



Bulletin

West Nile

Date de publication : 6 mai 2026

ÉDITION NATIONALE

West Nile en France hexagonale en 2025

Bilan de la surveillance humaine

SOMMAIRE

Points clés	1
Introduction	2
Matériel et méthodes	2
Résultats	3
Discussion	6
Annexes	10

Points clés

- En 2025, pendant la période de surveillance renforcée (du 1^{er} mai au 30 novembre) 62 cas humains autochtones d'infection par le virus West Nile ont été identifiés dans six régions de France hexagonale, dont trois historiquement affectées par le virus West Nile (Provence-Alpes-Côte d'Azur, Nouvelle-Aquitaine et Occitanie) et trois atteintes pour la première fois (Île-de-France, Auvergne-Rhône-Alpes et Normandie).
- La détection de cas humains ou équins chaque année depuis 2017 confirme l'extension du virus West Nile en France hexagonale.

En partenariat avec :

Introduction

Le virus West Nile (VWN) est responsable d'une arbovirose transmise par des moustiques du genre *Culex*. Il s'agit d'une infection dont le principal réservoir est aviaire, et l'homme est un *hôte accidentel*. Un moustique infecté après avoir prélevé un repas sanguin sur un oiseau infecté peut à l'occasion d'une piqûre ultérieure, transmettre le virus à un autre oiseau ou à un hôte accidentel comme l'homme ou le cheval. L'homme et le cheval représentent des *culs-de-sac épidémiologiques* pour le VWN car la quantité de virus dans leur sang (virémie) est insuffisante pour infecter un moustique lors d'une piqûre et permettre ainsi la transmission du virus. Les moustiques *Culex*, vecteurs du VWN, sont implantés dans l'ensemble de la France hexagonale [1,2].

L'infection humaine reste fréquemment asymptomatique ou pauci symptomatique (80 % des cas). Dans 20 % des cas, elle donne un tableau de fièvre qui peut être accompagnée de douleurs et d'une éruption cutanée. Sa gravité est liée aux rares (environ 1 % des cas) formes neuro-invasives à type de méningite ou méningoencéphalite. Ces formes surviennent plus fréquemment chez les personnes âgées ou immunodéprimées.

La surveillance humaine des infections à VWN repose depuis 2021 sur le signalement obligatoire des cas, importés ou autochtones, documentés biologiquement (confirmés ou probables ; **Tableau S1**). Elle était auparavant uniquement basée sur les données du Centre National de Référence (CNR) des arbovirus qui a longtemps été le seul laboratoire à réaliser le diagnostic. Désormais, ce diagnostic est également réalisé dans certains laboratoires hospitaliers et libéraux.

La surveillance du VWN s'inscrit, depuis de nombreuses années, dans une démarche pluridisciplinaire selon le concept « *une seule santé* » (*One Health*). Le dispositif de surveillance de l'infection chez les animaux inclut notamment : le signalement obligatoire chez les équidés de la forme neuro-invasive la maladie ; la surveillance syndromique des syndromes nerveux chez les équidés réalisée par le réseau de vétérinaires (RESPE) ; la surveillance de la mortalité dans l'avifaune sauvage par le Laboratoire de santé animale (ANSES/LNR) et l'office français de la biodiversité (OFB) [3]. Des travaux de recherche opérationnelle sont en cours pour évaluer la place de la surveillance du VWN chez le vecteur *Culex* dans le contexte épidémiologique français. Cette surveillance collaborative associe Santé publique France, les Agences régionales de santé (ARS) et le CNR des arbovirus, l'ANSES/LNR, l'OFB ainsi que des équipes de recherche et les opérateurs de démoustication. Son objectif est de détecter précocement la circulation du VWN afin de sécuriser les produits issus du corps humain et prévenir les formes graves.

Ce bilan présente les données du volet humain de la surveillance épidémiologique du VWN en France hexagonale pour l'année 2025.

Matériel et méthodes

Surveillance épidémiologique

La surveillance humaine du VWN en France hexagonale repose sur le signalement obligatoire des cas importés ou autochtones documentés biologiquement. Le Tableau en annexe précise les définitions de cas utilisées (**Tableau S1**). Une surveillance renforcée est mise en place pendant la période d'activité du moustique vecteur (du 1^{er} mai au 30 novembre) afin d'augmenter l'exhaustivité des cas identifiés et guider les mesures de contrôle. Cette surveillance renforcée consiste en :

- (1) Une sensibilisation des professionnels de santé au diagnostic et à la déclaration des cas en début de saison,
- (2) Une sensibilisation des services hospitaliers aux formes neuro-invasives et
- (3) Un transfert des résultats biologiques des laboratoires Biomnis, Cerba, Inovie et Biogroup afin d'identifier les cas qui n'auraient pas été signalés par les professionnels de santé via le signalement obligatoire.

Mesures de contrôle et de prévention

Pendant la période de surveillance renforcée, chaque cas identifié déclenche une investigation épidémiologique principalement réalisées par les ARS. L'étendue de la transmission locale est déterminée par l'analyse des cas signalés, elle-même renforcée en cas d'une nouvelle détection au moyen d'une sensibilisation renforcée des professionnels de santé et de la population générale, notamment via la publication de communiqués de presse. La nature et l'échelle des investigations diffèrent de celles menées pour les cas d'infection par les virus dengue, chikungunya ou Zika en raison des différences de comportement des moustiques vecteurs (rayon d'action beaucoup plus important pour les moustiques du genre *Culex* que pour *Aedes albopictus*), de réservoirs (réservoir aviaire pour le VWN, réservoir humain pour les autres virus) ainsi que de l'absence de transmission interhumaine médiée par un vecteur. Ainsi, contrairement aux arboviroses chikungunya, dengue et Zika, les infections à VWN ne justifient pas la conduite d'enquêtes en porte-à-porte pour le VWN ou de lutte antivectorielle ciblée.

Des mesures adaptées de sécurisation des produits issus du corps humain (sang, tissus, organes...) sont mises en œuvre en cas de transmission en France hexagonale. Elles s'appliquent à l'échelle du département de la zone de transmission identifiée et consistent en l'ajournement temporaire des dons ou le dépistage des donneurs, en application des recommandations du groupe de travail Sécurité des éléments et produits du corps humains (Secproch) du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) [4,5]. En 2025, l'Établissement français du sang (EFS) a mis en place un dépistage génomique viral préventif du VWN chez les donneurs de sang entre le 1^{er} juillet et le 30 novembre 2025 dans les départements les plus à risque : Alpes-Maritimes (06), Bouches-du-Rhône (13), Gironde (33), Hérault (34), Var (83) [6]. Celui-ci a été étendu de manière proactive à 19 départements en cours de saison de surveillance : Ardèche (17), Charente-Maritime (17), Corse (2A, 2B), Gard (30), Haute-Garonne (31), Jura (39) Lot-et-Garonne (47), Puy-de-Dôme (63), Seine-Maritime (76), Tarn-et-Garonne (82), Vaucluse (84), Paris (75), Yvelines (78), Essonne (91), Hauts-de-Seine (92), Seine-Saint-Denis (93), Val-de-Marne (94) et Val-d'Oise (95).

Résultats

Cas autochtones

Transmission vectorielle

En 2025, 62 cas humains autochtones d'infection à VWN ont été identifiés en France hexagonale. Dix-sept départements dans six régions ont été concernés : Provence-Alpes-Côte d'Azur, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie, Île-de-France, Normandie et Auvergne-Rhône-Alpes (**Figure 1**). Les 17 départements concernés comptaient de 1 à 18 cas (**Tableau S2**).

Parmi ces 62 cas d'infection à VWN, 50 ont été classés comme confirmés et 12 comme cas probables (**Tableau S1**). Les cas autochtones ont été identifiés par les signalements des professionnels de santé (n=47), par le dépistage des donneurs de sang par l'EFS (n=8), ou par le rattrapage laboratoire (n=7).

Les dates de début des signes étaient comprises entre le 7 juillet (semaine 27) et le 22 octobre (semaine 43 ; **Figure 2**). Un pic a été observé en semaine 34 avec 12 cas identifiés dans 3 régions : Île-de-France (n=6), Occitanie (n=4) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (n=2 ; **Figures S1-S3**).

L'âge médian des cas était de 55 ans (écart interquartile : 43 – 69) avec un ratio homme / femme de 1,5. Parmi les 62 cas, 20 (32 %) ont présenté des formes neuro-invasives dont cinq (8 %) sont décédés. L'âge médian des personnes décédées était de 76 ans (écart interquartile : 71 – 79) avec un ratio homme / femme de 4,0.

La région la plus affectée était la Provence-Alpes-Côte d'Azur, avec 30 cas autochtones rapportés dans les départements Bouches-du-Rhône (n=18 ; **Tableau S2**), Var (n=9, avec un épisode de

transmission de 7 cas contaminés à Hyères) et Vaucluse (n=3). La deuxième région la plus affectée était la région Île-de-France, avec 18 cas répartis dans sept départements.

Douze départements ont été touchés pour la première fois en 2025 :

- 7 départements en Île de France – Paris, Yvelines, Essonne, Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne et Val-d'Oise
- 2 départements en Occitanie – Haute-Garonne et Tarn-et-Garonne
- 1 département en Nouvelle Aquitaine – Lot-et-Garonne
- 1 département en Normandie – Seine-Maritime
- 1 département en Auvergne-Rhône-Alpes – Puy-de-Dôme

Pour le cas identifié en Normandie (département de la Seine-Maritime), bien qu'un séjour de moins de 24h en Île-de-France ait été rapporté, la Normandie restait le lieu d'exposition principal, et n'a pas pu être exclue comme lieu d'infection. Le cas identifié dans la région Auvergne-Rhône-Alpes (département Puy-de-Dôme) avait passé la majorité de sa période d'exposition dans le Puy-de-Dôme (8 des 14 jours, de J-11 à J-3 avant la date de début des signes). Ce cas avait également fréquenté les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Île-de-France aux extrêmes de la période d'exposition. Même si les incubations extrêmes sont rares, une infection dans une de ces régions ne peut pas être exclue. Par principe de précaution et en cohérence avec les délais d'incubation et les expositions à risque déclarées, la Seine-Maritime (Normandie) et le Puy de Dôme (Auvergne-Rhône-Alpes) ont été retenus comme lieux présumés de contamination.

Figure 1. Nombre de cas autochtones d'infection à virus West Nile par département de survenue, France hexagonale (n=62), 2025

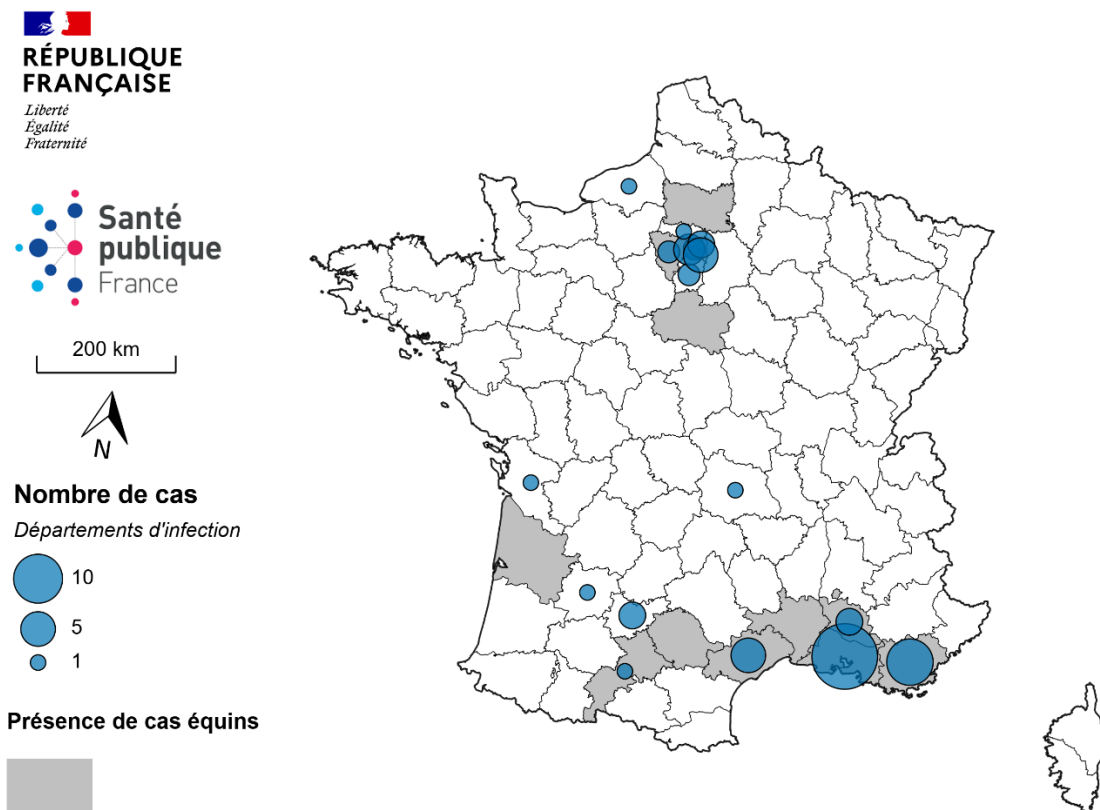
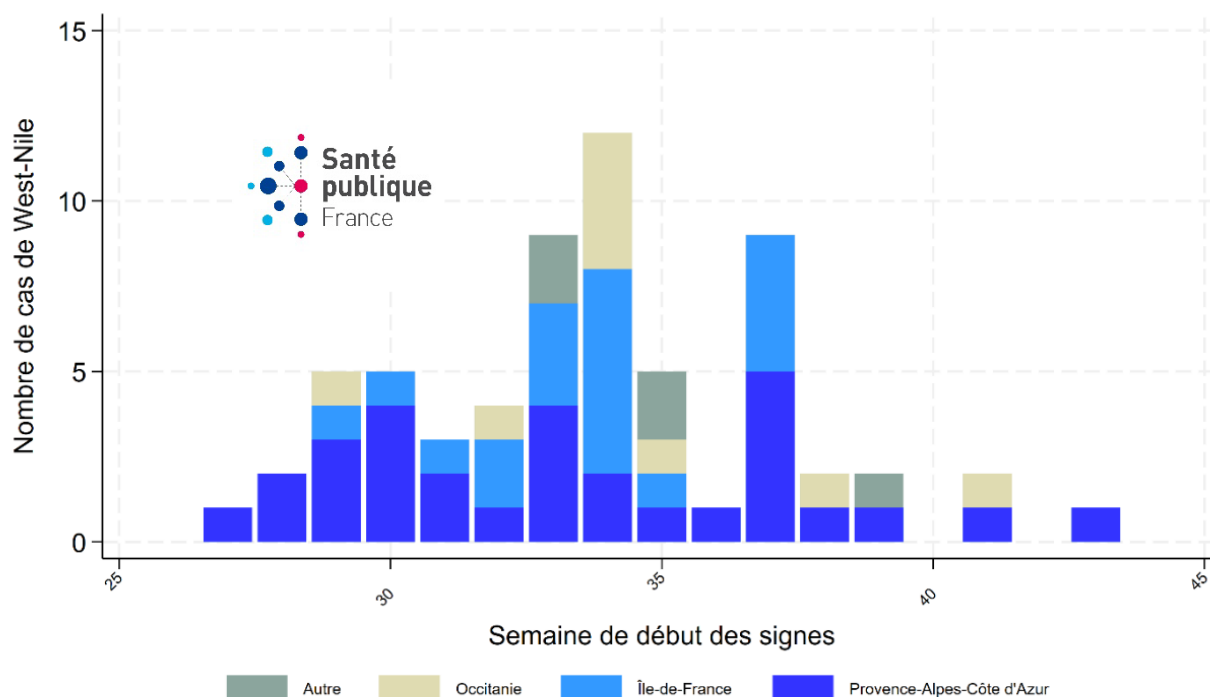


Figure 2. Courbe épidémique des cas autochtones d'infection à virus West Nile en France hexagonale, 2025



« Autre » inclut Auvergne-Rhône-Alpes (1 cas), Normandie (1 cas) et Nouvelle-Aquitaine (2 cas).

Tableau 1. Répartition par région des cas autochtones d'infection à virus West Nile (62 cas) identifiés en France hexagonale en 2025

Région	Nombre de départements	Nombre de départements touchés pour la première fois	Nombre de communes	Nombre de cas autochtones
Auvergne-Rhône-Alpes	1	1	1	1
Normandie	1	1	1	1
Nouvelle-Aquitaine	2	1	2	2
Occitanie	3	2	7	9
Provence-Alpes-Côte d'Azur	3	0	21	30
Île-de-France	7	7	14	19
Total	17	12	46	62

Transmission non vectorielle

Une transmission du VWN par greffe d'organe a été documentée chez deux receveurs d'un même donneur [7]. L'évolution de l'infection a été favorable chez les deux receveurs.

Autres flavivirus

En 2025, deux cas autochtones d'infection par le virus Usutu ont été identifiés. Ces deux cas étaient localisés dans la région d'Île-de-France. Le premier cas a présenté ses premiers signes (méningite

et encéphalite) la semaine 31 de 2025 (août, Seine-Saint-Denis). Le second cas, un donneur de sang asymptomatique, a été prélevé la semaine 36 de 2025 (septembre, Hauts-de-Seine).

Pour 10 cas autochtones, le diagnostic virologique n'a pas permis de différencier entre une infection à VWN et une infection par le virus Usutu. Ces 10 cas étaient localisés dans quatre régions : Île-de-France (3 départements, 7 cas dont 1 donneur), Occitanie (1 département, 2 cas) et Auvergne-Rhône-Alpes (1 cas). Tous les cas ont été symptomatiques, dont deux ont présenté des signes neurologiques. Leurs dates de début des signes étaient comprises entre le 3 août et le 16 septembre.

Par ailleurs, les analyses biologiques n'ont pas permis de préciser l'espèce de flavivirus à l'origine de quatre cas autochtones. Ces quatre cas étaient localisés dans trois régions : Provence-Alpes-Côte d'Azur (1 département, 2 cas), Grand-Est (1 cas) et Occitanie (1 cas). Bien que tous ont été symptomatiques, aucun n'a développé des signes neurologiques. Les dates de début des signes étaient comprises entre le 20 août et le 14 septembre.

Les 14 cas de flavivirus ont été détectés dans des départements où la circulation du VWN n'avait jamais été documentée chez l'humain avant 2025, à part les Bouches-du-Rhône (**Tableaux S3-S4**).

Cas importés

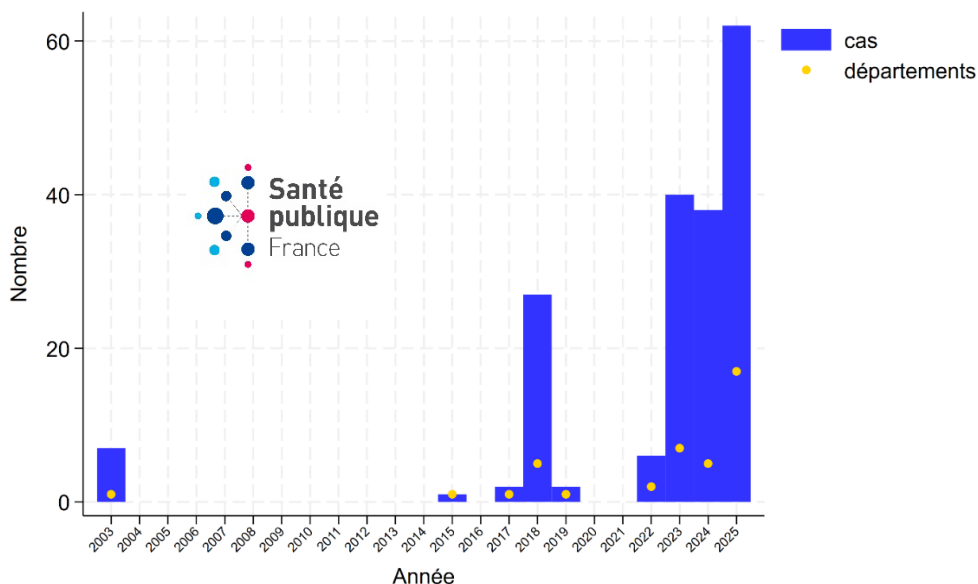
En 2025, deux cas d'infection à VWN importés ont été identifiés : un en provenance de Grèce et un d'Italie. Par ailleurs, les investigations n'ont pas permis d'identifier le lieu de contamination précis d'un cas qui avait séjourné en Espagne et en France hexagonale pendant sa période d'exposition théorique.

Discussion

En 2025, nous avons observé un nombre record de cas d'infection à VWN acquis par transmission vectorielle (n=62), dépassant le nombre de cas rapportés en 2018 (n=27), 2023 (n=39) et 2024 (n=38), années marquées par une transmission intense en Europe et en France (**Figure 3**).

Les 62 cas signalés ont été contaminés en Provence-Alpes-Côte d'Azur, Nouvelle-Aquitaine et Occitanie, des régions historiquement affectées par le VWN, mais aussi en Île-de-France, Auvergne-Rhône-Alpes et Normandie, trois régions touchées pour la première fois.

Figure 3. Nombre de cas d'infection à virus West Nile et de départements concernés par année, France hexagonale, 2003 - 2025



Le VWN confirme son extension en France hexagonale, avec notamment depuis 2017 des détections de cas humains et/ou équins rapportées chaque année.

Parmi les 62 cas rapportés en 2025, trente étaient infectés en Provence-Alpes-Côte d'Azur, dont 18 dans le département Bouches-du-Rhône. La surveillance équine a également permis d'identifier de nombreux cas équins dans ce département. La circulation a été particulièrement diffuse dans le temps et l'espace (**Figure S3**). Dans le département du Var, un épisode de transmission de sept cas a été identifié à Hyères (presqu'île de Giens). Si un premier cas humain a été détecté dans le Vaucluse en 2018, avec toutefois un lien indirect avec la Camargue, c'est la première année où une circulation active du virus est clairement établie dans ce département, avec trois cas humains, mais aussi des cas équins.

En 2025, la région Île-de-France, touchée pour la première fois, est devenue la deuxième région la plus affectée, avec 19 cas autochtones et une circulation intense et diffuse géographiquement (**Figures S1 et S3**). L'identification de cas pour la première fois en Île-de-France, ainsi qu'en Auvergne-Rhône-Alpes, en Normandie et dans deux départements d'Occitanie (Haute-Garonne et Tarn-et-Garonne), confirme l'évolution de l'épidémiologie du VWN en France, notamment depuis 2022, année de l'identification de la première transmission en Nouvelle Aquitaine, hors de la zone historique de transmission sur l'arc méditerranéen.

Cette expansion vers le nord concerne l'ensemble de l'Europe, avec une circulation du VWN détectée en Allemagne depuis 2019 [8, 9], au Pays Bas depuis 2020 [10] et en Belgique en 2025 [11]. L'Italie et la Grèce, pays où les deux cas d'infection à VWN importés en France en 2025 ont été exposés, ont enregistré la majorité des cas humains de VWN en Europe en 2025, avec respectivement 787 et 95 cas [12].

Dans ce contexte de circulation accrue du VWN, l'importance de la surveillance, déjà renforcée avec la mise à déclaration obligatoire de l'infection humaine en 2021, doit être rappelée aux professionnels de santé. La complémentarité des volets constituant cette surveillance intégrée et multidisciplinaire est fondamentale pour donner l'alerte de façon précoce, définir les zones et les périodes de circulation et caractériser les virus circulants, afin de mettre en œuvre des mesures de gestion adaptées.

Références

1. European Centre for Disease Prevention and Control. Culex pipiens group - current known distribution : October 2023 – 17 nov 2023. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/culex-pipiens-group-current-known-distribution-october-2023>
2. European Centre for Disease Prevention and Control. Culex modestus - current known distribution: October 2023 – 17 nov 2023. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/culex-modestus-current-known-distribution-october-2023>
3. Lecollinet S, Leblond A, Durand B, *et al.* Le virus West Nile : bilan de la situation en europe et point sur la surveillance en France. *Santé animale-alimentation*. 2012 ; 32. <https://be.anses.fr/sites/default/files/BEP-mg-BE49-art14.pdf>
4. Haut conseil de la santé publique. Sécurisation des produits issus du corps humain en prévision de cas d'infection à virus West Nile – 28 mars 2023. Paris: HCSP; 2023. <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=1284>
5. Liste des pays à risque de transmission du virus West Nile (WNV) pour les produits du corps humain, saison 2024 – 30 juin 2024. Paris: HCSP; 2024. <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=1382>
6. Etablissement Français du Sang. 3 février 2026. Organisation et bilan de la sécurisation des dons de sang [présentation par Gallian P.]. Bilan GEPP Arbo, Saint Maurice, France.
7. Truffot A, Montcuquet AS, Grard G, *et al.* Donor-Derived West Nile Virus Infection in Kidney Transplant Recipients, France, 2025. *Emerg Infect Dis*. 2026 ; 32(2):281-284. doi:10.3201/eid3202.251569
8. Offergeld R, Frank C, Schmidt-Chanasit J, *et al.* West Nile Virus Infections in Germany: Update 2022–2024. *Transfusion Medicine and Hemotherapy*. 2026 ; 53(1), 13-22.
9. Ruscher C, Patzina-Mehling C, Melchert J, *et al.* Ecological and clinical evidence of the establishment of West Nile virus in a large urban area in Europe, Berlin, Germany, 2021 to 2022. *Eurosurveillance*. 2023. 28(48), 2300258.
10. National Institute for Public Health and the Environment (RIVM). First West Nile virus patient in the Netherlands – 15 octobre 2020. <https://www.rivm.nl/en/news/first-west-nile-virus-patient-in-netherlands>
11. Sohier C, Breman FC, Vervaeke M, *et al.* First detection of West Nile virus in Belgium through wild bird surveillance, Belgium, 2025. *Eurosurveillance*. 2026 ; 31(4):2600049. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2026.31.4.2600049.
12. European Centre for Disease Prevention and Control. Surveillance of West Nile virus infections in humans and animals in Europe, monthly report. ECDC: 10 December 2025. <https://www.ecdc.europa.eu/en/infectious-disease-topics/West-Nile-virus-infection/surveillance-and-disease-data/monthly-updates>

Auteurs / Relecteurs

Auteurs : Catarina Krug, Amandine Cochet, Clémentine Calba, Imène Horrigue, Frederic Jourdain

Relecteurs : Henriette de Valk, Florian Franke, Harold Noël

Remerciements

Les investigations épidémiologiques ont été réalisées par les ARS et les équipes de Santé publique France. Nous remercions les professionnels de santé (médecins généralistes, médecins hospitaliers, biologistes, CPTS, pharmaciens) qui ont collaboré et participé activement à la surveillance et aux investigations. Nous remercions le réseau de laboratoires partenaires Eurofins-Biomnis (Lyon), Cerba (Saint-Ouen l'Aumône), Inovie, et Biogroup. Nous remercions également toutes les personnes qui ont été contactées au cours des investigations et les élus locaux pour leur collaboration tout au long de l'été.

Partenaires

- Centre National de Référence (CNR) des Arbovirus, Inserm-IRBA, Marseille
- Agences Régionales de Santé (ARS)
- Etablissement français du sang (EFS)

Pour nous citer : West Nile en France hexagonale en 2025. Bilan de la surveillance humaine. Édition nationale. Bulletin. Saint-Maurice : Santé publique France, 12 pages, mai 2026

Directrice de publication : Caroline Semaille

Date de publication : 6 mai 2026

Contact : presse@santepubliquefrance.fr

Annexes

Tableau S1. Définitions de cas pour la surveillance du virus West Nile (VWN) en France hexagonale

Classement du cas	Critères biologiques
Cas confirmé Usutu	PCR positive et/ou séroneutralisation positive
Cas confirmé VWN	PCR positive et/ou IgM positives sur le LCS et/ou séroneutralisation positive
Cas probable VWN	Séroconversion ET absence d'autres analyses
Cas confirmé VWN ou Usutu	DGV VWN positif ET séroneutralisation non discriminante entre VWN et virus Usutu
Cas confirmé flavivirus	Sérologie positive ET séroneutralisation non discriminante
Cas probable flavivirus	Sérologie positive ET séroneutralisation négative ou au seuil OU absence de séroneutralisation
Cas autochtone	Cas n'ayant pas voyagé en zone de circulation connue du virus dans les 15 jours précédant le début des symptômes
Cas importé	Cas ayant séjourné en zone de circulation connue du virus dans les 15 jours précédant le début des symptômes

Tableau S2. Transmission autochtone du virus West Nile en France hexagonale, par région et département, 2025

Région	Département	Nombre de cas autochtones
Auvergne-Rhône-Alpes	Puy-de-Dôme	1
Normandie	Seine-Maritime	1
Nouvelle-Aquitaine	Charente-Maritime	1
	Lot-et-Garonne	1
Occitanie	Tarn-et-Garonne	3
	Haute-Garonne	1
	Hérault	5
Provence-Alpes-Côte d'Azur	Var	9
	Vaucluse	3
	Bouches-du-Rhône	18
Île-de-France	Paris	2
	Essonne	2
	Hauts-de-Seine	4
	Yvelines	2
	Val-de-Marne	5
	Val-d'Oise	1
	Seine-Saint-Denis	3

Figure S1. Courbe épidémique des cas autochtones d'infection à virus West Nile en Île-de-France, France hexagonale, 2025

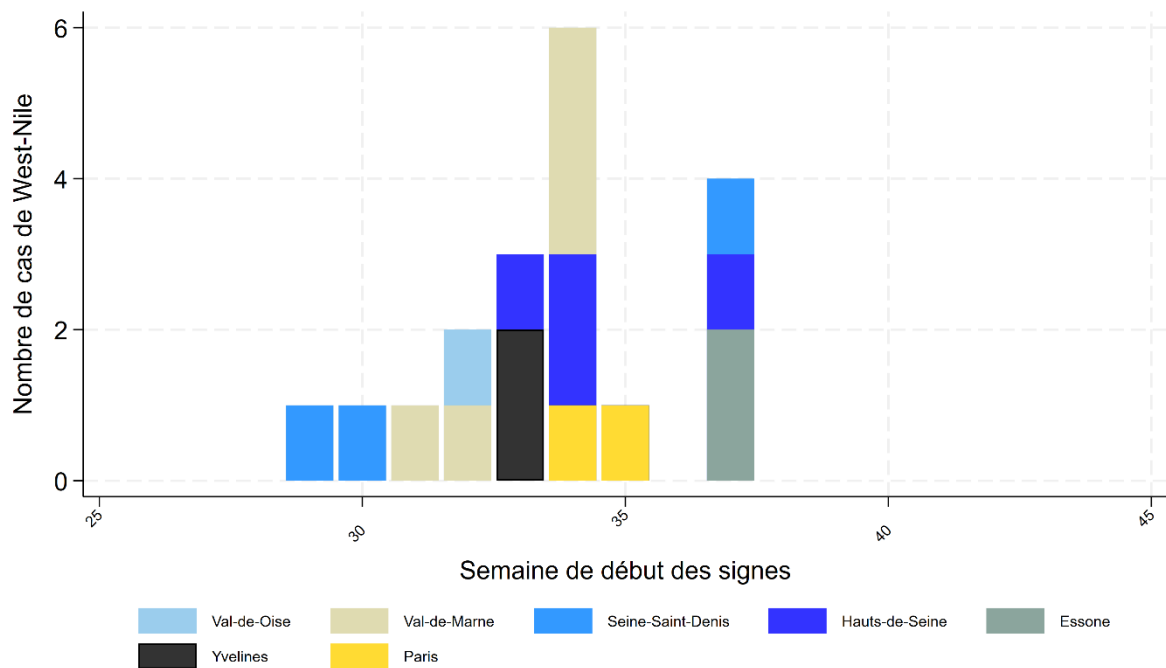


Figure S2. Courbe épidémique des cas autochtones d'infection à virus West Nile en Occitanie, France hexagonale, 2025

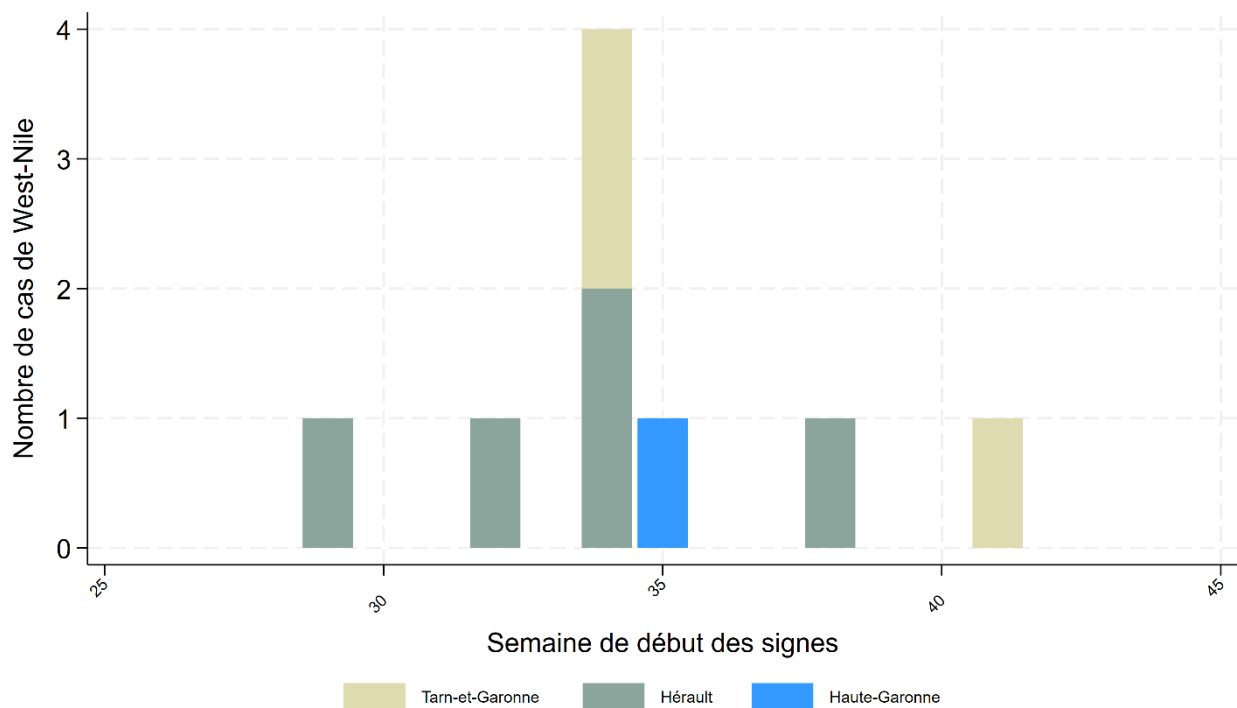


Figure S3. Courbe épidémique des cas autochtones d'infection à virus West Nile en Provence-Alpes-Côte d'Azur, France hexagonale, 2025

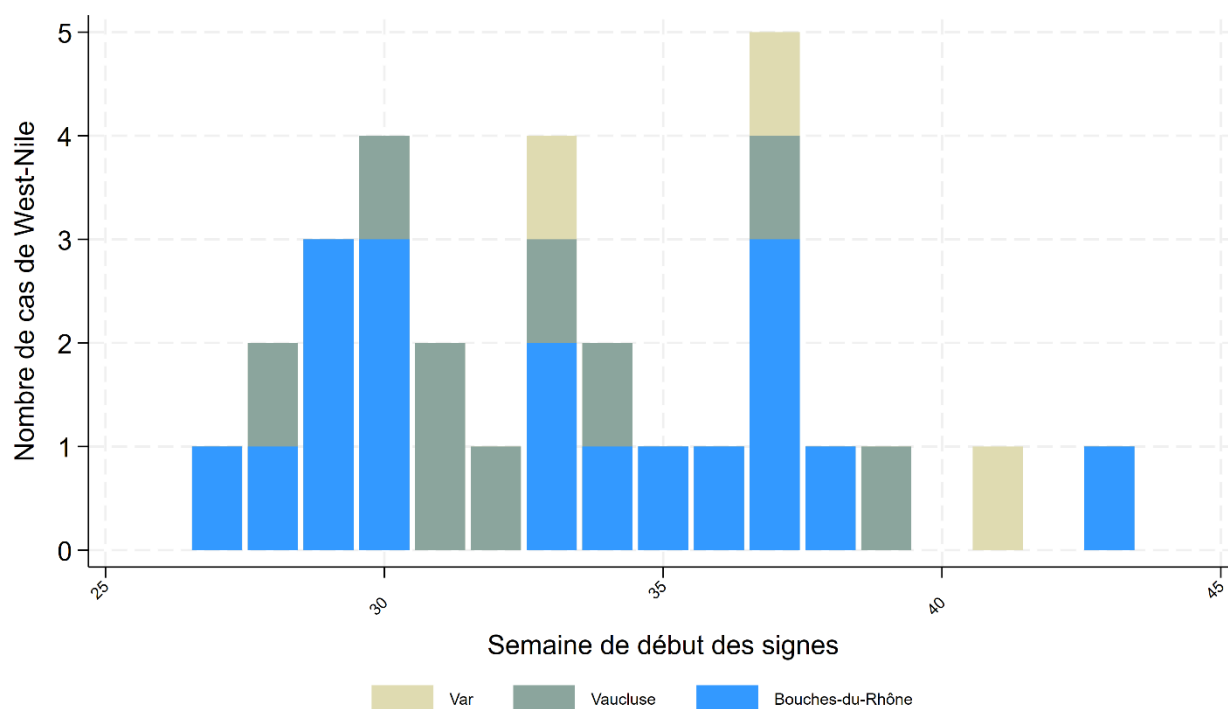


Tableau S3. Cas autochtones pour lesquels le diagnostic virologique n'a pas permis de différencier entre une infection à virus West Nile et une infection par le virus Usutu en France hexagonale, 2025

Région	Département	Nombre de cas autochtones
Auvergne-Rhône-Alpes	Ardèche	1
Occitanie	Tarn-et-Garonne	2
Île-de-France	Yvelines	1
	Val-de-Marne	2
	Seine-Saint-Denis	4

Tableau S4. Cas autochtones de flavivirus¹ en France hexagonale, 2025

Région	Département	Nombre de cas autochtones
Auvergne-Rhône-Alpes	Ardèche	1
Occitanie	Haute-Garonne	1
Provence-Alpes-Côte d'Azur	Bouches-du-Rhône	2

¹Cas pour lesquels les analyses biologiques n'ont pas permis de préciser l'espèce de flavivirus à l'origine de l'infection