



**Emc<sup>2</sup>** 

**Ces maladies infectieuses qui arrivent  
des tropiques :  
c'est dingue!, c'est zik! ou c'est chik!**

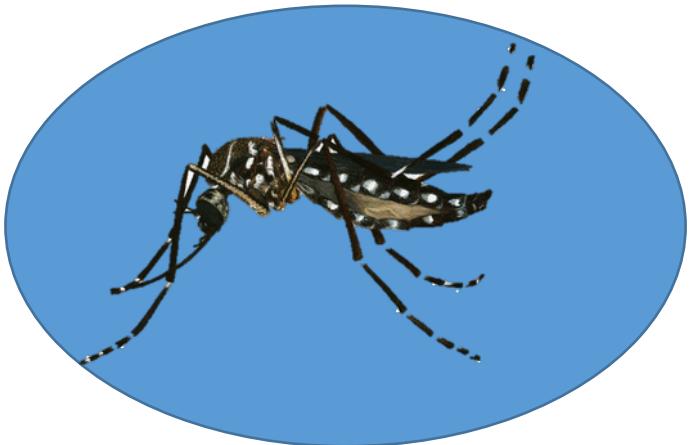
11 | 12  
**SEPTEMBRE**  
2025

NOVOTEL  
MONTE-CARLO  
MONACO

**Pr Papa GUEYE**  
**CHU de Martinique - Fort-de-France**



# Quelle est la différence entre Moustiques et Requins?



1 Million de décès/an

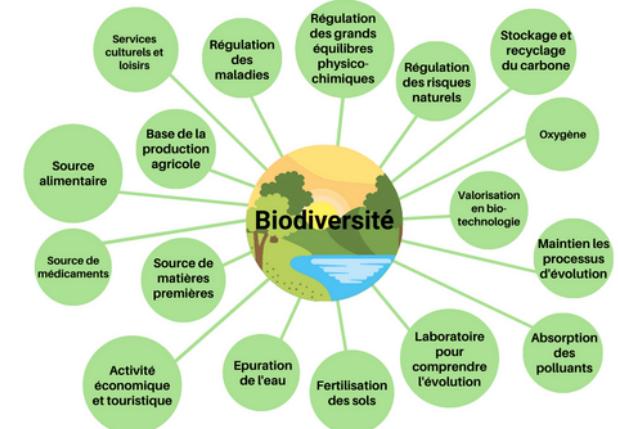


10 attaques mortelles/an

# Environnement et Biodiversité



- *Anopheles* : paludisme
- *Aedes* : dengue, fièvre jaune, chikungunya
- *Haemagogus et Sabeth*: Fièvre jaune en Amérique du Sud
- *Culex*: fièvre du Nil et diverses encéphalites
- *Eretmapodites* : fièvre de la vallée du Rift
- *Mansonia* : filariose
- Mais, très utiles aux écosystèmes



# Vecteurs de Dengue/Zika/Chikungunya

## ANTILLES

*Aedes aegypti*

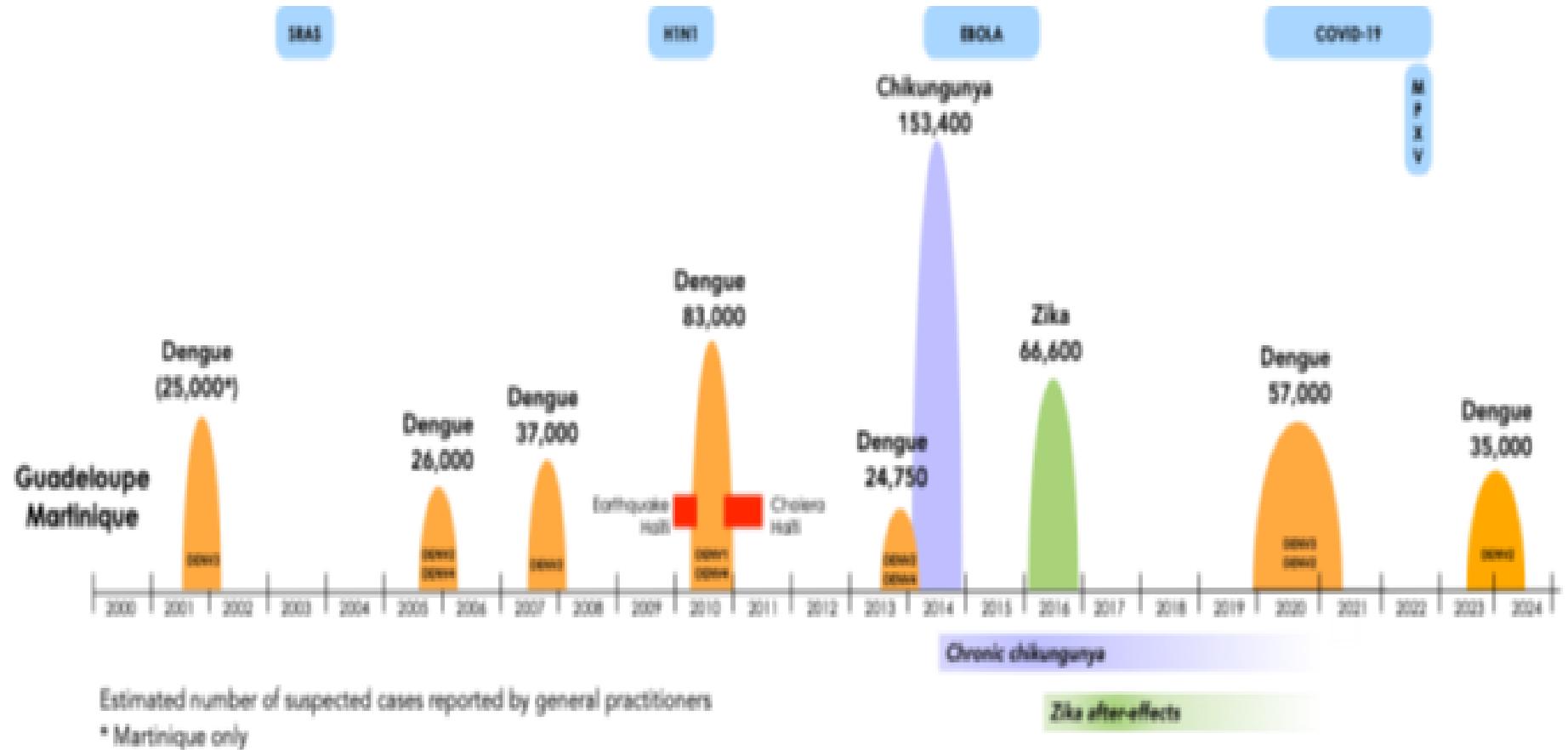
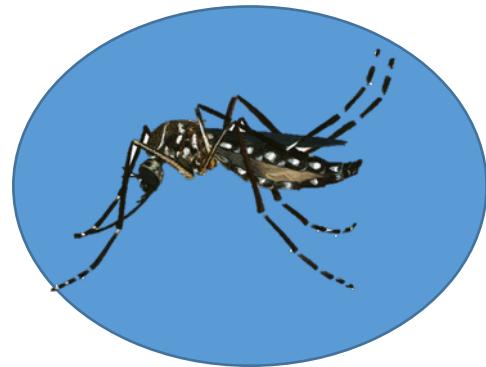


## LA REUNION

*Aedes albopictus*,  
connu sous le nom de « moustique tigre »



# Qu'est ce qui nous menace ?

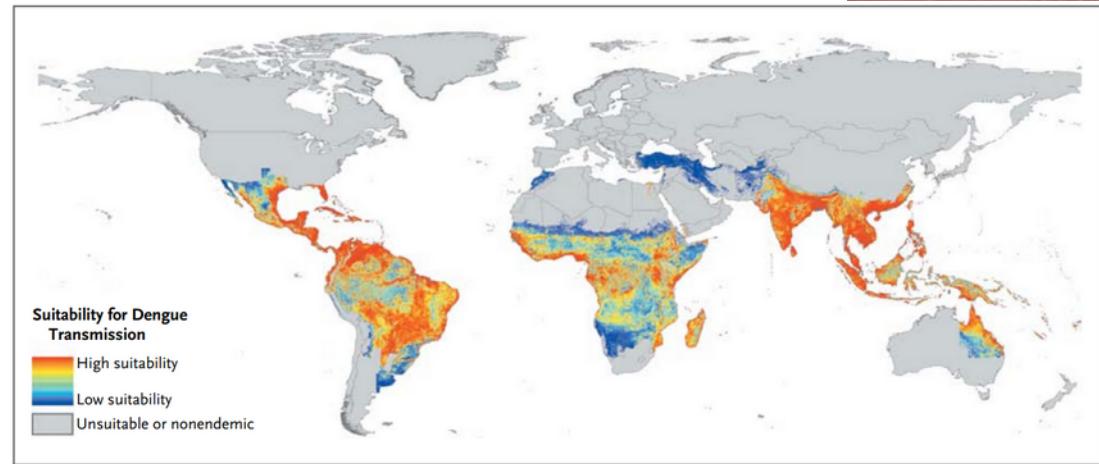
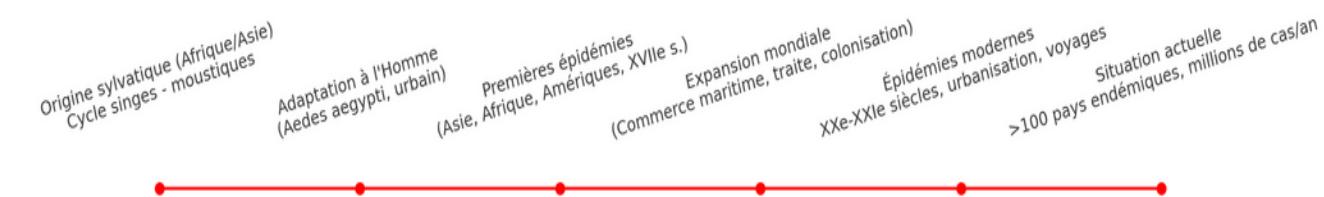


Principales épidémies de dengue, Zika et chikungunya dans les territoires ultra-marins français depuis 2000, établi à partir des données de santé publique France, COVARS 03/04/23

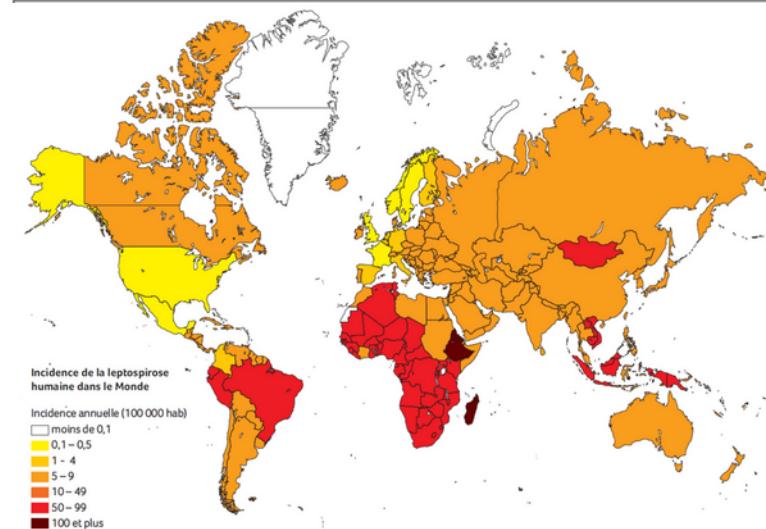
# DENGUE



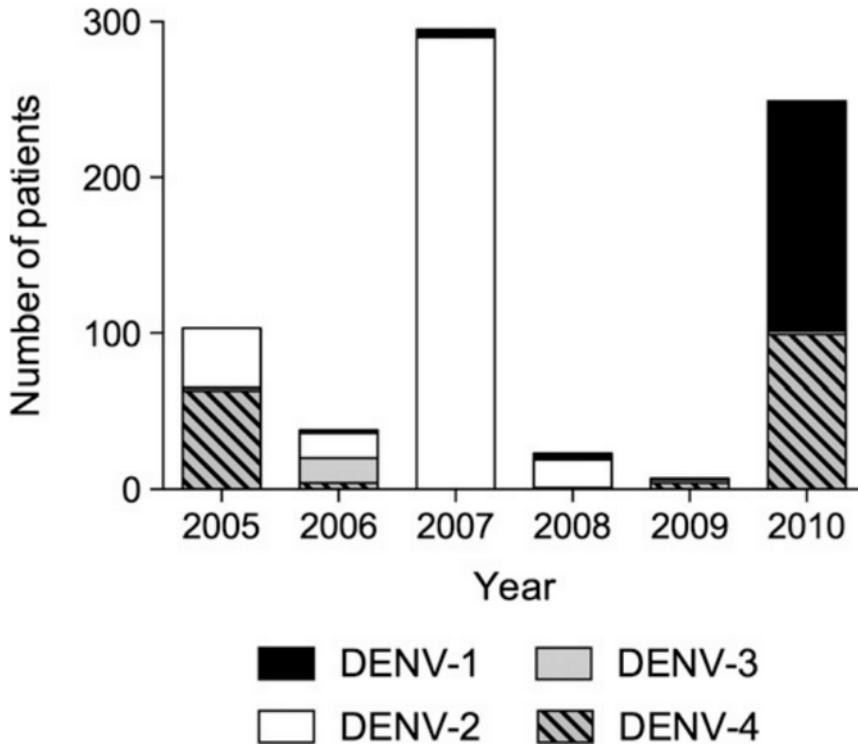
## Origine et diffusion du virus de la dengue



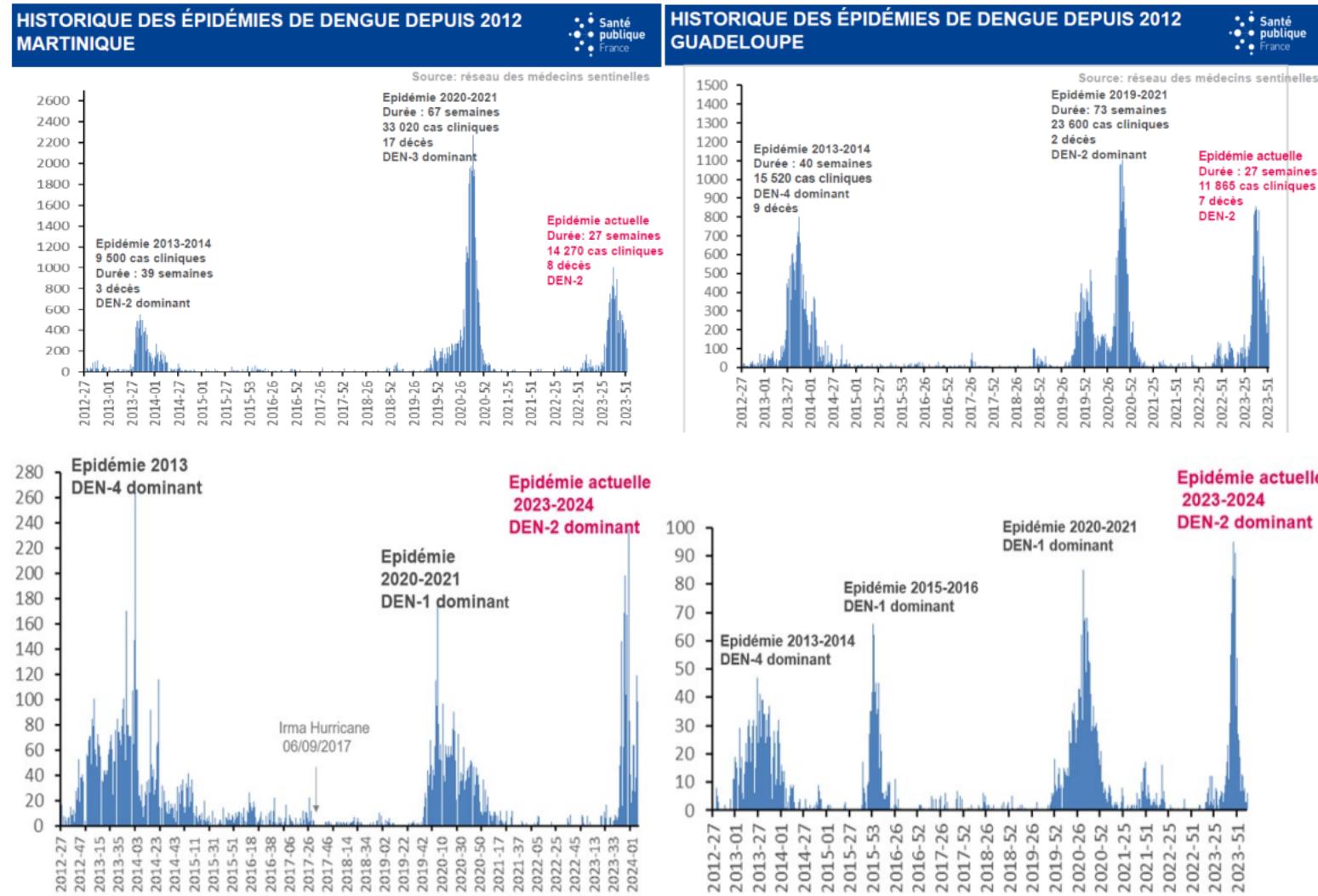
- 50 Millions d'infections /an
- Plus de 100 pays
- 20 000 décès/an
- Formes mineures dans la majorité
- 1-2% de formes graves



# Epidémies de dengue en Martinique: Sérotypes



Thomas L et al Am J Trop Med Hyg 2014



# Epidémie Dengue Aux Antilles en 2025

Figure 1. Nombre hebdomadaire de cas cliniquement évocateurs de dengue, Guadeloupe, semaines 2022-27 à 2025-25. Source : Réseau des médecins Sentinelles.

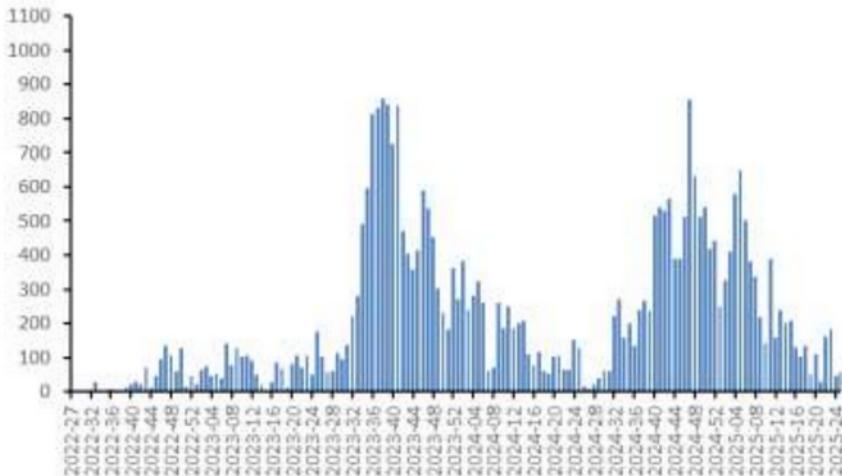


Figure 3. Nombre hebdomadaire de cas cliniquement évocateurs de dengue, Martinique, semaines 2022-27 à 2025-25. Source : Réseau des médecins Sentinelles

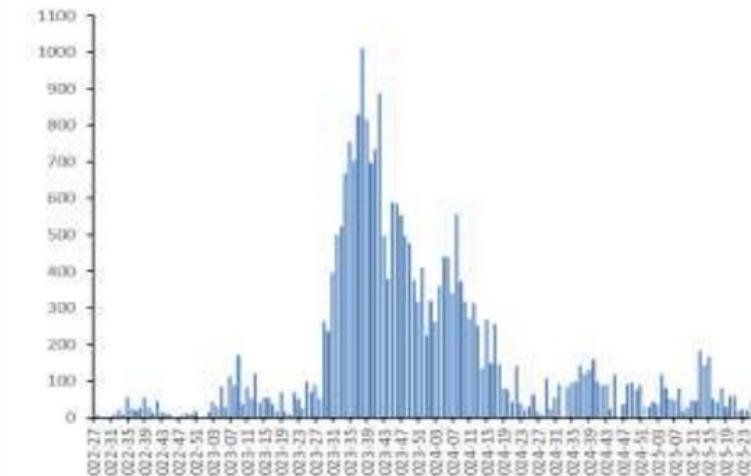


Figure 2. Nombre hebdomadaire de passages aux urgences pour suspicion de dengue, tous âges, Guadeloupe, semaines 2023-01 à 2025-25. Sources : CHU, CHBT (les données de la Clinique Les Eaux Claires, non consolidées, ne peuvent être incluses).

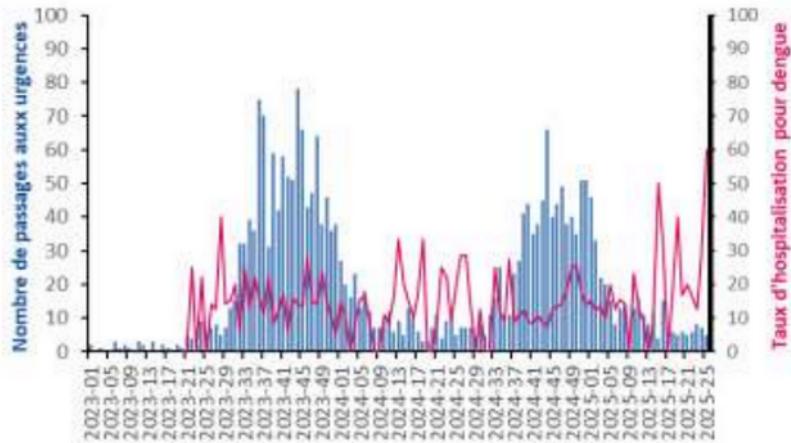
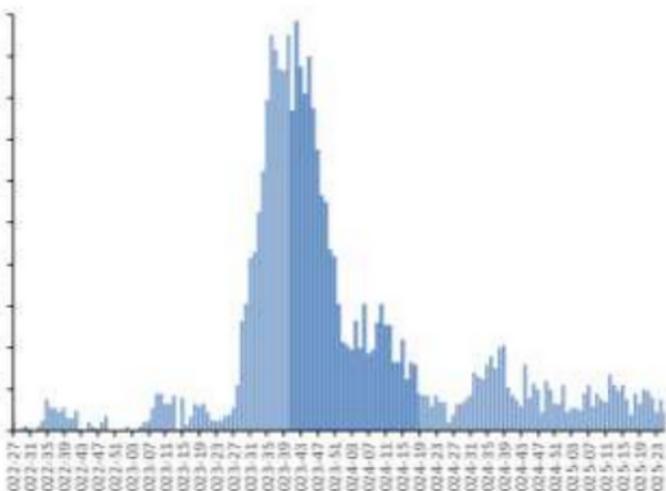


Figure 4. Nombre hebdomadaire de visites à domicile pour dengue, Martinique, semaines 2022-27 à 2025-25. Source : SOS-médecins



# Formes cliniques de la dengue

Forme clinique	Caractéristiques	Signes cliniques	Risques évolutifs
<b>Asymptomatique</b>	Séroconversion sans symptômes	Aucun signe clinique	Possible sensibilisation pour infection ultérieure
<b>Dengue classique</b>	Fièvre brutale après incubation 4–10 j	-Fièvre élevée , Céphalées, -Douleurs rétro-orbitaires -Myalgies, arthralgies -Éruption cutanée Nausées, vomissements	Généralement bénigne, évolution spontanément favorable en 5–7 jours
<b>Dengue avec signes d'alerte</b>	Survient surtout à la phase de défervescence	-Douleurs abdominales -Vomissements -Épanchements séreux (- Saignements muqueux -Léthargie ou agitation -Hépatomégalie > 2 cm -Hématocrite ↑ Plaquettes↓	Risque élevé de progression vers une dengue sévère si non prise en charge

# Formes cliniques de la dengue

Forme clinique	Caractéristiques	Signes cliniques
Dengue sévère	Forme grave selon OMS 2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Choc hypovolémique</li> <li>- Hémorragies sévères (digestives, cérébrales...)</li> <li>- Atteinte d'organe : foie, cerveau, cœur (myocardite, t du rythme)</li> </ul>

## SEVERE DENGUE

- 1. Severe plasma leakage
- 2. Severe haemorrhage
- 3. Severe organ impairment

## CRITERIA FOR SEVERE DENGUE

**Severe plasma leakage**  
leading to:

- Shock (DSS)
- Fluid accumulation with respiratory distress

**Severe bleeding**  
as evaluated by clinician

**Severe organ involvement**

- Liver: AST or ALT  $\geq 1000$
- CNS: Impaired consciousness
- Heart and other organs

## Classification OMS

- *Dengue Haemorrhagic Fever : DHF*
- *Dengue Shock Syndrome : DSS*
- *Severe Organ Involvement*



World Health Organization. Dengue : Guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control. 2009

# Formes cliniques de la dengue

Forme clinique	Caractéristiques	Signes cliniques	Risques évolutifs
<b>Formes particulières</b>	Selon le terrain spécifique	<ul style="list-style-type: none"><li>-<b>Enfant</b> : évolution rapide vers choc</li><li>-<b>Femme enceinte</b> : hémorragies, prématurité, transmission fœtale</li><li>-<b>Patients avec comorbidités</b> : aggravation possible (diabète, drépanocytose, maladies chroniques)</li></ul>	Décompensation des pathologies associées, issue materno-fœtale défavorable

# Diagnostic de la dengue

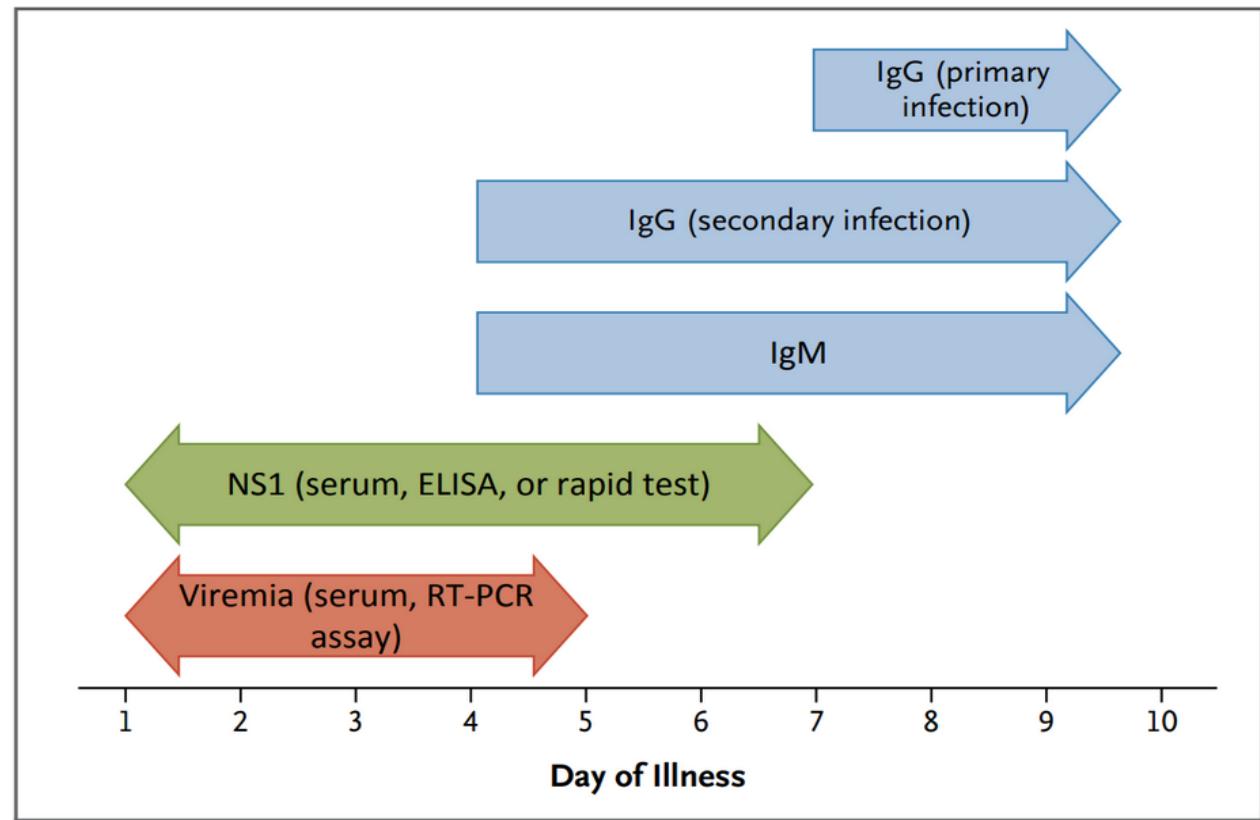
- Dengue classique
- Dengue sévère

## Toute fièvre n'est pas une dengue

- rougeole, la rubéole, infections à entérovirus, à adénovirus, grippe.
- Paludisme, fièvre typhoïde, leptospirose, hépatites virales,
- Rickettsioses
- sepsis bactérienne.

## Biologie

- thrombopénie modérée à moyenne
- Leucopénie
- élévation modérée des aminotransférases hépatiques



Owais et al. *Tropical Medicine and Health* (2023) 51:39  
<https://doi.org/10.1186/s41182-023-00530-y>

# Décès lors des épidémies de Dengue aux Antilles

Territoire	Epidémies	2009-2010	2013-2014	2019-2021	2023-2024
Guadeloupe	Nombre de décès en REA/USI	7	9	2	7
	Nombre de décès via les certificats papiers	NA	NA	2	2
Martinique	Nombre de décès en REA/USI	18	3	17	8
	Nombre de décès via les certificats papiers	NA	NA	NA	1

# Associated risk factors of severe dengue in Reunion Island: A prospective cohort study

**Mathys Carras<sup>1</sup>, Olivier Maillard<sup>2,3\*</sup>, Julien Cousty<sup>1</sup>, Patrick Gérardin<sup>2,3</sup>,  
 Malik Boukerrou<sup>4</sup>, Loïc Raffray<sup>5,6</sup>, Patrick Mavingui<sup>6</sup>, Patrice Poubeau<sup>7</sup>, André Cabie<sup>8,9</sup>,  
 Antoine Bertolotti<sup>3,7</sup>**

**Table 2. Factors associated with severity of dengue in adults with positive RT-PCR at disease onset. Multivariate analysis using logistic regression. CARBO cohort study, Réunion Island 2019 (N = 163).**

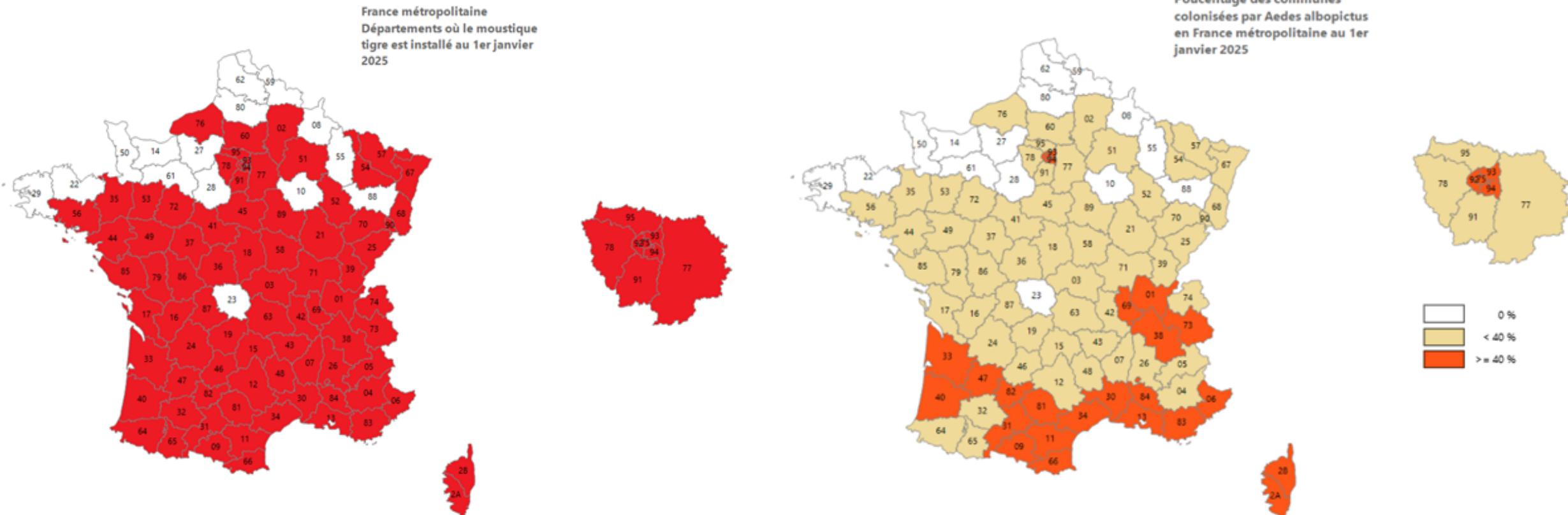
Variables	Adjusted Odds Ratio (95%CI)	P-value
Time elapsed between illness onset and presentation to hospital > 2 days	2.46 (1.42–4.27)	0.036
West European origin	17.60 (4.15–74)	0.011
Cardiovascular disease	2.75 (1.57–4.80)	0.021

95%CI: 95% confidence interval

**Confusion, déshydratation, hypovolémie étaient associées à une DS en analyse bivariée (p < 0.05)**

*Mathys Carras et al. PLOS Neglected Tropical Diseases /*  
<https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0011260> April 17, 2023

## Diffusion d'*Aedes albopictus* (moustique tigre) au fil du temps



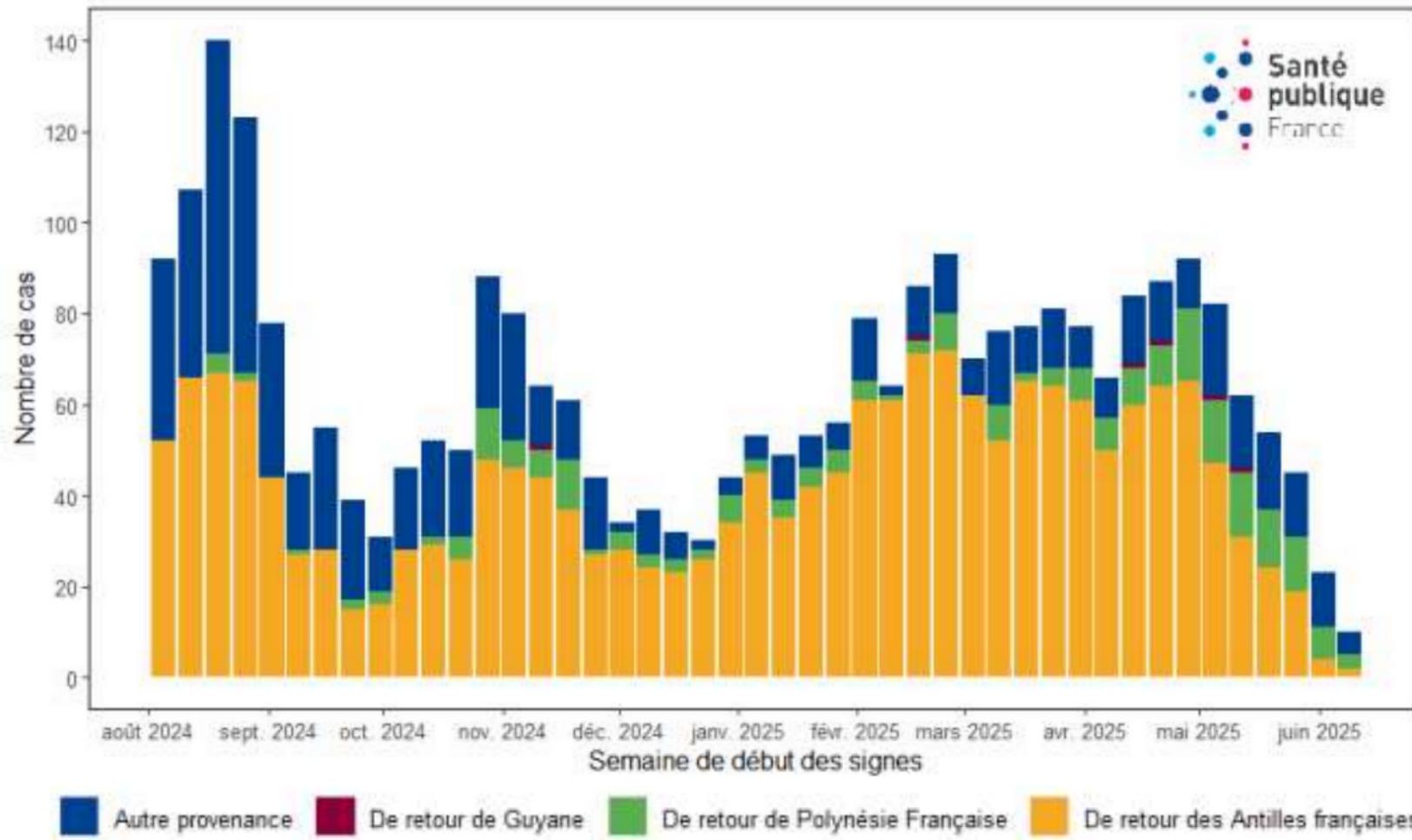
Début 2025, 81 départements sont colonisés par le moustique vecteur *Aedes albopictus* (sur les 96 départements métropolitains)

# La Dengue en France Hexagonale

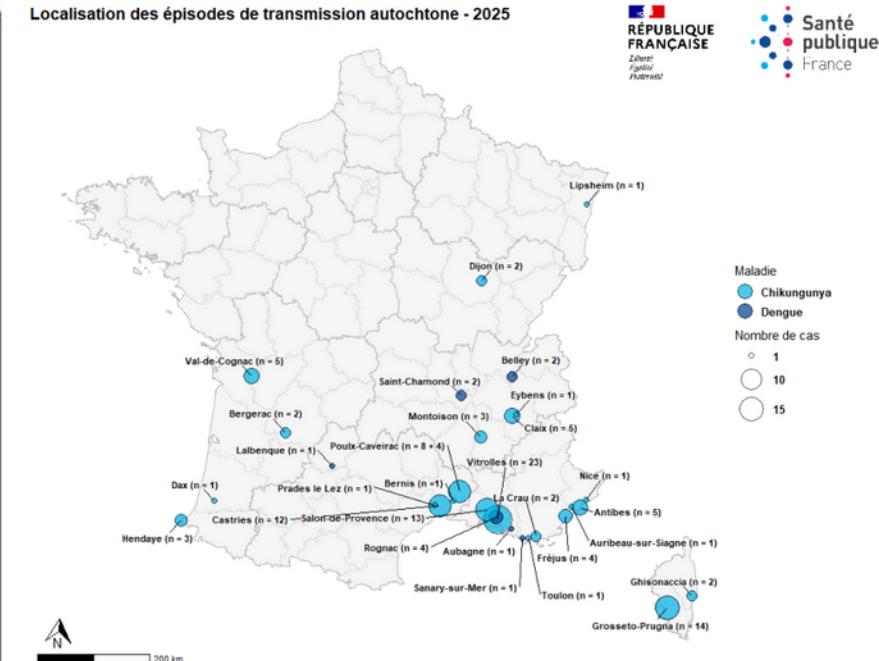
Santé publique France. 2023

Année	Nombre de cas importés de dengue en France métropolitaine	Nombre de départements métropolitains avec implantation documentée de <i>A. albopictus</i>	Nombre de cas autochtones de dengue identifiés en France métropolitaine
2023	2 019	71	43
2022	272	67	65
2021	164	64	2
2020	834	58	13
2019	657	51	9
2018	189	42	8
2017	137	33	0
2016	167	30	0
2015	127	22	6
2014	163	-	4
2013	188	-	1

# Dengue importée en France Hexagonale

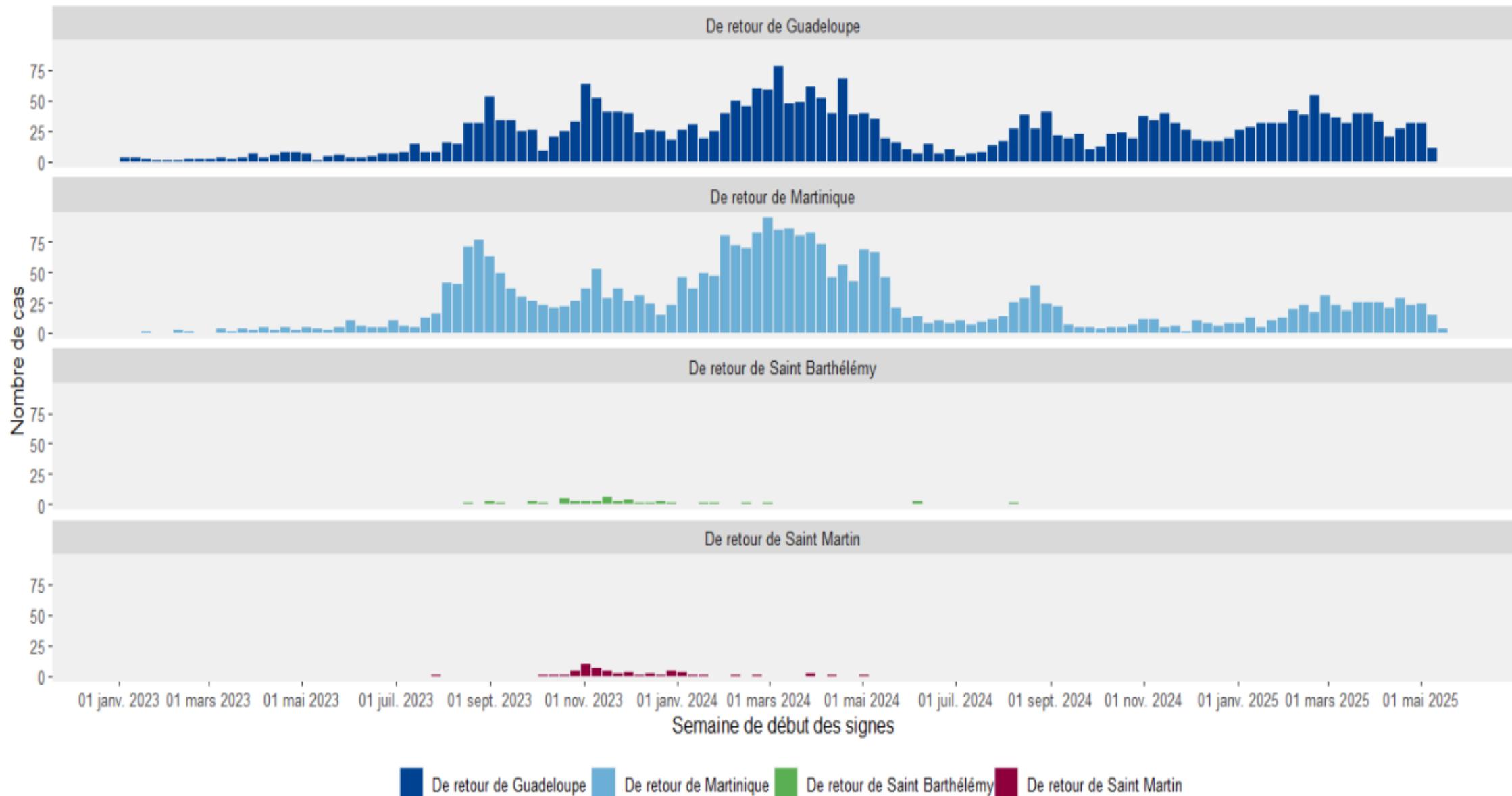


Localisation des épisodes de transmission autochtone - 2025



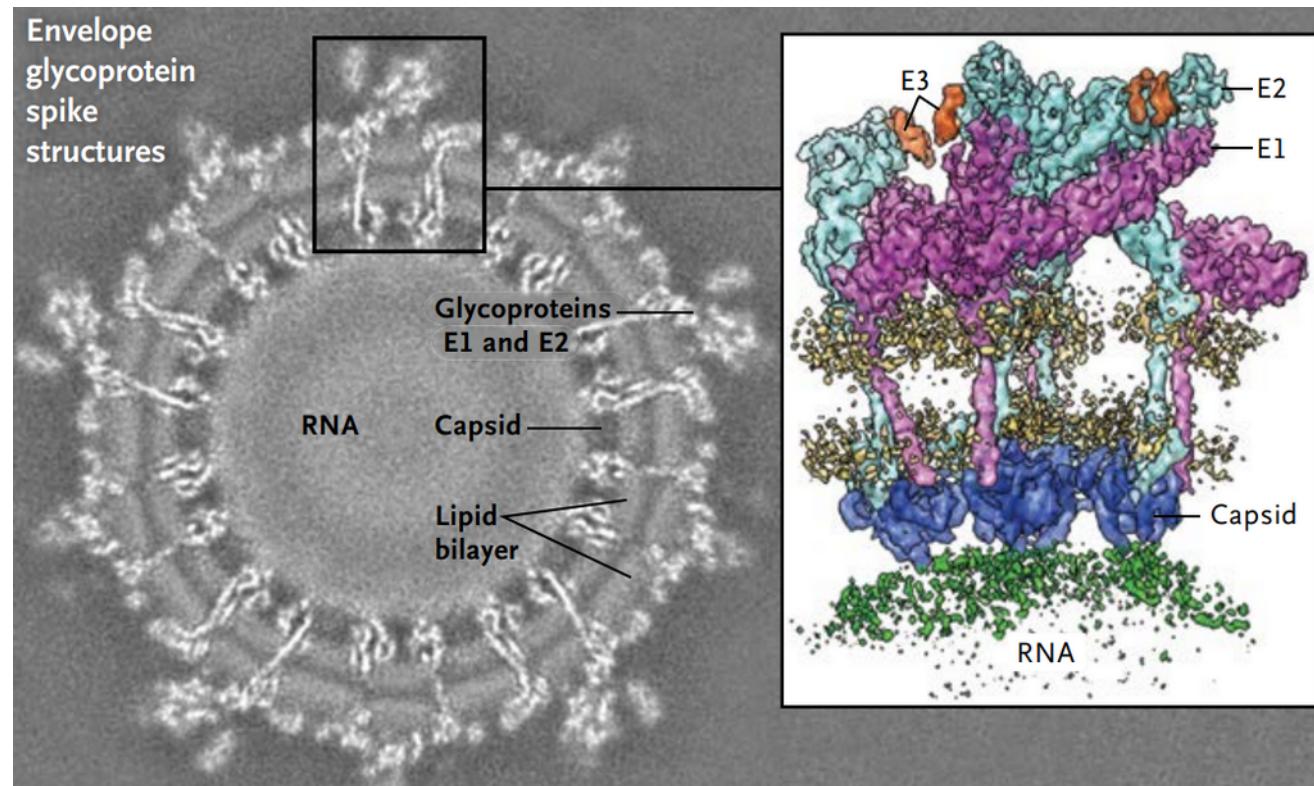
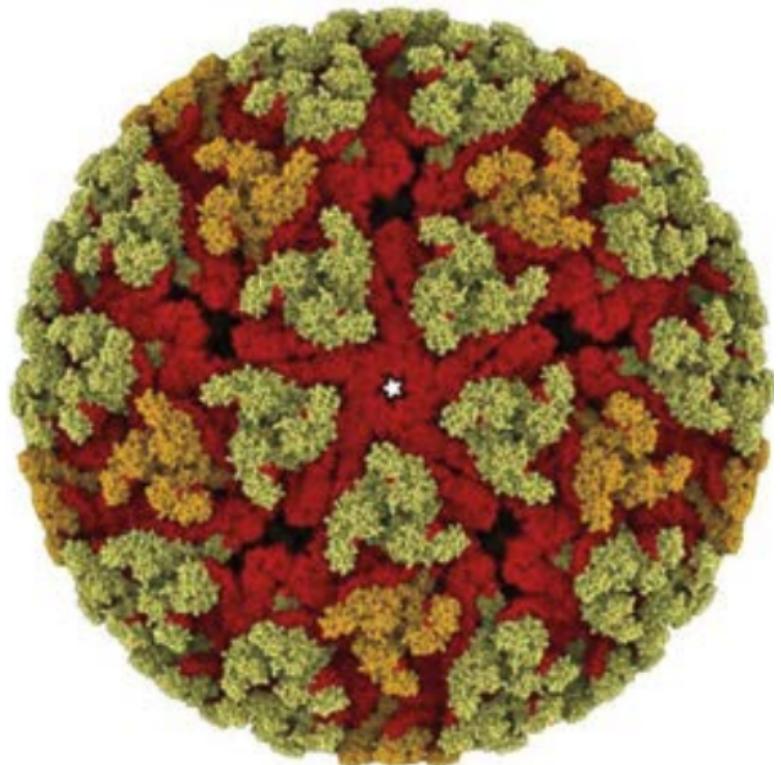
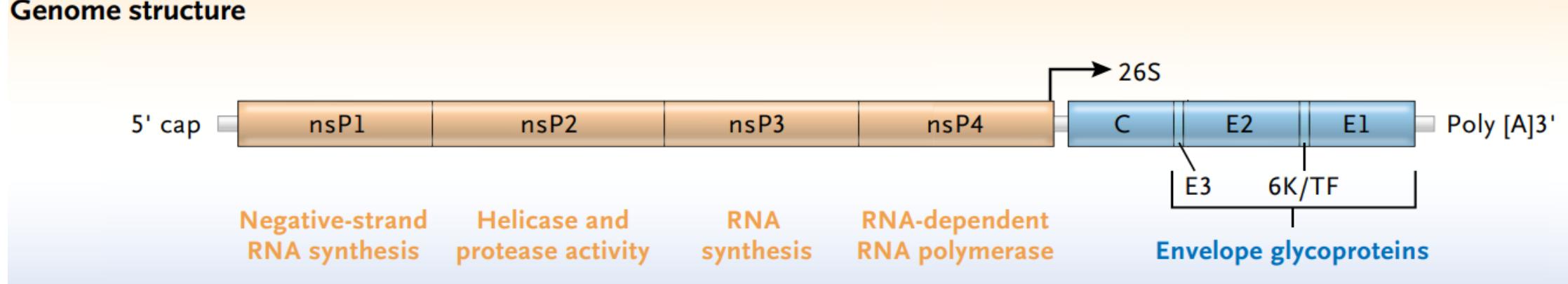
746 cas importés ....

# Dengue importée en France Hexagonale

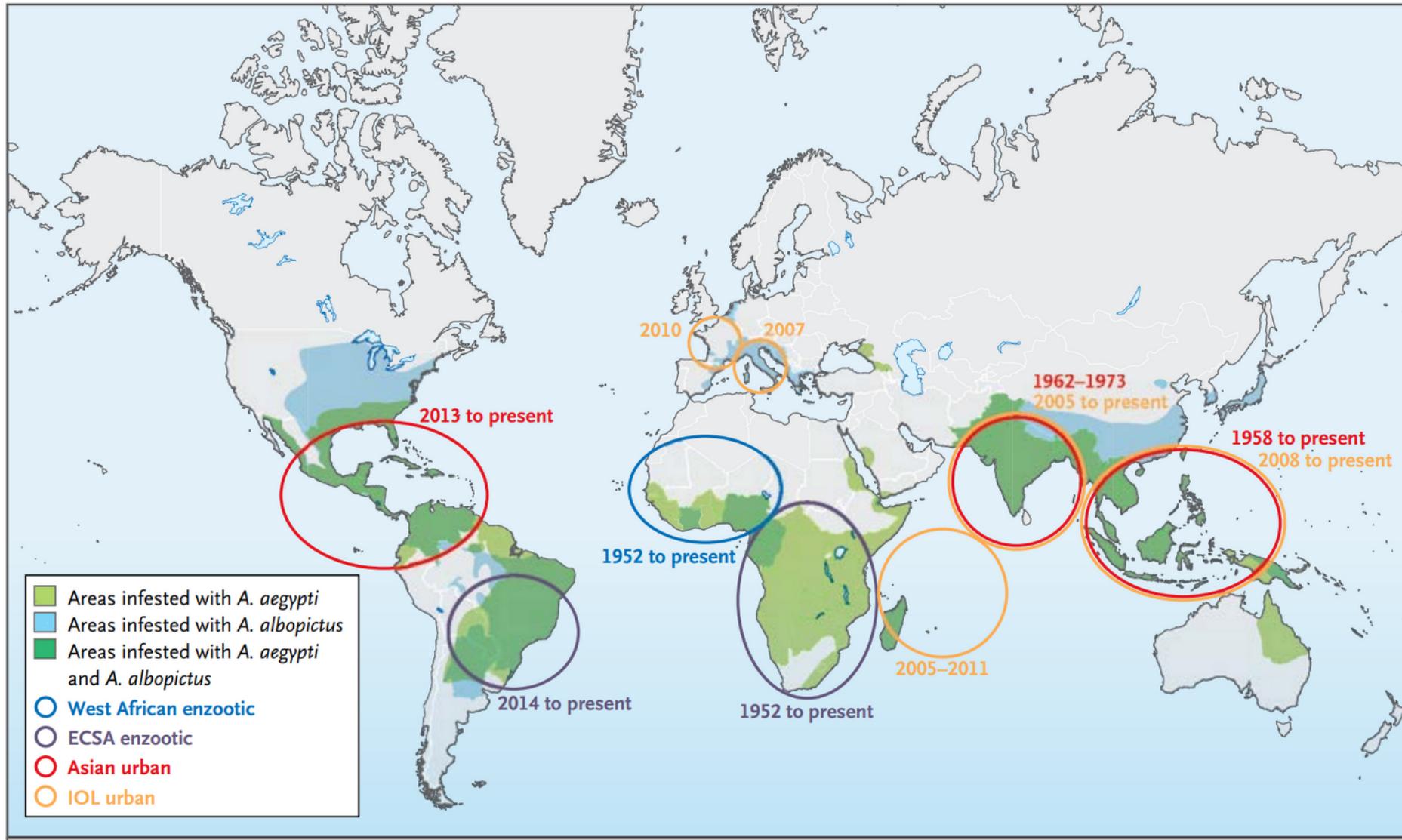


# C'est CHIK, n'est ce pas?

## Genome structure



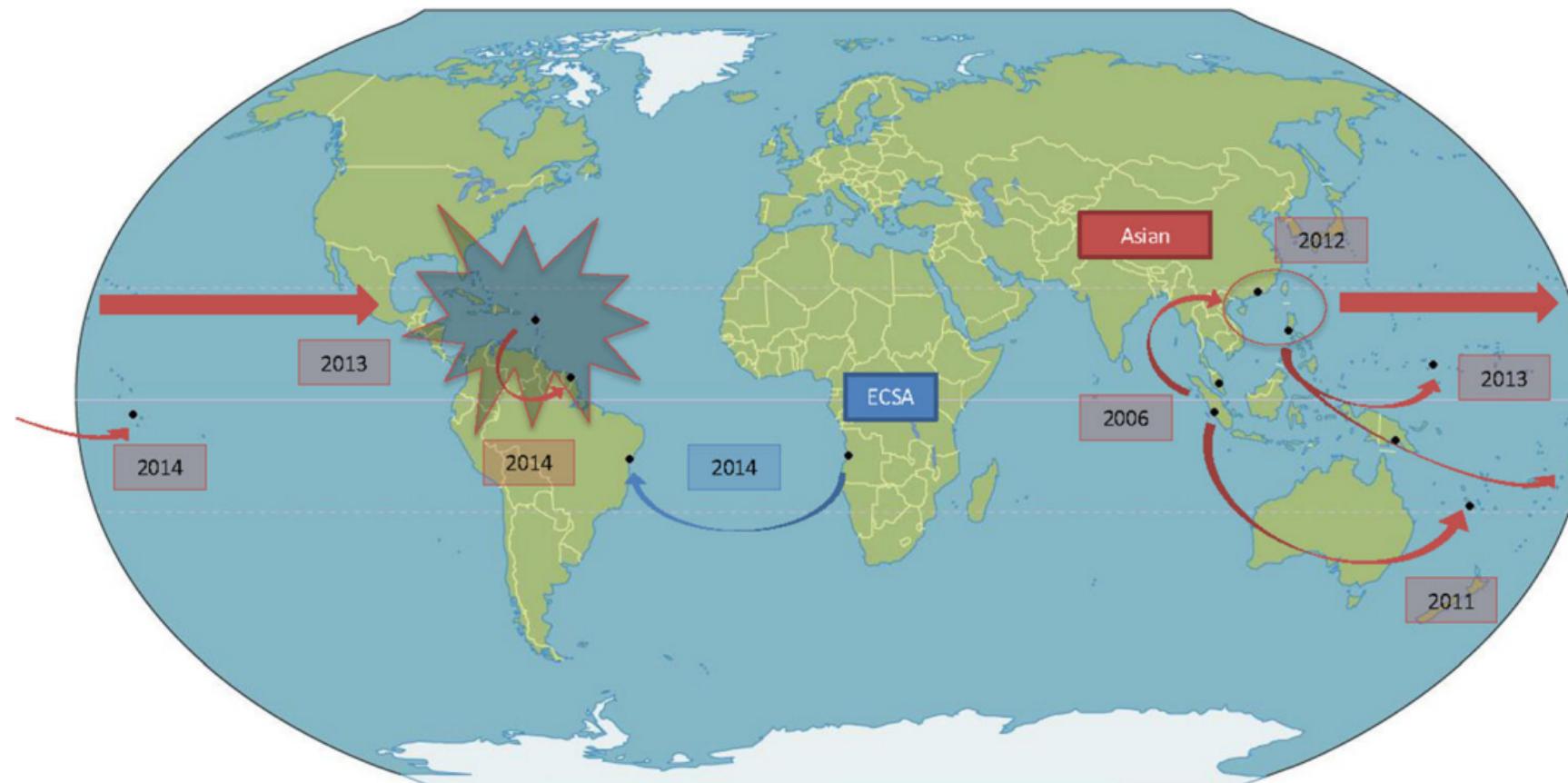
# Origine, propagation et distribution du virus du chikungunya et de ses vecteurs.



Isolé la première fois après une épidémie en 1952 et 1953 dans l'actuelle Tanzanie.

# Contribution of Research in the West Indies and Northeast Amazonia to Knowledge of the 2014–2015 Chikungunya Epidemic in the Americas

BONIFAY T et al

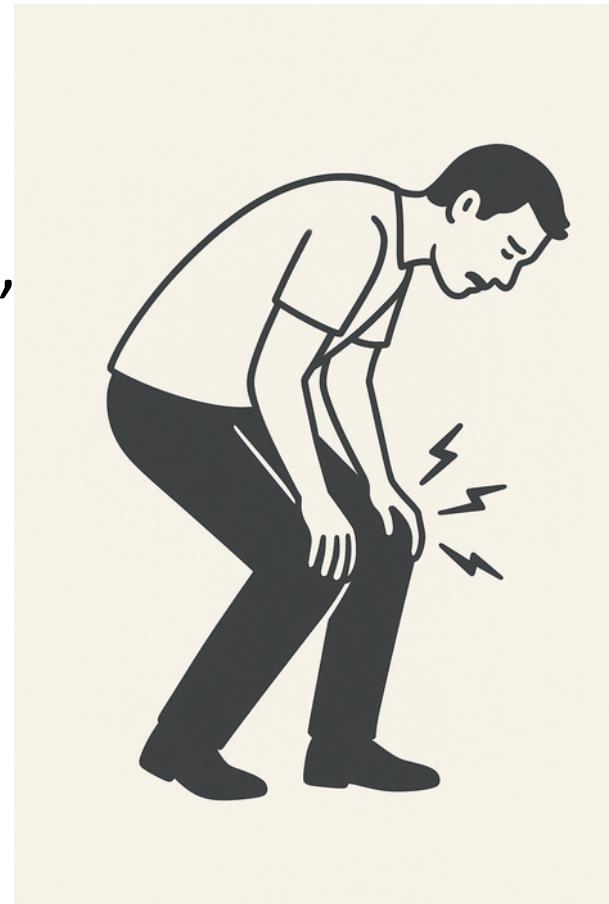
Current Tropical Medicine Reports (2021) 8:164–172  
<https://doi.org/10.1007/s40475-021-00242-5>

Les données de prévalence étaient similaires à celles observées dans l'océan Indien ou en Asie lors des épidémies.

# Tableau clinique du Chikungunya

« l'homme qui se recourbe » ou « celui qui marche plié »,  
en langue makondée (Afrique de l'Est)

- posture pliée, recroquevillée ou voûtée
- Difficulté de la marche, démarche raide.
- Les articulations douloureuses sont maintenues fléchies (genoux ou coudes)
- Extension est très algique.



Cette posture pliée est donc un **signe clinique typique** associé aux arthralgies aiguës et invalidantes de la maladie.

# Chronologie: infection, symptômes et biomarqueurs

Weaver S.C and Lecuit M. *N Engl J Med* 2015;372:1231-9

## Symptoms

Fever, usually lasts about 1 week (90% of patients)

Myalgia, usually lasts 7–10 days (90% of patients)

Polyarthralgia, polyarthritis, or both, can last weeks to months (95% of patients)

Rash, lasts about 1 week (40–50% of patients)

## Infection



## Biomarkers

# Formes graves

- Patients âgés                    *Dramé et al J Am Geriatr Soc. 2018*
- Enfants                            *Gérardin P et al. PLoS Med 2008*
- Comorbidité cardiovasculaires, neurologiques et respiratoires ou le diabète                    *Javelle E et al. J Clin Virol 2014;59:270-3.*

## Manifestations cliniques des formes graves

- encéphalopathie et encéphalite: nouveau-né
- myocardite,
- hépatite, et défaillance multiviscérale.
- complications hémorragiques rares

# Guillain-Barré Syndrome outbreak associated with Zika virus infection in French Polynesia: a case-control study

Van-Mai Cao-Lormeau\*, Alexandre Blake\*, Sandrine Mons, Stéphane Lastère, Claudine Roche, Jessica Vanhomwegen, Timothée Dub, Laure Baudouin, Anita Teissier, Philippe Larre, Anne-Laure Vial, Christophe Decam, Valérie Choumet, Susan K Halstead, Hugh J Willison, Lucile Musset, Jean-Claude Manuguerra, Philippe Despres, Emmanuel Fournier, Henri-Pierre Mallet, Didier Musso, Arnaud Fontanet\*, Jean Neil\*, Frédéric Ghawché\*

## Summary

**Background** Between October, 2013, and April, 2014, French Polynesia experienced the largest Zika virus outbreak ever described at that time. During the same period, an increase in Guillain-Barré syndrome was reported, suggesting a possible association between Zika virus and Guillain-Barré syndrome. We aimed to assess the role of Zika virus and dengue virus infection in developing Guillain-Barré syndrome.

**Methods** In this case-control study, cases were patients with Guillain-Barré syndrome diagnosed at the Centre Hospitalier de Polynésie Française (Papeete, Tahiti, French Polynesia) during the outbreak period. Controls were age-matched, sex-matched, and residence-matched patients who presented at the hospital with a non-febrile illness (control group 1; n=98) and age-matched patients with acute Zika virus disease and no neurological symptoms (control group 2; n=70). Virological investigations included RT-PCR for Zika virus, and both microsphere immunofluorescent and seroneutralisation assays for Zika virus and dengue virus. Anti-glycolipid reactivity was studied in patients with Guillain-Barré syndrome using both ELISA and combinatorial microarrays.

**Findings** 42 patients were diagnosed with Guillain-Barré syndrome during the study period. 41 (98%) patients with Guillain-Barré syndrome had anti-Zika virus IgM or IgG, and all (100%) had neutralising antibodies against Zika virus compared with 54 (56%) of 98 in control group 1 ( $p<0.0001$ ). 39 (93%) patients with Guillain-Barré syndrome had Zika virus IgM and 37 (88%) had experienced a transient illness in a median of 6 days (IQR 4–10) before the onset of neurological symptoms, suggesting recent Zika virus infection. Patients with Guillain-Barré syndrome had electrophysiological findings compatible with acute motor axonal neuropathy (AMAN) type, and had rapid evolution of disease (median duration of the installation and plateau phases was 6 [IQR 4–9] and 4 days [3–10], respectively). 12 (29%) patients required respiratory assistance. No patients died. Anti-glycolipid antibody activity was found in 13 (31%) patients, and notably against GA1 in eight (19%) patients, by ELISA and 19 (46%) of 41 by glycoarray at admission. The typical AMAN-associated anti-ganglioside antibodies were rarely present. Past dengue virus history did not differ significantly between patients with Guillain-Barré syndrome and those in the two control groups (95%, 89%, and 83%, respectively).

**Interpretation** This is the first study providing evidence for Zika virus infection causing Guillain-Barré syndrome. Because Zika virus is spreading rapidly across the Americas, at risk countries need to prepare for adequate intensive care beds capacity to manage patients with Guillain-Barré syndrome.

# Chikungunya, a Risk Factor for Guillain-Barré Syndrome

Sophie Stegmann-Planchard,<sup>1,2</sup> Pierre Gallian,<sup>3,4</sup> Benoit Tressières,<sup>2</sup>

Isabelle Leparc-Goffart,<sup>5</sup> Annie Lannuzel,<sup>6</sup> Aissatou Signaté,<sup>7</sup> Cédric Laouénan,<sup>8,9</sup>

André Cabié,<sup>10</sup> and Bruno Hoen<sup>11,10</sup>

*Clinical Infectious Diseases*

2020, 70: 1233 - 1235

	Cases (n = 24)	Controls (n = 72)
Typical CHIKF before GBS, no. (%)	13 (54.2)	
Time from CHIKF to GBS, d		
Median [IQR]	8 [4–18]	
Min–max	1–22	
CHIKV infection, no. (%)		
Yes	15 (62.5)	16 (22.2)
No	0	56 (77.8)
Uncertain	9 (37.5)	0

	Conventional Analysis <sup>a</sup> (n = 60)		Maximal Bias Approach <sup>b</sup> (n = 96)	
	OR (95% CI) <sup>c</sup>	P <sup>c</sup>	OR (95% CI)	P
CHIKV Infection				
Yes	35.9 (7.5–infinite)	<.0001	8.3 (2.3–29.7)	.001
No	1		1	

# Contribution of Research in the West Indies and Northeast Amazonia to Knowledge of the 2014–2015 Chikungunya Epidemic in the Americas

BONIFAY T et al

Current Tropical Medicine Reports (2021) 8:164–172

<https://doi.org/10.1007/s40475-021-00242-5>

- Compréhension des formes typiques, atypiques et sévères
- Mise en évidence de formes neurologiques de l'infection
- Première description des cas de choc septique et de PTT
- **Nouvelles classifications des infections à virus chikungunya dans des populations spécifiques telles que les femmes enceintes, les personnes âgées et les enfants.**
- Plusieurs études ont également décrit le comportement des populations face à une maladie émergente.

*Simon F et al. French guidelines for the management of chikungunya (acute and persistent presentations). 2014. Médecine Mal Infect. 2015;45(7):243–63*

*Stegmann-Planchard S et al. Chikungunya, a risk factor for Guillain–Barré syndrome. Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am. 2020;70(6):1233–5*

# Epidémie de Chikungunya à la Réunion en 2025

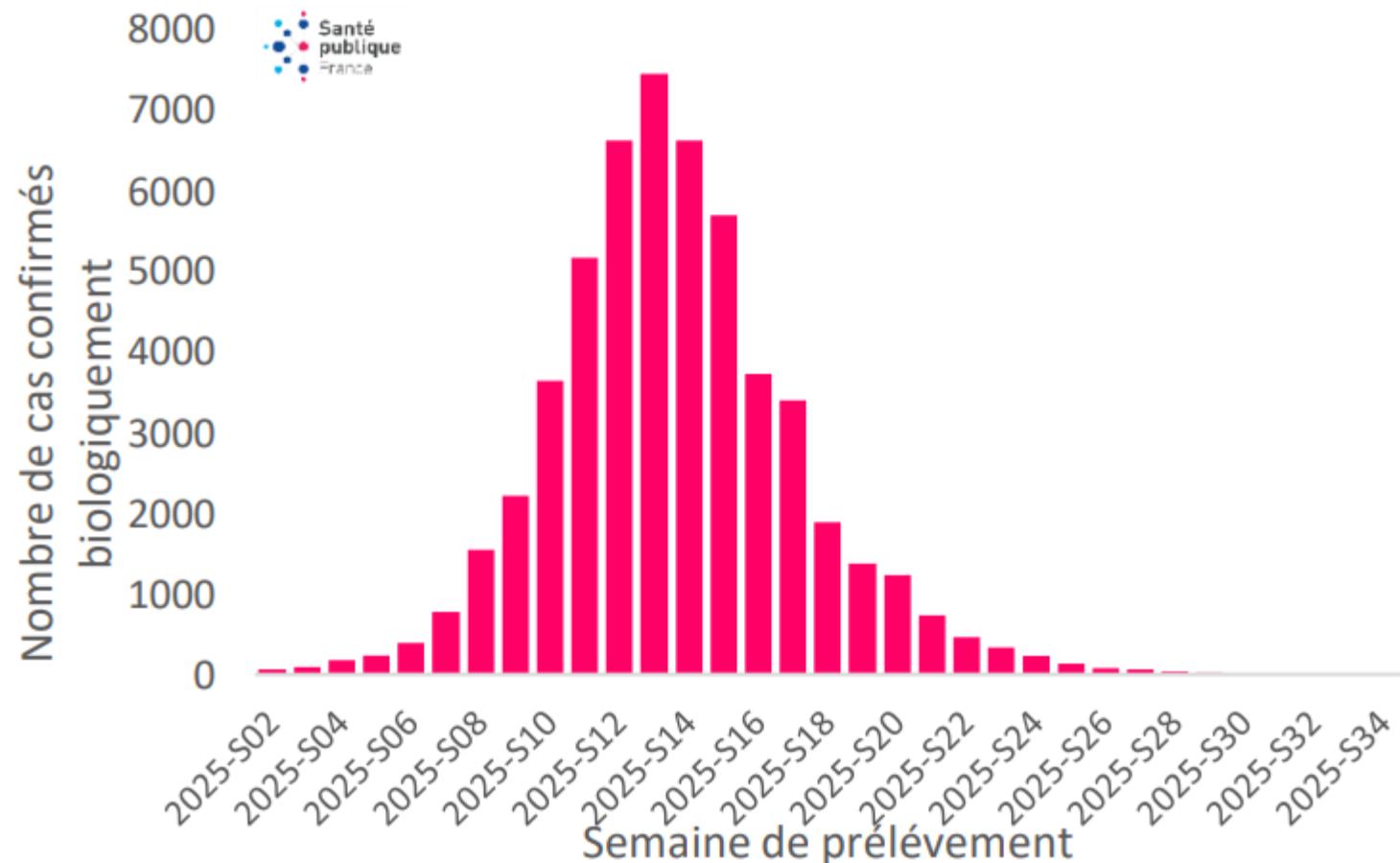
5 à S34/2025 : n= 54 507

- 2904 passages aux Urgences
- 587 hospitalisations
- 40 décès

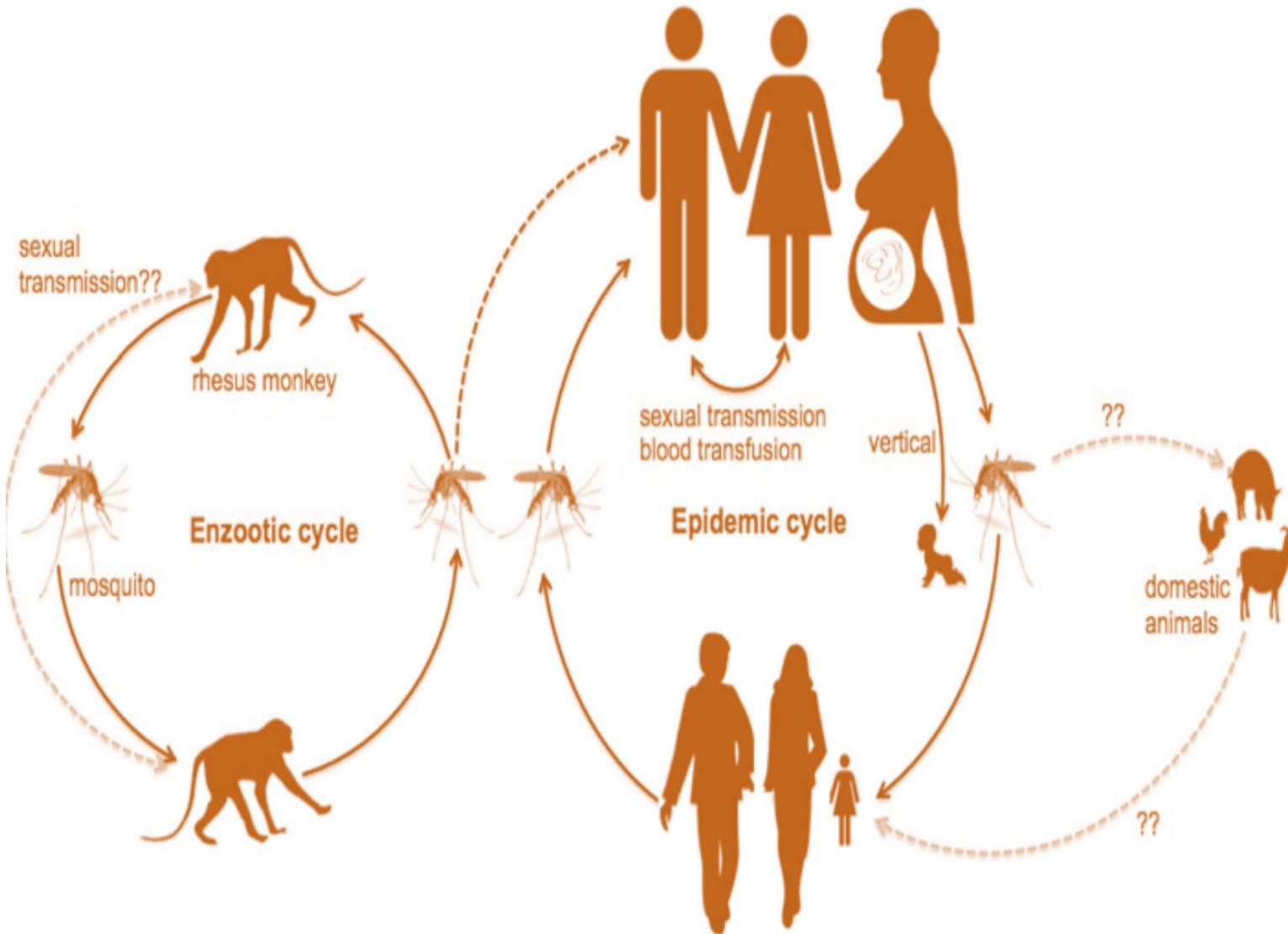
## Impact en France



- 957 cas de chikungunya importés ont été identifiés
- **726 provenaient de La Réunion (76% de l'ensemble des cas)**
- 44 épisodes de transmission autochtone de chikungunya (1 à 47 cas par épisode)  
= **301 cas autochtones**



# Transmission Virale du ZIKA



# Epidémies de ZIKA : 2015 - 2016



Pays et régions déclarant des cas  
de virus Zika autochtones  
confirmés en laboratoire  
Janvier 2015– février 2016

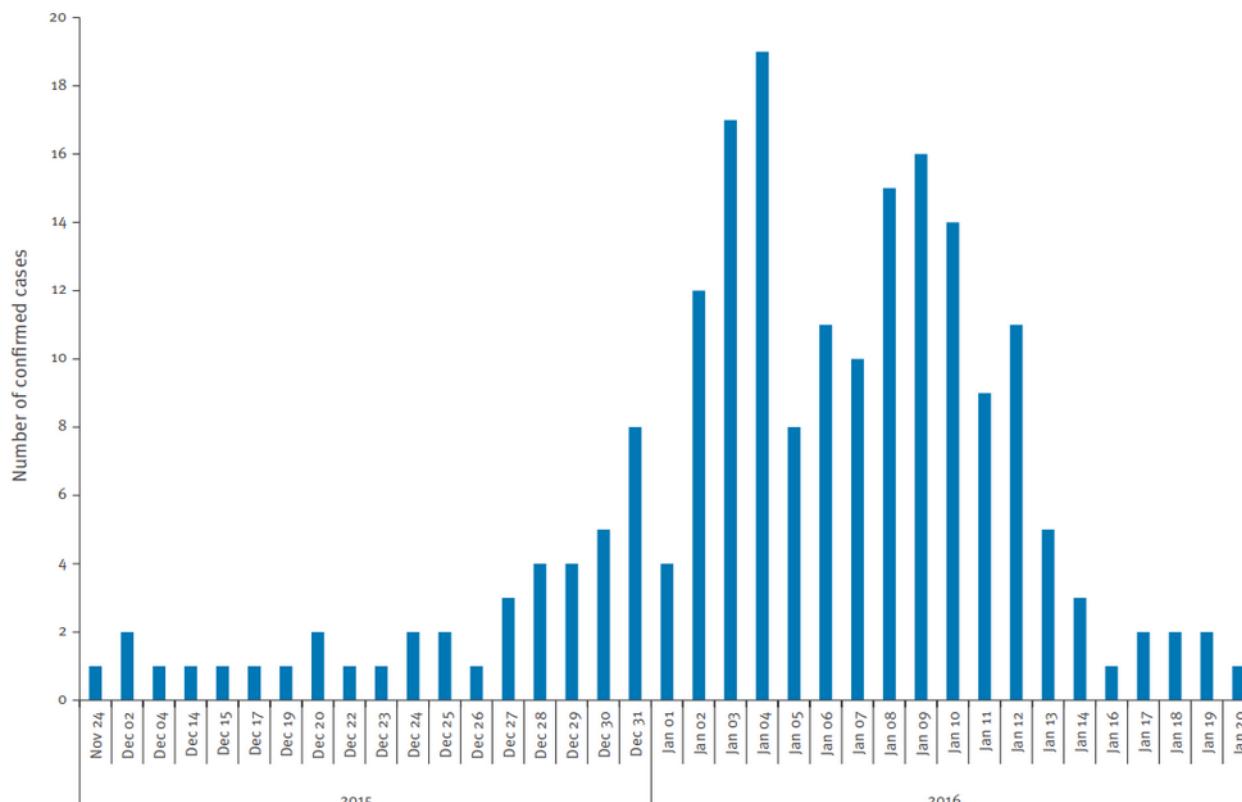


Amérique du Sud, Amérique centrale  
et Régions des Caraïbes:  
Janvier 2015– Février 2016

# Zika emergence in the French Territories of America and description of first confirmed cases of Zika virus infection on Martinique, November 2015 to February 2016

E Daudens-Vaysse <sup>1,2</sup>, M Ledrans <sup>1,2</sup>, N Gay <sup>1</sup>, V Ardillon <sup>1</sup>, S Cassadou <sup>1</sup>, F Najioullah <sup>3</sup>, I Leparc-Goffart <sup>4</sup>, D Rousset <sup>5</sup>, C Herrmann <sup>6</sup>, R Cesaire <sup>3</sup>, M Maquart <sup>4</sup>, O Flusin <sup>4</sup>, S Matheus <sup>5</sup>, P Huc-Anaïs <sup>7</sup>, J Jaubert <sup>8</sup>, A Criquet-Hayot <sup>9</sup>, B Hoen <sup>10</sup>, F Djossou <sup>11</sup>, C Locatelli-Jouans <sup>12</sup>, A Blateau <sup>12</sup>, A McKenzie <sup>13</sup>, M Melin <sup>11,14</sup>, P Saint-Martin <sup>14</sup>, F Dorléans <sup>1</sup>, C Suivant <sup>1</sup>, L Carvalho <sup>1</sup>, M Petit-Sinturel <sup>1</sup>, A Andrieu <sup>1</sup>, H Noël <sup>15</sup>, A Septfons <sup>15</sup>, A Gallay <sup>15</sup>, M Paty <sup>15</sup>, L Filleul <sup>16</sup>, A Cabié <sup>17</sup>, the Zika Surveillance Working Group <sup>18</sup>

Confirmed cases of Zika virus infection by date of onset, Martinique, 24 November 2015–20 January 2016 (n = 203)



# ZIKA en Europe – Amérique du Nord

Europe

North America

Canada

2

2013, 2016

(14,46)

Imported cases (ex-Thailand, ex-El Salvador)

United States

56

2008, 2013, 2016

(10,12,36,68)

Cases reported in Arkansas (1), California (2), Colorado (3), Delaware (1), District of Columbia (3), Florida (16), Georgia (1), Hawaii (4), Illinois (3), Massachusetts (2), Minnesota (1), Nebraska (2), New Jersey (1), New York (1), Ohio (1), Oregon (1), Pennsylvania (2), Virginia (1), Texas (10). All were imported cases, except for 2 autochthonous sexually-acquired cases, including 1 in Colorado and 1 in Texas. Reported locations of import include Senegal, French Polynesia, South America, Easter Island, and Hawaii.

# Zika emergence in the French Territories of America and description of first confirmed cases of Zika virus infection on Martinique, November 2015 to February 2016

E Daudens-Vaysse et al. Euro Surveill.2016

Frequency of case definition symptoms in confirmed Zika cases, Martinique (n=203) and French Polynesia (n=297), 24 November 2015–20 January 2016

Signs	Martinique (n = 203) n (%)	French Polynesia (n = 297) n (%)	Chi-squared test
Maculopapular rash	170 (84)	276 (93)	p = 0.001
Arthralgia	135 (67)	193 (65)	No difference
Fever	121 (60)	214 (72)	p < 0.05
Myalgia	121 (60)	131 (44)	p < 0.001
Conjunctival hyperaemia	68 (33)	187 (63)	p < 0.001

Other clinical signs in confirmed Zika cases, Martinique, 24 November 2015–20 January 2016 (n = 203)

Signs	Number of cases	Frequency
Headaches	28	14%
Itch	17	8%
Gastrointestinal signs	16	8%
Asthenia	10	5%
Lymphadenopathy	10	5%
Oedema	8	4%
Retro-orbital pain	8	4%

# Séquelles rapportées dans la littérature

## Moins de 5% des patients symptomatiques

- Microcéphalie
- Calcifications cérébrales
- **Syndrome de Guillain-Barré**
- Prostatite, hématospermie, hématurie,
- Hypotension
- Saignement gingival, ulcères buccaux aphéteux
- Perte auditive, étourdissements, vertiges, rhinorrhée,
- Douleur gorge, toux,
- Prurit
- Malaise
- Diarrhée, nausées/vomissements, constipation, douleurs à l'estomac, Anorexie
- Oedème,
- Photophobie, lymphadénopathie
- Sensation de brûlure des paumes/plantes des pieds



# Consequences of In Utero Zika Virus Exposure and Adverse Pregnancy and Early Childhood Outcomes: A Prospective Cohort Study

Rebecca Grant <sup>1,2</sup> , Olivier Flechelles <sup>3</sup>, Narcisse Elenga <sup>4</sup>, Benoît Tressières <sup>5</sup> , Stanie Gaete <sup>6</sup> , Jean-Christophe Hebert <sup>7</sup>, Bruno Schaub <sup>3</sup>, Felix Djossou <sup>4</sup>, Adeline Mallard <sup>8</sup>, Lucetta Delver <sup>7</sup>, Catherine Ryan <sup>8</sup>, Anna L. Funk <sup>1</sup>, André Cabié <sup>3,9,10</sup>, Arnaud Fontanet <sup>1,11,\*</sup> and Bruno Hoen <sup>5,\*</sup>

Entre le 10 mars et le 24 novembre 2016, nous avons inclus 546 femmes enceintes avec une infection confirmée par RT-PCR au ZIKV. Le risque global d'issues défavorables de la grossesse et de la petite enfance potentiellement liées à l'exposition prénatale au ZIKV était de **15,7 % (IC à 95 % : 12,8–19,0)**, réparti comme suit :

- 3,6 % (IC à 95 % : 2,3–5,6) pour des séquelles sévères ou un décès
- 2,7 % (IC à 95 % : 1,6–4,5) pour des anomalies majeures
- 9,4 % (IC à 95 % : 7,1–12,2) pour des anomalies légères.

**Le risque de séquelles sévères ou de décès était plus élevé lorsque l'infection par le ZIKV survenait au cours du premier trimestre (7,0 %) comparé au deuxième (2,7 %) ou au troisième trimestre (1,4 %) ( $p = 0,02$ ).**

Parmi les nourrissons dont le statut infectieux par ZIKV a pu être déterminé, le taux de transmission verticale était de 3,0 % (5/167) (IC à 95 % : 1,1–7,2).

# Vaccinations contre la dengue

**Synthèse des populations, par âge et état de santé, pouvant bénéficier de la vaccination par Qdenga, dans les territoires ultramarins : Antilles françaises, Guyane, La Réunion, Mayotte**

Tranche d'âge	Avec antécédent de dengue <sup>(1)</sup>	Sans antécédent de dengue
6 à 16 ans	OUI	NON <sup>(3)(4)</sup>
17 à 60 ans avec comorbidités <sup>(2)</sup>	OUI	OUI <sup>(4)</sup>

(1) C'est-à-dire pouvant apporter la preuve documentée d'une infection antérieure à la dengue, ou à défaut un résultat positif d'un test sérologique de dépistage ELISA ou EIA réalisé en laboratoire.

(2) Comorbidités : drépanocytose, hypertension artérielle compliquée, diabète, obésité, insuffisance rénale, affections cardio-pulmonaires chroniques, autres hémoglobinopathies, thrombocytopathies.

(3) La vaccination peut être proposée **au cas par cas** aux enfants drépanocytaires, âgés de 6 à 16 ans, sans antécédent de dengue (c'est-à-dire séronégatifs), sous réserve d'une décision éclairée et partagée entre le médecin, les centres de référence et de compétence de la drépanocytose et les parents, prise au regard des bénéfices et des risques de la vaccination dans cette population.

(4) Les parents d'enfants/adolescents ou les adultes à vacciner doivent être informés que le vaccin peut ne pas conférer de protection contre les sérotypes DENV-3 et DENV-4 chez les personnes sans antécédent de dengue. Les données actuellement disponibles ne permettent pas d'exclure le risque de forme sévère de dengue chez les personnes vaccinées sans antécédent de dengue, qui seraient ensuite exposées à ces sérotypes.

# Vaccinations contre la dengue



- L'OMS recommande aux pays d'envisager l'introduction du vaccin Qdenga
- **Indicateurs OMS de « forte transmission de la dengue »: séroprévalence à l'âge de 9 ans > 60 % ou un âge moyen pour lequel on enregistre le pic des hospitalisations liées à la dengue < à 16 ans**
- Dans les zones de forte transmission de la dengue, l'OMS ne recommande pas la mise en place d'une stratégie de dépistage pré vaccinal qui permettrait de vacciner uniquement les personnes séropositives,
- Dans les zones où la transmission de la dengue est élevée, l'OMS recommande d'utiliser le vaccin Qdenga chez les enfants âgés de 6 à 16 ans, avec une administration de préférence 1 à 2 ans avant l'âge correspondant au pic des hospitalisations liées à la dengue

# Prévention/lutte contre les Moustiques

**PREVENTION DENGUE**

## APPEL À LA VIGILANCE



Débarrassez-vous des eaux stagnantes POTS DE FLEURS, GOUTTIÈRES, OBJETS ENTREPOSÉS, ...

**VOUS AVEZ LES SYMPTÔMES SUIVANTS :**  
Fièvre, douleurs musculaires, maux de tête, fatigue.

Vous avez peut-être la dengue.  
Consultez rapidement un médecin.

**ÉVITEZ DE VOUS FAIRE PIQUER PAR DES MOUSTIQUES.**

Portez des vêtements longs  
Dormez sous une moustiquaire  
Utilisez des répulsifs (crème, spray anti-moustiques...)

**INFO : 0590 99 99 66**  
[www.ars.guadeloupe.sante.fr](http://www.ars.guadeloupe.sante.fr)

**ARS**  
Agence Régionale de Santé  
Guadeloupe  
Martinique  
Santé publique France



# Conclusion

- Transmissions par piqûre de moustique (*Aedes aegypti*, *Aedes albopictus*, *Culex*, *Anopheles*, ... )
- Problème majeur de santé publique dans le monde
- Les arboviroses ne sont plus seulement des maladies tropicales  
(expansion géographique des moustiques vecteurs)
- Endémie / Epidémie favorisée par urbanisation, mondialisation, voyages, changements climatiques,
- Diversités des formes cliniques
- Espoir dans la vaccination

# Grande variété clinique / Faible spécificité

## *Syndrome viral aigu*

dengue

Zika

sand-fly fever

Toscana

## *Hémorragies*

fièvre de la Vallée du Rift

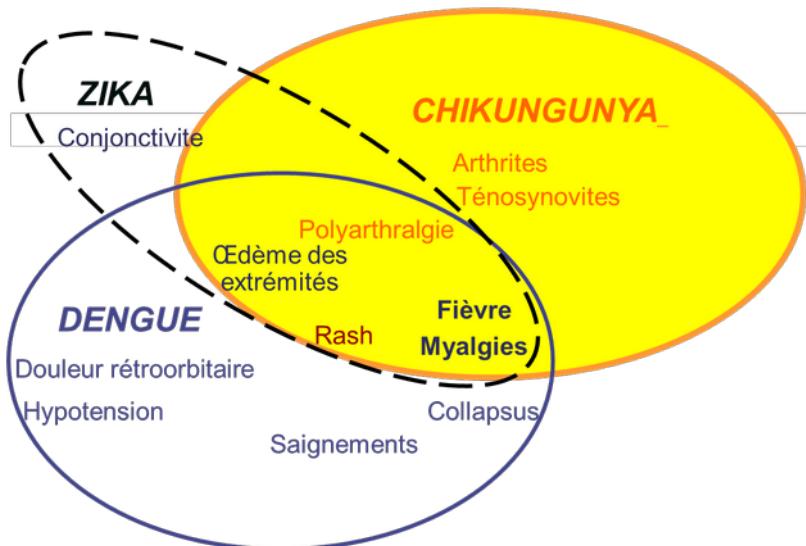
fièvre de Crimée-Congo

fièvre jaune

Dengue

Kyasanur forest

fièvre d'Omsk



## *Vasculaire*

dengue

## *Arthrites*

Ross River

chikungunya

Mayaro

Sindbis

## *Encéphalites, ménингитес*

West-Nile

encéphalite japonaise

encéphalites à tiques

encéphalite de Saint-

Louis

Toscana

Zika