



Date de publication : 18 mai 2026

ÉDITION NATIONALE

Bilan annuel de la surveillance de la rougeole

Année 2025

Santé publique France, dans le cadre de ses missions de surveillance et d'alerte, présente ici l'ensemble des indicateurs de surveillance de la rougeole de l'année 2025.

Points clés

En synthèse

- 1 176 cas suspects de rougeole survenus entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2025 en France ;
- **873 cas**, dont **128 importés**, déclarés, en augmentation de 80 % par rapport à 2024 (483 cas).

Répartition géographique et démographique

- 71 départements avec au moins un cas ; 4 cas déclarés en Outre-mer ;
- Age médian de **16 ans**, supérieur aux années antérieures ;
- Taux d'incidence des cas déclarés de **1,1 cas** pour 100 000 habitants (cas importés exclus) avec un pic chez les nourrissons de moins d'un an (10,9 pour 100 000 habitants avec 62 cas).

Hospitalisations et complications

- 319 (37 %) cas hospitalisés, dont 15 en service de réanimation, essentiellement chez des enfants de moins de 5 ans et des adultes de plus de 30 ans ;
- 121 cas (14 %) avec complication (73 pneumopathies), majoritairement chez des adultes de plus de 30 ans ;
- **7 décès** recensés : 4 adultes immunodéprimés dans les suites d'une rougeole contractée en 2025, et 3 décès de complications tardives de la rougeole chez des enfants l'ayant contracté avant 2025.

Statut vaccinal

- **60,3 % des cas déclarés en 2025 non ou incomplètement vaccinés.**
- Parmi 619 cas éligibles à la vaccination avec un statut vaccinal renseigné lors du signalement : 51 % non vaccinés, 16 % vaccinés 1 dose, 31 % deux doses et 1 % vaccinés avec nombre de doses inconnu.
- 21 hospitalisations et 9 complications rapportées parmi les cas vaccinés par deux doses.

Cas importés et foyers épidémiologiquement liés

- 128 cas importés, en majorité du Maroc, en augmentation de 65 % par rapport à 2024 ; plus de la moitié non vaccinés ;
- 24 foyers liés à ces importations, de taille variable (1 à 6 cas associés) ; près de 20 % des cas d'origine importée ou liée à une importation, confirmant l'impact en France de la reprise de la circulation de la rougeole dans le monde ;
- 116 foyers de cas épidémiologiquement liés identifiés au total : 30 foyers de 5 cas ou plus ayant concerné des structures d'accueil de la petite enfance, des écoles, des structures de soins (établissements de santé), des cercles familiaux, ou encore des populations précaires ou éloignées du soin (camps de Roms, gens du voyage). Un épisode majeur ayant concerné 75 cas dans 18 départements suite à la fréquentation d'un salon d'exposition parisien.

En partenariat avec :



SOMMAIRE

Points clés	1
Chiffres clés de la surveillance.....	2
Prévention	17
Discussion	18
Conclusion	19

Chiffres clés de la surveillance

La rougeole est une des maladies respiratoires les plus transmissibles. Tous les cliniciens et biologistes qui suspectent (critères cliniques) ou diagnostiquent (critères biologiques) un cas de rougeole sont tenus de le signaler **sans délai** aux agences régionales de santé (ARS) via le signalement obligatoire.

Ce signalement a pour objectif de détecter rapidement des cas groupés ou chaînes de transmission afin de mettre en œuvre les mesures préventives immédiates (vaccination ou immunoglobulines) des sujets contacts, en particulier pour les contacts à risque de formes graves tels que les sujets immunodéprimés, les nourrissons de moins de 12 mois et les femmes enceintes. Ce signalement permet aussi à Santé publique France de suivre l'évolution des tendances et principales caractéristiques épidémiologiques des cas de rougeole survenant sur le territoire.

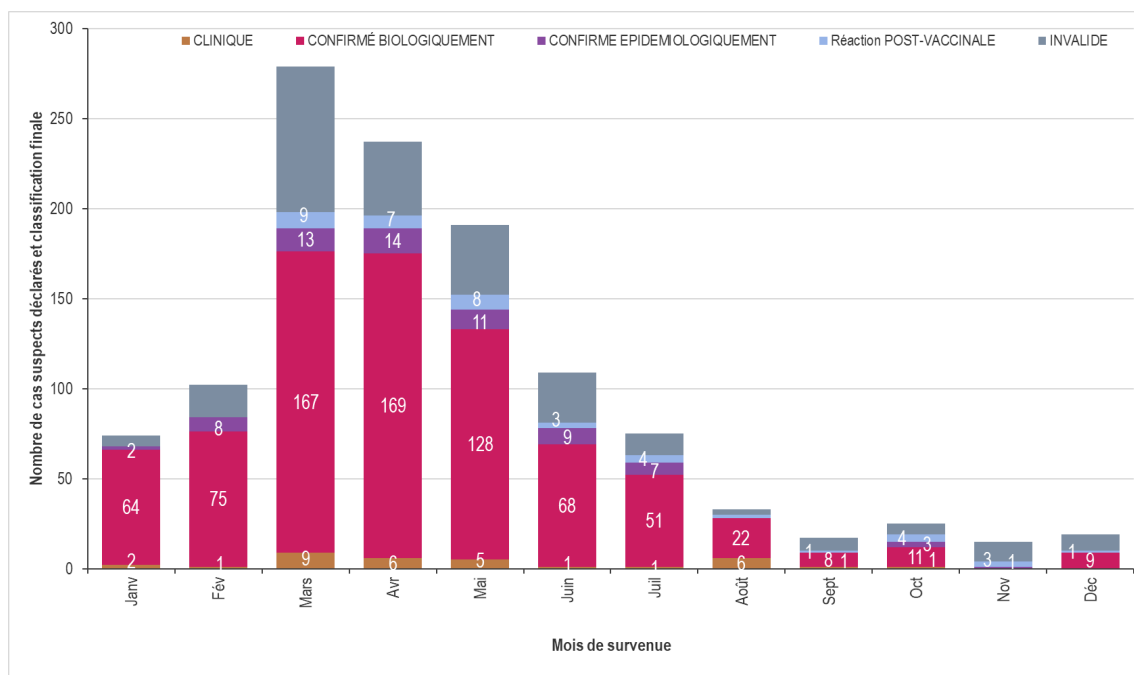
Ces données font l'objet d'un rapport annuel à l'OMS dans le cadre du plan mondial d'élimination de la rougeole ainsi que d'une transmission électronique mensuelle à l'ECDC et l'OMS.

Indicateurs issus du signalement obligatoire

Signalement obligatoire de tout cas suspect de rougeole

Parmi les 1 176 suspicions de rougeole répondant aux critères cliniques du signalement obligatoire survenus en France entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2025 et transmis aux agences régionales de santé, 873 étaient des cas de rougeole dont : 772 cas confirmés biologiquement, 68 confirmés épidémiologiquement (contact avec un cas confirmé dans les 7 à 18 jours précédant l'éruption) et 33 cas cliniques présentant seulement la triade clinique de la rougeole (fièvre + exanthème maculo-papuleux + signe de catarrhe oculo-respiratoire associé) sans analyse biologique (ou non concluante) et sans contact avec un autre cas.

Les autres cas suspects (n= 303) ont été invalidés (soit biologiquement, soit en raison d'une autre étiologie identifiée, n= 261) ou correspondaient à une forme atténuée de l'infection rougeoleuse post-vaccinale (n= 42) (Figure 1).

Figure 1. Nombre de cas suspects (n= 1 176) déclarés et classification finale, par mois de survenue de l'éruption, année 2025, France entière

Source : Santé publique France, signalements obligatoires

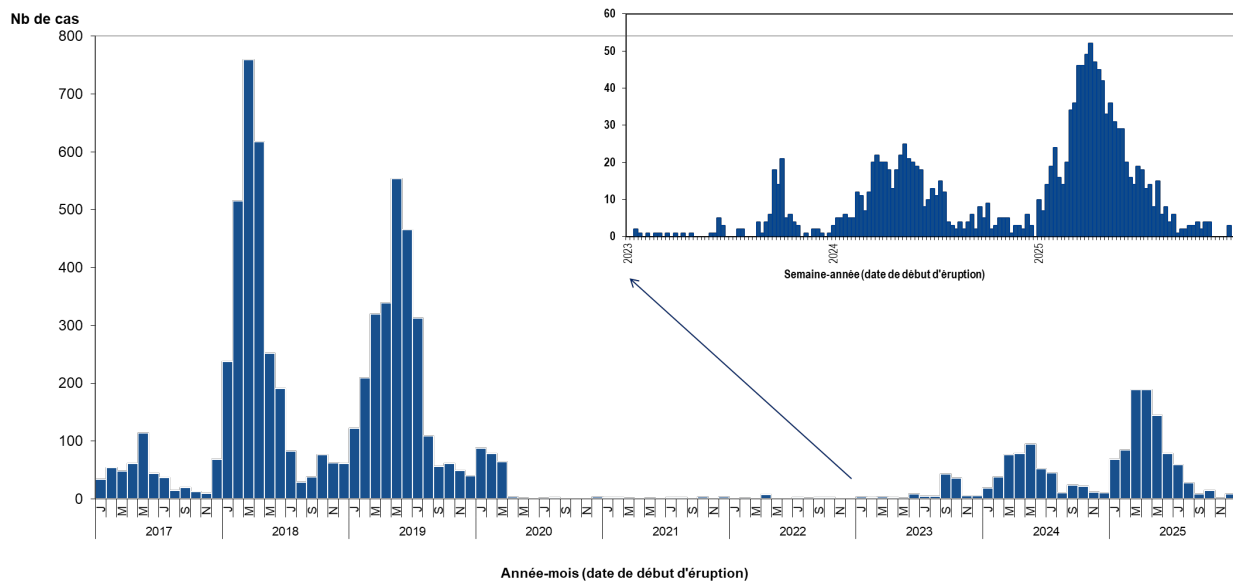
Au niveau national

Entre avril 2020 et septembre 2023, seuls quelques cas sporadiques isolés ont été observés en France, reflétant une quasi-absence de circulation du virus pendant la pandémie de COVID-19 en lien avec les mesures de prévention instaurées pendant cette période.

Entre septembre et octobre 2023, une reprise de la circulation de la rougeole localisée en région Auvergne-Rhône-Alpes (ARA) a été observée à l'occasion d'un foyer occasionnant 64 cas (Bénet et al, 2025¹). La dynamique de circulation s'est ensuite accentuée au cours des deux années suivantes : d'abord en 2024 avec un nombre total de cas multiplié par 4 par rapport à 2023 (N= 483 en 2024 vs 117 en 2023) pour s'intensifier encore en 2025 avec une augmentation de 80 % des cas (N= 873 en 2025) par rapport à 2024. Pour autant, le nombre total de cas est resté nettement inférieur à la moyenne annuelle de la dernière grande épidémie (moyenne de 2 778 cas/an en 2018-2019) (Figure 2).

¹ Bénet T, Fougère E, Gounon M, Thabuis A, Vauloup-Fellous C, Zanetti L, Parent du Chatelet I, Ragozin N, Dina J, Saura C. Investigation of a measles outbreak in a highly vaccinated middle school, France, 2023. Euro Surveill. 2025 Nov;30(46):2500130. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2025.30.46.2500130. PMID: 41267659; PMCID: PMC12639275

Figure 2. Évolution du nombre de cas de rougeole déclarés par date d'éruption : cas mensuels du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2025, et cas hebdomadaires du 1^{er} janvier 2023 à 31 décembre 2025, France entière



Source : Santé publique France, signalements obligatoires

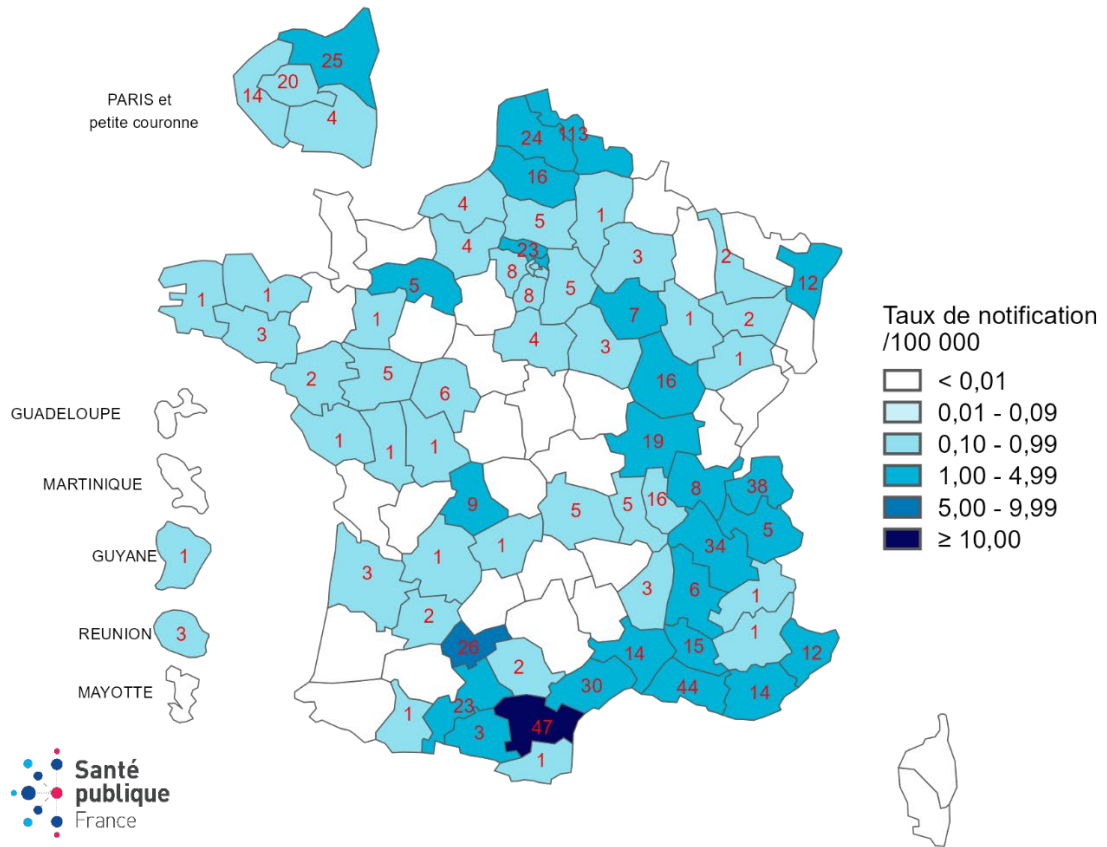
Répartition territoriale

Au total, 71 départements ont déclaré au moins un cas en 2025 dont deux dans les Outre-mer (Guyane et Réunion) (Figure 3).

Le calcul du taux d'incidence des cas déclarés (ou taux de notification) se fonde sur le nombre de cas de rougeole déclarés rapporté à la population française en excluant les cas d'origine importée et les cas chez les résidents étrangers afin de refléter la circulation du virus sur le territoire français.

Le taux d'incidence annuel a dépassé le seuil de 1 pour 100 000 au niveau national avec un taux d'incidence rapporté de **1,1 cas pour 100 000 habitants**.

Figure 3. Taux d'incidence annuel des cas déclarés* (ou taux de notification) et nombre de cas de rougeole déclarés par département* de résidence, France, 1^{er} janvier au 31 décembre 2025 (n =745 cas)



* Hors cas importés et hors cas résidant à l'étranger

Source : Santé publique France, signalements obligatoires ; Insee - Estimations de population au 1^{er} janvier 2025

Les taux d'incidence annuels les plus élevés ont été observés dans les départements de l'Aude (12,4 pour 100 000 habitants), du Tarn et Garonne (9,7), de la Haute-Savoie (4,4) du Nord (4,3), et de la Somme (3,0), départements dans lesquels plusieurs foyers de rougeole sont survenus (cf. Figure 3 et Description des foyers).

Évolution des caractéristiques des cas et des indicateurs de surveillance

Les principales caractéristiques des cas sont décrites dans le tableau ci-après :

Figure 4. Évolution des caractéristiques des cas et indicateurs de surveillance issus de la déclaration obligatoire, France entière, 2024-2025

Indicateurs de surveillance	2024	2025
Nombre de cas	483	873
Dont cas hospitalisés	144 (29,8 %)	319 (36,5 %)
Dont formes compliquées	66(13,7 %)	121 (13,9 %)
Dont admis en réanimation	7 (1,5 %)	15 (1,7 %)
Décès	0	4
Taux d'incidence annuel des cas déclarés*, pour 100 000 habitants	0,58	1,1
Nombre de départements avec un taux de déclaration > 0,1/100 000 habitants	52	68
Données démographiques	(n= 483)	(n= 873)
Sexe ratio M/F	1,0	1,1
Nombre de cas chez les sujets âgés de moins de 1 an	75 (15,5 %)	77 (8,8 %)
Nombre de cas chez les sujets âgés de 1 à 14 ans	132 (27,3 %)	311 (35,6 %)
Nombre de cas chez les sujets âgés de ≥ 15 ans	234 (48,4 %)	485 (55,6 %)
Age médian (en années)	13	16
Confirmation diagnostique	(n= 483)	(n= 873)
Nombre de cas confirmés biologiquement	435 (90,0 %)	772 (88,4 %)
Nombre de cas confirmés épidémiologiquement	26 (5,4 %)	68 (7,8 %)
Nombre de cas cliniques	22 (4,6 %)	33 (3,8 %)
Statut vaccinal (évalué sur les cas âgés de plus d'un an, nés depuis 1980, et avec un statut vaccinal renseigné oui/non)	(n= 300)	(n= 619)
Non vaccinés	191 (63,7 %)	316 (51,1 %)
Vaccinés 1 dose	45 (15,0 %)	101 (16,3 %)
Vaccinés 2 doses	55 (18,3 %)	194 (31,3 %)
Vaccinés nombre doses inconnues	9 (3,0 %)	8 (1,3 %)
Fréquentation d'une collectivité à risque	(n= 413)	(n= 742)
Cas ayant fréquenté une collectivité à risque	90 (18,6 %)	148 (20,0 %)
Structures d'accueil de la petite enfance	48	40
Milieux de soins	23	53
Autres collectivités	19	53
Fréquentation non connue du déclarant	4	11
Cas n'ayant pas fréquenté de collectivité à risque	319 (66,1 %)	583 (78,6 %)
Chaînes de transmission		
Nombre de foyers de cas épidémiologiquement liés	68	116
Nombre de foyers ayant généré ≥ 5 cas	6	30
Nombre de cas issus de foyers	238 (49,3 %)	534 (61,2 %)
Origine possible de la contamination	(n=483)	(n=873)
Nombre de cas importés (séjour à l'étranger 7 à 18 jours avant l'éruption)	84 (17,4 %)	128 (14,7 %)
Nombre de cas reliés à une importation (infectés en France à partir d'une chaîne de transmission dont le cas index est importé)	73 (15,1 %)	45 (5,1 %)
Nombre de cas d'une autre origine ou d'origine inconnue	326 (67,5 %)	700 (80,2 %)

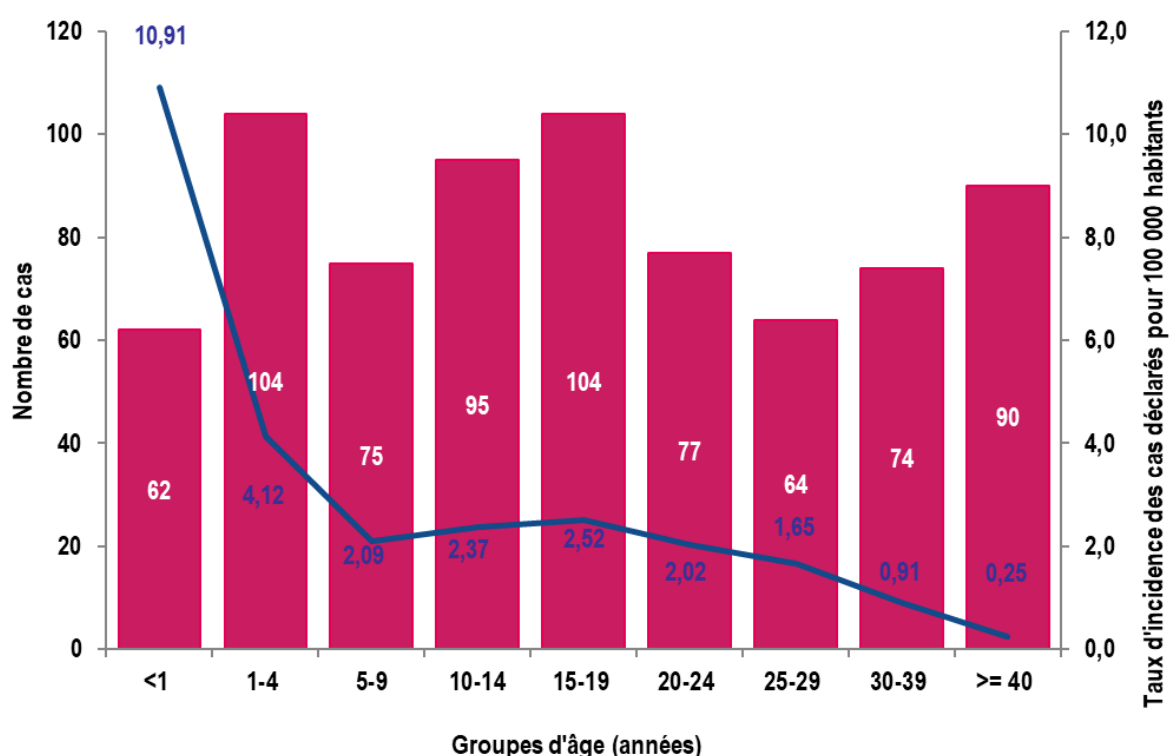
* hors cas importés et hors cas résidant à l'étranger ; ND : non disponible à partir des informations recueillies

Source : Santé publique France, signalements obligatoires

Âge

L'âge médian des cas était de 16 ans (extrêmes [0 mois - 89 ans]), avec 46,9 % des cas observés chez des adultes (n=409/873), soulignant la poursuite de la tendance à la hausse de l'âge des cas observés. Le taux d'incidence des cas déclarés (hors cas importés et cas résidant à l'étranger) le plus élevé était observé chez les nourrissons de moins d'un an (10,9 pour 100 000 habitants) avec 62 cas qui représentaient 8,3 % des cas déclarés en 2025 (Figure 4). Ce taux était supérieur à celui observé dans cette classe d'âge au cours des années précédentes, mais proche de celui déjà constaté en 2024, en lien avec l'apparition de plusieurs foyers survenus en crèche (cf. Description des foyers). Ce taux restait néanmoins nettement inférieur à celui observé lors de l'épidémie de 2019 (42,7 cas pour 100 000).

Figure 5. Taux d'incidence des cas déclarés (pour 100 000 habitants) et nombre de cas de rougeole déclarés* (n = 745), par groupe d'âge, année 2025, France entière



* Hors cas importés et hors cas résidant à l'étranger

Source : Santé publique France, signalements obligatoires ; Insee, Insee - Estimations de population au 1^{er} janvier 2025

Statut vaccinal des cas

Le statut vaccinal était renseigné pour 870 des 873 cas survenus en 2025 soit 99,7 % des cas. Il était documenté à partir du carnet de santé ou du dossier médical (statut documenté) dans seulement 30,5 % des cas, à partir de l'interrogatoire (statut allégué) dans 40,1 % des cas et dans 29,4 % des cas la source n'était pas rapportée. Selon les données renseignées lors du signalement pour l'ensemble de ces cas, 47,8 % (416) n'étaient pas vaccinés contre la rougeole, 15,9 % (138 cas) ignoraient leur statut vaccinal, et 36,3 % (316) étaient vaccinés : 109 avec 1 dose (12,5 %), 198 avec deux doses (22,8 %) et 9 cas pour lequel le nombre de doses reçues n'était pas connu (1,0 %).

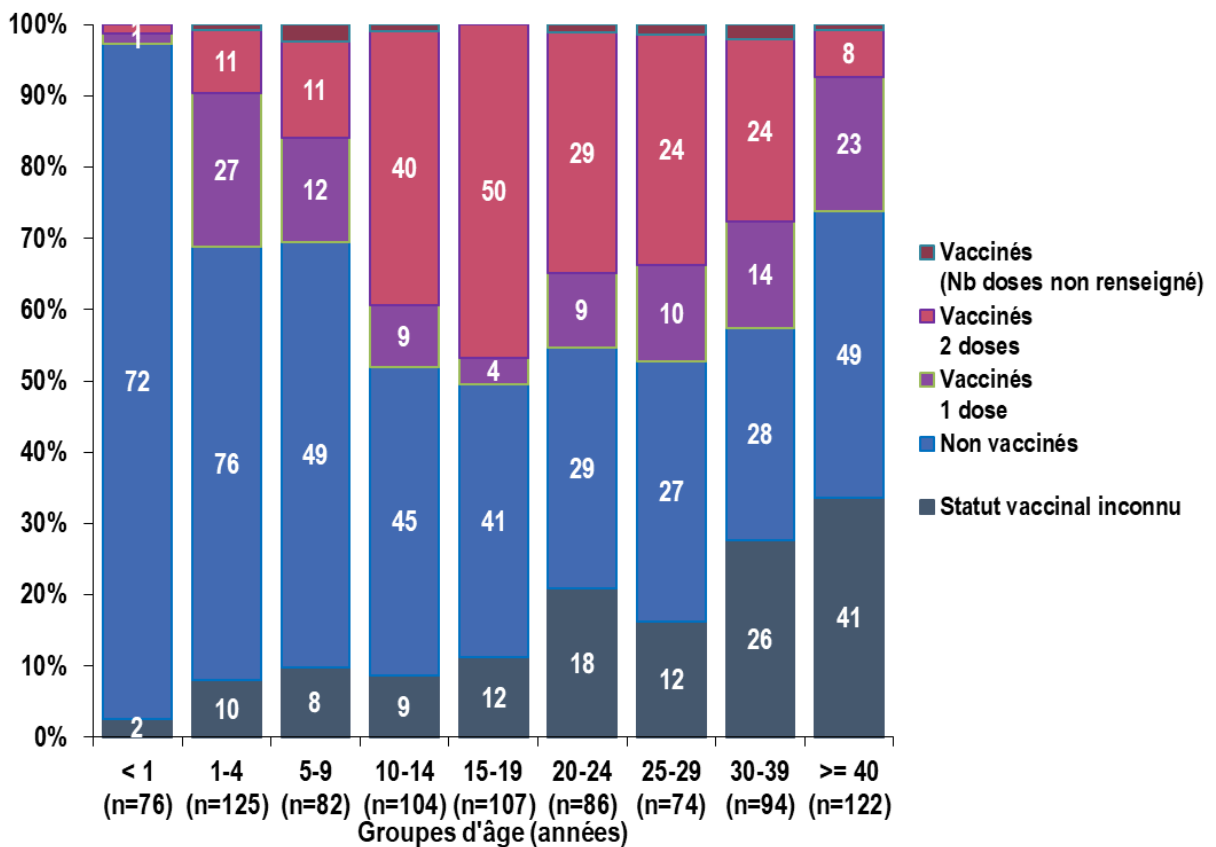
Sur l'ensemble des cas déclarés en 2025, environ deux tiers n'étaient pas ou incomplètement vaccinés (60,3 %) (Figure 5).

En restreignant à la population des 1-44 ans (nés après 1980) ciblés par la vaccination avec les vaccins ROR et avec un statut vaccinal connu (oui/non) lors du signalement (n = 619 cas), **51,1 %**

(316) n'étaient pas vaccinés contre la rougeole, 16,3 % (101) étaient vaccinés avec 1 dose, **31,3 % (194) vaccinés avec deux doses** et 1,3 % des cas (8) étaient vaccinés sans que le nombre de doses reçues soit précisé. Ainsi, une proportion non négligeable de cas, proche d'un tiers, est survenue parmi les sujets éligibles à la vaccination et correctement vaccinés par deux doses (vs 18,3 % en 2024). Ils représentent **41,9 % (90/215)** des cas éligibles à la vaccination avec un statut vaccinal documenté à partir du carnet de vaccination ou du dossier médical.

En 2025, parmi les cas correctement vaccinés à deux doses, 9 ont présenté des complications et 21 ont été hospitalisés.

Figure 6. Proportion et nombre de cas de rougeole déclarés (n = 870), par groupe d'âge et selon le statut vaccinal renseigné, année 2025, France entière



Source : Santé publique France, signalements obligatoires

Sévérité

Parmi les 873 cas de rougeole déclarés, 319 (37 %) ont été hospitalisés, dont 15 en service de réanimation. Les hospitalisations concernaient essentiellement des enfants de moins de 5 ans (108 cas, 34 %) et des adultes de plus de 30 ans (98 cas, 31 %), confirmant la sévérité de la rougeole dans ces classes d'âge. Parmi les tableaux cliniques rapportés lors de la déclaration, 121 cas présentaient des complications, parmi lesquelles des pneumopathies (73 cas), des hépatites ou un bilan hépatique anormal (19 cas), des otites moyennes aiguës (8 cas), des diarrhées aiguës ou gastro-entérites avec déshydratation (5 cas) et des encéphalites (3 cas). Les complications survenaient majoritairement chez les adultes de plus de 30 ans (51 cas) et les enfants de moins de 5 ans (28 cas). Parmi les cas déclarés, quatre décès ont été rapportés, tous chez des adultes immunodéprimés dont un seul était né depuis 1980 et n'avait reçu qu'une dose de vaccin.

Données virologiques du CNR Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR) du CHU de Caen (séquençage des virus)

En 2025, les activités de séquençage du CNR ROR ont permis la production de séquences partielles (N-450) et de séquences de génomes complets du virus de la rougeole, utilisées pour la caractérisation des cas et la surveillance épidémiologique moléculaire.

Les génotypes identifiés correspondent aux génotypes actuellement en circulation au niveau mondial, principalement les génotypes B3 et D8.

Un total de 552 séquences de virus de la rougeole a été reçu et analysé en 2025. Le CNR a analysé sur le plan moléculaire les prélèvements reçus pour 519 cas issus du signalement obligatoire soit 60 % des cas signalés.

Parmi l'ensemble des séquences, 278 (50 %) correspondaient au génotype B3, indiquant une circulation importante de ce génotype au cours de l'année.

L'analyse détaillée des séquences de génotype B3 met en évidence une diversité génétique importante, avec la circulation de 39 variants distincts. Parmi ceux-ci, 6 variants présentent plus de 10 cas chacun, traduisant l'existence de plusieurs chaînes de transmission actives. Le variant majoritaire (MVs/Quetta.PAK/44.20) regroupe à lui seul 139 séquences, suivi notamment des variants MVs/Gonesse.FRA/03.25 (28 cas), MVs/Narbonne.FRA/21.25 (20 cas), MVs/New South Wales.AUS/10.24 (16 cas), MVs/Lille.FRA/02.25 (14 cas) et MVs/Dijon.FRA/14.25 (11 cas).

Ces résultats témoignent d'une circulation active et diversifiée du génotype B3 en 2025, avec à la fois la prédominance de certains variants et la présence de nombreux variants minoritaires, suggérant des introductions multiples et/ou une transmission continue au sein de plusieurs foyers.

Pour le génotype D8, 239 séquences ont été identifiées en 2025.

L'analyse des séquences met en évidence une diversité plus limitée pour le génotype D8, avec la circulation de 11 variants distincts. Parmi ceux-ci, 5 variants présentent plus de 10 cas, traduisant également l'existence de chaînes de transmission actives.

Le variant majoritaire (MVs/Catmon.PHL/21.24) regroupe à lui seul 121 séquences, soit plus de la moitié des cas D8, indiquant une forte diffusion d'un cluster dominant. Il est suivi par les variants MVs/Bern.CHE/17.24/2 (44 cas), MVs/Patan.IND/16.19 (26 cas), MVs/Tourcoing.FRA/01.25 (14 cas) et MVs/Lille.FRA/04.25 (14 cas).

Les autres variants sont représentés par un nombre limité de cas, suggérant des introductions ponctuelles ou des transmissions secondaires limitées.

Enfin, 30 cas de réactions rougeoleuse post-vaccinales ont été confirmés par séquençage ou par RT-PCR génotype A.

N.B. : tous les prélèvements adressés au CNR ROR n'ont pas fait l'objet d'un signalement systématique par les professionnels de santé auprès des agences régionales de santé.

Origine possible de l'infection par le virus de la rougeole

En 2025, une augmentation de 65 % des cas importés (défini comme rapportant un séjour à l'étranger dans les 7 à 18 jours précédant l'éruption) a été observée en France avec 128 cas importés vs 84 cas en 2024, en lien avec l'accroissement des cas de rougeole en Europe et dans le monde au cours de cette période. Toutefois, dans le contexte d'une hausse de l'incidence en France, la proportion des cas importés était en diminution par rapport à 2024 (14,7 % vs 17,4 %).

Parmi les cas importés (n=128), plus de la moitié (72/128, 56 %) était non vaccinée et 31 (24 %) avaient un statut vaccinal inconnu. Seuls 24 cas (18,7 %) étaient vaccinés dont 12 vaccinés avec deux doses (5 disposaient d'un carnet de vaccination ou dossier médical l'attestant).

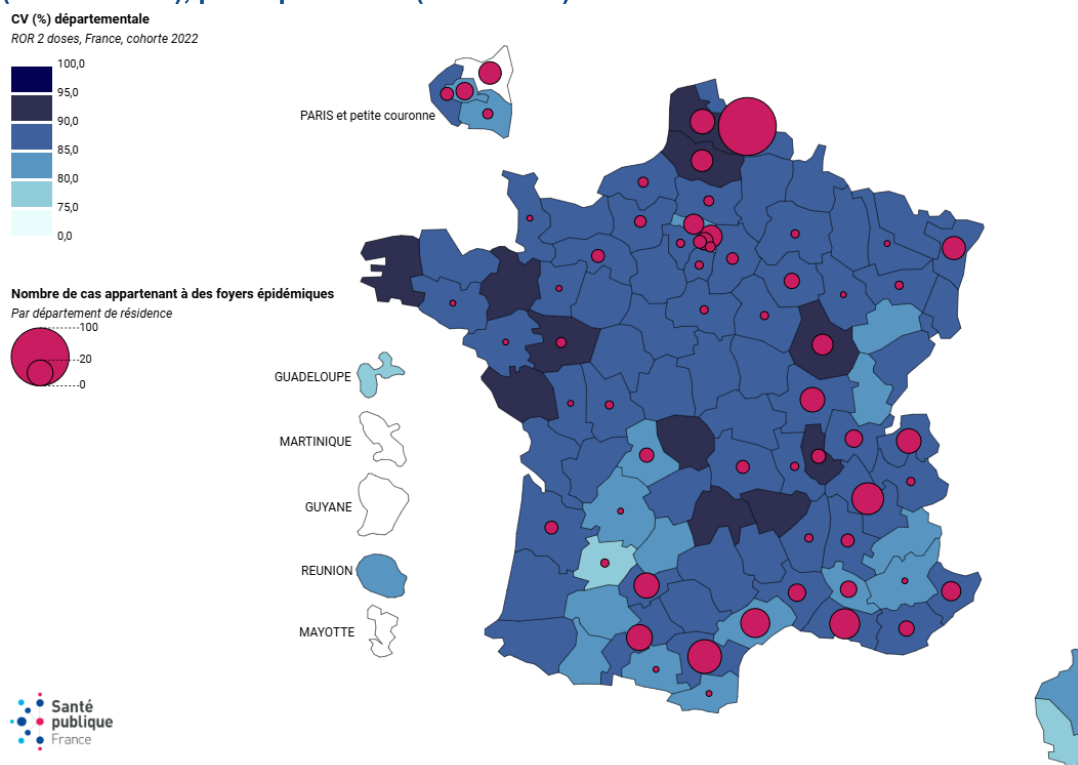
Ces cas revenaient tous d'un séjour à l'étranger en provenance de 32 pays différents et concernaient tous les continents sans exception (Figure 7).

Les foyers ont été définis à partir des liens épidémiologiques identifiés entre les cas lors des investigations menées par les ARS et complétés par les analyses virologiques moléculaires à partir des séquençages du virus de la rougeole réalisées par le CNR ROR.

Les principaux foyers dont ceux ayant occasionné 5 cas ou plus concernent 30 situations réparties dans 20 départements suivant un axe Nord-Sud tracé par les grandes aires métropolitaines, et affectant particulièrement les départements les plus densément peuplés et en particulier les régions Hauts de France, Occitanie, Provence-Alpes-Côte d'azur, Auvergne-Rhône-Alpes et la région Ile de France.

La carte ci-après montre que la circulation du virus sur le territoire est entretenue par de nombreux cas associés à des foyers de cas épidémiologiquement liés qu'il est donc important de détecter rapidement pour interrompre la transmission du virus par des mesures préventives et réactives. A l'exception des départements de la région Hauts de France qui ont été marqués par des introductions multiples de virus et de ceux de la région Auvergne-Rhône-Alpes dont la couverture vaccinale régionale est supérieure à la moyenne nationale, les départements dans lesquels des foyers les plus importants ont été identifiés concernent ceux où la couverture vaccinale régionale du nourrisson à deux doses est inférieure à la moyenne nationale. Très peu de foyers sont observés dans les régions où la couverture vaccinale est globalement plus élevée comme dans l'Ouest de la France. Les foyers observés sont en effet plus nombreux dans les départements du Sud de la France suivant un gradient décroissant Nord-Sud de couverture vaccinale (Figure 8). Cette distribution territoriale souligne les efforts de rattrapage vaccinal à poursuivre en particulier dans les régions concernées, chez les enfants mais aussi dans les tranches d'âge supérieur, comme le souligne l'âge moyen des cas dans ces foyers (Tableau 1).

Figure 8. Répartition territoriale des cas appartenant à des foyers de cas épidémiologiquement liés détectés et couverture vaccinale contre le ROR à deux doses des nourrissons à 33 mois (cohorte 2022), par département (N= 531 cas)



Sources : signalements obligatoires en 2025 selon département de domicile des cas
SNDS-DCIR, Santé publique France (données mises à jour au 31/12/2024)

Les foyers épidémiologiques ayant occasionné 5 cas ou plus sont décrits ci-après.

D'autres analyses phylogénétiques des souches sont en cours, en particulier pour les cas isolés, ce qui pourrait conduire à une réévaluation à la hausse du nombre de cas liés entre eux au sein de ces foyers.

Tableau 1. Foyers épidémiologiques de 5 cas ou plus (n=30)

Région (département de domicile)	Liens ou collectivité	Période de survenue	Nombre de cas*	Âge moyen des cas	Génotype circulant (souche)	Origine possible du cas index
Inter-régions (26, 30, 38, 50, 59, 60, 62, 63, 73, 75, 76, 79, 80, 82, 92, 93, 94, 95)	Salon de l'agriculture + lycée agricole + familles	Mars-avril	75 cas	21 ans	D8 (MVs/Catmon.PHL/21.24)	Origine inconnue
Hauts de France (59)	Camps de Roms et établissement hospitalier	Janvier-mars	14 cas	4 ans	D8 (MVs/Tourcoing.FRA/01.25)	Origine inconnue
Hauts de France (59)	Famille + établissement hospitalier	Janvier-février	5 cas	30 ans	B3 (MVs/Quetta.PAK/44.20)	Notion de séjour à l'étranger (Maroc) chez un cas déclaré vacciné deux doses
Hauts de France (59)	Communauté Roms sédentarisée + familles	Janvier-février	5 cas	2 ans	D8 (MVs/Lille.FRA/04.25)	Origine inconnue
Hauts de France (59)	Famille	Février	5 cas	6 ans	D8 (MVs/Lille.FRA/04.25)	Origine inconnue
Hauts de France (59)	Ecole	Avril	8 cas	7 ans	D8 (MVs/Bern.CHE/17.24/2)	Origine inconnue
Hauts de France (59)	Collège	Mai	16 cas	16 ans	D8 (MVs/Bern.CHE/17.24/2)	Origine inconnue
Hauts de France (59)	Famille Camps de Roms	Avril-mai	6 cas	3 ans	D8 (MVs/Bern.CHE/17.24/2)	Origine inconnue
Occitanie (34)	Ecole	Février-mars	6 cas	9 ans	B3 (MVs/Quetta.PAK/44.20)	Origine inconnue
Occitanie (31,47)	Roms sédentarisés	Avril-mai	12 cas	14 ans	B3 (MVs/Quetta.PAK/44.20)	Origine inconnue
Occitanie (12)	Collège et Ecole supérieure	Mai-juin	10 cas	22 ans	D8 9267 (MVs/Catmon.PHL/21.24)	Origine inconnue
Occitanie (11, 24, 26, 31, 47, 87)	Gens du voyage	Mai-juillet	32 cas	23 ans	B3 (MVs/Narbonne.FRA/21.25)	Origine inconnue
Occitanie (82)	Gens du voyage	Mai-août	18 cas	15 ans	D8 (MVs/Patan.IND/16.19)	Origine inconnue
Auvergne Rhône Alpes (69, 94)	Compétition sportive, Collège	Mars-mai	7 cas	12 ans	B3 (MVs/Quetta.PAK/44.20)	Notion de séjour à l'étranger (Maroc) chez un cas non vacciné
Auvergne Rhône Alpes (01)	Crèche	Janvier-février	9 cas	7 mois	B3 (MVs/Quetta.PAK/44.20)	Notion de séjour à l'étranger (Italie) chez un cas non vacciné
Auvergne Rhône Alpes (74)	Ecole	Avril	6 cas	9 ans	D8 (MVs/Catmon.PHL/21.24)	Origine inconnue
Ile de France (75, 77, 78, 93)	Établissement hospitalier	Mai-juin	6 cas	9 ans	B3 (MVs/Gonesse.FRA/03.25)	Notion de séjour à l'étranger (Espagne) chez un cas non vacciné
Bourgogne-Franche-Comté (21,71,91)	Salon d'exposition	Février-mars	8 cas	29 ans	B3 (MVs/Gonesse.FRA/03.25)	Origine inconnue
Bourgogne-Franche-Comté (71)	Établissement médico-social	Juin	11 cas	34 ans	D8 (MVs/Catmon.PHL/21.24)	Origine inconnue

Région (département de domicile)	Liens ou collectivité	Période de survenue	Nombre de cas*	Âge moyen des cas	Génotype circulant (souche)	Origine possible du cas index
Bourgogne-Franche-Comté (21, 71, 52)	Etablissement hospitalier	Mars-Juin	7 cas	43 ans	B3 (MVs/Dijon.FRA/14.25)	Origine inconnue
Provence Alpes Côte d'Azur (04, 06, 13, 34, 78)	Etablissement scolaire	Janvier-février	6 cas	28 ans	B3 (MVs/Quetta.PAK/44.20)	Origine inconnue
Provence Alpes Côte d'Azur (06, 83)	Gens du voyage sédentarisés + Ecole + famille	Janvier-février	7 cas	16 ans	B3 (MVs/Quetta.PAK/44.20)	Notion de séjour à l'étranger (Maroc) chez un cas au statut vaccinal inconnu
Provence Alpes Côte d'Azur (13)	Etablissement hospitalier	Février-mars	6 cas	17 ans	B3 (MVs/Quetta.PAK/44.20)	Origine inconnue
Provence Alpes Côte d'Azur (13, 84)	Famille Gitans + Etablissement hospitalier	Mars-mai	8 cas	13 ans	B3 (MVs/Quetta.PAK/44.20)	Origine inconnue
Provence Alpes Côte d'Azur (13)	Famille + cabinet médical	Mars-mai	6 cas	5 ans	B3 (MVs/Quetta.PAK/44.20)	Origine inconnue
Grand-Est (67)	Collège	Mai-juin	10 cas	12 ans	D8 (MVs/Patan.IND/16.19)	Origine inconnue
Grand-Est (67)	Centre religieux	Octobre-Novembre	6 cas	4 ans	Non génotypé	Notion de séjour à l'étranger (Allemagne) chez ces cas tous non vaccinés
Normandie (61)	Famille	Juillet-août	5 cas	18 ans	D8 (MVs/Catmon.PHL/21.24)	Origine inconnue
Nouvelle aquitaine (33)	Famille /Amis + personnel para-médical	Janvier	5 cas	12 ans	B3 (MVs/Quetta.PAK/44.20)	Notion de séjour à l'étranger (Maroc) chez ces cas non vaccinés
Pays de la Loire (49, 53, 56)	Centre de formation	Mai-juin	5 cas	20 ans	D8 (MVs/Catmon.PHL/21.24)	Origine inconnue

Plusieurs foyers en Occitanie

En Occitanie, plusieurs foyers et cas isolés ont été observés entre février et août 2025. Un premier foyer de 6 cas groupés de rougeole est survenu dans un établissement scolaire. Plusieurs autres foyers de cas groupés se sont rapidement déclarés dans différentes communautés au sein d'une cité (foyer de 12 cas), dans plusieurs cercles familiaux (20 cas au total) puis au sein de deux communautés de gens du voyage. L'un était un foyer de 35 cas signalés entre fin mai et juillet avec une diffusion au-delà de la communauté dans ce même secteur géographique, et l'autre était un foyer plus localisé de 18 cas signalés entre mai et août. Dans ces communautés, environ 90 % des personnes étaient non vaccinées ou ne connaissaient pas leur statut vaccinal. Des offres de vaccination au sein de ces communautés en lien avec les médiateurs ont été proposées par l'ARS Occitanie ainsi que des interventions en lien avec les centres de vaccinations et les Centres de protection maternelle et infantile. Des messages d'information et de prévention ont été diffusés par courriers aux parents et structures accueillant les enfants, un communiqué de presse destiné au grand public ainsi que des messages aux professionnels de santé via les communautés professionnelles territoriales de santé.

Plusieurs foyers en Hauts de France avec une circulation active en particulier dans le département du Nord (59)

En Hauts de France, plusieurs foyers et cas isolés sont survenus entre janvier et août 2025 : 28 foyers de cas épidémiologiquement liés entre janvier et août 2025 dans le département du Nord, de la Somme et du Pas de Calais pour un total de 135 cas. Cela concernait :

- Deux foyers qui ont d'abord émergé au sein de communauté Roms (nomades ou sédentaires), **en janvier** ayant occasionné 14 et 5 cas. Aucun des cas n'avait reçu deux doses de vaccins contre le ROR. Deux variants distincts de génotype D8 ont été identifiés par le CNR ROR. Le premier variant (MVs/Tourcoing.FRA/01.25), dans un foyer resté localisé. L'autre variant (MVs/Lille.FRA/04.25) a ensuite été identifié dans différents foyers familiaux à proximité ainsi que chez d'autres cas isolés dans le département sans qu'aucun lien épidémiologique n'ait pu être identifié entre ces différents cas groupés lors des investigations, ce qui suggère l'existence d'une circulation localisée impliquant plusieurs foyers épidémiologiques liés entre eux et la diffusion du virus en population générale.
- Entre **janvier et mars**, plusieurs foyers familiaux dont l'un de retour du Maroc ont été observés impliquant un virus de génotype B3 (variant Vs/Quetta.PAK/44.20).
- Entre **mars et avril**, deux foyers ont été identifiés, l'un dans un établissement scolaire, l'autre familial, en lien avec le salon agriculture (cf. ci-après).
- Enfin, **entre avril et août**, plusieurs foyers familiaux et deux foyers au sein d'établissements scolaires occasionnant 8 et 16 cas ainsi que des foyers au sein de communautés de gens du voyage ou de Roms sont survenus en lien avec la circulation d'un virus de génotype D8 (variant MVs/Bern.CHE/17.24/2).

Face à cette recrudescence des cas de rougeole dans les Hauts-de-France et pour contrôler la diffusion du virus, en particulier au sein des populations à risque identifiées, l'ARS Hauts-de-France a coordonné un ensemble d'actions ciblées. Une campagne de vaccination a été rapidement déployée auprès des communautés Roms de la métropole de Lille, permettant la mise à jour de la vaccination contre la rougeole chez des enfants et adultes. Les mesures de prophylaxie post-exposition ont été déployées dès lors qu'elles étaient possibles. Des messages d'information et de prévention ont été diffusés au grand public par voie de presse ainsi qu'aux professionnels de santé via les unions régionales des professionnels de santé. Enfin, les établissements scolaires concernés ont été alertés afin d'appliquer les mesures de prévention et contrôler les carnets de vaccination. Dans ce contexte, un DGS-Urgent², rappelant la nécessité de vérifier la vaccination des patients, a été publié en mars 2025 par le Ministère de la Santé.

Foyers en lien avec des salons d'exposition parisiens

En 2025, plusieurs foyers ont émergé à la suite de la fréquentation de grands événements dont deux salons parisiens. Ainsi un foyer de 8 cas a été observé entre février et mars, avec comme seule exposition commune pour les premiers cas la participation ou fréquentation d'un salon viticole accueillant 50 000 participants, qui s'est tenu mi-février à Paris. Un même variant (MVs/Gonesse.FRA/03.25) de génotype B3 a été identifié pour les 6 cas séquencés avec des séquences très proches mais pas identiques entre elles. D'autres cas isolés antérieurs ont présenté des séquences ne pouvant être distinguées suggérant une circulation déjà active du variant en amont du salon, avec un premier cas détecté mi-janvier.

Mi-mars, une quinzaine de cas de rougeole sont signalés, sans lien entre eux, dans un intervalle d'une semaine dans plusieurs régions de France (Île de France, Normandie, Occitanie et Auvergne-Rhône-Alpes). Tous avaient fréquenté un salon agricole de plus de 600 000 visiteurs qui s'était

² DGS-URGENT N°2025_08 : Vigilance renforcée dans le cadre de la recrudescence de la rougeole en France. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/bis_2025_dgs-urgent_08-rougeole.pdf

déroulé fin février à Paris. Plusieurs chaînes de transmission secondaires se sont ensuite installées dont les principales ont été observées au sein d'établissements scolaires : i) la première observée en ARA avec 23 cas autour d'un lycée agricole fréquenté par les premiers cas puis dans d'autres établissements à proximité et qui a conduit l'ARS ARA à mettre en place une campagne de rattrapage vaccinal et des restrictions d'activités ; ii) la seconde avec 26 cas au sein d'un lycée agricole dans les Hauts de France.

Au total, ce sont 75 cas appartenant à des foyers identifiés en lien avec le salon ou à travers des chaînes de transmission secondaires entre mars et avril qui sont survenus dans 18 départements. Un seul variant (MVs/Catmon.PHL/21.24) de génotype D8 a été identifié par le CNR ROR pour les 49 cas séquencés. Par ailleurs, plusieurs cas sporadiques et foyers épidémiologiques ont été détectés dans différents départements avec un virus génétiquement proche, suggérant une dynamique de transmission plus étendue que celle mise en évidence lors des investigations, impliquant plusieurs départements. Ainsi, la coexistence de chaînes de transmission multiples sur le territoire est en faveur d'une propagation post-grand événement.

Foyers nosocomiaux chez des personnes immunodéprimées

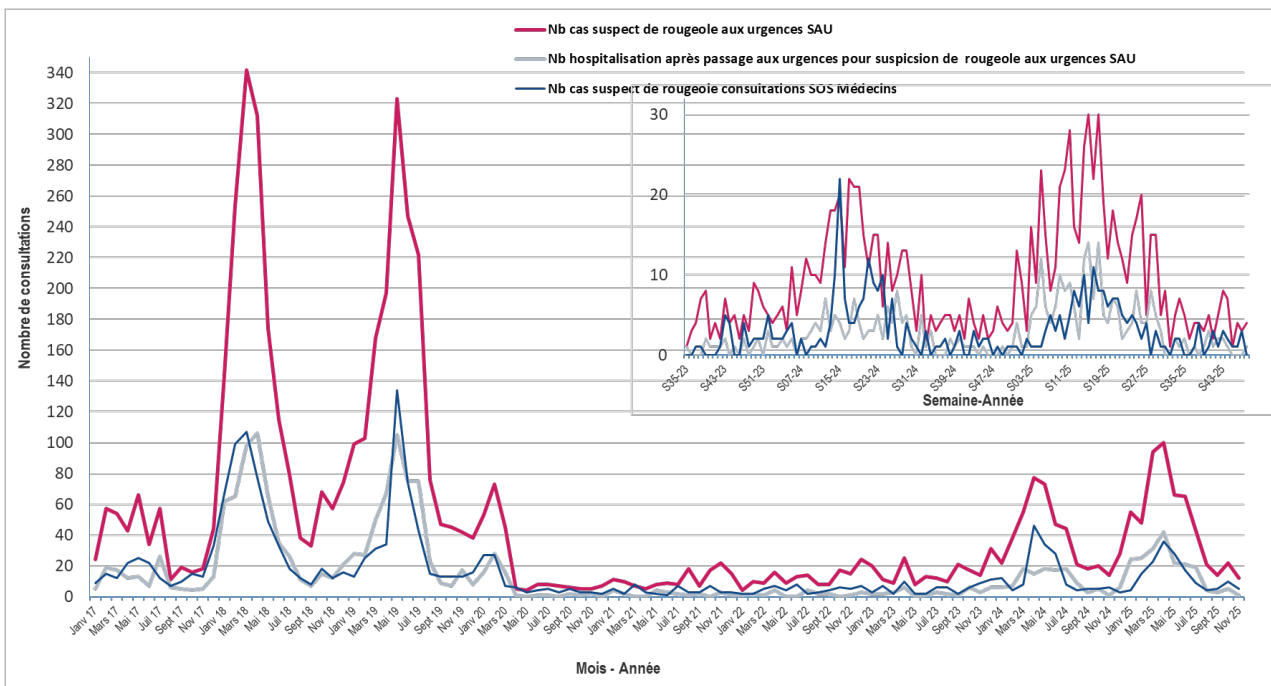
Deux épisodes de transmission intra-hospitalière dans des services accueillant des patients immunodéprimés sont survenus dans deux régions différentes et ont conduit à plusieurs décès.

- Un établissement a observé 2 foyers dans différents services entre mars et avril ayant conduit à la survenue de 10 cas exclusivement adultes, dont 6 soignants et 4 patients, parmi lesquels 3 étaient immunodéprimés suite à des greffes. Deux des 4 patients immunodéprimés sont décédés des complications de la rougeole. Les 3 cas index de ces foyers étaient non ou incomplètement vaccinés selon les données renseignées au cours du signalement. Le CNR ROR a identifié deux variants distincts, l'un de génotype B3 (variant MVs/Dijon.FRA/14.25) pour 7 cas et l'autre de génotype D8 (variant MVs/Catmon.PHL/21.24) pour 2 cas confirmant une source de contamination différente au sein de l'établissement.
- Le second foyer est survenu en mai avec 6 cas, dont deux parmi le personnel soignant et 4 parmi les patients de deux services d'immuno-hématologie - tous immunodéprimés. Deux patients sont décédés de complications neurologiques ou respiratoires tardives de la rougeole (encéphalite et pneumopathie sévère compliquée). Du fait de la présence de nombreuses personnes à risque, un dépistage et l'administration, même tardive, d'immunoglobulines, ont été proposés à l'ensemble des patients du service. Les analyses virologiques du CNR ont confirmé l'existence d'une seule et même chaîne de transmission au sein de l'établissement : les six échantillons analysés partageaient le même variant de génotype B3 (MVs/Gonesse.FRA/03.25). Ce variant a présenté une circulation limitée en France et à l'international, mais avait déjà été identifié dans un foyer épidémiologique associé au salon viticole survenu entre février et mars en Bourgogne-Franche-Comté. Ce même variant a été identifié au sein de foyers familiaux en Ile de France entre février et avril et à partir de cas isolés suggérant l'existence de chaînes de transmission intermédiaires non documentées. Cette observation souligne l'importance de renforcer l'exhaustivité du séquençage des prélèvements positifs et de leur transmission régulière au CNR ROR, afin d'améliorer la reconstruction des chaînes de transmission et la compréhension de la dynamique de circulation virale.

Indicateurs de la surveillance syndromique

En 2025, le nombre hebdomadaire de passages aux urgences, hospitalisations après passage aux urgences et consultations SOS Médecins pour suspicion de rougeole a connu une augmentation supérieure à celle de niveau pré-épidémique de 2017. La dynamique des passages aux urgences a suivi une saisonnalité classiquement observée avec la rougeole au printemps, avec une augmentation observée à partir de janvier 2025 et un pic autour des semaines 15 et 17 en avril. Ce pic correspondait à 30 passages hebdomadaires aux urgences, une quinzaine d'hospitalisations après passage et une dizaine de consultations SOS médecins hebdomadaires (Figure 10).

Figure 9. Nombre de passages hebdomadaires aux urgences* (SAU), d'hospitalisations après passage aux urgences et consultations SOS Médecins*, pour rougeole, par mois du 2 janvier 2017 au 28 décembre 2025 et par semaine du 28 août 2023 au 28 décembre 2025, France hexagonale



Source : Santé publique France - SOS Médecins - OSCOUR®

* Analyse réalisée à Hôpitaux constants (N=678) et SOS constants (N=56) sur la période 2017-2025

Certificats de décès

En 2025, 6 décès ont été identifiés d'après les certificats de décès issus du CépiDC (exploitation SpF) pour lesquels les causes médicales de décès sont associées à des complications de la rougeole. Trois de ces décès figurent parmi les 4 cas décédés déclarés dans le cadre de foyers nosocomiaux survenus en 2025 chez des personnes immunodéprimés (cf. ci-dessus). Trois décès supplémentaires ont été identifiés chez des enfants, tous âgés entre 5 et 9 ans, des suites de complications neurologiques gravissimes et tardives de la rougeole à savoir une leuco ou pan-encéphalite sclérosante subaiguë, survenant généralement plusieurs années après une infection rougeoleuse. Au total, 7 décès étaient liés à la rougeole en 2025.

Prévention

Couverture vaccinale du nourrisson

Les données de couverture vaccinale du nourrisson sont disponibles dans le [bulletin Vaccination édition nationale 2025](#) et sous [Odissé](#).

Ces dernières années, la couverture vaccinale contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) a eu évolution très positive en France quelles que soient les sources considérées : SNDS-DCIR, certificats de santé du 24^e mois (voir chapitre méthodes et limites de chacune des sources en consultant le Bulletin vaccination). Estimée autour de 90 %, elle reste insuffisante par rapport à l'objectif de 95 % à deux doses fixées par l'OMS pour garantir une immunité de groupe et permettant d'atteindre les objectifs d'élimination (source : estimations Certificat de santé du 24^e mois et Assurance Maladie -SNDS). Avec la mise en place de la vaccination obligatoire pour les nourrissons en 2018, cet objectif pourrait être atteint pour les prochaines années, y compris pour la 2nde dose. Toutefois, aujourd'hui encore, malgré la disponibilité d'un vaccin trivalent depuis 40 ans en France et l'augmentation constatée de la CV ces dernières années depuis la mise en place de l'obligation vaccinale en 2018, cet objectif reste encore un objectif difficile à atteindre tout particulièrement dans certaines régions où la couverture est inférieure à la moyenne nationale.

Une actualisation de ces indicateurs pour les cohortes plus récentes sera publiée dans le bulletin Vaccination édition nationale 2026.

Couverture vaccinale des enfants et adolescents

La couverture vaccinale contre la rougeole chez les enfants et adolescents n'a pas été évaluée en 2025.

Les derniers chiffres de couverture vaccinale disponibles chez les 6-15 ans (issues d'enquêtes en milieu scolaire conduites par la DRESS et la DGESCO, et analysées par Santé publique France) indiquaient une couverture à deux doses inférieures à l'objectif de 95 %.

Ainsi, la couverture vaccinale à deux doses était estimée :

- à **83,2 %** chez les enfants **en grande section de maternelle** âgés d'environ 6 ans (année de naissance 2006-2007) lors d'une enquête réalisée en 2012-2013 ; cette couverture à 6 ans pourrait avoir évolué favorablement suite à la mise en œuvre de l'obligation vaccinale contre le ROR pour l'entrée en collectivité pour les naissances depuis 2018.
- à **93,2 %** chez les enfants en classe de **CM2** âgés d'environ 11 ans (année de naissance 2008-2009) lors d'une enquête réalisée en 2014-2015 ; en l'absence de politique spécifique de rattrapage, cette couverture pourrait ne pas avoir évolué.
- et à **83,9 %** chez les adolescents en classe de **3^e** âgés d'environ 15 ans (année de naissance 1993-1994) lors d'une enquête réalisée en 2008-2009 ; en l'absence de politique spécifique de rattrapage, cette couverture pourrait ne pas avoir évolué.

Couverture vaccinale des jeunes adultes

A l'occasion de l'édition 2021 du Baromètre de Santé publique France, la couverture vaccinale contre le ROR a été estimée à **90,4 %** chez les adultes âgés de 18 à 35 ans en France métropolitaine à partir de données déclaratives. Cette couverture reste inférieure à l'objectif fixé à 95 % pour interrompre la circulation du virus de la rougeole. En absence de politique spécifique de rattrapage, cette couverture pourrait ne pas avoir évolué.

Discussion

En 2024, une reprise de la circulation du virus de la rougeole à l'international a été observée dans de nombreux pays avec une forte résurgence des cas et des foyers épidémiques, y compris en Europe et Asie centrale où près de 151 000 cas ont été observés. Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'UNICEF, il s'agit du revers le plus important concernant l'élimination de la rougeole dans la Région OMS Euro ces dernières années^{3,4}. En 2025, grâce aux mesures de lutte contre les épidémies et aux campagnes de vaccination mises en œuvre, une baisse de plus de 70 % des cas a été observée en Europe occidentale (7 661 cas vs 35 233 en 2024)⁵.

Depuis 2024, la France a également été marquée par la recrudescence post-pandémique de la rougeole, mais celle-ci s'est - au contraire de la plupart des autres pays européens - intensifiée en 2025. Au cours de cette année, une hausse du nombre de cas de plus de 80 % et des foyers épidémiologiques de plus de 70 % est observée illustrant la forte contagiosité du virus de la rougeole et l'existence de poches de population encore susceptibles. L'existence d'épidémies majeures dans des pays proches et avec des échanges fréquents avec la France (Maroc, Roumanie notamment) ont pu favoriser et multiplier les importations de virus.

Le taux d'incidence le plus élevé a été constaté chez les enfants de moins d'un an (10,9 cas pour 100 000 habitants), ce qui rappelle que les nourrissons, qui ne peuvent encore bénéficier de la vaccination et devraient être protégés par l'immunité collective, demeurent particulièrement exposés. La couverture vaccinale infantile (2 doses) devrait être maintenue au moins à 95 % pour protéger les nourrissons par une immunité de groupe et atteindre l'objectif d'élimination. Or, cette couverture est estimée autour de 90 % au niveau national en France.

D'autre part, les territoires où la population apparaît comme plus réceptive au virus concernent plusieurs départements situés en Occitanie, en ARA, en PACA et en Hauts-de-France, dans lesquels plusieurs foyers de cas groupés de rougeole sont survenus. Dans certaines de ces régions, auxquelles il convient d'ajouter les départements d'Outre-mer, les couvertures vaccinales régionales sont inférieures à la moyenne nationale et doivent être renforcées.

Plusieurs foyers de grande taille ont aussi été observés au sein de groupes de populations précaires insuffisamment vaccinées qui peuvent propager le virus au-delà de leurs communautés. Ces observations soulignent l'importance d'actions spécifiques à destination des populations particulières éloignées du système de santé et des soins primaires.

La hausse des cas et l'existence de foyers épidémiologiques observés concerne particulièrement les adolescents et jeunes adultes, comme le souligne l'âge médian des cas de 16 ans.

De plus, une proportion de cas en hausse était vaccinée avec deux doses ROR (31 % parmi les éligibles). De façon pouvant paraître paradoxale, plus la part des individus vaccinés augmente dans la population, plus la proportion des vaccinés parmi les cas augmente et ce, à efficacité vaccinale constante, atteignant 100 % si toute la population est vaccinée. Néanmoins, en 2025, ces « échecs vaccinaux » concernaient en majorité les jeunes de 10-19 ans (53,3 %), c'est-à-dire des cohortes de naissance pour lesquelles la vaccination ROR était recommandée dès l'âge de 9 mois à l'entrée en collectivité. Les fiches de signalement ne collectant pas la date de la 1^{re} dose à ce jour, il ne peut être établi si la durée de protection est réduite en raison d'un tel schéma vaccinal et si cette recommandation historique serait à elle seule à l'origine de la hausse des échecs vaccinaux observés chez les adolescents actuellement en France. Pour rappel, en 2023, lors d'un foyer dans un collège en région Auvergne-Rhône-Alpes, avec la moitié des cas vaccinés à deux doses (37/64), l'efficacité vaccinale élevée après deux doses lorsque la première a été administrée après 12 mois

³ La Région européenne rapporte le plus grand nombre de cas de rougeole depuis plus de 25 ans – UNICEF, OMS/Europe

⁴ 14e réunion de la Commission régionale européenne de vérification de l'élimination de la rougeole et de la rubéole (CRV)

⁵ <https://atlas.ecdc.europa.eu/public/index.aspx> - Données provisoires 2025

a été confirmée (96,4 %), mais elle était seulement de 83,3 % dès lors que la première dose était reçue entre 9 et 11 mois (Bénet et al, Eurosurveillance 2025). Depuis avril 2024, une troisième dose ROR est recommandée pour les personnes ayant reçu une première dose avant l'âge de 12 mois.

Selon des estimations de Santé publique France fondées sur les données de l'Assurance Maladie (SNDS), entre 2005 et 2013, environ 30 % (soit près de 1,9 millions) des enfants auraient reçu une dose ROR avant 12 mois, sans avoir reçu une troisième dose. En tenant compte de l'efficacité réduite d'une vaccination précoce avant 12 mois, il est estimé qu'environ 400 000 jeunes de 13 à 21 ans seraient potentiellement non protégés (données non publiées) auxquels s'ajoute environ 1,5 million de personnes âgées de 18-35 ans qui seraient insuffisamment protégées contre la rougeole, constituant un réservoir important de susceptibles chez les adolescents et jeunes adultes.

Enfin, les données de la surveillance mettent aussi en exergue la sévérité de la rougeole dans ces classes d'âge et rappellent qu'elle n'est pas une simple maladie infantile bénigne. Ainsi, 31 % des hospitalisations et 42 % des complications concernaient les adultes de plus de 30 ans. La détection de foyers de cas groupés nosocomiaux est préoccupante d'autant qu'elle a concerné des services accueillant des patients à risque de développer des complications graves de rougeole, pulmonaires ou neurologiques et de décès.

Ainsi, 40 ans après l'introduction du vaccin trivalent ROR dans le calendrier vaccinal français en 1986, l'année 2025 est marquée par 7 décès rapportés en lien avec les complications d'une infection rougeoleuse soit des suites d'une rougeole contractée en 2025, chez des adultes immunodéprimés, soit chez des jeunes enfants, probablement infectés dès leur plus jeune âge au cours de l'épidémie de 2018-2019, et décédés des suites d'une complication neurologique tardive et gravissime de la rougeole – la pan-encéphalite subaiguë sclérosante.

Ces décès rappellent la gravité des complications de la rougeole pour ces populations à risque et l'absence de traitement curatif efficace disponible.

Conclusion

Le bilan épidémiologique 2025 incite donc à renforcer les efforts de rattrapage vaccinal contre le ROR en sensibilisant les professionnels vaccinateurs à l'importance que chaque consultation soit l'occasion pour eux de vérifier le statut vaccinal et de prescrire le vaccin si besoin, en ciblant particulièrement les adolescents et jeunes adultes, ou encore en profitant de l'actuelle campagne de vaccination contre les papillomavirus et le méningocoque dans les collèges.

Il invite aussi au renforcement de la couverture vaccinale autour d'approches prioritaires territorialisées et ciblées notamment auprès de communautés éloignées du système de soins insuffisamment vaccinées à l'origine de foyers épidémiologiques.

Il est enfin l'occasion de rappeler que la vaccination contre le ROR constitue le meilleur moyen de se protéger soi-même mais aussi de protéger les personnes fragiles à risque de développer des formes graves tels que les nourrissons de moins d'un an, les femmes enceintes et les personnes immunodéprimées, qui ne peuvent recevoir un vaccin vivant atténué.

Afin de poursuivre l'objectif d'élimination du virus de la rougeole, une surveillance épidémiologique continue avec la caractérisation rigoureuse des foyers de cas groupés couplés à des efforts de rattrapage vaccinal, y compris autour des cas, restent essentiels pour contenir le risque épidémique et protéger les plus fragiles. Dans le contexte de mobilité internationale intensive et de forte circulation du virus à l'international, la vérification du statut vaccinal avant tout séjour à l'étranger est primordiale.

Documents utiles

Pour toute question concernant la vaccination, consulter le site « [Vaccination info service](#) » de Santé publique France et plus spécifiquement la vaccination contre la rougeole ([cliquer ici](#)). Santé publique France dispose également de documents de prévention spécifiques à destination des professionnels de santé et du grand public ([cliquer ici](#)) :

<p>Rougeole, oreillons, rubéole Les 5 bonnes raisons de se faire vacciner</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dépliant « Vaccination rougeole-oreillons-rubéole : 5 bonnes raisons de se faire vacciner » Ce dépliant explique aux parents pourquoi il faut faire vacciner tous les enfants et les adolescents contre la rougeole, les oreillons et la rubéole, trois maladies très contagieuses aux conséquences parfois graves. Il rappelle quand et où faire vacciner les enfants.
<p>STOP à l'épidémie de rougeole</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Affiche « STOP à l'épidémie de rougeole ». Cette affiche incite à se faire vacciner contre la rougeole. Elle s'adresse aux personnes nées à partir de 1980 pour leur conseiller de consulter leur carnet de santé afin de vérifier s'ils ont reçu une ou deux doses de vaccin, et s'ils n'en ont reçu qu'une, elle les invite à consulter leur médecin.
<p>ATTENTION ROUGEOLE!</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tract « Les rougeoles les plus graves ne sont pas toujours celles des tout-petits ». Ce tract incite à vérifier son carnet de santé et son statut vaccinal dans un contexte de recrudescence de la rougeole en France. Le document rappelle que la rougeole peut être sévère et conduire à l'hôpital dans un cas sur trois pour les malades entre 15 et 30 ans. • Dépliant « Recrudescence de la Rougeole - 2020 - Repères pour votre pratique ». Ce document, destiné aux professionnels de santé, permet de faire un point épidémiologique, clinique et diagnostique dans un contexte de recrudescence de la Rougeole en France.

Pour en savoir plus

- [Sur les données OMS : cliquez ici](#)
- [Sur la situation rougeole européenne ECDC : cliquez ici](#)

Remerciements

La surveillance de la rougeole est coordonnée par Santé publique France et le Centre National de Référence de la rougeole, des oreillons et de la rubéole.

Nous remercions vivement les partenaires de la surveillance de la rougeole en France :

- Les médecins et biologistes contribuant au signalement des cas et à l'envoi de prélèvements au CNR ;
- Les équipes des Agences régionales de santé contribuant chaque jour aux investigations des cas déclarés, au recueil des données et à l'envoi des signalements, avec le soutien des Cellules régionales de l'agence, et mettant en œuvre les mesures de gestion adaptées.

Équipe DMI-rougeole

Mireille Allemand, Fatima Aït El Belghiti, Céline François, Isabelle Parent du Châtelet, Laura Zanetti

CNR Rougeole Oreillons Rubéole

Julia Dina

Rédaction

Laura Zanetti

Direction des maladies infectieuses, Santé publique France

Validation

Judith Mueller, Isabelle Parent du Châtelet, Harold Noël et Bruno Coignard

Direction des maladies infectieuses, Santé publique France

Pour nous citer : Bilan annuel de la surveillance de la rougeole. Année 2025. Édition nationale. Bulletin. Saint-Maurice : Santé publique France, 21 p., mai 2026

Directrice de publication : Caroline Semaille

Date de publication : 18 mai 2026

Contact : dmi-rougeole@santepubliquefrance.fr , presse@santepubliquefrance.fr