

VEILLE EPIDEMIOLOGIQUE MONDIALE

TOP 10 DES EMERGENCES INFECTIEUSES EN MEDECINE HUMAINE

Janvier – Mai 2026 | Mise a jour : 1er juin 2026 | Hexagone & Territoires ultramarins francais

TABLEAU DE SYNTHESE

Rang	Pathogene emergent	Type	Statut	Letalite (%)	Score gravite /5	Score extension /5	Score import. /5	Risque France
#1	Ebola Bundibugyo (BDBV)	VIRAL	ACTIF (PHEIC)	30-50 % (historique BDBV)	■■■■■ 5/5	■■■■■ 5/5	■■■■■ 4.5/5	FAIBLE
#2	Fievre hemorrhagique de Crimée-Congo	VIRAL	ACTIF	10-40 % (selon contexte)	■■■■■ 4/5	■■■■■ 4.9/5	■■■■■ 3.5/5	MODERE
#3	Dengue	VIRAL	ACTIF	< 0,1 % (severe : ~2-5 %)	■■■■■ 3/5	■■■■■ 5/5	■■■■■ 5/5	MODERE
#4	Mpox (clades Ia, Ib, IIb et recombinant Ib/IIb)	VIRAL	ACTIF	0,3-0,8 % (clade I) < 0,1 % (clade IIb)	■■■■■ 4/5	■■■■■ 5/5	■■■■■ 4.5/5	ELEVE
#5	Chikungunya	VIRAL	ACTIF	< 0,1 % (morbidite chronique elevee)	■■■■■ 3/5	■■■■■ 4.1/5	■■■■■ 5/5	ELEVE
#6	Rougeole	VIRAL	ACTIF	< 0,1 % (pays riches) jusqu'a 10 % (faibles ressources)	■■■■■ 4/5	■■■■■ 5/5	■■■■■ 4/5	ELEVE
#7	Virus West Nile	VIRAL	ACTIF	~10 % (formes neuro-invasives)	■■■■■ 3/5	■■■■■ 2.8/5	■■■■■ 5/5	MODERE
#8	MERS-CoV	VIRAL	VIGILANCE (HAJJ)	~36 % (cumul depuis 2012)	■■■■■ 5/5	■■■■■ 1.3/5	■■■■■ 3.5/5	MODERE
#9	SFTS (Bandavirus dabiense)	VIRAL	ACTIF	5-30 % (selon pays et age)	■■■■■ 4/5	■■■■■ 3.6/5	■■■■■ 3/5	FAIBLE
#10	Grippe aviaire A(H5N1), A(H5N5), A(H9N2)	VIRAL	ACTIF	H5N1 ~50 % histor. H5N5 100 % (1/1) H9N2 ~1,3 %	■■■■■ 5/5	■■■■■ 3/5	■■■■■ 4.5/5	MODERE

METHODOLOGIE - Score composite

Chaque pathogene est evalue selon **3 criteres principaux** sur 5 : **Gravite (G)** — CFR brute, severite clinique, impact populations vulnérables ; **Extension (E)** — volume et cinetique des cas, diffusion geographique et populations exposees, dynamique vs N-1, plus 5 facteurs aggravants (urbain dense, frontaliere, aeroport international, mobilite de population a risque, statut PHEIC/PHECS) ; **Importation France (I)** — voies d'entree (vols, frontieres, immigration, regime visa) et vulnerabilite de la population francaise (immunité, vecteur ou reservoir sur sol francais).

Les scores G, E et I sont **ajustes par 2 facteurs contextuels** : l'**indice GHS du pays foyer** (capacite de reponse - module G et E) et le **contexte saisonnier ou evenementiel** (Hajj, Eid al-Adha, saison Aedes, mousson, saison seche Sahel, activite des tiques, fonte permafrost, seismes majeurs, etc. - module E et I). *Methodologie complete et grilles d'evaluation detaillees en page finale du document.*

RANG 1 — EBOLA BUNDIBUGYO (BDBV)

ALERTE : **CRITIQUE** | STATUT : ACTIF (PHEIC) | TYPE : VIRAL

Agent : Bundibugyo virus (BDBV) - Orthoebolavirus bundibugyoense (filovirus)

POINT CLE : PHEIC OMS + PHECS Africa CDC - 282 cas confirmes / 42 deces confirmes RDC (31 mai), cumul ~1 046/247 avec suspects - extension 3 provinces RDC + Ouganda (frontiere fermee 28 mai) - signal Bresil (Sao Paulo + Rio, 1er juin) - MSF 'profondement alarmant' - obeldesivir/rVSV en developpement, toujours aucun vaccin ni traitement homologue BDBV

CAS NOTIFIES	DECES	LETALITE (CFR)	EXTENSION GEOGRAPHIQUE
RDC (31 mai, MoH) : 282 cas confirmes (Ituri 264 / 14 zones, Nord-Kivu 15, Sud-Kivu 3), 42 deces confirmes + 220 suspects en investigation - cumul DRC+Ouganda ~1 046 cas / 247 deces ; Ouganda : 9 confirmes (Kampala), 1 deces - frontiere RDC fermee le 28 mai ; Italie : 2 suspects (Milan, 25 mai) ; Bresil : 2 suspects (Sao Paulo + Rio, 1er juin) - premiere exportation potentielle hors Afrique ; Allemagne : 1 confirme (soignant US) ; Republique tcheque : 1 contact a haut risque	42 deces confirmes RDC + 1 confirme Ouganda (au 31 mai 2026) ; ~247 deces cumules DRC+Ouganda en comptant les suspects - CFR confirmes ~15 % a ce stade	30-50 % (historique BDBV 2007 Ouganda, 2012 RDC) ; CFR initial confirmes ~10 %	RDC : 3 provinces actives - Ituri (264 confirmes sur 14 zones de sante, foyer principal Mongbwalu/Rwampara/Bunia), Nord-Kivu (15 confirmes dont Goma 2M habitants), Sud-Kivu (3 confirmes) ; Ouganda : Kampala (9 confirmes) - frontiere RDC fermee le 28 mai 2026, Martyrs' Day Pilgrimage (3 juin) annule ; Exportations : Allemagne (1 confirme, soignant US transfere) ; Suspects en investigation : Italie (2, Milan), Bresil (2, Sao Paulo + Rio - 1er juin) - potentielle premiere exportation hors Afrique du foyer 2026 ; Republique tcheque (1 contact a haut risque) ; Zone de guerre : Nord-Kivu controle partiel M23 - desorganisation severe de la surveillance et du tracage

<p>Gravite : 5/5 Extension : 5/5 Import. FR : 4.5/5</p> <p>Composite : 5.60</p>	<p>RISQUE FRANCE (HEXAGONE & DOM-TOM) : FAIBLE</p> <p>EVOLUTION RAPIDE - EXPANSION CONTINUE. OMS : risque 'TRES ELEVE' au niveau national RDC, 'eleve' regional, 'faible' mondial (31 mai 2026). MSF (31 mai) : 'jamais une flambee Ebola n'avait enregistre autant de cas si tot apres sa declaration' (Dr Gonzalez). SIGNAL D'EXTENSION INTERNATIONALE : Bresil enquete (1er juin) 2 suspects (Sao Paulo + Rio) - premiere exportation potentielle hors Afrique. REPONSE : Tedros a Bunia le 31 mai - lab operationnel (PCR 24h) ; Ouganda ferme la frontiere RDC (28 mai) et annule le Martyrs' Day Pilgrimage (3 juin) ; premier patient RDC gueri le 29 mai. CANDIDATS THERAPEUTIQUES/VACCINAUX (TAG OMS 28 mai) : obeldesivir oral en post-exposition (priorite) ; vaccin rVSV BDBV/IAVI (7-9 mois avant essai clinique) ; Oxford ChAdOx1 BDBV en essais animaux. AUCUN VACCIN NI TRAITEMENT HOMOLOGUE A CE JOUR pour BDBV (Ebanga/Inmazed specifiques Zaire). OBSTACLES : ~7 % des contacts traces, kits PCR BDBV insuffisants, insecurite armee (M23), IPC ~10M en faim aigue, attaques sur structures de soins ; mouvements transfrontaliers (mineurs d'or) amplifient le risque. France : aucun cas a ce jour, risque importation FAIBLE - surveillance active CNR + reseau ESR. POINT DE VIGILANCE MAYOTTE maintenu (immigration bassin Congo via Comores). Ressortissants francais en RDC : eviter zones Ituri/Kivu (CRG, MAE).</p>
---	--

Decomposition des scores : Gravite (CFR 5 + Severite 5 + Vulnerables 4) = 5/5 | Extension factuelle (5+4+5)/3 = 4.7 + aggravants 2.75 = 5/5 | Importation (Voies 4/5 + Vulnerabilite FR 5/5)/2 = 4.5/5

Aggravants extension actives : Urbain dense (+0.5) | Frontaliere (+0.5) | Aeroport intl (+0.5) | Mobilite a risque (+0.5) | Statut OMS (+0.75)

Modulateur GHS (30.0/100, moyenne pond. par cas) : +30 % | Pas de contexte saisonnier actif

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

RDC : 30/100 (#188) **Ouganda** : 41/100 (#76)

Sources : [WHO DON-605 Ebola Bundibugyo \(28 mai 2026\)](#) • [ECDC Ebola DRC and Uganda outbreak \(1er juin 2026\)](#) • [WHO TAG candidate treatments and vaccines BDBV \(28 mai 2026\)](#) • [Africa CDC PHECS Declaration \(18 mai 2026\)](#) • [MSF Bundibugyo virus challenge \(mai 2026\)](#)

RANG 2 — FIEVRE HEMORRAGIQUE DE CRIMEE-CONGO

ALERTE : **ELEVE** | STATUT : ACTIF | TYPE : VIRAL

Agent : CCHF virus (CCHFV) - Nairovirus (Bunyavirales) ; vecteur tiques Hyalomma

POINT CLE : Saisonniques Hyalomma active + Eid al-Adha (7 juin) - cas humains autochtones en Espagne (16-17 depuis 2013) et Portugal (1er cas aout 2024) - France : virus chez les tiques (Corse) mais aucun cas humain a ce jour - priorite OMS, pas de vaccin

CAS NOTIFIES	DECES	LETALITE (CFR)	EXTENSION GEOGRAPHIQUE
<p>Espagne : 2e cas 2026 confirme (NaTHNaC, debut 2026) - expansion Europe du Sud-Ouest ; Afghanistan : foyer endemique majeur (1 221 cas suspects / 95 deces en 2024, signal recurrent eleve) ; Endemique 16 pays region europeenne OMS (Balkans, Turquie) ; Cas humains autochtones en Europe du Sud-Ouest : Espagne (16-17 cas depuis 2013) et Portugal (1er cas autochtone aout 2024, district de Braganca, decede) ; Virus detecte chez les tiques (sans cas humain) en France (Corse, 2023)</p>	<p>CFR 10-40 % selon foyers ; ~34 % en Europe, ~33 % en Asie (donnees historiques regionales)</p>	<p>10-40 % (selon contexte et prise en charge)</p>	<p>Endemique : Afrique, Balkans, Moyen-Orient, Asie occidentale et centrale, Europe de l'Est ; Foyers actifs 2026 : Afghanistan (14 provinces), Turquie, Balkans ; Cas humains autochtones en Europe occidentale : Espagne (16-17 cas depuis 2013), Portugal (1er cas autochtone aout 2024, Braganca) ; France : vecteur Hyalomma installe (pourtour mediterraneen, Corse) et virus detecte chez les tiques (Corse 2023), mais aucun cas humain autochtone a ce jour ; Vecteur Hyalomma en progression vers le nord avec rechauffement climatique</p>
<p>Gravite : 4/5 Extension : 4.9/5 Import. FR : 3.5/5 Composite : 5.27</p>	<p>RISQUE FRANCE (HEXAGONE & DOM-TOM) : MODERE SIGNAL SAISONNIER ET D'EXPANSION : la saison d'activite des tiques Hyalomma (avril-octobre) est en cours, et l'Eid al-Adha (7 juin 2026) amplifie le risque par contact avec le betail (Moyen-Orient, diasporas). CCHF est prioritaire OMS R&D; Blueprint (aucun vaccin homologue). Europe occidentale : cas humains autochtones recenses en Espagne (16-17 depuis 2013, dont 1 transmission nosocomiale) et au Portugal (1er cas autochtone aout 2024, Braganca, patient decede sans antecedent de voyage). EN FRANCE, AUCUN CAS HUMAIN AUTOCHTONE N'A JAMAIS ETE RECENSE (risque emergent non concretise) : le vecteur Hyalomma marginatum est installe sur le pourtour mediterraneen (Pyrenees-Orientales, Corse, Var) et le virus a ete detecte chez des tiques en Corse en 2023 (genotype africain I), sans transmission humaine. Afghanistan : foyer endemique tres actif (1 221 cas suspects / 95 deces en 2024). Transmission par piqure de tique, contact avec le betail (abattage) et voie nosocomiale (sang, fluides). France : cas importes possibles (voyageurs Balkans/Turquie/Asie centrale) ; risque autochtone emergent au sud a surveiller. Ribavirine en usage compassionnel ; PCR au CNR des FHV. Surveillance entomologique Hyalomma et vigilance clinique chez voyageurs et professionnels exposes au betail.</p>		

Decomposition des scores : Gravite (CFR 4 + Severite 5 + Vulnerables 3) = **4/5** | Extension factuelle (3+4+4)/3 = 3.7 + aggravants 1.25 = **4.9/5** | Importation (Voies 5/5 + Vulnerabilite FR 2/5)/2 = **3.5/5**

Aggravants extension actives : Frontaliere (+0.5) | Mobilite a risque (+0.5) | Statut OMS (+0.25)

Modulateur GHS (35.6/100, moyenne pond. par cas) : +15 % | **Contexte saisonnier (Tiques Europe / Eid al-Adha (7 juin 2026))** : modulateur +30 %

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

Afghanistan : 36/100 (#186) **Espagne** : 46/100 (#59) **Balkans/Turquie** : 34/100 (#100)

Sources : [EID 30\(5\) CCHFV in ticks, Corsica France 2023 \(mai 2024\)](#) • [DGS Portugal - 1er cas CCHF autochtone \(aout 2024\)](#) • [Pathogens 13\(9\) CCHFV emerging threat Europe / Spain \(2024\)](#) • [WHO Fact sheet Crimean-Congo haemorrhagic fever](#)

RANG 3 — DENGUE

ALERTE : **ELEVE** | STATUT : ACTIF | TYPE : VIRAL

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

POINT CLE : Asymetrie hemispherique : Ameriques -65 % vs 2025 mais Timor-Leste x10, Sri Lanka 13 760 cas - La Reunion 190 cas autochtones - Aedes albopictus 83 dept - mousson Asie SE imminente

CAS NOTIFIES	DECES	LETALITE (CFR)	EXTENSION GEOGRAPHIQUE
Ameriques PAHO EW 16/2026 (18 mai 2026) : 745 736 cas suspects, -65 % vs 2025 (decree confirmee) ; Asie SE - signal d'alerte : Timor-Leste 2 105 cas fevrier 2026 (+1 000 % vs 2025), Sri Lanka 13 760 cas au 1 mars 2026, Maldives 646 cas janv. 2026 (+57 %), Inde 6 563 cas (cumul fev.), Malaisie 11 340 cas 2026 (WPRO #744, 30 avril) ; DOM-TOM : La Reunion 190 cas autochtones depuis janv. 2026 (SPF 22 mai)	6 deces Ameriques sem. 4/2026 ; 2 207 deces Ameriques cumules 2025 ; Sri Lanka 4 deces	< 0,1 % (forme severe ~2-5 %)	Ameriques (decree -65 % vs 2025) : Bresil, Mexique, Argentine ; Asie SE (alerte) : Timor-Leste, Sri Lanka, Maldives, Inde, Bangladesh, Thaïlande, Cambodge ; Western Pacific : Malaisie, Vietnam, Philippines ; DOM-TOM francais : La Reunion (190 cas autochtones depuis janv. 2026), Mayotte (co-circulation) ; Hexagone : Aedes albopictus dans 83 dept., debut saison vectorielle (mai-novembre)

<p>Gravite : 3/5 Extension : 5/5 Import. FR : 5/5</p> <p>Composite : 4.92</p>	<p>RISQUE FRANCE (HEXAGONE & DOM-TOM) : MODERE</p> <p>Tableau dichotomique avec asymetrie hemispherique : Ameriques en decree confirmee (-65 % vs 2025 au EW 16/2026) mais Asie du Sud-Est en alerte preoccupante (Timor-Leste x10 vs 2025, Sri Lanka 13 760 cas, mousson SW imminente). WPRO SitRep #744 (30 avril 2026) : Malaisie 11 340 cas cumules. France/DOM-TOM : La Reunion 190 cas autochtones (SPF 22 mai 2026) avec regroupements multiples (Saint-Leu, Tampon, Etang-Sale, Possession, Saint-Paul). Mayotte : co-circulation dengue/chikungunya/leptospirose. Hexagone : Aedes albopictus etabli dans 83/96 departements ; veille 1er mai - 30 novembre 2026 active ; cas autochtones possibles en ete avec mousson Asie SE alimentant les importations. Vaccin Qdenga disponible UE (recommandations HCSP en evolution). Co-circulation des 4 serotypes : risque de formes severes par reinfection serotype-heterologue.</p>
---	---

Decomposition des scores : Gravite (CFR 2 + Severite 3 + Vulnerables 3) = 3/5 | Extension factuelle (5+5+4)/3 = 4.7 + aggravants 1.25 = 5/5 | Importation (Voies 5/5 + Vulnerabilite FR 5/5)/2 = 5/5
Aggravants extension actives : Urbain dense (+0.5) | Aeroport intl (+0.5) | Statut OMS (+0.25)
Modulateur GHS (48.6/100, moyenne pond. par cas) : +0 % | **Contexte saisonnier (Aedes Hexagone / Aedes Ocean Indien / Mousson SE Asie)** : modulateur +15 %

Indice GHS 2021 — Capacite de reponse des pays foyers (score moyen mondial : 38,9/100)
Bresil : 51/100 (#43) **Timor-Leste** : 28/100 (#178) **Sri Lanka** : 34/100 (#113) **Maldives** : 35/100 (#96)

Sources : [PAHO Dengue EW 16/2026 \(18 mai 2026\)](#) • [WHO WPRO Dengue SitRep #744 \(30 avril 2026\)](#) • [ECDC Dengue worldwide overview](#) • [Sante Publique France Bulletin Reunion \(22 mai 2026\)](#)

RANG 4 — MPOX (CLADES IA, IB, IIB ET RECOMBINANT IB/IIB)

ALERTE : **ELEVE** | STATUT : ACTIF | TYPE : VIRAL

Agent : Monkeypox virus (MPXV) - clades Ia, Ib, IIB + souche recombinante Ib/IIB

POINT CLE : WHO SitRep #65 : Region europeenne +67 % - Madagascar foyer explosif 1 092 cas - Pakistan eclosion nosocomiale pediatrique - transmission communautaire Espagne/Pays-Bas - DOM-TOM touches

CAS NOTIFIES	DECES	LETALITE (CFR)	EXTENSION GEOGRAPHIQUE
WHO SitRep #65 (30 avril 2026) : tendance globale au declin (4 regions OMS en baisse en janvier) mais Region europeenne en hausse (+67 %, 129 -> 216 cas confirmes) ; Madagascar : 1 092 cas confirmes (foyer principal clade Ib, 51 districts) ; Pakistan : eclosion nosocomiale Sindh (249 cas suspects, 29 confirmes, 8 deces, mars-avril) ; Afrique : 16-20 pays transmission active ; clade II Afrique de l'Ouest (Ghana, Liberia, Guinee)	53 deces cumules Afrique 2026 (Africa CDC) ; CFR clade I ~0,3-0,8 %	~0,3-0,8 % (clade I) / < 0,1 % (clade IIB)	Afrique : Madagascar (foyer principal clade Ib), RDC (co-circulation Ia/Ib), Burundi, Kenya, Ghana/Liberia/Guinee (clade II) ; Hors Afrique clade Ib : transmission communautaire Espagne et Pays-Bas ; cas Colombie, Danemark, Equateur, Singapour ; Recombinant Ib/IIB : 2 cas (UK dec. 2025, Inde janv. 2026) ; DOM-TOM : La Reunion (clade Ib), Mayotte (1er cas janv. 2026), Comores

<p>Gravite : 4/5 Extension : 5/5 Import. FR : 4.5/5</p> <p>Composite : 4.84</p>	<p>RISQUE FRANCE (HEXAGONE & DOM-TOM) : ELEVE</p> <p>Tendance mondiale au declin dans plusieurs regions, MAIS Region europeenne OMS en hausse (+67 % en janvier 2026) et foyer Madagascar toujours explosif (clade Ib, transmission communautaire etablie). Transmission communautaire clade Ib confirmee en Espagne et aux Pays-Bas (sans lien de voyage). Pakistan : eclosion nosocomiale pediatrique (Sindh) - signal de transmission hors reseaux classiques. Souche recombinante Ib/IIB sous surveillance phylogenetique (UK, Inde). France/DOM-TOM : circulation maintenue (La Reunion, Mayotte), liens directs Madagascar via vols + diaspora francophone. PHEIC levee le 5 sept. 2025 ; Standing Recommendations OMS maintenues jusqu'au 20 aout 2026. Vaccination JYNNEOS recommandee pour personnes a risque. Risque France ELEVE : DOM-TOM affectes, transmission communautaire deja documentee en Europe de l'Ouest.</p>
---	---

Decomposition des scores : Gravite (CFR 2 + Severite 4 + Vulnerables 5) = **4/5** | Extension factuelle (3+4+5)/3 = 4 + aggravants 1.25 = **5/5** | Importation (Voies 5/5 + Vulnerabilite FR 4/5)/2 = **4.5/5**

Aggravants extension actives : Urbain dense (+0.5) | Aeroport intl (+0.5) | Statut OMS (+0.25)

Modulateur GHS (30.6/100, moyenne pond. par cas) : +15 % | Pas de contexte saisonnier actif

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

RDC : 30/100 (#188) **Madagascar** : 30/100 (#130) **Singapour** : 71/100 (#5) **Pakistan** : 36/100 (#105)

Sources : [WHO Mpox SitRep #65 \(30 avril 2026\)](#) • [WHO Mpox SitRep #63 \(24 fev. 2026\)](#) • [WHO DON-595 recombinant Ib/IIB \(14 fev. 2026\)](#) • [ECDC Mpox worldwide overview](#)

RANG 5 — CHIKUNGUNYA

ALERTE : **ELEVE** | STATUT : ACTIF | TYPE : VIRAL

Agent : Chikungunya virus (CHIKV) - genotypes ECSA, IOL, AsAI

POINT CLE : DOM-TOM tous touches : Mayotte 942 cas, Guyane 108 (autochtones), La Reunion 47 - France hexagone 2025 record : 809 cas autochtones - Aedes albopictus 83 dept

CAS NOTIFIES	DECES	LETALITE (CFR)	EXTENSION GEOGRAPHIQUE
<p>Mayotte : 942 cas confirmés au 17 avril 2026 (epidemie locale active) ; Guyane française : 108 cas au 16 avril 2026 (12 autochtones + 4 importes Suriname) ; La Reunion : 47 cas autochtones depuis janv. 2026 + 16 importes (SPF 22 mai 2026) ; Bresil sem. 1-4 2026 : 4 544 cas probables ; Suriname >1 357 cas (1re flambee depuis 10 ans) ; Mondial 2026 (ECDC, fev.) : 32 758 cas / 9 decés, 18 pays</p>	<p>110 decés Ameriques 2025 ; 1 decés Suriname 2026</p>	<p>< 0,1 % (morbidity chronique elevee)</p>	<p>DOM-TOM tous affectes : Mayotte (foyer actif), Guyane (autochtone), La Reunion (residuel) ; Ameriques : Bresil, Cuba, Bolivie, Suriname, Argentine, Colombie ; Europe : transmission locale France/Italie (clusters 2025 clos) ; Asie : Sri Lanka (lignee IOL) ; Chine Guangdong (16 000+ cas 2025, flambee close)</p>
<p>Gravite : 3/5 Extension : 4.1/5 Import. FR : 5/5 Composite : 4.66</p>	<p>RISQUE FRANCE (HEXAGONE & DOM-TOM) : ELEVE SITUATION DOM-TOM ACTIVE - tous les territoires touches : Mayotte 942 cas (17 avril 2026, foyer Grande-Terre) ; Guyane française 108 cas (12 autochtones + 4 importes Suriname) ; La Reunion 47 cas autochtones + 16 importes (SPF 22 mai 2026), seroprevalence 66 % post-flambee 2024 reduisant le risque epidemique majeur. Mayotte/La Reunion : co-circulation chikungunya/dengue/leptospirose (PCR triplex SPF). Suriname : 1re transmission autochtone depuis 10 ans (>1 357 cas) - risque importe direct vers Guyane et Metropole. France metropolitaine 2025 : annee record (809 cas autochtones), Aedes albopictus dans 83 departements. Surveillance arboviroses 1er mai - 30 novembre 2026 reactivée. Vaccins disponibles : IXCHIQ (>18 ans) et VIMKUNYA (>12 ans).</p>		
<p>Decomposition des scores : Gravite (CFR 1 + Severite 4 + Vulnerables 3) = 3/5 Extension factuelle (4+3+3)/3 = 3.3 + aggravants 0.75 = 4.1/5 Importation (Voies 5/5 + Vulnerabilite FR 5/5)/2 = 5/5 Aggravants extension actives : Urbain dense (+0.5) Statut OMS (+0.25) Modulateur GHS (49.7/100, moyenne pond. par cas) : +0 % Contexte saisonnier (Aedes Ocean Indien / Aedes Hexagone) : modulateur +15 %</p>			
<p>Indice GHS 2021 — Capacite de reponse des pays foyers (score moyen mondial : 38,9/100) Suriname : 35/100 (#97) Bresil : 51/100 (#43) France (Mayotte) : 62/100 (#14) Guyane FR : 62/100 (#14)</p>			
<p>Sources : Sante Publique France Bulletin Reunion (22 mai 2026) • ECDC Chikungunya worldwide overview (fev. 2026) • ANRS-MIE Cellule Emergence Chikungunya (mars 2026) • PAHO Alerte Chikungunya (10 fev. 2026)</p>			

RANG 6 — ROUGEOLE

ALERTE : **ELEVE** | STATUT : ACTIF | TYPE : VIRAL

Agent : Virus de la rougeole (Morbillivirus hominis)

POINT CLE : Bangladesh : 62 507 suspects / 8 494 confirmés / ~500 decés (WHO DON-598) - Ameriques PAHO SitRep #3 : 20 332 cas, +276 % vs 2025 - USA 1 952 cas

CAS NOTIFIES	DECES	LETALITE (CFR)	EXTENSION GEOGRAPHIQUE
<p>BANGLADESH (foyer mondial majeur 2026, WHO DON-598) : 62 507 cas suspects, 8 494 confirmés, ~500 decés (15 mars - 23 mai 2026), 58/64 districts touches, 79 % enfants <5 ans ; Ameriques (PAHO SitRep #3, 21 mai 2026) : 20 332 cas confirmés / 25 decés, 16 pays, +276 % vs 2025 ; USA : 1 952 cas au 21 mai 2026, 29 foyers ; Canada : perte statut elimination 2025</p>	<p>Bangladesh ~500 decés suspects depuis 15 mars 2026 ; Ameriques 25 decés 2026 ; USA 0 decés 2026 (3 en 2025)</p>	<p>< 0,1 % (pays a revenus eleves) / jusqu'a 10 % (pays a faibles ressources)</p>	<p>Bangladesh : 58/64 districts (8 divisions) - foyer mondial majeur 2026 ; Ameriques : 16 pays (Mexique, USA, Canada, Bolivie, Argentine) - transmission endemique retablie ; USA : Utah, Texas, Arizona, Floride ; Europe (ECDC) : circulation active maintenue ; Contexte amplificateur : Coupe du Monde FIFA 2026 (rassemblements)</p>
<p>Gravite : 4/5 Extension : 5/5 Import. FR : 4/5 Composite : 4.62</p>	<p>RISQUE FRANCE (HEXAGONE & DOM-TOM) : ELEVE BANGLADESH - PLUS GROSSE FLAMBEE MONDIALE 2026 (WHO DON-598) : 62 507 cas suspects, 8 494 confirmés, ~500 decés (15 mars - 23 mai 2026), 58/64 districts. Origine : couverture vaccinale rougeole-rubeole tombee a 81,6 % (vs 95 % requis) suite a la disruption COVID. WHO SEARO traite l'evenement comme sentinelle regional. Camps de refugies Rohingya (Cox's Bazar) particulierement exposes. AMERIQUES (PAHO SitRep #3, 21 mai 2026) : 20 332 cas / 25 decés, +276 % vs 2025, risque regional 'Tres eleve' ; seulement 33 % des pays atteignent 95 % de couverture 1re dose MMR. Contexte Coupe du Monde FIFA 2026. USA : 1 952 cas au 21 mai 2026 ; perte du statut d'elimination evaluee en novembre 2026. France : couverture vaccinale insuffisante dans certaines regions (notifications ECDC actives). R0 = 12-18, seuil d'immunité collective > 95 % indispensable. Risque importation double : voyageurs Ameriques/USA (ete, grands rassemblements) ET diaspora et voyageurs Asie du Sud (sous-detection probable des pays voisins du Bangladesh). Vaccination MMR/ROR (2 doses).</p>		

Decomposition des scores : Gravite (CFR 2 + Severite 4 + Vulnerables 5) = **4/5** | Extension factuelle (5+5+5)/3 = 5 + aggravants 1.25 = **5/5** | Importation (Voies 5/5 + Vulnerabilite FR 3/5)/2 = **4/5**

Aggravants extension actives : Urbain dense (+0.5) | Mobilite a risque (+0.5) | Statut OMS (+0.25)

Modulateur GHS (43.5/100, moyenne pond. par cas) : +15 % | Pas de contexte saisonnier actif

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

Bangladesh : 36/100 (#95) **USA** : 76/100 (#1) **Canada** : 70/100 (#4)

Sources : [WHO DON-598 Measles Bangladesh \(23 avril 2026\)](#) • [PAHO SitRep #3 Measles Americas \(21 mai 2026\)](#) • [CDC Measles Cases \(21 mai 2026\)](#) • [ECDC Rougeole CDTR Week 21 \(22 mai 2026\)](#)

RANG 7 — VIRUS WEST NILE

ALERTE : **MODERE** | STATUT : ACTIF | TYPE : VIRAL

Agent : West Nile virus (WNV) - Orthoflavivirus ; vecteur moustiques Culex

POINT CLE : Transmission AUTOCHTONE recurrenente en France (62 cas en 2025) - vecteur Culex etabli tout le territoire - saison 2026 a son tout debut (cas attendus juin-juillet) - saison 2025 europeenne au-dessus de la moyenne

CAS NOTIFIES	DECES	LETALITE (CFR)	EXTENSION GEOGRAPHIQUE
Saison 2025 (EFSA, bilan au 3 dec.) : 1 112 cas autochtones / 97 deces, 14 pays europeens - Italie 779, Grece 96, France 62, Serbie 62, Roumanie 49, Espagne 36 (au-dessus de la moyenne) ; Saison 2026 : tout debut (1ers cas attendus juin-juillet ; en 2025, 1er cas le 19 mai) - pre-saison vectorielle Culex en cours	97 deces en Europe en 2025 ; CFR ~10 % parmi les formes neuro-invasives	Formes neuro-invasives : ~10 % (majorite des infections asymptomatiques)	Endemique sud et centre de l'Europe (Italie, Grece, Balkans, sud de la France, Espagne) ; Expansion vers le nord (Allemagne) ; France : transmission autochtone recurrenente (pourtour mediterraneen, 62 cas en 2025) ; Reservoir : oiseaux ; hotes accidentels : humains et equides
Gravite : 3/5 Extension : 2.8/5 Import. FR : 5/5 Composite : 4.30	RISQUE FRANCE (HEXAGONE & DOM-TOM) : MODERE Pathogene a transmission vectorielle deja AUTOCHTONE en France metropolitaine (sud), contrairement a la plupart des arboviroses du present rapport qui dependent d'une importation. En 2025, la France a notifie 62 cas autochtones (saison du 19 mai au 27 octobre). Le vecteur Culex pipiens est etabli sur l'ensemble du territoire metropolitain, et le reservoir aviaire est present. Au 27 mai 2026, nous sommes en TOUT DEBUT de saison vectorielle (les premiers cas humains 2026 sont attendus en juin-juillet selon l'EFSA) - le risque va croitre dans les semaines a venir avec la montee des temperatures. Saison 2025 europeenne au-dessus de la moyenne (1 112 cas / 97 deces, 14 pays), tendance a l'expansion geographique favorisee par le rechauffement climatique. Pas de vaccin humain ; prise en charge symptomatique. Mesures : surveillance entomologique, depistage du don du sang/organes en zones a transmission, protection antivectorielle. Vigilance clinique pour les formes neuro-invasives (meningo-encephalites estivales) chez les plus de 65 ans.		
Decomposition des scores : Gravite (CFR 2 + Severite 4 + Vulnerables 4) = 3/5 Extension factuelle (2+3+2)/3 = 2.3 + aggravants 0.50 = 2.8/5 Importation (Voies 5/5 + Vulnerabilite FR 5/5)/2 = 5/5 Aggravants extension actives : Urbain dense (+0.5) Modulateur GHS (59.0/100, moyenne pond. par cas) : +0 % Contexte saisonnier (Aedes Hexagone) : modulateur +15 %			
Indice GHS 2021 — Capacite de reponse des pays foyers (score moyen mondial : 38,9/100) France/sud Europe : 62/100 (#14) Italie/Grece : 56/100 (#31)			

Sources : [EFSA/ECDC WNV Europe monthly \(bilan 3 dec. 2025\)](#) • [ECDC West Nile virus weekly report](#) • [ECDC WNV historical local transmission Europe](#)

RANG 8 — MERS-COV

ALERTE : MODERE | **STATUT :** VIGILANCE (HAJJ) | **TYPE :** VIRAL

Agent : Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-CoV) - reservoir dromadaire

POINT CLE : 2 cas Arabie Saoudite en 2026 (1 deces, source inconnue - CDTR ECDC sem. 23) - activite la plus basse depuis 2014 - Hajj 2026 (1,5M+ pelerins, Eid 7 juin) : vigilance retour pelerins juin-juillet - risque UE/EEE faible (OMS/ECDC)

CAS NOTIFIES	DECES	LETALITE (CFR)	EXTENSION GEOGRAPHIQUE
2 cas en Arabie Saoudite signales en 2026 (CDTR ECDC sem. 23, au 1er juin), dont 1 deces : 2 hommes adultes, source d'infection inconnue (1 notifie en mars, 1 - mortel - en avril 2026) ; activite mondiale la plus basse depuis 2014 ; 19 cas en 2025 dont 2 importes en France (dec. 2025) ; Total cumul depuis 2012 : 2 649 cas, 960 deces (CFR ~36 %) ; Hajj 2026 : 1,5+ million de pelerins en Arabie Saoudite, Eid al-Adha le 7 juin	1 deces en 2026 (Arabie Saoudite, cas notifie avril) ; 4 deces en 2025 ; CFR cumule ~36 % depuis 2012	~36 % (cumul depuis 2012)	Peninsule arabique (Arabie Saoudite 84 % des cas historiques) ; Cas importes sporadiques en Europe (France : 2 cas dec. 2025, lies a la Peninsule arabique)
Gravite : 5/5 Extension : 1.3/5 Import. FR : 3.5/5 Composite : 4.27	RISQUE FRANCE (HEXAGONE & DOM-TOM) : MODERE CDTR ECDC sem. 23 (au 1er juin 2026) : 2 cas notifies en Arabie Saoudite en 2026 (rapportes par l'OMS EMRO), dont 1 deces - 2 hommes adultes a source d'infection inconnue (1 notifie en mars, le cas mortel en avril 2026). Le nombre de nouveaux cas detectes reste au niveau le plus bas depuis 2014 ; l'OMS et l'ECDC maintiennent une evaluation de risque FAIBLE pour l'UE/EEE (transmission interhumaine soutenue tres peu probable). ENJEU SAISONNIER HAJJ 2026 : 1,5+ million de pelerins en Arabie Saoudite, Eid al-Adha le 7 juin 2026. Risque d'amplification et d'exportation post-Hajj a surveiller (incubation 2-14 jours). 2 cas importes en France en dec. 2025 (Peninsule arabique) - aucun cas secondaire. Pas de vaccin commercialise. Vaccination meningocoque ACWY obligatoire pour les pelerins. Surveillance des voyageurs au retour de la Peninsule arabique recommandee (juin-juillet 2026). Pelerins francais : ~30 000 attendus - alerte CNR Coronavirus + reseau hospitalier.		
Decomposition des scores : Gravite (CFR 5 + Severite 5 + Vulnerables 4) = 5/5 Extension factuelle (1+1+2)/3 = 1.3 + aggravants 0.00 = 1.3/5 Importation (Voies 4/5 + Vulnerabilite FR 3/5)/2 = 3.5/5 Aggravants extension actives : Aucun aggravant active Modulateur GHS (44.9/100, moyenne pond. par cas) : +15 % Contexte saisonnier (Hajj 2026 + Eid al-Adha) : modulateur +30 %			
Indice GHS 2021 — Capacite de reponse des pays foyers (score moyen mondial : 38,9/100) Arabie Saoudite : 45/100 (#61)			

Sources : [ECDC CDTR MERS-CoV sem. 23/2026 \(5 juin 2026\)](#) • [Singapore CDA Hajj Health Advisory \(avril 2026\)](#) • [WHO MERS Global summary \(janv. 2026\)](#)

RANG 9 — SFTS (BANDAVIRUS DABIEENSE)

ALERTE : **MODERE** | STATUT : ACTIF | TYPE : VIRAL

Agent : Bandavirus dabiense (ex-SFTSV, Phenuiviridae) ; vecteur tique Haemaphysalis longicornis

POINT CLE : Maladie a tiques emergente (priorite OMS) - endemie Chine 27 provinces + Japon/Coree - extension Vietnam/Thailande/Myanmar/Pakistan/Kenya - saison mai-nov active - CFR 5-30 %, pas de vaccin

<p>CAS NOTIFIES Chine : endemie sur 27 provinces (18 902 cas confirmes cumules 2011-2021, incidence en hausse continue) ; Japon : ~1 000 cas cumules depuis 2013 (CFR ~20 %) ; Coree du Sud : cas annuels (CFR ~18,7 %) ; Extension documentee : Vietnam, Thailande, Myanmar, Pakistan, Kenya ; Saison de transmission mai-novembre en cours</p>	<p>DECES CFR 5-30 % selon les pays (Chine ~5 %, Coree ~19 %, Japon ~20 %) ; mortalite croissante avec l'age</p>	<p>LETALITE (CFR) 5-30 % (variable selon pays et age)</p>	<p>EXTENSION GEOGRAPHIQUE Endemique Asie de l'Est : Chine (27 provinces, clusters Shandong/Henan/Anhui/Hubei), Japon (ouest et sud), Coree du Sud ; extension a l'Asie du Sud-Est (Vietnam, Thailande, Myanmar) et signaux Pakistan, Kenya ; Zones a risque : regions vallonnees, forestieres et agricoles</p>
<p>Gravite : 4/5 Extension : 3.6/5 Import. FR : 3/5 Composite : 4.12</p>	<p>RISQUE FRANCE (HEXAGONE & DOM-TOM) : FAIBLE Maladie a tiques emergente classée priorite OMS R&D; depuis 2017, en expansion géographique continue en Asie. Saison de transmission active (mai-novembre). Transmise par piqure de tique Haemaphysalis longicornis, par contact avec animaux infectes (chèvres, bovins, chiens) et, rarement, par transmission interhumaine nosocomiale (sang, secretions respiratoires). CFR eleve (5-30 %), aggrave par l'age et le retard diagnostique. France : risque d'importation FAIBLE (cas chez des voyageurs au retour d'Asie de l'Est, jamais documente a ce jour en France). Le vecteur principal H. longicornis n'est pas etabli en metropole, mais sa capacite d'expansion (deja invasif aux Etats-Unis depuis 2017) justifie une surveillance entomologique. Diversite genetique et recombinaisons frequentes du virus = facteur d'incertitude. Pas de vaccin ni d'antiviral homologue ; prise en charge symptomatique. Vigilance clinique chez le voyageur febrile thrombopenique au retour d'Asie.</p>		

Decomposition des scores : Gravite (CFR 4 + Severite 4 + Vulnerables 3) = **4/5** | Extension factuelle (3+4+3)/3 = 3.3 + aggravants 0.25 = **3.6/5** | Importation (Voies 4/5 + Vulnerabilite FR 2/5)/2 = **3/5**
Aggravants extension actives : Statut OMS (+0.25)
Modulateur GHS (57.1/100, moyenne pond. par cas) : +0 % | **Contexte saisonnier (Tiques Europe)** : modulateur +30 %

Indice GHS 2021 — Capacite de reponse des pays foyers (score moyen mondial : 38,9/100)
Chine : 53/100 (#40) **Japon** : 72/100 (#2) **Coree du Sud** : 70/100 (#9)

Sources : [Frontiers Immunology SFTS antivirals & vaccines \(mars 2026\)](#) • [IJMM Current status of SFTS \(nov. 2025\)](#) • [Lancet Reg Health WP - Global epidemiology of SFTSV](#) • [Taiwan CDC SFTS surveillance](#)

RANG 10 — GRIPPE AVIAIRE A(H5N1), A(H5N5), A(H9N2)

ALERTE : **ELEVE** | STATUT : ACTIF | TYPE : VIRAL

Agent : Influenza A(H5N1) clade 2.3.4.4b ; A(H5N5) - 1er deces humain mondial ; A(H9N2) - donneur de genes internes, nouveau CVV pandemique recommande

POINT CLE : MMWR 75(17) : 1er deces H5N5 humain mondial - Cambodge hot spot pediatrique - H9N2 virus vaccinal pandemique recommande - integre au Top 10 pour potentiel pandemique (reclassement editorial)

CAS NOTIFIES	DECES	LETALITE (CFR)	EXTENSION GEOGRAPHIQUE
H5N1 USA : aucun nouveau cas humain sem. 17-19/2026 (CDC FluView) ; 70+ cas cumules mars 2024-mai 2025 ; H5N5 : 1er deces humain mondial (Washington, nov. 2025 ; MMWR 75(17), 7 mai 2026) ; Pays a ressources limitees : Cambodge (3 cas humains H5N1 Q1 2026, clade 2.3.2.1e + reassortants, CFR cumule 44 %), Bangladesh (1er deces H5N1 enfant Q1 2026), Egypte (foyer H5N1) ; H9N2 Chine : 29 cas 2025 (+164 %) + 3 cas janv. 2026 (enfants)	H5N1 : 1 deces USA (janv. 2026) + 1 enfant Bangladesh ; H5N5 : 1er deces humain mondial (nov. 2025)	H5N1 ~50 % histor. ; H5N5 100 % (1/1) ; H9N2 ~1,3 %	H5N1/H5N5 : bovins et volailles USA (37+ etats), volailles Asie/Europe/Afrique, faune sauvage ; Cambodge : hot spot pediatrique persistant ; Bangladesh, Egypte ; H9N2 : endemique volailles d'Asie (Chine)
Gravite : 5/5 Extension : 3/5 Import. FR : 4.5/5 Composite : 4.05	RISQUE FRANCE (HEXAGONE & DOM-TOM) : MODERE === A(H5N1) === CDC FluView sem. 17-19/2026 : aucun nouveau cas humain H5 aux USA depuis la sem. 11. Transmission interhumaine toujours non documentee. MMWR 75(17) : cas chez un veterinaire de LA County (chat infecte). === A(H5N5) === SIGNAL MAJEUR (NEJM + MMWR 75(17), 7 mai 2026) : 1er deces humain mondial a H5N5 (femme 75 ans, Washington, immunodeprimee, exposition basse-cour) - aucune transmission interhumaine. === PAYS A RESSOURCES LIMITEES === Cambodge : hot spot pediatrique persistant (3 cas humains H5N1 Q1 2026, clade endemique 2.3.2.1e + reassortants 2.3.4.4b, CFR cumule 44 % depuis 2023, GHS tres bas) ; Bangladesh, Egypte. === A(H9N2) === SIGNAL MAJEUR : l'OMS recommande (27 fev. 2026) un virus vaccinal candidat pandemique. H9N2 donneur de genes internes -> reassortiment H9N2 x H5N1 = risque pandemique direct. RECLASSEMENT EDITORIAL : ce pathogene est integre au Top 10 au titre de son potentiel de bascule pandemique (voir note en page methodologie), au-dela de son score composite. France : surveillance IAHP renforcee ; candidats vaccins prepandemiques H5 clade 2.3.4.4b disponibles.		

Decomposition des scores : Gravite (CFR 5 + Severite 5 + Vulnerables 4) = 5/5 | Extension factuelle (2+4+3)/3 = 3 + aggravants 0.00 = 3/5 | Importation (Voies 5/5 + Vulnerabilite FR 4/5)/2 = 4.5/5

Aggravants extension actives : Aucun aggravant active

Modulateur GHS (65.6/100, moyenne pond. par cas) : -10 % | Pas de contexte saisonnier actif

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) **Bangladesh** : 36/100 (#95)

Sources : [MMWR 75\(17\) H5N5 fatal + H5N1 vet/chat \(7 mai 2026\)](#) • [NEJM Human H5N5 Infection \(7 mai 2026\)](#) • [WHO CVV pandemique H9N2 \(27 fev. 2026\)](#) • [CDC FluView Week 19 \(16 mai 2026\)](#)

AUX PORTES DU TOP 10

Pathogenes a surveillance prioritaire - candidats potentiels au prochain rapport

Cinq pathogenes que la veille tient sous étroite surveillance car ils restent juste en dehors du Top 10 actuel, soit par leur letalite intrinseque, soit par leur potentiel d'extension géographique, soit par leur statut de pathogene habituellement tres surveille (potentiel epidemique majeur). Un de ces pathogenes pourrait rejoindre le Top 10 a la prochaine mise a jour si l'un de ses indicateurs evolue defavorablement.

#11 — DIPHTERIE [ELEVE] BACTERIEN

Maladie vaccino-evitable a letalite elevee, resurgence multi-continentale. Afrique : ~29 000 cas suspects / 1 420 deces dans 8 pays depuis janvier 2025 (Africa CDC, risque 'modere'). Afrique du Sud : 22 cas confirmes respiratoires au 10 mai 2026 (Western Cape, CFR ~20 %). Australie (Territoire du Nord) : 4 cas respiratoires - inedit depuis 26 ans. Guinee (Kankan). Transmission interhumaine directe ; rappel de l'importance des rappels vaccinaux d'TP chez l'adulte. Score composite (4,10) superieur a celui de la grippe aviaire ; maintenue 'aux portes' par choix de presentation (la grippe aviaire est reclassee dans le Top 10 pour son potentiel pandemique, cf. methodologie).

#12 — FIEVRE OROPOUCHE (OROV) [MODERE] VIRAL

Transmission verticale et expansion géographique continue. Plus de 13 000-15 000 cas dans les Ameriques (2024-2026), nouveau lignage reassortant, transmission verticale confirmee (microcephalie, morts foetales), syndrome de Guillain-Barre rapporte. Importations documentees en Europe (Espagne majoritaire), aux USA et au Canada. Vecteur principal (*Culicoides paraensis*) absent de metropole mais present en Guyane et aux Antilles. Pas de vaccin ni de traitement specifique. PAHO le classe priorite des Ameriques avec dengue et H5N1.

#13 — LEPTOSPIROSE [MODERE] BACTERIEN

Zoonose hydrique a forte pertinence ultramarine. ~1 million de cas/an dans le monde (~60 000 deces), avec des pics post-mousson et post-cyclone (Philippines 3 000+ cas jan-juil 2025 ; Bresil 6 273 cas suspects post-inondations Rio Grande do Sul). CFR 5-30 % dans les formes severes (maladie de Weil). DOM-TOM tres concernees (Reunion, Antilles, Guyane, Mayotte - endemie forte, co-circulation avec dengue/chikungunya). Metropole : cas sporadiques (loisirs en eau douce, etc). Souvent sous-diagnostiquee. Surveillance renforcee en periode chaude et apres evenements climatiques.

#14 — FIEVRE DE LASSA [ELEVE] VIRAL

Letalite intrinseque elevee et risque nosocomial. Nigeria : 663 cas confirmes / 167 deces au 29 mars 2026 (CFR 25,2 %, en hausse vs 2025), 22 etats, 37+ soignants contamines (faible IPC). Sortie de saison seche - decroissance attendue dans les mois a venir. Essai vaccinal CEPI/AVAREF Phase 2A en cours au Nigeria. France : cas importes sporadiques historiquement ; ribavirine en acces ; pas de vaccin homologue. Vigilance au retour de voyage en Afrique de l'Ouest.

#15 — CHOLERA [MODERE] BACTERIEN

Persistence dans des pays a tres faible capacite de riposte. WHO Update #35 (27 mars 2026) : 44 602 cas cumules jan-mars 2026, 496 deces ; fevrier 2026 = +48 % de deces vs janvier. >82 % des cas mondiaux en Afrique (RDC 219 deces ; Angola +11,5 %/semaine) ; Afghanistan 9 460 cas (2e foyer mondial). Africa CDC Continental Cholera Plan 2025-2030 actif. Risque France FAIBLE (infrastructure WASH intacte), vigilance Mayotte (proximite Comores). Vaccins oraux disponibles (Dukoral, Vaxchora).

METHODOLOGIE COMPLETE

Grilles d'evaluation et formule du score composite

Formule composite

Le score composite combine 3 criteres principaux ponderes (Gravite G, Extension E, Importation France I) et 2 modulateurs contextuels (capacite de reponse du pays foyer via l'indice GHS, contexte saisonnier ou evenementiel). La formule retenue est multiplicative douce :

$$\text{Score composite} = 0,30 \times G \times (1 + m_{\text{GHS}}) + 0,25 \times E \times (1 + m_{\text{GHS}}) \times (1 + m_{\text{contexte}}) + 0,45 \times I \times (1 + m_{\text{contexte}})$$

Justification du choix des poids (30/25/45) : la veille epidemiologique SPILF est centree sur le risque pour la France. Le poids predominant attribue a l'Importation ($\gamma=0.45$) reflete cette finalite. La Gravite ($\alpha=0.30$) reste un determinant majeur pour les pathogenes hautement letaux. L'Extension ($\beta=0.25$) est moderelement ponderee car deja indirectement integree dans Importation (plus un pathogene s'etend, plus il est probable d'arriver en France).

1. Score GRAVITE (G) — moyenne arrondie de 3 sous-criteres

Sous-critere	1	2	3	4	5
CFR brute	< 0,1 %	0,1-1 %	1-10 %	10-30 %	> 30 %
Severite clinique	Benign	Modere	Hospitalisations	Severe / sequelles	Vital / engagement multi-organes
Impact pop. vulnerables	Aucun	Faible	Modere	Eleve (immunodeprimes, grossesse)	Critique (enfants, foetus, vulnerab. multiples)

2. Score EXTENSION (E) — composante factuelle + aggravants, plafond 5

2.1 Composante factuelle = moyenne arrondie de A.1 + A.2 + A.3

Sous-critere	1	2	3	4	5
A.1 Volume / cinetique des cas	<100 cas et stable	100-1k cas ou hausse moderee	1-10k cas ou doublement <3 mois	10-100k cas ou doublement <1 mois	> 100k cas ou doublement <2 sem.
A.2 Diffusion geographique (max regions / pop. exposee / endemie)	1-2 regions	3-10 regions	11-30 regions ou nouveau pays	31-100 regions multi-pays	>100 regions ou multi-continents
A.3 Dynamique vs N-1 (comparaison saisonnalite)	Decrue >50 %	Decrue 10-50 %	Stable ± 10 %	Hausse 10-100 %	Hausse >100 % ou nouveau foyer

2.2 Aggravants additifs (+0,5 chacun, plafond final 5)

B.1 Urbain dense : au moins un foyer dans une ville de plus de 500 000 habitants (vs ruraux isolees). **B.2 Frontaliere :** au moins un foyer a moins de 50 km d'une frontiere internationale (ex. Goma/Rwanda, Bunia/Ouganda). **B.3 Aeroport international :** au moins un foyer dans le bassin d'un aeroport de plus d'1 million de passagers/an. **B.4 Mobilitte de population a risque :** refugies, deplaces, clandestins, zone de conflit (tracabilite degradee). **B.5 Statut OMS :** PHEIC OMS active = +0,5 / PHECS Africa CDC ou alerte regionale elevee PAHO = +0,25 (cumulables jusqu'a +0,75).

3. Score IMPORTATION FRANCE (I) = (I.1 + I.2) / 2

I.1 Voies d'importation = MAX des 4 sous-criteres (logique maillon faible)

Sous-critere	1	2	3	4	5
Lignes aeriennes directes (vols hebdo France <-> pays)	0 vol direct	1-3	4-10	11-30	>30 vols/sem
Frontiere terrestre	Aucune	—	—	—	Pays frontalier
Immigration preferentielle (volumes vers la France)	Aucune	Faible	Moderee	Importante	Tres importante (francophonie, ex-colonies)
Regime de visa	Visa restrictif	Visa classique	—	Exemption partielle	Schengen / libre

I.2 Vulnerabilite de la population francaise (echelle adaptee au type de pathogene)

Pathogenes a transmission interhumaine directe (rougeole, mpox, Ebola, Nipah) : echelle basee sur l'immunite naturelle ou vaccinale de la population francaise (5 = naive, 1 = immunite >95 %).

Arboviroses (dengue, chikungunya, fièvre jaune, Oropouche) : échelle basée sur la présence du vecteur compétent (5 = Aedes albopictus établi >60 dept. ou DOM-TOM en saison, 1 = vecteur absent).

Zoonoses avec réservoir animal (Hantavirus, MERS-CoV, brucellose, Rift Valley) : échelle basée sur la présence du réservoir compatible sur sol français (5 = réservoir installé abondant, 1 = absent).

4. Modulateur m_{GHS} — Capacité de réponse du pays foyer

Le score GHS du pays foyer (Global Health Security Index 2021, score moyen mondial 38,9/100) est converti en modulateur. Pour les foyers multi-pays, le GHS retenu est la **moyenne pondérée par nombre de cas**. Le modulateur s'applique à la fois à la Gravité (G) et à l'Extension (E) : un pays à faible capacité augmente la gravité (moins de moyens pour traiter) ET l'extension (moins de moyens pour contrôler).

Score GHS pays foyer	0-30	30-45	45-60	60-75	75-100
Modulateur m _{GHS}	+30 %	+15 %	0 %	-10 %	-20 %
Exemples	Yemen, RDC, Afghan.	Madagascar, Pakistan	Bresil, Chine	France, UK, Allemagne	USA, Australie

5. Modulateur m_{contexte} — Contexte saisonnier ou événementiel

Modulateur unifié égal au **maximum** de 3 catégories au moment du rapport : saison climatique récurrente / calendrier humain / événement environnemental ponctuel. S'applique à Extension (E) et Importation (I). Activation pilotée par les alertes WHO et CDC.

Catégorie A — Saison climatique récurrente	Catégorie B — Calendrier humain	Catégorie C — Événements ponctuels
Aedes Hexagone (mai-nov) Aedes DOM-TOM Mousson SE Asie Saison sèche Sahel (Lassa) Tiques Europe (CCHF, TBE) Influenza NH (octobre-mars) Palmier dattier Nipah Saison cyclonique	Hajj Eid al-Adha (CCHF, brucellose) Pèlerinages majeurs	Fonte permafrost (anthrax) Séismes majeurs (>= M6.5) Inondations majeures Sécheresses extrêmes Canicules prolongées

Niveaux du modulateur m_{contexte} : 0 (hors saison / aucun événement) | +15 % (saison débutante ou finissante) | +30 % (pleine saison ou événement majeur en cours). Pour les événements ponctuels, la durée d'activation est pilotée par les alertes WHO et CDC actives (extinction lorsque les alertes sont levées).

Grille de détection - 7 catégories de mécanismes (balayage ouvert)

Afin d'éviter les angles morts (pathogènes endémiques ou à faible signal médiatique non captés par les seuls agrégateurs internationaux), la phase de détection balaye systématiquement sept catégories de mécanismes de transmission, par syndrome et par exposition, et non par liste de pathogènes connus :

Catégorie de mécanisme	Exemples de pathogènes balayés
1. Vectoriel - moustiques	Dengue, chikungunya, Zika, West Nile, Oropouche, fièvre jaune, Rift Valley
2. Vectoriel - tiques	CCHF, SFTS, encéphalite à tiques (TBE), maladie de Lyme, rickettsioses
3. Zoonose - contact animal	Anthrax, brucellose, Rift Valley, peste, rage
4. Bactérien environnemental / hydrique	Leptospirose, melioidose, choléra, typhoïde
5. Respiratoire / pandémique	Gripes aviaires, MERS-CoV, SARS-CoV-2 et variants
6. Transmission interhumaine directe	Rougeole, mpox, Ebola, Nipah, diphtérie, méningocoque
7. Signaux faibles / Disease X	Clusters d'étiologie inconnue, pneumonies inexplicables, mortalités inhabituelles

Arbitrages editoriaux et transparence

Aucune methode de scoring ne peut prévoir tous les cas de figure. Le classement repose sur le score composite, mais la veille se reserve la possibilite de reclassements ponctuels fondees sur le jugement d'expert lorsque la formule ne capture pas une dimension critique du risque. Ces arbitrages, assumes et traces ici par souci de transparence, completent le calcul sans s'y substituer.

Reclassement(s) de la presente edition : la grippe aviaire A(H5N1/H5N5/H9N2), classée au score composite en 12e position, a été intégrée au Top 10 (10e position) en raison de son **potentiel de bascule pandemique** - dimension de risque catastrophique a faible probabilité que le score composite, calibre sur le risque epidemique present, sous-pondere structurellement. Signaux 2026 motivant ce choix : 1er decès humain mondial a H5N5, recommandation OMS d'un virus vaccinal candidat pandemique H9N2, adaptation du genotype D1.1 aux voies respiratoires humaines. En consequence, la diphterie (score 4,10) et la fièvre Oropouche (score 4,08), au score legerement superieur a celui de la grippe aviaire (4,05), figurent sur la page 'Aux portes du Top 10'.

Sources et limites methodologiques

Sources mobilisees : WHO Disease Outbreak News, CDC FluView/HAN, MMWR, ECDC CDTR/Threat Assessments, PAHO, Africa CDC (Epidemic Intelligence Weekly Reports + PHECS), EFSA, CIDRAP, Nature Medicine, NEJM, EID, Lancet, NICD (Afrique du Sud), Nigeria CDC, Sante Publique France (bulletins regionaux DOM-TOM).

Indice GHS : Global Health Security Index 2021 (Nuclear Threat Initiative / Johns Hopkins Center for Health Security / Economist Impact) — 195 pays, score moyen mondial 38,9/100.

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 (SPF, DGS, ECDC, OMS, Africa CDC).