



VEILLE EPIDEMIOLOGIQUE MONDIALE

TOP 10 DES EMERGENCES INFECTIEUSES EN MEDECINE HUMAINE

Janvier – Avril 2026 | Mise a jour : 7 avril 2026 | Hexagone & Territoires ultramarins francais

CRITERES DE SELECTION DES PATHOGENES

1. Gravite clinique (mortalite, morbidite, sequelles)	4. Risque d'importation France hexagonale
2. Volume de cas notifies (nombre, tendance)	5. Risque d'importation DOM-TOM
3. Extension geographique mondiale	Sources : WHO • CDC • ECDC • PAHO • CIDRAP • Nature Medicine • SPF

FORMULE DE CLASSEMENT v4 (score composite /5) : Gravite (35 %) + Extension (25 %) + Risque import. France (25 %) + Vulnerabilite GHS pays foyer (15 %) — GHS bas => vulnerabilite haute => rang monte | Source GHS : Global Health Security Index 2021, 195 pays, score moyen mondial 38,9/100

TABLEAU DE SYNTHESE

Rang	Pathogene emergent	Type de pathogene	Statut de l'epidemie	Letalite (%)	Score gravite /5	Score extension /5	Score import. /5	Risque France
#1	Mpox (clades Ia, Ib & variant recombinant Ib/Iib)	VIRAL	ACTIF	~0,4 % (clade I) < 0,1 % (clade Iib)	■■■■■ 4/5	■■■■■ 5/5	■■■■■ 5/5	ELEVE
#2	Rougeole	VIRAL	ACTIF	< 0,1 % (pays riches) jusqu'a 10 % (pays pauvres)	■■■■■ 4/5	■■■■■ 5/5	■■■■■ 5/5	MODERE
#3	Fievre jaune	VIRAL	ACTIF	41-44 % (formes graves, non-vaccines)	■■■■■ 5/5	■■■■■ 3/5	■■■■■ 3/5	MODERE
#4	Chikungunya	VIRAL	ACTIF	< 0,1 % (morbidite chronique elevee)	■■■■■ 3/5	■■■■■ 4/5	■■■■■ 5/5	ELEVE
#5	Grippe aviaire A(H5N1), A(H5N5) & A(H9N2)	VIRAL	ACTIF	H5N1 : ~60 % histor. H9N2 : ~1,3 % cumul	■■■■■ 5/5	■■■■■ 3/5	■■■■■ 3/5	MODERE
#6	Fievre d'Oropouche	VIRAL	ACTIF	< 0,5 % (risque foetal grave)	■■■■■ 3/5	■■■■■ 4/5	■■■■■ 4/5	MODERE
#7	Dengue	VIRAL	ACTIF	< 0,1 % (forme severe : ~2-5 %)	■■■■■ 3/5	■■■■■ 4/5	■■■■■ 4/5	MODERE
#8	MERS-CoV	VIRAL	ACTIF	~36 % (cumul depuis 2012)	■■■■■ 5/5	■■■■■ 2/5	■■■■■ 3/5	FAIBLE
#9	Cholera	BACTERIEN	ACTIF	~1 %	■■■■■ 4/5	■■■■■ 3/5	■■■■■ 2/5	FAIBLE
#10	Virus Nipah	VIRAL	ACTIF	40-75 % (100 % cet episode)	■■■■■ 5/5	■■■■■ 2/5	■■■■■ 1/5	TRES FAIBLE

## FICHES DETAILLEES — PATHOGENES PRIORITAIRES

#1

**Mpox (clades Ia, Ib & variant recombinant Ib/Ib)**

Score :

4.32/5

Monkeypox virus (MPXV) — clades Ia, Ib, Ib + souche recombinante Ib/Ib

**VIRAL  
ACTIF**

**! Singapour : 2 premiers cas communautaires clade Ib (2 avr. 2026) — La Reunion + Mayotte : clade Ib confirme — Madagascar foyer actif 133 cas — Europe +67 % cas janv. 2026**

CAS NOTIFIES	DECES	LETALITE (CFR)	EXTENSION GEOGRAPHIQUE
> 45 726 cas confirmés clade I (jan. 2025–fév. 2026, 30 pays Afrique) ; > 179 612 cas confirmés all clades mondialement depuis 2022 (145 pays) ; Region Ameriques 41 % du total mondial ; Europe : +67 % cas confirmés janv. 2026	> 198 décès clade I en Afrique (2025–janv. 2026 CFR 0,4 %) ; Madagascar : 133 cas confirmés (janv. 2026)	~0,4 % (clade I, Afrique 2025-2026) / < 0,1 % (clade Ib)	Mondiale — RDC, Sierra Leone, Uganda (clade I) ; Transmission communautaire clade Ib : France, Espagne, Portugal, Pays-Bas, Italie, USA, UK, Canada ; Singapour : 2 premiers cas communautaires clade Ib (2 avr. 2026) ; Madagascar : 133 cas ; La Reunion : clade Ib (janv. 2026) ; Mayotte : clade Ib (janv. 2026)
<b>Gravite :</b> ■■■■■ 4/5 <b>Extension :</b> ■■■■■ 5/5 <b>Import. FR :</b> ■■■■■ 5/5	<b>RISQUE FRANCE (HEXAGONE &amp; DOM-TOM) : ELEVE</b> Singapour : 2 premiers cas de transmission communautaire clade Ib confirmés le 2 avr. 2026 (hommes 30 et 34 ans, transmission sexuelle, sans voyage récent) — signal d'extension Pacifique. LA REUNION : clade Ib confirme (janv. 2026, premier cas) — cas subsequent lie a voyage Madagascar. MAYOTTE : premier cas clade Ib (8 janv. 2026 — voyage Madagascar). Madagascar : 133 cas confirmés (17 dec. 2025 – 21 janv. 2026) ; transmission communautaire clade Ib établie sur l'île (souche confirmée le 6 janv. 2026). Comores : 16 cas confirmés (23 janv. – 15 fév. 2026), tous liés a Madagascar. Europe : Region européenne +67 % cas (216 cas confirmés janv. 2026 vs 129 en dec. 2025). Transmission communautaire clade Ib confirmée en France, Espagne, Portugal, Pays-Bas, Italie, UK. PHEIC levée le 5 sept. 2025 mais Standing Recommendations maintenues jusqu'en août 2026. Vaccination JYNNEOS recommandée pour personnes à risque (HSH notamment). Souche recombinante Ib/Ib : 2 cas (UK oct. 2025 + Inde janv. 2026) — surveillance génomique renforcée.		
<b>Decomposition score GRAVITE (4/5)</b> — moyenne de 3 sous-critères (arrondie) : CFR brute : 2/5   Severité clinique : 4/5   Impact pop. vulnérables : 5/5 => moyenne 3.67			
<b>Indice GHS 2021 — Capacité de réponse des pays foyers</b> (score moyen mondial : 38,9/100) <b>RDC :</b> 30/100 (#188) <b>Madagascar :</b> 30/100 (#130) <b>Singapour :</b> 71/100 (#5) <i>Foyer principal RDC : capacité très faible (188/195). Madagascar (130/195) — nouveau foyer établi avec diffusion Comores + La Reunion + Mayotte. Singapour (5/195) : haute capacité mais premier cas communautaire = franchissement nouveau seuil.</i>			
Sources : <a href="#">WHO SitRep #63 Mpox (24 fév. 2026)</a> • <a href="#">WHO SitRep #62 Mpox (23 janv. 2026)</a> • <a href="#">Singapour CDA cas communautaires Ib (2 avr. 2026)</a> • <a href="#">WHO DON-595 Recombinant Ib/Ib (janv. 2026)</a> • <a href="#">PAHO Mpox Americas (fév. 2026)</a>			



**#2** **Rougeole** **VIRAL**  
**Score :** **4.13/5** **Virus de la rougeole (Morbillivirus hominis)** **ACTIF**

**! USA 2 avr. 2026 : 1 671 cas (17 foyers, 33 etats) — Utah +73 en une semaine — perte probable statut elimination USA nov. 2026 — Canada deja perdu 2025**

CAS NOTIFIES	DECES	LETALITE (CFR)	EXTENSION GEOGRAPHIQUE
1 671 cas confirmes USA au 2 avr. 2026 (33 juridictions, 17 foyers) ; 94 % outbreak-associes ; 2 286 cas sur toute l'annee 2025 (record depuis 1991)	0 deces USA 2026 (3 en 2025) ; 91 hospitalisations (5 %)	< 0,1 % (pays a revenus eleves) / jusqu'a 10 % (pays pauvres)	USA (33 etats + NYC) : Caroline du Sud 997 (foyer depuis oct. 2025), Utah 443+, Texas 175, Floride 129+, Arizona 71 ; Canada (5 451 cas 2025, 192 en 2026) ; Europe (ECDC : circulation active)

<b>Gravite :</b> ██████ 4/5 <b>Extension :</b> ██████ 5/5 <b>Import. FR :</b> ██████ 5/5	<b>RISQUE FRANCE (HEXAGONE &amp; DOM-TOM) : MODERE</b> USA : 1 671 cas confirmes au 2 avr. 2026 — rythme 2026 superieur a 2025 a meme stade (x4 vs janv.-avr. 2025, x25 vs janv.-avr. 2024). 92 % des cas chez non-vaccines ou statut vaccinal inconnu. NOUVEAU : Utah +73 cas en une semaine (sem. du 3 avr.) — 17 foyers actifs. Caroline du Sud : foyer stabilise a 997 cas depuis mi-mars — proche de la declaration de fin de flambee (26 avr. si aucun nouveau cas). Texas : 175 cas dont 108 dans un centre de detention ICE (Hudspeth County). Perte probable du statut d'elimination rougeole USA evaluee en novembre 2026. Canada : perte du statut d'elimination rougeole en 2025 (PAHO). France : parmi les pays EU/EEA avec cas notifiés (ECDC) ; couverture vaccinale insuffisante dans certaines regions. R0 = 12-18 ; risque de flambe si couverture < 95 %. Vaccination MMR/ROR indispensable (2 doses). SIGNAL MAJEUR : premier responsable CDC affirme en janv. 2026 que perdre le statut d'elimination est 'le cout de faire des affaires' — erosion institutionnelle de la reponse vaccinale USA.
--	---

**Decomposition score GRAVITE (4/5)** — moyenne de 3 sous-criteres (arrondie) : CFR brute : 2/5 | Severite clinique : 4/5 | Impact pop. vulnerables : 5/5 => moyenne 3.67

**Indice GHS 2021 — Capacite de reponse des pays foyers** (score moyen mondial : 38,9/100)

**USA :** 76/100 (#1) **Canada :** 70/100 (#4) **France :** 62/100 (#14)

*Paradoxe majeur : flambee dans pays a tres haute capacite GHS (USA #1). Signal d'alerte sur erosion de la couverture vaccinale independante du systeme de sante — y compris demantèlement institutionnel en cours (RFK Jr., CDC).*

Sources : [CDC Measles Cases \(3 avr. 2026\)](#) • [CIDRAP Measles US news 1700 \(3 avr. 2026\)](#) • [ECDC Rougeole CDTR](#) • [SC DPH Outbreak 997 \(3 avr. 2026\)](#)



#3

Fievre jaune

VIRAL  
ACTIF

Score :  
3.71/5

Yellow fever virus (YFV) — Flavivirus ; vecteurs Aedes / Haemagogus

**! PAHO alerte 13 mars 2026 : 346 cas + 143 deces en 2025, CFR 44 % en 2026 — expansion hors Amazonie vers zones urbaines — risque urbain ELEVE**

CAS NOTIFIES	DECES	LETALITE (CFR)	EXTENSION GEOGRAPHIQUE
346 cas confirmes 2025 (7 pays Ameriques) ; 46 cas suppl. sem. 1-11 2026 ; 34 confirmes sem. 1-7/2026 (4 pays) — CFR 41-44 % sur les episodes 2025-2026	143 deces en 2025 (CFR 41 %) ; 15 deces sem. 1-7/2026 (CFR 44 %)	41-44 % (episodes 2025-2026, formes graves, non-vaccines)	Ameriques : Bresil (120 cas, 48 deces en 2025), Colombie (125 cas, 46 deces), Venezuela (32 cas), Peru (49 cas), Equateur (11 cas), Bolivie (8 cas), Guyane (1 deces) ; 2026 (sem. 1-7) : Colombie, Venezuela, Peru, Bolivie — expansion hors bassin amazonien

<p><b>Gravite :</b> ██████ 5/5</p> <p><b>Extension :</b> ██████ 3/5</p> <p><b>Import. FR :</b> ██████ 3/5</p>	<p><b>RISQUE FRANCE (HEXAGONE &amp; DOM-TOM) : MODERE</b></p> <p>PAHO alerte epidemiologique du 13 mars 2026 : transmission soutenue en Amerique du Sud, detectee dans des zones sans histoire prealable de transmission (hors Amazonie). CFR 41-44 % en 2025-2026 — majorite de cas chez non-vaccines. Risque urbain croissant : foyers proches de centres urbains -&gt; risque de transmission urbaine via Aedes aegypti. Guyane francaise : vaccination YF obligatoire pour les residents ; surveillance entomologique active. Martinique/Guadeloupe : risque theorique si importation + Aedes aegypti present. Hexagone : risque essentiellement lie aux voyageurs non vaccines vers zones d'endemie. PAHO classe le risque Ameriques comme 'ELEVE' depuis mai 2025 — niveau maintenu en mars 2026. Vaccin tres efficace (dose unique, protection a vie). Verification du statut vaccinal indispensable avant tout voyage en Amazonie ou Colombie/Venezuela.</p>
---	--

**Decomposition score GRAVITE (5/5)** — moyenne de 3 sous-criteres (arrondie) : CFR brute : 5/5 | Severite clinique : 5/5 | Impact pop. vulnérables : 4/5 => moyenne 4.67

**Indice GHS 2021 — Capacite de reponse des pays foyers** (score moyen mondial : 38,9/100)

**Colombie :** 46/100 (#59) **Bresil :** 51/100 (#43) **Venezuela :** 21/100 (#176)

Venezuela (176/195, score 20,7) : capacite quasi-nulle — foyer tres preoccupant. Colombie (59/195) et Bresil (43/195) : capacite intermediaire mais foyers hors zones habituelles. CFR 41-44 % reflete la proportion elevee de non-vaccines.

Sources : [PAHO Alerte epidemiologique Fievre jaune \(13 mars 2026\)](#) • [PAHO news Fievre jaune \(13 mars 2026\)](#) • [ECDC Fievre jaune CDTR](#)

#4

**Chikungunya****VIRAL  
ACTIF**Score :  
3.68/5

Chikungunya virus (CHIKV) — genotypes ECSA, IOL, AsAI

**! Suriname : > 1 357 cas (1re flambee depuis 10 ans, 1 deces) — Bresil 2026 : 14 cas nouveau-nes (risque vertical) — France 111 cas locaux 2025**

CAS NOTIFIES	DECES	LETALITE (CFR)	EXTENSION GEOGRAPHIQUE
> 212 000 cas Americas 2025 (14 pays, 110 deces) ; Bresil 2026 (sem. 1-4) : 4 544 cas probables dont 1 535 confirmes, 405 hospitalisations, 14 cas nouveau-nes ; Suriname : > 1 357 cas (1re flambee depuis 10 ans)	110 deces Americas 2025 ; 1 deces Suriname 2026 (2e sous investigation)	< 0,1 % (morbidite chronique elevee)	Ameriques : Bresil, Cuba, Bolivie, Suriname, Argentine, Colombie actifs ; Europe/Asie : transmission locale France (111 cas 2025), Italie ; La Reunion : seroprev. 66 % apres flambee 2024 ; Chine Guangdong : > 16 000 cas 2025
Gravite : ██████ 3/5 Extension : ██████ 4/5 Import. FR : ██████ 5/5	<b>RISQUE FRANCE (HEXAGONE &amp; DOM-TOM) : ELEVE</b> PAHO alerte epidemiologique du 10 fev. 2026 : Chikungunya en recrudescence Americas, co-circulation genotypes ECSA + asiatique — risque de formes severes par coinf. multiple. SURINAME (mars 2026) : > 1 357 cas confirmes — 1re transmission autochtone depuis 10 ans ; 1 deces ; alerte CDC Level 2 fev. 2026 — risque importe direct vers Guyane et Metropole. BRESIL 2026 : 4 544 cas probables sem. 1-4 (dont 14 nouveau-nes — risque vertical) ; circulation genotype ECSA (sans mutation E1-A226V) — surveillance genomique active. Guyane : 25 cas confirmes fev. 2026 dont 12 autochtones + 4 importes du Suriname. France metropolitaine (2025) : 111 cas de transmission locale confirmes (ECDC). La Reunion : seroprev. 66 % post-flambee 2024 — risque epidemie majeure reduit mais resurgence localisee possible 2025-2026. Hexagone : Aedes albopictus dans 81 departements — transmission locale possible en ete. Vaccins : IXCHIQ (18-64 ans) et VIMKUNYA (>12 ans).		
<b>Decomposition score GRAVITE (3/5)</b> — moyenne de 3 sous-criteres (arrondie) : CFR brute : 1/5   Severite clinique : 4/5   Impact pop. vulnerables : 3/5 => moyenne 2.67			
<b>Indice GHS 2021 — Capacite de reponse des pays foyers</b> (score moyen mondial : 38,9/100) <b>Suriname</b> : 35/100 (#97) <b>Bresil</b> : 51/100 (#43) <b>France (Guyane)</b> : 62/100 (#14) <i>Suriname (97/195, score 35,0) : capacite de reponse limitee — facteur d'amplification. Bresil (43/195) : capacite intermediaire. Nouveau risque : genotype ECSA co-circulant avec asiatique — risque d'adaptation vectorielle.</i>			
Sources : <a href="#">PAHO Alerte Chikungunya (10 fev. 2026)</a> • <a href="#">WHO Rapid Risk Assessment CHIKV (dec. 2025)</a> • <a href="#">ECDC Chikungunya worldwide (fev. 2026)</a> • <a href="#">CDC Travel Notice Suriname Level 2 (fev. 2026)</a>			



**#5** **Grippe aviaire A(H5N1), A(H5N5) & A(H9N2)**  
 Influenza A(H5N1) clade 2.3.4.4b ; A(H5N5) — 1er cas humain mondial (USA, nov. 2025) ; A(H9N2) — donneur de genes internes des H5N1/H7N9/H10N8 — nouveau CVV pandemique recommande WHO (fev. 2026) **VIRAL ACTIF**

Score : 3.60/5

**! WHO fev. 2026 : NOUVEAU CVV pandemique A(H9N2) recommande (A/Hunan/40087/2025) — H9N2 donneur de genes H5N1/H7N9/H10N8 — 29 cas Chine 2025 (+164 %) — 1er deces USA H5N1 (Louisiane, janv. 2026)**

CAS NOTIFIES	DECES	LETALITE (CFR)	EXTENSION GEOGRAPHIQUE
H5N1 : > 70 cas confirmes USA mars 2024–mai 2025 ; 1 deces (Louisiane, janv. 2026) ; H5N5 : 1 cas humain mondial (USA, nov. 2025) ; H9N2 : 29 cas Chine en 2025 (vs 11 en 2024, +164 %) ; 20 cas Chine sur 6 derniers mois ; 155 cas cumules depuis 2015 (152 Chine, 2 Cambodge, 1 Vietnam) — 3 nouveaux cas janv. 2026 (enfants, Hubei/Jiangsu/Guangxi)	H5N1 : 1 deces USA (Louisiane, janv. 2026) ; CFR historique ~60 % ; H9N2 : 2 deces cumules depuis 2015 (CFR 1,3 %) — formes generalement benign	H5N1 : ~60 % (historique) / 1,4 % USA 2024-2026 ; H9N2 : ~1,3 % cumul (formes benignes dominantes)	H5N1/H5N5 : bovins USA (37+ etats), volailles Asie/Europe/Afrique, faune sauvage Americas ; H9N2 : endemique volailles Asie (Chine principalement), cas humains Chine, Cambodge, Vietnam — provinces Hubei, Jiangsu, Guangxi, Guangdong (janv.-fev. 2026)

**Gravite :** ██████ 5/5  
**Extension :** ██████ 3/5  
**Import. FR :** ██████ 3/5

**RISQUE FRANCE (HEXAGONE & DOM-TOM) : MODERE**  
 === A(H5N1) / A(H5N5) === 1er deces USA H5N1 : homme Louisiane, janv. 2026 — forme severe apres exposition volaille/oiseaux sauvages. 1er cas H5N5 mondial : USA nov. 2025 — travailleur elevage, forme benigne, pas de transmission H-H. CDC FluView sem. 11/2026 (21 mars) : aucun nouveau cas H5 cette semaine. Nature Medicine (juil. 2025) : 70 cas USA mars 2024–mai 2025 — absence confirmee de transmission H-H. === A(H9N2) — SIGNAL MAJEUR === WHO (27 fev. 2026) : recommande le developpement d'un nouveau Candidat Vaccin Pandemique (CVV) A/Hunan/40087/2025-like — seul nouveau CVV recommande lors de la reunion de composition vaccinale 2026-2027 NH. Raison : evolutions antigeniques et genetiques preoccupantes, adaptation croissante aux recepteurs humains (alpha-2,6 sialique), mutations HA (H191N, A198V, Q226L, Q234L) — H9N2 replique a des titres eleves dans des organoïdes respiratoires humains (etude 2024). H9N2 est le **DONNEUR DE GENES INTERNES** des sous-types H5N1, H7N9 et H10N8 : tout reassortiment H9N2 x H5N1 constitue un risque pandemique direct. 29 cas humains Chine en 2025 (+164 % vs 2024) ; 3 nouveaux cas janv. 2026 (tous enfants). Co-circulation H5N1 + grippe saisonniere (H3N2) : risque de reassortiment genomique maintenu. PAHO (mars 2026) : H5N1 detecte chez 37 especes mammiferes et 94 especes oiseaux Americas. France : surveillance IAHP renforcee ; candidats vaccins prepandemiques H5 (clade 2.3.4.4b) disponibles.

**Decomposition score GRAVITE (5/5)** — moyenne de 3 sous-criteres (arrondie) : CFR brute : 5/5 | Severite clinique : 5/5 | Impact pop. vulnerables : 4/5 => moyenne 4.67

**Indice GHS 2021 — Capacite de reponse des pays foyers** (score moyen mondial : 38,9/100)  
**USA :** 76/100 (#1) **Chine :** 53/100 (#40) **Cambodge :** 31/100 (#185)  
 USA (1/195) : capacite maximale mais 1er deces H5N1 (janv. 2026). Chine (40/195, score 52,8) : principal reservoir H9N2 mondial (152/155 cas humains). Cambodge (185/195, score 30,6) : seul autre pays avec cas humains H9N2 ET foyer H5N1 actif — capacite tres faible, risque de reassortiment H9N2 x H5N1 sous-surveille. Score GHS moyen 53,1 — plus representatif du vrai risque regional que la seule diade USA/Chine.

Sources : [WHO CVV pandemique H9N2 recommande \(27 fev. 2026\)](#) • [WHO WPRO Avian Flu Weekly #1029 — H9N2 \(16 janv. 2026\)](#) • [CIDRAP H9N2 China 3 cas \(11 fev. 2026\)](#) • [Nature Medicine H5N1 USA 70 cas \(juil. 2025\)](#) • [WHO DON H5N5 \(nov. 2025\)](#) • [CDC FluView H5 sem. 11/2026 \(21 mars 2026\)](#)



<b>#6</b> <b>Fievre d'Oropouche</b>	<b>VIRAL ACTIF</b>
Score :    Oropouche virus (OROV) — Orthobunyavirus ; vecteur Culicoides paraensis + Culex quinquefasciatus	

**! Nature Med. mars 2026 : Rt 3,2-5,5 — PAHO priorite Americas 2025 aux cotes de dengue et H5N1 ; transmission verticale confirmee ; cas importes France**

<b>CAS NOTIFIES</b> > 15 000 cas Americas en 2026 (Bresil, Bolivie, Cuba, Colombie, Peru, Venezuela) ; 12 786 cas Americas janv.-juil. 2025 ; 835 cas importes hors Ameriques depuis 2024 ; PAHO (mars 2026) : mentionne parmi priorites Americas avec dengue et H5N1	<b>DECES</b> 3 deces confirmes (Bresil 2024) + morts foetales/avortements (transmission verticale)	<b>LETALITE (CFR)</b> < 0,5 % (mortalite directe) ; risque foetal grave (transmission verticale confirmee)	<b>EXTENSION GEOGRAPHIQUE</b> Bresil (20 etats), Bolivie, Cuba, Colombie, Peru, Venezuela ; cas importes France, USA, Canada, Europe, Japon
--	---	---	--

<b>Gravite :</b> ■■■■■■ 3/5 <b>Extension :</b> ■■■■■■ 4/5 <b>Import. FR :</b> ■■■■■■ 4/5	<b>RISQUE FRANCE (HEXAGONE &amp; DOM-TOM) : MODERE</b> PAHO rapport annuel 2025 (19 mars 2026) : Oropouche identifie parmi les priorites sante Americas au meme titre que dengue et grippe aviaire. Nature Medicine (24 mars 2026) : 30 086 cas confirmes Bresil 2014-2025 ; incidence rurale 11x superieure a l'urbaine ; Rt 3,2-5,5. Cas importes confirmes en France metropolitaine depuis 2024 (voyageurs retour Amazonie/Caraïbes). Guyane : risque de transmission autochtone eleve (Culicoides paraensis present). Martinique/Guadeloupe : Culicoides paraensis present — risque de transmission locale reelle. ALERTE GROSSESSE : transmission verticale OROV confirmee — microcephalie, avortements spontanés, morts in utero signales au Bresil. Recommandation SPF/DGS : femmes enceintes doivent eviter les zones de circulation active. Pas de vaccin ni traitement specifique. Repulsifs DEET/IR3535 recommandes. Surveillance entomologique et clinique renforcee en DOM-TOM depuis sem. 30/2024.
--	---

**Decomposition score GRAVITE (3/5)** — moyenne de 3 sous-criteres (arrondie) : CFR brute : 1/5 | Severite clinique : 3/5 | Impact pop. vulnerables : 4/5 => moyenne 2.67

**Indice GHS 2021 — Capacite de reponse des pays foyers** (score moyen mondial : 38,9/100)

**Bresil** : 51/100 (#43) **Bolivie** : 30/100 (#137) **Cuba** : 30/100 (#129)

*Bresil (43/195) : capacite intermediaire mais surveillance arbovirus perfectible. Bolivie (137/195) et Cuba (129/195) : capacites faibles — risque de sous-detection. Rt 3,2-5,5 signifie expansion rapide sans mesures vectorielles.*

Sources : [Nature Medicine OROV \(24 mars 2026\)](#) • [PAHO Rapport annuel 2025 \(19 mars 2026\)](#) • [ECDC Oropouche Risk Assessment \(mars 2026\)](#) • [SPF Point epidemio Oropouche \(fev. 2026\)](#)



#7

Dengue

VIRAL  
ACTIF

Score :  
3.48/5

Dengue virus serotypes 1-4 (DENV 1-4) — co-circulation des 4 serotypes

**! Ameriques sem. 7 : 299 210 cas, -64 % vs 2025 — Cambodia 2026 : +212 % vs 2025 — Martinique hausse mars 2026 — 78 pays/territoires avec cas janv.-mars 2026**

CAS NOTIFIES	DECES	LETALITE (CFR)	EXTENSION GEOGRAPHIQUE
299 210 cas Ameriques sem. 7/2026 (-64 % vs 2025) ; 122 090 cas Americas sem. 4 dont 242 formes severes, 6 deces ; 4 338 cas Cambodia 2026 (+212 % vs 2025) ; Martinique : recrudescence mars 2026 ; 78 pays/territoires avec cas janv.-mars 2026	6 deces Americas sem. 4/2026 ; 2 207 deces Americas en 2025 (CFR 0,05 %)	< 0,1 % (dengue severe ~2-5 %)	Ameriques (-64 % vs 2025) ; Asie (Cambodia +212 %, Sri Lanka, Vietnam, Philippines) ; DOM-TOM : Martinique (hausse mars 2026), Guadeloupe, Reunion, Guyane ; 78 pays/territoires avec cas janv.-mars 2026

Gravite : ■■■■■ 3/5  
Extension : ■■■■■ 4/5  
Import. FR : ■■■■■ 4/5

**RISQUE FRANCE (HEXAGONE & DOM-TOM) : MODERE**

AMERIQUES 2026 sem. 7 : 299 210 cas (-64 % vs 2025, -57 % vs moyenne 5 ans) — tendance favorable mais co-circulation des 4 serotypes maintient le risque de formes severes. ASIE : Cambodia 4 338 cas (janv.-mars 2026) +212 % vs 2025 — signal majeur. Sri Lanka, Vietnam (WHO WPRO SitRep #741 5 mars 2026, #742 19 mars 2026) : actifs. Mayotte : hausse 7,7 % consultations sem. 9-15 mars 2026 (co-circulation chikungunya). Martinique : hausse confirmee (53 cas confirmes sem. 22-28 fev., 29 sem. 15-21 fev.). La Reunion : cluster Saint-Leu mars 2026. Hexagone : Aedes albopictus dans 81 departements — cas autochtones possibles en ete.

**Decomposition score GRAVITE (3/5)** — moyenne de 3 sous-criteres (arrondie) : CFR brute : 2/5 | Severite clinique : 3/5 | Impact pop. vulnerables : 3/5 => moyenne 2.67

**Indice GHS 2021 — Capacite de reponse des pays foyers** (score moyen mondial : 38,9/100)

**Cambodia** : 31/100 (#185) **Bresil** : 51/100 (#43) **Philippines** : 46/100 (#57)

Cambodia (185/195, score 30,6) : capacite tres faible — +212 % cas un signal fort de sous-detection. Co-circulation 4 serotypes : risque de formes severes par reinfection serotype-heterologue.

Sources : [ECDC Dengue worldwide \(26 mars 2026\)](#) • [PAHO Dengue Americas sem. 7/2026 \(18 mars 2026\)](#) • [WHO WPRO SitRep n742 \(19 mars 2026\)](#) • [SPF Bulletins DOM fev. 2026](#)

## #8 MERS-CoV

Score : Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-CoV) — reservoir  
3.41/5 dromadaire

VIRAL  
ACTIF

**! Aucun cas MERS 2026 a ce jour (ECDC 3 fev. 2026) — vigilance Hajj juin 2026 apres 2 cas importes France dec. 2025**

CAS NOTIFIES	DECES	LETALITE (CFR)	EXTENSION GEOGRAPHIQUE
Aucun cas signale depuis le 5 janv. 2026 (ECDC sem. 6/2026, 3 fev. 2026) ; 19 cas en 2025 dont 2 France (dec. 2025) ; Total cumul depuis 2012 : 2 647 cas, 959 deces (ECDC, 3 fev. 2026)	4 deces en 2025 ; CFR cumule ~36,3 % depuis 2012	~36 % (cumul depuis 2012)	Peninsule arabique (Arabie Saoudite 84 % des cas historiques) ; cas importes sporadiques Europe
Gravite : ██████ 5/5 Extension : ██████ 2/5 Import. FR : ██████ 3/5	<b>RISQUE FRANCE (HEXAGONE &amp; DOM-TOM) : FAIBLE</b> ECDC CDTR sem. 6/2026 (3 fev. 2026) : depuis le 5 janv. 2026, aucun nouveau cas MERS signale par WHO ou autorites nationales — activite la plus basse depuis 2014. 2 cas importes France dec. 2025 (contact dromadaires/Peninsule arabique) — aucun cas secondaire parmi contacts. Total 4 cas France depuis 2012 (dont 1 grappe nosoco. 2013). Risque saisonnier majeur : saison Hajj (juin 2026) — Omra active toute l'annee. Pas de vaccin commercialise. Anticorps monoclonaux (REGN3048/3051) en acces elargi. Surveillance voyageurs retour Peninsule arabique recommandee.		
<b>Decomposition score GRAVITE (5/5)</b> — moyenne de 3 sous-criteres (arrondie) : CFR brute : 5/5   Severite clinique : 5/5   Impact pop. vulnerables : 4/5 => moyenne 4.67			
<b>Indice GHS 2021 — Capacite de reponse des pays foyers</b> (score moyen mondial : 38,9/100) <b>Arabie Saoudite</b> : 45/100 (#61) <i>Arabie Saoudite (61/195, score 44,9) : capacite intermediaire. Surveillance Hajj renforcee mais sous-detection possible en milieu rural/agricole. Activite mondiale la plus basse depuis 2014 — vigilance maintenue.</i>			
Sources : <a href="#">ECDC CDTR MERS sem. 6/2026 (3 fev. 2026)</a> • <a href="#">ECDC MERS-CoV page</a> • <a href="#">WHO MERS Global cumul (22 janv. 2026)</a>			



<b>#9</b> Score : 3.18/5	<b>Cholera</b> Vibrio cholerae O1 biotype El Tor	<b>BACTERIEN</b> <b>ACTIF</b>
--------------------------------	---	----------------------------------

**! WHO Update #35 (27 mars 2026) : fev. 2026 = +3 % vs janv. — malgre baisse globale 63 %, RDC (219 deces) et Afghanistan (9 460 cas) critiques**

<b>CAS NOTIFIES</b> 25 714 cas mondiaux (janv.-fev. 2026) — baisse de 63 % vs janv.-fev. 2025 (69 088) ; 18 715 nouveaux cas fev. 2026 (17 pays) — +3 % vs janv. 2026 ; 614 828 cas en 2025	<b>DECES</b> 282 deces jan.-fev. 2026 ; 7 598 deces en 2025 (33 pays)	<b>LETALITE (CFR)</b> ~1 %	<b>EXTENSION GEOGRAPHIQUE</b> Afrique (RDC 219 deces, Mozambique 34, Zambie, Angola, Nigeria) ; Moyen-Orient (Yemen, Afghanistan 9 460 cas janv. 2026) ; Asie (Pakistan, Myanmar)
--	--	-------------------------------	--

<b>Gravite :</b> ██████ 4/5 <b>Extension :</b> ██████ 3/5 <b>Import. FR :</b> ██████ 2/5	<b>RISQUE FRANCE (HEXAGONE &amp; DOM-TOM) : FAIBLE</b> WHO Update #35 (27 mars 2026) : fev. 2026 — 18 715 nouveaux cas (17 pays), +3 % vs janv. Malgre la baisse globale de 63 % vs 2025, le cholera reste actif dans 17 pays. RDC : 219 deces (1er foyer africain). Afghanistan : 9 460 cas janv. 2026 (2e foyer mondial). MAYOTTE : epidemie locale mars-juil. 2024 (221 cas, 5 deces — importation Comores). 1 cas importe France janv. 2025 ; aucun nouveau cas depuis. HCSP maintient vigilance : fragilites Mayotte + proximite Comores. Vaccins oraux disponibles (Dukoral). Surveillance aux points d'entree maintenue.
--	--

**Decomposition score GRAVITE (4/5)** — moyenne de 3 sous-criteres (arrondie) : CFR brute : 3/5 | Severite clinique : 3/5 | Impact pop. vulnerables : 5/5 => moyenne 3.67

**Indice GHS 2021 — Capacite de reponse des pays foyers** (score moyen mondial : 38,9/100)

**RDC** : 30/100 (#188) **Afghanistan** : 32/100 (#186) **Yemen** : 25/100 (#194)

Foyers dans pays a capacite quasi-nulle : Yemen 194/195 (24,9), RDC 188/195 (29,9), Afghanistan 186/195 (31,6). Entretien structurel de l'epidemie par fragilite des systemes WASH.

Sources : [WHO Cholera Update #35 \(27 mars 2026\)](#) • [ECDC Cholera overview \(25 fev. 2026\)](#) • [WHO Cholera Update #34 \(21 fev. 2026\)](#)

#10

## Virus Nipah

VIRAL  
ACTIF

Score :

Henipavirus nipahense (NiV) — souche Bangladesh (NiV-B) predominante

2.96/5

**! 3 cas (Inde 2 + Bangladesh 1), CFR 100 % — 0 transmission secondaire parmi 196 contacts — mesures de screening levees Inde et Singapour (fev. 2026)**

CAS NOTIFIES	DECES	LETALITE (CFR)	EXTENSION GEOGRAPHIQUE
2 cas confirmes Bengale-Occidental (Inde, janv. 2026 — infirmieres) + 1 cas Bangladesh (29 janv. 2026) + possiblement 5 cas hospitaliers total Inde ; 0 transmission secondaire parmi 196+ contacts surveilles	3 deces (CFR 100 % cet episode) — deces Bangladesh janv. 2026	40-75 % (historique) / 100 % cet episode	Bengale-Occidental (Inde, district North 24 Parganas), Bangladesh (Rajshahi) — foyers saisonniers (jan.-mai)
<b>Gravite :</b> ██████ 5/5 <b>Extension :</b> ██████ 2/5 <b>Import. FR :</b> ██████ 1/5	<b>RISQUE FRANCE (HEXAGONE &amp; DOM-TOM) : TRES FAIBLE</b> 7e episode Nipah en Inde (3e au Bengale-Occidental). 2 cas confirmes en infirmieres (hopital Barasat, janv. 2026) + 1 cas Bangladesh (femme 40-50 ans, Naogaon, deces 28 janv. 2026 — consommation seve de palmier cru janv. 2026). Total 3 cas (Inde 2 + Bangladesh 1), tous decedes (CFR 100 %). 0 transmission secondaire parmi 196 contacts traces et testes negatifs. Inde (22 fev. 2026) et Singapour ont leve les mesures de screening renforcees aux frontiere. Pas de vaccin ni traitement homologue — anticorps monoclonaux m102.4 en acces elargi. Surveillance voyageurs retour Inde/Bangladesh en saison (jan.-mai).		
<b>Decomposition score GRAVITE (5/5)</b> — moyenne de 3 sous-criteres (arrondie) : CFR brute : 5/5   Severite clinique : 5/5   Impact pop. vulnerables : 4/5 => moyenne 4.67			
<b>Indice GHS 2021 — Capacite de reponse des pays foyers</b> (score moyen mondial : 38,9/100) <b>Inde</b> : 43/100 (#66) <b>Bangladesh</b> : 36/100 (#95) <i>Inde (66/195) et Bangladesh (95/195) : capacites limitees mais contact tracing 196+ contacts efficace. Levee mesures screening Inde/Singapour fev. 2026 = signal de maîtrise temporaire. Risque annuel recurrent pendant saison palmier (jan.-mai).</i>			
Sources : <a href="#">WHO DON-593 Nipah Inde (30 janv. 2026)</a> • <a href="#">WHO DON-594 Nipah Bangladesh (6 fev. 2026)</a> • <a href="#">ECDC CDTR sem. 5/2026 (30 janv. 2026)</a> • <a href="#">Australie CDC Nipah SitRep (9 fev. 2026)</a>			

**Avertissement :** Ce document est produit a des fins de veille sanitaire. Les donnees presentees sont provisoires et sujettes a revision. Pour toute decision clinique ou de sante publique, se referer aux autorites sanitaires competentes (Sante Publique France, DGS, ECDC, OMS). Sources : WHO Disease Outbreak News, CDC (USA), ECDC CDTR, PAHO, CIDRAP, Nature Medicine, Sante Publique France. **Indice de preparedness :** Global Health Security Index 2021 (GHS Index) — Nuclear Threat Initiative (NTI) / Johns Hopkins Center for Health Security / Economist Impact. Score sur 100 ; 195 pays ; score moyen mondial 38,9/100.