

Surveillance épidémiologique des arboviroses

Semaine 21 (du 19 au 25 mai 2025)



Point de situation au 30/05/2025

Points clés

- Passage en phase épidémique pour le chikungunya à Mayotte (phase 3 du **plan ORSEC arboviroses**) depuis le 27 mai, traduisant d'une transmission intense et généralisée du virus chikungunya sur l'ensemble du territoire ;
- Au total **560 cas confirmés de chikungunya ont été enregistrés entre la S10 et S21-2025**. La dynamique épidémique se poursuit ;
- Circulation du chikungunya sur la totalité du territoire de Mayotte, **avec une concentration persistante des cas dans les communes de Mamoudzou, Pamandzi, Dzaoudzi**;
- Adaptation de la stratégie de surveillance autour de 4 axes : cas confirmé par les laboratoires, surveillance syndromique (urgences), surveillance des hospitalisation et cas graves ;
- **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.
- **Hausse ponctuelle de la circulation de la dengue sur l'île** avec 21 cas confirmés depuis le début de l'année ;

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

Indicateurs*	S20	S21	Total	Evolution sur 7 jours
Chikungunya				
Cas confirmés	144	204	560	+42% 
Cas hospitalisés			15	+ 5 cas
Dengue				
Cas confirmés	2	2	21	

* Données non consolidées

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

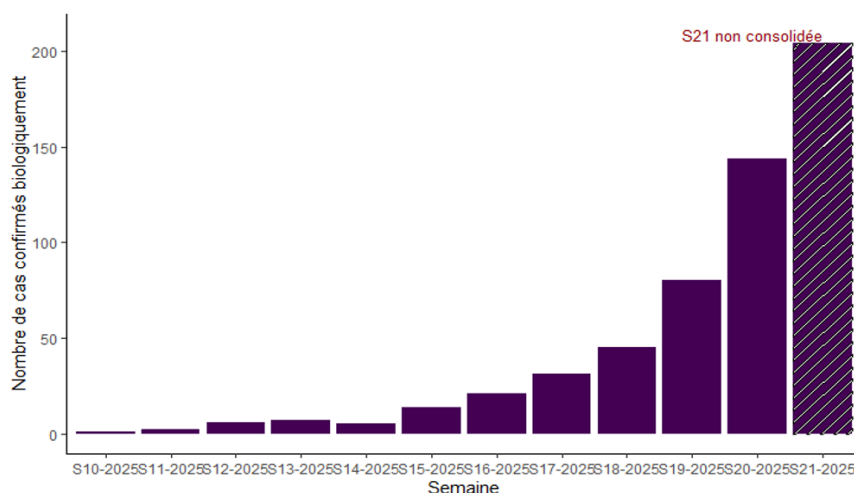
Chikungunya

Cas confirmés

Depuis le début de l'année 2025, 560 cas confirmés de chikungunya ont été signalés à Mayotte. Au cours de la semaine 21 (S21), 204 cas ont été enregistrés, soit une augmentation de 42 % par rapport à la semaine 20 (S20), au cours de laquelle 144 cas confirmés avaient été rapportés. Cette hausse témoigne d'une intensification de la circulation autochtone du virus (voir Figure 1).

Il convient toutefois de souligner que les données de la S21 sont provisoires et susceptibles d'être révisées.

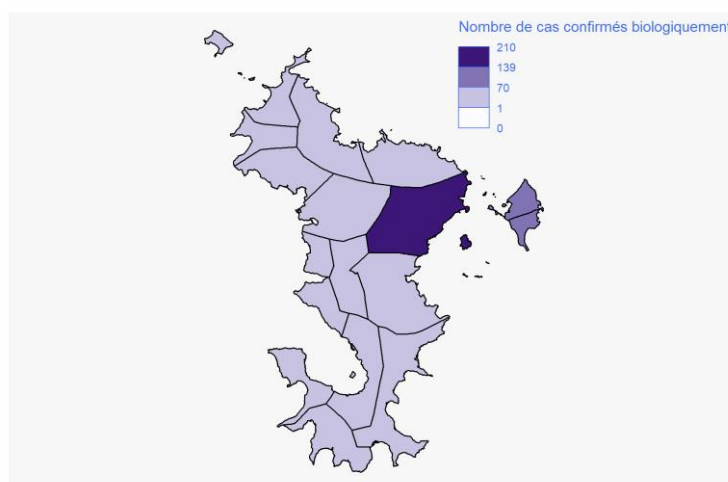
Figure 1. Courbe des cas confirmés de chikungunya par semaine de début des symptômes, Mayotte, S10 à S21-2025



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

Des cas de chikungunya ont été rapportés dans l'ensemble des communes du territoire, attestant d'une diffusion généralisée du virus. Depuis le début de l'épidémie, la commune de Mamoudzou reste la plus touchée, avec 210 cas enregistrés, soit 78 de plus que la semaine précédente. Les deux communes de Petite-Terre, Pamandzi ($n = 102$) et Dzaoudzi ($n = 95$), continuent également de signaler un nombre de cas élevé depuis le début de l'année (voir Figure 2).

Figure 2. Nombre de cas de chikungunya par commune de domicile, Mayotte, S10-2025 à S21-2025



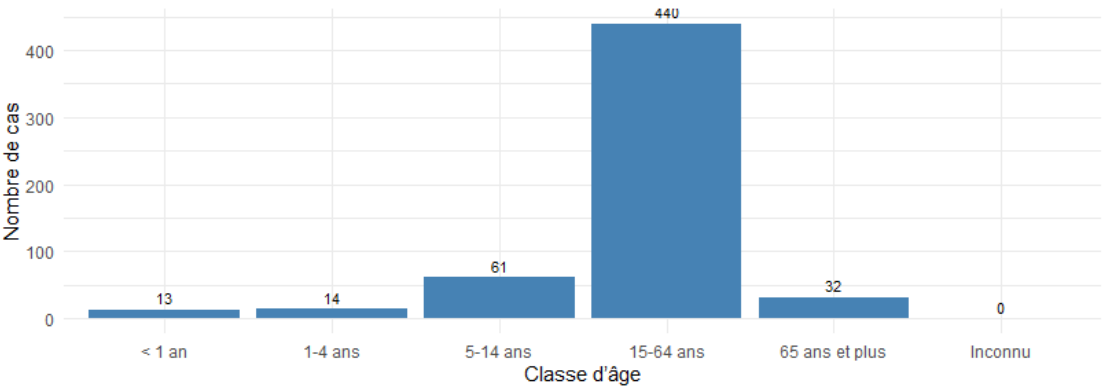
Source : données ARS, Exploitation : SpF Mayotte

Caractéristiques des cas

Comme observé depuis le début de la circulation du virus du chikungunya à Mayotte, les 15-64 ans restent les plus touchés. À la semaine 21, cette tranche d'âge comptabilisait 440 cas depuis le début de la circulation du virus sur le territoire, soit une hausse de 67 % par rapport à la semaine 20 (S20). Les 15-64 ans représente à ce jour près de 80 % de l'ensemble des cas enregistrés à Mayotte.

Depuis l'identification du premier cas de chikungunya sur l'île, 13 cas ont été enregistrés chez les moins de 1 an (+7 en S21) et 32 cas chez les plus de 65 ans (+13 en S21) (voir Figure 3).

Figure 3. Répartition des cas confirmés de chikungunya par classe d'âges, Mayotte, S10 à S21-2025



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

Cas hospitalisés et décès

Depuis la semaine 10, le nombre d'hospitalisations liées au chikungunya poursuit sa progression. En semaine 21, cinq nouvelles hospitalisations ont été recensées, portant le total à 15 depuis le début de la circulation du virus sur le territoire. Parmi les personnes hospitalisées figurent cinq enfants de moins d'un an et huit femmes enceintes, ces dernières ayant été admises à titre préventif, en raison des risques spécifiques associés à l'infection. Les deux autres cas concernent des adultes sans complication majeure.

À ce jour, aucun patient n'a nécessité de prise en charge en réanimation, et aucun décès n'a été signalé (voir Tableau 1).

Tableau 1 – caractéristiques des cas confirmés biologiquement hospitalisés, semaine 2025-S10 à 2025-S20, Mayotte, données arrêtées au 30/05/2025.

Classe d'âge	Tot al	Dont femme enceintes
< 1 an	5	0
15-64 ans	10	8

Qualité des données de surveillance

Depuis le 27 mai, Mayotte est officiellement entrée en phase épidémique de chikungunya (*phase 3 du plan ORSEC Arboviroses*, correspondant à une épidémie de faible intensité), marquant une circulation active et soutenue du virus sur l'ensemble du territoire. Cette évolution confirme l'intensification de la transmission observée ces dernières semaines.

Cependant, plusieurs facteurs limitent la qualité et l'exhaustivité des données de surveillance épidémiologique, ce qui suggère que la situation réelle pourrait être largement sous-estimée.

En effet, la pression persistante sur les services d'urgences demeure préoccupante. Depuis le 26 mai, un seul médecin est mobilisé pour la régulation et la prise en charge des urgences, ce qui affecte directement la capacité du système de soins à identifier, documenter et confirmer les cas suspects de chikungunya. Dans ce contexte, les tests de confirmation biologique restent suspendus pour les patients se présentant aux urgences, afin d'éviter une surcharge du laboratoire.

Par ailleurs, en médecine de ville, les retours signalent une réduction continue des demandes de confirmation biologique de la part des cliniciens, traduisant une adaptation aux contraintes du système de santé.

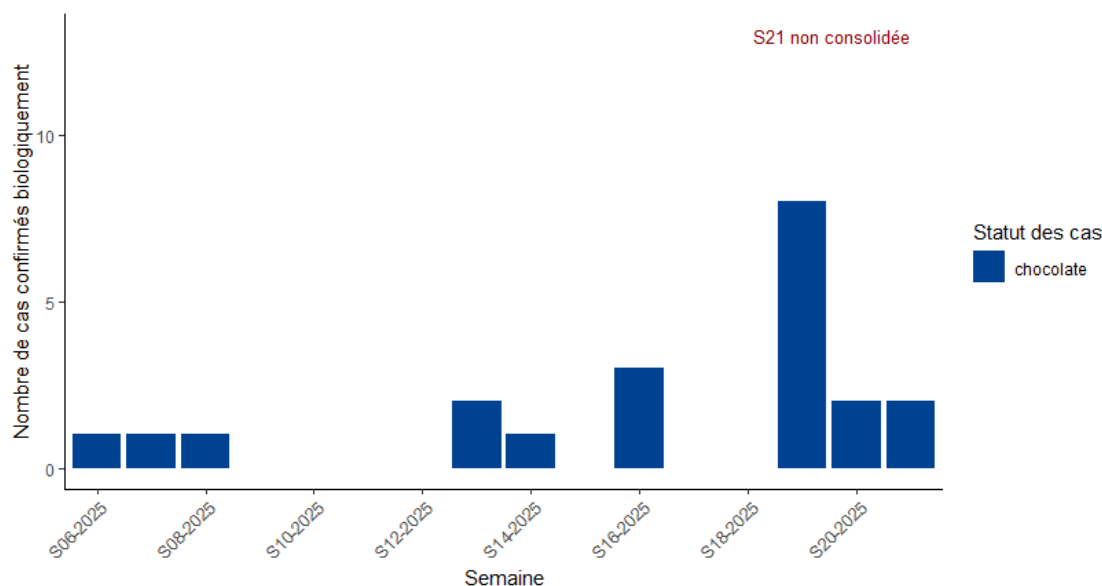
Enfin, le recours aux soins demeure partiel pour une partie de la population, notamment dans les zones les plus isolées ou précaires, où les conditions socio-économiques défavorables peuvent limiter l'accès aux structures de santé.

L'ensemble de ces éléments contribue à une sous-déclaration probable des cas, affectant la représentativité des données disponibles. Dans ce contexte, les indicateurs épidémiologiques doivent être interprétés avec prudence, car les tendances observées pourraient ne refléter qu'une partie de la réalité sanitaire sur le terrain.

Dengue

Depuis le début de l'année 2025, un total de 21 cas confirmés de dengue a été rapporté à Mayotte. Une augmentation notable avait été enregistrée en semaine 19, avec 8 cas confirmés, suivie de 2 cas supplémentaires en semaine 20. En semaine 21, deux nouveaux cas ont été signalés, portant le cumul à 21 cas. Cette dynamique traduit une circulation virale ponctuelle, sans tendance claire à la hausse pour le moment (Figure 4).

Figure 4. Courbe des cas confirmés de dengue par semaine de déclaration, Mayotte, S06 à S21-2025



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

Surveillance syndromique

Définition du syndrome dengue-like (SDL) : 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.

Le protocole de surveillance renforcée des SDL mis en place depuis 2008 au CHM, recommandait aux médecins de prescrire, chez tout patient présentant un tableau clinique évocateur de SDL, après exclusion du paludisme, une recherche systématique des 4 infections suivantes : chikungunya, dengue, fièvre de la vallée du Rift et leptospirose, par biologie moléculaire ou sérologie. A ce jour, les tests de confirmation biologique restent suspendus pour les patients se présentant aux urgences avec une suspicion de chikungunya, afin d'éviter une surcharge du laboratoire.

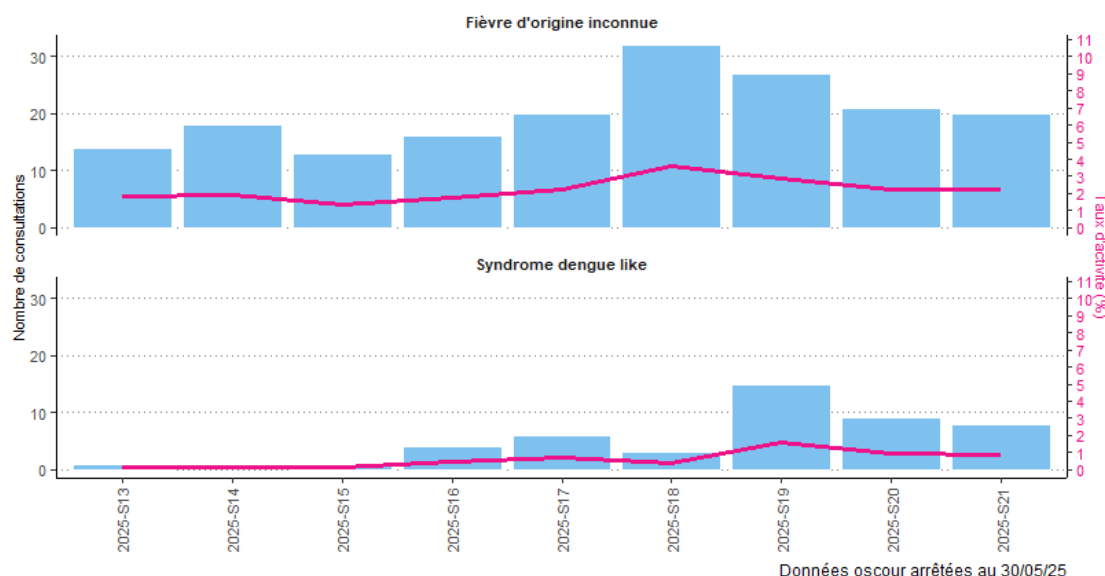
Passages aux urgences

En semaine 21, le nombre de passages aux urgences pour syndromes dengue-like (SDL) reste stable avec 8 consultations, contre 9 en semaine 20. Le taux de positivité des tests biologiques associés, quant à lui, se stabilise autour de 2 %, après une hausse ponctuelle observée en semaine 19.

Par ailleurs, depuis la semaine 15, une hausse progressive des passages pour fièvre d'origine inconnue a été observée, culminant à 32 cas en semaine 18. Ce pic a précédé l'augmentation des consultations pour SDL enregistrée en semaine 19, suggérant que cet indicateur pourrait jouer un rôle de signal précoce. En semaine 21, 20 passages pour fièvre ont été recensés. Malgré une baisse depuis le pic, le niveau demeure relativement élevé, traduisant une activité virale toujours présente.

Dans un contexte de circulation du virus chikungunya à Mayotte, et en l'absence de confirmation biologique chez les patients se présentant aux urgences pour un syndrome dengue-like, la fièvre isolée apparaît comme un indicateur pertinent pour extrapoler la dynamique épidémique la dynamique épidémique du chikungunya sur le territoire.

Figure 5. Nombre de passages aux urgences pour motif syndrome dengue like par semaine et taux d'activité, Mayotte, 2025-S13 à 2025-S21



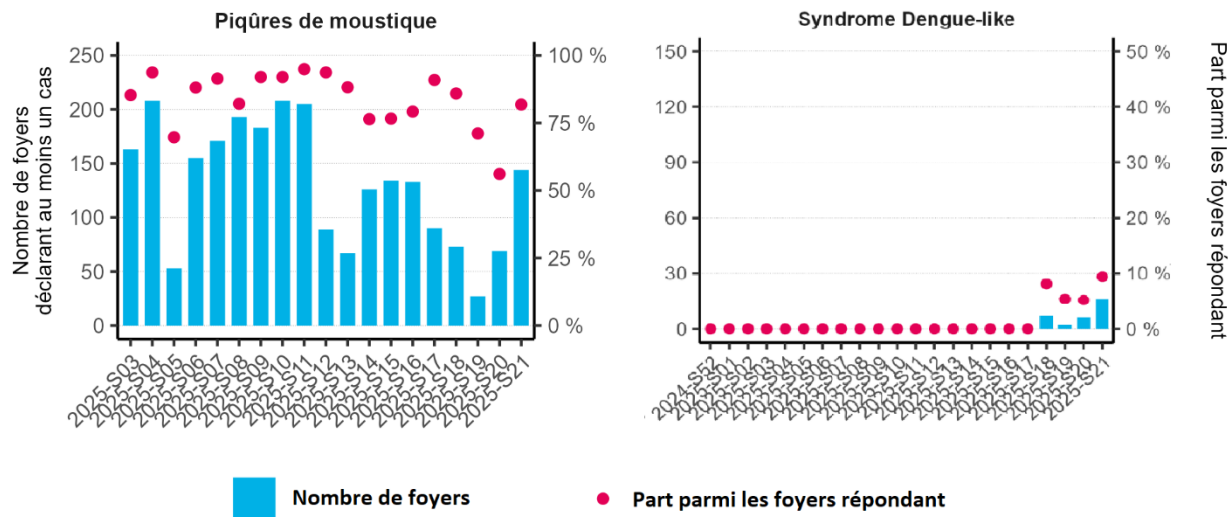
Source : données Oscour®, Exploitation : SpF Mayotte.

Surveillance à Base Communautaire (SBC) (méthodologie p9)

Au total, pour la semaine 2025-S21, 76 foyers ont été interrogés dans 13 quartiers, répartis dans 9 villages appartenant à 8 communes. Les données ne seront pas présentées de manière détaillée pour 6 quartiers, dans lesquels moins de 5 foyers ont été enquêtés.

La surveillance de la nuisance liée aux piqûres de moustiques a débuté en semaine 03-2025. Celle des syndromes dengue-like (SDL) dans les quartiers les plus précaires de l'île a été amorcée en semaine 17, avec les premières données disponibles en semaine 18-2025. Dans le cadre de la SBC, un cas de SDL est défini comme la présence d'au moins un membre du foyer présentant de la fièvre (non mesurée) associée à une éruption cutanée ou à des arthralgies.

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-S21



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.

En semaine 21, 82 % (n=144) des foyers répondants ont indiqué se faire beaucoup piquer par les moustiques (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-S21, Mayotte, données arrêtées au 28/05/2025.

Communes	Villages	Quartiers	Nombre de foyers enquêtés	Syndrome Dengue-like	Piqûres de moustiques
Chirongui	Mramadoudou	1	15	0 0 %	15 100 %
Dembeni	Iloni	2	25	0 0 %	25 100 %
Koungou	Koungou	3	33	7 21 %	30 91 %
Mamoudzou	Kaweni	4	28	0 0 %	14 50 %
	Tsoundzou 1	5	26	7 30 %	17 65 %
Ouangani	Kahani	6	18	2 12 %	12 67 %
Sada	Sada	7	16	0 0 %	16 100 %

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

En semaine 21-2025, des cas de SDL ont été déclarés dans des foyers de 3 quartiers dans les communes de Koungou, Mamoudzou et Ouangani (Tableau 2).

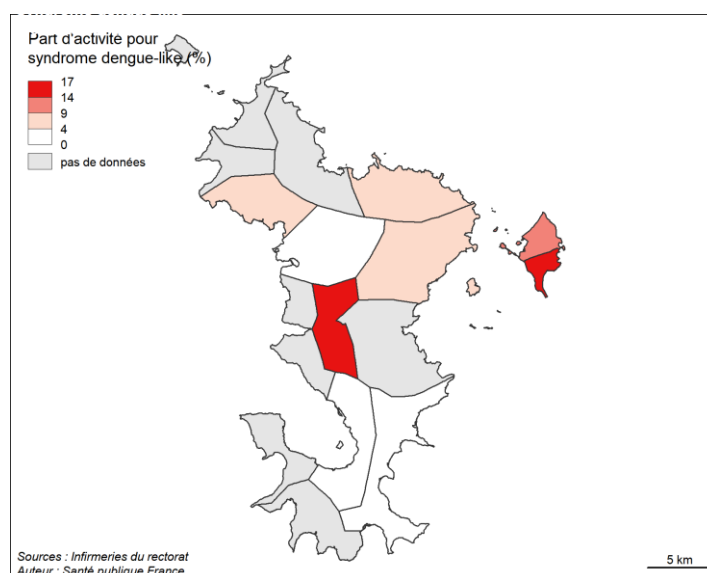
Surveillance dans les infirmeries scolaires

Depuis sa mise en place à la rentrée scolaire (semaine 20), la surveillance des syndromes dengue-like (SDL) dans les infirmeries des collèges et lycées montre une augmentation de l'activité liée à ces symptômes. En semaine 21, un total de 62 consultations pour SDL a été enregistré, représentant 6,2 % de l'ensemble de l'activité infirmière, contre 43 consultations et 5,7 % en semaine 20.

Parmi les 11 établissements déclarants cette semaine, 9 ont signalé au moins une consultation pour des symptômes évocateurs de syndromes dengue-like, contre 6 sur 10 la semaine précédente. La proportion de consultations pour SDL varie cette semaine de 2,7 % à 16,6 % selon les établissements (Figure 7).

Certaines communes présentent une activité notablement élevée dont Pamandzi (1 établissement) avec 16,6 % de l'activité infirmière consacrée aux SDL, Ouangani (1 établissement) avec 16,4 % et Dzaoudzi (1 établissement) avec 10,6 %, en légère augmentation par rapport à la semaine 20 (6 %).

Figure 7 – Pourcentage de consultations pour syndromes dengue-like par commune, semaine 2025-S021 (11 infirmeries scolaires déclarantes), Mayotte, données arrêtées au 28 mai 2025.



Analyse de risque chikungunya

Depuis le 26 mai, Mayotte est passée en épidémie (phase 3 du plan ORSEC « Arboviroses », correspondant à une épidémie de faible intensité). Cette évolution du niveau d'alerte fait suite à une accélération marquée de la transmission du virus chikungunya sur l'ensemble du territoire, avec un nombre de cas confirmés en constante augmentation depuis plusieurs semaines. Cette situation impose une intensification des mesures de réponse et une adaptation de la stratégie de surveillance.

Cependant, les systèmes de surveillance épidémiologique restent fragiles et largement contraint, ce qui limite la capacité à documenter de manière exhaustive la dynamique réelle de l'épidémie. La confirmation virologique, auparavant centrale dans la détection des cas, est désormais réduite, notamment aux urgences, où les prélèvements ont été suspendus pour éviter de saturer le laboratoire du CHM, déjà soumis à une forte pression. Cette décision a été prise dans un contexte de retards prolongés dans l'obtention des résultats, rendant les tests peu opérationnels pour guider rapidement les actions de terrain.

Dès lors, les cas suspects vus aux urgences ou issus des foyers où le virus circule activement ne bénéficient plus d'une confirmation biologique systématique. Ils sont désormais signalés via une surveillance syndromique, avec une transmission directe à l'ARS. Ce changement a des conséquences opérationnelles notables d'une part : les interventions de lutte anti-vectorielle, qui dépendaient jusqu'ici des cas confirmés, sont aujourd'hui redirigées vers des zones géographiques jugées à risque, indépendamment du statut biologique des cas recensés localement.

En parallèle, la situation aux urgences reste tendue. Depuis le 26 mai, un seul médecin est en poste pour assurer la régulation, ce qui peut limiter la remontée complète des données de surveillance depuis ce secteur clé. La mobilisation incomplète du réseau de médecins sentinelles en ville, associée à l'absence d'un codage standardisé dans certains outils hospitaliers comme DXcare, complique également l'agrégation et l'interprétation des données en temps réel.

Face à ces limites, la stratégie de surveillance s'adapte pour garantir un suivi de l'évolution de l'épidémie avec les systèmes de surveillances opérationnelles. Elle repose désormais sur quatre axes principaux :

1. Le suivi des cas biologiquement confirmés par les laboratoires du CHM et du secteur privé, bien que ces confirmations ne soient plus systématiques.
2. L'analyse des passages aux urgences pour fièvre ou syndromes évocateurs, qui reste un indicateur syndromique précieux malgré les contraintes actuelles de fonctionnement.
3. La mise en place d'un système de surveillance des hospitalisations. Ce dispositif, en cours de déploiement au CHM, vise à assurer une exhaustivité du recueil des patients hospitalisés pour chikungunya
4. La surveillance des cas graves, incluant les admissions en réanimation, permettant ainsi un suivi resserré des formes sévères de la maladie.

Enfin, les difficultés structurelles d'accès aux soins et les écarts parfois marqués entre les données déclarées et les informations de terrain continuent d'affecter la qualité globale de la surveillance. Ces éléments renforcent la nécessité d'une lecture prudente des indicateurs disponibles et appellent à une mobilisation renforcée des acteurs de terrain pour limiter la propagation du virus dans les semaines à venir.

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 jusque 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).*



Traitement

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).

COMMENT SE PROTÉGER DES MOUSTIQUES ?

EN ÉVITANT DE
SE FAIRE PIQUER



EN ÉVITANT LA
PROLIFÉRATION
DES MOUSTIQUES



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 21, 11 établissements ont transmis leurs données.

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 YOUSSEF

Pour nous citer : Bulletin surveillance épidémiologique spécifique Arboviroses, Mayotte, 02/06/2025. Saint-Maurice : Santé publique France, 9 p., 2025

Directrice de publication : Caroline SEMAILLE

Dépôt légal : 02/06/2025

Contact : mayotte@santepubliquefrance.fr