

Bulletin de Surveillance Sanitaire

Polynésie française - N°25/2026

Données consolidées jusqu'à la semaine 29
(13/07/2026 au 19/07/2026)



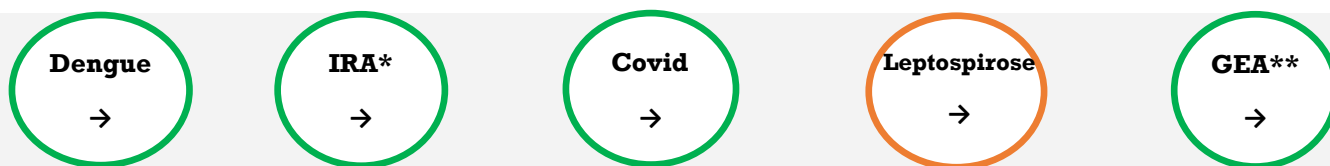
ARASS
AGENCE DE RÉGULATION DE L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE



Actualités

- ➔ **Leptospirose : la vigilance reste de mise compte tenu des épisodes pluvieux récents.**
- ➔ **Ebola : épidémie en cours en République démocratique du Congo.**

Tendances hebdomadaires



*IRA : infection respiratoire aiguë / **GEA : gastroentérite aiguë ; ● : risque faible, ○ : risque modéré, ○ : risque élevé

A LA UNE : Bilan descriptif de la tuberculose - 2025 Polynésie française

La tuberculose (TB) est une maladie infectieuse bactérienne causée principalement par *Mycobacterium tuberculosis* (bacille de Koch). Elle atteint préférentiellement les poumons (tuberculose pulmonaire), mais peut également toucher d'autres organes : ganglions, plèvre, os, système nerveux central ou reins. La transmission est aérienne. Les bacilles sont dispersés sous forme d'aérosols lorsqu'une personne atteinte de tuberculose pulmonaire active tousse, éternue ou parle.

L'inhalation de ces particules peut entraîner une infection chez les sujets exposés. Après l'infection, deux situations sont possibles : infection tuberculeuse latente (ITL) avec absence de symptômes et non-contagiosité ; tuberculose maladie (active) avec multiplication bactérienne, manifestations cliniques (toux persistante, fièvre prolongée, sueurs nocturnes, amaigrissement, asthénie, hémoptysie dans les formes avancées) et potentiel de transmission. Seuls 5 à 10 % des sujets infectés développeront une tuberculose active au cours de leur vie. Le risque de progression vers la maladie est accru chez les personnes vivant avec le VIH, les patients diabétiques, les sujets dénutris, les fumeurs, les personnes consommant excessivement de l'alcool, les individus immunodéprimés.

Le diagnostic de la maladie repose sur la clinique, l'imagerie thoracique (radiographie ou scanner), la mise en évidence du bacille dans les prélèvements respiratoires par examen microscopique ou techniques moléculaires rapides (PCR). Le traitement nécessite une association de plusieurs antibiotiques pendant au moins six mois. Une observance rigoureuse est indispensable pour prévenir les rechutes et l'apparition de résistances. La tuberculose multirésistante (TB-MR) constitue aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique nécessitant des traitements plus longs, plus complexes et plus coûteux. Les principales mesures de prévention sont : i) le dépistage et le traitement précoces des cas ; ii) le dépistage et le traitement de l'infection tuberculeuse latente chez les personnes à risque, et particulièrement les sujets contact d'un cas contagieux.

La tuberculose demeure l'une des principales causes de décès d'origine infectieuse dans le monde. Environ un quart de la population mondiale serait infecté par le bacille tuberculeux. Chaque année, environ 10 millions de personnes développent la maladie et 1,3 million en décèdent.

En Polynésie française, la tuberculose est une maladie à déclaration obligatoire, et depuis 2022 c'est la Cellule de lutte contre la tuberculose de la Direction de la santé (CLCT) qui coordonne la lutte contre la maladie, en collaboration avec le Centre de maladies infectieuses

et tropicales (CMIT). Le CLCT assure la supervision de la prise en charge du cas et le dépistage des cas de maladie ou d'infection des sujets contact de l'entourage.

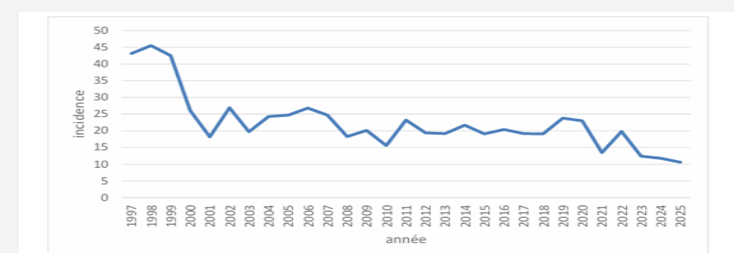


Figure 1 : Incidence de la tuberculose en Polynésie française pour 100 000 habitants de 1997 à 2025

En 2025, 30 cas de tuberculose ont été déclarés, soit une incidence de 10,6/100 000 habitants (fig.1), chiffre le plus bas jamais observé en Polynésie française. Cette incidence est de 7/100 000 habitants en France, mais de 11 en Ile-de-France et 18 en Guyane ; elle est en moyenne de 130 au niveau mondial mais de l'ordre de 400/100 000 dans plusieurs pays d'Asie et d'Afrique).

Les cas sont majoritairement des hommes, l'âge moyen est de 49,2 ans. Ils résident principalement aux Iles-du-Vent, mais quelques cas surviennent parfois dans les autres archipels. Les communes de Faa'a, Papeete et Paea sont les plus concernées. Les formes cliniques sont essentiellement pulmonaires (93%), ou pleurales. Deux cas présentaient une résistance aux antibiotiques, appartenant à un cluster identifié depuis plusieurs années.

Parmi les 30 cas déclarés, 25 sont guéris ou en cours de traitement, 3 sont décédés (dont 1 décès directement lié à la tuberculose). Les enquêtes autour des cas ont été réalisées à 100%, permettant de dépister 451 sujets contact et d'identifier 2 cas supplémentaires de maladie (0,4%) ainsi que 51 infections latentes (11,3%) dont 26 ont bénéficié d'un traitement préventif.

Le B.C.G. (Bacille de Calmette et Guérin) est le seul vaccin actuellement disponible. Utilisé depuis 100 ans, il est néanmoins très partiellement efficace : très utile pour prévenir les formes graves de la maladie chez les jeunes enfants (près de 90 % d'efficacité dans le cas de méningites tuberculeuses), il protège peu contre les cas de tuberculoses pulmonaires chez les adolescents et adultes. Il ne permet donc pas d'empêcher la transmission de la maladie et d'enrayer l'épidémie mondiale.

Sources : CLCT—Bilan tuberculose 2025

Zoonoses

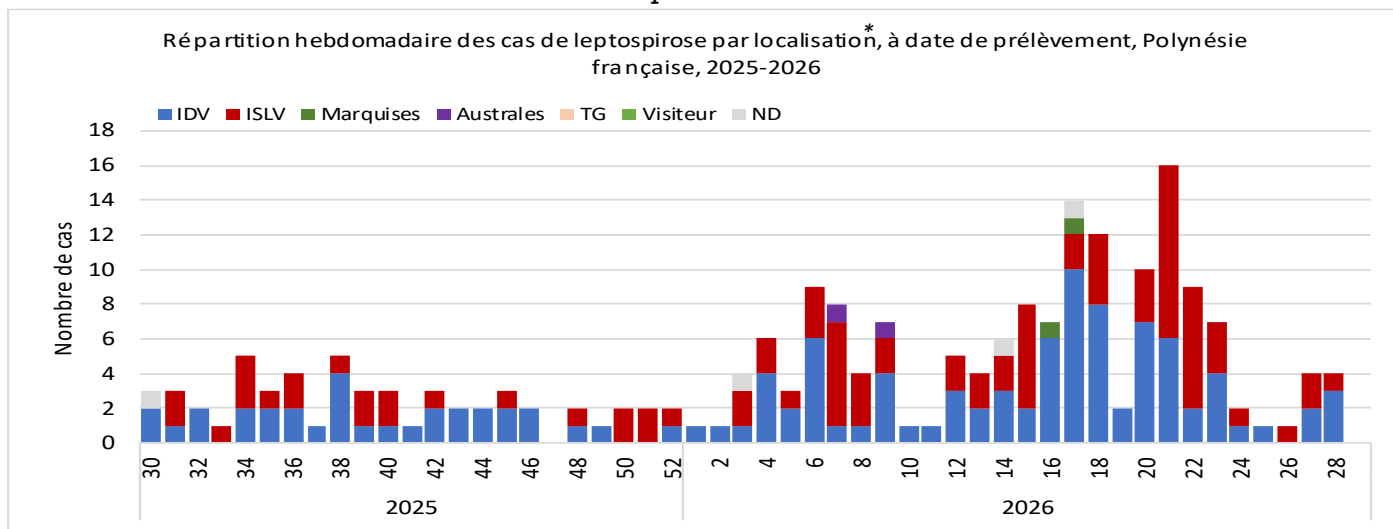


Leptospirose :

Le risque de contracter la leptospirose est plus élevé dans les périodes suivant les épisodes pluvieux importants. Dans ces contextes, 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 S29, aucun cas n'a été notifié.

La vigilance reste de mise en raison des épisodes pluvieux encore observés durant cette saison. Il demeure essentiel de rappeler les mesures de prévention : protéger toute plaie avec des pansements étanches, porter des bottes ou chaussures fermées et éviter les eaux potentiellement contaminées.



*Localisation : archipel de résidence ou archipel de contamination

GEA et TIAC



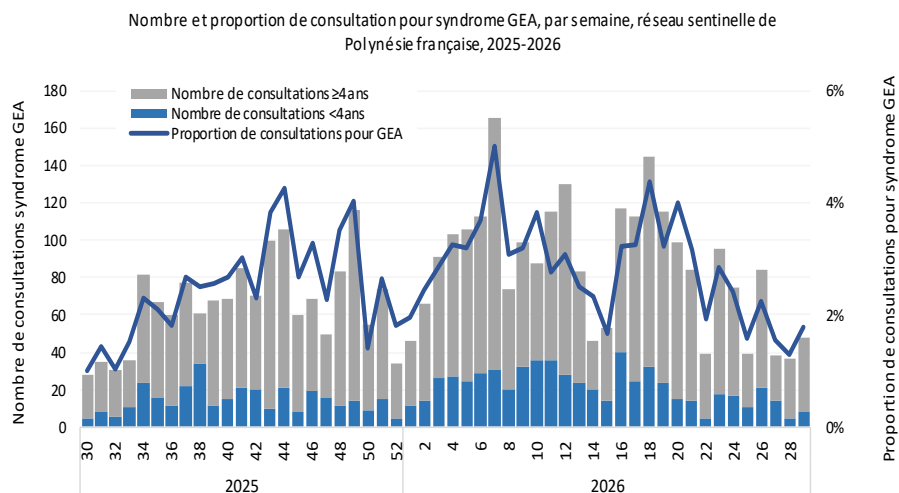
GEA : gastroentérites aiguës.

TIAC : toxi-infection alimentaire collective. 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.

GEA :

En S29, aucun cas d'infection à *Salmonella* n'a été rapporté.

Aucune TIAC n'a été rapportée en S29.



Infections respiratoires aiguës



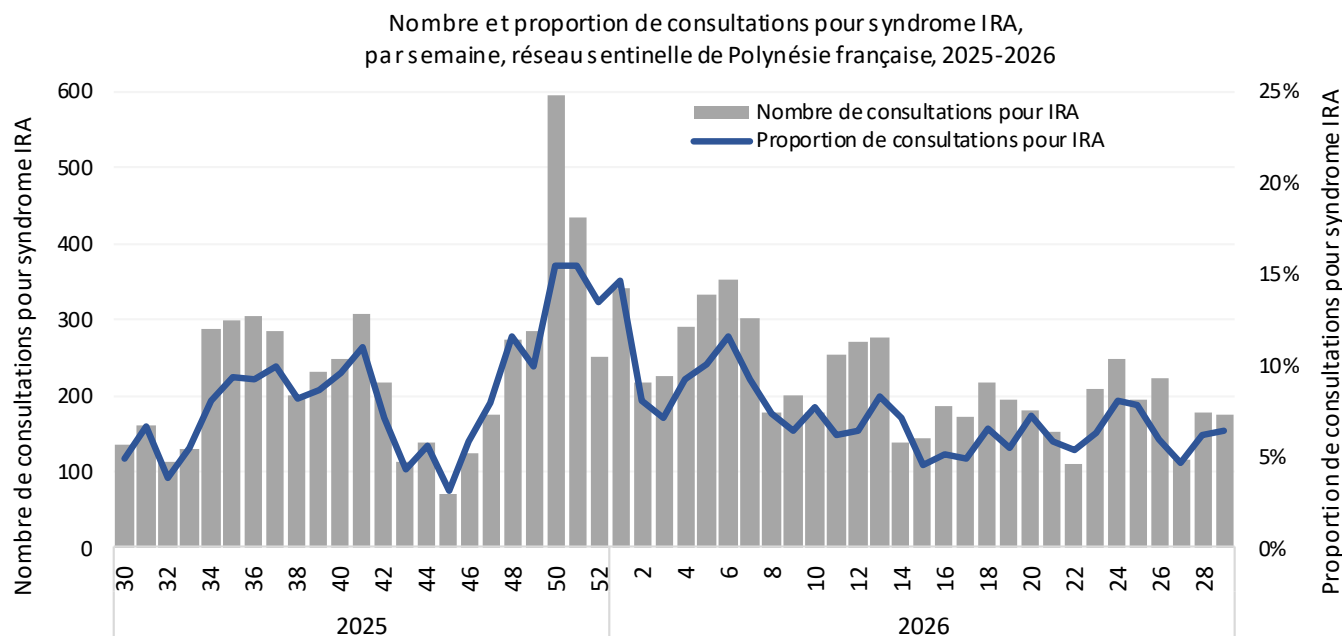
Pour réduire la transmission des maladies respiratoires, dont la grippe, le VRS et la Covid, le port du masque et le lavage fréquent des mains sont des mesures très efficaces.

VRS, Grippe et Covid : faible circulation

En S29, aucun cas de VRS, de covid ni de grippe n'a été rapporté.

Surveillance syndromique des infections respiratoires aiguës (IRA) :

En S29, le nombre et la proportion des consultations pour IRA sont stables au niveau du territoire.



Dengue : période inter-épidémique



En S29, un cas probable a été rapporté. Le niveau de circulation sur le territoire est faible.

Tests diagnostiques à prescrire pour le laboratoire

Symptômes	Analyses à prescrire
0-5 jours	RT-PCR ou AgNS1
5-7 jours	RT-PCR ou AgNS1 + IgM
>7 jours	IgM

Actualités régionales, nationales et internationales

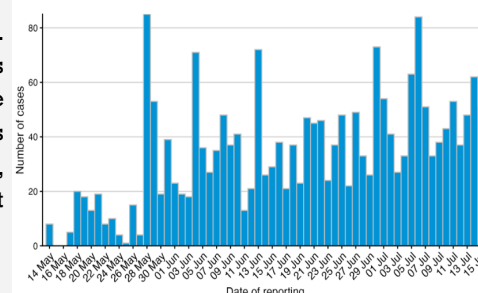


Alertes :

Ebola

République démocratique du Congo, en S29 : épidémie en cours en RDC. Au 15 juillet, 2124 cas signalés, dont 828 décès, mais l'OMS estime que ces chiffres sont très largement sous-estimés. La circulation du virus continue de s'intensifier. L'épidémie reste principalement concentrée dans les provinces de l'Ituri (89,6%) et du Nord-Kivu. **Ouganda, au 13 juillet** : 20 cas confirmés, dont 2 décès ont été rapportés. Il n'y a actuellement plus aucun malade et aucun nouveau cas n'a été signalé depuis le 21 juin ([ici](#)). Au 17 juillet, au moins 410 patients se sont rétablis.

Figure 2 : Nombre de cas confirmés (n = 2124), en République démocratique du Congo, par date de déclaration et au 15 juillet 2026

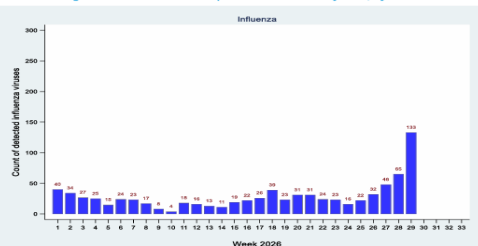


Grippe :

Nouvelle-Zélande, en S29 : une augmentation marquée des détections du virus de la grippe est observée en semaine 29 ([ici](#)). Parmi les échantillons positifs, le virus A est majoritaire (68%). Parmi les virus A sous-typés, les sous-types A(H1N1)pdm09 et A(H3N2) ont été retrouvés en proportions similaires.

Australie, en S28 : augmentation de l'activité grippale, sans signal de dépassement des niveaux habituellement observés en période hivernale ([ici](#)).

Figure 2. Influenza viruses reported since 1 January 2026, by week



Dengue et Chikungunya :

Wallis et Futuna, au 17 juillet : depuis le début de l'année, 47 cas confirmés et probables de dengue ont été signalé à W&F dont 27 à Futuna et 20 à Wallis. Six nouveau cas ont été rapportés depuis la S27 (5 à Futuna, 1 à Wallis). Le sérotype DEN-1 a été identifié chez les 1er cas signalé ([ici](#)).

Nouvelle Calédonie, au 19 juillet : depuis le début de l'année, 2215 cas de dengue (confirmés, probables, cliniques) ont été rapportés ([ici](#)). Le sérotype DEN-1 reste le seul circulant.

Guyane, en S27 : depuis la S4, 1057 cas de chikungunya ont été confirmés dont 44 en S27. La circulation du virus reste active sur le territoire. Parmi les cas confirmés, 40% ont moins de 15 ans et 14% ont 60 ans et plus ([ici](#)).

Carte des alertes épidémiques dans le Pacifique, au 21/07/2026 :



Liens utiles

Retrouvez tous les BSS et MDO 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
Annabelle LAPOSTOLLE

Infirmières
Ethel TAURUA
Pauline DOCHY

Téléphone :
Standard ARASS
40 48 82 35
BVSO
40 48 82 01
Fax : 40 48 82 12
E-mail :
veille.sanitaire@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.

