



Date de publication : 08.07.2026

ÉDITION OCCITANIE

# Les maladies à signalement obligatoire en Occitanie en 2025

## SOMMAIRE

Les maladies à signalement obligatoire	4
Rougeole	8
Infections invasives à méningocoque	12
Leptospirose	16
Hépatite A	21
Listériose	25
Tularémie	28
Matériel et méthodes	32

## Points clés pour l'année 2025

### Rougeole

- 159 cas de rougeole (dont 12 cas importés) résidant en Occitanie ont été signalés, sans différence selon le sexe. Le sex-ratio H/F était de 0,92.
- Le taux d'incidence régional (calculé en excluant les cas importés de rougeole) était de 2,4 cas pour 100 000 habitants, supérieur à celui de France entière (1,1).
- Les enfants de moins de 1 an correspondaient à la tranche d'âge la plus touchée.
- Les situations de cas groupés de rougeole étaient plus fréquemment rencontrées dans les départements de l'Aude et du Tarn-et-Garonne.
- Parmi les cas, 90% étaient non vaccinés ou n'avaient reçu qu'une seule dose de vaccin.
- Une recrudescence des cas de rougeole est observée depuis 2024 en France comme en Occitanie.

### Infections invasives à méningocoque (IIM)

- 54 cas résidant en Occitanie ont été signalés. Le sex-ratio H/F était de 0,74.

- Le taux d'incidence régional était de 0,87 cas pour 100 000 habitants, inférieur à celui pour la France entière (0,92).
- Les sérogroupes les plus fréquents étaient le séro groupe B (48%) et W (28%), les autres étaient le séro groupe Y (17%) ou autre séro groupe ou non typé (7%).
- Les nourrissons de moins de 1 an et les enfants de 1 à 4 ans étaient les plus touchés (séro groupe B et et W).
- Aucune grappe de cas<sup>1</sup> ni zone de sur-incidence n'a été identifiée en 2025.
- L'augmentation du nombre de cas observée depuis 2023 en France et en Occitanie peut être en lien avec une diminution de l'immunité post-COVID-19 ainsi qu'à l'intensité de l'épidémie de grippe en 2024-2025.

## Leptospirose

- 33 cas résidant en Occitanie ont été signalés en 2025 qui était la 2<sup>e</sup> année complète de surveillance par le signalement obligatoire (depuis août 2023). Le sex-ratio H/F était de 2,8.
- Le taux d'incidence régional était de 0,53 cas pour 100 000 habitants en 2025, proche de celui de France hexagonale.
- La description des cas confirme le profil connu : prédominance masculine, 30-50 ans (même si exceptionnellement plusieurs cas pédiatriques ont été signalés), recrudescence estivale, sévérité potentielle.
- Le tableau clinique et le pourcentage d'hospitalisation, notamment en réanimation, soulignent la potentielle sévérité de cette pathologie.
- Les expositions à risque identifiées étaient : le contact avec des animaux domestiques ou sauvages, la présence de rongeurs au domicile ou travail, la pratique d'activités en eau douce, d'activités de jardinage/agricoles, d'activités professionnelles à risque, ou un retour récent de voyage.
- La comparaison avec les données du CNR suggère qu'il existe une sous-déclaration puisque 61% seulement des cas confirmés par le CNR en 2024 en Occitanie ont été signalés dans le système de surveillance des MSO.
- La gravité des cas décrits suggère un possible sous-diagnostic et une sous-déclaration des cas présentant des formes moins graves.

## Hépatite A

- 167 cas résidant en Occitanie ont été signalés, avec une recrudescence de cas d'hépatite A à l'échelle régionale et nationale sur cette année 2025. Le sex-ratio H/F était de 1,1.
- Parmi les expositions à risque documentées, les séjours dans les pays où la maladie est endémique représentaient la principale exposition à risque. A l'étranger, de nombreux cas d'hépatite A aiguë ont été signalés dans des populations exposées à des conditions sanitaires précaires dans plusieurs pays européens de l'Est depuis le mois de janvier 2025.
- Le taux d'incidence régional était de 2,7 cas pour 100 000 habitants, identique à celui de France entière.
- Les taux d'incidence étaient les plus élevés dans les Pyrénées-Orientales, le Tarn-et-Garonne et l'Hérault.

---

<sup>1</sup> [Droit national en vigueur - Textes consolidés - Légifrance](#)

« Les cas liés (ou grappes de cas) sont définis par la survenue de deux cas ou plus parmi des personnes présentant un lien épidémiologique (contacts proches ou présence dans une même collectivité ou un même groupe social) »

- La classe d'âge des enfants de 5 à 14 ans était la plus concernée.
- Depuis 2023, on note une augmentation progressive du taux d'incidence tant au niveau régional que national.

### Listériose

- 54 cas de listériose domiciliés en Occitanie ont été signalés en Occitanie. Le sex-ratio H/F était de 0,66.
- Le taux d'incidence était de 0,87 pour 100 000 habitants (légèrement supérieur au taux de 0,78 pour la France entière).
- Les taux d'incidence étaient les plus élevés en Lozère, en Ariège et dans le Gers, tenant compte que le nombre de cas est <5 dans chacun de ces départements.
- Le nombre annuel de cas de listériose non materno-néonatales est en augmentation nette en Occitanie en 2019 et 2021 alors qu'il augmente de façon constante en France. Le nombre de formes materno-néonatales est resté stable sur la période.

### Tularémie

- En 2025, 25 cas de tularémie domiciliés en Occitanie ont été signalés en Occitanie.
- 52% des cas étaient des hommes. Le sex-ratio H/F était de 0,52.
- Le taux d'incidence était de 0,40 pour 100 000 habitants (supérieur à la France hexagonale (0,21). Le département du Gers était le département avec le taux d'incidence le plus élevé (2,6 cas pour 100 000 habitants, N=5).
- La tranche d'âge la plus touchée était celles des 18-64 ans avec un taux d'incidence de 0,57 pour 100 000 habitants.
- Concernant les activités à risque, 80 % des cas rapportaient un contact avec des animaux (dont rongeurs et lièvres), 72 % pratiquaient une activité de plein air et 64% avaient eu un contact avec de la terre.
- L'augmentation du nombre de cas pourrait s'expliquer pour partie par une meilleure sensibilisation des professionnels de santé au diagnostic et au signalement de cette maladie.

# Les maladies à signalement obligatoire

[Dossier thématique](#)



En 2026, en France, 38 maladies à signalement obligatoire<sup>2</sup> (MSO) font l'objet d'une surveillance nécessaire à la conduite et à l'évaluation de la politique de santé publique. La plupart des MSO (n = 33) nécessitent une intervention urgente (Tableau 1).

Trente-six d'entre elles sont infectieuses et 2 sont non-infectieuses : le mésothéliome et le saturnisme chez les enfants mineurs.

**Depuis le 22 avril 2026, le signalement de 5 MSO est nominatif et dématérialisé. Ce signalement est à faire préférentiellement via le [portail de signalement](#) (en vert dans le tableau 1).**

Tableau 1. Liste des 38 MSO en 2025

Maladies nécessitant une intervention urgente dont la surveillance est nécessaire à la conduite et à l'évaluation de la politique de santé publique	
<a href="#">Botulisme</a>	<a href="#">Paludisme autochtone</a>
<a href="#">Brucellose</a>	<a href="#">Paludisme d'importation dans les DROM (DROM uniquement)</a>
<a href="#">Charbon</a>	<a href="#">Peste</a>
<a href="#">Chikungunya</a>	<a href="#">Poliomyélite</a>
<a href="#">Choléra</a>	<a href="#">Rage</a>
<a href="#">Dengue</a>	<a href="#">Rougeole</a>
<a href="#">Diptérie</a>	<a href="#">Rubéole</a>
<a href="#">Encéphalite à tiques (depuis Mai 2021)</a>	<a href="#">Saturnisme chez les enfants mineurs</a>
<a href="#">Fièvres hémorragiques africaines</a>	<a href="#">Schistosomiase (bilharziose) urogénitale autochtone</a>
<a href="#">Fièvre jaune</a>	<a href="#">Suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob et d'autres encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles humaines</a>
<a href="#">Fièvre typhoïde et fièvres paratyphoïdes</a>	
<a href="#">Hépatite aiguë A</a>	<a href="#">Toxi-infection alimentaire collective (Tiac)</a>
<a href="#">Infection invasive à méningocoque</a>	<a href="#">Tuberculose*</a> (incluant surveillance des résultats issus de traitement)
<a href="#">Légionellose</a>	<a href="#">Tularémie</a>
<a href="#">Leptospirose (depuis Août 2023)</a>	<a href="#">Typhus exanthématique</a>
<a href="#">Listériose</a>	<a href="#">West Nile virus (depuis Mai 2021)</a>
<a href="#">Orthopoxviroses dont la variole et le Mpox</a>	<a href="#">Zika</a>
Maladies dont la surveillance est nécessaire à la conduite et à l'évaluation de la politique de santé publique	
<a href="#">COVID-19 (données télétransmises, depuis 2023)</a>	<a href="#">Infection par le VIH quel qu'en soit le stade*</a>
<a href="#">Infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B (disponible sur demande à l'ARS du lieu d'exercice)</a>	<a href="#">Mésothéliome / Fiche Clinicien – Fiche Pathologiste</a>
	<a href="#">Tétanos</a>

\*Télédéclaration des signalements

<sup>2</sup> Le décret n°2023-700 du 31 juillet 2023 réforme le dispositif de signalement obligatoire de certaines maladies. De ce fait, l'ancienne terminologie maladie à déclaration obligatoire est remplacée par maladie à signalement obligatoire

La liste de ces maladies est susceptible d'évoluer en fonction de l'émergence de nouveaux agents pathogènes, de la résurgence d'anciennes maladies sur le territoire ou des besoins de la surveillance dictés par les politiques de santé publique au niveau national et international. Ainsi, les dernières maladies ajoutées à la liste sont la leptospirose (août 2023) et la COVID-19 (juillet 2023), avec comme spécificité pour cette dernière de reposer uniquement sur la collecte et la transmission des résultats de dépistage par les laboratoires de biologie (pas de déclaration individuelle des cas).

Le dispositif de surveillance repose sur l'implication de plusieurs acteurs (Figure 1) dont :

- **Les déclarants** : l'obligation de signalement concerne les médecins libéraux et hospitaliers, les biologistes, les responsables de laboratoires hospitaliers ou de laboratoires privés d'analyses de biologie médicale ; ainsi que les particuliers et les responsables de structures pour les Tiac uniquement.
- Les **centre nationaux de référence** (CNR), qui peuvent être sollicités pour la confirmation biologique et la caractérisation des souches qui leur sont adressées ;
- L'**Agence régionale de santé** (ARS) du lieu de résidence du cas (ou du lieu de repas pour les Tiac, ou du département d'analyse), destinataire des signalements/notifications et chargée de mettre en place les investigations et les mesures de contrôle et/ou d'actions correctives pour prévenir les risques de survenue de nouveaux cas ou d'épidémie.

Par exemple :

- L'organisation de l'antibioprophylaxie et de la vaccination des sujets en contact avec les cas d'infection invasive à méningocoque ;
- L'investigation des consommations alimentaires des personnes impliquées dans des Tiac pour identifier l'aliment ou les aliments en cause ainsi que les circonstances de contamination des malades ;
- La recommandation d'actions correctives sur un réseau d'eau chaude sanitaire dans un établissement recevant du public à l'origine de cas groupés de légionellose et la vérification de sa mise en œuvre et de son efficacité. Dans certains cas, la mise en place des actions correctives peut nécessiter la fermeture temporaire d'un établissement ;
- **Santé publique France**, en charge de coordonner le dispositif au niveau national et régional, d'apporter l'expertise aux ARS pour les investigations complexes, de réaliser le suivi épidémiologique pour étudier l'évolution de la situation et caractériser les populations affectées (facteurs socio-démographiques, facteurs de risque, expositions...). Ces éléments sont transmis aux pouvoirs publics accompagnés de recommandations sur les mesures à mettre en œuvre, et permettent d'adapter et d'évaluer les politiques de santé publique.

Par exemple :

- La prévention de l'infection à VIH ou de l'hépatite B aiguë
- La lutte contre le saturnisme infantile
- L'adaptation des stratégies vaccinales...

Figure 1. Schéma du dispositif de surveillance des maladies à signalement obligatoire



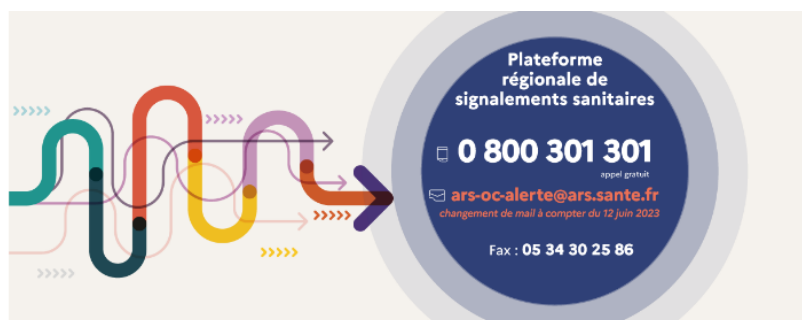
## Coordonnées pour le signalement des MSO :

## PLATEFORME REGIONALE DE RECEPTION DES SIGNAUX



**Nouveau !** Depuis le 22 avril 2026, 5 maladies à signalement obligatoire peuvent être signalées de façon dématérialisée (dengue, chikungunya, Zika, West Nile Virus, rougeole) directement depuis le Portail de signalement.

Page de dépôt sécurisée Blue Files : **BlueFiles : ALERTE Occitanie** ou envoi d'un Medimail sur : [ars-oc-alerte@ars.sante.fr](mailto:ars-oc-alerte@ars.sante.fr)



Les chiffres annuels des MSO (hors COVID-19 et paludisme d'importation dans les DROM) sont présentés dans le Tableau 2 pour les cas **résidant en Occitanie**, quel que soit le lieu de contamination ou de déclaration, avec une date de début des signes comprise entre 2021 et 2025.

Ainsi, l'ensemble des cas signalés dans la région n'est pas inclus dans l'analyse (exclusion des cas résidant en dehors de la région même si la contamination/exposition a eu lieu dans la région, des cas invalidés, dont les cas suspects).

**Tableau 2. Nombre annuel de MSO (hors COVID-19 et paludisme d'importation dans les DOM) par année de survenue, cas résidant en Occitanie, 2021-2025**

Maladie à signalement obligatoire	2021	2022	2023	2024	2025
Botulisme	0	1	2	0	0
Brucellose	0	1	1	2	1
Charbon	0	0	0	0	0
Chikungunya*	0	3	6	5	241
Choléra	0	0	0	0	0
Dengue*	34	59	264	446	237
Diptérie	2	2	3	3	0
Encéphalite à tique (depuis 2021)	0	0	1	2**	3
Fièvre hémorragiques africaines	0	0	0	0	0
Fièvre jaune	0	0	0	0	0
Fièvre typhoïde et fièvre paratyphoïdes*	2	0	9	6	10
Hépatite A (cf page 21)	29	35	50	92	167
Infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B		3	7	6	NC****
Infection invasive à méningocoque (cf page 12)	14	24	64	75	54
Infection par le VIH	282	309	288	272	NC****
Légionellose	152	156	171	189	168

Leptospirose (depuis août 2023) (cf page 16)			10	46	33
Listériose (cf page 25)	53	46	51	56	54
Mésothéliome***	12	17	27	29	18
Orthopoxviroses dont variole et le Mpox	0	144	4	30	10
Paludisme autochtone	0	0	0	0	1
Peste	0	0	0	0	0
Poliomyélite	0	0	0****	0	0
Rage	0	0	0	0	0
Rougeole (cf page 8)	3	1	9	75	159
Rubéole	0	0	0	0	0
Saturnisme chez les enfants mineurs	26	16	22	NC****	NC****
Schistosomiase (bilharziose) urogénitale autochtone	0	0	0	0	0
Suspicion de maladie de Creutzfeld-Jakob***	7	7	10	12	NC****
Tétanos	0	0	?	2	0
Toxi-infection alimentaire collective (Tiac)	109	193	217	***	***
Tuberculose maladie	292	272	368	308	NC****
Tularémie (cf page 28)	11	5	4	16	25
Typhus exanthématique	0	0	0	0	0
West-Nile virus* (depuis 2021)	0	0	0	12	9
Zika*	0	3	0	1	3

\* Uniquement de cas importés (= acquisition de la maladie hors France Hexagonale)

\*\* Cas domiciliés en Occitanie mais contamination hors de l'Occitanie

\*\*\* Chiffres sur les deux dernières années (2024-2025) non consolidés

\*\*\*\* Non communiqué

\*\*\*\*\*1 cas vaccinal (à l'étranger) domicilié en Occitanie, a été signalé en Occitanie mais non comptabilisé en France

Source : Maladies à signalement obligatoire, Santé publique France

# Rougeole

## Dossier thématique

### CRITERES DE SIGNALEMENT

**Cas clinique** : association d'une fièvre  $\geq 38,5^\circ$ , d'une éruption maculo-papuleuse et au moins un des signes suivants : toux, coryza, conjonctivite ou signe de Koplik.

**Cas confirmé biologiquement** (tout cas confirmé biologiquement quelle que soit la présentation clinique) :

- détection (en l'absence de vaccination récente) sérologique ou salivaire d'IgM (immunoglobulines type M) spécifiques de la rougeole ;
- séroconversion ou élévation (en l'absence de vaccination récente) de quatre fois au moins du titre des IgG sériques entre la phase aiguë et la phase de convalescence ;
- détection du virus par PCR ;
- culture positive.

**Cas confirmé épidémiologiquement** : cas qui répond à la définition d'un cas clinique et qui a été en contact dans les 7 à 18 jours avant le début de l'éruption avec un cas de rougeole confirmé.

[→ Lien vers la fiche de signalement](#)  
[→ Lien vers le portail de télédéclaration](#)

## Epidémiologie

La rougeole est une maladie très contagieuse due à un paramyxovirus dont le réservoir est exclusivement humain, avec un objectif de l'OMS d'élimination par la vaccination<sup>3</sup>. Elle se transmet par voie aérienne (gouttelettes respiratoires). La maladie débute par une fièvre, un catarrhe oculo-respiratoire et une asthénie, puis survient l'éruption cutanée. Le délai moyen d'apparition de l'éruption après exposition est de 14 jours (de 7 à 18 jours). Une personne est contagieuse 5 jours avant l'éruption cutanée et 5 jours après.

## Vaccination

La vaccination contre la rougeole-oreillons-rubéole (ROR) est obligatoire pour tous les enfants nés depuis le 1er janvier 2018. La première dose est administrée à l'âge de 12 mois et la seconde entre 16 et 18 mois. Les personnes nées depuis 1980 devraient avoir reçu au total deux doses de vaccin trivalent ROR.

## Nombre de cas et taux d'incidence en Occitanie

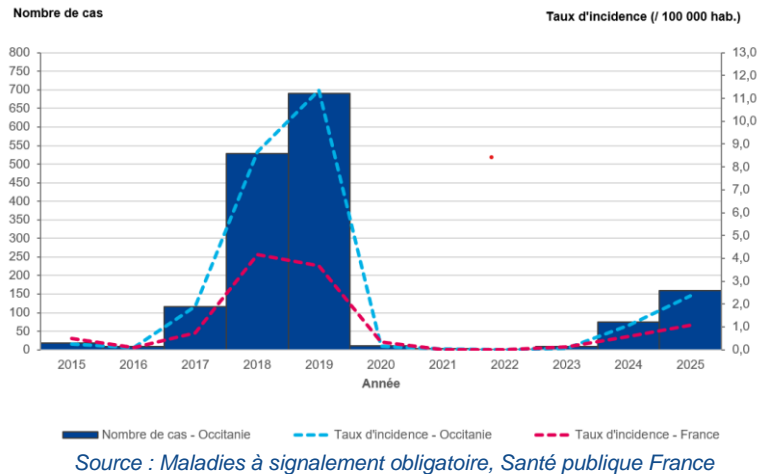
En 2025, 203 cas suspects de rougeole résidant en Occitanie ont été signalés (soit 18,9 % des cas signalés en France entière). Après exclusion des cas ne répondant pas aux critères de la MSO, **159 cas** résidant en Occitanie **ont été retenus dont 12 cas importés**.

Le taux d'incidence régional (calculé en excluant les cas importés, soit 147 cas autochtones) était de 2,37 cas pour 100 000 habitants, supérieur à celui de France entière (1,09).

<sup>3</sup> absence de transmission du virus de la rougeole dans une région donnée pendant une période  $\geq 12$  mois, en présence d'un système de surveillance de qualité

## Description temporelle

**Figure 2 : Évolution annuelle du nombre de cas de rougeole, importés et autochtones, signalés et domiciliés en Occitanie et taux d'incidence brut annuels en Occitanie et en France entière, 2015-2025**

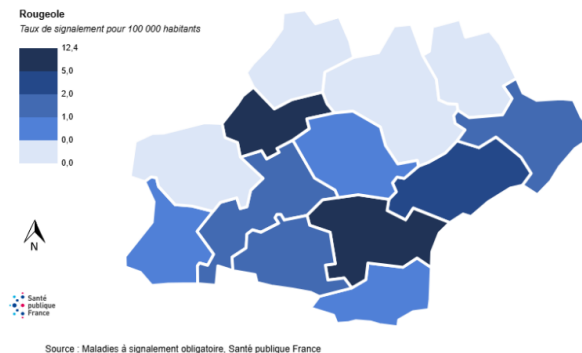


En 2024-2025, le nombre de cas de rougeole signalés était en augmentation par rapport aux années précédentes.

## Description géographique

**Figure 3 : Taux d'incidence brut des cas autochtones de rougeole signalés en 2025 par département de résidence, Occitanie (N =147)**

Les départements avec les taux d'incidence (pour 100 000 habitants) les plus élevés étaient l'Aude (12,4, N=47 cas), et le Tarn-et-Garonne (9,7, N=26), en lien pour ces deux départements, avec des situations de cas groupés de rougeole.

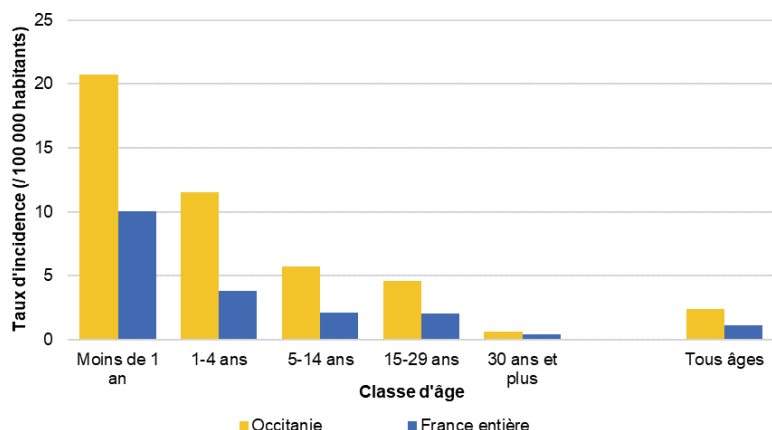


## Description des cas

### Âge et sexe

- 76 cas étaient de sexe masculin (48 %), soit un sex-ratio H/F de 0,92
- L'âge médian était de 13,5 ans (min-max = 0 - 43 ans)

**Figure 4 : Taux d'incidence brut des cas autochtones de rougeole signalés par classe d'âge en Occitanie (N=147) et en France entière (N=745), 2025**



Les nourrissons de moins de 1 an étaient les plus touchés.

Source : Maladies à signalement obligatoire, Santé publique France



## Biologie

Parmi les 159 cas de rougeole signalés, 87% étaient confirmés biologiquement (N=138).



## Hospitalisation

34% des 159 cas ont été hospitalisés (N=54 dont 2 en réanimation), (contre 37% au niveau national)



## Complications et décès

15% (N=23) des cas ont eu des complications dont 10 pneumopathies, 1 encéphalite, 0 décès



## Cas groupés en 2025 en Occitanie

Plusieurs foyers de cas groupés ont été observés entre mars et août 2025 :

- En Haute-Garonne : Un premier foyer de 6 cas groupés de rougeole est survenu dans un établissement scolaire en mai-juin ;
- Dans l'Hérault : Plusieurs cas groupés se sont déclarés initialement dans une communauté au sein d'une cité (foyer de 12 cas), puis dans plusieurs cercles familiaux (20 cas au total) entre mars et mai ;

Plusieurs cas groupés au sein de deux communautés de gens du voyage ont également été investigués :

- Dans l'Aude, un foyer de 35 cas signalé a été investigué entre fin mai et juillet avec une diffusion au-delà de la communauté dans le même secteur géographique. L'âge des cas s'étendait de 9 mois à 43 ans. Dix cas ont été hospitalisés, principalement des enfants.
- Dans le Tarn-et-Garonne, un autre foyer de 18 cas signalé a été investigué entre mai et août. L'âge des cas s'étendait de 9 mois à 37 ans. Trois cas ont été hospitalisés ;

L'origine de la contamination des cas index n'a pas été retrouvée.

Dans ces communautés, environ 90% des cas étaient non vaccinés ou ne connaissaient pas leur statut vaccinal.

Pour chacune de ces situations, des mesures ont été prises par l'ARS Occitanie : contact tracing, vaccination post-exposition ou campagne de rattrapage vaccinal, distribution de kits salivaires,

communication locale, sensibilisation des parents, des professionnels des structures d'accueil de la petite enfance, des centres de loisirs, et des professionnels de santé du secteur.

Des offres de vaccination au sein de ces communautés en lien avec les médiateurs ont été également proposées.

Des messages d'information et de prévention ont été diffusés par courrier aux parents et aux 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.

## Vaccination

10% vaccinés 2 doses (N=15/147 éligibles à la vaccination) et 90% non vaccinés ou vaccinés 1 dose

A noter qu'en 2025, la couverture vaccinale ROR (2 doses) est estimée à 87,5 % chez les enfants à l'âge de 33 mois dans la région. Les couvertures vaccinales ROR (2 doses) étaient estimées à 86,4% pour l'Aude et à 89,4% pour le Tarn-et-Garonne. A noter que la couverture vaccinale des enfants chez les gens du voyage n'est probablement pas incluse dans ces données car ils ne sont pas recensés. Ces couvertures se situent en dessous de l'objectif de 95 % nécessaire pour interrompre la circulation du virus de la rougeole.

## Interprétation

L'Occitanie fait partie des régions pour lesquelles le nombre de cas de rougeole est en augmentation depuis 2024. Plusieurs départements étaient concernés (l'Aude et le Tarn-et-Garonne), notamment en raison de la survenue de cas groupés de rougeole dans des populations non vaccinées.

Depuis 2024, la France a également été marquée par la recrudescence post-COVID-19 de la rougeole, qui s'est intensifiée en 2025 en nombre de cas (+80%) ainsi qu'une augmentation du nombre de situations de cas groupés (+70%), potentiellement favorisée par des épidémies dans des pays ayant des échanges fréquents avec la France (Maroc, Roumanie). On note également depuis 2024, à l'international, une reprise de la circulation du virus de la rougeole dans de nombreux pays<sup>4</sup>.

En Occitanie, le taux d'incidence le plus élevé a été constaté chez les enfants de moins d'un an (20,8 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, sont particulièrement exposés. Cette tendance est similaire en France où les nourrissons sont également les plus touchés par la rougeole.

L'âge médian de 14 ans montre que la rougeole n'est pas une maladie touchant uniquement les enfants en bas âge contrairement aux idées reçues et la sévérité de la rougeole est soulignée par la proportion importante de cas hospitalisés.

Des actions de communications sont encore nécessaires pour favoriser l'adhésion à la vaccination dans notre région.

## Pour en savoir plus

[Dossier thématique rougeole de Santé publique France](#)

[Bilan national Rougeole en France en 2025](#)

[Vaccination en Occitanie. Bilan de la couverture vaccinale en 2025](#)

[Rougeole | Vaccination Info Service](#)

[CNR des virus de la rougeole, rubéole et oreillons - CHU Caen Normandie](#)

[Rougeole : Données de la déclaration obligatoire — Odissé](#)

---

<sup>4</sup> [Rougeole en Europe - décembre 2025](#) et [Rougeole - Maroc](#)

## Infections invasives à méningocoque

Dossier thématique

### CRITERES DE SIGNALEMENT

Un cas est défini par la présence d'au moins un des critères suivants :

- isolement bactériologique de méningocoques ou PCR positive à partir d'un site normalement stérile (sang, LCS, liquides articulaire, pleural, péritonéal, péricardique, chambre antérieure de l'œil ...) ou à partir d'une lésion cutanée purpurique ;
- présence de diplocoques Gram négatif à l'examen microscopique du LCS ;
- LCS évocateur de méningite bactérienne et éléments purpuriques cutanés ;
- présence d'un purpura fulminans (purpura dont les éléments s'étendent rapidement en taille et en nombre, avec au moins un élément nécrotique ou ecchymotique de plus de trois millimètres de diamètre, associé à un syndrome infectieux sévère, non attribué à une autre étiologie).

→ [Lien vers la fiche de signalement](#)

### Epidémiologie

Les infections invasives à méningocoque (IIM) sont dues à *Neisseria meningitidis* dont le réservoir est exclusivement humain (personne malade ou asymptomatique).

La transmission s'effectue de personne à personne, par contact direct répété et prolongé (>1 heure/sur 24h, <1 mètre en face à face) avec les sécrétions rhino-pharyngées.

La période d'incubation est de 1 à 10 jours. La période de contagiosité commence 7 jours avant l'apparition des symptômes et se poursuit jusqu'à 24 heures après le début d'un traitement efficace.

Les IIM se manifestent sous forme de méningite associant un syndrome infectieux (fièvre, céphalées, vomissements...) et un syndrome méningé (raideur de nuque, trouble de la conscience...) ou sous forme de méningococcémie (dissémination de la bactérie dans la circulation sanguine et dans l'organisme).

La forme la plus sévère d'IIM est le purpura fulminans, caractérisé par un choc septique et un purpura rapidement extensif.

Il existe des présentations atypiques plus rares (arthrites, péricardites septiques, symptômes gastro-intestinaux, hypotonie axiale chez le nourrisson, douleurs dans les jambes chez l'enfant).

### Vaccination

La vaccination est le moyen le plus efficace pour prévenir ces infections. En 2023 et 2024, seule la vaccination contre les IIM C était rendue obligatoire pour les moins de 2 ans et celle contre les IIM B était recommandée.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2025, de [nouvelles obligations](#) renforcent la protection des nourrissons et contribuent à réduire la transmission de ces infections graves rendant obligatoire la vaccination contre les infections à méningocoques ACWY et B.

## Nombre de cas et taux d'incidence en Occitanie

En 2025, **54 cas d'infections invasives à méningocoque (IIM)** résidants en Occitanie ont été signalés (soit 8,6 % des cas signalés en France entière).

Le taux d'incidence était de 0,87 pour 100 000 habitants, proche du taux national (0,92).

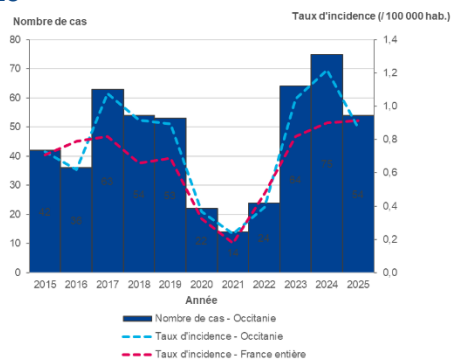
Aucune grappe de cas<sup>5</sup> ni zone de sur incidence n'ont été identifiées en 2025.

<sup>5</sup> Page 9 de l'instruction avec définition de grappe : [Droit national en vigueur - Textes consolidés - Légifrance](#)

## Description temporelle

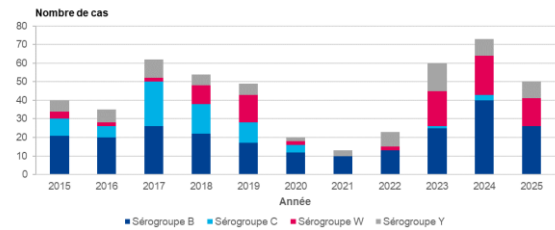
Après une diminution du nombre de cas d'IIM durant la pandémie COVID-19 (du fait de la mise en place des gestes barrières) le nombre de cas est revenu à des niveaux prépandémiques. Une recrudescence des cas est observée en 2023-2024 et en 2025, le nombre de cas est de nouveau à la baisse. Les taux d'incidence d'IIM en 2023 et 2024 en Occitanie étaient supérieurs aux taux d'incidence de la période 2015-2019, notamment en lien avec l'augmentation des sérogroupes B et W avec un retour à la normale en 2025 (Figure 5 et 6).

**Figure 5. Évolution annuelle du nombre de cas d'IIM domiciliés en Occitanie et taux d'incidence bruts annuels en Occitanie et en France entière, 2015-2025**



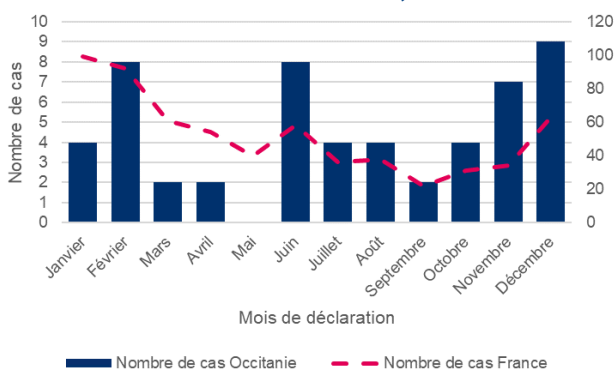
Source : Maladies à signalement obligatoire, Santé publique France

**Figure 6. Évolution annuelle du nombre de cas d'IIM par séro groupe en Occitanie, 2015-2025**



Source : Maladies à signalement obligatoire, Santé publique France

**Figure 7 : Évolution mensuelle du nombre de cas d'IIM en Occitanie et en France entière, 2025**



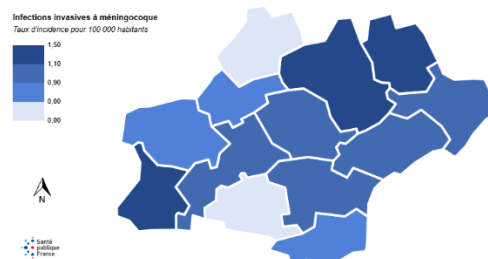
Source : Maladies à signalement obligatoire, Santé publique France

On note une saisonnalité hivernale avec un nombre de cas plus important en décembre et février, une augmentation des cas est notée depuis le mois d'octobre.

## Description géographique

Les départements avec des taux d'incidence (pour 100 000 habitants) les plus élevés étaient l'Aveyron (1,4, N=4), la Lozère (1,3, N=1) et les Hautes-Pyrénées 1,3, N=3).

**Figure 8 : Taux d'incidence brut des cas d'IIM en 2025 par département de résidence, Occitanie (N total =54)**



Source : Maladies à signalement obligatoire, Santé publique France

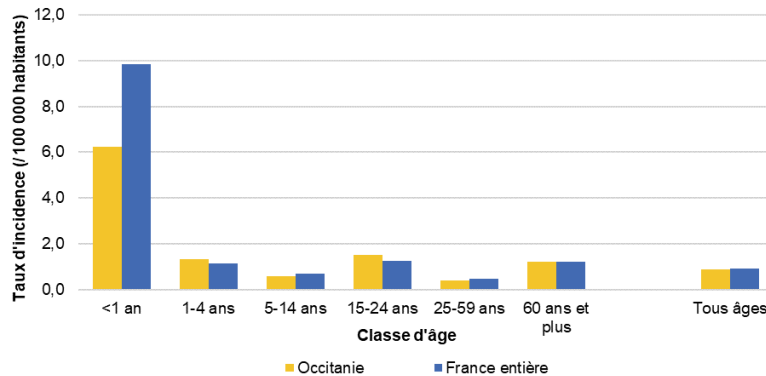
## Caractéristiques des cas



### Âge et sexe

- 23 cas étaient de sexe masculin (43 %), soit un sex-ratio H/F de 0,74.
- L'âge médian était de 54 ans (min-max = 2 mois - 92 ans).

**Figure 9 : Taux d'incidence brut des cas d'IIM par classe d'âge en Occitanie et en France entière, 2025 (N=54)**



Les classes d'âge les plus touchées étaient :

- les nourrissons de moins de 1 an,
- les enfants de 1 à 4 ans,
- les 15-24 ans.

Source : Maladies à signalement obligatoire, Santé publique France



### Biologie

Les sérogroupes les plus fréquents étaient les sérogroupes B (n = 26 ; 48%) et W (n = 15 ; 28%), les autres étaient le séro groupe Y (17%) ou autre séro groupe ou non typé (7%).



### Clinique

Concernant les cas pour lesquels l'information était disponible (N=44) :

- Éléments purpuriques cutanées : 41 %
- Signes de choc : 36 %
- Purpura fulminans : 13 %



### Décès et complications

Des complications ont été identifiées pour 4 cas avec séquelles rénales ou nécrose des extrémités.

7 décès ont été signalés : IIM B pour 2 cas, IIM W pour 1 cas, IIM O pour 1 cas et les 3 autres non typés.

## Vaccination / Prévention

En prévention dans l'entourage proche des cas ou au sein des collectivités fréquentées :



- Des antibiotiques en prophylaxie ont été indiqués pour 248 personnes (min = 1 ; max = 19)



- La vaccination a été proposée à 38 personnes (min = 0 ; max = 7).

A noter qu'en 2025, en Occitanie, 78,4 % des nourrissons (âgés de 21 mois) étaient vaccinés contre le méningocoque C ou ACWY, et seulement 14,9 % chez les 11-14 ans, 6,1 % chez les 15-24 ans. Malgré une hausse, ces couvertures vaccinales restent inférieures à l'objectif des 95 % recommandé par l'OMS.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2025, la vaccination tétravalente contre les méningocoques ACWY est **obligatoire chez tous les nourrissons** en remplacement de la vaccination contre les méningocoques C en raison de l'effondrement de l'incidence des infections invasives à méningocoques (IIM) C dû à la vaccination, de l'émergence d'IIM W et Y, et de la disponibilité du vaccin quadrivalent. La vaccination tétravalente contre les méningocoques ACWY est désormais **recommandée chez tous les adolescents** du fait de l'épidémiologie.

## Interprétation

Une recrudescence des IIM est observée depuis 2023 tant en région Occitanie qu'au niveau national. En France, elle est principalement portée par les sérogroupes W et Y à des niveaux bien plus élevés qu'avant la pandémie, et par le séro groupe B à des niveaux légèrement supérieurs à ceux observés avant la pandémie.

Ce rebond des IIM a été observé dans de nombreux pays et s'explique après la pandémie COVID-19 par la reprise des contacts sociaux, l'absence des gestes barrières qui ont eu un impact sur l'ensemble des pathogènes à transmission respiratoire.

On note une disparité départementale au sein de la région : l'Aveyron, la Lozère et les Hautes-Pyrénées étant les départements avec les taux d'incidence les plus élevés, fluctuations à interpréter avec prudence en raison des petits effectifs.

Ce rebond d'IIM est probablement multifactoriel et pourrait être lié à la diminution de l'immunité dans la population moins exposée aux méningocoques entre 2020 et 2022, à l'expansion de nouveaux clones de méningocoque, et à la reprise de la transmission des virus respiratoires en particulier le virus de la grippe qui peut favoriser le passage du portage pharyngé à l'invasion bactérienne méningée, notamment lors de la saison 2024-2025 au cours de laquelle l'épidémie de grippe a été intense<sup>6,7</sup>.

## Pour en savoir plus

Dossier thématique sur le site de Santé publique France : [IIM](#)

Bilan national 2025 de Santé publique France : [Bilan national Infections invasives à méningocoques en France en 2025](#)

CNR des IIM : [Centre National de Référence des Méningocoques et haemophilus influenzae - Institut Pasteur](#)

Information sur la vaccination :

[Méningites et septicémies à méningocoques | Vaccination Info Service](#)

[Vaccination en Occitanie. Bilan de la couverture vaccinale en 2024.](#)

Données détaillées départementales : [Infection Invasive à Méningocoque : Notifications \(Département\) — Odissé](#)

---

<sup>6</sup> Taha S, Hong E, Denizon M, Falguières M, Terrade A, Deghmane AE, et al. The rapid rebound of invasive meningococcal disease in France at the end of 2022. *J Infect Public Health.* 2023;16(12):1954-60.

<sup>7</sup> [Surveillance de la grippe en France hexagonale, saison 2024-2025 | Santé publique France](#)

# Leptospirose

## Dossier thématique

### CRITERES DE SIGNALEMENT (pathologie à signalement obligatoire depuis août 2023)

**Tableau clinique** évocateur de Leptospirose **ET au moins un des critères biologiques** suivants :

- RT-PCR positive (cas confirmé)
- test MAT positif (cas confirmé)
- séroconversion OU augmentation x4 des IgM sur 2 prélèvements distants (1 à 3 semaines plus tard) (cas confirmé)
- IgM Elisa positive (cas probable)

→ [Lien vers la fiche de signalement](#)

## Epidémiologie

La leptospirose est une zoonose mondiale à dominance tropicale due à des bactéries leptospires. Le genre *Leptospira* comprend 22 espèces, dont 10 pathogènes, et plus de 300 sérovars regroupés en au moins 24 sérogroupes.

Elle se transmet à l'homme par contact de la peau lésée ou d'une muqueuse avec de l'urine d'animaux porteurs de l'infection ou d'un environnement (eau douce, terre humide) contaminé par cette urine.

La présentation clinique est variée, allant d'un syndrome grippal bénin dans la majorité des cas jusqu'à un tableau de défaillance multiviscérale. L'incubation moyenne est entre 5 et 14 jours (extrême entre 2 à 30 jours).

## Vaccination et mesures de prévention

La leptospirose se prévient par des mesures de contrôle collectives (dératisation/ contrôle des populations d'animaux, gestion des effluents, drainage) et individuelles (protection contre les contacts avec les eaux ou sols contaminés).

En complément, la vaccination est réservée à certaines catégories professionnelles à risque (égoutiers, éboueurs, professionnels du canyoning...) et aux personnes pratiquant des activités récréatives à risque (activités nautiques, jardinage...). Le vaccin ne protège que contre la forme *Leptospira icterohaemorrhagiae*.

## Nombre de cas et taux d'incidence en Occitanie

En 2023 (entre août et décembre), après la mise sous surveillance obligatoire de cette pathologie, 10 cas résidant en Occitanie ont été signalés (soit 5,6 % des cas signalés en France hexagonale).

L'année 2024 est la première année complète de surveillance en tant que MSO. **En 2024, 46 cas de leptospirose** résidant en Occitanie ont été signalés<sup>8</sup> (soit 10,4 % des cas signalés en France hexagonale). Le taux d'incidence était de 0,75 /100 000 habitants (en France hexagonale = 0,67/100 000 hab.). La même année, le CNR a diagnostiqué 76 cas en Occitanie<sup>9</sup> ce qui indique une sous-déclaration par le système des MSO (46/76 = 61 % des cas signalés).

**En 2025, 33 cas de leptospirose** résidant en Occitanie ont été signalés<sup>10</sup> (soit 12,0 % des cas signalés en France hexagonale). Le taux d'incidence était de 0,53 /100 000 habitants (en France hexagonale = 0,41/100 000 hab.).

**Le reste de cette analyse portera sur l'ensemble des 79 cas probables et confirmés signalés en 2024 et 2025**

<sup>8</sup> 3 cas supplémentaires ont également été signalés en Occitanie en 2024 mais sans y résider. Ils sont exclus de cette analyse.

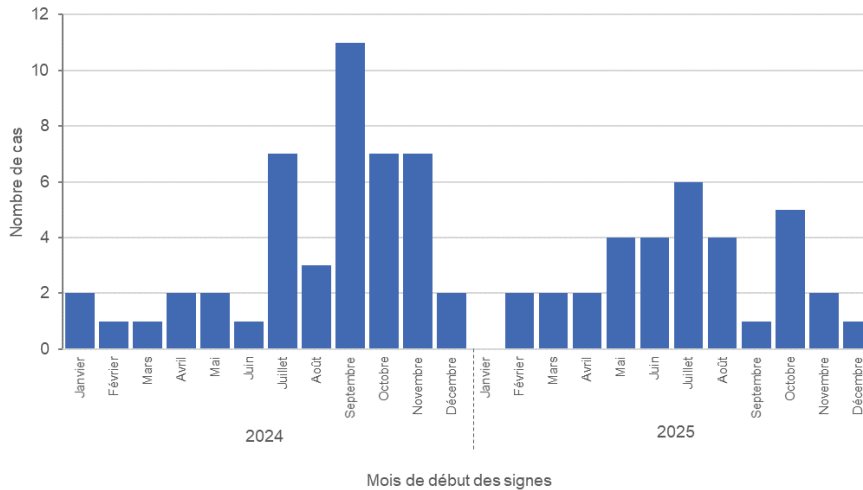
<sup>9</sup> Rapport 2024 du CNR : [Document1](#)

<sup>10</sup> 2 cas supplémentaires ont également été signalés en Occitanie en 2025 mais sans y résider. Ils sont exclus de cette analyse.

## Description temporelle

On observe une saisonnalité estivale, avec un pic au mois de septembre en 2024 et au mois de juillet en 2025.

**Figure 10 : Nombre de cas de leptospirose signalés résidant en Occitanie par mois de début des signes, 2024-2025 (N=79)**

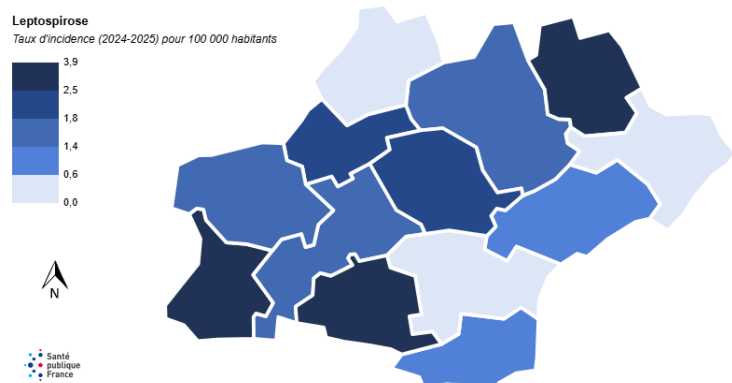


Source : Maladies à signalement obligatoire, Santé publique France

## Description géographique

**Figure 11 : Taux d'incidence brut des cas de leptospirose signalés en 2024 et 2025 par département de résidence, Occitanie (N=79)**

Les départements avec des taux d'incidence 2024-2025 (pour 100 000 habitants) les plus élevés étaient la Lozère (3,9 ; N=3), les Hautes-Pyrénées (3,9 ; N=9), et l'Ariège (2,6 ; N=4).



Source : Maladies à signalement obligatoire, Santé publique France

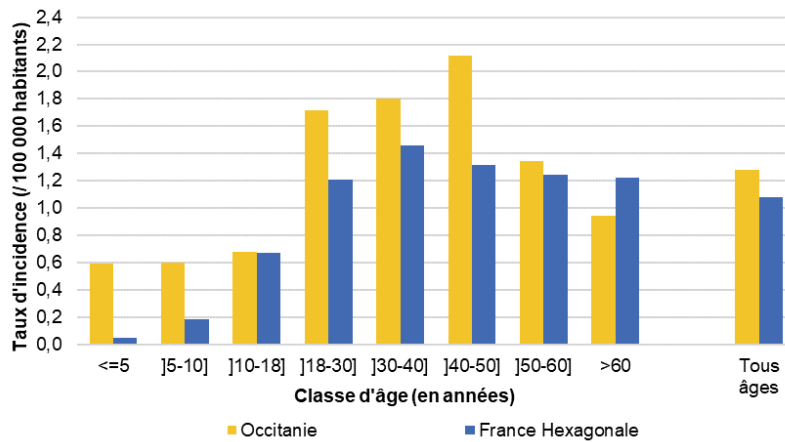
## Description des cas

### Âge et sexe

73 % des cas étaient de sexe masculin (contre 79% en France hexagonale), soit un sex-ratio H/F de 2,8.

L'âge médian était de 43 ans (min-max = 4-81 ans), contre 48 ans en France hexagonale.

**Figure 12 : Taux d'incidence brut des cas de leptospirose signalés par classe d'âge résidant en Occitanie et en France hexagonale, 2024-2025 (N=79)**



Le taux d'incidence était le plus élevé chez les personnes âgées de 40 à 50 ans (n=16).

Le taux d'incidence chez les enfants était plus élevé en Occitanie qu'en France hexagonale puisque parmi les 9 cas de 10 ans ou moins signalés au niveau national, 4 résidaient en Occitanie.

Source : Maladies à signalement obligatoire, Santé publique France



## Biologie

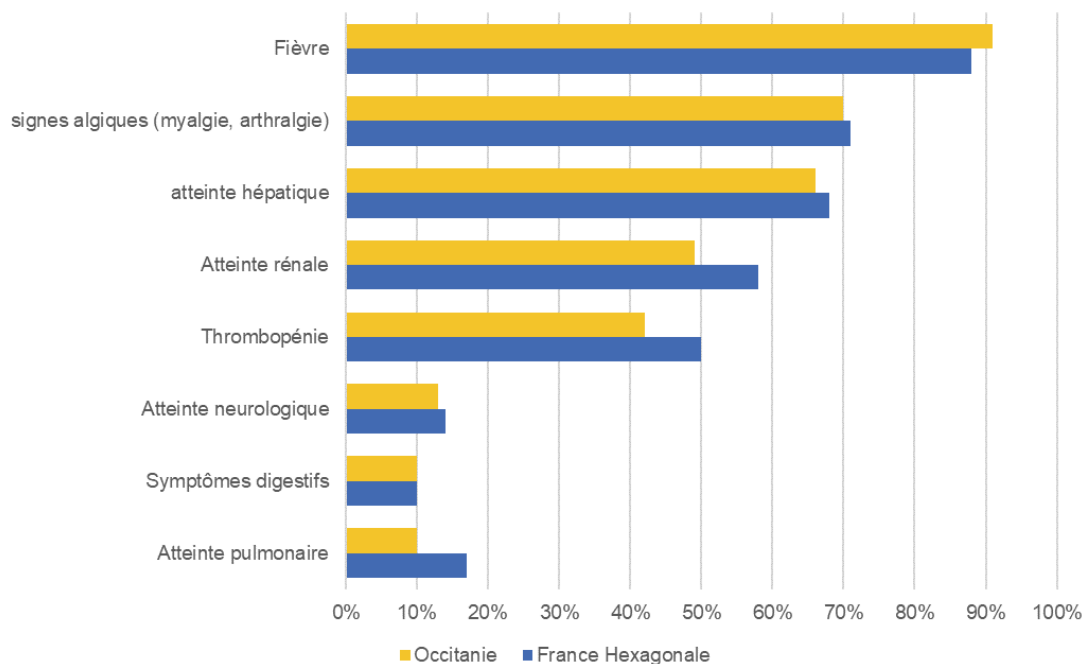
75 % des cas étaient confirmés biologiquement (74 % en France hexagonale)

Pour 34 % des cas (n=27), des données de typage du CNR étaient disponibles (41 % en France hexagonale). Parmi ces cas, 7 présentaient une souche isolée appartenant à l'espèce *L. interrogans* séro groupe Icterohaemorrhagiae, 12 à l'espèce *L. Kirschneri* (dont 3 au séro groupe Grippotyphosa).



## Clinique

**Figure 13 : Signes cliniques déclarés au moment du signalement par les cas de leptospirose résidant en Occitanie et en France hexagonale, 2024-2025 (N=79)**



Source : Maladies à signalement obligatoire, Santé publique France

## Hospitalisation

77 % des cas étaient hospitalisés (n=61 dont 51 cas confirmés et 10 cas probables), 28 % en réanimation (n=22, soit 36% des cas hospitalisés).

Parmi les 22 cas en réanimation, l'âge médian était de 62 ans (min. : 8, max. : 81), 86% étaient des hommes. Ils présentaient principalement des atteintes rénales (68 %) et hépatiques (59 %).

 **Décès** : Aucun décès signalé (9 décès en France hexagonale).

## Description des expositions à risque dans les 21 jours précédant le début des signes

### Activités professionnelles

Parmi les 67 cas pour lesquels la profession était renseignée (85 %), 20 (30%) présentaient des activités professionnelles avec un risque avéré ou potentiel d'exposition (si exercé dans un environnement humide ou infesté de rongeurs) :

- 7 dans l'agriculture ;
- 5 dans le bâtiment et travaux publics ;
- 4 dans la logistique, le stockage et la manutention ;
- 2 dans l'entretien / environnement extérieur (espaces verts, forêts) ;
- 1 dans l'encadrement nautique en eau douce ;
- 1 dans les secours ;

D'autres activités étaient fréquentes mais sans risque d'exposition particulier identifié : 24 % sans activités professionnelles (n=16) (étudiants/scolaires, sans emploi, congés parental), 15 % de retraités (n=10).

### Voyage

23 % des cas avaient voyagé à l'étranger ou dans les outremer (n=18).

Les cas revenaient d'Europe du sud (n=6), d'Asie du sud-est (n=6), d'Amérique centrale (n=2), d'Asie méridionale (n=1), d'Afrique du nord-est (n=1) et des Antilles Françaises (n=1).

### Contact avec des animaux

65 % ont eu un contact avec des animaux domestiques ou sauvages (n=51), (dont rats 24 %, chiens 25 %, chats 11 %).

58 % signalaient la présence de rongeurs au domicile et/ou au travail (n=46).

### Activités à risque

35 % pratiquaient une activité liée à l'agriculture ou au jardinage (n=28). Cette activité avait été pratiquée exclusivement en Occitanie.

44 % rapportaient des activités impliquant un contact avec de l'eau douce (n=35), notamment une baignade (n=18), une activité sportive aquatique (n=7) ou la pêche (n=4). Ces activités avaient été pratiquées en Occitanie (n=15), à l'étranger (n=11), dans les DROM (n=2) et dans d'autres départements de France hexagonale (n=1) (n=6 départements inconnus).

## Vaccination



1 cas indiquait être vacciné antérieurement à la maladie (3 doses).



## Cas groupés en Occitanie

En 2024-2025, deux épisodes de cas groupés ont été identifiés :

- Un dans l'Hérault en 2024 : trois cas confirmés, âgés entre 5 et 10 ans, exposés à une baignade en eau douce et à la présence de rongeurs dans le jardin du domicile. Un cas probable chez un adulte était également identifié plusieurs semaines après avec une activité de pêche sur la même commune ;
- Un en Lozère en 2024 : deux cas adultes exposés à une activité de canyoning dans les gorges de Tapoul, un moniteur de canyoning résidant en Lozère et un touriste résidant en Ile-de-France ;

De plus, en Haute-Garonne en 2025, quatre cas pratiquant le kayak autour de Toulouse ont été signalés entre février et juin 2025 entraînant des actions de sensibilisation. Ces cas étant espacés dans le temps et ayant des expositions multiples, la notion de cas groupés n'a toutefois pas pu être validée.

## Interprétation

L'inscription de la leptospirose sur la liste des maladies à signalement obligatoire en août 2023 a conduit au signalement de 89 cas résidant en Occitanie depuis cette date jusqu'à la fin 2025 (10 cas en 2023, 46 cas en 2024 et 33 cas en 2025).

Le taux d'incidence en Occitanie est légèrement supérieur mais proche du taux en France hexagonale. La description des cas confirme le profil connu : prédominance masculine, 30-50 ans (même si exceptionnellement plusieurs cas pédiatriques ont été signalés en Occitanie), recrudescence estivale, sévérité potentielle (28% en réanimation). Les expositions à risque identifiées étaient le contact avec des animaux, la présence de rongeurs, les activités en eau douce, les activités de jardinage/agricoles, les activités professionnelles à risque et les voyages.

La comparaison du nombre de signalements par le système de signalement obligatoire en 2024 en Occitanie (n=46) avec les données du Centre National de Référence de la leptospirose au cours de la même année dans cette région (n=76) montre que seulement 61% des cas pour lesquels une analyse est réalisée au CNR a fait l'objet d'un signalement à l'ARS et à Santé publique France. Ce pourcentage sera suivi avec attention en 2025 (données 2025 du CNR non encore publiées) et au cours des années suivantes. Il traduit une probable sous-déclaration des cas dans le système des maladies à signalement obligatoire.

De plus, la gravité des cas décrits, en termes de fréquence d'hospitalisation, de réanimation et de tableaux cliniques, pourrait suggérer un biais de signalement avec des cas signalés plus graves que les cas non signalés. Ce biais pourrait être lié à une sous-déclaration des cas les moins graves mais également potentiellement à un sous-diagnostic. Une sensibilisation accrue des professionnels de santé au diagnostic et au signalement des cas de leptospirose apparaît nécessaire.

## Pour en savoir plus

Dossier thématique sur le site de Santé publique France : [Leptospirose](#)

CNR de la leptospirose : [Centre National de Référence de la Leptospirose - Institut Pasteur](#)

Bilan national 2024 de Santé publique France : [Leptospirose en France en 2024. Données du signalement obligatoire.](#)

Informations sur la maladie destinées aux professionnels de santé : [fiche de sensibilisation.](#)

Information sur la vaccination : [Leptospirose | Vaccination Info Service](#)

# Hépatite A

## Dossier thématique

### CRITERES DE SIGNALEMENT

Présence d'IgM anti-VHA dans le sérum

→ [Lien vers la fiche de signalement](#)

## Epidémiologie

Le virus de l'hépatite A (VHA) est exclusivement humain. Il est présent dans les selles de personnes infectées.

Il se transmet de personne à personne, le plus souvent par les mains, ou par consommation d'eau ou d'aliments consommés crus contaminés lors de la production ou de la préparation par une personne infectée excrétrice.

Le plus souvent, l'hépatite A n'est pas ou peu symptomatique. Lorsque des symptômes apparaissent après une période d'incubation de 15 à 50 jours (30 jours en moyenne), il s'agit le plus souvent d'une fièvre et d'une fatigue (asthénie) importante pouvant être associés à des nausées, des douleurs abdominales suivies d'une coloration jaune de la peau (ictère).

Des formes sévères ou fulminantes pouvant évoluer vers une insuffisance hépatique terminale ou défaillance hépatique sont également possibles mais les décès sont rares.

L'excrétion virale dans les selles est de 3 à 10 jours avant l'apparition des signes et ne dépasse pas 3 semaines après le début des signes.

## Vaccination et mesures de prévention

### Pré-exposition

La prévention de l'hépatite A est basée sur l'hygiène des mains et la vaccination.

Actuellement, la vaccination est recommandée aux personnes à risque de développer une maladie sévère ou particulièrement exposées au virus, comme par exemple les voyageurs, les professionnels de la petite enfance et du handicap, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (recommandations détaillées en suivant le lien : [Hépatite A | Vaccination Info Service](#)).

### Post-exposition

Les personnes vivant sur le même toit qu'un cas confirmé, dans un délai maximal de 14 jours après le dernier contact avec le cas, peuvent être éligibles à la vaccination si :

- n'ont pas été vaccinées contre cette maladie dans le passé ;
- sont nées après 1945 ;
- n'ont jamais eu de jaunisse ;
- n'ont pas séjourné plus d'un an dans un pays fortement touché par l'hépatite A.

Pour les autres personnes de l'entourage, une prise de sang sera d'abord réalisée pour vérifier l'absence d'immunité contre l'hépatite A.

## Nombre de cas et taux d'incidence en Occitanie

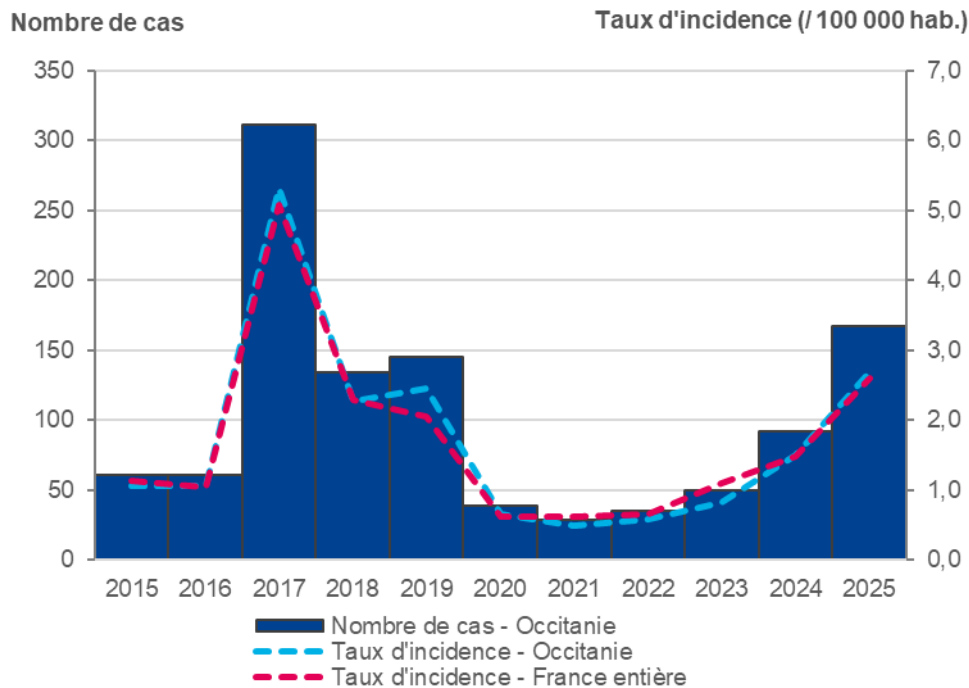
En 2025, **167 cas d'hépatite A** domiciliés en Occitanie ont été notifiés<sup>11</sup>.

Le taux d'incidence était de 2,7 pour 100 000 habitants (au même niveau que la France entière).

<sup>11</sup> 3 cas ont également été signalés en Occitanie mais sans y résider. Ils sont exclus de cette analyse.

## Description temporelle

**Figure 14 : Nombre de cas domiciliés en Occitanie et taux d'incidence bruts de l'hépatite A en Occitanie et en France entière par année de déclaration, 2015-2025**



Source : Maladies à signalement obligatoire, Santé publique France

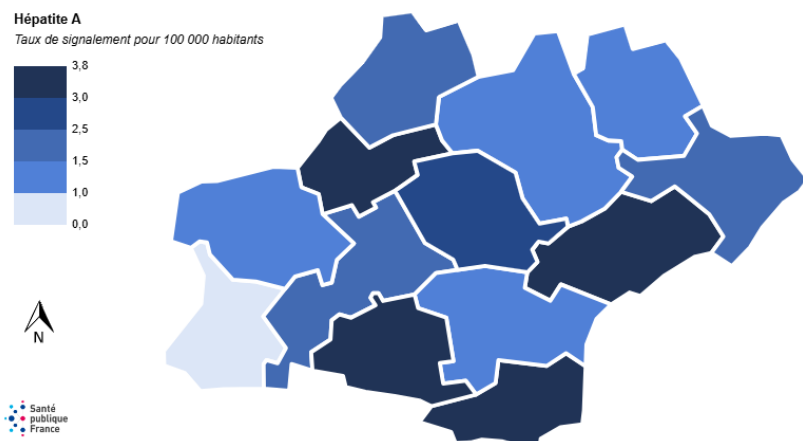
Sur la période 2015-2025 :

- Hausse du nombre de cas sur la période 2017 à 2019 suite à une épidémie européenne ayant affecté principalement les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH),
- Baisse de signalements en 2020, en lien avec les mesures instaurées pour la gestion de l'épidémie de COVID-19,
- Augmentation progressive du taux d'incidence depuis 2023 (Figure 14).

## Description géographique

**Figure 15 : Taux d'incidence brut des cas signalés d'hépatite A en 2025 par département de résidence, Occitanie N=167**

En 2025, le taux d'incidence le plus élevé était observé dans les Pyrénées-Orientales (3,8 ; N=19), suivi du Tarn-et-Garonne (3,4 ; N=9), puis de l'Hérault (3,3 ; N=41) et de l'Ariège (3,2 ; N=5).



Source : Maladies à signalement obligatoire, Santé publique France

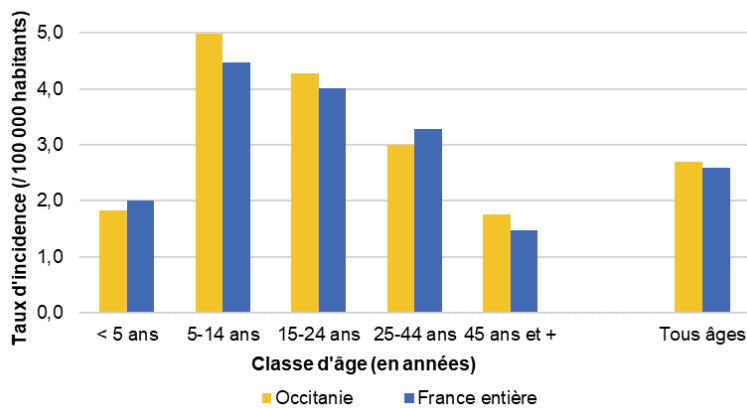
## Description des cas

### Âge et sexe

59% des cas étaient des hommes (n=98). Le sexe ratio était de 1,1.

L'âge médian était de 32 ans (min-max = 2-94 ans).

**Figure 16 : Taux d'incidence brut des cas signalés d'hépatite A par groupe d'âge en Occitanie et en France entière, 2025**  
N= 167



Le taux d'incidence est le plus élevé parmi la tranche d'âge des 5-14 ans et plus élevé en Occitanie qu'en France dans cette tranche d'âge.

Source : Maladies à signalement obligatoire, Santé publique France





### Clinique

157 cas ont présenté une forme symptomatique (98 %), dont 119 un ictère (74 %).


 **Hospitalisation** : 56 % hospitalisés.

## Description des expositions à risque dans les 2 à 6 semaines précédant le diagnostic

Au moins une exposition à risque a été identifiée dans 73% des cas signalés :

-  40% avaient séjourné hors métropole, principalement en Afrique du Nord (59% des séjours),
-  20% rapportaient l'existence d'autres cas d'hépatite aiguë A dans l'entourage,
-  25% rapportaient une consommation de fruits de mer,
-  13% vivaient avec un enfant de moins de 3 ans à leur domicile.

## Vaccination

 Sur les 121 cas répondants, 4 cas indiquaient être vaccinés antérieurement à la maladie (avec une seule dose).

## Interprétation

**En 2025, une recrudescence de cas d'hépatite A est observée à l'échelle régionale comme à l'échelle nationale.**

Un pic de la maladie est noté chaque année entre les mois de septembre et octobre. Cela est principalement dû aux cas importés de zones de plus forte endémie, se contaminant lors de séjours pendant les congés annuels d'été sur la période juillet-août. Ainsi, comme au niveau national, environ 40% des cas signalés ont voyagé en dehors de la France métropolitaine dans les 2 à 6 semaines précédant les symptômes. Depuis le mois de janvier 2025, à l'étranger, de nombreux cas d'hépatite A aiguë ont été signalés dans des populations exposées à des conditions sanitaires précaires dans plusieurs pays européens de l'Est.

### Pour en savoir plus

Dossier thématique sur le site de Santé publique France : [Hépatite A](#).

CNR de l'hépatite A : [Centre national de référence de l'hépatite A](#)

[Bilan national 2022-2024 de Santé publique France](#)

Information sur la vaccination :

<https://vaccination-info-service.fr/Les-maladies-et-leurs-vaccins/Hepatite-A>

<https://sexosafe.fr/vaccination>

[Recommandations sanitaires 2025-2026 pour les voyageurs](#)

ANSES, Fiche de description de danger biologique transmissible par les aliments / Virus de l'hépatite A : [MIC2010sa0236Fi.pdf](#)

INRS : [Exposition fortuite à un agent infectieux et conduite en milieu du travail, Hépatite A](#).

[Hépatite A : Données de la déclarations obligatoire — Odissé](#)

# Listériose

## Dossier thématique

### CRITERES DE SIGNALEMENT

Isolement de *Listeria monocytogenes*

→ [Lien vers la fiche de signalement](#)

## Epidémiologie

La listériose humaine est une infection d'origine alimentaire causée par l'ingestion d'aliments contaminés par la bactérie *Listeria monocytogenes*. Chez les populations à risque (hors femme enceinte), la listériose se manifeste par des atteintes neurologiques ou par des formes bactériémies ou plus rarement par des formes localisées (infection d'ascite) et l'incubation varie de 2 à 15 jours.

Chez la femme enceinte, la listériose peut se manifester par une fièvre ou un syndrome pseudo-grippal et peut se compliquer et être responsable d'un avortement, d'une mort in utero, ou d'une infection sévère chez le nouveau-né. L'incubation chez la femme enceinte varie de 12 à 67 jours.

La listériose se transmet soit via l'alimentation, soit de façon transplacentaire chez le fœtus ou par la filière génitale chez le nouveau-né (forme materno-néonatale).

## Mesures de prévention

Pour les sujets à risque, éviter de consommer les principaux aliments à risque : aliments consommés crus ou peu cuits tels que les fromages au lait cru, les poissons fumés ou crus, charcuteries, viande crue, graines germées.

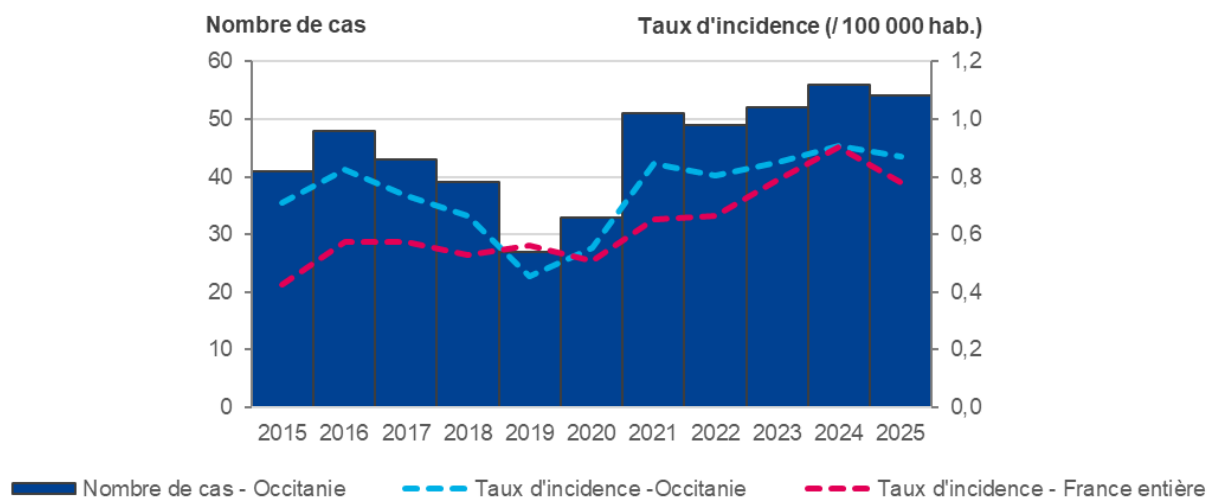
## Nombre de cas et taux d'incidence en Occitanie

En 2025, **54 cas de listériose** domiciliés en Occitanie ont été signalés.

Le taux d'incidence était de 0,87 pour 100 000 habitants (légèrement supérieur au taux de 0,78 pour la France entière).

### Description temporelle

Figure 20 : Nombre de cas domiciliés en Occitanie et taux d'incidence bruts de la listériose en Occitanie et en France entière par année de diagnostic, 2015-2025



Source : Maladies à signalement obligatoire, Santé publique France

Sur la période 2015-2025 :

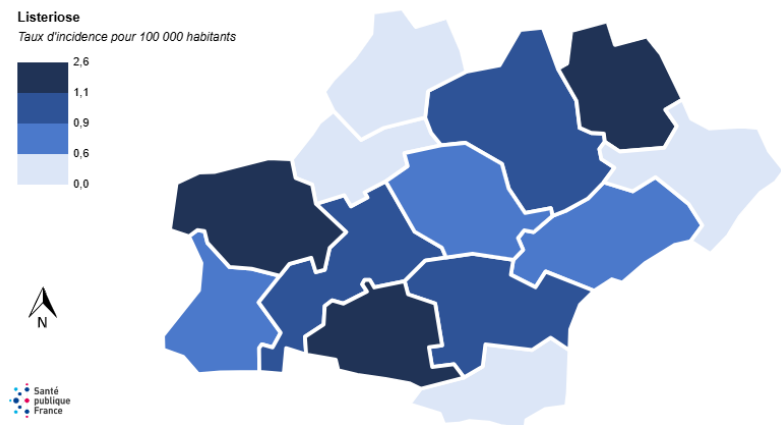
- Diminution des cas entre 2015 et 2019,
- Depuis 2020 et jusqu'à 2024 : on note une légère tendance à l'augmentation du taux d'incidence annuel de cas de listériose en Occitanie alors qu'il est en augmentation nette en France,
- Le nombre de formes materno-néonatales est resté stable sur la période.



## Description géographique

Les départements avec les taux d'incidence (pour 100 000 habitants) les plus élevés étaient la Lozère (2,6 ; N=2) et l'Ariège (1,9 ; N=3) et le Gers (1,6 ; N=3).

**Figure 21 : Taux brut d'incidence des cas signalés de listériose en 2025 par département de résidence, Occitanie (N=54)**



## Description des cas



### Âge et sexe

- 35 hommes (65 %) pour les formes non materno-néonatale, soit un sex-ratio H/F de 0,66.
- L'âge médian était de 80 ans (min-max = 3-98 ans) pour les formes non materno-néonatale et de 33 ans (min-max=33-33) pour les formes materno-néonatale



### Clinique

- 1 forme materno-foetale en 2025.
- 53 formes non materno-néonatale (98 %) : 24 bactériémie-septicémie (45 %), 26 formes neuro-méningée (49 %) et 3 autres formes (2 infection articulaire et infection d'ascite).
- 87 % avaient une pathologie sous-jacente et 25% était sous traitement immunosuppresseur.



**Décès** : aucun décès pour les formes non materno-néonatales, 1 mort in-utéro (20 SA) pour les formes materno-foetales.

## Interprétation

Depuis 2021, au niveau national, le nombre annuel de cas et l'incidence de la listériose est en augmentation constante. Cette recrudescence est également notée dans de nombreux autres pays européens (Belgique, Allemagne, Portugal, Espagne, Suède...). En Occitanie, cette augmentation est notable entre les années 2019 et 2021, et on observe ensuite entre 2021 et 2024 une tendance à l'augmentation moins marquée de l'incidence régionale.

Comme habituellement observé, l'incidence de la listériose augmente nettement avec l'âge. En Occitanie, l'âge médian est de 80 ans pour les formes non materno-néonatales.

Les tendances observées apparaissent principalement liées au vieillissement de la population et à l'augmentation des maladies chroniques liées à l'âge favorisant la survenue d'une listériose. Pour les personnes les plus à risque – personnes âgées, immunodéprimées, femmes enceintes – le risque de développer une listériose peut être réduit par le respect des bonnes pratiques d'hygiène alimentaire.

## Pour en savoir plus

Dossier thématique sur le site de Santé publique France : [Listériose](#)

Dossier thématique Anses : [Qu'est-ce que la listériose et comment s'en prémunir ? | Anses - Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail](#)

CNR listeria : [Centre National de Référence Listeria](#)

# Tularémie

## Dossier thématique

### CRITERES DE SIGNALEMENT (pathologie à signalement obligatoire depuis aout 2023)

**Tableau clinique** évocateur de tularémie **ET au moins un des critères** suivants :

- isolement de *F. tularensis* à partir de prélèvements cliniques (cas confirmé)
- multiplication par 4 au moins du titre d'anticorps ou séroconversion entre un sérum prélevé en phase aiguë et un sérum prélevé 15 jours plus tard ou en phase de convalescence (cas confirmé)
- PCR positive à partir d'un prélèvement clinique (cas confirmé)
- mise en évidence d'anticorps spécifiques dans un seul sérum avec un titre supérieur ou égal au seuil du laboratoire (cas probable)
- exposition commune à celle d'un cas confirmé (cas possible)

→ [Lien vers la fiche de signalement](#)

## Epidémiologie

La tularémie est une zoonose due à l'infection par *Francisella tularensis*. Le réservoir de la bactérie est constitué par des micromammifères sauvages (campagnols, mulots, etc.) et des tiques (Ixodidés).

Les modes de transmission à l'homme sont l'inoculation directe par effraction cutanée et muqueuse, la piqûre d'arthropodes (tique, moustique), l'ingestion d'eau ou de viande contaminée, ou via le sol par voie cutanée ou aérosolisation.

Après une incubation qui varie de 2 à 14 jours, survient un syndrome pseudo-grippal évoluant vers plusieurs formes cliniques selon la porte d'entrée (ulcéro-ganglionnaire, ganglionnaire, pulmonaire, oropharyngée, oculo-ganglionnaire, et typhoïdique).

Beaucoup plus rarement, sont décrites des formes généralisées.

Il n'existe pas de transmission interhumaine en dehors de rares transmissions par greffe d'un donneur infecté

## Mesures de prévention

Les situations à risque de tularémie sont :

- Exposition aux tiques : promenade ou activités en forêts, bordures de champ, etc. ;
- Exposition directe aux réservoirs animaux : chasse, préparation culinaire de produits de la chasse, dératisation, etc. ;
- Exposition indirecte aux réservoirs animaux (rongeurs) : jardinage, animaux de compagnie, etc. :

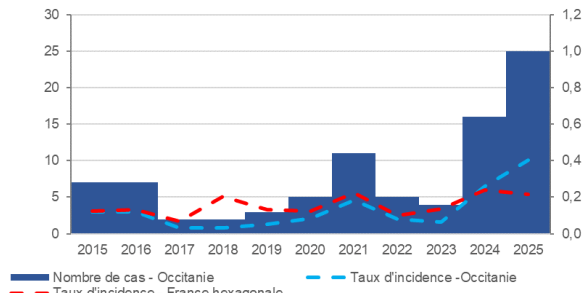
Les mesures de prévention individuelles contre les tiques consistent en port de vêtements longs, l'utilisation des répulsifs pour insectes et tiques ainsi que la recherche des tiques sur la peau au retour d'activité de plein air. Les chasseurs représentent une population particulièrement exposée à la tularémie, le port de gant lors du dépeçage et la consommation de viande cuite à cœur sont recommandées.

## Nombre de cas et taux d'incidence en Occitanie

En 2025, **25 cas de tularémie** résidant en Occitanie ont été signalés (soit 18 % des cas signalés en France hexagonale). Le taux d'incidence était de 0,40 /100 000 habitants (en France hexagonale = 0,21/100 000 hab.).

## Description temporelle

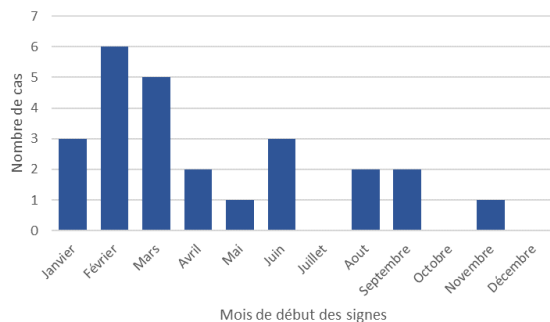
**Figure 22 : Nombre de cas domiciliés en Occitanie et taux d'incidence brut de la tularémie en Occitanie et en France hexagonale par année de diagnostic, 2015-2025**



Source : Maladies à signalement obligatoire, Santé publique France

On note une tendance à l'augmentation des cas et du taux d'incidence tant en Occitanie qu'en France Hexagonale, avec 2 premiers pics en région en 2021 et en 2024 et une très forte augmentation pour l'année 2025.

**Figure 23 : Nombre de cas de tularémie signalés résidant en Occitanie par mois de début des signes, 2025 (N=25)**



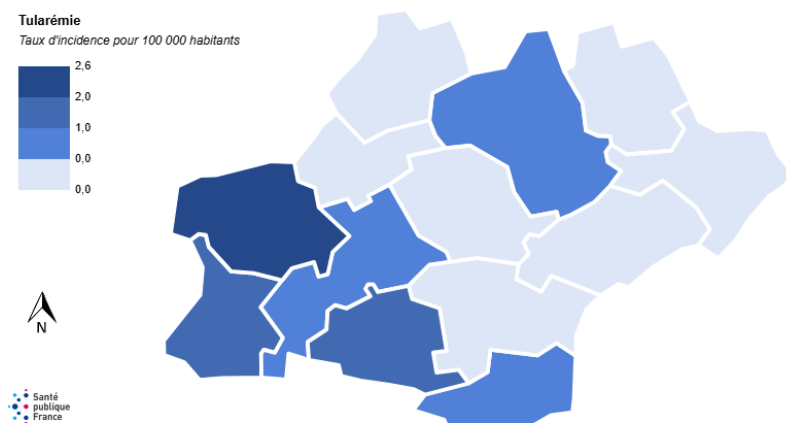
Source : Maladies à signalement obligatoire, Santé publique France

On observe la majorité des cas de tularémie en hiver en Occitanie, mais également des cas à la période estivale alors que les cas surviennent principalement en automne et hiver pour la France.

## Description géographique

Le département avec le taux d'incidence le plus élevé était le Gers (2,6 ; N = 5) puis les Hautes-Pyrénées (1,7, N=4).

**Figure 24 : Taux d'incidence brut des cas de tularémie signalés en 2025 par département de résidence, Occitanie (N=25)**



Source : Maladies à signalement obligatoire, Santé publique France

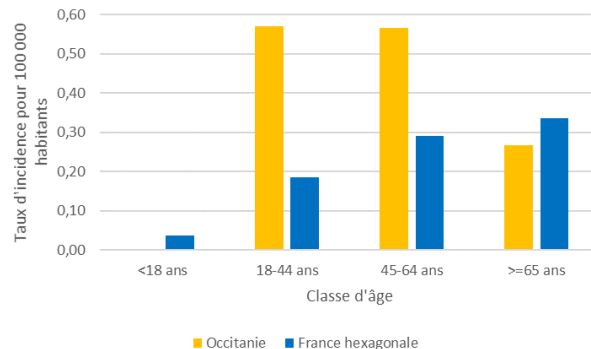


## Description des cas

### Âge et sexe

- 13 cas étaient de sexe masculin (52 % contre 66% en France hexagonale) soit un sex-ratio H/F de 0,52.
- L'âge médian était de 45 ans (min-max = 6-78 ans) (inférieur à l'âge médian de 54 ans en France hexagonale).

**Figure 25 : Taux d'incidence brut des cas de tularémie signalés par classe d'âge résidant en Occitanie et en France hexagonale, 2025 (N=25)**



Les taux d'incidence étaient les plus élevés chez les personnes âgées de 18 à 64 ans en Occitanie alors qu'en France, ils augmentaient avec l'âge et étaient les plus élevés chez les personnes âgées de 65 ans et plus.

Source : Maladies à signalement obligatoire, Santé publique France



### Biologie

56 % des cas étaient confirmés biologiquement (51% en France hexagonale) et 44 % étaient des cas probables.



### Clinique :

Par ordre de fréquence de survenue, les formes cliniques étaient :

- Formes médiastino-pulmonaires : 68% (17/25)
- Formes cutanées (ulcéro-ganglionnaire ou ganglionnaire périphérique) : 60% (15/25)
- Formes typhoïdiques ou disséminées : 0
- Formes oculo-ganglionnaires : 0



**Hospitalisation** : 36 % des cas ont été hospitalisés (n=9).



**Décès** : Aucun décès signalé (0 décès en France hexagonale).

## Description des expositions à risque dans les 4 semaines précédant le début des signes

Les expositions pouvaient être multiples :



Contact avec les animaux (dont 4 rongeurs, 3 lièvres) 80% (20/25)



Loisir de plein air 72% (18/25)



Contact avec la terre 64% (16/25)



Chasse 16% (4/25)



Voyage 0 %

## Cas groupés



En 2025, un épisode de cas groupés chez 2 chasseurs en Aveyron a été recensé.

## Interprétation

En Occitanie, on note comme au niveau national, une recrudescence du nombre de cas de tularémie. Cependant des différences selon l'âge sont observées touchant les moins de 65 ans à l'inverse de la France. Une autre particularité de la région concerne la période de survenue qui n'est pas uniquement hivernale mais survient également en été. Ces différences pourraient s'expliquer par les modalités de contamination, en lien avec la chasse et les loisirs de plein air.

Au niveau national, l'augmentation de l'incidence de la maladie s'est accompagnée de pics épidémiques, dont le dernier est observé en 2025. Cette augmentation du nombre de cas signalés pourrait s'expliquer par une augmentation réelle de l'incidence de la maladie, par une plus grande sensibilisation des professionnels de santé au diagnostic et au signalement et ainsi par une meilleure exhaustivité, notamment dans certaines régions. L'évolution du nombre de cas ne s'est pas accompagnée d'une modification des caractéristiques démographiques des patients touchés, la tularémie restant une maladie concernant principalement les hommes adultes actifs.

Le signalement obligatoire permet en théorie un recensement exhaustif des cas, celui-ci est très dépendant de la sensibilisation des praticiens au diagnostic et au signalement de cette maladie

## Pour en savoir plus

Dossier thématique sur le site de Santé publique France : [tularémie](#)

CNR : [Centre national de référence des Francisella - CHU Grenoble Alpes](#)

## Autres publications MSO régionales disponibles

- [Bulletin de surveillance Tuberculose-Données 2023- mars 2025](#)
- [Bilan des cas de légionellose survenus en Occitanie en 2024- novembre 2025](#)
- [Surveillance du saturnisme infantile en Occitanie- Données 2015-2022.- juin 2025](#)
- [Bilan de la surveillance renforcée arbovirose- Saison 2025- janvier 2026](#)

Certaines données MSO sont également disponibles sur le portail open data [Odissé](#) de Santé publique France.

A travers le portail [Odissé](#), Santé publique France met à disposition un large éventail d'indicateurs de santé construits grâce à plus de 70 systèmes de surveillance qu'elle pilote et anime, aux enquêtes qu'elle réalise et à son expertise scientifique. La mise à disposition d'un volume important d'indicateurs, par année, par territoire, par classe d'âge et/ou sexe, permet une meilleure photographie de l'état de santé de la population et une meilleure contextualisation des tendances observées au cours du temps

## Matériels et méthodes

L'analyse porte sur les 6 MSO les plus fréquemment rapportées dans la région et pour lesquelles aucun bilan régional actualisé n'était à ce jour disponible (rougeole, infection invasive à méningocoque, leptospirose, hépatite A, listériose, tularémie).

L'identification des cas signalés dans la région a été effectuée pour chaque maladie en sélectionnant les cas selon le département de domicile.

Les pourcentages sont calculés parmi les cas pour lesquels l'information est connue.

Les données sont présentées pour la région Occitanie et par département. Les données de population utilisées sont celles fournies par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) ([estimations de population 2024](#) – données actualisées en janvier 2025).

Les taux d'incidence rapportés correspondent aux taux bruts de déclaration de la maladie pour 100 000 habitants non corrigés de la sous-déclaration de ces pathologies par les professionnels de santé.

## Glossaire

ARS	Agence régionale de santé
CNR	Centre national de référence
DROM	Département et région d'outre-mer
HSH	Homme ayant des relations sexuelles avec un homme
IIM	Infection invasive à méningocoque
Insee	Institut national de la statistique et des études
MSO	Maladie à signalement obligatoire
Tiac	Toxi-infection alimentaire collective
VHA	Virus de l'hépatite A

## Remerciements

Santé publique France Occitanie tient à remercier :

- L'ensemble des professionnels de santé qui par leurs signalements contribuent à la prévention, au contrôle et à la surveillance épidémiologique des maladies à signalement obligatoire ;
- Les personnes de l'ARS Occitanie en charge des mesures sanitaires autour des cas de MSO pour la prise en charge du signalement, l'investigation de cas, la coordination des partenaires et la mise en œuvre des mesures de santé publique ;
- A Santé publique France : les référents des MSO à la Direction des Maladies Infectieuses, la direction Santé Environnement et Travail et la direction des Régions qui pilote la surveillance des MSO ;
- Les centres nationaux de référence (CNR) ;
- A l'Agence Régionale de Santé : Nicolas Sauthier, Aline Cot, Laura Catala pour leur relecture attentive.

## Bulletin coordonné par

Anne Guinard

## Equipe de rédaction (ordre alphabétique)

Jean-Loup Chappert, Amandine Cochet, Cécile Durand, Anne Guinard, Jérôme Pouey, Stéphanie Rivière

**Pour nous citer** : Les maladies à signalement obligatoire en Occitanie en 2025. Bulletin. Édition Occitanie. Saint-Maurice : Santé publique France, 33 pages, Juillet 2026

**Relecture, validation** : Franck Golliot, Damien Mouly

**Directrice de publication** : Aude de Vivès, Directrice générale par intérim

**Date de publication** : 8 juillet 2026

**Contact** : [occitanie@santepubliquefrance.fr](mailto:occitanie@santepubliquefrance.fr)