

Mayotte

Surveillance épidémiologique des arboviroses

Semaine 20 (du 12 au 18 mai 2025)

Point de situation au 23/05/2025

Points clés

- Au total **326 cas confirmés de chikungunya ont été enregistrés entre la S10 et S20-2025**
- Circulation du chikungunya sur la quasi-totalité du territoire de Mayotte, **avec une concentration plus importante dans les communes de Mamoudzou, Pamandzi, Dzaoudzi et Koungou** ;
- **Renforcement nécessaire des systèmes de surveillance** pour mieux estimer l'ampleur réelle de la circulation du chikungunya ;
- Passage en phase 2B du **plan ORSEC** en raison de l'intensification de la circulation des cas autochtones de chikungunya : plusieurs mesures de gestion et de surveillance vont être mises en œuvre pour freiner cette dynamique et mieux se préparer à une éventuelle phase épidémique ;
- Une sous-estimation possible liée à l'absence de recours systématique aux tests de confirmation biologique du chikungunya aux urgences et en médecine de ville, ainsi qu'à un recours aux soins limité d'une partie de la population.
- **Légère augmentation de la circulation de la dengue sur l'île** avec 19 cas confirmés depuis le début de l'année dont 10 entre la semaine 19 et S20.

En raison de l'accroissement important du nombre de cas, les investigations individuelles auprès de chaque cas ne sont plus réalisées. Le statut autochtone ou importé n'est donc pas présenté dans ce bulletin.

Indicateurs clés

Nombre de cas confirmés biologiquement*	S19	S20	Total
Chikungunya	80	119	326
Dengue	8	2	19

* Données non consolidées

Sources : données ARS Mayotte, LBM CHM Mayotte, Mayobio. Exploitation : SpF Mayotte

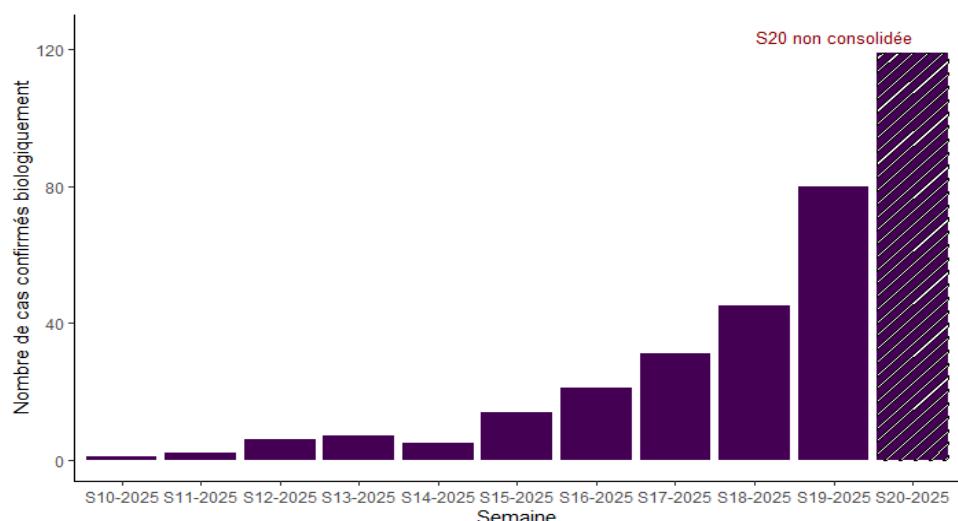
Chikungunya

Cas confirmés

Depuis le premier cas de chikungunya importé de La Réunion, identifié à Mayotte en semaine 10 (S10-2025), 326 cas ont été confirmés biologiquement sur le territoire.

Le nombre de cas de chikungunya est en augmentation continue depuis la semaine 15, traduisant l'installation d'une transmission autochtone. En effet, depuis la semaine 16, tous les cas pour lesquels le mode d'acquisition était connu sont d'origine autochtone. En semaine 20 (S20), 119 cas ont été enregistrés, dont un seul importé, soulignant l'intensification de la circulation autochtone du virus (Figure 1). Il convient de noter que les données de la S20 ne sont pas encore consolidées et que le nombre de cas confirmés pourrait être révisé à la hausse pour cette période.

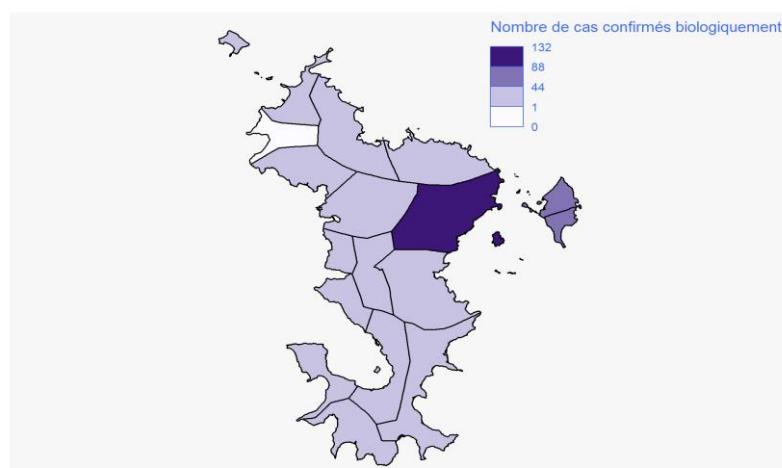
Figure 1. Courbe des cas confirmés de chikungunya par semaine de début des symptômes, Mayotte, S10 à S20-2025



Sources : données LBM CHM Mayotte, Mayobio, ARS. Exploitation : SpF Mayotte

Des cas de chikungunya ont été rapportés sur la quasi-totalité du territoire, indiquant une diffusion large du virus. Toutefois, la majorité des cas confirmés (79 %) restent concentrés dans quatre communes : Mamoudzou (n = 132), Pamandzi (n = 66), Dzaoudzi (n = 47) et Koungou (n = 14) (Figure 2).

Figure 2. Nombre de cas de chikungunya par commune de domicile, Mayotte, S10-2025 à S20-2025

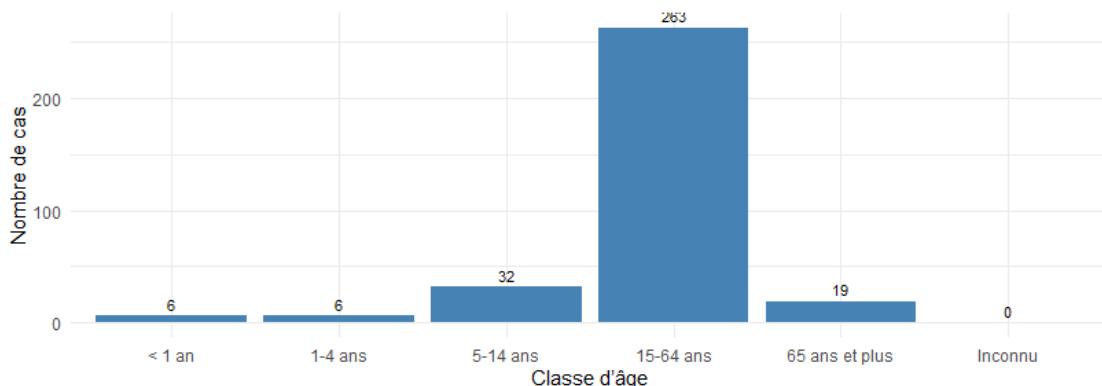


Source : données ARS, Exploitation : SpF Mayotte

Caractéristiques des cas

Parmi l'ensemble des cas, 57 % étaient des femmes. Les 15-64 ans représentaient 83,5 % de cas déclarés ($n = 147$), 6 cas ont moins d'un an et 19 ont 65 ans et plus (Figure 3).

Figure 3. Répartition des cas confirmés de chikungunya par classe d'âges, Mayotte, S10 à S20-2025



Sources : données LBM CHM Mayotte, Mayobio, ARS. Exploitation : SpF Mayotte

Cas hospitalisés et décès

Depuis la semaine 10, 10 cas de chikungunya ont nécessité une hospitalisation. Parmi eux, 6 étaient des femmes enceintes, admises à titre de précaution en raison du risque accru de complications lié à l'infection. Les autres hospitalisations concernaient deux hommes adultes et deux enfant de moins d'un an. Aucune admission en réanimation n'a été enregistrée et aucun décès n'est à déplorer (Tableau 1).

Tableau 1 – caractéristiques des cas confirmés biologiquement hospitalisés, semaine 2025-S10 à 2025-S20, Mayotte, données arrêtées au 21/05/2025.

Classe d'âge	Total	Dont femme enceintes
< 1 an	2	0
15-64 ans	8	6

Qualité des données de surveillance

Alors que Mayotte est entrée, depuis le 16 mai, en phase 2B du plan ORSEC Arboviroses – traduisant une intensification de la circulation du virus du chikungunya – plusieurs éléments laissent penser que la situation épidémiologique pourrait être sous-estimée.

En effet, la pression croissante observée dans les services d'urgences a conduit certains médecins à ne plus systématiquement demander de confirmation biologique pour les cas suspects de chikungunya, afin d'éviter de surcharger le laboratoire. Il a ainsi été décidé de suspendre les prescriptions de tests de confirmation biologique aux urgences. Par ailleurs, des retours émanant de la médecine de ville confirment également une réduction des demandes de confirmation biologique. Cette situation, combinée à un recours aux soins limité d'une partie de la population,

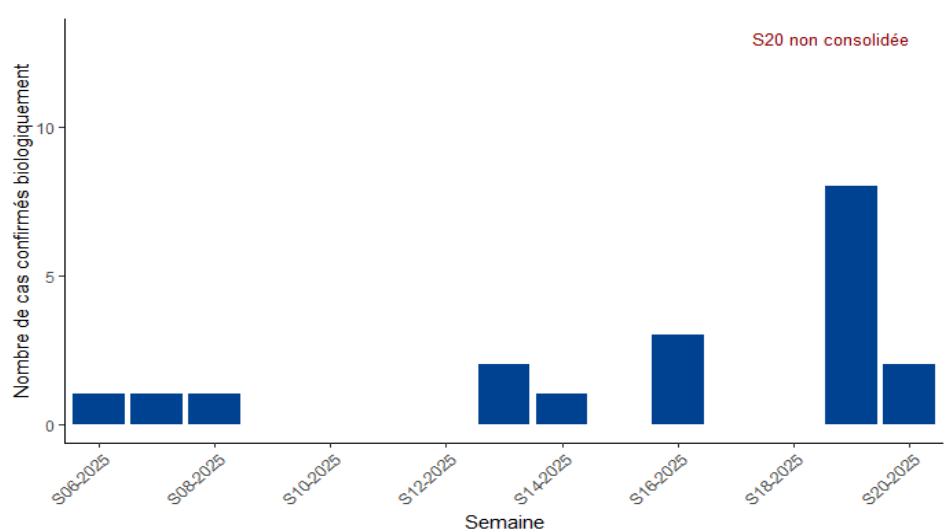
affecte significativement la qualité des données collectées pour la surveillance épidémiologique et pourrait contribuer à une sous-estimation de la réalité sanitaire actuelle.

Dans ce contexte, il convient d'interpréter avec une grande prudence les données disponibles concernant la circulation du chikungunya à Mayotte.

Dengue

Au total 19 cas confirmés de dengue ont été rapportés depuis le début de l'année 2025. Une augmentation marquée a été observée en semaine 19, avec 8 cas confirmés, suivie de 2 nouveaux cas en semaine 20. Une hausse soudaine mais non poursuivie la semaine suivante. Parmi l'ensemble des cas, 5 sont d'origine autochtone, 2 importés, et 12 cas dont l'origine n'a pas pu être déterminée (Figure 4).

Figure 4. Courbe des cas confirmés de dengue par semaine de déclaration, Mayotte, S06 à S20-2025



Sources : données LBM CHM Mayotte, Mayobio, ARS. Exploitation : SpF Mayotte

Surveillance syndromique

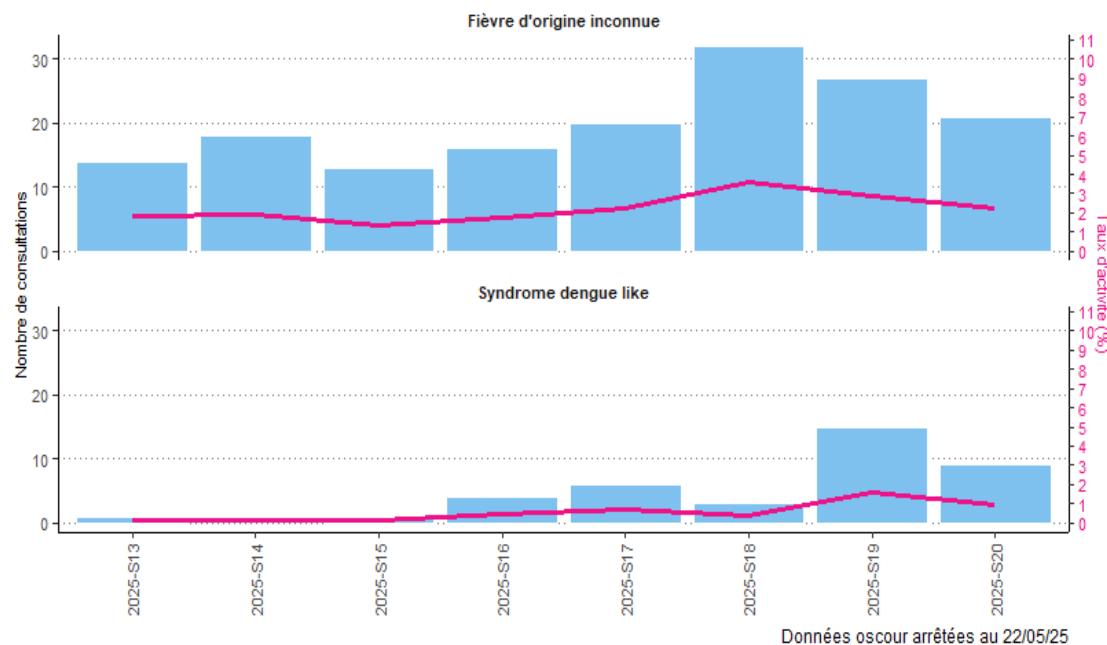
Fièvre d'apparition brutale de $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ associée ou non à des céphalées, des douleurs musculaires et/ou articulaires, des nausées/vomissements et un rash cutané en l'absence de tout autre point d'appel infectieux.

Passages aux urgences

Après une augmentation marquée des passages aux urgences pour syndrome dengue-like (SDL), et du taux de positivité associé en 2025-S19, une baisse des consultations et du taux de positivité (aux alentours de 1 %) est enregistrée en 2025-S20 (Figure 5).

Par ailleurs, depuis la semaine 15, une augmentation du nombre de passages aux urgences pour le motif « fièvre d'origine inconnue » a été observée. Un pic a été atteint en semaine 18, précédant la hausse des consultations pour syndromes dengue-like enregistrée en semaine 19. Cette augmentation des passages pour fièvre d'origine inconnue pourrait constituer un proxy de l'augmentation des syndromes dengue-like, définis comme une fièvre associée à d'autres symptômes (cf. définition ci-dessus) (Figure 5).

Figure 5. Nombre de passages aux urgences pour motif syndrome dengue like par semaine et taux d'activité, Mayotte, 2025-S13 à 2025-S20



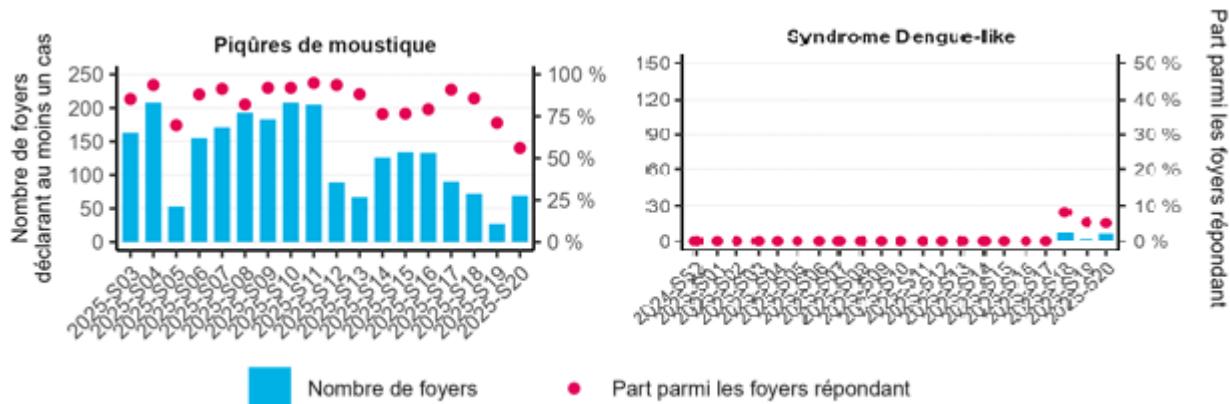
Source : données Oscour®, Exploitation : SpF Mayotte.

Données oscour arrêtées au 22/05/25

Surveillance à Base Communautaire (SBC) (méthodologie p9)

Au total pour la semaine 2025-S20, on enregistre 123 foyers interrogés dans 7 quartiers (6 villages dans 4 communes). La surveillance de la nuisance liée aux piqûres de moustique a commencé en S03-2025, la surveillance des SDL dans les quartiers les plus précaires de l'île a été amorcée en S17 avec des premières données en S18-2025. En SBC, les SDL étaient définis comme au moins un membre du foyer ayant de la fièvre (non mesurée) associé à une éruption cutanée ou de l'arthralgie.

Figure 6. Nombre hebdomadaire de foyers enquêtés rapportant au moins un cas de syndrome dengue-like et beaucoup de piqûres de moustique, 2025-S03 à 2025-S20



Rappel : bien que la SBC soit déployée dans les quartiers les plus précaires de Mayotte, les quartiers enquêtés ne sont pas les mêmes d'une semaine à l'autre. Par conséquent, les comparaisons entre ces deux périodes doivent être réalisées avec prudence.

Une baisse des nuisances liées aux piqûres de moustiques dans les quartiers enquêtés semble apparaître depuis quelques semaines (Figure 6).

Tableau 2 – Nombre de foyers déclarant se faire beaucoup piquer par les moustiques et déclarant au moins une personne ayant un syndrome dengue-like dans le foyer, dans les quartiers précaires de 6 villages, semaine 2025-S20, Mayotte, données arrêtées au 20/05/2025.

Communes	Villages	Quartiers	Nombre foyers enquêtés	Synd. Dengue-like	Piqûres de moustique
Bandrélé	Hamouro	1	16	0 (0 %)	8 (50 %)
Dzaoudzi	Labattoir	2	20	1 (6 %)	13 (65 %)
Mamoudzou	Cavani	3	13	0 (0 %)	6 (46 %)
	Mtsapéré	4	20	0 (0 %)	7 (35 %)
	Mtsapéré	5	23	3 (13 %)	7 (30 %)
	Tsoundzou 1	6	19	2 (10 %)	16 (84 %)
Tsingoni	Mirereni	7	12	0 (0 %)	12 (100 %)

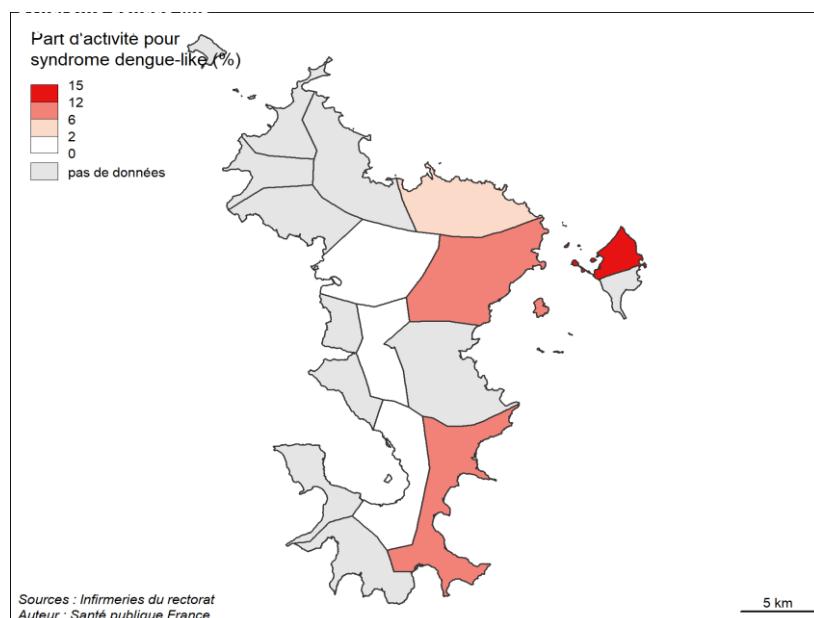
Les pourcentages sont calculés hors données manquantes (non présentées ici).

En semaine 20-2025, des SDL ont été déclarés dans des foyers de 3 quartiers dans les communes de Dzaoudzi et Mamoudzou (Tableau 2).

Surveillance dans les infirmeries scolaires

En 2025-S20, la surveillance des syndromes dengue-like (SDL) dans les infirmeries des collèges et lycées a permis de recenser un total de 41 consultations pour SDL, représentant 6 % de l'ensemble de l'activité des infirmeries. Parmi les 10 établissements ayant transmis leurs données cette semaine-là, 6 ont signalé des passages à l'infirmerie pour des symptômes évocateurs d'arbovirose. Le collège de la commune de Dzaoudzi (n = 1) et les collèges de Mamoudzou et Bandrélé, sont celles ayant enregistrées la part la plus élevée de consultations pour SDL, avec 6 à 15 % de leur activité hebdomadaire dédiée. (Figure 7).

Figure 7 – Pourcentage de consultations pour syndromes dengue-like par commune, semaine 2025-S20 (9 infirmeries scolaires déclarantes), Mayotte, données arrêtées au 20 mai 2025.



Analyse de risque chikungunya

Face à l'intensification de la circulation virale locale, l'ARS a décidé d'élever le niveau de réponse du plan ORSEC « Arboviroses » au niveau 2B depuis une semaine. Ce renforcement vise à mettre en œuvre des mesures accrues pour freiner la dynamique de transmission et anticiper une éventuelle entrée en phase épidémique.

Le nombre de cas confirmés de chikungunya poursuit sa progression, avec un doublement hebdomadaire observé depuis la semaine 15. Cette tendance souligne une accélération de la transmission du virus sur le territoire. Par ailleurs, le retour de vacances et les échanges avec La Réunion pourraient favoriser l'augmentation du nombre de cas importés dans les prochains jours, contribuant potentiellement à renforcer la circulation virale à Mayotte.

Plusieurs signaux convergents suggèrent que la situation épidémiologique actuelle pourrait être significativement sous-évaluée. L'arrêt des prélèvements aux urgences, combiné à une réticence des médecins à prescrire des tests virologiques en raison de la saturation du laboratoire du CHM et des délais prolongés pour l'obtention des résultats compromet la confirmation virologique des cas. Pour rappel, jusqu'à présent, seule cette confirmation permettait de déclencher une intervention de lutte anti vectorielle ciblée autour des cas identifiés.

Désormais, les signalements aux urgences sont traités en surveillance syndromique, avec transmission directe des cas suspects à l'ARS, sans validation biologique. En conséquence, les actions de lutte anti vectorielle ne sont plus systématiquement déclenchées autour de cas confirmés, mais ciblent désormais des zones géographiques où le nombre de cas recensés jusqu'à présent est faible.

Par ailleurs, la mobilisation encore incomplète du réseau de médecins sentinelles en ville, ainsi que l'absence de codage standardisé dans certains outils spécialisés dans le système de soin comme DXcare (malgré des capacités d'extraction existantes) limitent fortement les capacités de détecter et à suivre l'évolution de la situation en temps réel.

Ces limitations s'ajoutent aux obstacles structurels d'accès aux soins, bien documentés sur le territoire qui affectent la qualité des données de surveillance. Enfin, les écarts notables entre les données déclarées officiellement et les informations informelles issues du terrain renforcent la nécessité de réévaluer les dispositifs actuels de surveillance.

Préconisations chikungunya

Le chikungunya est une maladie infectieuse due à un arbovirus : Ce virus se transmet de personne à personne principalement **par piqûres de moustiques du genre Aedes**, essentiellement *Aedes aegypti* et *Aedes albopictus* (aussi appelé moustique tigre). Le chikungunya a été isolé pour la première fois en Ouganda en 1953, lors d'une épidémie survenue en Afrique de l'Est. Le nom chikungunya vient du makondé et signifie "l'homme qui marche courbé".

La maladie se manifeste en effet généralement par une **fièvre et des douleurs articulaires** qui disparaissent spontanément au bout de quelques jours.

Diagnostic

Lorsqu'une PCR est réalisée, elle doit être effectuée le plus rapidement possible après l'apparition des symptômes (= syndrome pseudo-grippal* avec ou sans douleurs articulaires) (virémie +/- 7 jours). Seule la PCR (à réaliser jusqu'à J7) permet un diagnostic de confirmation rapide (= cas confirmés). Dans le cas où une PCR n'est pas réalisable (> J7) et qu'une sérologie est réalisée (= cas probable), celle-ci doit être nécessairement suivie d'une seconde analyse à J14 de la DDS.

* Cas suspect : fièvre $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ associée ou non à des céphalées, des douleurs musculaires et/ou articulaires, des nausées/vomissements et un rash cutané en l'absence de tout autre point d'appel infectieux (ICD-10, Version 2016).

Délai écoulé depuis le début des signes		
< 5 jours	5-8 jours	> 8 jours
RT-PCR	RT-PCR et sérologie	sérologie

Traitements

Il est symptomatique : la douleur et la fièvre peuvent être traitées par du paracétamol (attention cependant à une consommation trop importante pouvant altérer la fonction hépatique déjà possiblement altérée par la maladie elle-même). En aucun cas, l'aspirine, l'ibuprofène ou d'autres AINS ne doivent être prescrits dans les premiers jours qui suivent l'apparition des symptômes.

Le maintien d'une hydratation correcte est crucial afin de prévenir l'hypovolémie (au pronostic défavorable). En présence de difficultés d'hydratation ou d'antécédents, une évaluation quotidienne peut s'avérer nécessaire pour une prise de paramètres, et éventuellement poser une perfusion.

Prévention

Les piqûres d'Aedes interviennent essentiellement pendant la journée, avec un pic d'agressivité au lever du jour et au crépuscule. Lors d'une piqûre d'une personne infectée en phase virémique, le moustique prélève le virus dans le sang de cette personne. Le virus se multiplie ensuite dans le moustique pendant une durée de 10 jours environ, appelée phase extrinsèque. À l'issue de cette phase extrinsèque, ce moustique peut, à l'occasion d'une autre piqûre, transmettre le virus et infecter une nouvelle personne.

Pour le chikungunya, la phase virémique commence 1 à 2 jours environ avant le début des signes cliniques et dure jusqu'à 7 jours après.

Les mesures de prévention reposent donc essentiellement sur l'élimination des déchets et eaux stagnantes (potentiellement gîtes larvaires) ou la prévention des piqûres (vêtements longs, répulsifs, moustiquaires).



Vaccination

Le vaccin IXCHIQ®, du laboratoire Valneva a été autorisé en Europe depuis l'été 2024. Il est administré par voie musculaire en une seule dose.

Ce vaccin étant un vaccin vivant atténué, il est contre-indiqué chez les personnes immunodéprimées. La possibilité de vaccination durant la grossesse doit être évaluée au cas par cas avec votre professionnel de santé.

Le vaccin est pris en charge par l'ARS. Il est gratuit pour les personnes ciblées prioritairement par la campagne : les personnes âgées de 18 à 64 ans présentant des comorbidités (hypertension artérielle, le diabète, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires et les maladies neurovasculaires) et n'ayant pas déjà contracté le chikungunya par le passé. Concernant les personnes de 65 ans et plus, et conformément à l'avis HAS du 25 avril 2025, la vaccination est suspendue suite aux signalements d'effets indésirables graves dont un décès sur le territoire de la Réunion.

Par ailleurs, et compte tenu des spécificités de santé mahoraises (comorbidités à des stades avancés en nombre important notamment) :

- Les prescripteurs doivent interroger la balance bénéfices/risques de manière renforcée auprès des patients ayant des comorbidités;
- Concernant plus spécifiquement les populations âgées entre 55 et 64 ans, un suivi renforcé avec 1 appel téléphonique à J3 de l'administration est mis en place.

Enfin, tout effet indésirable du vaccin doit être déclaré sur la plateforme suivante : <https://signalement.social-sante.gouv.fr/>.

Même si vous êtes vaccinés contre le chikungunya, il est conseillé de continuer à se protéger contre les piqûres de moustiques, surtout dans les zones où les moustiques tigres circulent. Ces moustiques pouvant également transmettre la dengue ou le Zika, utilisez des répulsifs, portez des vêtements couvrants et installez des moustiquaires.

Plus d'informations sur Vaccination-info-service. La première phase de la campagne de vaccination gratuite contre le chikungunya à **Mayotte a démarré le 22 avril 2025** pour les personnes les plus à risque. Plus d'informations sur le site de l'ARS.

SIGNALEMENT DES CAS

Le chikungunya est une **maladie à déclaration obligatoire**.

Toute situation particulière (recrudescence inhabituelle, regroupement de cas, forme clinique particulière,...) doit également être signalée à la **plateforme de veille et sécurité sanitaire de l'ARS Mayotte** :

Tél : 0269618309 / Fax : 0269618347, ars976-alerte@ars.sante.fr

Dispositifs de surveillance

Surveillance de l'activité hospitalière aux urgences du CHM : afin de disposer en continu d'une vision globale et synthétique de la situation sanitaire d'une région ou d'un département, Santé publique France a développé un dispositif de surveillance non spécifique basé sur l'activité hospitalière des urgences. Depuis 2006, ce dispositif baptisé OSCOUR® (Organisation de la Surveillance COordonnée des URgences) est en place dans toutes les régions de France.

Le service d'urgence du Centre Hospitalier de Mayotte fait partie du dispositif OSCOUR® et est à nouveau fonctionnel depuis mi-mars 2025.

Surveillance des pathogènes par les laboratoires de biologie médicale : cette surveillance permet de caractériser les pathogènes en cas d'épidémie. Elle intègre les résultats des prélèvements analysés par le laboratoire du CHM pour les arboviroses ainsi que les prélèvements réalisés par le laboratoire de biologie médicale privé (PCR et sérologie).

Surveillance de l'activité des infirmeries scolaires : ce dispositif repose sur un recueil hebdomadaire standardisé à l'aide d'un questionnaire permettant de comptabiliser les consultations à l'infirmerie selon différents motifs (syndromes digestifs, syndromes respiratoires, infections cutanées, conjonctivites, etc). Depuis la rentrée scolaire, le 12 mai 2025 (semaine 20) les syndromes dengue-like (SDL) ont été ajoutés à cette surveillance afin de renforcer la détection précoce d'éventuelles circulations virales. En moyenne, 12 infirmeries participent à cette remontée d'informations chaque semaine ; pour la semaine 20, 9 établissements ont transmis leurs données, un chiffre qui devrait augmenter dans les semaines à venir avec la stabilisation de la participation.

Surveillance à Base Communautaire : la SBC s'appuie sur un recueil d'informations sanitaires et comportementales réalisé par des médiateurs sanitaires lors de maraudes faites par des associations dans des quartiers précaires de Mayotte, appuyé régulièrement par des épidémiologistes de Santé publique France. Ces quartiers peuvent être différents chaque semaine ainsi que les personnes rencontrées. Les informations collectées sont basées sur un questionnaire standardisé mais pas sur des diagnostics médicaux. Ainsi, les comparaisons d'une semaine sur l'autre doivent être interprétées avec prudence. Elles permettent de définir des ordres de grandeurs et éventuellement des grandes tendances : il s'agit d'une photographie de l'état de santé déclaré par les personnes. Ce dispositif complète les autres systèmes de surveillance et consiste à collecter des informations directement auprès des populations, avec l'aide des associations locales et des renforts de la réserve sanitaire, à l'aide d'un questionnaire spécifique.

Remerciements

Nous remercions l'ensemble des partenaires qui collectent et nous permettent d'exploiter les données pour réaliser cette surveillance, ainsi que l'ARS Mayotte, le Centre Hospitalier de Mayotte et l'ensemble de nos partenaires associatifs.

Équipe de rédaction

Annabelle LAPOSTOLLE, Karima MADI, Marion SOLER, Hassani YOUSSEUF

Pour nous citer : Bulletin surveillance épidémiologique spécifique Arboviroses, Mayotte, 23/05/2025. Saint-Maurice : Santé publique France, 9 p., 2025

Directrice de publication : Caroline SEMAILLE

Dépôt légal : 23/05/2025

Contact : mayotte@santepubliquefrance.fr