



Bulletin

Arboviroses en Île-de-France

Date de publication : 06.05.2026

ÉDITION ILE-DE-FRANCE

Bilan de la surveillance renforcée des arboviroses transmises par les moustiques en Île-de-France en 2025

SOMMAIRE

Introduction	1
Points clés	2
Chikungunya, dengue et zika (CDZ) : arboviroses transmises par <i>Aedes albopictus</i>	3
Infections autochtones à virus West Nile et Usutu : arboviroses transmises par <i>Culex pipiens</i>	11
Conclusion	14
Références	15
Annexes	16

Introduction

Le système de surveillance des arboviroses repose toute l'année sur le dispositif de [Signalement Obligatoire](#) (SO) (ancienne Déclaration Obligatoire (DO)). Il est renforcé du 1^{er} mai au 30 novembre, période d'activité des moustiques vecteurs, par un rattrapage des cas de chikungunya, dengue, zika et West Nile non déclarés par les professionnels de santé, identifiés à partir des données de plusieurs laboratoires d'analyses médicales (non exhaustif). L'investigation de l'ensemble de ces cas permet d'orienter les mesures de gestion :

- **Chikungunya, dengue, zika (CDZ)** : actions de Lutte anti-vectorielle (LAV), mises en œuvre par des opérateurs de démoustication, qui viennent s'ajouter aux mesures permanentes de biosécurité.
- **West Nile (WN)** : la mise en place de mesures de biosécurité par la protection de produits issus du corps humain (don d'organes, de cellules, de sang...)

Le dispositif de surveillance des CDZ a été décrit en détail dans le [BSP 2021 sur les données 2019-2020](#) ¹.

Le moustique tigre *Aedes albopictus*, vecteur notamment des virus Dengue, Chikungunya et Zika, est implanté en Île-de-France depuis 2015. Il est présent dans tous les départements de notre région, notamment dans des zones densément peuplées. Des nouvelles communes colonisées sont identifiées chaque année, augmentant la part de la population exposée et le risque de transmission autochtone à partir de cas importés. Le premier foyer de dengue après transmission vectorielle autochtone a été identifié en Île-de-France en 2023 ². En 2024, le premier cas autochtone de chikungunya a été identifié dans notre région.

Culex pipiens, le moustique vecteur du virus West Nile, est le moustique endémique en Île-de-France (voir annexe 1). Il est présent quasiment partout dans le monde. Par le passé, les régions de France métropolitaine (hexagone + Corse) touchées par le West Nile étaient celles du pourtour méditerranéen et la Nouvelle-Aquitaine depuis 2023. L'été 2025 a été marquée par [l'émergence du West Nile](#) en Île-de-France.

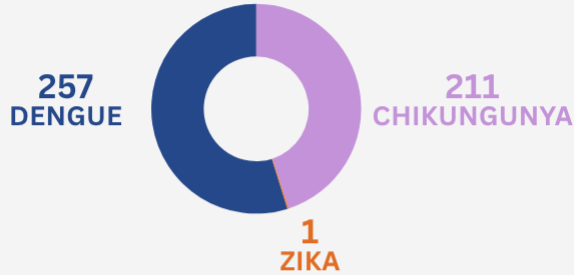
Ce bulletin dresse les bilans épidémiologique et entomologique de la saison de surveillance renforcée du chikungunya, de la dengue, du zika et du West Nile pour l'année 2025 en Île-de-France.

Points clés de la surveillance renforcée des arboviroses en Île-de-France du 1^{er} mai au 30 novembre 2025

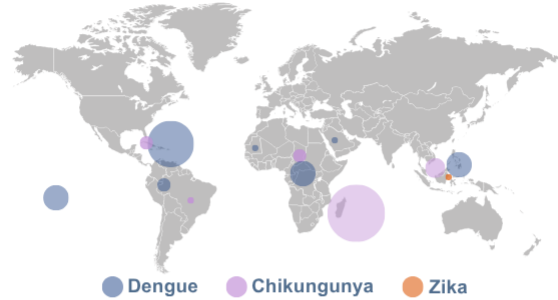
DENGUE, CHIKUNGUNYA ET ZIKA Arboviroses transmises par *Aedes albopictus*



CAS IMPORTÉS



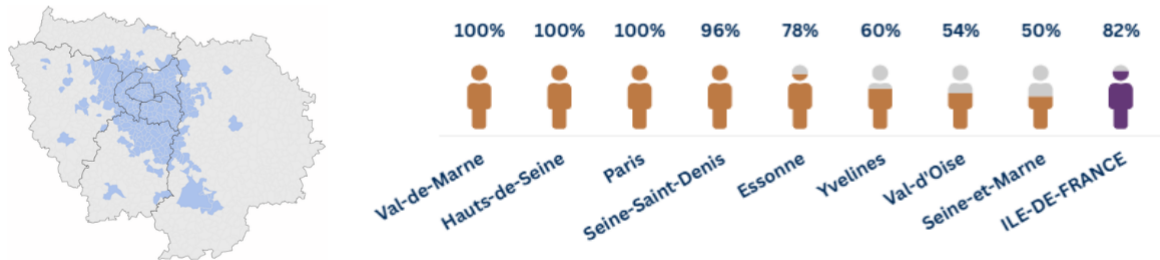
ZONE D'IMPORTATION DES CAS



- En 2025 : nombre record de cas importés de chikungunya, en lien avec l'épidémie en Océan Indien. Des cas importés revenaient aussi d'Asie, de Cuba et d'Afrique sub-Saharienne.
- La dengue reste impliquée dans la majorité de cas importés.
- Deux cas de chikungunya autochtones détectés en Île-de-France.
- En France métropolitaine : 809 cas de chikungunya autochtones.



COMMUNES COLONISÉES ET POPULATION EXPOSÉE AU RISQUE



- Fin 2025, au moins 26% de communes/arrondissements franciliens étaient colonisés par *Aedes albopictus* (en ● sur la carte) et au moins 82% de la population francilienne était exposée au risque.

ÉMERGENCE DU WEST NILE et USUTU VIRUS EN ÎLE-DE-FRANCE Arboviroses transmises par *Culex pipiens*



cas humains
AUTOCHTONES de
WEST NILE / USUTU
Ensemble des
départements d'IdF
sauf Seine-et-Marne

CARACTÉRISTIQUES DES CAS

- 8 formes neuro-invasives
- 2 décès
- 2 cas asymptomatiques
- Âge médian 51 ans [25 - 79]



Chikungunya, dengue et zika (CDZ) : arboviroses transmises par *Aedes albopictus*

Bilan de la surveillance épidémiologique

Signalement de cas importés

Entre le 1^{er} mai et le 30 novembre 2025, période d'activité maximale du moustique vecteur *Aedes albopictus*, 469 cas importés confirmés ou probables ont été documentés en Île-de-France : 257 cas de dengue, 211 cas de chikungunya et 1 cas de Zika. Deux cas de chikungunya autochtone non liés entre eux ont été détectés en Île-de-France en 2025. Soixante autres signalements de dengue et de chikungunya (résultats laboratoires positifs) ont été reçus pour lesquels l'enquête épidémiologique et, par conséquent, l'enquête entomologique, n'ont pas pu être réalisées (laboratoire ou patient injoignables), dont 15 présentant une PCR positive (7 pour CHIV et 8 pour DENV). Ils ne seront pas présentés dans ce document.

Le nombre de cas de dengue signalés pendant la période d'activité du vecteur en 2025 est inférieur à ceux de 2023 et 2024 (704 en 2023 et 584 en 2024) (Figure 1), années marquées par l'intense épidémie de dengue aux Antilles. En 2025, le nombre de cas de chikungunya signalés est nettement supérieur à toutes les années précédentes en raison notamment de l'épidémie de chikungunya à [La Réunion](#). Le département de Paris a représenté le plus grand nombre de cas avec 127 (27%) cas importés de chikungunya et de dengue documentés au cours de la période de surveillance renforcée (Tableau 1). Les cas importés ont été signalés principalement en début de saison, 60% des cas étant signalés de mai à juillet (lien avec La Réunion). Le nombre de signalements a diminué chaque mois jusqu'à octobre, en raison notamment de la diminution de signalements de cas de chikungunya, avant une hausse observée des cas de dengue au mois de novembre suite aux vacances de la Toussaint (Figure 2). Plus de deux tiers de cas de chikungunya ont débuté leurs symptômes entre fin avril et fin mai (S17 à S22), période où l'épidémie à La Réunion se trouvait dans sa phase descendante³ (Figure 3).

Tableau 1 | Répartition des cas importés de dengue, de chikungunya ou de zika documentés par département de résidence, au cours de la saison de surveillance renforcée, Île-de-France, 2025.

Département	Dengue	Chikungunya	Zika	Total
Paris	71	55	1	127
Seine-et-Marne	18	15	0	33
Yvelines	27	24	0	51
Essonne	28	34	0	62
Hauts-de-Seine	49	27	0	76
Seine-St-Denis	19	20	0	39
Val-de-Marne	31	20	0	51
Val d'Oise	14	16	0	30
Île-de-France	257	211	1	469

Figure 1 | Nombre annuel des cas importés de dengue, de chikungunya et zika documentés au cours des saisons de surveillance renforcée, Île-de-France, 2019-2025.

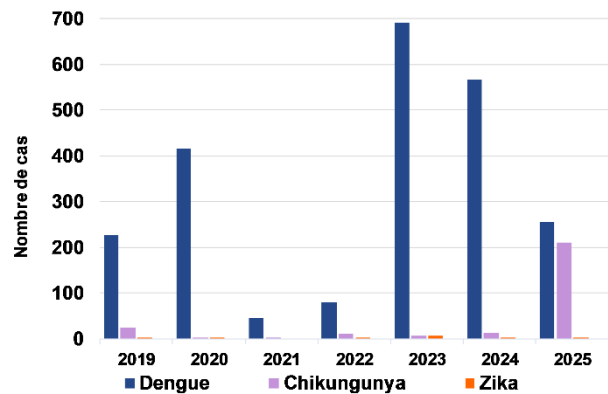
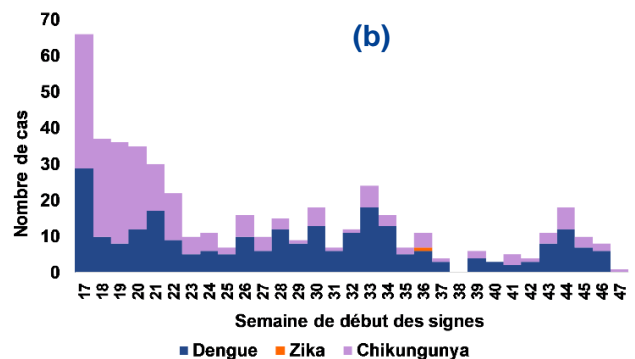
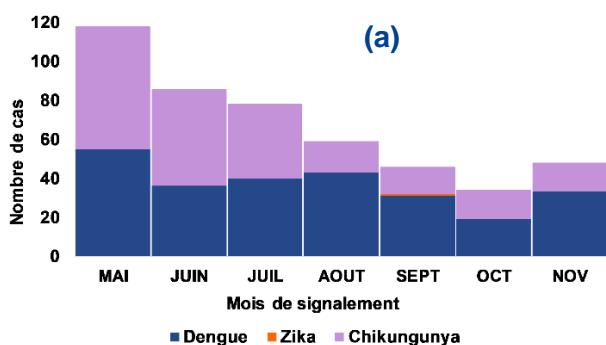


Figure 2 | Répartition des cas importés de dengue, de chikungunya et zika documentés au cours de la saison de surveillance renforcée (a) par mois de signalement et (b) par semaine de début des signes, Île-de-France, 2025.

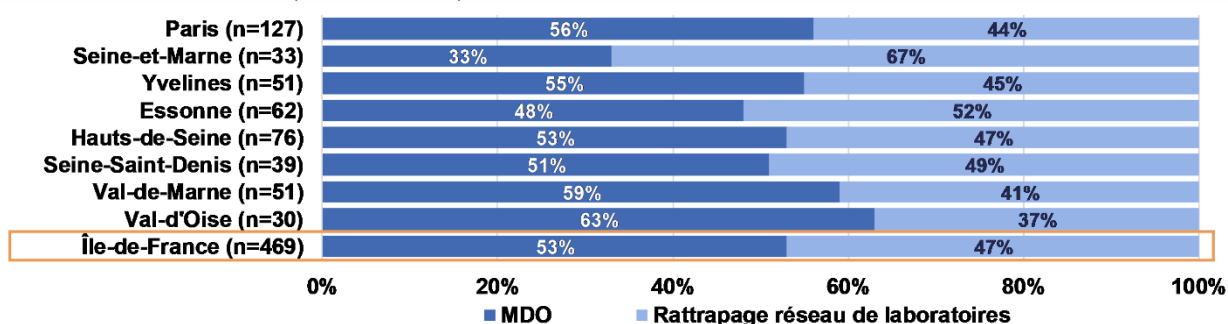


En 2025, 53% (249) des cas CDZ importés ont été signalés par des professionnels de santé via le dispositif de maladies à déclaration obligatoire (MDO) (désormais dites maladies à signalement obligatoire (MSO)) * et 47% (220) l'ont été par le rattrapage des cas via le réseau de laboratoires (Figure 3).

Parmi les 220 cas CDZ identifiés par le rattrapage, au moins 6 ont fait par la suite l'objet d'une déclaration obligatoire reçue plus de 2 jours après l'identification initiale par le système de rattrapage. Le délai médian entre l'identification par le réseau de laboratoires et la réception de la DO pour ces 6 cas était de 11 jours (min = 5 jours ; max = 42 jours, IQR : 7-25 jours). Le taux le plus faible de déclaration via la DO des cas identifiés se situaient dans la Seine-et-Marne (33 %) et le taux le plus élevé dans le Val-d'Oise (63 %).

Parmi l'ensemble de cas importés de dengue, 144 (56%) ont été signalés via la DO et 113 (44%) ont été identifiés par le rattrapage des cas. Parmi l'ensemble de cas importés de chikungunya, 104 (49%) ont été signalés via la DO et 107 (51%) ont été identifiés par le rattrapage des cas.

Figure 3 | Origine des signalements des cas importés de dengue, chikungunya et zika, par département, au cours de la surveillance renforcée, Île-de-France, 2025.



* Les termes MDO et DO seront utilisés dans ce bilan qui présente les données 2025, avant le changement de terminologie

Type de diagnostic

En 2025, sur les 257 cas de dengue importés documentés au cours de la période de surveillance renforcée, 225 (88%) ont été confirmés biologiquement (dont 141 (55%) par une RT-PCR) et 32 (12%) cas ont été classés comme probables (élévation isolée du taux d'IgM). Sur les 211 cas de chikungunya importés, 200 (95%) ont été confirmés biologiquement (dont 98 (46%) par une RT-PCR) et 11 (5%) cas ont été classés comme probables. Le cas importé de Zika était confirmé biologiquement par RT-PCR (Tableau 2).

Tableau 2 | Tests biologiques ayant permis de confirmer ou classer comme probables les cas importés de dengue, de chikungunya ou de zika signalés au cours de la saison de surveillance renforcée, Île-de-France, 2025.

Type cas	Test biologique réalisé	Dengue (n=257)	Chikungunya (n=211)	Zika (n=1)
		n (%)	n (%)	n (%)
Cas confirmés	RT-PCR	141 (55%)	98 (46%)	1 (100%)
	IgM/IgG	69 (27%)	102 (49%)	0
	NS1	35 (14%)	-	-
	Séroconversion	4 (1,6%)	0	0
Cas probables	IgM isolées	32 (12%)	11 (5%)	0

Délais de prélèvement et de signalement

En 2025, le délai médian entre la date de début des signes (DDS) et la date du premier prélèvement chez les cas importés était de 6 jours. Celui entre la DDS et la réception du signalement par l'Agence Régionale de Santé (ARS) (MDO ou rattrapage laboratoire) était de 13 jours. Ces délais médians variaient en fonction de la pathologie et, pour le délai de signalement, en fonction de la source du signalement (Tableau 3).

Tableau 3 | Délais médians, intervalles interquartiles et extrêmes entre la date de début des signes (DDS) et le premier prélèvement et entre la DDS et la réception du signalement par l'ARS des cas importés de dengue, de chikungunya et de zika documentés au cours de la surveillance renforcée, Île-de-France, 2025

TYPE DE DELAI	469 CAS IMPORTES	PAR PATHOLOGIE		PAR SOURCE DE SIGNALLEMENT	
		DENGUE (n=257)	CHIKUNGUNYA (n=211)	MDO (n=249)	RATTRAPAGE (n=220)
		Médiane [IQR ; MIN-MAX] (jours)			
DDS – Premier prélèvement	6 [3-13,5 ; 0-166]	5 [3-8 ; 0-66]	6 [2-33,5 ; 0-166]		
DDS – Réception du signalement	13 [8-24 ; 0-174]	11 [7-16 ; 0-72]	17 [9-40,5 ; 0-174]	10 [7-16 ; 0-110]	16,5 [11-33 ; 3-174]

Caractéristiques des cas importés

Tous les cas signalés investigués de CDZ étaient symptomatiques. Les caractéristiques des cas sont détaillées dans les Tableaux 4 (âge et sex-ratio) et 5 (signes cliniques). Les signes cliniques ont été renseignés pour l'ensemble des cas documentés en 2025. Aucun décès n'a été documenté.

Tableau 4 | Caractéristiques des 469 cas importés de dengue, de chikungunya et de zika documentés au cours de la surveillance renforcée, Île-de-France, 2025

Age (ans)	Dengue				Chikungunya				Zika
	Médiane	Min	Max	IQR	Médiane	Min	Max	IQR	
	38	6 mois	85	26-53	44	1	84	32-56	1 femme de 52 ans
Sex-ratio H/F	0,96				0,95				

Tableau 5 | Fréquence des signes cliniques chez les 469 cas importés de dengue, de chikungunya et de zika documentés au cours de la surveillance renforcée, Île-de-France, 2025

Signes Cliniques	Dengue (n=257)		Chikungunya (n=211)		Zika (n=1)	
	N	%	N	%	N	%
Fièvre >38,5°C	232	90%	185	87%	0	0%
Asthénie	190	74%	135	63%	1	100%
Céphalées	183	71%	96	45%	1	100%
Myalgies	183	71%	106	50%	0	0%
Arthralgies	152	59%	195	92%	1	100%
Lombalgies	81	32%	28	13%	0	0%
Douleurs rétro-orbitaires	78	30%	15	7%	1	100%
Eruption cutanée	71	28%	111	52%	1	100%
Signes digestifs	36	14%	8	4%	0	0%
Œdème des extrémités	19	7%	44	21%	1	100%
Exanthème maculo-papuleux	18	7%	20	9%	0	0%
Hyperhémie conjonctivale	12	5%	8	4%	0	0%
Encéphalite	0	0%	0	0%	0	0%
Syndrome de Guillain Barré	0	0%	0	0%	0	0%
Méningite	0	0%	0	0%	0	0%
Paralysie faciale	0	0%	0	0%	0	0%
Paralysie flasque aiguë	0	0%	0	0%	0	0%

Hospitalisation

Sur la saison de surveillance renforcée 2025, 46 (18%) des 256 cas de dengue pour lesquels l'information était disponible ont eu recours à l'hôpital (incluant les passages aux urgences). Parmi ces 46 cas, la durée d'hospitalisation était connue pour 33 cas et supérieure à une journée pour 30 cas. La durée médiane d'hospitalisation des cas de dengue avec un séjour supérieur à 1 journée était de 4 jours (min = 2 ; max = 12 jours, IQR : 2-6 jours). Il n'y a pas eu de séjours en réanimation ou de complications de type dengue hémorragique, d'encéphalite ni de décès recensé. Sur les 209 cas importés de chikungunya détectés en 2025 pour lesquels l'information était disponible, 10 (5%) ont eu recours à l'hôpital (incluant les passages aux urgences). Parmi ces 10 cas, la durée d'hospitalisation était connue pour 8 cas et supérieure à une journée pour 7 cas. La durée médiane d'hospitalisation des cas de chikungunya était de 6 jours (min = 2 ; max = 13 jours, IQR : 2,5-6 jours).

Région d'importation des cas

En 2025, sur les 257 cas importés de dengue, 108 (42%) cas revenaient des Antilles françaises, 48 (19%) d'Asie du Sud ou Sud-Est, 43 (17%) d'Afrique sub-saharienne, 38 (15%) du Pacifique Sud (Polynésie Française), 12 (5%) d'Amérique du Sud et Centrale, 3 (1%) des Antilles et Caraïbes (hormis Antilles françaises), 2 (1%) de l'Océan Indien (Seychelles), 2 (1%) d'Afrique du Nord (Mauritanie, premier pays touché au Maghreb) et 1 (0,5%) d'Asie de l'Ouest (Arabie Saoudite).

Sur les 211 cas importés chikungunya documentés en 2025, 158 (75%) revenaient de l'Océan Indien (dont 123 de la Réunion), 24 (11%) d'Asie du Sud ou du Sud-Est, 16 (8%) de Cuba, 12 (6%) d'Afrique sub-saharienne et 1 (5%) d'Amérique du Sud (Brésil). Le cas de Zika identifié revenait d'Indonésie. Les Figures 5 et 6 représentent les zones d'importation de l'ensemble des cas documentés en 2025.

La répartition des cas importés documentés en région Île-de-France, par pays d'importation, au cours de la surveillance renforcée en 2025 peut être consultée en annexe 2.

Figure 5 | Zones d'importation des cas de dengue, de chikungunya et de zika documentés au cours de la surveillance renforcée, Île-de-France, 2025.

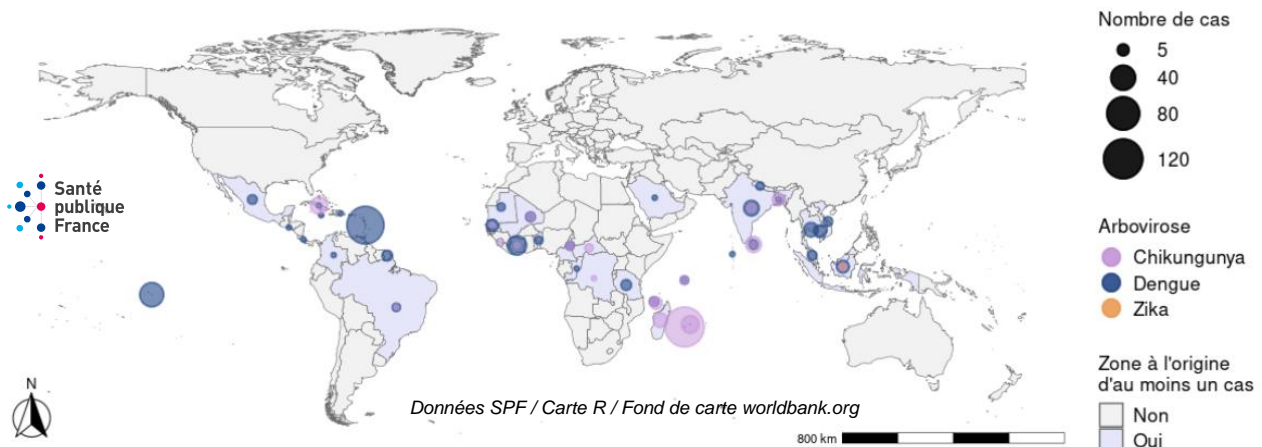
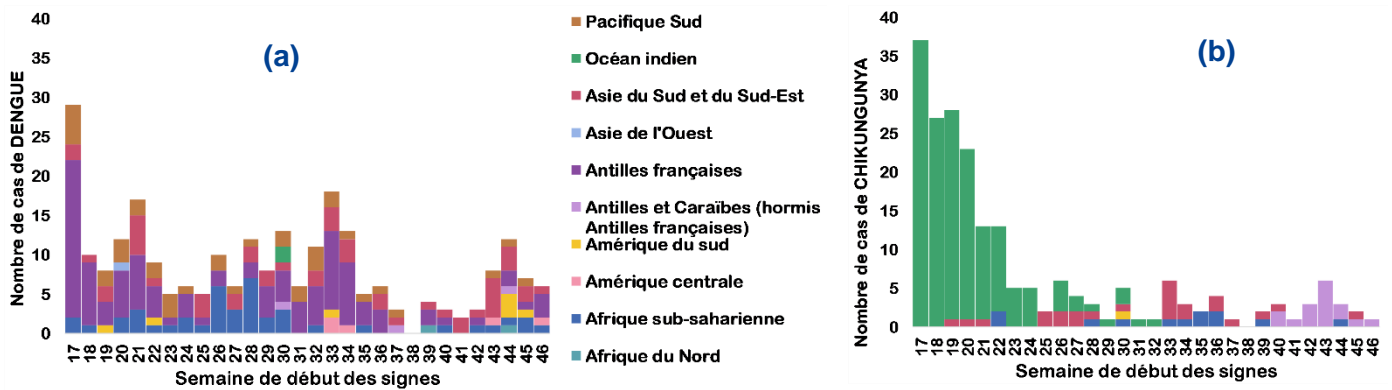


Figure 6 | Région d'importation des cas de dengue (a) et de chikungunya (b) documentés au cours de la surveillance renforcée, Île-de-France, 2025.



Virémie des cas

En 2025, 396 (84%) cas importés documentés étaient virémiques (donc capables de transmettre à un moustique local) sur le territoire métropolitain au vu de la date de début des signes et de leur date de retour de voyage : 227 (88%) cas de dengue, 168 (80%) cas de chikungunya et le cas de zika. La durée médiane de la période de virémie en métropole était de 7 jours (min=1, max=9, IQR=5-9), avec un total d'au moins 2653 jours de virémie en Île-de-France. Parmi ces 396 cas virémiques présents sur le territoire Francilien, 331 (84%) résidaient dans des communes colonisées par *Aedes albopictus* selon la liste de communes considérées colonisées actualisée fin 2025 et 23 (6%) résidaient dans des communes limitrophes. La liste de territoires colonisés en Île-de-France par département et année de colonisation est présentée en annexe 3.

Cas autochtones

En 2025, deux cas autochtones de chikungunya, sans lien entre eux, ont été détectés en Île-de-France. Le premier cas a été déclaré par un professionnel de santé fin août suite à une RT-PCR positive sur un prélèvement réalisé 7 jours après la date de début des signes (DDS) mi-août. Le lieu d'exposition retenu comme le plus probable était le 11^{ème} arrondissement de Paris, une zone densément peuplée. L'enquête entomologique autour du lieu d'exposition a révélé une forte densité vectorielle et deux traitements adulticides ont eu lieu dans une zone comprenant un rayon de 200 mètres autour de ce lieu, à 7 jours d'intervalle. Les professionnels de santé du 11^{ème} arrondissement de Paris ont été sensibilisés à la présence d'un cas autochtone et des agents de Santé publique France Île-de-France et de l'ARS Île-de-France se sont rendus sur la zone pour sensibiliser la population à la présence d'un cas autochtone et à la nécessité de consulter un médecin en cas de symptômes. L'investigation n'a permis d'identifier ni le cas primaire ni aucun autre cas secondaire.

Le second cas a été déclaré par un professionnel de santé début septembre suite à une RT-PCR positive sur un prélèvement réalisé 3 jours après la DDS fin août. Le lieu d'exposition retenu comme le plus probable était

une zone pavillonnaire de Saint-Maur-des-Fossés, dans le Val-de-Marne (94). L'enquête entomologique a révélé une forte densité vectorielle et deux traitements adulticides ont eu lieu dans une zone comprenant un rayon de 200 mètres autour du lieu d'exposition, à 7 jours d'intervalle. La mairie a été très aidante. Les professionnels de santé de la ville ont été sensibilisés à la présence d'un cas autochtone et des agents de Santé publique France Île-de-France et de l'ARS Île-de-France ont réalisé une enquête en porte-à-porte pour identifier d'autres cas suspects et de sensibiliser la population à la nécessité de consulter un médecin en cas de symptômes. L'investigation n'a permis d'identifier ni le cas primaire ni aucun autre cas secondaire.

Bilan de la surveillance entomologique

Fin 2025, **328 territoires** (308 communes et 20 arrondissements parisiens) **étaient identifiés par l'ARS et l'opérateur de démoustication comme colonisés par *Ae. albopictus*** en région Île-de-France (liste complète en annexe 3), soit 113 nouvelles communes et 3 arrondissements parisiens colonisés par rapport à 2024. La part de la population régionale habitant les territoires colonisés par *Ae. albopictus* était de 82% (68% en 2024), soit 10 146 628 habitants (Tableau 6). Fin 2025, la Petite Couronne, la totalité des arrondissements de Paris, des communes Hauts-de-Seine et du Val-de-Marne étaient considérés colonisés (Figure 7), et seulement 4 communes de Seine-Saint-Denis étaient encore considérées non colonisées par *Ae. albopictus*.

Tableau 6 | Répartition du nombre de communes et arrondissements colonisés par *Aedes albopictus*, proportion de communes et arrondissements colonisés et part de population exposée par département d'Île-de-France au 31 décembre 2024 et au 31 décembre 2025.

Département	Population*	Nombre de communes	Fin 2024			Fin 2025		
			Communes colonisées		Part de la population concernée	Communes colonisées		Part de la population concernée
			Nombre	Proportion		Nombre	Proportion	
Paris	2 113 705	20**	17**	85%	96%	20**	100%	100%
Seine-et-Marne	1 452 399	507	11	2%	16%	45	9%	50%
Yvelines	1 470 778	259	21	8%	32%	49	19%	60%
Essonne	1 324 546	194	41	21%	65%	68	35%	78%
Hauts-de-Seine	1 647 435	36	35	97%	99%	36	100%	100%
Seine-Saint-Denis	1 681 725	39	25	62%	70%	35	90%	96%
Val-de-Marne	1 419 531	47	45	94%	99%	47	100%	100%
Val-d'Oise	1 270 845	183	17	9%	38%	28	15%	54%
Île-de-France	12 380 964	1 285	212	16%	68%	328	26%	82%

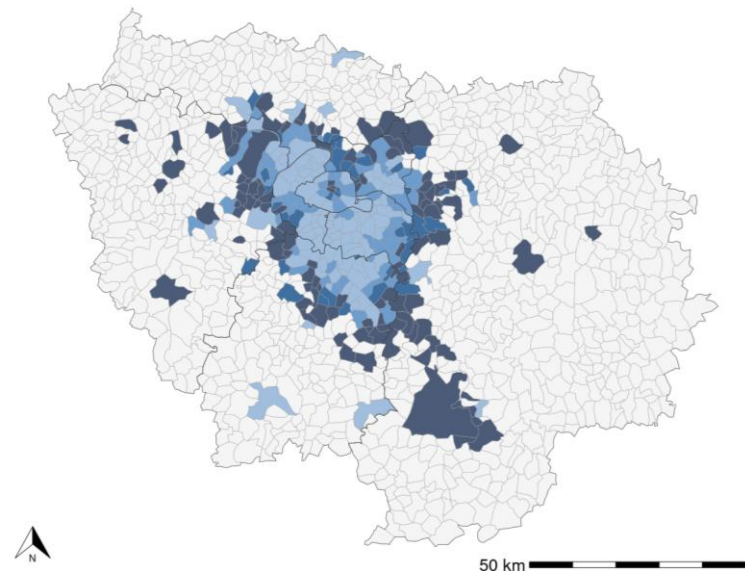
* Recensement Insee 2022 ([lien](#))

** arrondissements parisiens

Figure 7 | Communes et arrondissements colonisés par le vecteur *Aedes albopictus* en région Île-de-France par année de colonisation, Décembre 2025

Source des données : ARS-IDF | Exploitation : Santé publique France avec R | Fonds de carte : OpenStreetMap

- Année de colonisation [2015-2022]
- Année de colonisation [2023]
- Année de colonisation [2024]
- Année de colonisation [2025]
- Non colonisé ou colonisation non démontrée



Sur l'année 2025, les opérateurs de démoustication avaient effectué 219 enquêtes entomologiques dans un rayon de 150 mètres autour des lieux de vie et de déplacements de 107 cas virémiques (65 cas de dengue, 41 cas de chikungunya et le cas de zika) en Île-de-France. Suite à ces enquêtes, 20 traitements adulticides ont été réalisés dans des situations considérées comme à risque élevé de transmission vectorielle, dont 4 traitements autour des 2 cas autochtones de chikungunya.

Discussion

Comme les années précédentes, la région Île-de-France représentait la première région d'importation de cas d'arbovirose en France métropolitaine en 2025⁴ et la plus importante en termes de taille de population potentiellement exposée. En 2025, **257 cas importés de dengue, 211 cas de chikungunya et 1 cas de zika** ont été investigués durant la période de surveillance renforcée, du 1^{er} mai au 30 novembre. Contrairement aux années précédentes, la saison 2025 a débuté avec une activité intense, les mois de mai, juin et juillet concentrant 60% des déclarations de cas importés de chikungunya et dengue. Ceci s'explique par la dynamique de l'épidémie de chikungunya à la Réunion et par l'importation de cas de dengue, notamment des Antilles françaises mais aussi d'Afrique sub-saharienne et de Polynésie Française, cette dernière étant plus marquée en début de saison (avant l'Hiver Austral).

Soixante autres signalements de dengue et de chikungunya (résultats laboratoires positifs, dont 8 présentant une RT-PCR positive pour DENV et 7 pour CHIV) n'ont pas pu être investigués après réception du signalement, soit car les coordonnées du patient n'ont pu être retrouvés soit parce que les patients n'ont pu être joints. Pour ces 60 cas, l'enquête épidémiologique - permettant de savoir si le cas était autochtone ou importé, de connaître les voyages en zone endémique et la date de début des symptômes - n'a donc pas pu être réalisée. De ce fait, les enquêtes entomologiques qui en découlent n'ont pu être effectuées elles non plus. Si ces patients étaient en période virémique en métropole, ceci constitue un risque supplémentaire de transmission locale et émergence de cas autochtones.

Si la dengue restait l'arbovirose prédominante en 2025 en termes de nombre cas rapportés dans le monde et importés en Île-de-France, l'année a été marquée par une épidémie de grande ampleur de chikungunya à La Réunion et les chiffres record d'importation de cas de chikungunya en témoignent. Entre 2019 et 2024, la moyenne de cas importés de chikungunya par an était de 9 cas (min=1, max=24) contre 211 en 2025. Le pic de l'épidémie de chikungunya à La Réunion ayant eu lieu vers la fin mars (fin de l'été Austral), l'épidémie était sur sa phase descendante au début de la période de surveillance renforcée en France métropolitaine³. Ceci a concentré l'importation de cas dans notre région en début de saison (mai à juillet). Des cas de chikungunya importés d'Asie du Sud ou du Sud-Est (24 cas), de Cuba (16 cas) et d'Afrique sub-saharienne (12 cas) ont été pour la plupart documentés à partir d'août.

Le nombre de cas importés de dengue en 2025 (257 cas) était nettement inférieur à [2023 \(691 cas\)](#) et [2024 \(568 cas\)](#), années marquées par des grandes épidémies aux Amériques, y compris aux Antilles françaises et en Guyane, ainsi que dans d'autres régions du globe^{5,6}. Comme en 2024, une proportion élevée des cas de dengue étaient importés de pays d'Afrique sub-Saharienne (43 cas, 17%). Deux cas de dengue avaient acquis l'infection en milieu urbain en Mauritanie, pays géographiquement situé entre l'Afrique du Nord et l'Afrique sub-Saharienne. Il s'agit du premier pays du Maghreb à être à l'origine de cas de dengue importés en France métropolitaine (14 cas importés en 2025). La Polynésie Française, où une épidémie de dengue a été déclarée en octobre 2024^{7,8}, était à l'origine de 38 (15%) cas de dengue importés en Île-de-France durant la saison 2025. Aucun cas de dengue importé de Nouvelle-Calédonie n'a été identifié en 2025. Le dernier cas de dengue importé en Île-de-France de ce territoire, où un programme *Wolbachia* a été implémenté à partir de 2019⁹, date de cette même année.

Depuis fin 2024, la Haute Autorité de santé recommande la vaccination contre la dengue par le vaccin Qdenga aux Antilles, en Guyane, à Mayotte et à La Réunion chez les enfants et adolescents de 6 à 16 ans en cas d'infection antérieure à la dengue, ainsi que chez les sujets âgés de 17 à 60 ans présentant des comorbidités¹⁰.

Deux cas autochtones de chikungunya sans lien entre eux ont été identifiés en Île-de-France en 2025. Compte tenu du nombre élevé de cas importés de chikungunya de La Réunion, où circulait le génotype ECSA-2 porteur de la mutation E1-A226V¹¹ qui le rend particulièrement adapté à *Aedes albopictus*¹², un nombre plus élevé d'épisodes de transmission vectorielle locale était à craindre. Le nombre limité d'épisodes pourrait s'expliquer par l'efficacité des mesures de gestion mises en place autour de cas importés ou par des interactions plus complexes entre les conditions environnementales et la compétence vectorielle, sans pour autant exclure une possible sous-détection de cas autochtones.

Si en Île-de-France le nombre d'épisodes de transmission autochtone est resté bas, cela n'a pas été le cas dans d'autres régions de France métropolitaine. Du 1^{er} mai au 30 novembre 2025, un nombre exceptionnel de cas autochtones ont été détectés en France métropolitaine avec 809 cas autochtones de chikungunya distribués en 79 foyers comptant de 1 à 144 cas et 30 cas autochtones de dengue distribués en 11 foyers de 1 à 10 cas,



Il est désormais important pour les professionnels de santé d'évoquer le diagnostic de la dengue ou du chikungunya chez des personnes revenant des zones endémiques, mais aussi d'Afrique sub-Saharienne ou du Proche-Orient, ainsi que d'autres régions de France métropolitaine

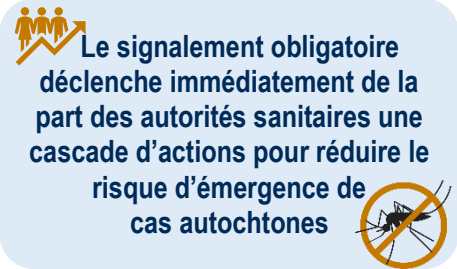
principalement en PACA, Occitanie et Nouvelle-Aquitaine. Des nouvelles régions ont été touchées et des épisodes ont eu lieu dès la fin mai jusqu'à mi-novembre, caractérisant une période de transmission étendue¹³. Entre 2010 et 2024, 4 épisodes de transmission autochtone de chikungunya avec un total de 32 cas et 46 épisodes de transmission autochtone de dengue avec un total de 242 cas avaient été rapportés en France métropolitaine.

La proportion de cas faisant l'objet d'un signalement obligatoire (ex-DO) par des professionnels de santé franciliens était de 53%, similaire à 2024 (56%). Cette modalité de signalement ayant un délai médian entre date de début des signes et de signalement plus court que pour le rattrapage laboratoire (10 jours pour la DO contre 16,5 jours pour le rattrapage en 2025), il est important d'améliorer ce mode de signalement, afin d'augmenter les chances que les mesures mises en place autour d'un cas soient efficaces. En effet, la durée d'un cycle extrinsèque du chikungunya ou de la dengue étant de l'ordre de 7-12 jours chez le moustique¹⁴ et la durée d'incubation de l'ordre de 4-7 jours chez l'homme, l'intervention rapide reste la plus efficace.

En effet, les signalements adressés par les professionnels de santé à l'ARS sont suivis d'effet : sur l'année 2025, 219 enquêtes entomologiques ont été réalisées autour des lieux de déplacements des cas virémiques en Île-de-France après investigation, donnant lieu à 20 traitements adulticides dans des situations à risque élevé de transmission vectorielle.

Le « moustique Tigre » *Ae. albopictus*, vecteur compétent pour les virus Dengue, Chikungunya, Zika, voire potentiellement pour les virus West Nile, Usutu¹⁴ et pour le virus de la Fièvre Jaune¹⁵, étend progressivement son aire d'implantation en Île-de-France. Fin 2025, quasiment toute la Petite Couronne était considérée comme colonisée, seules 4 communes de Seine-Saint-Denis étant encore considérées comme indemnes. En Grande Couronne, 100 nouvelles communes sont considérées colonisées, augmentant la proportion de communes colonisées de 8% en 2024 à 17% en 2025. Ces communes sont densément peuplées : la proportion de la population exposée en Grande Couronne passait de 37% en 2024 à 61% en 2025. Au niveau régional, cette proportion atteignait 82%. Si un élargissement par l'ARS en 2025 des critères de colonisation a contribué au nombre important de nouvelles zones considérées colonisées, l'expansion du « moustique Tigre » se poursuit chaque année, notamment dans des zones densément peuplées d'Île-de-France.

Chaque année en début de saison d'activité du moustique tigre, les ARS sensibilisent les professionnels de santé au diagnostic et au signalement des arboviroses. En effet, face à l'importation d'un nombre élevé de cas et à la proportion croissante de la population exposée à *Aedes albopictus* en Île-de-France, il est essentiel que les professionnels de santé sachent évoquer le diagnostic de la dengue, du chikungunya et du zika et signalent immédiatement les cas suite à des analyses biologiques positives. Le signalement obligatoire aux ARS déclenche immédiatement une série d'actions pour réduire le risque de cas autochtones.

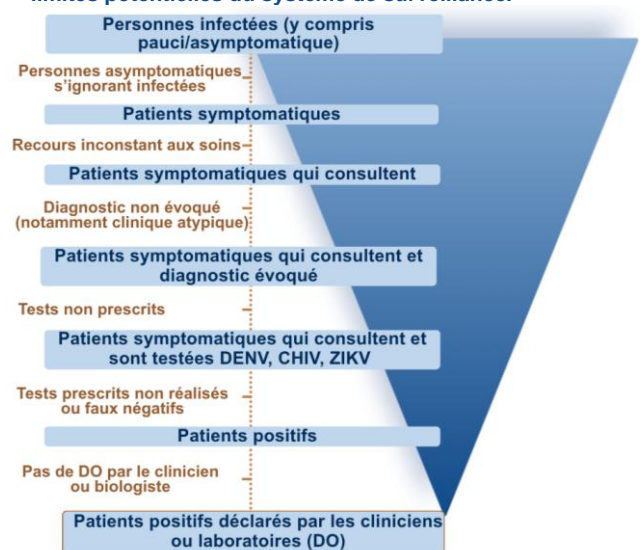


Forces et limites du système de surveillance

Le dispositif de surveillance renforcée des arboviroses avec le [signalement obligatoire](#) (anciennement DO) et le rattrapage par le réseau de laboratoires partenaires permet d'identifier chaque année en France métropolitaine des cas de chikungunya, dengue et zika (CDZ). Cependant, ce dispositif présente plusieurs limites.

1. La fréquence des **formes strictement asymptomatiques** – qui contribuent pourtant à la transmission^{16,17} – et pauci-symptomatiques des trois pathologies CDZ est importante : jusqu'à 70% des infections pour le virus de la dengue (notamment les cas apyrétiques)¹⁸, du chikungunya^{19,20} ou du Zika²¹. Ces cas ne consultent pas systématiquement même s'ils reviennent d'une zone à risque (Figure 8);

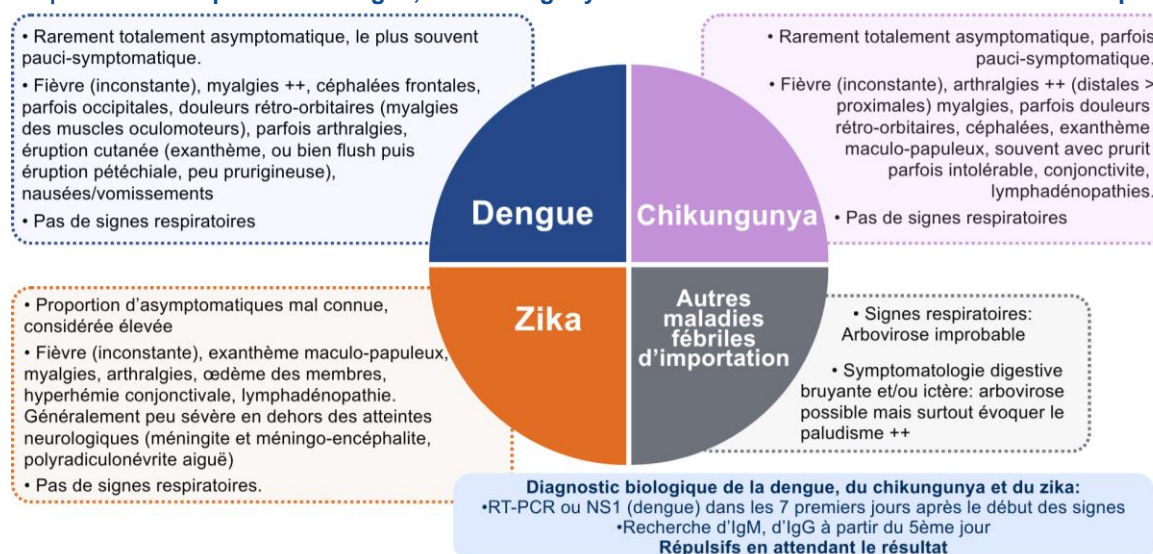
Figure 8 | Représentation du continuum de la détection et déclaration de cas de dengue, de chikungunya et de zika et limites potentielles du système de surveillance.



2. La **paucité des symptômes** peut également amener les professionnels de santé à ne pas prescrire des tests diagnostiques d'arbovirose à un patient qui consulterait. Ceci est particulièrement vrai si les tests diagnostiques ne sont prescrits qu'en cas d'arthralgies fébriles et pas de manière plus sensible, en présence de formes fréquentes mais considérées moins classiques;
3. Les **définitions de cas** proposées pour la déclaration obligatoire CDZ correspondent en effet à des formes classiques. Elles ne représentent pas forcément toutes les formes cliniques rencontrées par les professionnels de santé, qui pourraient sous-prescrire des tests diagnostiques à des patients pourtant symptomatiques. En zone d'émergence possible les cliniciens doivent prescrire un test diagnostique au moindre doute. Les formes cliniques pouvant être rencontrées par les professionnels de santé sont décrites dans la figure 9 ²¹⁻²⁶ ;
4. Les DO reçues en Île-de-France proviennent très majoritairement de services de maladies infectieuses. Or la plupart des cas d'arbovirose sont pauci-symptomatiques et susceptibles de consulter un médecin généraliste. Il existe donc très probablement une sous-détection des cas par manque de diagnostic et une **sous-déclaration** des cas diagnostiqués, particulièrement forte en « ville »;
5. La part de cas déclarés via la déclaration obligatoire par rapport à l'ensemble de cas signalés (MDO + rattrapage labo) ne semble pas s'améliorer en Île-de-France (53% de cas en 2025 et 56% en 2024) compte-tenu du risque d'émergence et de l'impact potentiel d'une épidémie dans une région-Capitale;
6. Le rattrapage des cas confirmés est réalisé à partir des données transmises par un **réseau non exhaustif** de laboratoires partenaires. Les cas confirmés biologiquement dont les analyses sont réalisées par d'autres laboratoires ne faisant pas partie de ce réseau et non signalés par la DO ne sont donc pas identifiés (biais de surveillance). Une étude réalisée en 2025 par la cellule régionale de Santé publique France en Île-de-France a permis d'estimer la couverture du dispositif rattrapage laboratoire de cas à environ 50% pour les RT-PCR positives pour DENV en 2024 en Île-de-France;
7. Le délai médian entre la date de début des signes et la date de signalement des cas était de 13 jours en 2025 (vs 10 jours en 2024). Ce délai retarde le début des investigations qui déclenchent les mesures de contrôle et augmente le risque de transmission locale ;
8. Les données récoltées par les professionnels de santé et par l'ARS (symptômes cliniques, dates de retour de voyage, lieux fréquentés en période de virémie) reposent sur des **données déclaratives** des cas et peuvent ainsi manquer de précision voire être erronées ;
9. Certains cas restent **injoignables** lors des investigations épidémiologiques. Chaque année des perdus de vue sont signalés dans la base de données du système de surveillance, ne permettant pas de mener des investigations épidémiologiques et entomologiques. En 2025, pour 60 cas, l'investigation n'était possible ni auprès du patient ni du professionnel de santé.

En raison de toutes ces limites, le nombre réel de cas d'arboviroses importés, voire autochtones, en Île-de-France est donc sans doute sous-estimé. Sachant que même les cas asymptomatiques transmettent efficacement aux vecteurs compétents ¹⁷, tous ces éléments impactent l'efficacité de la prévention du risque de transmission autochtone sur notre territoire.

Figure 9 | Formes cliniques de la dengue, du chikungunya et du zika et recommandations face aux suspicions.



Source : CR SpF IdF avec le soutien de l'équipe de l'Unité des Maladies Infectieuses et Tropicales (UMIT) du CH de Cayenne

Infections autochtones à virus West Nile et Usutu : arboviroses transmises par *Culex pipiens*

La surveillance et la gestion de la circulation du virus du Nil Occidental (Virus West Nile, WNV) intéresse les populations humaines mais aussi non-humaines et bénéficie d'une approche « One Health » (« Une Seule Santé »).

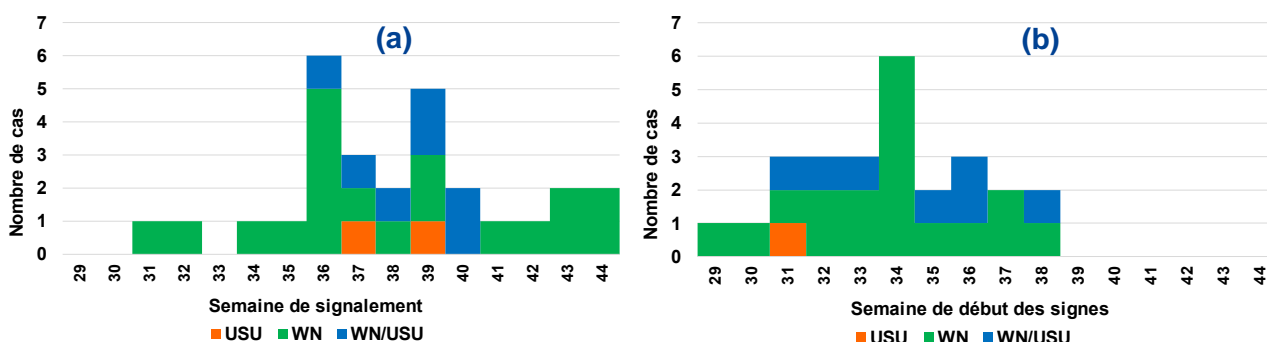
Bilan de la surveillance épidémiologique

Entre le 31 juillet 2025 (date de signalement du 1^{er} cas autochtone) et le 30 novembre (fin de la surveillance renforcée), 19 cas autochtones de virus West Nile, 2 cas autochtones de virus Usutu et 7 cas d'infection par « flavivirus » (West Nile/Usutu) ont été notifiés par des professionnels de santé Franciliens et biologiquement confirmés par le CNR (Figure 10a).

Les investigations ont montré qu'aucun de ces cas n'avait voyagé hors France métropolitaine dans les 15 jours précédant leurs dates de début de signes et que les périodes d'exposition avaient eu lieu en Île-de-France. C'est la première fois que des cas autochtones de West Nile et Usutu virus étaient détectés en Île-de-France.

Les dates de début des symptômes s'étaient étalées du 18 juillet au 16 septembre (Figure 10b). Seize de ces cas étaient des hommes et 12 des femmes. L'âge médian était de 51 ans (min=25 ans ; max=79 ans, IQR : 42-65 ans).

Figure 10 | Répartition des cas autochtones de West Nile, Usutu et flavivirus West Nile/Usutu documentés au cours de la saison de surveillance renforcée (a) par semaine de signalement et (b) par semaine de début des signes, Île-de-France, 2025.



Huit cas ont présenté des formes neuro-invasives, dont cinq cas de West Nile, un cas d'Usutu et deux cas « flavivirus ». Ces 8 cas étaient âgés entre 25 ans et 79 ans. Deux de ces patients sont décédés : une femme de 77 ans et un homme de 79 ans qui présentaient de sévères comorbidités avant leur infection. Sept cas ont été détectés suite à un don du sang : deux étaient asymptomatiques, un avait eu des symptômes 8 jours après le don et 4 étaient asymptomatiques au moment du don et ont développé des symptômes légers entre 6 et 24 jours avant le don. Au total, 18 cas ont décrit des symptômes légers de type asthénie (83%), céphalées (67%), arthralgies (50%), fièvre (56%) et éruptions cutanées (39%). Neuf cas ont été hospitalisés, les durées d'hospitalisation allant de 4 à 73 jours (23 jours en moyenne, 17 jours en médiane).

Ces cas ont été confirmés par le CNR, par RT-PCR ou séroneutralisation. La séroneutralisation n'a pas permis de différencier entre WNV et USUV pour 7 cas, ils ont donc été classés en « flavivirus » WN/USU. Un cas a été classé comme « probable flavivirus » par le CNR, selon la définition de cas de la DO, car il ne présentait que des IgM et IgG positives sur un seul prélèvement.

Quinze de ces cas ont été notifiés par des professionnels de santé via le dispositif de DO, dont 7 par l'Établissement Français du Sang (EFS). Dix ont été initialement identifiés par le rattrapage des cas via le réseau de laboratoires et 3 ont été déclarés par le CNR.

Le délai médian entre la date de début des signes et la date de signalement à l'ARS était de 24 jours (min = 10 jours ; max = 75 jours, IQR : 13-49 jours). Ce délai médian variait en fonction de l'origine du signalement (Tableau 7).

Tableau 7 | Délais médians, intervalles interquartiles et extrêmes entre la date de début des signes et le premier prélèvement et entre la date de début des signes et la réception du signalement par l'ARS des cas autochtones de West Nile, Usutu et « flavivirus » (West Nile/Usutu) au cours de la saison de surveillance renforcée, par source de signalement, Île-de-France, 2025

WNV/USUV	DO EFS	DO autres	Rattrapage	TOTAL
	Médiane [IQR ; extrêmes]			
Délai DDS* - DDP**	10 jours [6-17; 6-24]	14 jours [9-19; 6-55]	17 jours [11-40; 6-69]	14 jours [7-20; 3-69]
Délai DDP** - Notification	7 jours [5-9; 2-11]	6 jours [4-19; 1-30]	6 jours [3-8; 3-21]	6 jours [4-11; 1-32]
Délai DDS* - Notification	15 jours [13-20; 10-30]	20 jours [13-39; 10-73]	26 jours [15-47; 10-75]	24 jours [13-49; 10-75]

* DDS = Date de début des signes

** DDP = Date de prélèvement

La majorité des cas résidaient à Paris ou dans la Petite Couronne avec 8 cas dans le département de la Seine-Saint-Denis, 7 dans le Val-de-Marne, 5 dans les Hauts-de-Seine et 2 à Paris (Tableau 8). Aucun cas n'a été notifié en Seine-et-Marne.

Tableau 8 | Répartition des cas autochtones de West Nile, Usutu et « flavivirus » (West Nile/Usutu) documentés, par département de résidence, au cours de la saison de surveillance renforcée, Île-de-France, 2025.

Département	West Nile	Usutu	Flavivirus WN/USU	Total
Paris	2	-	-	2
Seine-et-Marne	-	-	-	0
Yvelines	2	-	1	3
Essonne	2	-	-	2
Hauts-de-Seine	4	1	-	5
Seine-St-Denis	3	1	4	8
Val-de-Marne	5	-	2	7
Val d'Oise	1	-	-	1
Île-de-France	19	2	7	28

Mesures de gestion mise en place

Information des professionnels de santé

Suite à l'apparition des deux premiers cas, l'ARS a informé les professionnels de santé (réseau de médecins de maladies infectieuses et neurologie, soins d'urgence) pour les sensibiliser. Un [communiqué de presse](#) a été diffusé le 13/08/2025.

Sécurisation des produits du corps humain

Suivant la confirmation du premier cas, des mesures de sécurisation des produits du corps humains ont été mises en place par l'EFS et l'ABM dans les départements 93 et 95 à partir du 6 août. Ces mesures ont été étendues aux départements 75, 78, 92 et 94 le 3 septembre, suivant l'apparition de cas dans ces départements, puis à l'Île-de-France entière à partir du 10 septembre. Ces mesures ont permis d'identifier 7 cas par l'EFS suivant des dons de sang, asymptomatiques au décours immédiat du don.

Bilan de la surveillance entomologique

Des enquêtes entomologiques ont été menées, avec la pose de pièges, mi-août 2025 par l'ARD aux abords des domiciles des deux premiers patients. Une très forte densité de moustiques a été observée. Aucun virus n'a été détecté dans les pièges près du domicile du premier cas. La présence du WNV a été confirmée chez un moustique du genre *Culex* et dans des excréta prélevés dans un piège dans le jardin du deuxième cas, environ trois semaines après l'apparition de ces symptômes.

Parmi les autres pièges à moustiques installés en Île-de-France, WNV a été détecté dans le département du Val-de-Marne, dans la même rue que deux cas confirmés, et à Paris entre fin juillet et mi-septembre. Deux autres pièges se sont révélés positifs au virus USUV à Paris au mois d'août.

Les mesures de lutte antivectorielle ne sont généralement pas mises en œuvre autour des cas, car (1) la distance de vol de *Culex pipiens* est nettement plus étendue (de 500 m à 3 kilomètres selon les sources)^{27,28} que celle d'*Aedes albopictus*, (2) les gîtes de *C. pipiens* incluent des étendues d'eau importantes comme les mares et les fossés, (3) un cas humain ne représente que la partie émergée de l'iceberg, les oiseaux étant le réservoir du virus.

Bilan de la surveillance chez l'animal

Entre le 12 août et le 19 septembre (dates de notification), six chevaux présentant des symptômes ont été testés positifs au virus WN : 3 dans le département 78, 2 dans le département de Paris et 1 dans le département 94 (source Anses). Deux corneilles retrouvées mortes les 4 et 12 septembre dans un parc parisien, ont également été testées positives à WN.

Discussion

Le Virus du Nil Occidental (ou West Nile Virus) est un arbovirus principalement transmis par des moustiques du genre *Culex*, y compris de l'espèce *Cx. pipiens*, endémique en Île-de-France. Ce virus, qui n'entraîne aucun signe dans la grande majorité des cas, peut cependant provoquer des atteintes neurologiques chez l'homme ou d'autres grands mammifères. Le virus West Nile, maintenu dans la nature par des cycles de transmission entre les oiseaux et les moustiques, peut aussi infecter l'homme et le cheval, mais la charge virale étant trop faible, la transmission des mammifères au moustique est impossible. La transmission entre humains peut se faire uniquement par transfusion de sang ou greffes d'organes, d'où des mesures de sécurisation à mettre en place dès l'apparition de cas sur un territoire. Le virus Usutu a le même vecteur que le virus West Nile, mais la majorité des cas sont là encore asymptomatiques, et le risque de formes neuro-invasives est considéré comme faible. Aucune surveillance ni mesure de gestion n'est préconisée concernant le virus Usutu. La distance de vol du *Culex pipiens* étant beaucoup plus étendue que celle d'*Aedes albopictus*, les mesures de lutte antivectorielles ne sont pas recommandées.

Jusqu'en 2021, des cas humains et équins autochtones d'infection à WNV avaient été identifiés dans les départements du pourtour méditerranéen (régions Provence-Alpes-Côte d'Azur, Occitanie et Corse). En 2023, des cas humains autochtones ont été identifiés pour la première fois dans le département de la Gironde en Nouvelle-Aquitaine. Le virus Usutu circule depuis 2015 en France métropolitaine, avec la même zone géographique que WNV et des cas ont également été détectés en Nouvelle-Aquitaine en 2023.

L'année 2025 a été marquée par l'émergence du WNV et Usutu en Île-de-France ainsi que dans d'autres départements français jusqu'ici indemnes de circulation de ces virus⁴. En Île-de-France, 28 cas au total ont été confirmés par le CNR, dont 19 WNV, 2 Usutu et 7 « flavivirus » West Nile/Usutu. La surveillance multidisciplinaire mise en place suite à la détection des deux premiers cas et leur signalement immédiat par des cliniciens avisés a permis de détecter le WNV chez des donneurs de sang, des chevaux, des oiseaux ainsi que dans des pièges à moustiques. La circulation du virus a été mise en évidence dans tous les départements d'Île-de-France, exceptée la Seine-et-Marne.

Ces données illustrent une année exceptionnelle et correspondent à un événement épidémiologique notable, traduisant l'émergence du WNV dans une région jusqu'alors non endémique, fortement et densément peuplée et urbanisée. Toutefois, bien que ces résultats puissent suggérer le début d'une installation durable du virus (endémisation), cette hypothèse doit être soulevée avec prudence. En effet, seule une surveillance à long terme, sur plusieurs saisons, permettra de déterminer si cette émergence correspond à un phénomène ponctuel ou à une installation pérenne du virus dans l'écosystème francilien.

Cette émergence est survenue dans un contexte international d'augmentation de la circulation du WNV dans 14 pays Européens²⁹, notamment en Italie³⁰.

Forces et limites du système de surveillance

Le virus West Nile étant de la même famille des flavivirus qu'Usutu, les analyses effectuées au CNR n'ont parfois pas pu les distinguer. Les formes symptomatiques de l'infection par le virus Usutu seraient moins sévères que par WNV. Or parmi les deux cas d'Usutu détectés confirmés, l'un a présenté un tableau compatible avec une forme neuroinvasive (confusion, méningite et encéphalopathie). L'infection par WNV est à signalement obligatoire afin que des mesures de sécurisation des produits humains puissent être mises en œuvre dès qu'un cas est confirmé sur un territoire. Les cas d'Usutu sont détectés à travers la surveillance du WNV. A ce stade, il n'existe pas de système de surveillance ou de sécurisation des produits issus de l'humain ciblant Usutu.

Le caractère majoritairement asymptomatique de l'infection par le WNV (environ 80% des cas chez l'humain et le cheval) entraîne une sous-détection importante des infections. Les formes symptomatiques, souvent peu spécifiques (syndromes pseudo-grippaux), peuvent être confondues avec d'autres pathologies ou ne pas donner lieu à une consultation médicale. La paucité des signes renforce la sous-déclaration des cas, tant chez l'humain que chez l'animal. Une sensibilisation des professionnels de santé ainsi que chez les vétérinaires est primordiale pour évoquer cette infection en cas de symptômes neuro-invasifs sans autres diagnostics différentiels.

De même, les surveillances équine, aviaire et environnementale doivent être renforcées dans une démarche « One-Health » pour affiner la détection précoce, implémenter les mesures de biosécurité et mieux caractériser la dynamique de circulation du virus.

Conclusion

L'année 2025 a été marquée par des épidémies de chikungunya et de dengue touchant plusieurs régions du Monde, dont les DROMS. En France métropolitaine, le nombre de cas de chikungunya autochtone transmis par *Aedes albopictus* détectés était sans précédent ainsi que le nombre de cas de certains foyers (>100).

En Île-de-France, l'été 2025 a également été marqué par l'émergence des virus West Nile et Usutu, transmis par *Culex pipiens*, alors que ces virus ne circulaient jusqu'à présent que dans le Sud de la France.

La sensibilisation des professionnels de santé au diagnostic d'arbovirose devant toutes personnes présentant des signes évocateurs revenant de voyage, ou avec des symptômes neuro-invasifs, sans autre diagnostic différentiel et le signalement obligatoire restent donc essentielles pour contrôler le risque. La sensibilisation du public quant aux mesures de lutte contre les moustiques à domicile (que ce soit *Aedes albopictus* ou *Culex pipiens*), et aux précautions à prendre pendant et au retour d'un voyage d'une zone à risque (y compris en France métropolitaine) - notamment de consulter un médecin en cas de symptômes et d'utiliser des répulsifs en attendant le résultat - est également essentielle. Un signalement immédiat aux ARS permet de rapidement mettre en place des mesures de lutte antivectorielle si nécessaire pour chikungunya, dengue et zika, et des mesures de sécurisation des produits humains pour West Nile, réduisant comme cela a été le cas le risque d'une transmission autochtone, plus ou moins importante.

Enfin, nous sommes tous concernés par la prévention de la prolifération des moustiques en limitant les lieux de repos des moustiques adultes (débroussaillage, taille des haies, ramassage des débris végétaux, réduction des sources et zones d'humidité) et en détruisant les larves et gîtes potentiels (élimination de tous les sites où l'eau peut stagner).



Le risque de survenue de foyers autochtones de dengue, de chikungunya, de zika et maintenant de West Nile / Usutu est bien présent en Île-de-France. Il représente un enjeu majeur de santé publique, tant en raison d'un nombre de cas potentiellement important en cas de circulation autochtone qu'en raison de l'enjeu économique lié à un « dépistage arbo » qui se généraliserait devant tout syndrome fébrile en Île-de-France en période estivale.

Références

1. Bulletin de santé publique. Août 2021. BILAN DE LA SURVEILLANCE RENFORCÉE DES ARBOVIROSES – 2019-2020. Ile-de-France. <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/ile-de-france/documents/bulletin-regional/2021/bulletin-de-sante-publique-arboviroses-en-ile-de-france.-aout-2021>.
2. Fournet, N. *et al.* A cluster of autochthonous dengue transmission in the Paris region – detection, epidemiology and control measures, France, October 2023. *Eurosurveillance* **28**, 2300641 (2023).
3. Surveillance sanitaire à La Réunion. Bulletin du 5 septembre 2025. | Santé publique France. <https://www.santepubliquefrance.fr/regions-et-territoires/ocean-indien/bulletin-regional/surveillance-sanitaire-a-la-reunion-bulletin-du-5-septembre-2025> (2025).
4. Santé publique France. *Bilan de La Surveillance Renforcée Des Arboviroses, Du 1er Mai Au 24 Novembre 2025, France Hexagonale.* (2025).
5. Communicable Disease Threats Report, 24-31 January 2025, Week 5. ECDC.
6. Haider, N. *et al.* Global dengue epidemic worsens with record 14 million cases and 9000 deaths reported in 2024. *Int. J. Infect. Dis.* **158**, 107940 (2025).
7. Bulletin de Surveillance Sanitaire Polynésie française - N°45/2025.
8. Alertes de maladies épidémiques et émergentes en Océanie le 15 octobre 2024 - World | ReliefWeb. <https://reliefweb.int/map/world/alertes-de-maladies-epidemiques-et-emergentes-en-oceanie-le-15-octobre-2024> (2024).
9. Succès du World Mosquito Program mondial World Mosquito Program en Nouvelle-Calédonie. *World Mosquito Program* <https://fr.worldmosquitoprogram.org/en/news-stories/stories/success-new-caledonia> (2025).
10. Stratégie de vaccination contre la dengue - Place du vaccin Qdenga. Haute Autorité de Santé https://www.has-sante.fr/jcms/p_3461308/fr/strategie-de-vaccination-contre-la-dengue-place-du-vaccin-qdenga.
11. Frumence, E. *et al.* Genomic insights into the re-emergence of chikungunya virus on Réunion Island, France, 2024 to 2025. *Eurosurveillance* **30**, 2500344 (2025).
12. Tsetsarkin, K. A., Vanlandingham, D. L., McGee, C. E. & Higgs, S. A Single Mutation in Chikungunya Virus Affects Vector Specificity and Epidemic Potential. *PLoS Pathog.* **3**, e201 (2007).
13. Chikungunya, dengue et zika en France hexagonale. Bilan 2025.
14. Bohers, C. *et al.* Aedes albopictus is a competent vector of five arboviruses affecting human health, greater Paris, France, 2023. *Eurosurveillance* **29**, 2400271 (2024).
15. Amraoui, F., Vazeille, M. & Failloux, A. B. French Aedes albopictus are able to transmit yellow fever virus. *Eurosurveillance* **21**, 30361 (2016).
16. Ten Bosch, Q. A. *et al.* Contributions from the silent majority dominate dengue virus transmission. *PLoS Pathog.* **14**, e1006965 (2018).
17. Duong, V. *et al.* Asymptomatic humans transmit dengue virus to mosquitoes. *Proc. Natl. Acad. Sci. U. S. A.* **112**, 14688–14693 (2015).
18. Ly, S. *et al.* Asymptomatic Dengue Virus Infections, Cambodia, 2012–2013. *Emerg. Infect. Dis.* **25**, 1354–1362 (2019).
19. Nakkhara, P., Chongsuvivatwong, V. & Thammapalo, S. Risk factors for symptomatic and asymptomatic chikungunya infection. *Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg.* **107**, 789–796 (2013).
20. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Chikungunya outbreak—Cambodia, February–March 2012. *MMWR Morb. Mortal. Wkly. Rep.* **61**, 737–740 (2012).
21. Haby, M. M., Pinart, M., Elias, V. & Reveiz, L. Prevalence of asymptomatic Zika virus infection: a systematic review. *Bull. World Health Organ.* **96**, 402–413D (2018).
22. Beltrán-Silva, S. L., Chacón-Hernández, S. S., Moreno-Palacios, E. & Pereyra-Molina, J. A. Clinical and differential diagnosis: Dengue, chikungunya and Zika. doi:<https://doi.org/10.1016/j.hgmx.2016.09.011>.
23. Batista, R. P., Hökerberg, Y. H. M., de Oliveira, R. de V. C. & Lambert Passos, S. R. Development and validation of a clinical rule for the diagnosis of chikungunya fever in a dengue-endemic area. *PLOS ONE* **18**, e0279970 (2023).
24. Alvarado, L. I. *et al.* Distinguishing patients with laboratory-confirmed chikungunya from dengue and other acute febrile illnesses, Puerto Rico, 2012–2015. *PLoS Negl. Trop. Dis.* **13**, e0007562 (2019).
25. Costa, J., Ferreira, E. C. & Santos, C. COVID-19, Chikungunya, Dengue and Zika Diseases: An Analytical Platform Based on MALDI-TOF MS, IR Spectroscopy and RT-qPCR for Accurate Diagnosis and Accelerate Epidemics Control. *Microorganisms* **9**, 708 (2021).
26. Atzori, L., Ferreli, C., Mateeva, V., Vassileva, S. & Rongioletti, F. Clinicopathologic features between different viral epidemic outbreaks involving the skin. *Clin. Dermatol.* **39**, 405–417 (2021).
27. CDC. About Culex Mosquitoes. *Mosquitoes* <https://www.cdc.gov/mosquitoes/about/culex-mosquitoes.html> (2025).
28. Culex pipiens - Factsheet for experts. <https://www.ecdc.europa.eu/en/infectious-disease-topics/related-public-health-topics/disease-vectors/facts/mosquito-factsheets/culex-pipiens> (2020).
29. Weekly updates: Seasonal surveillance in humans in 2025 for West Nile virus. <https://www.ecdc.europa.eu/en/west-nile-fever/surveillance-and-disease-data/disease-data-ecdc>.
30. West Nile virus spread in Italy, summer 2025: a climate change hallmark? - PMC. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12719509/>.

Annexes

Annexe 1 | Comparaison des caractéristiques de *Culex pipiens* et *Aedes albopictus* (Remerciements à Didier Fontenille pour son aide éditoriale)

Caractéristique	<i>Culex pipiens</i>	<i>Aedes albopictus</i>
Aspect ^a		
Origine géographique	Cosmopolite tempéré	Originaire d'Asie du Sud-Est
Répartition actuelle	Mondiale, surtout zones tempérées	Expansion mondiale, zones tropicales et tempérées
Taille du moustique adulte	4 à 7 mm (plus petit qu'une pièce d'un centime)	4 à 6 mm (plus petit qu'une pièce d'un centime)
Couleur	Brun-gris	Noir mat, abdomen et pattes zébrées (« Moustique Tigre »)
Activité des adultes	Crépusculaire / nocturne	Diurne, pic d'activité tôt le matin et en fin d'après-midi
Habitat	En extérieur ou en intérieur (dont Métro) Eaux stagnante riche en déchets : Egouts, mares, seaux, soucoupes, caves, récipients non vidés, plinthes, dessous de meubles ou arrières de rideaux ...	Œufs et larves dans les petites collections d'eau propre, en extérieur (gouttières, récipients jouets, soucoupes, creux d'arbre ou de bambous, bouchons ...). Adultes : zones végétalisées, buissons, regards d'eaux pluviales, véhicules...
Vol	Bourdonne	Silencieux
Distance de vol ^b	Généralement 0,5 à 2 km, jusqu'à 10 km pour la recherche de sites de ponte ou d'hôtes (dispersion active). Peut être transporté passivement sur de plus longues distances (véhicules, vent).	Généralement 50 à 200 m, rarement plus de 1 km en dispersion active. Dispersion passive sur de très longues distances via le transport d'œufs ou d'adultes (commerce de pneus usagés, plantes, etc.).
Préférence trophique	Ornithophile (oiseaux), mais aussi mammifères et humains	Anthropophile (humains), mais aussi mammifères et oiseaux
Vecteur d'agents infectieux	Virus West Nile, Usutu, filariose, encéphalites	Dengue, chikungunya, Zika, fièvre jaune, peut-être West Nile
Résistance aux insecticides	Variable, résistances rapportées	Résistances croissantes rapportées
Diapause hivernale	Oui (femelles adultes)	Oui (œufs)
Comportement de ponte	Radeaux d'œufs à la surface de l'eau	Œufs pondus individuellement sur les parois humides au-dessus de la ligne de flottaison

Pour en savoir plus :

https://www.youtube.com/watch?v=zcQv_m_x98Y

<https://www.anses.fr/fr/content/le-moustique-tigre>

<https://blog.entomologist.net/culex-mosquitoes-flight-range.html>

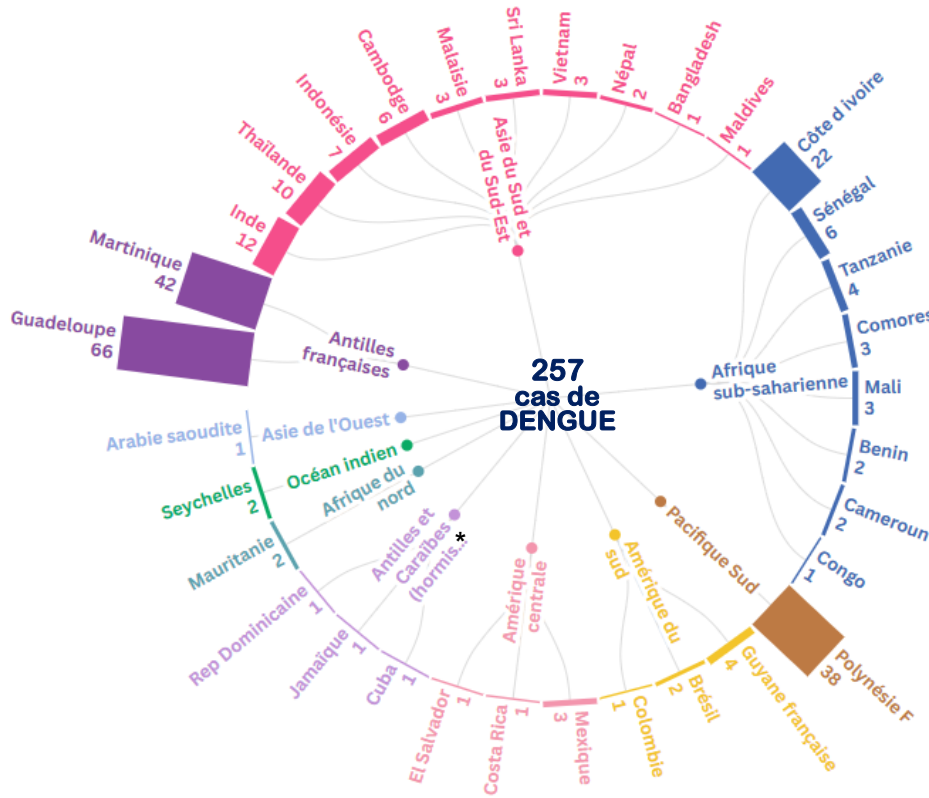
<https://www.ecdc.europa.eu/en/disease-vectors/facts/mosquito-factsheets/aedes-albopictus>

<https://www.ecdc.europa.eu/en/infectious-disease-topics/related-public-health-topics/disease-vectors/facts/mosquito-factsheets/culex-pipiens>

^a <https://solution-nuisible.fr/guides-conseils/moustique/especes-de-moustiques-tigre-commun-anophele-cousin/>

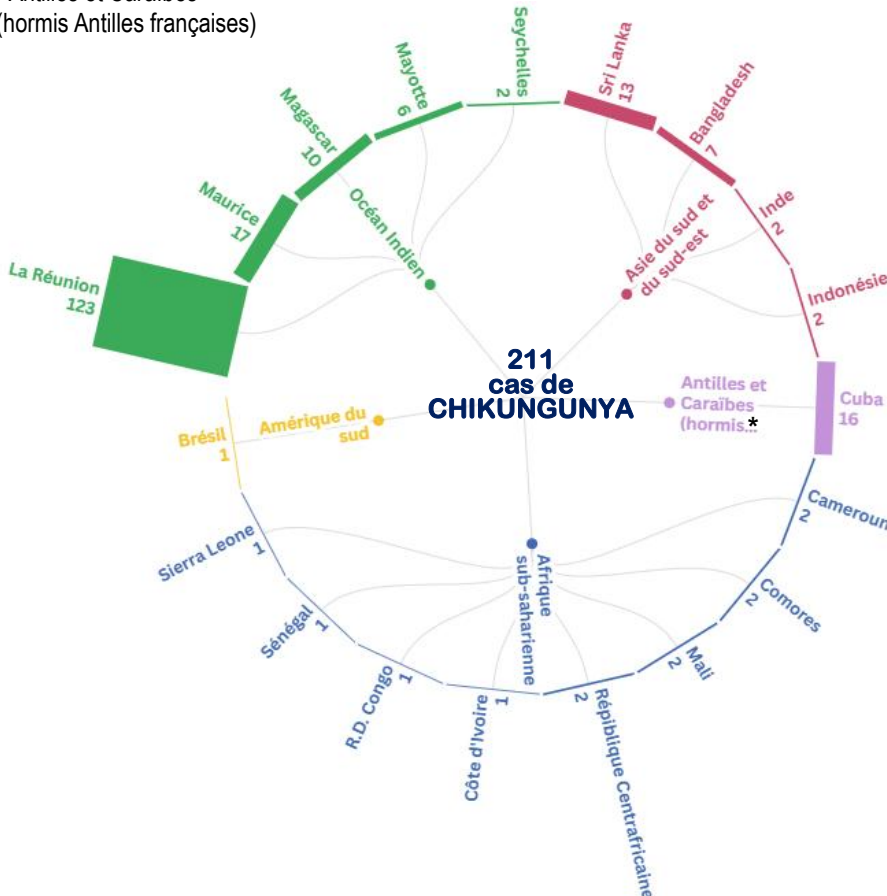
^b <https://doi.org/10.1016/j.limno.2013.11.002>

Annexe 2 | Pays d'importation des cas documentés en Île-de-France du 1^{er} mai au 30 novembre 2025



Pays d'importation de cas de dengue documentés au cours de la surveillance renforcée, Île-de-France, 2025.

* Antilles et Caraïbes (hormis Antilles françaises)



Pays d'importation de cas de chikungunya documentés au cours de la surveillance renforcée, Île-de-France, 2025.

Annexe 3 | Liste de communes / arrondissements franciliens colonisés par *Aedes albopictus* fin 2025

Département / Commune	Année de Colonisation
PARIS	
Paris 1er Arrondissement	2025
Paris 2e Arrondissement	2025
Paris 3e Arrondissement	2024
Paris 4e Arrondissement	2024
Paris 5e Arrondissement	2023
Paris 6e Arrondissement	2024
Paris 7e Arrondissement	2023
Paris 8e Arrondissement	2023
Paris 9e Arrondissement	2025
Paris 10e Arrondissement	2023
Paris 11e Arrondissement	2023
Paris 12e Arrondissement	2018
Paris 13e Arrondissement	2023
Paris 14e Arrondissement	2022
Paris 15e Arrondissement	2022
Paris 16e Arrondissement	2022
Paris 17e Arrondissement	2022
Paris 18e Arrondissement	2023
Paris 19e Arrondissement	2022
Paris 20e Arrondissement	2023
SEINE-ET-MARNE	
Avon	2025
Brie-Comte-Robert	2018
Brou-sur-Chantereine	2025
Bussy-Saint-Georges	2025
Cesson	2025
Champagne-sur-Seine	2021
Champs-sur-Marne	2023
Chelles	2023
Chessy	2024
Collégien	2025
Combs-la-Ville	2024
Croissy-Beaubourg	2025
Dammarié-les-Lys	2025
Dampmart	2025
Émerainville	2025
Fontainebleau	2025
Gouvernes	2024
Lagny-sur-Marne	2025
Lésigny	2025
Lieusaint	2025
Lognes	2025
Lumigny-Nesles-Ormeaux	2025
Meaux	2025
Melun	2025
Mitry-Mory	2025
Moissy-Cramayel	2025
Montigny-sur-Loing	2025
Moret-Loing-et-Orvanne	2025
Nandy	2025
Noisiel	2025
Ozoir-la-Ferrière	2025
Pontault-Combault	2024
Roissy-en-Brie	2024
Saint-Fargeau-Ponthierry	2025

Département / Commune	Année de Colonisation
ESSONNE	
Athis-Mons	2022
Ballainvilliers	2025
Ballancourt-sur-Essonne	2025
Bièvres	2025
Bondoufle	2024
Boussy-Saint-Antoine	2025
Brétigny-sur-Orge	2025
Brunoy	2023
Champcueil	2025
Champlan	2025
Chilly-Mazarin	2020
Corbeil-Essonnes	2022
Crosne	2023
Draveil	2018
Épinay-sous-Sénart	2024
Épinay-sur-Orge	2023
Étampes	2021
Étiolles	2024
Évry	2021
Fleury-Mérogis	2025
Grigny	2021
Igny	2023
Juvisy-sur-Orge	2022
La Norville	2022
La Ville-du-Bois	2025
Le Coudray-Montceaux	2025
Le Plessis-Pâté	2025
Linas	2025
Lisses	2023
Longjumeau	2020
Longpont-sur-Orge	2025
Marcoussis	2024
Massy	2018
Menecy	2025
Milly-la-Forêt	2022
Montgeron	2021
Morangis	2023
Morsang-sur-Orge	2023
Morsang-sur-Seine	2025
Ormoy	2025
Orsay	2024
Palaiseau	2022
Paray-Vieille-Poste	2022
Quincy-sous-Sénart	2023
Ris-Orangis	2022
Saclay	2025
Sainte-Geneviève-des-Bois	2024
Saint-Germain-lès-Arpajon	2025
Saint-Germain-lès-Corbeil	2025
Saint-Michel-sur-Orge	2024
Saint-Pierre-du-Perray	2023
Saintry-sur-Seine	2025
Saulx-les-Chartreux	2025
Savigny-sur-Orge	2022
Soisy-sur-Seine	2023

Département / Commune	Année de Colonisation
SEINE-SAINT-DENIS	
Aubervilliers	2024
Aulnay-sous-Bois	2023
Bagnolet	2025
Bobigny	2023
Bondy	2021
Clichy-sous-Bois	2024
Drancy	2024
Épinay-sur-Seine	2025
Gagny	2021
Gournay-sur-Marne	2024
L'Île-Saint-Denis	2024
La Courneuve	2025
Le Blanc-Mesnil	2025
Le Bourget	2023
Le Pré-Saint-Gervais	2025
Le Raincy	2023
Les Lilas	2025
Les Pavillons-sous-Bois	2023
Livry-Gargan	2022
Montfermeil	2023
Montreuil	2023
Neuilly-Plaisance	2018
Neuilly-sur-Marne	2022
Noisy-le-Grand	2023
Noisy-le-Sec	2022
Pantin	2024
Romainville	2025
Rosny-sous-Bois	2019
Saint-Denis	2024
Saint-Ouen	2023
Sevran	2025
Tremblay-en-France	2025
Villemomble	2018
Villepinte	2025
Villetaneuse	2024
VAL-DE-MARNE	
Ablon-sur-Seine	2024
Alfortville	2019
Arcueil	2021
Boissy-Saint-Léger	2023
Bonneuil-sur-Marne	2018
Bry-sur-Marne	2023
Cachan	2020
Champigny-sur-Marne	2022
Charenton-le-Pont	2017
Chennevières-sur-Marne	2023
Chevilly-Larue	2022
Choisy-le-Roi	2022
Créteil	2015
Fontenay-sous-Bois	2023
Fresnes	2022
Gentilly	2022
Ivry-sur-Seine	2023
Joinville-le-Pont	2022
L'Haÿ-les-Roses	2021

Saint-Thibault-des-Vignes	2025
Savigny-le-Temple	2025
Serris	2023
Thomery	2025
Thorigny-sur-Marne	2025
Torcy	2025
Vaires-sur-Marne	2025
Vaux-le-Pénil	2025
Vert-Saint-Denis	2025
Villeparisis	2024
Vulaines-sur-Seine	2025
YVELINES	
Achères	2023
Aigremont	2024
Andrésy	2025
Aubergenville	2025
Bailly	2025
Bougival	2024
Carrières-sous-Poissy	2025
Carrières-sur-Seine	2021
Chanteloup-les-Vignes	2025
Chatou	2023
Conflans-Sainte-Honorine	2022
Croissy-sur-Seine	2023
Élancourt	2022
Fontenay-le-Fleury	2025
Houilles	2019
Jouars-Pontchartrain	2023
Jouy-en-Josas	2025
L'Étang-la-Ville	2025
La Celle-Saint-Cloud	2025
Le Chesnay-Rocquencourt	2025
Le Mesnil-le-Roi	2023
Le Pecq	2023
Le Port-Marly	2025
Le Vésinet	2024
Louveciennes	2025
Magnanville	2025
Maisons-Laffitte	2022
Mantes-la-Jolie	2025
Mareil-Marly	2025
Marly-le-Roi	2025
Maule	2025
Maurecourt	2025
Montesson	2023
Noisy-le-Roi	2025
Plaisir	2025
Poissy	2023
Rambouillet	2025
Rennemoulin	2025
Saint-Germain-en-Laye	2025
Saint-Rémy-lès-Chevreuse	2024
Sartrouville	2022
Thoiry	2025
Triel-sur-Seine	2025
Vélizy-Villacoublay	2025
Verneuil-sur-Seine	2025
Versailles	2022
Villepreux	2023
Viroflay	2023
Voisins-le-Bretonneux	2025

Tigery	2025
Varenes-Jarcy	2025
Vauhallan	2025
Verrières-le-Buisson	2022
Vert-le-Petit	2025
Vigneux-sur-Seine	2018
Villabé	2025
Villebon-sur-Yvette	2023
Villemoisson-sur-Orge	2018
Villiers-sur-Orge	2025
Viry-Châtillon	2023
Wissous	2022
Yerres	2021
HAUTS-DE-SEINE	
Antony	2021
Asnières-sur-Seine	2020
Bagneux	2018
Bois-Colombes	2020
Boulogne-Billancourt	2023
Bourg-la-Reine	2019
Châtenay-Malabry	2017
Châtillon	2022
Chaville	2024
Clamart	2018
Clichy	2022
Colombes	2017
Courbevoie	2019
Fontenay-aux-Roses	2018
Garches	2023
Gennevilliers	2022
Issy-les-Moulineaux	2023
La Garenne-Colombes	2019
Le Plessis-Robinson	2022
Levallois-Perret	2022
Malakoff	2022
Marnes-la-Coquette	2024
Meudon	2024
Montrouge	2019
Nanterre	2022
Neuilly-sur-Seine	2021
Puteaux	2022
Rueil-Malmaison	2019
Saint-Cloud	2023
Sceaux	2018
Sèvres	2023
Suresnes	2022
Vanves	2023
Vaucresson	2023
Ville-d'Avray	2025
Villeneuve-la-Garenne	2019

La Queue-en-Brie	2024
Le Kremlin-Bicêtre	2023
Le Perreux-sur-Marne	2022
Le Plessis-Trévisé	2017
Limeil-Brévannes	2023
Maisons-Alfort	2017
Mandres-les-Roses	2025
Marolles-en-Brie	2025
Nogent-sur-Marne	2022
Noiseau	2024
Orly	2022
Ormesson-sur-Marne	2023
Périgny	2024
Rungis	2022
Saint-Mandé	2022
Saint-Maur-des-Fossés	2019
Saint-Maurice	2018
Santeny	2024
Sucy-en-Brie	2023
Thiais	2018
Valenton	2023
Villemecresnes	2023
Villejuif	2022
Villeneuve-le-Roi	2022
Villeneuve-Saint-Georges	2022
Villiers-sur-Marne	2023
Vincennes	2022
Vitry-sur-Seine	2022
VAL-D'OISE	
Argenteuil	2022
Asnières-sur-Oise	2022
Bezons	2022
Cergy	2021
Cormeilles-en-Parisis	2023
Deuil-la-Barre	2024
Domont	2021
Eaubonne	2025
Enghien-les-Bains	2023
Éragny	2023
Ermont	2023
Franconville	2023
Gonesse	2025
Groslay	2025
Herblay	2025
La Frette-sur-Seine	2024
Le Plessis-Bouchard	2025
Montigny-lès-Cormeilles	2025
Montmagny	2024
Neuville-sur-Oise	2021
Pontoise	2024
Roissy-en-France	2025
Saint-Gratien	2025
Saint-Leu-la-Forêt	2025
Saint-Ouen-l'Aumône	2025
Sannois	2023
Soisy-sous-Montmorency	2025
Taverny	2021

Liens Utiles

Les moustiques *Aedes albopictus* et *Culex pipiens* :

- Informations sur le vecteur *Aedes albopictus* (Anses) : [ici](#)
- Présence du moustique tigre en Île-de-France (ARS Île-de-France) : [ici](#)
- Portail de signalement du « moustique tigre » : [ici](#)
- Informations sur la lutte contre le vecteur *Aedes albopictus* (ARS Île-de-France) : [ici](#)
- En zones urbanisées (« moustiques des villes ») : [ici](#)
- *Culex pipiens* - Factsheet for experts (ECDC) : [ici](#)

Généralités :

- Dossier thématique Dengue (Santé publique France) : [ici](#)
- Chikungunya, dengue, Zika, fièvre jaune, encéphalite japonaise, fièvre du Nil (Ameli) : [ici](#)
- Dossier thématique West Nile Virus (Santé publique France) : [ici](#)
- Face aux moustiques et aux maladies qu'ils transmettent, protégeons-nous (Santé publique France) : [ici](#)

Pour les professionnels de santé :

- Prévention de la dengue et chikungunya en France métropolitaine - Repères pour votre pratique (Santé publique France) : [ici](#)
- Professionnels de santé : les bonnes pratiques face aux arboviroses transmises par le moustique tigre (ARS Île-de-France) : [ici](#)
- La dengue : informations destinées aux professionnels de santé (Ministère de la Santé) : [ici](#)
- Antibioclis : page dédiée à la dengue : [ici](#) (connexion requise)

Remerciements :

- **A l'ensemble des professionnels de santé qui par leurs signalements, contribuent à la prévention, au contrôle et à la surveillance des arboviroses en Île-de-France**
- **Au CNR des Arbovirus et aux laboratoires hospitaliers et de ville qui participent chaque jour à la surveillance**
- **Aux cellules de veille, aux services santé-environnement et aux délégations départementales de l'ARS Île-de France pour leur collaboration**
- **A l'ARD, opérateur de lutte antivectorielle avec qui nous avons une excellente coopération**
- **A l'Institut Pasteur, au LNR West Nile (Anses), à l'EFS, à la DGS pour les échanges essentiels autour de l'émergence du virus West Nile en Île-de-France, dans une approche « One Health »**
- **A la Direction de Maladies Infectieuses (DMI) et aux membres du Gepp Arboviroses de Santé publique France pour leur expertise et leur appui**

Comité de rédaction : Gabriela Modenesi, Nelly Fournet, Arnaud Tarantola

Contact : Santé publique France Île-de-France – cire-idf@santepubliquefrance.fr

Pour nous citer : Bilan de la surveillance renforcée des arboviroses transmises par les moustiques en Île-de-France en 2025. Édition Île-de-France. Mai 2026. Saint-Maurice : Santé publique France, 2026.

Directrice de publication : Caroline Semaille

Date de publication : 7 mai 2026