

Actualités

Grippe :
Vigilance maintenue.

Dengue :
Tendance à la baisse à confirmer.

Coqueluche :
Epidémie terminée.

Chikungunya :
Aucun cas signalé en Pf.
Vigilance renforcée.

Tendances évolutives en S21

Dengue	↘
IRA*	↘
Grippe	↔
Leptospirose	↗
GEA**	↘
Coqueluche	→

Légende

*IRA : infection respiratoire aiguë
**GEA : Gastroentérite aiguë

Couleur des flèches correspond à l'activité de la pathologie ou du syndrome

- : faible
- ↔ : modérée
- ↗ : élevée
- ↘ : épidémique

La direction des flèches correspond à la tendance évolutive de la pathologie ou du syndrome

- : stable
- ↗ : tendance à la hausse
- ↘ : tendance à la baisse

RISQUE D'INTRODUCTION DU CHIKUNGUNYA EN POLYNÉSIE FRANÇAISE : VIGILANCE RENFORCÉE FACE A UNE CIRCULATION ACTIVE DANS L'OCEAN INDIEN

Une épidémie de chikungunya (CHIKV) est en cours à La Réunion depuis début 2025 avec, au 25 mai, plusieurs milliers de cas autochtones signalés, près de 200 000 consultations, 391 hospitalisations dont 71 cas graves et 15 décès. La phase de décroissance a débuté depuis la semaine 17. Le virus, adapté au moustique *Aedes albopictus*, est également transmissible par *Aedes aegypti* et *Aedes polynesiensis*, tous deux présents en Polynésie française (Pf).

Mayotte est également touchée, avec un premier cas importé de La Réunion détecté en semaine 10. À la fin de la semaine 20, 326 cas avaient été confirmés biologiquement, la majorité d'origine autochtone, et 10 personnes ont été hospitalisées.

En France hexagonale, 341 cas importés de La Réunion ont été rapportés depuis le début de l'année. Certains cas ayant été déclarés à un stade tardif, des opérations de démoustication préventive ont dû être déclenchées. Avec l'arrivée de conditions météorologiques favorables à l'activité des moustiques vecteurs, la période actuelle est considérée comme propice à une transmission locale. Le risque que des cas importés donnent lieu à des chaînes de transmission autochtones, avec apparition de cas secondaires, est donc accru.

Ce contexte épidémiologique relance la question du **risque d'introduction en Pf**, territoire particulièrement sensible en raison de la **présence de moustiques vecteurs compétents** et de **flux importants de voyageurs internationaux**.

La première et unique **épidémie de chikungunya en Pf** s'est déroulée entre **octobre 2014 et mars 2015**, avec près de 70 000 cas estimés, principalement dans les îles de la Société. Introduit par un voyageur en provenance des Antilles, le virus s'était rapidement propagé aux autres archipels, en raison d'une densité vectorielle élevée, de l'absence d'immunité de population et de la fréquence des échanges inter-îles. L'épidémie avait touché les groupes vulnérables, entraîné **75 formes sévères et contribué ponctuellement à la saturation des structures de soins primaires**. **Dix-huit décès** avaient été rapportés, auxquels s'ajoutaient 42 autres décès à domicile pour lesquels le lien au chikungunya était possible. Deux enquêtes de l'Institut Louis Malardé (ILM) ont permis d'estimer la séroprévalence : l'enquête Prev-DEN (2015) a estimé la séroprévalence post-épidémique de la population générale à 76 % et l'enquête **MATAEA (2019-21)** a estimé la **séroprévalence chez les adultes de 68%**.

Avant cette épidémie, **un premier risque d'introduction du virus avait pu être contenu grâce à une vigilance renforcée et une réponse rapide**. La formation des professionnels de santé à la reconnaissance des symptômes, ainsi que la disponibilité rapide du test diagnostic à l'ILM, avaient permis une détection précoce d'un cas importé. Cette détection rapide, couplée à une investigation épidémiologique rigoureuse et à la mise en œuvre immédiate de mesures de lutte antivectorielle périoctale, avait permis de rompre la chaîne de transmission avant toute diffusion. Cette **réponse coordonnée**, impliquant la **veille sanitaire**, les **laboratoires**, les **équipes de terrain** et les **soignants**, illustre **l'importance d'un système de surveillance réactif et bien préparé face aux menaces émergentes**.

Même si aucun cas de chikungunya n'a été signalé en Pf depuis la fin de l'épidémie en 2015, le risque d'introduction reste réel, notamment via les flux touristiques ou professionnels depuis des zones actuellement épidémiques.

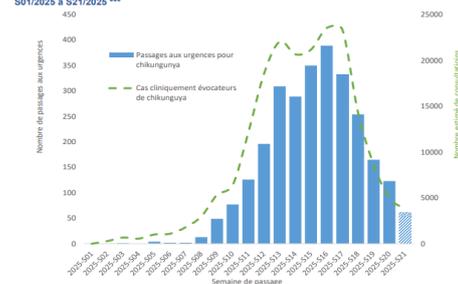
En cas de réintroduction du virus, le risque de reprise épidémique existe. Le climat chaud et humide, la forte densité des vecteurs compétents (*Aedes aegypti* et *Aedes polynesiensis*) et les difficultés d'accès aux soins dans certaines îles pourraient favoriser une propagation rapide, même pendant l'hiver austral.

Dans ce contexte, chaque professionnel de santé en Polynésie française est un maillon essentiel de la détection précoce : tout cas suspect de chikungunya (**fièvre accompagnée de douleur articulaire**), notamment chez les voyageurs revenant de zones à risque doit être signalé sans délai et confirmé biologiquement après validation par le BVSO.

La prévention, elle, commence dès le domicile, en éliminant les gîtes larvaires et en se protégeant efficacement contre les piqûres de moustiques.

Sources : ILM, SpF (La Réunion, Mayotte)

Distribution des consultations estimées pour des cas cliniquement évocateurs de chikungunya* ayant consulté en médecine de ville et des passages aux urgences pour motif chikungunya**, La Réunion, S01/2025 à S21/2025 ***



* Par semaine de passages ** Par semaine de consultations
*** Données en cours de consolidations en 21. Source : données ARS La Réunion, Réseau de médecins sentinelles de La Réunion, CIGSS Réunion, données mises à jour le 27/05/2025. Élaboration : SpF Réunion

DENGUE

Syndrome dengue-like : fièvre élevée ($\geq 38,5^\circ \text{C}$) d'apparition brutale ET syndrome algique (céphalées, arthralgies ou myalgies) ET absence de tout point d'appel infectieux (en particulier respiratoire).

⇒ Prescrire une RT-PCR ou AgNS1 jusqu'à J7 du début des symptômes et une sérologie IgM au-delà de cette période.

Cas confirmé : syndrome "dengue-like" confirmé biologiquement par un test diagnostique positif (RT-PCR ou AgNS1).

- **Iles-du-vent, Iles-sous-le-vent, Tuamotu-Gambier et Australes** : Phase d'épidémie avérée de niveau 3A.
- **Marquises** : Phase d'alerte de niveau 2.

Malgré une tendance à la baisse qui semble se confirmer, l'épidémie persiste dans la majorité des archipels. Elle concerne majoritairement **les plus jeunes**.

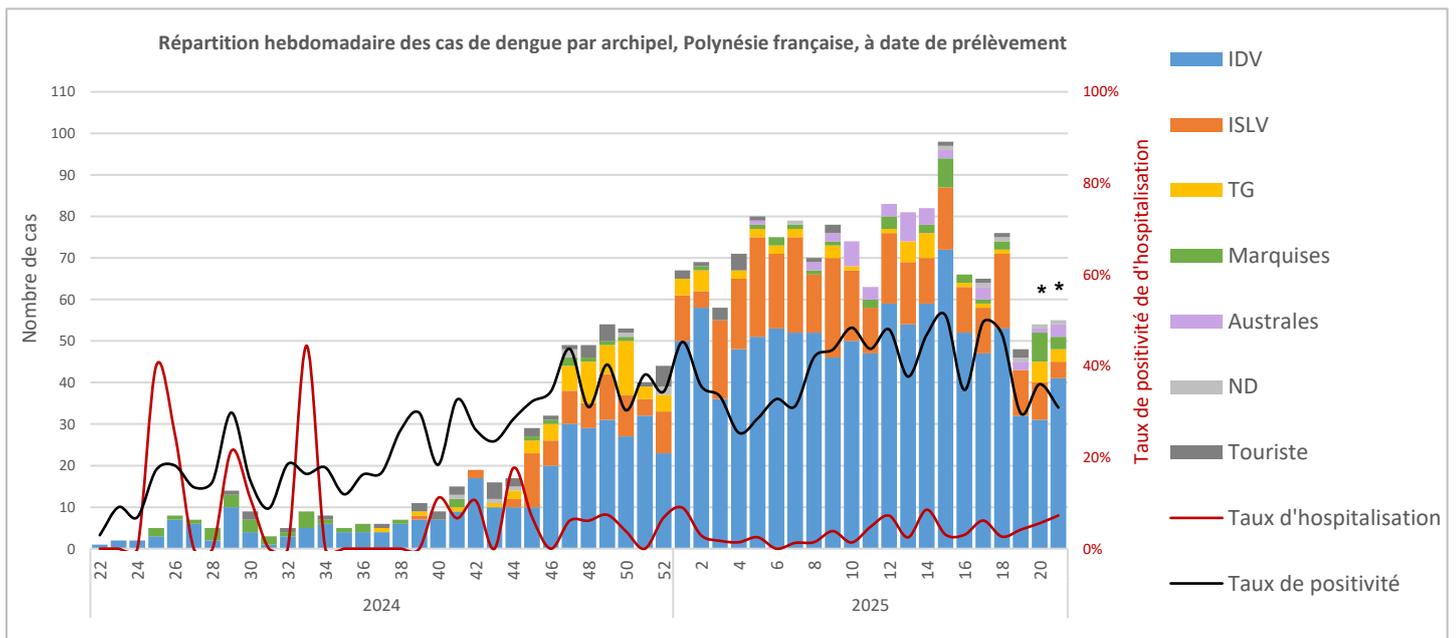
Pour rappel, aucun cas sévère n'a été notifié depuis le début de l'épidémie.

Nombre cumulé des cas rapportés depuis le
27 novembre 2023

Cas confirmés	Cas probables
1874	212
Hospitalisations	Cas sévères
97	0
Décès : 0	

Nombre de cas rapportés pour la S21

Cas confirmés	Cas probables
51	4
Hospitalisations	Cas sévères
4	0
Décès : 0	



*Les données des S20 et S21 sont à consolider.

Les mesures de prévention individuelle sont particulièrement indispensables dans le contexte actuel :

Protégez-vous contre les
piqûres de moustiques



Éliminez les gîtes larvaires



INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGÜES (IRA)

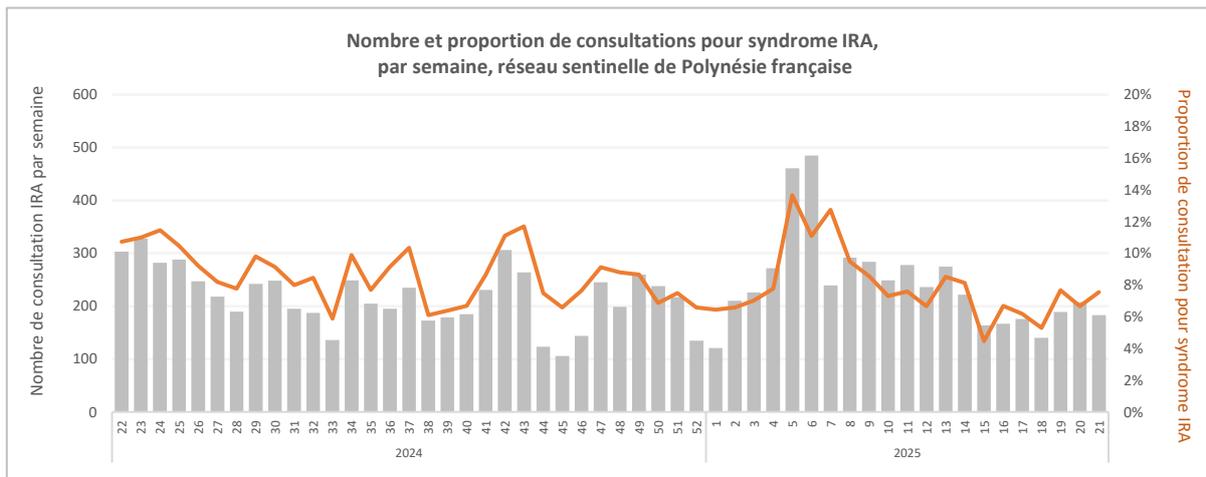
IRA : fièvre ou sensation de fièvre d'apparition brutale, signe respiratoire ou ORL, courbature/myalgie, asthénie, céphalée



Pour réduire la transmission des maladies respiratoires, dont la coqueluche, la grippe, le VRS et la Covid, le port du masque et le lavage fréquent des mains sont des mesures très efficaces.

► **Les laboratoires** du CHPf et de l'Institut Louis Malardé indiquent, outre celle des virus influenza, la circulation de virus respiratoires : SARS-CoV-2, VRS, coronavirus commun (NL63), métapneumovirus, rhinovirus et entérovirus.

► IRA / Surveillance syndromique : niveau de circulation faible



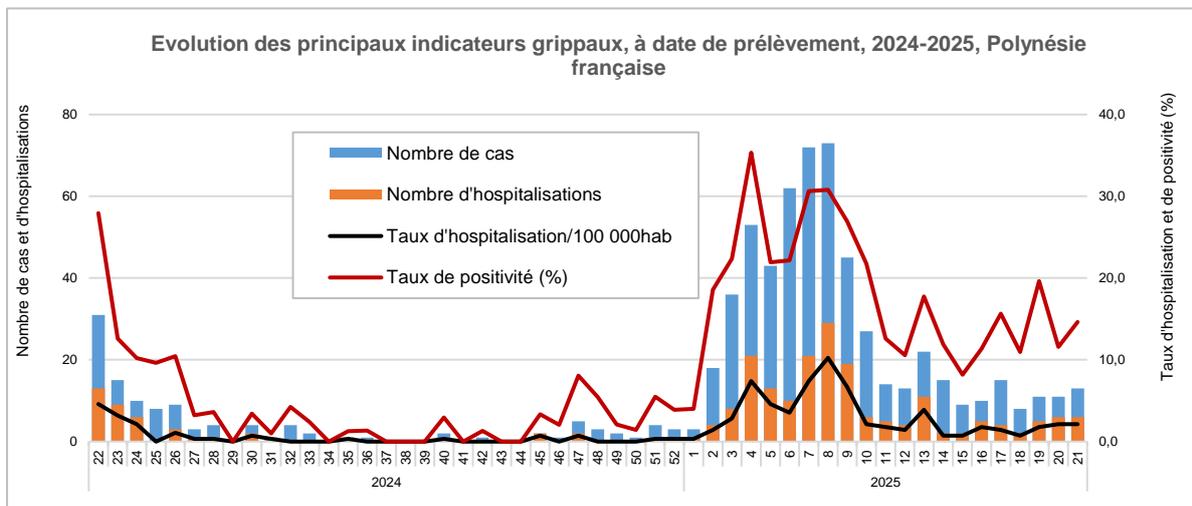
► Grippe : vigilance maintenue (grippe B)

Nombre cumulé des cas rapportés depuis la S03

Cas confirmés		Hospitalisation	
573		184	
dont grippe A	476	Passage en réa	
dont grippe B	89		
Décès		12	

Nombre de cas rapportés pour la S21

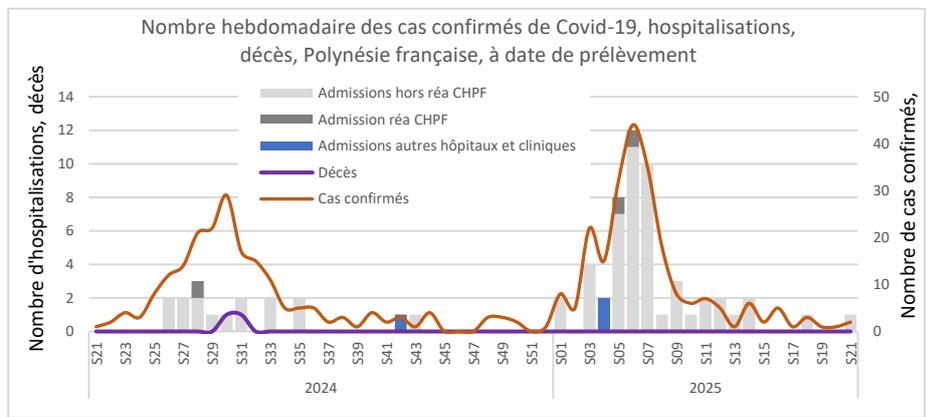
Cas confirmés		Hospitalisation	
13		6	
dont grippe A	1	Passage en réa	
dont grippe B	12		
Décès		0	



Circulation active de la grippe de type B. La vigilance reste de mise à l'approche de l'hiver austral, du fait des échanges aériens directs et réguliers avec la Nouvelle-Zélande notamment.

► **COVID :**

Très faible niveau de circulation



ZOONOSES

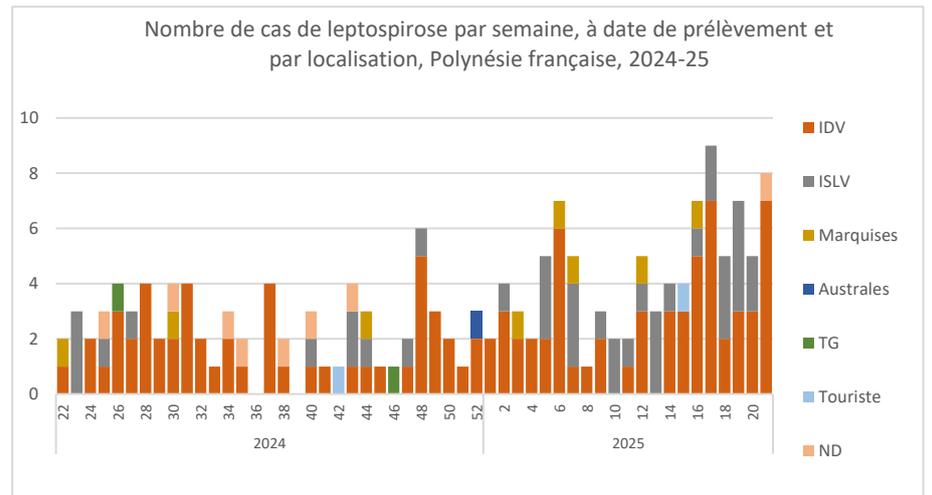
► **Leptospirose :**

Une **recrudescence de cas** est observée aux IDV et ISLV, et présente une forte corrélation avec les épisodes pluvieux survenus depuis le début du mois d'avril.

Un **décès** par leptospirose a été identifié rétrospectivement à Tahiti en S19.

Il est recommandé aux professionnels de santé de prescrire une RT-PCR d'emblée devant toute suspicion de leptospirose, suivie d'une antibiothérapie probabiliste (amoxicilline).

En saison des pluies le risque de contracter la leptospirose est plus élevé.

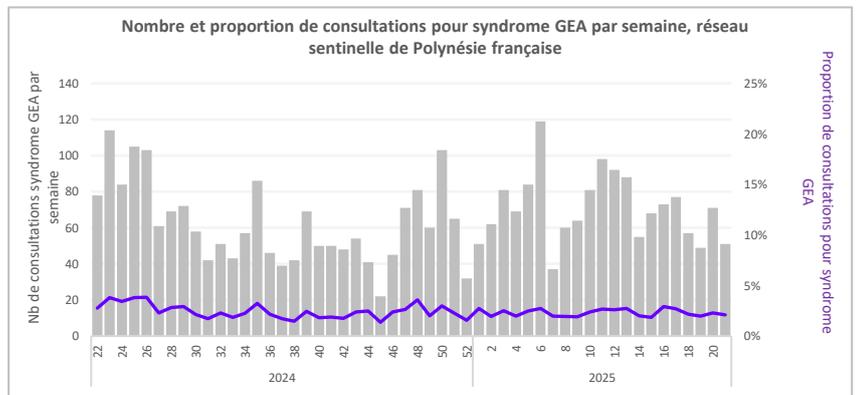


GASTROENTERITES AIGÜES (GEA) ET INTOXICATIONS ALIMENTAIRES (TIAC)

Toxi-infection alimentaire collective (TIAC) : survenue d'au moins 2 cas d'une symptomatologie similaire, en général gastro-intestinale, dont on peut rapporter la cause à une même origine alimentaire.

En **S21**, 4 cas d'infection à *Salmonella* ont été rapportés dont 3 cas liés à une TIAC.

Au CHPf, *norovirus* a été identifié.



Par ailleurs en **S21**, **3 TIAC** ont été rapportées :

Pour la première TIAC, les analyses biologiques ont confirmé une infection à *Salmonella* chez les 3 malades. Suite à l'enquête épidémiologique, la TIAC est liée à la consommation d'un repas commun dans un établissement à Tahiti. Sur les 6 convives de cette table, 3 ont présenté des symptômes et se sont rendus aux urgences du CHPf où ils ont été hospitalisés pour une courte période. L'enquête alimentaire n'a pas permis d'identifier précisément l'aliment incriminé.

La deuxième TIAC a été déclarée à la suite d'un repas familial à Rangiroa, impliquant 3 malades. Le délai entre la consommation du repas et l'apparition des premiers symptômes oriente vers une origine toxinique. Aucune coproculture n'a été réalisée.

Pour la troisième TIAC, 5 personnes ont été malades, avec une symptomatologie modérée et sans aucune hospitalisation. Elles avaient partagé un repas commun dans un établissement à Moorea. Aucune coproculture n'a été réalisée. L'investigation alimentaire est en cours.

ROUGEOLE

Devant la recrudescence observée au niveau mondial et en Europe dont la France, la surveillance doit être renforcée et les efforts de vaccination doivent être poursuivis. L'activité se poursuit en Australie, aux Etats-Unis et au Canada.

Tout cas suspect doit être déclaré au BVSO et un test PCR est préconisé.

MPOX

La situation constitue une urgence de santé publique internationale selon l'OMS depuis le 14 août 2024.

Cas de mpox clade 1b rapportés depuis 2024 en Suède, Thaïlande, Inde, Allemagne, Royaume-Uni, Etats-Unis, Belgique, France Irlande...

MERS-CoV

Arabie Saoudite : Epidémie de 9 cas déclarés entre le 1er mars et le 21 avril 2025, dont 2 décès. Sept cas ont été contaminés par transmission nosocomiale.

Au niveau régional, on rappelle l'épidémie survenue en 2015 en Corée avec 186 cas rapportés.

Au niveau mondial, 27 pays ont rapporté 2627 infections confirmées à MERS-CoV depuis 2012 avec 946 décès.

Dans ce contexte, l'OMS appelle à une surveillance renforcée des infections respiratoires aiguës.

AUTRES

Grippe aviaire

Cambodge, au 25 mars, 3ème cas humain de grippe aviaire H5N1 cette année.

Australie, Victoria, au 25 mars, épidémie de H7N8 dans 4 exploitations avicoles.

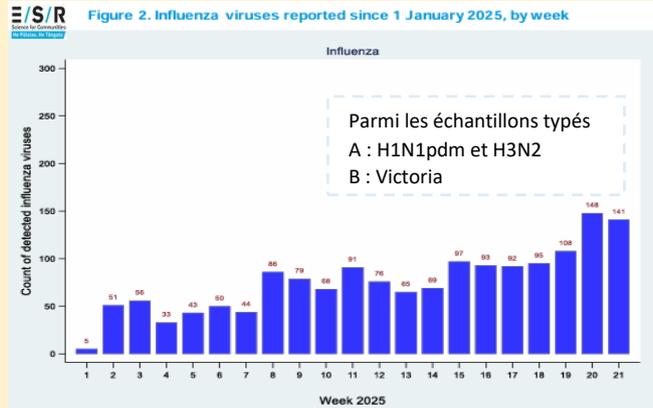
Etats-Unis, au 17 mars, des cas de grippe aviaire de type H7N9, ont été confirmés dans un élevage de poulets aux Etats-Unis, déjà confrontés à une flambée de H5N1(OMSA).

Poliomyélite

Papouasie-Nouvelle-Guinée, au 14 mai, activation du plan national de préparation et de riposte vaccinale. L'OMS a déclaré l'épidémie suite à la détection des virus. Les campagnes de vaccination s'intensifient.

GRIPPE

Nouvelle Zélande, S21



ARBOVIROSES

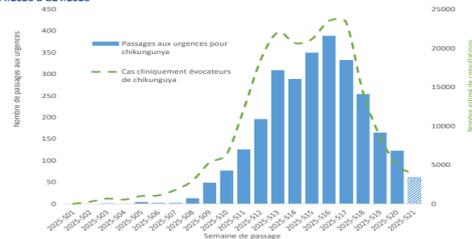
Dengue, épidémies en cours en S21 :

- **Antilles françaises,** Phase 4 niveau 1 en Guadeloupe avec DEN3 majoritaire.
- **Tonga,** DEN2.
- **Fidji,** DEN2 et DEN3 avec 4 décès au total.
- **Samoa, Kiribati et îles Cook,** DEN1 et DEN2.

Chikungunya

La Réunion, S21, phase de décroissance depuis la S17. Près de 193 000 consultations pour chikungunya estimées, dont 3 800 en S21. Depuis le début de l'année, plus de 49 400 cas ont été confirmés et 291 hospitalisations ont été rapportées et 71 cas graves. 15 décès ont été classés comme liés au chikungunya entre les semaines S11 et S17.

Distribution des consultations estimées pour des cas cliniquement évocateurs de chikungunya* ayant consulté en médecine de ville et des passages aux urgences pour motif chikungunya**. La Réunion, S01/2025 à S21/2025***

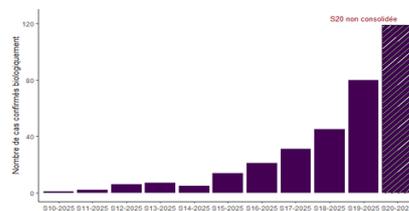


* Par semaine de passages ** Par semaine de consultations
*** Données en cours de consolidation en S21. Sources: données ARS La Réunion, Réseau de médecine sentinelle de La Réunion, CIGOS Réunion, données mises à jour le 27/05/2025. Exploitation : Spf Réunion.



Mayotte, S20, phase 2B du plan ORSEC. Entre la S10 et S20, 326 cas confirmés dont 10 hospitalisations ont été rapportés. En S20, 119 cas dont 1 seul importé ont été confirmés illustrant l'installation d'une transmission autochtone.

Figure 1. Courbe des cas confirmés de chikungunya par semaine de début des symptômes, Mayotte, S10 à S20-2025



Sources : données LBM CHM Mayotte, Mayobio, ARS. Exploitation : Spf Mayotte



Liens utiles

Retrouvez tous les BSS sur le site de l'Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale (ARASS) :

<https://www.service-public.pf/arass/>

Ainsi que sur le site de la Direction de la santé :

<https://www.service-public.pf/dsp/espace-pro-2/surveillance-epidemiologique>

✓ Les informations vaccinations Grippe et Covid en Polynésie française :

<https://www.service-public.pf/dsp/Covid-19/vaccination-Covid/>

✓ Les informations internationales sont accessibles sur les sites de :

L'Organisation Mondiale de la Santé OMS

<https://www.who.int>

The Pacific Community SPC

<https://www.spc.int/>

L'European Center for Disease Control and Prevention ecdc

<https://www.ecdc.europa.eu/en>

Center for Disease Control and Prevention CDC24/7

<https://www.cdc.gov/>

✓ Coordonnées du :

Centre de Lutte Contre la Tuberculose :

40.46.49.31 (médecin) ou 40.46.49.32 ou 33 (infirmière)

cellule.tuberculose@sante.gov.pf

Centre des Maladies Infectieuses et Tropicales :

40.48.62.05

cmit@cht.pf



L'équipe du Bureau de la veille sanitaire et de l'observation (BVSO) :

Responsable du bureau

Dr Henri-Pierre MALLET

Pôle veille sanitaire

Responsable du pôle

Dr André WATTIAUX

Epidémiologistes

Mihiau MAPOTOEKE

Raihei WHITE

Infirmier

Tereva RENETEAUD

Pôle observation de la santé

Epidémiologiste

Adjanie TUARIIHIONOA

Infirmière

Ethel TAURUA

Téléphone :

Standard ARASS

40 48 82 35

BVSO

40 48 82 01

Fax : 40 48 82 12

E-mail :

[veille.sanitaire@](mailto:veille.sanitaire@administration.gov.pf)

administration.gov.pf

Remerciements

Ce bulletin est réalisé grâce aux données des médecins et infirmiers du réseau sentinelle, des structures de la Direction de la santé (dispensaires, infirmeries, hôpitaux périphériques et centres spécialisés), du Centre Hospitalier de Polynésie française, des laboratoires privés et publics, du service de santé des armées et des autres acteurs de santé de Polynésie française.

