

# Quoi de neuf depuis 1 an en ARA ?

12ème  
Réunion d'Infectiologie Pédiatrique  
de l'Arc Alpin



RIPA 30 janvier 2026  
Anne-Sophie RONNAUX-BARON / ARS ARA  
Muriel DEHER / ARS ARA

# Aucun conflit d'intérêt

Dr Anne-Sophie Ronnaux-Baron

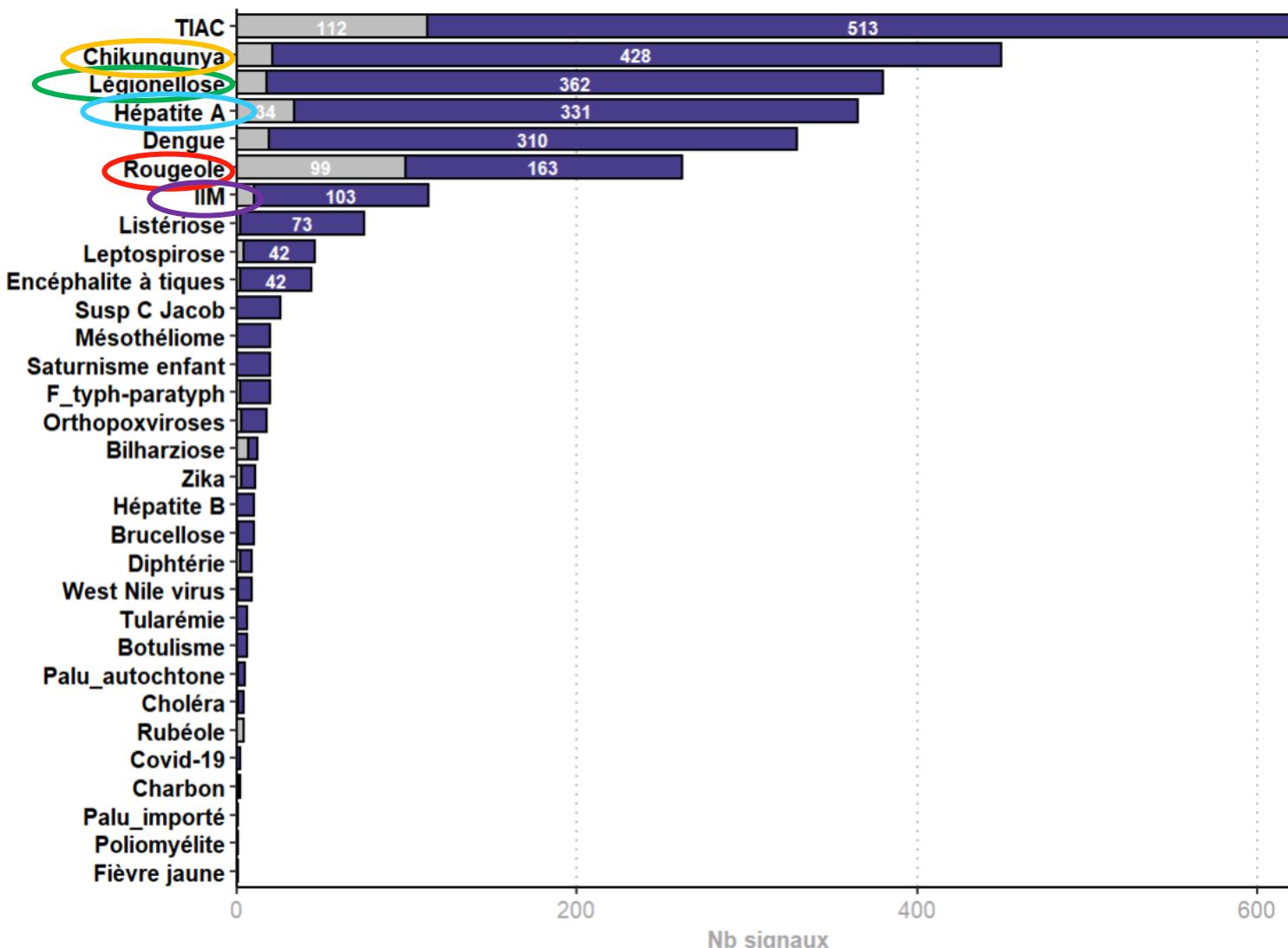
Intérêts financiers dans une entreprise	Dirigeant, employé, Organe décisionnel dans une entreprise	Etudes cliniques Investigateur coordonnateur	Conférences	Participation à des boards	Invitation congrès	Proche parent salarié
0	0	0	0	0	0	0

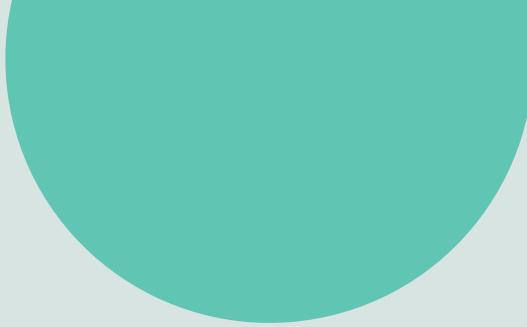
Dr Muriel Deher

Intérêts financiers dans une entreprise	Dirigeant, employé, Organe décisionnel dans une entreprise	Etudes cliniques Investigateur coordonnateur	Conférences	Participation à des boards	Invitation congrès	Proche parent salarié
0	0	0	0	0	0	0

# Les données régionales

MDO 2025





# Epidémie d'hépatite A en ARA durant l'été 2025

# Bilan au 30 septembre 2025

- **93 cas d'hépatite A** signalés à l'ARS du 1er juillet au 30 septembre ( 6 fois plus qu'en 2024 sur la même période) avec un pic en juillet-août
- **Sexe ratio H/F : 1,2**
- **Age [5-85 ans] et âge moyen 30 ans** : les cas sont des adultes, avec une majorité des cas rapportés chez les 25-44 ans. Très peu de cas pédiatriques et chez les 65 ans et plus.
- **Localisation** : 60 cas vivaient à Lyon ( près de 2/3 des cas) dont 43 cas ( 3/4 des cas) en lien avec Lyon 7ème ( domicile ou travail)
- **Parmi les expositions** : 31% : séjour à l'étranger, 19%: cas dans l'entourage, 11% consommation de fruits de mer, 36% : aucune exposition.
- 42% d'hospitalisation ( pas d'hépatite fulminante)

# Hypothèses de l'origine des contaminations

- **Contamination alimentaire**: pas d'alerte particulière de la DDPP
- **Démantèlement des camps** du quartier Jean Macé le 22/07 donc tardif et pas de situation sanitaire spécifique identifiée par Médecins du Monde.
- **Manipulation de denrées alimentaires**: pas de marché , d'épicerie ou de restaurant communs fréquentés par l'ensemble des cas
- Léger signal au niveau des enfants au printemps 2025 dans la zone de Lyon 7<sup>ème</sup> et aux alentours (certains en grande précarité et gens du voyage ) : de nombreux cas ne rapportent aucun contact avec des enfants
- Pas de lien avec la situation à Nantes

## Les actions menées

- Les professionnels de santé ,la santé scolaire 69 , la PMI ont été informés : DGS-Urgent Rhône en août et DGS national en septembre.
- Consigne aux laboratoires publics et privés du département d'envoyer tous les prélèvements des cas au CNR ( typage des souches)
- Questionnaires exploratoires pour les cas du Rhône et vérification de la vaccination des contacts proches des cas.
- Analyse d'une potentielle sur-incidence présente aussi dans le 38 avec 16 cas recensés.

# Recommendations vaccinations

<b>Antigène</b>	Virus inactivé (formaldéhyde)
<b>Schéma Vaccinal</b>	<p>Une injection, puis rappel à 6–12 mois (jusqu'à 5 ans)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– voie intramusculaire</li> </ul>
<b>Recommendations</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– voyageurs se rendant en zone d'endémie</li> <li>– personnels exposés professionnellement (travail dans la petite enfance ou auprès de personnes handicapées, traitement des eaux usées)</li> <li>– professionnels impliqués dans la préparation alimentaire en restauration collective</li> <li>– jeunes des établissements et services pour l'enfance et la jeunesse handicapées</li> <li>– patients atteints de mucoviscidose et/ou de pathologie hépatobiliaire</li> <li>– enfants &gt; 1 an nés de familles dont l'un des membres (au moins) est originaire d'un pays de haute endémicité et susceptibles d'y séjourner</li> <li>– hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes</li> <li>– entourage familial d'un patient atteint d'hépatite A ou toute personne vivant sous le même toit, et des communautés de vie en situation d'hygiène précaire</li> </ul>

# Conclusion

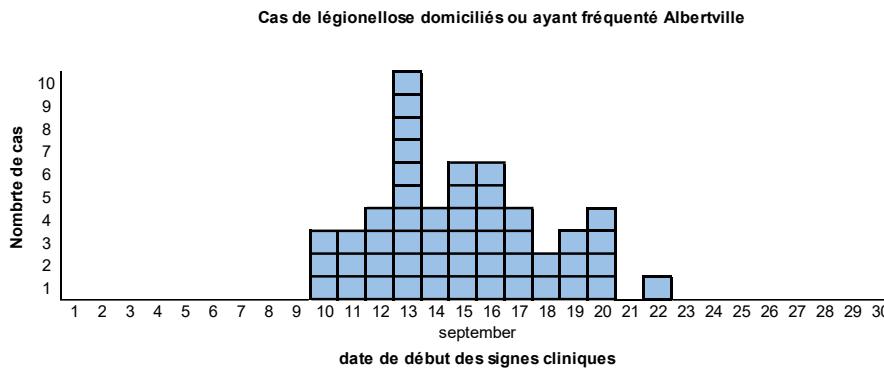
- Epidémie en population générale inhabituelle par son ampleur, la circulation de deux souches distinctes ( A et B) dans un même secteur et l'absence d'origine précise identifiée.
- Hypothèse la plus probable : survenue de plusieurs évènements concomitants ayant entraîné différents réseaux de diffusion (fêtes scolaires, associatives, festivals...).
- Rapidement maîtrisée grâce à la sensibilisation des différents acteurs et aux mesures mises en place.
- Pas de campagne spécifique de vaccination réalisée mais une recommandation de vaccination renforcée des contacts, l'absence de prise en charge financière ayant représenté un frein ( remboursement uniquement si mucoviscidose ou hépatopathie chronique)

# Cas groupés légionelloses à Albertville

2<sup>ème</sup> Cluster le plus important en France depuis 2003

**Augmentation rapide du nombre de cas dans un délai court à partir du 10 septembre**

**Pic au 13 septembre**

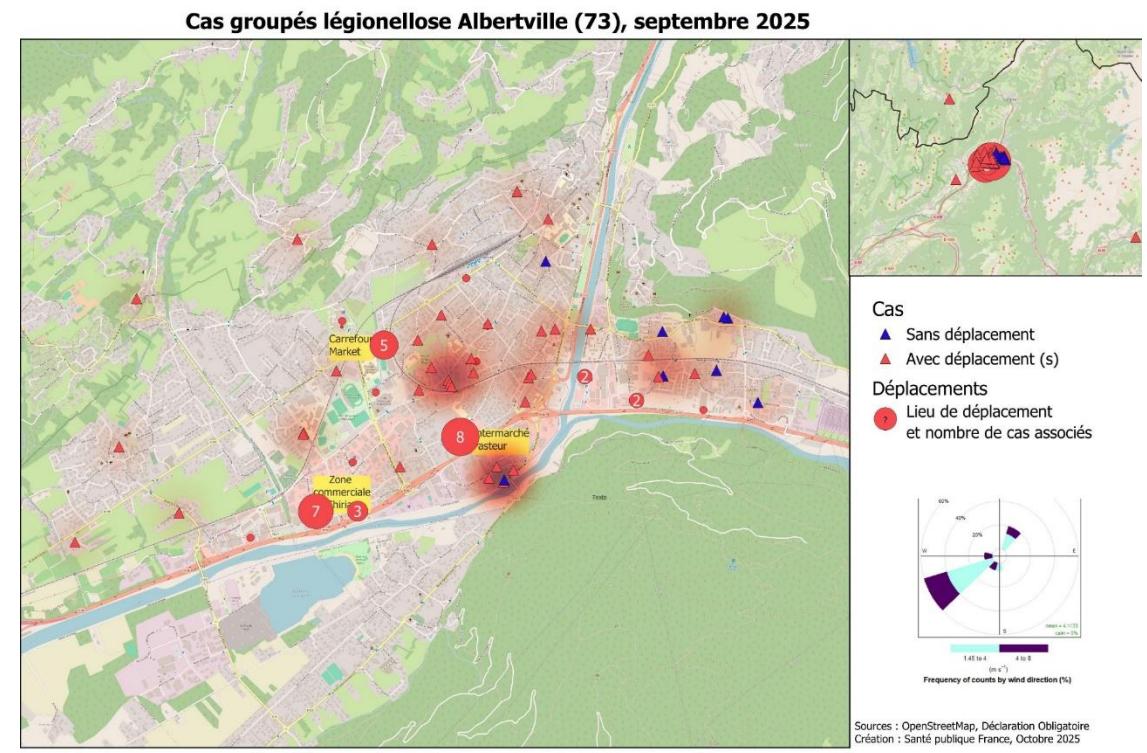


**Identification d'un lien avec Albertville (73) pour tous les cas (39 domiciles , 11 s'y sont rendus)**

- données plutôt en faveur d'une source commune, très émettrice ayant diffusé pendant plusieurs jours à partir environ du 4 septembre.
- Le plus probable, une contamination aérienne extérieure par des aérosols d'eau (tours aéroréfrigérantes, de systèmes de brumisation, d'aspersion, .....

**50 cas de légionellose confirmés en 12 jours**

- sexe-ratio H/F : 1,3
- Age : 34 – 96 ans (médian : 70 ans)
- 45 cas (90%) hospitalisés
- Gravité :
  - 24% en soins critiques
  - 3 décès (6%) (2 femmes  $\geq$  80 ans, 1 homme 74 ans)



# Recherches environnementales et microbiologiques

## Recherche d'installations à risque sur le secteur d'Albertville en lien avec DREAL, DDETSPP, Ville et EPCI

- Absence de TAR sur la région d'Albertville et chaufferie bio masse sans utilisation d'eau dans le processus de production
- 14 sites avec installations à risque communautaire identifiées par l'ARS et la DREAL
- Mise à l'arrêt des sites suspectés les plus à risque.

### Analyses environnementales :

- Résultats conformes pour les 14 sites communautaires identifiés
- Résultats négatifs au domicile des cas sauf pour 1 cas aussi bien en productions individuelles (21) que réseaux collectifs (16)

### ➤ Au niveau biologie humaine

- ✓ Décision d'envoi de tous les prélèvements urinaires et respiratoires en cas de pneumonie au CNR par le CH d'Albertville sur cette période devant de fortes suspicions cliniques avec Antigénurie négative.
- ✓ Réanalyses de 23 échantillons d'urines au CNR : positifs faisant passer le nombre de cas de 17 à 39 le 24/09/25
- ✓ Signalement réalisé auprès de l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament) de ce problème de sensibilité des tests utilisés.
- ✓ Analyses CNR **11 souches ST 224 identifiées pas un ST endémique (1,8% des ST déterminés sur la base nationale, 2010-2024) confirmant l'origine d'une source commune de contamination.**

- source commune de contamination très émettrice et avec un pouvoir de diffusion important avec début d'émission autour du 4-8 septembre pendant un ou plusieurs jours
- aucune source environnementale détectée mais source retrouvée dans seulement 1/3 des cas pour les 12 clusters majeurs identifiés en France ces 15 dernières années.
- Actuellement, fin de la situation épidémique mais, en l'absence d'identification de la source et des causes de l'épidémie : survenue d'une nouvelle flambée épidémique ne peut être écartée.
- Une publication sur le sujet <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2025.30.45.2500813>

# Le chikungunya en 2025

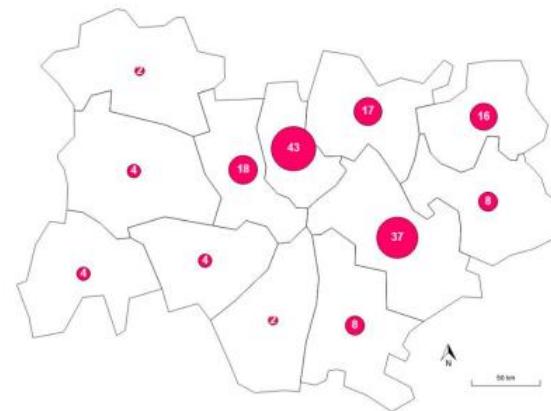


# Epidémiologie des arboviroses

Chiffres SPF, du 01/05 au 04/11/25 :

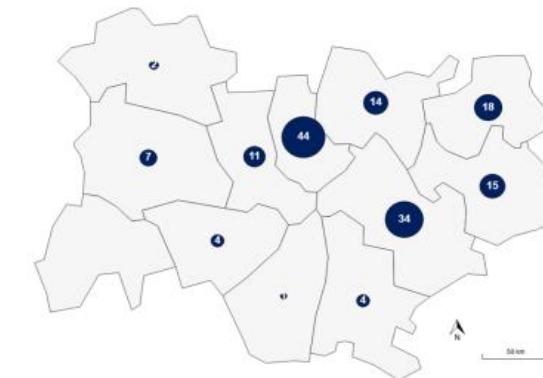
- au niveau national 1 035 cas importés de chikungunya dont 163 en ARA ; la majorité provenant de la Réunion ou d'une autre île de l'océan Indien
- 1028 cas de dengue dont 154 en ARA, essentiellement en provenance des Antilles françaises ou de Polynésie

Figure 4. Répartition des cas importés de chikungunya par département du 1<sup>er</sup> mai au 4 novembre 2025, Auvergne-Rhône-Alpes (source : Voozlarbo)



■ Martinique Guadeloupe ■ Polynésie Française ■ Autre

Figure 6. Répartition des cas importés de dengue par département du 1<sup>er</sup> mai au 4 novembre 2025, Auvergne-Rhône-Alpes (source : Voozlarbo)



- Des chiffres similaires ayant pourtant généré 7 épisodes de cas autochtones de Chikungunya (52 cas) en ARA et seulement 2 (4 cas) de dengue

# Une saison avec un nombre record de cas autochtones de chikungunya en métropole

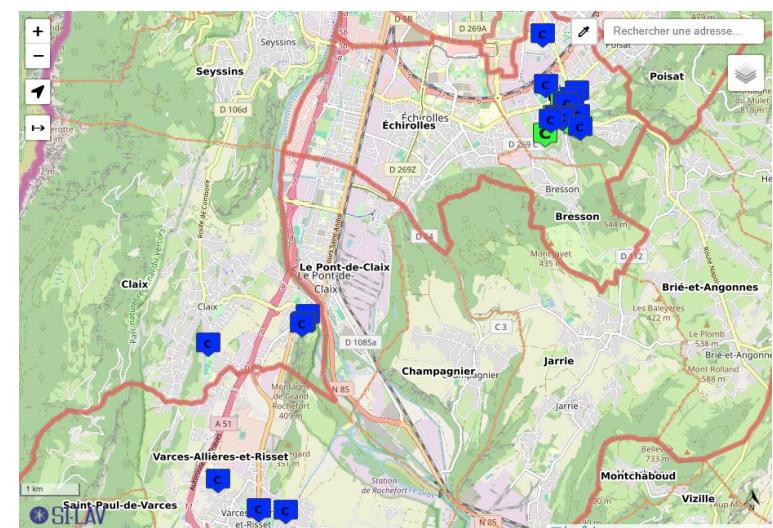
- ✓ Epidémie importante à la Réunion (54 553 cas confirmés, probablement 300 000 cas au total)
- ✓ Très bonne adaptation génétique du virus de chikungunya avec l'aedes albopictus présent en métropole
- ✓ Délai court entre la contamination du moustique et sa capacité à retransmettre le virus (plus long pour la dengue), ce qui nécessite un signalement rapide des cliniciens dès la suspicion or pas toujours le cas

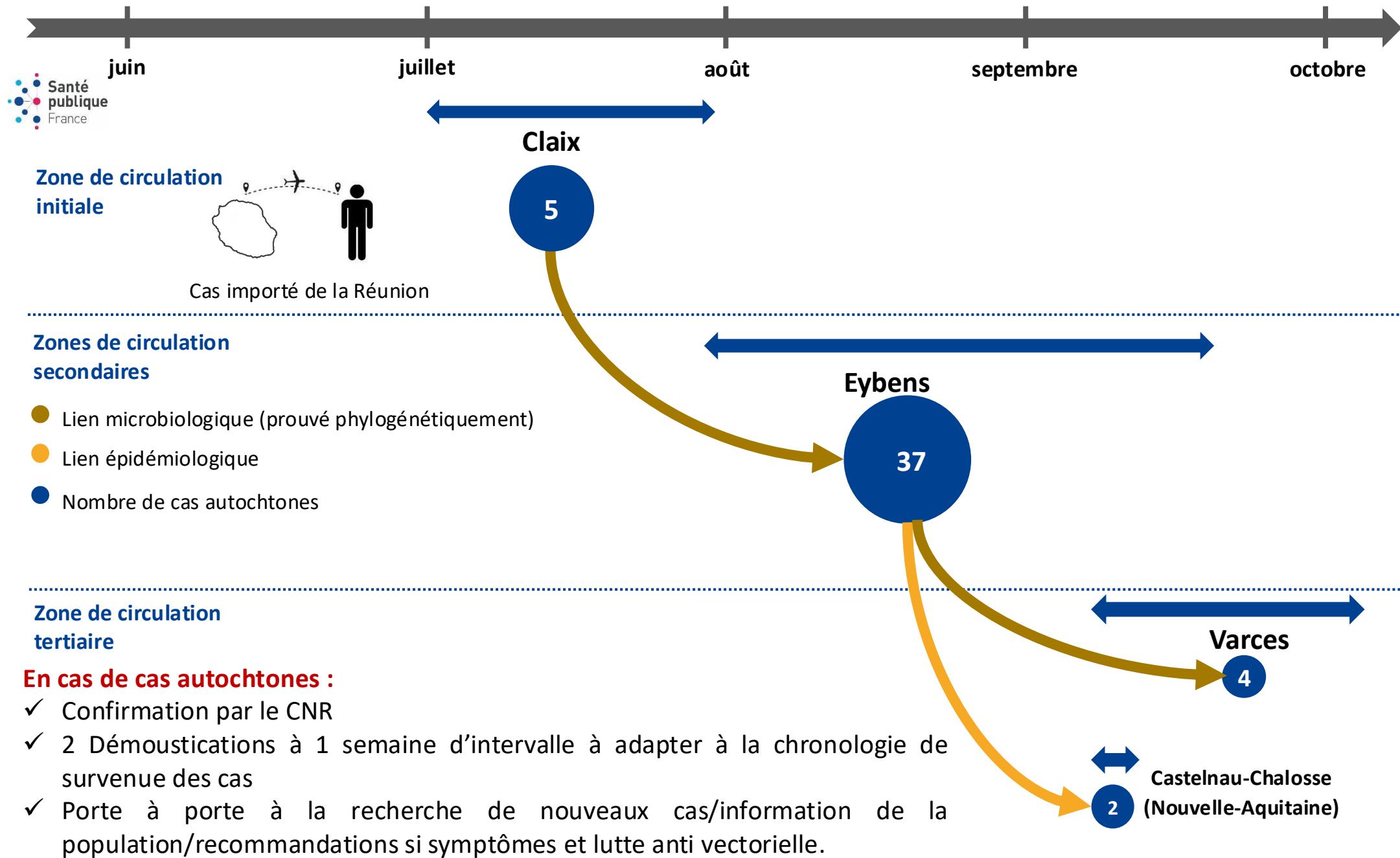
Figure 1. Localisation des épisodes de transmission autochtones d'arboviroses, Auvergne-Rhône-Alpes, 2025



En France hexagonale, 92 foyers de transmission autochtone sont recensés dans 9 régions. Ils comptabilisent 770 cas de chikungunya et 29 cas de dengue autochtone. [Plus d'informations dans le bulletin de Santé publique France](#).

Le cluster le plus important en ARA est celui de Claix/ Eybens/ Varces en Isère





# Rougeole



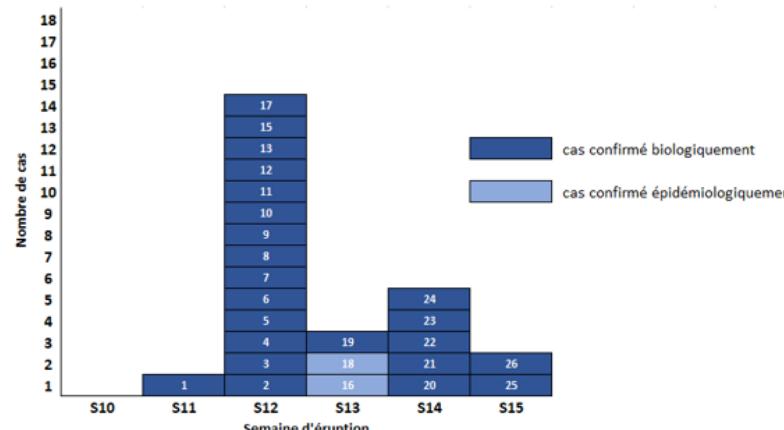
# 3 cas groupés concomitants mais avec des caractéristiques différentes

Sur la région le nombre global de rougeoles confirmées est globalement stable entre 2024 et 2025 : 160-170

## En Isère

- **durée de 5 semaines** (éruption entre 12/03/25-08/04/25)
- **26 cas de rougeole** surtout des établissements scolaires impactés
- Cas index = 1 élève du lycée agricole ayant contracté la rougeole au salon de l'agriculture à Paris (25/2/25).
- 15% de non vaccinés, 46% de vaccination incomplète (12% vaccination inconnue)
- Pas d'hospitalisation ni de cas grave

Figure 1. Courbe épidémique des cas de rougeole par semaine de début d'éruption, au 15/05/2025

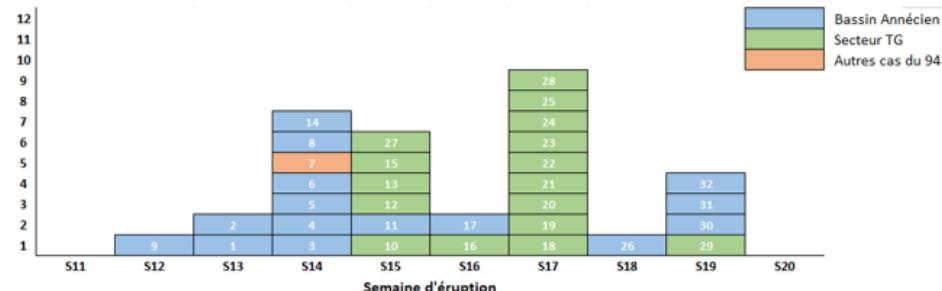


## En Haute-Savoie, 2 cas groupés distincts :

- **durée 8 semaines**
- **32 cas au total**
  - Bassin annécien (éruption entre le 22/3 et le 11/5)
  - 17 cas surtout des adultes
  - 1 femme enceinte hospitalisée
  - 65% non vaccinés ; 24% de vaccination incomplète et 12 % 2 doses mais date 1<sup>ère</sup> dose inconnue (avant 12 mois ?)
- Thorens-Glières (éruption entre le 11/4 et 05/05)
  - 15 cas dont 14 enfants/jeunes
  - 93% non vaccinés

## 2 Courbe épidémique

Figure 1. Courbe épidémique des cas de rougeole signalés depuis le 01/04/2025, par semaine de date d'éruption, Haute-Savoie, 13/05/2025



# Les mesures mises en œuvre

- **Une place primordiale à l'information : maladie, prévention et mise à jour vaccinale**
- Contacts en collectivités : courriers relayés par santé scolaire, médecine du travail, employeurs....
- Des professionnels de santé (ordres, Communautés Professionnelles Territoriale de Santé (CPTS), hôpitaux...) :
  - ✓ point de situation et recommandations de prévention rougeole en milieu de soin,
  - ✓ page dédiée aux professionnels sur le site internet ARS-ARA.....
- Du grand public :
  - ✓ communiqués de Presse, site internet ARS-ARA
  - ✓ kits de communication pour les maires des communes concernées par des cas
- **Séances de vaccinations :**
  - ✓ dans 9 établissements scolaires concernés par des cas
  - ✓ 160 vaccinations réalisées mais décevant vu le nombre d'élèves des établissements
  - ✓ Non proposées en Haute-Savoie (adultes ou familles clairement anti-vaccination)
- **Recommandations spécifiques** en amont de certains évènements devant rassembler beaucoup de monde voire d'annulation.

- Importance des mesures préventives en amont et de la bonne connaissance des praticiens des mesures à mettre en œuvre à la moindre suspicion.

- **Maladie à déclaration obligatoire, dès la suspicion, nécessitant la mise en œuvre de mesures de santé publique dans des délais contraints.**
- **Transmission air.**
- **R0 = 15 à 20**

## IDENTIFICATION DES CONTACTS :

- Personnes ayant côtoyé le malade de **5 jours avant à 5 jours après l'éruption**
- Personnes sous le même toit / discussion en face à face / 15 minutes concomitantes dans la même pièce
- Personnes ayant séjourné dans une **pièce fréquentée par le malade jusqu'à 2 h après son départ**

## LA BIOLOGIE EST INDISPENSABLE :

- PCR de J0-J3 (jusqu'à J5)
- Sérologie Ig M seulement à partir de J3
- Informer le laboratoire pour mise en œuvre de mesures barrière à l'arrivée du malade

- Le refus vaccinal reste aussi un facteur de diffusion de la maladie y compris lors des actions de vaccination ciblée
- La communication vers les professionnels reste un sujet....

# Conclusion

- **2025** : une année à nouveau chargée en nombre de signalements et de situations préoccupantes
- **Importance de la collaboration** avec les professionnels de santé et tous les partenaires ...
- Elaboration d'un **bulletin de veille sanitaire semestriel** :  
<https://www.calameo.com/read/004691508de132d8b396a>





**Merci de votre attention !**