Santé publique France
12 rue du Val d'Osne – 94415 Saint Maurice Cedex
www.santepubliquefrance.fr

Centre National de Référence Leptospirose
Institut Pasteur, 28 rue du Dr Roux, 75015 Paris

Tél. : 0145688337

www.pasteur.fr/fr/sante-publique/CNR/les-cnr/leptospirose

RAPPORT ANNUEL

D'ACTIVITE 2025

CNR Leptospirose



	Organisme / Structure d'hébergement	Responsable
Laboratoire CNR	Institut Pasteur / unité Biologie des Spirochètes	Mathieu Picardeau

Toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit des pages publiées dans le présent rapport, faite sans l'autorisation écrite du CNR, est illicite. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective, et d'autre part, les analyses et courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées, tout en faisant clairement référence à ce présent rapport.
Les données issues des tableaux et figures présentées dans ce rapport ne doivent pas être publiées sans l'accord explicite du CNR.

RESUME ANALYTIQUE

Faits marquants

L'année 2025 marque la deuxième année complète de surveillance de la leptospirose depuis son inscription sur la liste des maladies à déclaration obligatoire en août 2023. Après une année record en 2024 avec 871 cas en Hexagone (soit une incidence de 1,3 cas pour 100 000 habitants), on note une forte baisse en 2025 avec 514 cas (soit une incidence de 0,78 cas pour 100 000 habitants).

Pour ce qui est des départements et territoires d'Outre Mer (Martinique, Guadeloupe, Guyane, Polynésie Française, Mayotte, Ile de La Réunion, Nouvelle Calédonie), le nombre de cas est en baisse à l'exception de Mayotte et la Nouvelle-Calédonie. L'incidence reste de 20 fois (Ile de La Réunion) à 80 fois (Nouvelle Calédonie) plus élevée qu'en Hexagone.

EXECUTIVE SUMMARY
Highlights

The year of 2025 marks the second full year of leptospirosis surveillance since its inclusion on the list of notifiable diseases in August 2023. After a record year in 2024 with 871 cases in mainland France (an incidence of 1.3 cases per 100,000 inhabitants), a sharp decrease was observed in 2025, with 514 cases (an incidence of 0.78 cases per 100,000 inhabitants).

Regarding the overseas departments and territories (Martinique, Guadeloupe, French Guiana, French Polynesia, Mayotte, Réunion Island, New Caledonia), the number of cases has also decreased, with the exception of Mayotte and New Caledonia. The incidence remains 20 times higher (Réunion Island) to 80 times higher (New Caledonia) than in mainland France.

3. Activités de surveillance

Le CNR Leptospirose ne fait plus de diagnostic de première intention depuis mars 2024 pour se concentrer maintenant sur le diagnostic sérologique de confirmation suite à la mise à déclaration obligatoire de la leptospirose en août 2023 et le génotypage des souches infectantes à partir des ADNs positifs par PCR. La collecte des données pour l'ensemble des laboratoires réalisant le diagnostic en métropole et outre-mer permet de recenser, après élimination des doublons, 514 cas de leptospirose en métropole et 953 cas dans les départements et territoires d'Outre-Mer (Martinique, Guadeloupe, Guyane, Polynésie Française, Mayotte, Ile de La Réunion, Nouvelle Calédonie).

3.1 Description du réseau de partenaires

En métropole :

Hospices Civils de Lyon, Centre de Biologie et de Pathologie Nord (Dr A. Souche, S. Etievant, Dr C. Roure Sobas et Dr H. Salord). Le diagnostic est réalisé par PCR ciblant lipL32 et ELISA IgM (Virclia). En 2024, 16 échantillons positifs par PCR (39 en 2024) et 20/62 séropositifs par ELISA (92 en 2024). Les sérologies positives sont envoyées au CNR pour confirmation.

CHU de Toulouse, Laboratoire de Bactériologie-Hygiène (Dr P. Lefloch, D. Dubois et Dr L. Cavalié). Le diagnostic est réalisé par PCR ciblant *lipL32* et ELISA IgM de VirClia. En 2025, 10 sérologies positives (13 en 2024) et 15 PCR positives (28 en 2024).

CHRU de Tours, Service de Bactériologie-Virologie-Hygiène Hospitalière (Dr C. Lemaire et Dr C. Le Brun). Le diagnostic est réalisé par PCR. 2 patients positifs par PCR BIOSYNEX AMPLIQUICK® Leptospira (BIOSYNEX) ciblant lipL32 (6 en 2024) . Les sérologies sont réalisées par CERBA ; pas de sérologies positives en 2025.

CHU de Rennes, Laboratoire de Bactériologie (Dr G. Auger et F. Guérin). Analyses réalisées pour les CH de St Brieuc, St Malo, Fougères et Laval. Le diagnostic est réalisé par une PCR « maison » ciblant lipL32. 7 patients positifs par PCR (9 en 2024).

CHRU de Lille, Centre de Biologie-Pathologie (Dr R. Le Guern et Dr C. Loïez). Le diagnostic est réalisé par PCR en utilisant les cibles *lipL32* et *secY*. En 2025, 5 patients positifs par PCR (15 en 2024).

CHU Montpellier, Laboratoire de Bactériologie (Dr L. Bonzon). 204 analyses de sérologie sur VirClia dont 25 positifs. 23 recherches par PCR avec le kit BIOFIRE® FILMARRAY® Tropical Fever (BIOMERIEUX), toutes négatives.

CHU Poitiers, service de Bactériologie (Dr C. Plouzeau Jayle). Le diagnostic est réalisé par PCR. 3 patients positifs par PCR BIOSYNEX AMPLIQUICK® Leptospira (BIOSYNEX) ciblant lipL32 (11 en 2024). Les sérologies sont envoyées au CNR pour confirmation ; 6 sérologies

positives en 2025.

CHU de Besançon (Dr A. Potron) Le diagnostic est réalisé par PCR. 10 patients positifs par PCR BIOSYNEX AMPLIQUICK® Leptospira (BIOSYNEX) ciblant lipL32.

Hôpital Bicêtre (Dr G. Cuzon et I. Villata) PCR réalisées pour 55 patients (52 sur sang, 25 sur urines et 1 LCR)), aucune positive en 2025

CHU de Dijon (Dr C. Auvray). 144 analyses sérologiques réalisées en 2025 dont 13 positives par ELISA IgM (Virclia) et 89 demandes de PCR (Eurobioplex) dont 4 positifs.

Assistance Publique Hôpitaux de Marseille (Dr C. Boschi et MS Omarjee). Le diagnostic est réalisé par PCR ciblant l'ARN 16S (Morel, Dubourg et al. 2015) et ELISA IgM (Serion). En 2025, 41 sérologies positives sur 1022 ELISA réalisés et 11 PCR positives sur 587 PCR réalisées.

Laboratoire Biomnis Lyon/Paris (Dr A. Ovize, Dr A. Soares). Le diagnostic est réalisé par ELISA IgM Serion et PCR ciblant l'ARNr 16S (Smythe, Smith et al. 2002). Depuis 2017, en concertation avec le CNR, le seuil de l'ELISA a été revu suite à notre étude comparative de l'ELISA IgM de Sérion (voir rapport annuel 2017). Ainsi la zone grise du fabricant initialement à 15 UI/ml - 20 UI/ml a été élargie à 15 UI/ml-50 UI/ml. Suite à l'arrêt de commercialisation des milieux de culture des leptospires (EMJH) par BioRad, le MAT n'est plus réalisé depuis octobre 2022 et les demandes de MAT sont envoyées au CNR. Les échantillons proviennent de métropole et d'Outre-Mer. En 2025, 8425 demandes d'ELISA IgM (9 927 en 2024) dont 3% positifs (6 % positifs en 2024) et 2728 demandes de PCR (4028 en 2024) dont 4% positifs (6 % positfs en 2024).

Laboratoire CERBA Cergy-Pontoise (Dr S. Trombert-Paolantoni). Le diagnostic est réalisé par ELISA IgM (Serion) et PCR en utilisant la trousse Biosynex depuis 2023 ; le seuil utilisé pour l'ELISA IgM est maintenant réhaussé de >20 UI/ml (recommendations fabricant) à >50 UI/ml suite à notre évaluation des trousses commercialisées. Les échantillons proviennent de métropole et d'Outre-Mer. En 2025, 8800 (vs 7061 en 2024) demandes d'ELISA IgM (4% positifs pour un seuil >50 UI/ml vs 5% en 2024) et 2550 (vs 2819 en 2024) demandes de PCR dont 3,7% positifs (6% positifs en 2024).

En Outre-mer :

Guadeloupe, CHU de Pointe-à-Pitre (Dr S. Ben Ifa, C. Loraux, Dr C. Herrmann-Storck). Le diagnostic est réalisé par PCR (Eurobio) et ELISA IgM (Serion) avec seuil >50 UI/ml. Pour 2025, 38 sérologies positices sur 557 (7%) et 38 PCR positives sur 1389 (3 %). Les ELISA positifs ou limites sont envoyés au CNR pour infirmation/confirmation du diagnostic par le MAT.

Martinique, CHU de Fort-de-France (Dr R. Théodose et Dr C. Olive). Le diagnostic est réalisé par PCR ciblant lfb1 et ELISA IgM (OnSite RapiTest BIOTECH). En 2025, 29 ELISA positifs (38 en 2024) et 40 PCR positives (52 en 2024).

Guyane. Le Laboratoire de Biologie Médicale de l'Institut Pasteur de la Guyane réalise un ELISA IgM (PanBio) ; les sérums sont ensuite envoyés au CNR pour confirmation par le MAT. Le CH de Cayenne (Prof. M. Demar, Dr J. Jaonasoa) réalise maintenant le diagnostic de la leptospirose par ELISA IgM (Serion) et et la PCR (Eurobioplex). Sur 968 demandes de PCR, 37 positifs (4% vs 9% en 2024), analyses, 88 PCR positives.

La Nouvelle-Calédonie (L. Floury, DASS). Le diagnostic est effectué au CHT de Nouvelle-Calédonie par ELISA IgM (PanBio) et PCR lipL32. En 2025, 166 cas positifs (82 cas en 2024).

Ile de La Réunion (E. Balleydier et C. Giraud, SPF). Le CHU (Dr M-C. Jaffar-Bandjee) réalise le diagnostic par PCR ciblant l'ARNr 23S (Woo et al. 1997) pour le CHU et CHOR et ELISA IgM SERION. Les autres laboratoires réalisant le diagnostic incluent Bioaustral (PCR triplex Chikungunya/Dengue/Leptospirose d'Eurobio), Cerballiance (PCR EurobioPlex Leptospire et PCR triplex Chikungunya/Dengue/Leptospirose d'Eurobio), Inovie (PCR EurobioPlex Leptospire et PCR triplex chik/dengue/lepto d'Eurobio, ELISA IgM SERION), Laboratoire de Saint-Benoit (PCR triplex Chikungunya/Dengue/Leptospirose d'Eurobio). Le nombre de demandes de confirmation par PCR a été multiplié par 3,5 par rapport à 2024 (année historique en nombre de cas), dans un contexte de diagnostic différentiel en épidémie de chikungunya et d'utilisation de la triplex (chikungunya/dengue/leptospirose) par les LBM. Le CHU (Dr M-C. Jaffar-Bandjee et D. Heaugwane) réalise le génotypage des PCR positives par séquençage du gène *lfb1*.

Mayotte (Y. Hassani, F. Paranton, A. Lapostolle, SPF). Le diagnostic est principalement effectué par PCR ciblant *lipL32* et en reverse transcription ciblant l'ARNr 16S (Waggoner, Balassiano et al. 2014) par le Centre Hospitalier de Mayotte (Dr L. Collet). Pour 2025, 176 cas rapportés (139 en 2024). Sur les 176 cas, 5 sont issues du laboratoire privé Biogroup et ont été confirmés par sérologie. Les 171 cas restants, ont été détectés par PCR.

Polynésie Française (Mihiau Mapoteke, Dr Henri-Pierre Mallet, Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale). Le diagnostic est effectué à l'Institut Malardé (ELISA PanBio et PCR lipL32) et au Centre hospitalier de Polynésie française (ELISA PanBio et PCR lfB1). 177 cas en 2025 dont 145 positifs par PCR. Nous avons reçu les ADNs positifs de l'Institut Malardé et du Centre hospitalier de Polynésie française pour génotypage par *lfb1* (voir chapitre « Données de génotypage lfb1 pour la Métropole et l'Outre-Mer »)

3.2 Surveillance de l'évolution et des caractéristiques des infections

Cas de leptospirose en métropole

En métropole, après une année 2024 record (871 cas soit 1,33 cas pour 100000 habitants) faisant suite à la mise à déclaration obligatoire de la leptospirose en août 2023, on note une forte baisse du nombre de cas en 2025 avec 514 cas soit une incidence de 0,78 cas pour 100000 habitants (**Figure 1**). On observe dans l'ensemble, une baisse des demandes d'analyses (PCR et ELISA IgM) par rapport à 2024 ; -6% sur la totalité des demandes CERBA et Biomnis (23835 demandes d'analyses vs 22500 demandes d'analyses, PCR et ELISA IgM confondus). On remarque aussi un taux de positivité inférieure à 2024 pour la plupart des laboratoires réalisant le diagnostic, incluant Biomnis et Cerba. Cette baisse du nombre de cas semble donc bien réelle. Ces résultats sont à confronter avec la météo : après une année 2024 très excédentaire, le cumul de précipitations de l'année 2025 est légèrement déficitaire (données Météo France). Cependant, on notera des précipitations excédentaires au printemps dans la moitié sud, notamment pour régions de Nouvelle-Aquitaine et Provence-Alpes-Côte-d'Azur qui ont des taux d'incidence plus élevés que la moyenne (**Tableau 2**).

Pour l'année 2025, sur les 514 cas rapportés par le CNR, seuls 274 cas ont été déclarés à SPF soit 53% des cas (48% des cas en 2024). La sous déclaration est particulièrement marquée en Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Bourgogne-Franche-Comté et Corse (**Tableau 2**).

Description des cas signalés en Hexagone *(données SPF, Alexandra Septfons)*

Parmi les cas déclarés à SPF, 85% (n=234, 86% en 2024) ont été hospitalisés et 34% (n=92, 34% en 2024) ont été pris en soins dans un service de réanimation (soit 39% des cas hospitalisés, 39% en 2024). Les cas admis en réanimation avaient un âge médian de 54 ans (min. : 8, max. : 87). Le sex-ratio H/F était de 6,7 (80 hommes, 12 femmes). Ils présentaient principalement des atteintes rénales (73%), hépatiques (73%) et pulmonaires (36%). Quatre cas sont décédés. Leur âge médian au décès était de 80 ans (min. : 68, max. : 81). La profession était renseignée pour 82% des cas signalés (n=226). Parmi ces cas, 15% étaient des retraités (n=38), 9% n'avaient pas d'activités professionnelles (4% étudiants et 5% sans emploi), 7% (n=19) étaient des professionnels de l'agriculture, et 4% travaillaient dans des espaces verts. Un voyage à l'étranger dans les 21 jours précédant le début des signes était rapporté pour 20% des cas (n=55, 11% en 2024). Les cas revenaient en majorité (46%) d'Asie du Sud-Est (47% en 2024), principalement d'Indonésie (11 cas). Un contact avec des animaux (domestiques ou sauvages) a été rapporté pour 56% des cas (n=154, 53% en 2024), dont des rats (34%), des chiens (29%) et des chats (26%). La présence de rongeurs au domicile et/ou au travail a été rapportée pour 47% des cas (n=129, 45% en 2024). En termes d'activités à risque dans les 21 jours précédant les symptômes, 42% des cas (n=114, 36% en 2024) rapportaient une baignade (51%) ou un contact avec de l'eau douce (pêche 13%, chute, 4%) et 12% (n=30, 12% en 2024) une activité sportive aquatique, majoritairement (46%) du canyoning pour ceux ayant précisé (49% en 2024). Parmi les cas pour lesquels le lieu de baignade était précisé (n=100), 29% avaient été exposés à l'étranger (16% en 2024). 12 cas (12%) avaient été exposés dans les DROM. En France hexagonale, le nombre de cas exposés à des activités de baignade était le plus important en Auvergne-Rhône-Alpes (n=10), Occitanie (n=7), Pays de la Loire (n=6) et Nouvelle-Aquitaine (n=6). Pour 26% des cas (n=72, 34% en 2024) une activité liée à l'agriculture ou au jardinage a été rapportée. Parmi ceux ayant précisé l'activité réalisée (n=62), 45% des cas rapportaient du jardinage et 37% des activités maraîchères ou liées à l'agriculture.

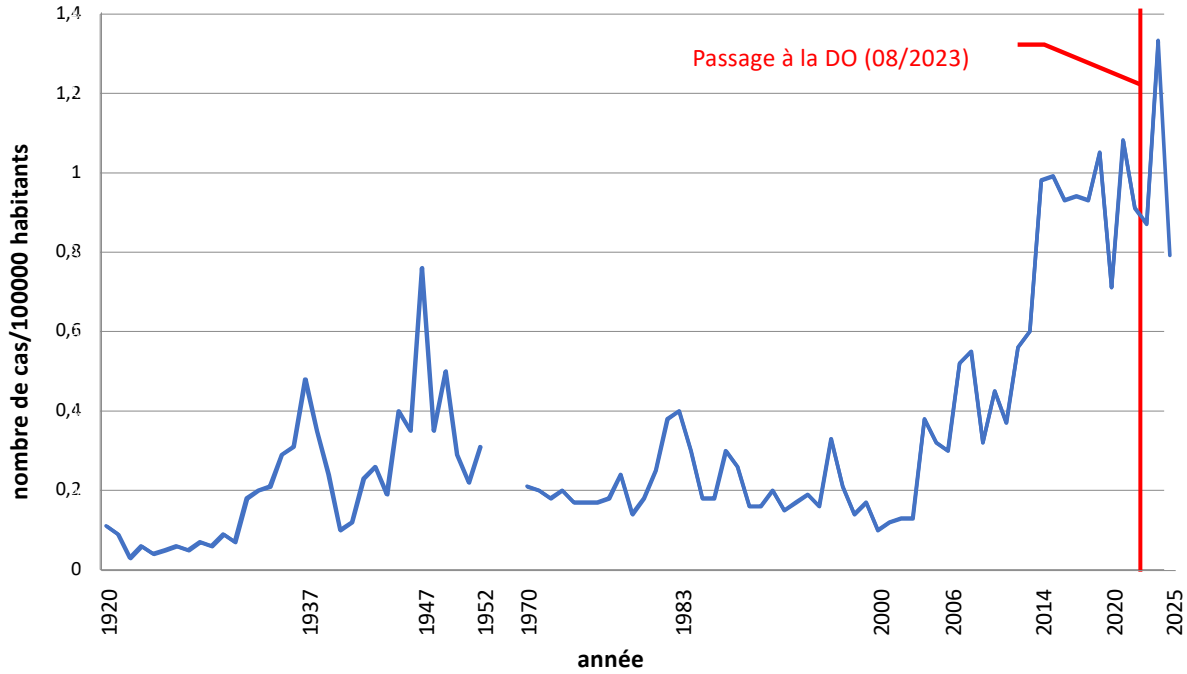


Figure 1: Incidence de la leptospirose en France métropolitaine, 1920-2025 (données Institut Pasteur)**.**

Parmi les 514 cas recensés en métropole, la grande majorité des cas a été diagnostiquée par ELISA IgM sans qu'il soit possible d'identifier le sérovar ou le sérogroupe en cause. Le MAT, technique de référence pour le diagnostic sérologique, étant « hors nomenclature » et donc non remboursé par la Sécurité Sociale, n'est désormais réalisé que par le CNR sur des échantillons dans le cadre du diagnostic de confirmation. Pour le MAT, pour la grande majorité des sérums positifs, il n'est pas possible de déterminer le sérogroupe infectant du fait de nombreuses agglutinations croisées. On notera cependant que le sérogroupe Icterohaemorrhagiae reste prédominant parmi les cas diagnostiqués par le MAT; ceci est aussi confirmé par nos données de séquençage de produits PCR (voir "Données de génotypage *lfb1* pour la Métropole et l'Outre-Mer »).

Depuis quelques années, le CNR a développé une technique permettant le génotypage des souches infectantes à partir de produits PCR issus d'échantillons biologiques (Genetic diversity of *Leptospira* strains circulating in humans and dogs in France in 2019-2021. Garcia-Lopez M, Lorioux C, Soares A, Trombert-Paolantoni S, Harran E, Ayral F, Picardeau M, Djelouadji Z, Bourhy P. Front Cell Infect Microbiol. 2023;13:1236866.). Ces résultats de génotypage pour 2025 sont présentés à la fin de ce chapitre (voir "Données de génotypage *lfb1* pour la Métropole et l'Outre-Mer »).

On note de fortes disparités géographiques de l'incidence avec, d'une année sur l'autre, des variations importantes de l'incidence dans les 13 régions (**Tableaux 2 et 3**). En 2025, les incidences les plus élevées (>0,79 cas/100 000 habitants) sont observées en Provence-Alpes-Côte d'Azur (parmi les incidences les moins élevées en 2024) et, comme l'année dernière, en Nouvelle-Aquitaine, Pays de la Loire, Normandie, Bretagne, Bourgogne-Franche-Comté et

Corse. Au contraire, les régions Ile-de-France, Hauts-de-France, et Centre-Val de Loire ont les incidences les moins élevées (<0,5 cas/100 000 habitants). Ainsi, d'une année sur l'autre, les régions ou les départements les plus touchés ne sont pas les mêmes et les régions de fortes incidences peuvent basculer dans les régions avec une incidence bien inférieure à l'incidence au niveau national (**Tableaux 2 et 3**). Les augmentations d'incidences observées peuvent être le fait de facteurs climatiques (par exemple, précipitations excédentaires), d'une sensibilisation des médecins locaux pour la leptospirose ou d'une surveillance accrue dans certaines régions notamment suite à des épisodes de cas groupés. La présence de laboratoires régionaux réalisant le diagnostic de la leptospirose est aussi un facteur important. C'est le cas, par exemple, pour le département du Rhône (69) qui comprend les laboratoires BIOMNIS et les Hospices Civils de Lyon.

On retrouve le caractère saisonnier de la leptospirose avec l'apparition du pic épidémique dans la période estivo-automnale (**Figure 2**).

En métropole, comme en Outre-Mer, la grande majorité des cas sont des hommes. Ainsi en Métropole en 2025, 72 % des cas sont des hommes (73% en 2024). Comme les années précédentes, l'âge moyen est autour de 45 ans. De même, pour les cas documentés (environ un tiers des cas), comme les années précédentes, plus de 95 % des cas n'avaient pas effectué de voyages le mois précédant l'apparition des symptômes. Pour les autres cas, un voyage en région endémique (Asie, Antilles ou Océan Indien) est rapporté.

Tableau 2 : Incidence de la leptospirose dans les 13 nouvelles régions de Métropole en 2025 et 2024 (entre parenthèses). Les régions avec une incidence supérieure à l'incidence nationale sont indiquées en bleu. Le nombre de déclarations obligatoires par région de résidence est aussi indiqué (données SPF). Populations ; références statistiques du 1er janvier 2025.

Région	**Départements**	**Population (hab)**	**Nbre de cas**	**Incidence**	**Nbre de DO**
Île-de-France	75 77 78 91 92 93 94 95	12463067	57 (90)	0,46 (0,73)	19 (25)
Auvergne-Rhône-Alpes	01 03 07 15 26 38 42 43 63 69 73 74	8205557	61 (195)	0,74 (2,24)	37 (73)
Hauts-de-France	02 59 60 62 80	5992194	27 (35)	0,45 (0,58)	22 (23)
Nouvelle-Aquitaine	16 17 19 23 24 33 40 47 64 79 86 87	6150451	56 (106)	0,91 (1,76)	35 (61)
Occitanie	09 11 12 30 31 32 34 46 48 65 66 81 82	6124653	46 (76)	0,75 (1,27)	36 (49)
Grand Est	08 10 51 52 54 55 57 67 68 88	5563378	36 (49)	0,65 (0,88)	20 (32)
Provence-Alpes-Côte d'Azur	04 05 06 13 83 84	5218960	70 (36)	1,34 (0, 71)	16 (21)
Pays de la Loire	44 49 53 72 85	3907156	41 (62)	1,05 (1,62)	26 (38)
Normandie	14 27 50 61 76	3345842	34 (49)	1,02 (1,47)	21 (25)
Bretagne	22 29 35 56	3449370	31 (60)	0,90 (1,78)	16 (39)
Bourgogne-Franche-Comté	21 25 39 58 70 71 89 90	2802670	36 (80)	1,28 (2, 85)	17 (31)
Centre-Val de Loire	18 28 36 37 41 45	2587031	11 (29)	0,43 (1,13)	9 (22)
Corse	2A 2B	355486	8 (5)	2,25 (1,13)	0 (1)
TOTAL METROPOLE		66165815	**514** (871)	**0,78** (1,33)	**274** (440)

Tableau 3: Nombre de cas par régions et départements ; en bleu, le nombre de cas en augmentation par rapport à l'année précédente.

Région	Département		Nbre de cas 2024	Nbre de cas 2025
Île-de-France	75	Paris	16	19
	77	Seine-et-Marne	2	2
	78	Yvelines	6	2
	91	Essonne	1	5
	92	Hauts-de-Seine	3	2
	93	Seine-Saint-Denis	6	5
	94	Val-de-Marne	15	8
	95	Val-d'Oise	41	14
Auvergne-Rhône-Alpes	01	Ain	9	5
	03	Allier	7	4
	07	Ardèche	5	1
	15	Cantal	0	0
	26	Drôme	11	0
	38	Isère	14	10
	42	Loire	8	0
	43	Haute-Loire	1	0
	63	Puy-de-Dôme	12	5
	69	Rhône	98	23
	73	Savoie	18	10
	74	Haute-Savoie	12	3
Hauts-de-France	02	Aisne	3	6
	59	Nord	26	7
	60	Oise	1	4
	62	Pas-de-Calais	2	7
	80	Somme	3	3
Nouvelle-Aquitaine	16	Charente	5	1
	17	Charente-Maritime	14	3
	19	Corrèze	3	0
	23	Creuse	1	0
	24	Dordogne	7	4
	33	Gironde	29	15
	40	Landes	6	8
	47	Lot-et-Garonne	1	3
	64	Pyrénées-Atlantiques	15	13
	79	Deux-Sèvres	7	5
	86	Vienne	14	3
	87	Haute-Vienne	4	1
Occitanie	09	Ariège	2	0
	11	Aude	2	0
	12	Aveyron	7	1
	30	Gard	0	2
	31	Haute-Garonne	33	24
	32	Gers	1	0

	34	Hérault	8	6
	46	Lot	2	2
	48	Lozère	3	1
	65	Hautes-Pyrénées	8	1
	66	Pyrénées-Orientales	4	4
	81	Tarn	4	3
	82	Tarn-et-Garonne	1	2
Grand Est	08	Ardennes	2	3
	10	Aube	2	1
	51	Marne	5	2
	52	Haute-Marne	1	3
	54	Meurthe-et-Moselle	11	4
	55	Meuse	1	3
	57	Moselle	4	1
	67	Bas-Rhin	11	9
	68	Haut-Rhin	9	5
	88	Vosges	3	5
Provence-Alpes-Côte d'Azur	04	Alpes-de-Haute-Prov.	0	2
	05	Hautes-Alpes	2	1
	06	Alpes-Maritimes	5	9
	13	Bouches-du-Rhône	21	41
	83	Var	4	11
	84	Vaucluse	4	6
Pays de la Loire	44	Loire-Atlantique	23	21
	49	Maine-et-Loire	18	10
	53	Mayenne	2	0
	72	Sarthe	7	5
	85	Vendée	12	5
Normandie	14	Calvados	12	14
	27	Eure	3	1
	50	Manche	12	9
	61	Orne	4	2
	76	Seine-Maritime	18	8
Bretagne	22	Côtes-d'Armor	5	4
	29	Finistère	28	8
	35	Ille-et-Vilaine	13	15
	56	Morbihan	14	4
Bourgogne-Franche-Comté	21	Côte-d'Or	23	10
	25	Doubs	19	10
	39	Jura	11	4
	58	Nièvre	1	4
	70	Haute-Saône	6	3
	71	Saône-et-Loire	10	5
	89	Yonne	2	0
	90	Territoire de Belfort	8	0
Centre-Val de Loire	18	Cher	3	0

	28	Eure-et-Loir	0	3
	36	Indre	2	1
	37	Indre-et-Loire	10	1
	41	Loir-et-Cher	3	2
	45	Loiret	11	4
Corse	2A	Corse-du-Sud	3	3
	2B	Haute-Corse	2	5
TOTAL METROPOLE			871	514

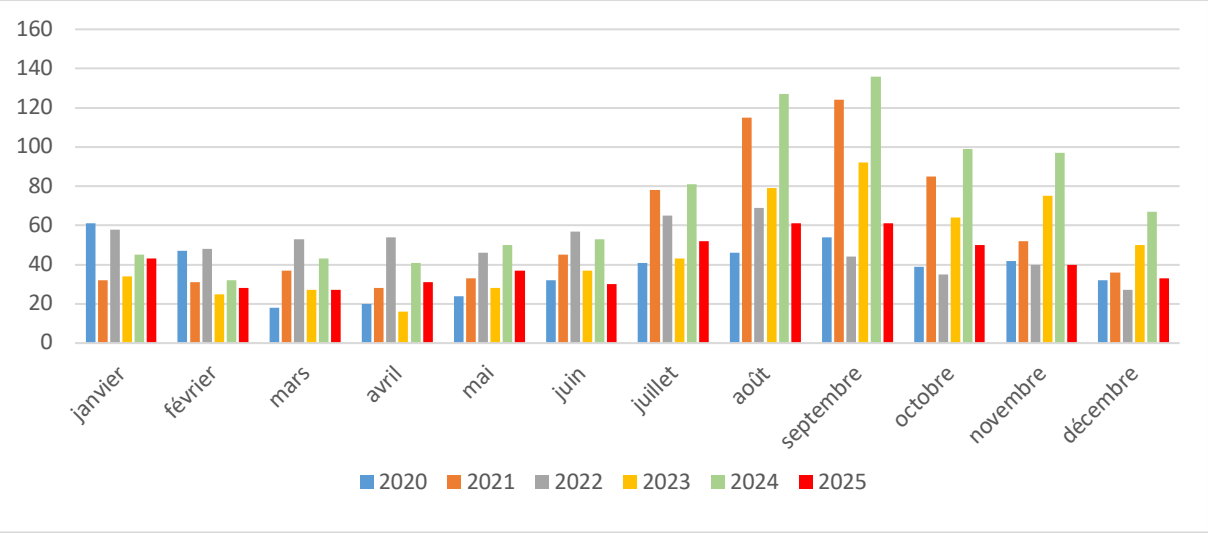


Figure 2: Répartition des cas de leptospirose par année en métropole (2020-2025); l'année 2025 est indiquée en rouge.

Cas de leptospirose dans les régions Outre-mer

On dénombre un total de 953 cas dans les régions Outre-Mer soit une légère baisse par rapport à 2024 (1066 cas) (**Tableau 4**). La baisse est retrouvée dans toute les régions à l'exception de la Nouvelle-Calédonie et Mayotte, le nombre de cas reste stable en Polynésie Française (**Figure 3**).

Tableau 4: Répartition des cas dans les régions d'Outre-mer en 2025. Les données 2024 sont indiquées entre parenthèses. Populations : statistiques de 2026 du ministère des Outre-Mer

Régions	Nombre de cas	Pop. en hab.	Incidence / 100 000 hab.
Guadeloupe *(971)*	93 (130)	382 586	24,31 (34,35)
Martinique *(972)*	117 (153)	358 818	32,61 (43,44)
Guyane *(973)*	74 (88)	298 554	24,79 (29,72)
Ile de La Réunion *(974)*	150 (295)	910 985	16,47 (33,91)
Mayotte *(976)*	176 (140)	338 208	52,04 (46,82)
Polynésie française	177 (178)	279 510	63,32 (62,86)
Nouvelle-Calédonie	166 (82)	264 596	62,74 (25,11)
TOTAL OUTRE-MER	953 (1066)		

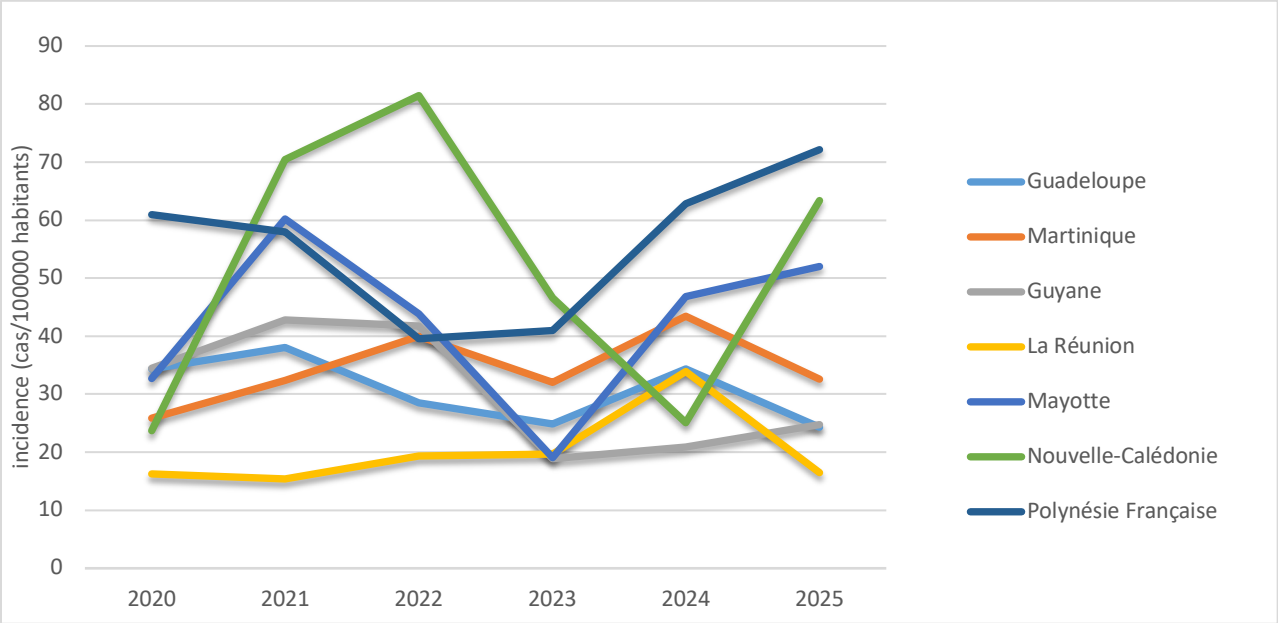


Figure 3 : Incidence de leptospirose en Outre-Mer par année.

Dans la zone Antilles

En Martinique et Guadeloupe, on baisse du nombre de cas par rapport à 2024 (-23 à 28 %). Pour la Guadeloupe, le plus grand nombre de cas est retrouvé en octobre, mois le plus pluvieux en Grande-Terre et à la Désirade, lié directement au passage du cyclone JERRY. Pour la Martinique, après 2 années de pluviométrie excédentaire, l'année 2025 est plus chaude et plus « sèche » avec une activité cyclonique inférieure à la normale. Par le passé, le CNR a participé à de nombreuses études pour l'identification des souches circulantes dans ces régions, notamment grâce à l'isolement de nombreuses souches de patients mais aussi par typage direct sur les échantillons biologiques (Hochedez, Rosine et al. 2011, Bourhy, Herrmann-Storck et al. 2013; Hochedez, Escher et al. 2013; Hochedez, Theodose et al. 2015).

En Guyane Française : légère baisse du nombre de cas en 2025 (74 cas) après une forte augmentation du nombre de cas en 2024 (88 cas), notamment avec la mise en place de la PCR au Centre Hospitalier Andrée Rosemon. La pluviométrie moyenne de l'année 2025 se rapproche de la normale (phase neutre dominante du cycle ENSO alternant phases neutres, El Niño et La Niña).

Dans la zone Océan Indien

Mayotte

On note une augmentation constante du nombre de cas avec 57 cas en 2023, 140 en 2024 et 176 en 2025. La survenue du cyclone Chido à Mayotte le 14 décembre 2024, suivie du passage de la tempête tropicale Dikeledi le 12 janvier 2025, ainsi qu'une épidémie de chikungunya, qui présente des manifestations cliniques similaires à la leptospirose, ont due contribuer à cette année record.

En 2025, on observe une répartition des cas plus étalée dans le temps par rapport à 2024 avec un pic atteint tardivement (**Figure 4**). La classe d'âges les plus représentées chez les femmes sont celles de 25 à 44 ans, chez les hommes les cas sont principalement rapportés chez les 5-34 ans.

Le CNR a reçu en 2025, 16 cultures pour identification (Dr Collet CH Mayotte) et des ADNs de patients positifs par PCR pour lesquels le génotypage par séquençage du gène *lfb1* a été réalisé (**Figure 8**). La distribution des sérogroupes et génotypes infectants est similaire à celle observée les années précédentes avec notamment une prédominance des génotypes associés au sérogroupe Mini et une absence du sérogroupe Icterohaemorrhagiae (Bourhy, Collet et al. J. Clin. Microbiol. 2012).

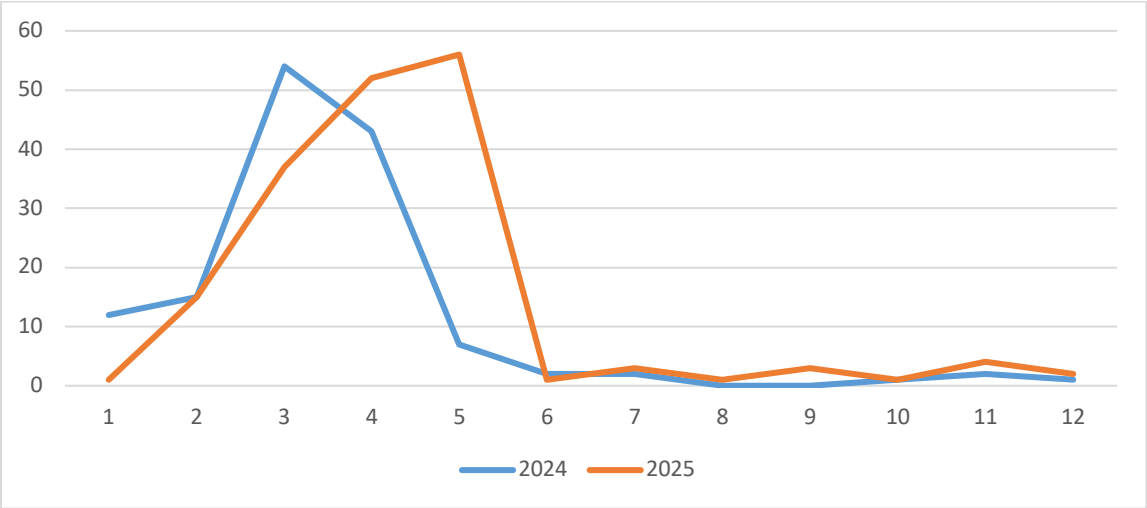


Figure 4 : Nombre de cas reportés à Mayotte en 2024 et 2025.

La Réunion

Sur les dix dernières années de surveillance, 2024 a été une année record avec 295 cas. Du 1er janvier au 31 décembre 2025, 150 cas de leptospirose sont survenus à La Réunion soit 17 cas pour 100 000 habitants. Parmi les 150 cas survenus en 2025, 97% (n=145) étaient des cas confirmés et 3% des cas probables (n=5). La recrudescence saisonnière a commencé en février avec une augmentation significative (16 cas), suivi d'un pic en mars avec 34 cas. A partir d'avril, le nombre de cas a commencé à baisser mais se situait toujours à un niveau élevé en avril (29 cas) et en mai (28 cas). A partir du mois de juin, le nombre de cas mensuel a diminué et restait inférieur à 10 cas entre juin et novembre, avant d'augmenter à nouveau à partir du mois de décembre (11 cas). L'année 2025 suit un schéma saisonnier classique, avec une concentration des cas sur les six premiers mois de l'année (77% de l'ensemble des cas de 2025). La distribution des cas reste comparable à la moyenne 2021-2024, avec des variations mensuelles inférieures à celle-ci, sauf au mois de mai (**Figure 5**). Cependant le pic est arrivé de manière plus précoce (en mars) comparé à la période 2021-2024, où il survenait plus tardivement en avril (2021, 2022, 2024) ou en mai (2023). La majorité des cas signalés était des hommes (93 %). Le sex-ratio H/F était de 12,6 (139 hommes pour 11 femmes). Les cas signalés présentaient un âge médian de 55 ans (min. : 14, max : 93). Parmi les 140 cas pour lesquels l'information était disponible, 58% (n=81) ont été hospitalisés. La durée

d'hospitalisation médiane était de 5 jours (min : 1 ; max : 64). Parmi ces 81 cas hospitalisés, 31 ont été pris en charge dans un service de soins critiques (réanimation, soins continus, soins intensifs) soit 38% des cas hospitalisés et 22% de l'ensemble des 140 cas. Aucun décès n'a été identifié. Le génotypage du gène *lfb1* (données du Dr M-C. Jaffar-Bandjee et Diana Heaugwane) montre un changement de l'épidémiologie avec l'émergence du génotype *L. borgpetersenii* SG1 (53% des souches génotypées) qui devance maintenant le génotype *L. interrogans* SG1 (sg Icterohaemorrahagiae) (39% des souches génotypées) qui était, il y a encore quelques années, largement majoritaire.

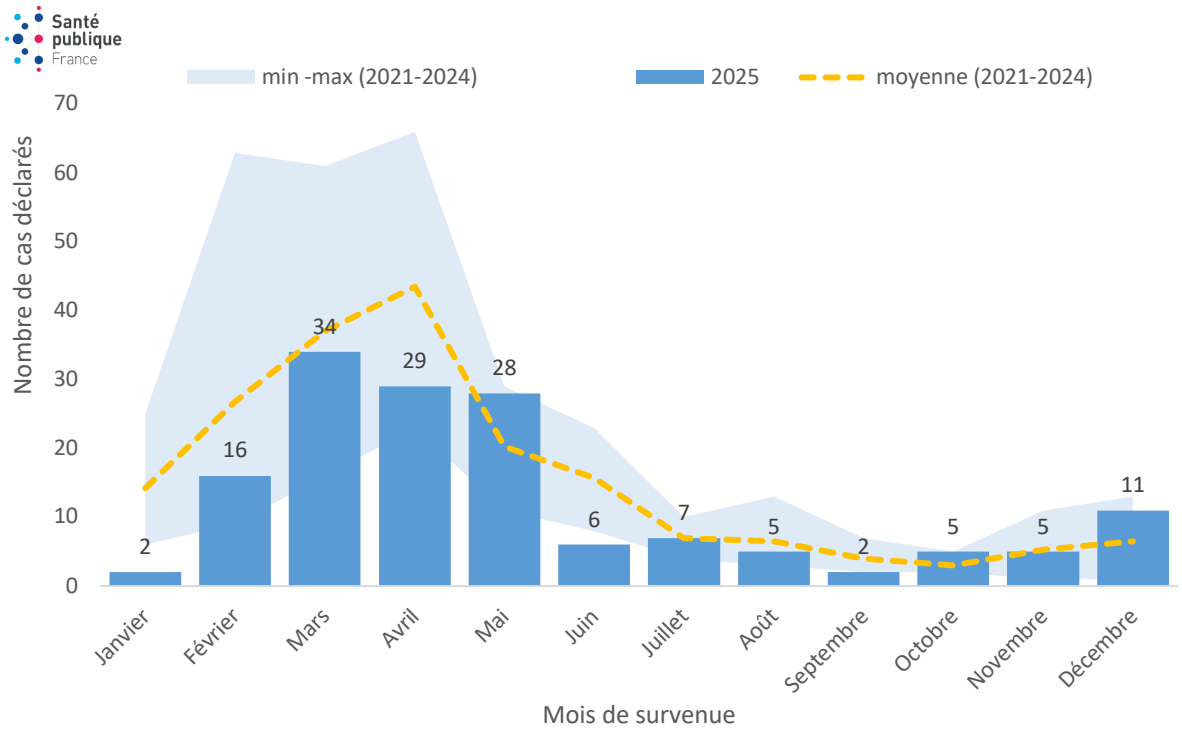


Figure 5. Répartition des cas de leptospirose déclarés à l'ARS Réunion, par mois de survenue, 2025, La Réunion (n=150). Sources : Santé publique France, maladie à signalement obligatoire (leptospirose) - ARS La Réunion - données mises à jour le 03/03/2026 - Exploitation : Santé publique France Réunion.

Dans la zone Pacifique

En Nouvelle-Calédonie (données L. Floury, DASS), on a deux fois plus de cas en 2025 (166 cas) par rapport à 2024 (82 cas). Cette augmentation coïncide avec un nouvel épisode de La Niña de faible intensité qui a pour conséquences des températures plus élevées, davantage de précipitations et une activité cyclonique plus importante. Il a ainsi été montré une corrélation entre ce phénomène climatique et le nombre de cas de leptospirose (Weinberger, Baroux et al. 2014). En 2025, la très grande majorité des cas sont rapportés pendant la période de février à mai. Les données de la DASS (https://dass.gouv.nc/votre-sante-maladies/la-leptospirose) indiquent les communes enregistrant des incidences record. La majorité des cas sont localisés en Province Nord. Dans cette région Pacifique, l'île de Futuna atteint des records d'incidence avec des incidences annuelles que pouvant dépasser

1 000 cas/100 000 habitants, comme c'était le cas en 2007, 2008 et 2009, par exemple (Massenet, Yvon et al. 2015) mais nous n'avons pas les données de ces dernières années.

Données de génotypage *lfb1* pour l'Hexagone et l'Outre-Mer

En l'absence d'isolement de souches, nous utilisons le polymorphisme de séquence du gène *lfb1* (Garcia-Lopez et al. Front Cell Infect Microbiol. 2023) pour génotyper l'ADN des souches de *Leptospira* présent dans les échantillons de patients ayant une PCR positive. Nous avons réussi à séquencer les produits d'amplification du gène *lfb1* de 370 échantillons biologiques collectés en 2025 (265 en 2024) : 171 provenant de métropole (129 patients), 8 de Martinique, 16 de La Réunion, 98 de Mayotte (84 patients) et 75 (69 patients) de Polynésie Française.

Le génotype (LI SG1) correspondant au sérogroupe Icterohaemorrhagiae est majoritaire en métropole (71/129), en Polynésie Française (31/69) et dans les autres régions à l'exception de Mayotte où le génotype correspondant à Icterohaemorrhagiae n'est pas retrouvé. Pour Mayotte, les génotypes LB SG1 (*L. borgpetersenii* sérogroupes Sejroe, Ballum Javanica ou Mini) et LB SG5 (*L. borgpetersenii* sérogroupe Pomona) constituent la majorité des souches (**Figures 6,7 et 8**). Pour la Polynésie Française, on trouve comme autres génotypes LI SG4 (minoritaire en Hexagone et absent à Mayotte) et LW SG4 qui n'est retrouvé qu'en Polynésie Française.

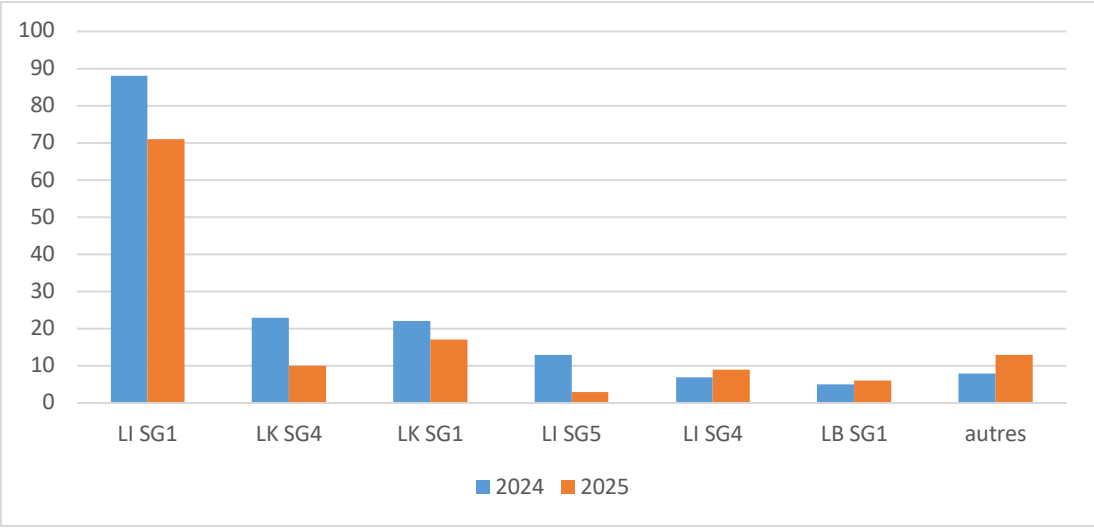


Figure 6 : Données de génotypage *lfb1* pour la France hexagonale.
LI SG1 : *L. interrogans* SG1 (groupe comprenant les souches de référence du sérogroupe Icterohaemorrhagiae sérovars Icterohaemorrhagiae et Copenhageni) ; LK SG1 : *L. kirschneri* SG1 (groupe comprenant respectivement les souches de référence des sérogroupes Autumnalis, Cynopteri, Grippotyphosa, Mini, Pomona et Icterohaemorrhagiae serovar Bim) ; LK SG4 : *L. kirschneri* SG4 (groupe comprenant la souche de référence du sérogroupe Pomona sérovar Tsaratsovo) ; LB SG1 : *L. borgpetersenii* SG1(groupe comprenant respectivement les souches de référence des sérogroupes Ballum, Javanica, Mini, Sejröe) ; LI SG5 : *L. interrogans* SG5 (groupe comprenant respectivement les souches de référence des sérogroupes Australis, Bataviae et Grippotyphosa serovar Valbuzzi) ; LI SG4 : *L. interrogans* SG4 (groupe comprenant respectivement les souches de référence des sérogroupes Australis sérovar Australis Balico, Grippotyphosa, Pyrogenes, Sejröe, Icterohaemorrhagiae serovars Lai, Naan)

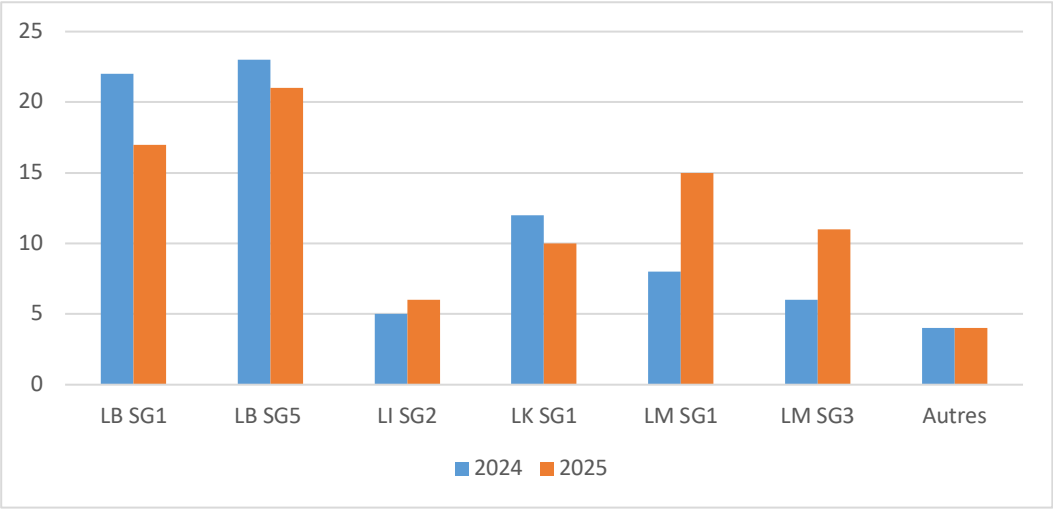


Figure 7 : Données de génotypage *lfb1* pour Mayotte
LB SG1 : *L. borgpetersenii* SG1(groupe comprenant respectivement les souches de référence des sérogroupes Ballum, Javanica, Mini, Sejröe) ; LB SG5 : *L. borgpetersenii* SG5 (groupe correspondant à la souche de référence du sérogroupe Pomona sérovar Pomona) ; LK SG1 : *L. kirschneri* SG1 (groupe comprenant respectivement les souches de référence des sérogroupes Autumnalis, Cynopteri, Grippotyphosa, Mini, Pomona et Icterohaemorrhagiae serovar Bim) ; LM SG1 : *L. mayottensis* SG1 (groupe correspondant à la souche 201001127, ID178) ; LM SG3 : *L. mayottensis* SG3 (groupe correspondant au sérogroupe Mini, souche 200901263, ID177) ; LI SG2 : *L. interrogans* SG2 (groupe comprenant les souches de référence du sérogroupe Pyrogenes et Autumnalis).

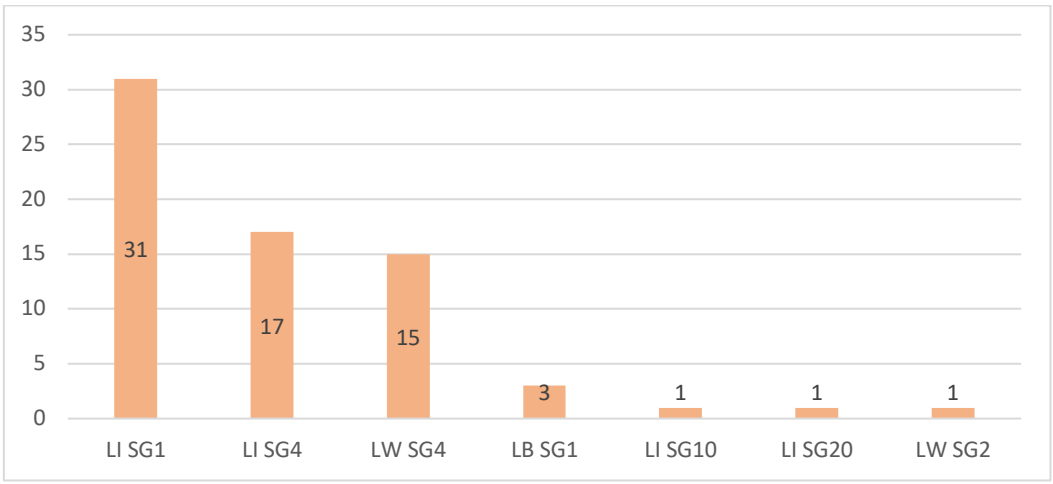


Figure 8: Données de génotypage *lfb1* pour la Polynésie Française
LB SG1 : *L. borgpetersenii* SG1(groupe comprenant respectivement les souches de référence des sérogroupes Ballum,Javanica, Mini, Sejröe), LI SG1 : *L. interrogans* SG1 (groupe comprenant les souches de référence du sérogroupe Icterohaemorrhagiae sérovars Icterohaemorrhagiae et Copenhageni), LI SG10 : *L. interrogans* SG10 (groupe comprenant respectivement les souches de référence des sérogroupes Canicola,Bataviae et Sejröe), *L. interrogans* SG20 (nouveau groupe), LI SG4 : *L. interrogans* SG4 (groupe comprenant respectivement les souches de référence des sérogroupes Australis sérovar Australis Balico,Grippotyphosa,Pyrogenes,Sejröe, Icterohaemorrhagiae serovars Lai,Naan), LW SG2 : *L. weilii* SG2 (groupe comprenant les souches de référence du sérogroupe Celledoni), LW SG4 : *L. weilii* SG4 (groupe comprenant les souches de référence du sérogroupe Hebdomadis).

Ces identifications ne sont réalisables que grâce à la collaboration de nombreux biologistes hospitaliers et du privé qui envoient au CNR les échantillons des patients ayant une PCR positive.