



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ, DES FAMILLES,
DE L'AUTONOMIE
ET DES PERSONNES HANDICAPÉES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

EDITION 2026

RECOMMANDATIONS SANITAIRES AUX VOYAGEURS

A l'attention des professionnels

Edition 2026

RECOMMANDATIONS SANITAIRES DU HAUT CONSEIL DE LA SANTE
PUBLIQUE POUR LES VOYAGEURS
Actualisées en juin 2026
(à l'attention des professionnels de santé)

*HEALTH RECOMMENDATIONS FOR TRAVELLERS
Updated in June 2026
(For health professionals)*

1.4 Dengue

De nombreux pays rapportent des cas de dengue (voir Figure 4 ci-dessous et [Annexe 5](#)).

La dengue est une arbovirose transmise par des moustiques du genre *Aedes* (*Aedes aegypti* dans les zones tropicales et intertropicales, *Aedes polynesiensis* dans le Pacifique, et *Aedes albopictus*, de distribution géographique plus large). Il s'agit de l'arbovirose la plus fréquente dans le monde, évoluant sur un mode endémo-épidémique dans de nombreuses régions du monde et dans plus de 110 pays (Amérique du Sud et centrale, Caraïbes, Méditerranée orientale, Afrique, Asie du Sud-Est, Pacifique occidental), comme le montre la figure 4. Il s'agit également d'une des causes les plus fréquentes de fièvre au retour de voyage en zone tropicale et intertropicale [58], en dehors de l'Afrique sub-saharienne, où le paludisme est le plus souvent en cause. Le risque chez le voyageur est de l'ordre de 1% par mois d'exposition [58], mais est probablement sous-estimé en cas de voyage en Afrique Sub-saharienne, où l'épidémiologie de cette arbovirose est mal connue.

En France hexagonale, la dengue est la deuxième cause de fièvre d'importation, et pose le problème de sa potentielle diffusion sur le territoire, du fait de la présence d'un vecteur compétent, *Aedes albopictus*.

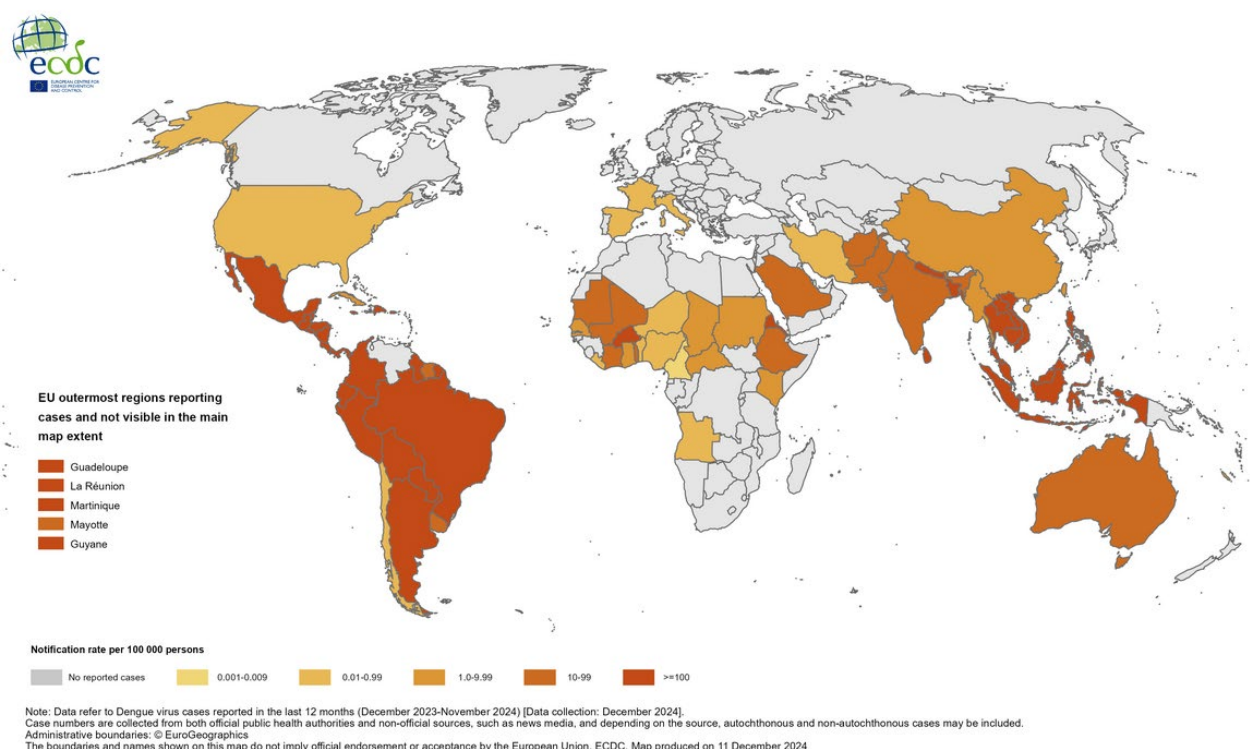


Figure 4 : taux d'incidence de la dengue dans le monde (données 2023-2024) [59].
(voir [annexe 5](#))

Il existe 4 sérotypes du virus de la dengue (DENV) : DENV-1, DENV-2, DENV-3 et DENV-4. L'infection par un sérotype confère une immunité à long-terme vis-à-vis de ce même sérotype, mais uniquement une immunité provisoire (6 mois à un an) vis-à-vis des autres sérotypes. Les infections secondaires par un sérotype différent exposent à un risque de dengue plus sévère (du fait d'un phénomène dit de facilitation dépendant des anticorps).

Il s'agit d'une maladie asymptomatique dans 60 à 80 % des cas, bien que cette proportion soit discutée dans la littérature [61]. Les sujets symptomatiques présentent le plus souvent un tableau bénin (fièvre de début brutal associée à un syndrome grippal et à un exanthème). La survenue



d'une forme grave (choc, détresse respiratoire, syndrome hémorragique, atteinte viscérale) est rare (moins de 1 % chez les voyageurs) [62,63], avec une létalité inférieure à 0,1 % [64]. La phase critique survient classiquement lors de la défervescence entre le 3^e jour et le 7^e jour. Les facteurs de risque de dengue grave sont bien décrits en zone d'endémie : antécédent personnel de dengue (« dengue secondaire »), âges extrêmes de la vie, comorbidités (drépanocytose notamment SC, autres hémoglobinopathies, obésité, diabète, hypertension artérielle compliquée, maladie rénale chronique, cardiopathies, maladies respiratoires chroniques, et thrombocytopathies). Chez le voyageur, les facteurs de risque de dengue grave sont moins bien connus. L'âge élevé, les comorbidités et la prise d'anticoagulants étaient associés au risque de dengue grave dans une revue de la littérature publiée en 2019 [62]. Cependant, dans une étude rétrospective publiée en 2023, seuls 25% des cas de dengue avec signes d'alerte ou de dengue grave étaient survenus chez des patients avec comorbidité(s), les autres ayant touché des voyageurs sans comorbidité. Par ailleurs, dans une revue de la littérature portant sur 9 décès secondaires à la dengue survenus entre 1995 et 2020, 7 étaient en lien avec une dengue primaire [64].

Il n'existe pas de traitement curatif de la dengue, le traitement symptomatique reposant sur la lutte contre la fièvre, la réhydratation, le remplissage vasculaire et les soins de support en cas de défaillance d'organe.

La dengue est une maladie à [signalement obligatoire en France](#) qu'il s'agisse d'un cas importé ou autochtone.

La prévention repose sur les mesures de PPAV détaillées dans le [chapitre 2.2](#) et désormais sur la vaccination en fonction de l'âge du voyageur, de l'épidémiologie de la dengue dans la zone visitée, et de la durée du séjour.

Le vaccin Qdenga® a une AMM pour la prévention de la dengue chez les sujets de 4 ans et plus indépendamment d'une exposition antérieure au virus. S'agissant d'un vaccin vivant atténué (tétravalent, chimérique et recombinant) il est contre-indiqué chez les personnes immunodéprimées, les femmes enceintes ou allaitantes et en cas d'hypersensibilité aux substances actives ou à l'un des excipients. La primo-vaccination, comprenant deux doses espacées de 3 mois, doit être réalisée par voie sous-cutanée.

Une étude publiée en 2025 est en faveur d'un bon profil de tolérance chez 1176 voyageurs considérés comme « naïfs » vis-à-vis de la dengue dans 88% des cas et d'âge médian de 39 ans. Les effets indésirables (signes généraux et locaux d'intensité faible à modérée) étaient spontanément résolutifs, et moins fréquents chez les plus de 60 ans, bien que cette tranche d'âge ne soit représentée que par 83 voyageurs [66]. Par ailleurs, les données d'utilisation, principalement en zone d'endémie, sont en faveur d'un bon profil de tolérance de ce vaccin, sans qu'aucun signal de phénomène de facilitation dépendant des anticorps n'ait été identifié.

Recommandations

La stratégie varie selon l'âge du voyageur et l'épidémiologie actualisée de la dengue dans la zone géographique considérée, accessible via le lien suivant <https://www.ecdc.europa.eu/en/dengue-monthly>.

Lors de la consultation, les voyageurs doivent être informés :

- de l'absence de données d'immunogénicité et d'efficacité au-delà de 60 ans [67], une étude étant en cours (cependant le vaccin dispose d'une AMM pour les 60 ans et plus et il n'existe pas de données à ce jour laissant craindre un défaut d'immunogénicité) ;
- d'une immunogénicité et d'une efficacité moindres vis-à-vis du sérotype 3 en particulier chez les sujets séronégatifs pour la dengue ;
- du délai nécessaire avant d'obtenir une protection vaccinale, de 2 semaines minimum après la 1^{re} dose vaccinale ;
- de la nécessité d'appliquer les mesures de PPAV, y compris chez les personnes vaccinées, détaillées au [chapitre 2.2](#)

Compte tenu des données de pharmacovigilance rassurantes quels que soient le terrain et les antécédents personnels de dengue, le positionnement du HCSP est le suivant :

- En cas de séjour dans une zone où une épidémie est avérée ou en cas de séjour de plus d'un mois dans une zone où la dengue est considérée comme endémique (taux d'incidence supérieur à 100 pour 100 000 personnes-années) :
 - La vaccination contre la dengue est recommandée chez les voyageurs de 6 ans et plus, quels que soient les antécédents personnels de dengue (sérologie non nécessaire) ;
- En cas de séjour dans une zone où le taux d'incidence est supérieur à 100 pour 100 000 personnes-années sans épidémie rapportée :
 - La vaccination n'est pas recommandée pour les séjours courts (de moins d'un mois) ;
- En cas de séjour dans une zone où la dengue circule avec un taux d'incidence inférieur à 100 pour 100 000 personnes-années, et sans épidémie active rapportée :
 - La vaccination n'est pas recommandée.

Dengue

Un vaccin est actuellement disponible pour prévenir l'infection chez les personnes de 6 ans et plus : [Qdenga®](#).

Qdenga® est contre-indiqué en cas d'hypersensibilité au principe actif ou à l'un des excipients, chez les personnes immunodéprimées et chez les femmes enceintes ou allaitantes.

Les recommandations vaccinales, qui concernent les personnes de 6 ans et plus, sont résumées dans le logigramme ci-dessous.

Schéma vaccinal en primovaccination

- 2 doses par voie sous-cutanée avec un intervalle d'au moins 3 mois entre les 2 doses.
- En cas de départ imminent, tout particulièrement en cas d'épidémie : une dose par voie sous-cutanée au moins 2 semaines avant le départ, la 2^e dose devant être impérativement réalisée avec un intervalle d'au moins 3 mois.
- Surveillance pendant 15 minutes dans les suites de l'administration vaccinale.

En cas de dengue récente, il est recommandé d'attendre un délai de 6 mois avant de procéder à l'injection de la 1^{ère} dose.

Rappels

- Pas de donnée actuellement disponible sur l'intérêt d'une dose de rappel.

Associations vaccinales

Le vaccin Qdenga® peut être administré le même jour que le vaccin contre l'hépatite A et le vaccin nonavalent contre les infections à HPV.

Des données d'association de Qdenga® avec le vaccin de la fièvre jaune sont en faveur d'une immunogénicité plus faible, sans que l'impact clinique de cette donnée soit connu. Par précaution, on respectera dans la mesure du possible un intervalle d'un mois entre les vaccins fièvre jaune et Qdenga®, mais en cas de départ imminent, les deux vaccins peuvent être administrés le même jour ou à n'importe quel intervalle.

Des données limitées sont en faveur d'une bonne tolérance en cas de coadministration avec les vaccins contre l'encéphalite japonaise, la rage et la fièvre typhoïde, mais l'immunogénicité n'est pas connue dans cette situation.