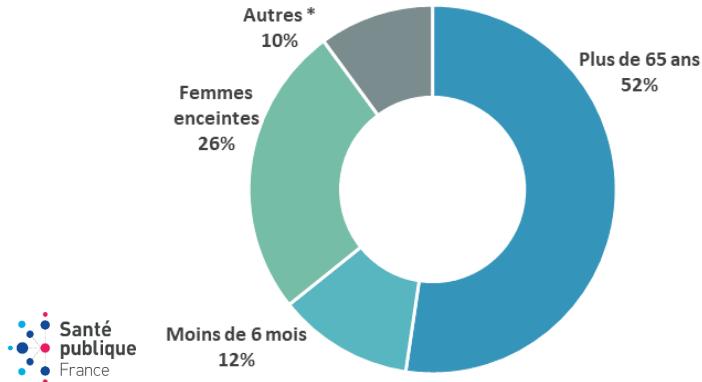
Figure 2. Descriptif des cas de chikungunya hospitalisés, S01/2025 à S29/2025, La Réunion



Source : Surveillance hospitalière-SpF ; données mises à jour le 01/12/2025
Exploitation : SpF Réunion

Dans la population des cas hospitalisés pour chikungunya, 4 sous-groupes pouvaient être identifiés. Il s'agit des bébés de moins de 6 mois, des femmes enceintes, des plus de 65 ans et des « autres » regroupant les cas qui n'appartenaient à aucun de ces 3 groupes (Figure 3). Etant donné l'hétérogénéité de ces groupes, les données de surveillance sont présentées de façon séparée.

Figure 3 : Répartition des cas hospitalisés par groupe, S01/2025 à S29/2025, La Réunion



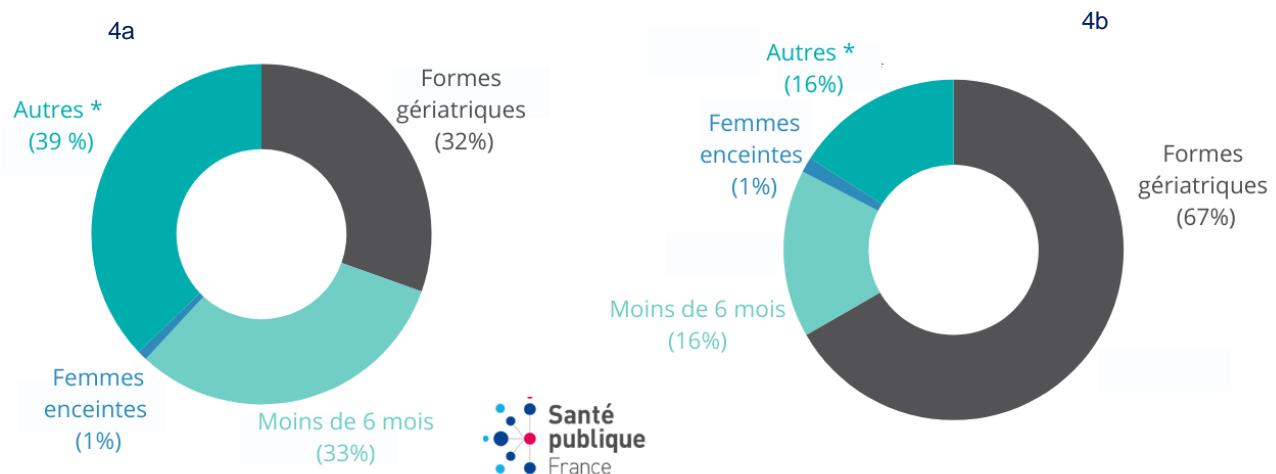
* Autres = cas hospitalisés entre 6 mois et 17 ans et 18-64 ans pas enceintes

Source : Surveillance hospitalière-SpF ; données mises à jour le 01/12/2025

Exploitation : SpF Réunion

Les figures 4a et 4b illustrent les répartitions de cas sévères. Au sein d'un groupe, la proportion de formes sévères est assez stable (entre 32% et 39%) hormis chez les femmes enceintes. Par rapport à l'ensemble des cas sévères, la majorité (67%) est retrouvée chez les plus de 65 ans.

Figure 4 : Répartition des cas sévères au sein de chaque groupe (4a : à gauche) et répartition des cas sévères au sein de l'ensemble (4b : à droite, S01/2025 à S29/2025, La Réunion



*entre 6 mois et 17 ans et 18 et 64 ans, sans femmes enceintes

Source : Surveillance hospitalière-SpF ; données mises à jour le 01/12/2025

Exploitation : SpF Réunion

1. Les moins de 6 mois

0 à 6 mois



66 cas

- Sexe ratio H/F : 2,0
- Age médian : 48 jours (min=1 ; max=159)
- Durée médiane de séjour : 4 jours (min=2 ; max=16)
- Motifs d'admission principaux : altération état général (52%) et prise en charge de la douleur (23%)

Pas de facteur de risque de sévérité (sauf 1, pathologie auto-immunitaire)



Cas sévères (n=22)

- Motif d'admission principal : douleurs (36%)
- Plus jeunes que les cas non sévères : 37 jours versus 48 jours de vie ($p=0,04$)

Soixante-six hospitalisations de plus de 24h ont été signalées chez des nourrissons de moins de 6 mois. Parmi eux, **22** ont présenté une **forme sévère de la maladie**, soit **33%**. Hormis leur âge, aucun de ces bébés (à l'exception d'un seul) ne présentait de facteur de risque de sévérité.

A l'**admission**, le motif le plus fréquemment rapporté (52% des cas ; n=34) était l'**altération de l'état général** (fièvre, perte d'appétit, etc...) suivi de la **prise en charge des douleurs** (23% des cas ; n=15) nécessitant parfois des antalgiques de palier 3. Au moment de leur admission à l'hôpital, **95% des bébés** présentaient une **éruption cutanée** (maculeuse ou maculo-papuleuse pour la plupart).

Parmi les **cas sévères**, les atteintes les plus fréquemment décrites étaient **neurologiques** (91% des cas ; n=20). Dans ce groupe également, les **admissions pour prise en charge de la douleur** étaient **plus fréquentes** (36% versus 23%) et l'**âge médian des cas plus bas** (37 jours de vie versus 48 jours ; $p=0,04$) que pour l'ensemble des cas.

On note que **2 cas de transmissions materno-fœtales** ont été décrits.

2. Les femmes enceintes

Femmes enceintes



142 cas

- Age médian : 29 ans (min=16 ; max=44)
- Durée médiane de séjour : 3 jours (min=2 ; max=14)
- Motif d'admission principal : chikungunya (71%)

Hormis la grossesse, peu de facteurs de risque de sévérité sauf obésité (6%)



Cas sévères (n=2)

Dans ce groupe, **142 hospitalisations** ont été signalées. Le **1^{er} motif d'admission** était le **chikungunya en contexte de grossesse** (71% de cas ; n=100). La prise en charge s'orientait autour du suivi de la fièvre au cours de la grossesse, de la prévention de la transmission mère-enfant au moment de la naissance, du suivi d'anomalies du rythme cardiaque fœtal et/ou des contractions utérines.

Hormis la grossesse en elle-même, **seules 14 femmes enceintes** présentaient **d'autres comorbidités** (9,9%). L'**obésité** était la comorbidité **la plus fréquemment rapportée** (6% des femmes enceintes ; n=8).

Seules **2 cas sévères** ont été rapportées (une décompensation hépatique et un HELLP syndrome atypique grave).

3. Les plus de 65 ans

65 ans et +



290 cas

- Sexe ratio H/F : 1,6
- Age médian : 78 ans (min=65 ; max=101)
- Durée médiane de séjour : 5 jours (min=2 ; max=77)
- Motifs d'admission principaux : altération état général (44%), décompensation de pathologies préexistantes (15%) et chute (15%)

Comorbidités +++ : HTA (67%), diabète de type 2 (42%), insuffisance rénale aigue (27%)



Cas sévères (n=92)

- Motif d'admission décompensation d'organes (38%)

Comorbidités plus nombreuses : 50% avec plus de 4 comorbidités

A ce jour, **290 hospitalisations de personnes de plus de 65 ans** ont été signalées dont 92 pour une forme sévère.

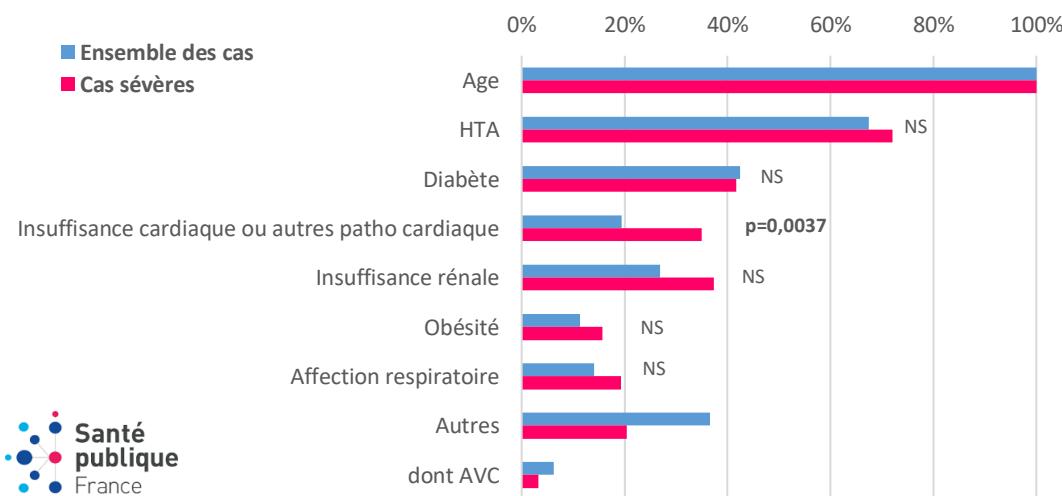
Les motifs d'admission les plus fréquemment cités étaient **l'altération de l'état général** (avec ou sans fièvre, asthénie, perte d'appétit, perte de mobilité...) (44% des cas ; n=125), les **chutes** (15% des cas ; n=42) ou une **décompensation de pathologie existante** (15% des cas ; n=41).

Dans ce groupe, à l'admission, on rapportait moins fréquemment la présence d'une éruption cutanée que dans les autres groupes (présente dans seulement 21% des cas pour plus de 80% chez les femmes enceintes et les moins de 6 mois).

Hormis leur âge, les cas étaient pour la plupart porteurs de nombreuses comorbidités : **86% de l'ensemble des cas**, soit 249 sujets avaient **plus de 2 comorbidités**. L'**hypertension artérielle** (67% des cas ; n=178), le **diabète de type 2** (42% des cas ; n=110) ou encore l'**insuffisance rénale** étant les plus fréquentes (27% des cas ; n=69).

Dans le groupe des cas présentant une **forme sévère** (92 sujets soit 32% des plus de 65 ans), les **comorbidités** étaient **plus nombreuses** (50% des cas avec plus de 4 comorbidités pour 36% pour l'ensemble des plus de 65 ans ; p=0,018) et globalement plus fréquentes **mais leur distribution restait similaire** à celle de l'ensemble des plus de 65 ans (voir Figure 5).

Figure 5 : Distribution des facteurs de risques chez les plus de 65 ans (formes sévères et ensemble de cas)
S01/2025 à S29/2025, La Réunion



Source : Surveillance hospitalière-SpF ; données mises à jour le 01/12/2025

Exploitation : SpF Réunion



Les **décompensations** d'organes les plus fréquemment retrouvées étaient **cardiaques** (46% ; n=41) et **rénales** (27% ; n=24) devant les décompensations respiratoires (12% ; n=11) et neurologiques (11% ; n=10). On note également que parmi les formes sévères, une **décompensation de pathologie préexistante** était rapportée dès l'**admission dans 38% des cas**.

4. Les « autres »

Les autres



- Sexe ratio H/F : 1,5
- Age médian : 54 ans (min=7 mois ; max=64 ans)
- Durée médiane de séjour : 5 jours (min=2 ; max=50)
- Motifs d'admission principaux : hétérogènes, altération état général (25%), décompensation d'organes (23%), causes diverses (20%) et chikungunya (7%)

56 cas

En majorité comorbides (84%), dont 47% avec une seule comorbidité. HTA (50%), diabète de type 2 (27%), obésité (23%)



Cas sévères (n=22)

Des comorbidités plus fréquentes et différentes par rapport aux cas non sévères : obésité (32%), insuffisance rénale aigue (24%), insuffisance ou pathologie cardiaques (14%)

Ce groupe, hétérogène, est constitué des **cas pédiatriques de plus 6 mois** (n=10) et **d'adultes de moins de 65 ans à l'exception des femmes enceintes** (n=46).

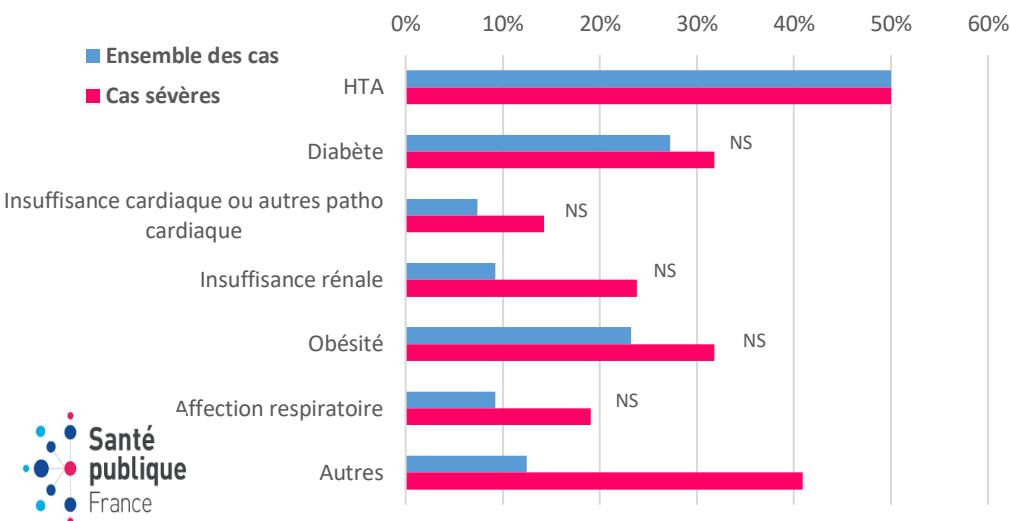
Les **motifs d'admission** étaient également plutôt **variables** : altération de l'état général (25% des cas ; n=14), décompensation de pathologie préexistante (23% des cas ; n=13), chikungunya (7% des cas ; n=4) ou encore motifs divers (20% des cas ; n=11).

La **plupart des patients** de ce groupe était porteuse de **comorbidité** facteur de risque de forme sévère du chikungunya (84% d'entre eux ; n=47) mais **près de la moitié** (47% d'entre ; n=22) n'était porteur que **d'une seule comorbidité**.

Dans ce groupe, **22 cas sévères** ont été rapportés (soit 39% des cas). Les décompensations les plus fréquemment rapportées étaient les **décompensations hépatiques** (en contexte de cirrhose alcoolique le plus souvent) (36% des cas ; n=8) suivie des **décompensations rénales** (27% des cas ; n=6).

Parmi ces **formes sévères**, les **comorbidités préexistantes différaient** (mais non significativement) des comorbidités rapportées dans l'ensemble du groupe. Elles étaient non seulement **plus fréquentes** (95% de cas avec facteur de risque de sévérité pour 84% chez les autres) et **plus nombreuses** (64% des cas sévères présentaient au moins 2 facteurs de risque de sévérité contre 44% chez les autres) mais les **comorbidités** les plus fréquemment retrouvées **différaient** également (non significatif). Les personnes ayant souffert d'une forme grave du chikungunya présentaient **plus fréquemment une obésité** (32% ; n=7), **une insuffisance rénale** (24% ; n=5), **une pathologie respiratoire préexistantes** (19% ; n=4), **ou une pathologie cardiaque** (14% ; n=3), que l'ensemble des personnes hospitalisées de ce groupe (voir Figure 6).

Figure 6 : Distribution des facteurs de risques dans le groupe « autres » (formes sévères et ensemble de cas) S01/2025 à S29/2025, La Réunion



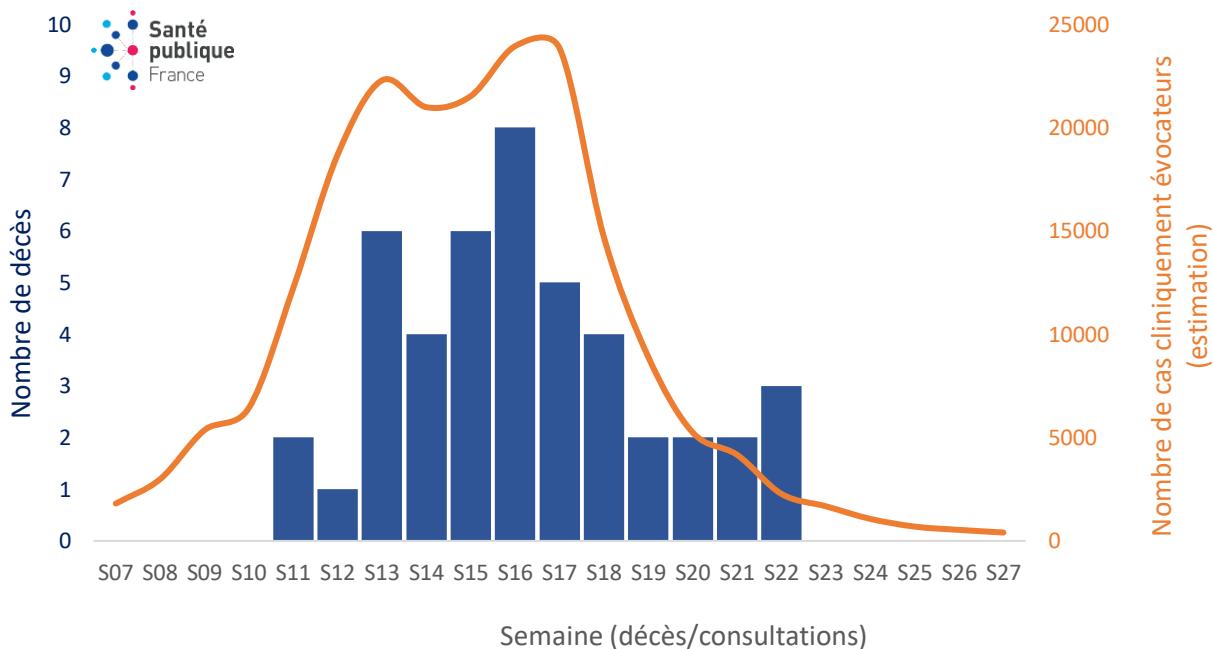
Source : Surveillance hospitalière-SpF ; données mises à jour le 01/12/2025

Exploitation : SpF Réunion

Décès

En 2025, 65 décès (pour lesquels une mention « chikungunya » apparaissait sur le certificat) ont été signalés à la cellule régionale de SpF. Ils sont survenus entre la mi-mars (S11/2025) et la fin mai (S22/2025) et suivent la même tendance que l'estimation du nombre de cas cliniquement évocateurs.

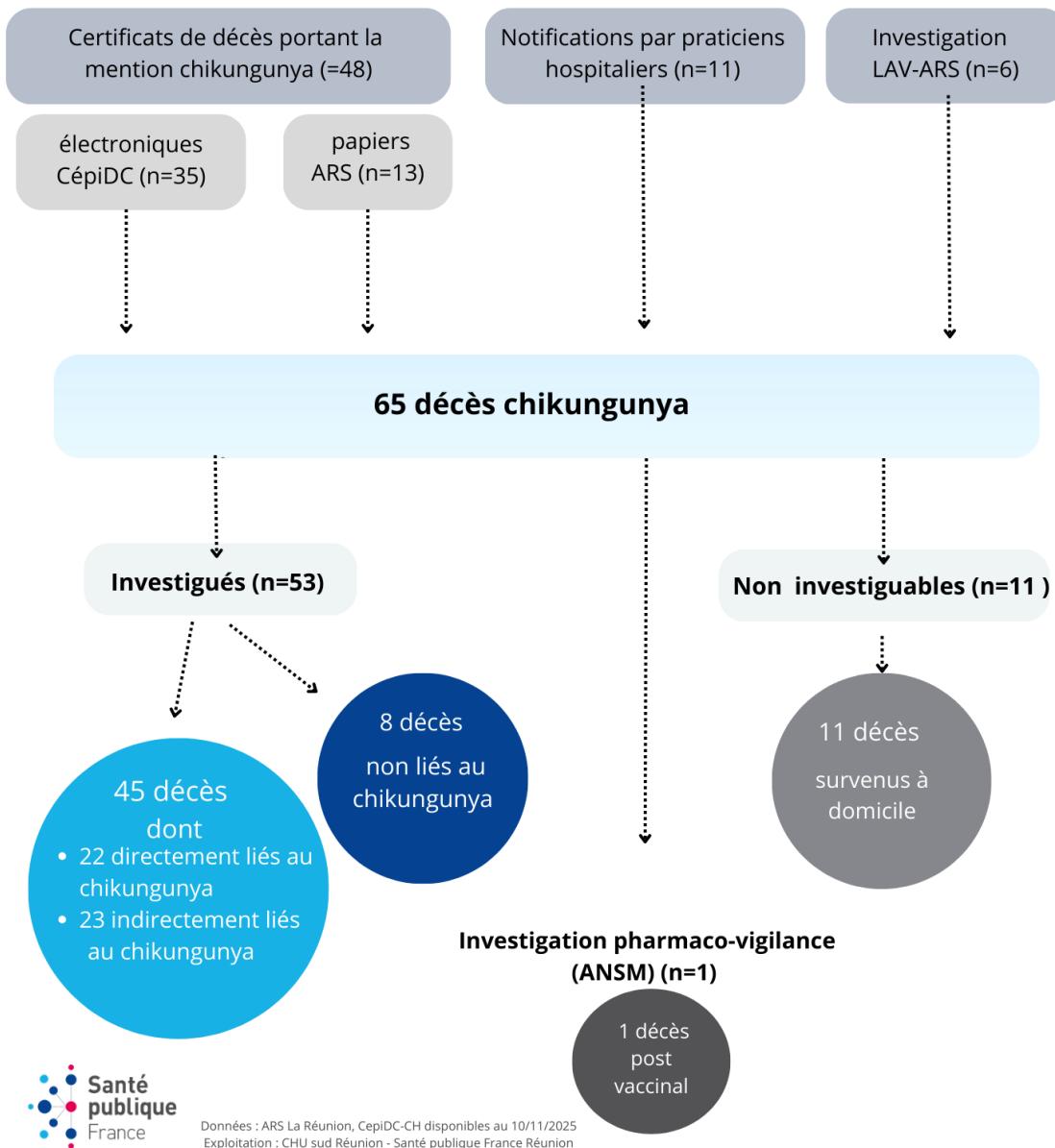
Figure 7. Courbe épidémique des décès de cas de chikungunya et des cas cliniquement évocateurs (estimation), La Réunion, 2025



Source : Surveillance hospitalière-SpF ; données mises à jour le 01/12/2025
Exploitation : SpF Réunion

Le figure 8 ci-dessous illustre les sources d'identification des décès auprès de la cellule régionale de Santé publique France et le processus d'investigation et de classement des dossiers en fonction de l'imputabilité ou non du chikungunya.

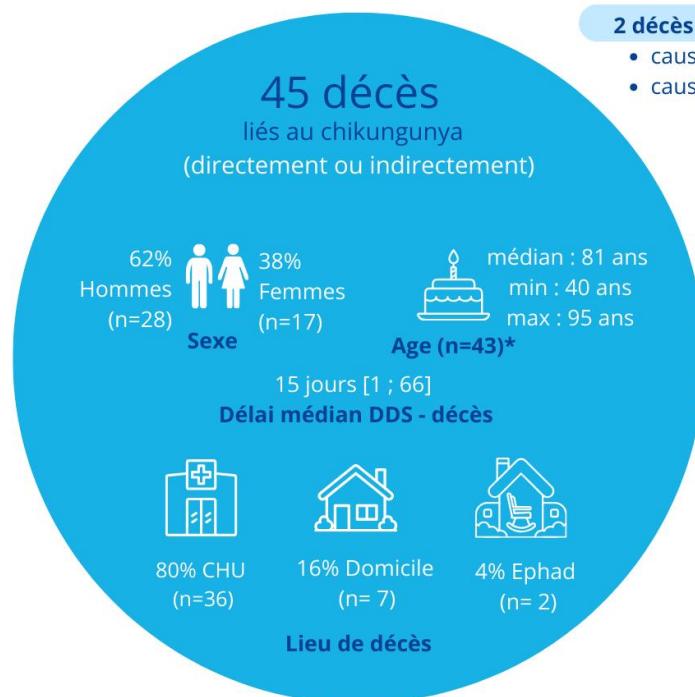
Figure 8. Source d'identification des décès et classement en fonction de l'imputabilité du chikungunya , La Réunion, 2025



En ce qui concerne les **décès survenus chez des adultes (n=43)**, ils sont tous survenus chez des personnes porteuses de **nombreuses comorbidités**. En effet, dans **70% des dossiers**, les patients **présentaient plus de 4 comorbidités** facteurs de risque de sévérité. Les comorbidités les plus fréquentes étaient celles habituellement présentes dans la population réunionnaise (hypertension artérielle, diabète de type 2, pathologie cardiaque préexistante...). Les causes ayant mené au décès étaient variables mais les **causes cardiovasculaire et respiratoire étaient les plus fréquentes**. Les investigations ont conclu au **lien direct** du chikungunya dans **21 des décès**.

Un décès survenu chez un nouveau-né a été classé comme directement lié au chikungunya et l'autre comme indirectement lié. Ils sont survenus chez des nouveau-nés sains.

Figure 9. Principales caractéristiques des décès investigués et classés comme liés au chikungunya, La Réunion, 2025 (n=45)



2 décès néonataux :

- cause hémorragique (lien direct)
- cause neurologique (lien indirect)

43 décès adultes :

Age médian 81 (ans) [72-86] ; 60% hommes, 40% femmes

Nombre de comorbidités associées (n=43)

- 0-1 -----> 0 (0%)
- 2-3 -----> 13 (30%)
- 4-5 -----> 16 (36%)
- > ou = à 6 ----->15 (34%)

Principales causes de décès par ordre de fréquence (n=43)



Cardiovasculaire (23%)



Respiratoire (21%)



Neurologique (12%)



Hémorragique (9%)



Autre infection secondaire (7%)

Hépatique (5%) Rénale/métabolique (5%)

Autre ou indéterminée (18%)

Données : ARS La Réunion, CepiDC- CH - disponibles au 10/11/2025
Exploitation : CHU sud Réunion - Santé publique France Réunion

Source : ARS La Réunion (certificat en format papier), ARS-LAV La Réunion, CepiDC (Inserm) et services hospitaliers de l'île, mise à jour le 01/12/2025. Exploitation : SpF Réunion, CHU de la Réunion – site sud

Synthèse

Ce bilan relatif à la surveillance des cas de chikungunya hospitalisés plus de 24h présente l'ensemble des données relatives disponibles au 1^{er} décembre 2025. Etant donné la participation volontaire des cliniciens à cette surveillance, les données présentées sont non exhaustives. D'autres travaux sont en cours actuellement pour compléter ces informations.

Néanmoins, de grandes tendances s'observent et n'évoluent pas depuis une première analyse antérieure effectuée sur un plus petit nombre de cas.

La population des cas hospitalisés peut être divisée en 4 sous-populations avec des caractéristiques qui leur sont propres :

- Les enfants de moins de 6 mois souvent hospitalisés pour une prise en charge de douleurs nécessitant des antalgiques de palier 2 ou 3 sans forcément de sévérité associée. Un tiers environ de ces enfants présentait une atteinte neurologique. Ces enfants ne présentaient pas de facteur de risque associé.
- Les femmes enceintes constituaient un autre groupe important. Leur hospitalisation s'inscrivait pour la plupart dans un but d'observation dans le contexte d'une infection par une arbovirose (prévention du risque de transmission materno-fœtale, monitoring de la fièvre en cours de grossesse, suivi des menaces d'accouchement prématué, etc...) sans sévérité associée.
- Les 65 ans et plus étaient majoritairement porteurs de comorbidités constituant des facteurs de risque de sévérité. Parmi les cas sévères, les décompensations d'organes les plus souvent rapportées étaient les décompensations cardiaques ou rénales – pour la plupart chez des personnes présentant des pathologies cardiaques et/ou rénales préexistantes.
- Un « autre » groupe comprenant les personnes qui n'entrent dans aucune des catégories précédentes. Dans ce groupe, les personnes sont aussi souvent porteuses de comorbidités mais en moins grand nombre que chez les plus de 65 ans. Dans ce groupe, on observe que la sévérité est souvent caractérisée par une décompensation hépatique sur cirrhose préexistante.

Parmi les décès de personnes souffrant du chikungunya le décès est le plus souvent survenu chez des personnes âgées de plus 65 ans, poly-pathologiques et dans un tableau de décompensation de pathologies préexistantes induite par le virus. La létalité indirecte apparaît chez des patients fragiles, hospitalisés plusieurs semaines après un épisode aigu.

En conclusion, aussi bien pour les personnes décédées que pour celles ayant présenté une forme sévère sans décès consécutif, le chikungunya apparaît comme déclencheur des fragilités préexistantes.

Méthodologie

Santé publique France Réunion anime des réseaux de partenaires et recueille des données relatives au chikungunya. Leur analyse permet de disposer d'un faisceau d'indicateurs permettant le suivi de l'épidémie, son impact sur le système de santé et la caractérisation des cas.

Surveillance des cas hospitalisés

Cette surveillance concerne les personnes hospitalisées > 24h avec un diagnostic de chikungunya biologiquement renseigné. Elle repose sur une **participation volontaire** des cliniciens hospitaliers qui signalent leur cas à SpF Réunion. Elle permet de décrire les cas hospitalisés, leur présentation clinique – dont les formes sévères mais également de repérer l'émergence éventuelle de formes cliniques inhabituelles. Elle n'est pas exhaustive.

Un cas de chikungunya a été considéré comme « forme sévère » lorsque le patient présentait une décompensation d'organe.

Les calculs de proportions de motifs d'admission, de facteurs de risque ou de décompensation d'organes ont été calculés sur base des données disponibles. Pour certains patients, des données étaient manquantes, les effectifs peuvent donc varier. Des tests statistiques ont été effectués pour comparer les effectifs et les proportions entre les groupes).

Pour participer à la surveillance des cas hospitalisés, un outil de déclaration en ligne a été développé permettant une saisie facilitée. Une déclaration par papier et envoi via Bluefiles est toujours possible. Nous sommes disponibles pour répondre aux questions des praticiens concernant la déclaration (coordonnées en dernière page).

Surveillance de décès

La surveillance des décès est multi-sources et prend en compte des décès signalés par les services hospitaliers, l'ARS et le CepiDC (Inserm) (voir Figure 8). Les décès identifiés par l'une de ces sources sont soumis à un comité de cliniciens réunionnais qui, après révision du dossier, statue sur l'imputabilité du chikungunya selon les définitions de cas ci-dessous.

- Décès directement lié : décès dont la cause initiale est le chikungunya. Plus précisément, la cause immédiate de ce décès est soit une complication d'une forme symptomatique du chikungunya (choc, hémorragie interne, défaillance d'organe), soit une mort inexplicable avant le 21^e jour suivant le début des symptômes.
- Décès indirectement lié : décès dont la cause initiale est une pathologie ou un traumatisme préexistant, et dont la cause immédiate est une complication de cette pathologie ou ce traumatisme préexistant. Le chikungunya a simplement contribué au décès.
- Décès sans rapport : décès sans lien direct ou indirect avec chikungunya.

Remerciements

Santé publique France remercie le réseau d'acteurs sur lequel il s'appuie pour assurer la surveillance de du chikungunya : médecine libérale et le réseau de médecins sentinelles de La Réunion ; services d'urgences et l'ensemble des praticiens hospitaliers, la clinique Sainte-Clotilde, les laboratoires de biologie médicale hospitaliers et de ville, la caisse générale de sécurité sociale de la Réunion et le service de Lutte anti-vectorielle de l'ARS.

Partenaires



Réseau des médecins sentinelles de La Réunion



CENTRE HOSPITALIER OUEST REUNION



G R O U P
E · D E ·
S A N T E
C L I N I
F U T U R
■ ■ ■ ■ ■



Clinique Sainte-Clotilde

Rédaction : Elsa Balleydier, Fabian Thouillot, Muriel Vincent

Infographie : Elsa Balleydier

Pour nous citer : Surveillance sanitaire. Bulletin épidémiologique Cas hospitalisés et décès liés au chikungunya. Édition La Réunion. 12 décembre 2025. Saint-Maurice : Santé publique France, 14 p, 2025.

Directrice de publication : Caroline Semaille

Dépôt légal : 12 décembre 2025

Contact : oceanindien@santepubliquefrance.fr