

**Émetteurs :**  
Direction générale de la santé

**À l'attention de :**  
Médecins dont biologistes médicaux  
Infirmiers  
Masseurs kinésithérapeutes  
Sage-femmes  
Pharmaciens

Zone géographique concernée

National  Territorial

### SURVEILLANCE RENFORCEE DES ARBOVIROSES EN FRANCE METROPOLITAINE APPEL A UNE VIGILANCE RENFORCEE

→ Face à un tableau clinique évocateur, fièvre d'apparition brutale, en l'absence d'autre signe d'appel infectieux, sans autre diagnostic, il est essentiel d'évoquer ces diagnostics et prescrire les examens biologiques préconisés, et ce, y compris en l'absence de voyage en zone à risque.

#### MESSAGES CLÉS

→ La surveillance des arboviroses (chikungunya, dengue et Zika) est renforcée en France métropolitaine du 1er mai au 30 novembre (période d'activité des moustiques). Le virus de la fièvre du Nil occidental (West Nile virus) est également concerné par cette surveillance.

→ Le début de la saison 2026 est marquée par un nombre important de cas importés de dengue et de chikungunya en France métropolitaine augmentant le risque d'apparition de cas autochtones sur le territoire en cette période.

→ La survenue de cas autochtones est très souvent liée à une absence de diagnostic, une sous-déclaration ou à une déclaration tardive des cas.

→ Les examens biologiques doivent être prescrits en fonction de la date de début et des signes des patients en privilégiant des prélèvements précoces.

→ Le signalement de chaque cas est obligatoire car permet aux agences régionales de santé, en lien avec leurs partenaires, de mettre en œuvre sans délai les mesures de lutte antivectorielle et de prévention.

→ Depuis le 22 avril 2026, la dématérialisation des maladies à signalement obligatoire est en vigueur pour les cas de dengue, chikungunya, virus du Nil Occidental et Zika via le Portail de signalement des événements sanitaires indésirables (PSIG) : <https://signalement.social-sante.gouv.fr/>.

Mesdames, Messieurs,

**A l'occasion du lancement de la période renforcée de surveillance des arboviroses, les autorités sanitaires rappellent que la lutte contre les moustiques, vecteurs de ces maladies (chikungunya, dengue, Zika et virus du Nil occidental (West Nile virus), demeure une priorité de santé publique.**

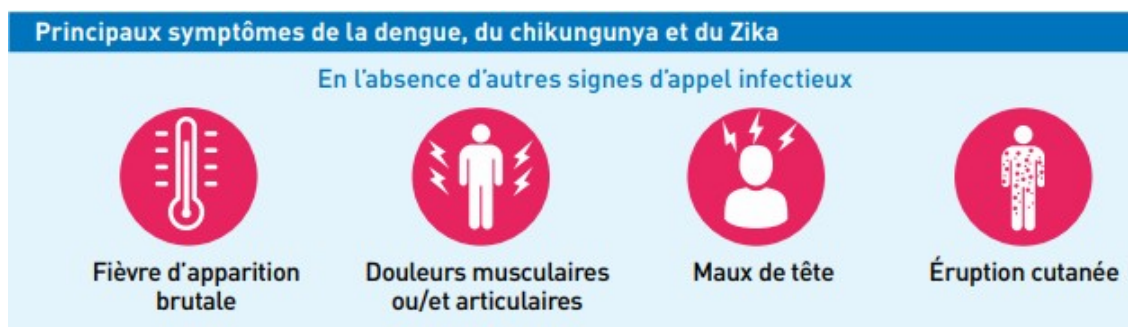
Ainsi et comme chaque année, la surveillance des arboviroses (chikungunya, dengue et Zika) est renforcée en France métropolitaine du **1er mai au 30 novembre**.

Le début de la saison 2026 est marquée par un **nombre important de cas importés de dengue et de chikungunya en France métropolitaine** (environ 500 cas confirmés de dengue et 50 cas confirmés de chikungunya importés en France hexagonale depuis le début de l'année 2026) **augmentant ainsi le risque d'apparition de cas autochtones** sur le territoire en cette période d'activité des vecteurs.

En ce début de **saison propice à la prolifération des moustiques vecteurs** (identifiés dans 83 départements, cf. carte), **il est essentiel d'identifier précocement tous les cas afin de réduire le risque de transmission virale sur le territoire métropolitain**. Le risque d'importation des virus de la dengue et du chikungunya **dans les autres territoires ultramarins** doit être également suivi avec attention considérant que les moustiques vecteurs de la maladie y sont présents toute l'année.

**La survenue de cas autochtones est très souvent liée à une absence de diagnostic, une sous-déclaration ou à une déclaration tardive des cas. Nous attirons donc votre attention sur l'importance d'évoquer les diagnostics d'arboviroses (chikungunya, dengue et Zika) devant tout syndrome fébrile et algique, en l'absence d'autre signe d'appel infectieux ET sans autre diagnostic y compris SANS la notion de**

## séjour en zone de circulation des virus.



Source : SpF, [Repère pour votre pratique](#)

Devant un patient présentant un tel tableau évocateur, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les sage-femmes et les pharmaciens doivent **orienter le patient vers un médecin** au plus vite.

Les **examens biologiques** doivent être prescrits par le médecin en fonction de la date de début des signes du patient et les **prélèvements précoces** doivent être privilégiés. La prescription doit cibler à la fois le virus de la dengue, du chikungunya et du Zika en raison de symptomatologies évocatrices très proches.

Concernant **le virus du Nil occidental (ou virus du West Nile)**, la surveillance multidisciplinaire s'inscrivant dans une approche « une seule santé » (One Health), est renforcée également du 1er mai au 30 novembre pendant période d'activité du moustique vecteur (différent du moustique tigre). La surveillance humaine repose sur différents dispositifs (Centre national de référence CNR des arbovirus, laboratoires de ville et **hospitaliers pour les formes graves**) dont l'objectif est de **repérer précocement la circulation du virus afin de mettre en place rapidement des mesures de prévention et de protection** des personnes notamment à risque de développer des formes graves, **en particulier la sécurisation des dons de sang et des greffons dans les zones de circulation virale identifiée.** [Le détail des tableaux](#)

cliniques à surveiller et la conduite à tenir figurent en annexe.

En cas de résultat positif, nous rappelons que le signalement des cas de dengue, de chikungunya, virus du Nil Occidental (ou West Nile Virus) et de Zika, est obligatoire. À ce titre, nous vous informons que depuis le 22 avril 2026, **la dématérialisation des maladies à signalement obligatoire est entrée en vigueur pour ces pathologies** (et rougeole) via le Portail de signalement des événements sanitaires indésirables (PSIG) : <https://signalement.social-sante.gouv.fr/>. Cette dématérialisation s'accompagne de nouveaux formulaires Cerfa disponibles sur le site de Santé publique France (<https://www.santepubliquefrance.fr/liste-des-maladies-a-signalement-obligatoire>). Ces nouveaux formulaires comportant des données nominatives, leur transmission à l'ARS doit obligatoirement être sécurisée : signalement sur le PSIG à privilégier, ou, à défaut, transmission du formulaire par messagerie sécurisée ou plateforme de dépôt sécurisée.

**Le signalement des cas doit être réalisé au plus tôt** pour permettre à l'ARS de mettre en œuvre des investigations et des mesures de lutte antivectorielle adaptées pour limiter le risque de propagation, et de rappeler les messages de prévention auprès des patients infectés.

**Nous vous recommandons également d'être vigilants sur la présence de moustiques au sein et aux abords de vos locaux.** Il convient notamment de lutter contre les gîtes larvaires, propices à leur développement, en supprimant les eaux stagnantes à l'intérieur et autour de vos locaux (petits contenants comme les dessous de pots, les déchets, les gouttières encombrées, etc.).

Enfin, nous rappelons que les **agences régionales de santé** peuvent vous apporter un appui dans la mise en œuvre de l'ensemble de ces recommandations.

Je vous remercie par avance de votre mobilisation.

**Pr. Didier LEPELLETIER**  
Directeur Général de la Santé  
*Original signé*

## **ANNEXES**

### **Sites utiles :**

- [Cerfa des maladies à signalement obligatoire](#)
- <https://signalement.social-sante.gouv.fr/>
- [Communiqué de presse](#)
- [Repère pour votre pratique](#) (document destiné aux professionnels de santé mis à jour en 2024, Santé publique France)
- [Moustiques vecteurs de maladies - Ministère de la Santé et de la Prévention \(sante.gouv.fr\)](#)
- [Carte de présence du moustique tigre](#) (Aedes albopictus) en France métropolitaine - Ministère de la Santé et de la Prévention
- Sur les territoires et pays à risque :
  - o consultez les pages de conseils aux voyageurs du site [France diplomatie](#) ou celles de [l'Institut Pasteur de Lille](#).
  - o Pour les territoires ultramarins, consultez le site Internet de l'ARS concernée.

*En complément, Santé publique France publie chaque semaine des [bilans actualisés](#) rendant compte de la situation épidémiologique des arboviroses sur le territoire tout au long de la période de surveillance renforcée.*

### **Signes cliniques des arboviroses et traitement**

- **L'infection par le virus du chikungunya** est le plus souvent

symptomatique (dans 80% des cas). Le tableau clinique typique associe une **fièvre élevée, des arthralgies intenses prédominant aux extrémités des membres (poignets, chevilles, phalanges) et souvent une éruption cutanée maculopapuleuse. Les symptômes peuvent être aspécifiques (fièvre, céphalées, myalgies) et de faible intensité. L'évolution est le plus souvent favorable mais des arthralgies peuvent persister plusieurs semaines ou mois voire se chroniciser.** Les formes chroniques, dont l'impact est important sur la qualité de vie, concernent 20 à 60% des patients selon les études (le lignage viral, la qualité des soins reçus et du dispositif de soins sont des éléments évoqués pour expliquer ces différences). Outre les formes chroniques, des complications à type d'atteintes neurologiques ont été décrites. **Les patients à risques de formes graves sont les patients atteints de comorbidités, les femmes enceintes, les immunodéprimés et les âges extrêmes de la vie** (et en particulier les nouveau-nés dont la mère a fait une infection à chikungunya avant l'accouchement[1]). L'immunité acquise semble durable.

**L'infection par les virus de la dengue[2] est asymptomatique** dans 50 à 90 % des cas. Chez les personnes symptomatiques, après une incubation de 4 à 7 jours en moyenne (3 à 14 jours), la forme dite « classique » se manifeste par une **fièvre élevée de début brutal associée à des céphalées, des douleurs rétro-orbitales, des myalgies, une asthénie, des nausées ou vomissements et parfois une éruption cutanée autour du 5<sup>e</sup> jour.** L'évolution est le plus souvent favorable. Cependant, dans moins de 1 à 5 % des cas symptomatiques, la maladie peut évoluer vers une forme sévère (dengue grave ou hémorragique), liée à une augmentation de la perméabilité vasculaire pouvant entraîner un choc et des hémorragies engageant le pronostic vital. **Les signes d'alerte surviennent le plus souvent entre le 4<sup>e</sup> et le 6<sup>e</sup> jour, lors de la défervescence thermique, et incluent notamment fièvre persistante > 39 °C, douleurs abdominales, vomissements incoercibles, troubles de la vigilance, œdèmes et signes hémorragiques.** Ces formes surviennent plus fréquemment lors d'une

dengue secondaire et/ou en présence de comorbidités et peuvent nécessiter une hospitalisation. Le traitement est exclusivement symptomatique, en l'absence de traitement antiviral spécifique.

– **L'infection par le virus du Zika est asymptomatique** dans 50 à 80 % des cas. Lorsque des symptômes surviennent, après une incubation de 3 à 14 jours, **ils sont le plus souvent modérés et associent une éruption cutanée maculo-papuleuse souvent prurigineuse, une fièvre modérée ou absente, une conjonctivite, une fatigue, des céphalées ainsi que des douleurs musculaires et articulaires, parfois rétro-orbitaires.** L'évolution est généralement spontanément favorable en quelques jours. Les complications sont rares mais possibles, en particulier des atteintes neurologiques telles que le syndrome de Guillain-Barré. En cas d'infection pendant la grossesse, le virus peut être transmis au fœtus et entraîner des anomalies du développement neurologique, dont des microcéphalies. **Les femmes enceintes doivent consulter en cas de signes évocateurs au retour d'une zone de circulation du virus ou en cas d'exposition ou de cas dans l'entourage, et bénéficier, si une infection est confirmée, d'un suivi spécialisé en lien avec un Centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDPN).** Pour rappel, la transmission de ce virus est principalement vectorielle mais également par voie sexuelle, materno fœtale et par transfusion ou greffe d'organes.

– **L'infection par le virus du Nil occidental** ou West Nile est majoritairement **asymptomatique** ou peu symptomatique (environ 80 % des cas). Toutefois, chez environ 20 % des personnes infectées, un **syndrome pseudo-grippal peut apparaître, associant une fièvre d'apparition brutale, des céphalées, des douleurs musculaires et articulaires, parfois accompagnées d'une éruption cutanée.** Les formes graves sont rares (<1 % des personnes infectées) mais potentiellement sévères : il s'agit de **formes neuro-invasives telles que des méningites, des encéphalites, des méningo-encéphalites, des paralysies flasques ou un syndrome de**

**Guillain-Barré.** Ces formes touchent principalement les adultes, en particulier les sujets âgés, et peuvent entraîner des séquelles neurologiques voire un décès. La période d'incubation est généralement de 2 à 6 jours, mais peut s'étendre jusqu'à 14 jours. Le virus du Nil occidental est transmis à l'homme par la piqûre de **moustiques du genre Culex** infectés, après un cycle impliquant les oiseaux. **Ces moustiques, présents en France, piquent principalement le soir et la nuit, contrairement au moustique tigre actif en journée.** Il n'existe pas de transmission interhumaine directe ou vectorielle.

La phase aiguë dure environ une semaine. **Le traitement de ces arboviroses est avant tout symptomatique (antalgiques, antipyrétiques); l'aspirine et les antiinflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont contre indiqués.** La prise en charge des patients atteints de formes chroniques du chikungunya repose sur des recommandations édictées en 2014[3].

*[1] La transmission verticale de la mère à l'enfant au deuxième trimestre de la grossesse a également été documentée, ainsi que la transmission intra-partum lorsque la mère était virémique au moment de l'accouchement.*

*[2] Il existe 4 sérotypes du virus de la dengue. Une infection par un sérotype confère une immunité contre ce sérotype mais pas contre les autres. On parle de dengue primaire lors d'une première infection par un virus de la dengue et de dengue secondaire lorsqu'un individu est réinfecté par un autre sérotype. Le risque de développer une forme grave semble plus important lors d'une dengue secondaire que lors d'une dengue primaire.*

*[3]. [Chikungunya recommandations nationales.doc](#)*

## **Diagnostic biologique : conduite à tenir**

- La **démarche de diagnostic biologique** sur prélèvement sanguin/liquide cérébro-spinal (LCS) est rappelée dans [l'instruction du 12/12/2019](#) et se fait selon la date de

début des premiers signes rapportée par le patient :

- **Jusqu'à 5 jours après le début des signes (J5) :** méthode RT-PCR sur sérum ;
- **Entre J5 et J7 :** méthode RT-PCR sur sérum et examen sérologique (recherche des IgG et IgM spécifiques) ;
- **Après J7 :** examen sérologique uniquement (recherche des IgG et IgM spécifiques) avec un second prélèvement de confirmation au plus tôt 10 jours après le premier.

La technique PCR est disponible au sein de l'ensemble des laboratoires publics et privés du territoire. Les analyses sérologiques sont à réaliser au [CNR des arbovirus Marseille](#).

**Ainsi, il est primordial d'identifier avec précision la date de début des signes (DDS) afin de choisir les examens biologiques à réaliser. Les examens biologiques précoces (jusqu'à J7) par méthode RT-PCR doivent être privilégiés du fait de leur spécificité supérieure à la sérologie. Les IgM peuvent être identifiées à partir du cinquième jour après l'apparition des signes cliniques et persistent en moyenne 2 à 3 mois. Les IgG apparaissent quelques jours après les IgM et persistent toute la vie.**

**Les patients avec une symptomatologie évocatrice** des virus de la dengue ou du chikungunya ou du Zika doivent ainsi être orientés vers un diagnostic biologique (RT-PCR et/ou sérologie, selon la date de début des signes). **En raison de zones de circulation superposables et de signes cliniques similaires, les prescriptions doivent systématiquement cibler la dengue ET le chikungunya ET le Zika.** Ces examens peuvent être faits par tout laboratoire de biologie médicale et sont pris en charge dans les indications précisées dans la nomenclature des actes de biologie médicale (NABM). Chaque échantillon doit être accompagné de renseignements cliniques.

– Aussi, **en cas de résultats négatifs en PCR** pour la dengue et le chikungunya, les tubes sont à envoyer au CNR des arbovirus de Marseille avec la fiche de renseignement clinique (nécessaire pour le CNR) <http://www.cnr-arbovirus.fr/>

– **En ce qui concerne la dengue**, à noter que la vaccination fièvre jaune peut induire une sérologie dengue faussement positive, par réactivité croisée entre flavivirus. Un test de confirmation par neutralisation des anticorps peut être réalisé dans ce cas par le CNR.

**En ce qui concerne le virus du West Nile virus**, à l'instar des autres arboviroses citées ci-avant, la confirmation biologique de l'infection par le virus West Nile repose sur la mise en évidence du virus par méthode directe (RT-PCR ou culture) ou indirecte (IgM spécifiques et/ou augmentation significative des IgG). **Le diagnostic biologique de l'infection à virus West Nile repose sur l'analyse du sang et/ou du liquide cérébro-spinal (LCS).** En raison de réactions croisées possibles avec d'autres flavivirus (dengue, Zika), tout résultat positif doit être confirmé par un test de neutralisation réalisé au **CNR de Marseille**. L'isolement viral par culture est possible mais réservé à des laboratoires spécialisés et ne constitue pas un examen de routine (P3).