

Bulletin de Surveillance Sanitaire

Polynésie française - N°29/2025



ARASS
AGENCE DE RÉGULATION DE L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE

Données consolidées jusqu'à la semaine 31
(28/07/2025 au 03/08/2025)



ACTUALITÉS

- ➔ **Dengue : phase de décroissance pour l'ensemble des archipels. Circulation toujours active du virus.**
- ➔ **Grippe : indicateurs à très faible niveau.**
- ➔ **Chikungunya : aucun cas signalé en Pf, vigilance renforcée.**

TENDANCES HEBDOMADAIRES



*IRA : infection respiratoire aiguë / **GEA : gastroentérite aiguë

A LA UNE : La poliomyélite, une menace toujours présente malgré les progrès mondiaux

La poliomyélite, bien que largement oubliée dans de nombreuses régions du monde, reste une maladie virale redoutable. Elle est causée par le poliovirus, un entérovirus de la famille des *Picornaviridae*, dont trois sérotypes (types 1, 2 et 3) peuvent provoquer la maladie. Elle touche principalement les enfants de moins de cinq ans et se transmet par voie féco-orale, souvent dans des contextes d'hygiène insuffisante. Le virus, hautement contagieux, se transmet uniquement entre humains, sans réservoir animal connu, ce qui rend la poliomyélite potentiellement éradicable. La transmission peut se faire par contact direct avec une personne infectées, même asymptomatique, ou indirectement via l'environnement contaminé, notamment par l'eau ou les aliments souillés. Une fois contracté, il reste silencieux pendant une incubation de 3 à 35 jours (en moyenne 7 à 10 jours), période durant laquelle l'individu peut déjà excréter le virus dans ses selles.

La plupart des infections sont asymptomatiques ou bénignes, mais environ un cas sur 200 évolue vers une paralysie irréversible, souvent des membres inférieurs. Dans les cas les plus graves, la paralysie peut atteindre les muscles respiratoires et entraîner la mort (5 à 10 % des patients paralysés). Les survivants peuvent garder des séquelles allant de paralysies mineures à des handicaps sévères.

Depuis 1988, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) a permis de réduire de plus de 99 % les cas de poliovirus sauvage. Les sérotypes 2 et 3 ont été éradiqués, mais le type 1 circule encore en Afghanistan et au Pakistan. Cette avancée repose sur une stratégie vaccinale combinant le vaccin oral (VPO), facile à administrer, et le vaccin inactivé injectable (VPI), utilisé en routine.

Cependant, dans les zones à faible couverture vaccinale, les souches atténuées du VPO peuvent muter et redevenir pathogènes. Ces virus dits « dérivés de souches vaccinales » (VDPV) peuvent provoquer des paralysies identiques à celles du virus sauvage. Depuis les années 2000, plusieurs épidémies de VDPV ont été recensées, y compris récemment en Europe et en Amérique du Nord. Entre septembre et décembre 2024, des détections de VDPV2 dans les eaux usées de plusieurs grandes villes européennes témoignent d'une circulation silencieuse du virus. Pour limiter ce risque, un nouveau vaccin oral, le nOPV2, a été développé et est désormais largement utilisé. Préqualifié par l'OMS depuis fin 2023, il a déjà été administré à plus d'un milliard de personnes dans plus de 40

pays. Plus stable génétiquement, il réduit considérablement le risque de réversion vers une forme pathogène et constitue un outil central dans la lutte contre les flambées de poliovirus de type 2.

La plupart des pays où la poliomyélite est considérée comme éliminée (ou non endémique), comme la Polynésie française, ont abandonné l'usage systématique du (VPO) pour passer au VPI dans leurs programmes de vaccination de routine.

Ces avancées sont intégrées dans la Stratégie d'éradication de la poliomyélite 2022–2026, qui remplace celle de 2019–2023. Cette feuille de route mondiale tient compte des nouvelles armes disponibles, comme le nOPV2, et des adaptations nécessaires dans les opérations de terrain, notamment en réponse aux perturbations causées par la pandémie de COVID-19. Elle vise à coordonner les efforts des partenaires, donateurs et gouvernements pour libérer durablement le monde de toutes les formes de poliovirus.

La surveillance épidémiologique reste essentielle. Le « réseau mondial des laboratoires polio », coordonné par l'OMS, analyse les selles des enfants atteints de paralysie flasque aiguë et les eaux usées pour détecter toute circulation virale. En Polynésie française, la vaccination contre la poliomyélite est obligatoire et inscrite au calendrier vaccinal. La surveillance repose sur le dispositif des maladies à déclaration obligatoire (MDO), incluant la poliomyélite et les paralysies flasques aiguës (PFA), dont le syndrome de Guillain-Barré. Les fiches de déclaration sont disponibles [ici](#). Aucun cas n'a été rapporté, au moins depuis 2008.

Dans un monde où les déplacements sont constants et les inégalités vaccinales persistantes, le risque de réintroduction du poliovirus reste bien réel. La vaccination demeure le meilleur moyen pour prévenir la maladie et éviter une résurgence. Maintenir une couverture vaccinale élevée, même dans les territoires exempts de cas depuis des décennies, est essentiel pour protéger les populations les plus vulnérables et atteindre enfin l'objectif d'une éradication mondiale.

Sources : ECDC, OMS, institut pasteur



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

Les mesures de prévention individuelle sont particulièrement indispensables dans le contexte actuel : se protéger contre les piqûres de moustiques et éliminer les gîtes larvaires.

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).

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

Cas sévère : caractérisé par des critères spécifiques; cliniques et biologiques (fuite plasmatique entraînant : état de choc, accumulation liquidienne avec détresse respiratoire, saignements sévères selon l'évaluation du clinicien, atteintes organiques sévères (cœur et autres organes), détérioration de l'état de conscience, ASAT ou ALAT > 1000.

Chiffres clés :

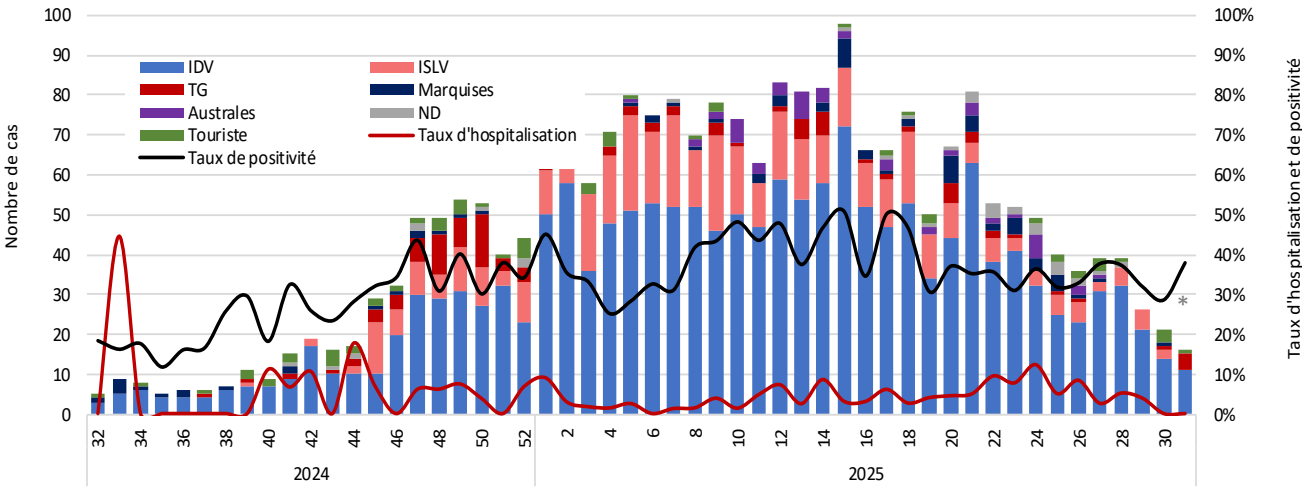
	Cas confirmé	Cas probable	Total	Hospitalisation	Cas sévère	Décès
S2025-31	13	3	16	0	0	0
Depuis S2023-48	2243	257	2500	121	0	0

Phase épidémiologique :

Archipel	Société	Tuamotu-Gambier	Marquises	Australes
Phase	Décroissance (4A)	Décroissance (4A)	Décroissance (4A)	Décroissance (4A)

Les données des laboratoires confirment la tendance à la baisse.

Répartition hebdomadaire des cas de dengue par archipel, à date de prélèvement, Polynésie française, 2024-25



*Les données de la S31 sont à consolider.



Infections respiratoires aiguës

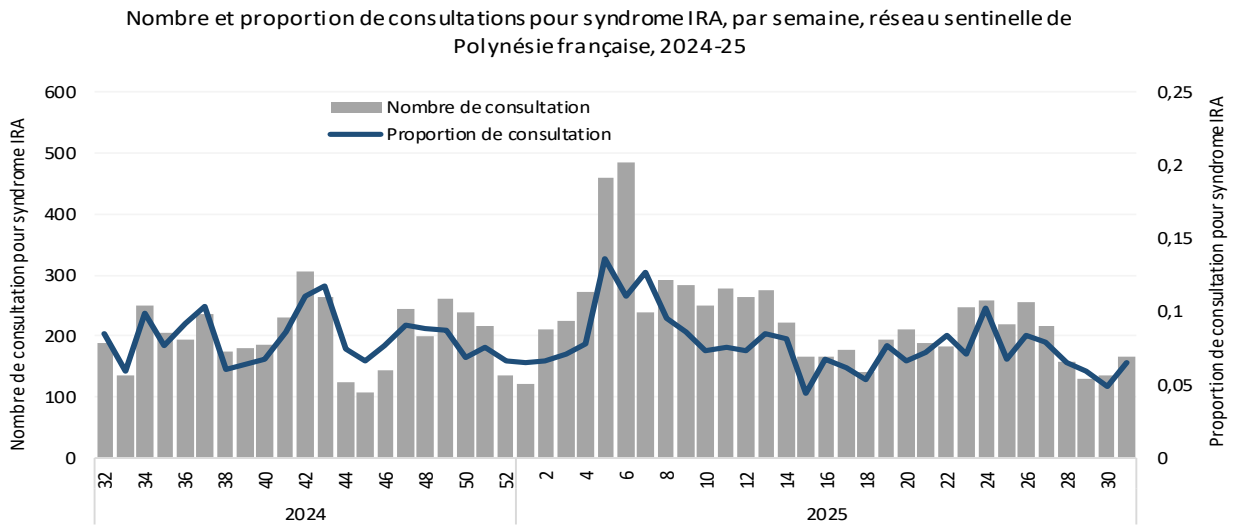


Pour réduire la transmission des maladies respiratoires, dont la grippe, le VRS et la Covid, le port du masque et le lavage fréquent des mains sont des mesures très efficaces.



Surveillance syndromique :

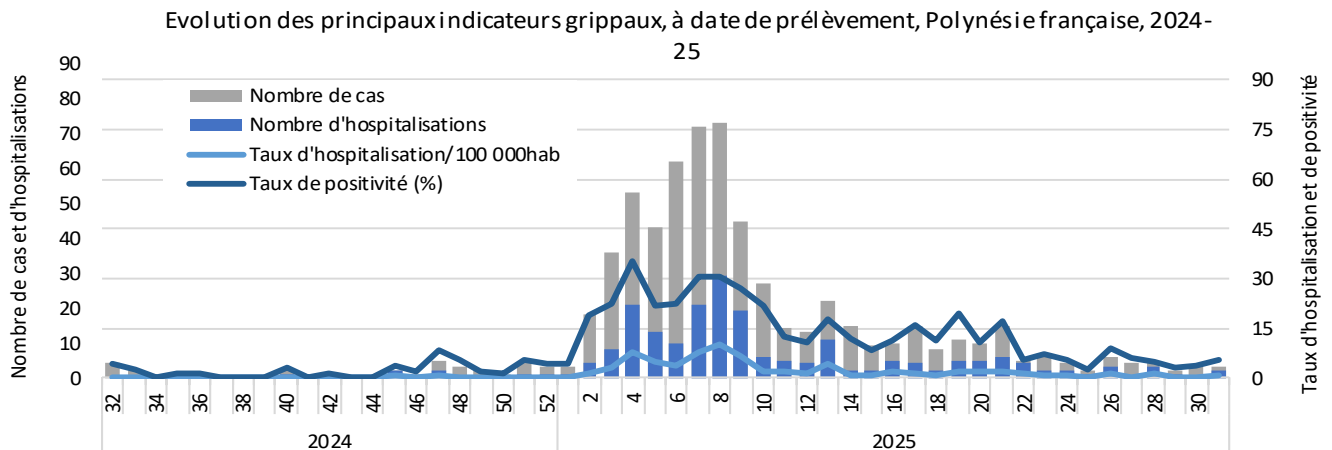
Tendance à la hausse des infections respiratoires aiguës. Afin d'identifier les virus circulants, il est recommandé de prescrire des analyses biologiques.



Grippe : indicateurs à un faible niveau

Les indicateurs sont à très faible niveau correspondant à une phase inter-épidémique.

	Cas grippe A	Cas grippe B	Total	Hospitalisation	Passage en Réa	Décès
S2025-31	1	2	3	2	0	0



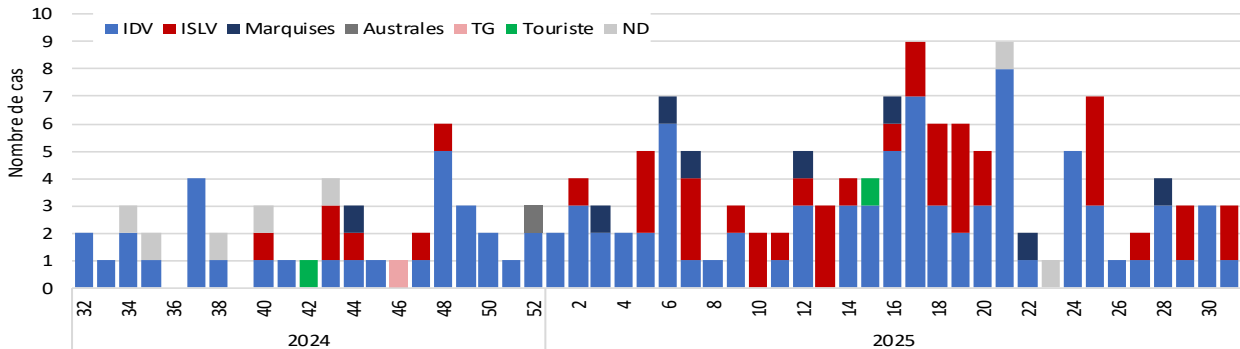
Zoonoses

Leptospirose :

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

Les cas rapporté en S31 sont en cours d'investigation.

Nombre de cas de leptospirose par semaine, à date de prélèvement et par localisation, Polynésie française, 2024-25



GEA et TIAC

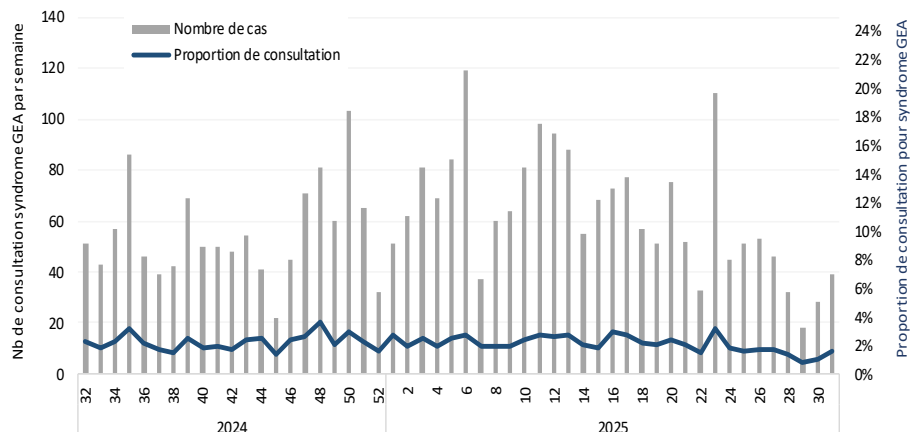
GEA : gastroentérites.

TIAC : toxi-infection alimentaire commune. 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 S31, aucun cas d'infection à salmonelle ou à *Campylobacter* n'a été rapporté.

Proportion de consultation pour syndrome GEA, par semaine, réseau sentinelle de Polynésie française, 2024-25



TIAC :

En S31, 1 TIAC a été rapportée. Parmi les 45 personnes ayant partagé le même repas, 23 ont présenté des symptômes similaires. Aucune coproculture n'a été réalisée et aucun reste alimentaire n'a pu être prélevé pour analyse biologique. L'enquête épidémiologique rapporte un délai moyen d'apparition des symptômes supérieur à 20 heures. L'enquête environnementale suggère une rupture de la chaîne du chaud ce qui permet d'émettre l'hypothèse d'une contamination par *Bacillus cereus* ou *Clostridium perfringens*.

Actualités régionales, nationales et internationales

Alertes internationales :

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 **Nouvelle-Zélande** et en **Australie**. Le 17 juillet, un cas autochtone a été déclaré à **La Réunion**. Aux **Etats-Unis**, 29 foyers épidémiques ont été déclarés depuis le début de l'année, contre 16 en 2024.

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

MPOX

Cas de Mpxv clade **1b** rapportés depuis 2024 en Suède, Thaïlande, Inde, Allemagne, Royaume-Uni, Etats-Unis, Belgique, France Irlande... La situation constitue une urgence de santé publique internationale (USPPI) selon l'OMS depuis le 14 août 2024. Suite à la réunion du Comité d'urgences du règlement sanitaire international le 5 juin 2025, l'OMS maintient l'USPPI pour Mpxv.

Autres :

Covid,

France hexagonale, hausse du nombre de passages aux urgences chez les moins de 2 ans et chez les 15-74 ans.

Circulation du virus en **Asie du Sud-Est, Europe et Amériques**.

Coqueluche,

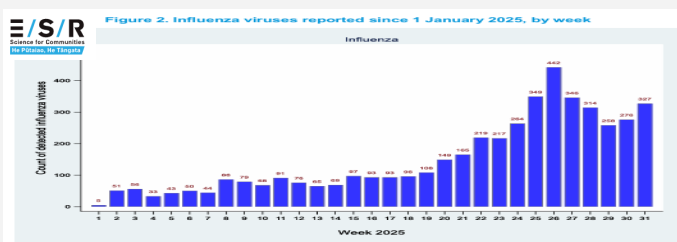
Guam, 1 cas confirmé (nourrisson de 3 mois non vacciné).

Vanuatu, 8 cas suspects (enfants de 2 à 4 ans en majorité).

Grippe, Covid, VRS :

Nouvelle Zélande

La saison grippale est en cours.



Wallis et Futuna

Epidémie de grippe et circulation active de la covid.

Arboviroses :

Dengue, épidémies en cours en S31 :

Tuvalu, Fidji, Tonga : DENV-2.

Kiribati, Iles Cook, Samoa et Samoa américaine : DENV-1 et DENV-2.

Nauru : Sérotype non déterminé pour le moment.

Chikungunya

La Réunion : phase de décroissance épidémique depuis S17, cependant, la circulation du virus se poursuit sur toute l'île.

Depuis le début de l'année, 54 490 cas confirmés ont été signalés avec 2861 passages aux urgences et 579 hospitalisations pour motif chikungunya. Au total, 28 décès ont été classés comme liés au chikungunya.

Mayotte : diminution du nombre de cas confirmés ces dernières semaines avec 8 cas détectés en S30. Depuis le début de l'année, 1201 cas confirmés dont 39 hospitalisations ont été rapportés.

France hexagonale, 704 cas importés de La Réunion et 41 de Mayotte ont été identifiés. 63 cas autochtones ont été détectés dans plusieurs régions (Occitanie, PACA, Auvergne-Rhône-Alpes, Corse, Grand Est, Nouvelle-Aquitaine).

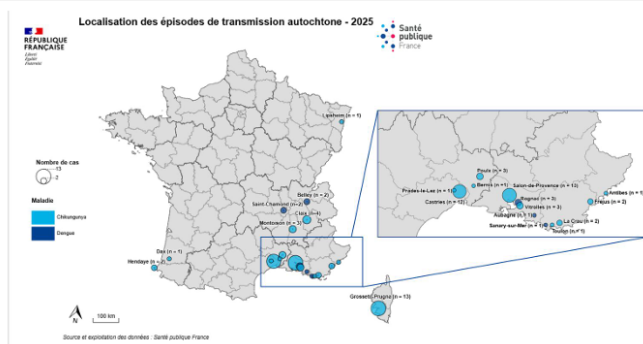


Figure 1 : Carte des épisodes de transmission autochtone de chikungunya et de dengue en France hexagonale, saison 2025, à la date du 05/08/2025

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
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@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.

