

## Mayotte

### Surveillance épidémiologique des arboviroses

Semaine 22 (du 26 mai au 1<sup>er</sup> juin 2025)

#### Point de situation au 06/06/2025

#### 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 **746 cas confirmés de chikungunya ont été enregistrés entre S10 et S22-2025**. La dynamique épidémique se poursuit ;
- La circulation du chikungunya se maintient à l'échelle du territoire, particulièrement dans les communes de Mamoudzou, Pamandzi et Dzaoudzi ;
- **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 ;
- **Quatre nouveaux cas de dengue confirmés en S22**, portant à 25 le nombre total de cas en 2025, sans tendance claire à la hausse.

En raison de l'accroissement important du nombre de cas, les investigations individuelles auprès de chaque cas ne sont plus réalisées depuis la semaine 21 avec un impact sur la qualité des données :

- Le statut autochtone ou importé n'est plus recueilli
- La date de début des symptômes n'est plus recueillie
- La commune de résidence n'est pas vérifiée

#### Indicateurs clés

Indicateurs	S21	S22*	Total	Évolution sur 7 jours
<b>Chikungunya</b>				
Cas confirmés	228	161	746	-29% 
Cas hospitalisés	7	1	19	
<b>Dengue</b>				
Cas confirmés	2	4	25	

\* Données non consolidées

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

## Chikungunya

### Cas confirmés

Depuis le début de l'année 2025, 746 cas confirmés de chikungunya ont été signalés à Mayotte. Au cours de la semaine 22 (S22-2025), 161 cas ont été enregistrés, contre 228 cas en semaine 21 soit une baisse de 29% entre les deux semaines (Figure 1).

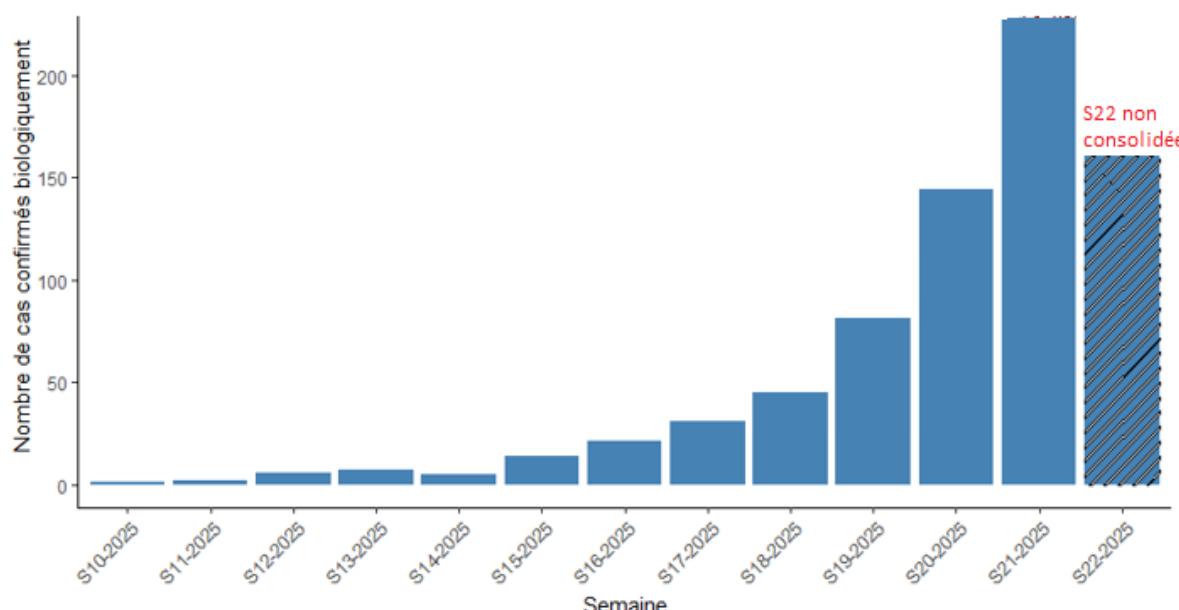
Cette baisse doit toutefois être interprétée avec prudence. En effet, depuis le début de l'épidémie, la situation est considérée comme sous-estimée en raison de plusieurs facteurs : l'arrêt de la confirmation biologique systématique pour les patients se présentant aux urgences, un recours limité aux soins pour une partie de la population, etc. Ces éléments peuvent contribuer à sous-estimer l'ampleur réelle de la circulation du virus d'une semaine à l'autre.

Ainsi, bien que le nombre de cas confirmés ait diminué cette semaine, la circulation du virus reste active sur l'ensemble du territoire, et les données de la semaine 22 restent provisoires et susceptibles d'être révisées.

**Figure 1. Courbe des cas confirmés de chikungunya, Mayotte, S10 à S22-2025**

S10 à S20 : semaine de début des signes

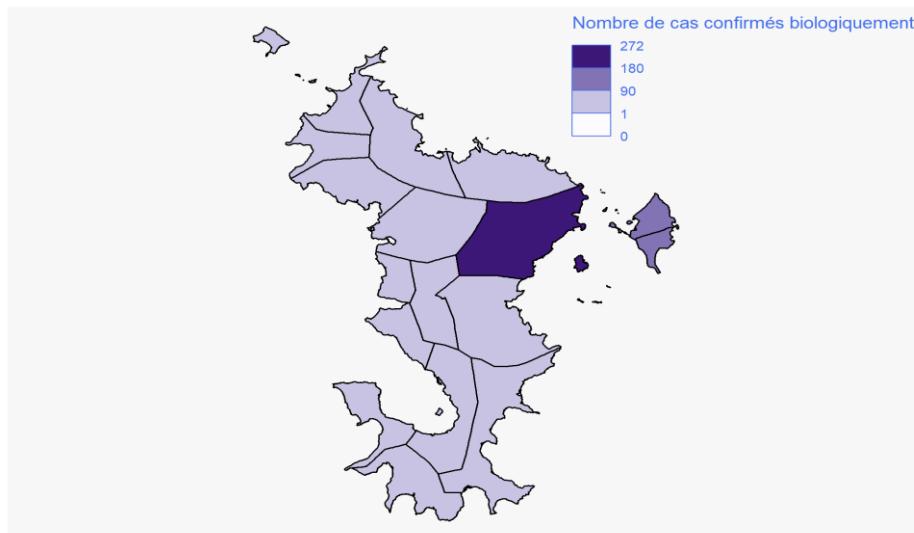
S21 et suivantes : semaine de date de résultats



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

Depuis le début de l'épidémie, trois principaux foyers de circulation intense du chikungunya ont émergé : Mamoudzou ainsi que les deux communes de Petite-Terre, Pamandzi et Dzaoudzi. En semaine 21, des cas ont été rapportés dans l'ensemble des communes de Mayotte, traduisant une diffusion généralisée du virus sur le territoire. Cette tendance se confirme en semaine 22, avec une activité toujours soutenue dans les foyers historiques : Mamoudzou reste la commune la plus touchée, avec 272 cas cumulés, suivie de Dzaoudzi (126 cas) et Pamandzi (114 cas). Par ailleurs, certaines communes jusque-là moins impactées présentent désormais des signes d'intensification de la transmission, notamment Koungou (n = 37), Mtsamboro (n = 26), Chiconi (n = 24) et Bandraboua (n = 20) (Figure 2).

**Figure 2. Nombre de cas de chikungunya confirmés biologiquement par commune de domicile, Mayotte, S10-2025 à S22-2025**

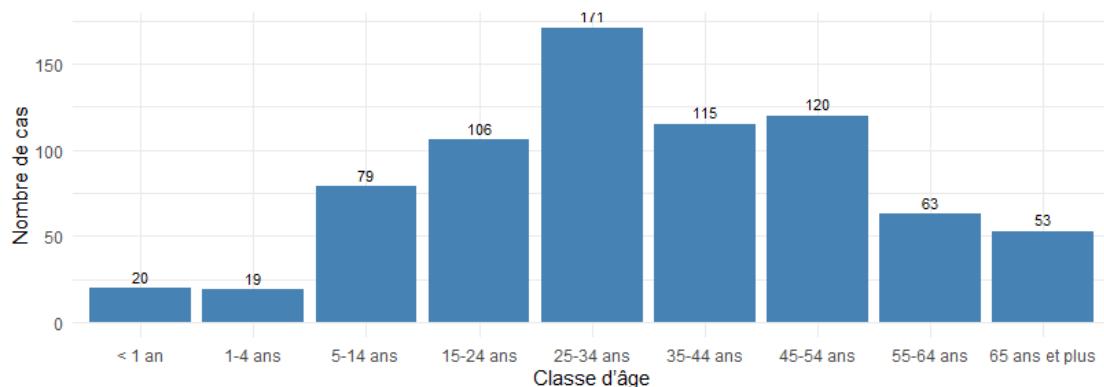


Source : données ARS, Exploitation : SpF Mayotte

## Caractéristiques des cas

La répartition des cas de chikungunya selon l'âge montre une prédominance chez les adultes jeunes et d'âge moyen. La classe d'âge des 25–34 ans est la plus touchée avec 171 cas signalés depuis le début de l'épidémie, suivie des 45–54 ans (120 cas) et des 35–44 ans (115 cas). Les classes 15–24 ans (106 cas) et 5–14 ans (79 cas) présentent également un nombre important de cas. En revanche, les enfants de moins de 5 ans (39 cas) ainsi que les personnes âgées de 65 ans et plus (53 cas) restent moins concernées à ce stade (voir Figure 3).

**Figure 3. Répartition des cas confirmés de chikungunya par classe d'âges, Mayotte, S10 à S22-2025**



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

## Cas hospitalisés et décès

En semaine 22 une hospitalisation a été recensée, portant le total à 19 depuis le début de la circulation du virus sur le territoire (voir Tableau 1). Ce chiffre est amené à augmenter dans les bulletins suivant, des hospitalisations étant en cours d'investigation pour évaluer un lien avec une infection pour le chikungunya.

Parmi les personnes hospitalisées figurent sept enfants de moins d'un an et onze femmes enceintes, ces dernières ayant été admises à titre préventif, en raison des risques spécifiques associés à l'infection. L'autre patient hospitalisé est un adulte sans complication majeure.

Une première admission d'un cas grave en réanimation néonatale a été enregistré en S22.

À ce jour aucun décès n'a été signalé.

**Tableau 1 – caractéristiques des cas confirmés biologiquement hospitalisés, semaine 2025-S10 à 2025-S22\*, Mayotte, données arrêtées au 04/06/2025.**

\* Données non consolidées

	Total hospitalisations	Dont femmes enceintes	Dont réanimation
< 1 an	7	-	1
1-14 ans	0	-	-
15-64 ans	12	11	0
65 ans et plus	0	-	-
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>11</b>	<b>1</b>

Sources : données CH Mayotte. Exploitation : SpF Mayotte

## Qualité des données de surveillance

Depuis le passage officiel en phase épidémique de chikungunya le 27 mai (phase 3 du plan ORSEC Arboviroses), le dispositif de surveillance à Mayotte a été adapté pour suivre l'évolution de la situation dans un contexte de fortes contraintes. Il repose désormais sur quatre axes principaux : le suivi des cas biologiquement confirmés par les laboratoires du CHM et du secteur privé, l'analyse des passages aux urgences pour syndromes évocateurs, la surveillance des hospitalisations et le suivi des formes graves (notamment les admissions en réanimation).

Cependant, les deux premières composantes sont actuellement fortement impactées. Depuis la semaine 21, les prélèvements pour confirmation virologique ont été suspendus aux urgences afin d'éviter la saturation du laboratoire du CHM, déjà sous forte pression. Cette mesure, bien que nécessaire, réduit considérablement la capacité à détecter les cas dans des zones à forte transmission, comme Mamoudzou ou Petite-Terre.

À cela s'ajoute une pression sur les ressources humaines au sein de l'hôpital, avec seulement 2 lignes de médecins mobilisées 24/24 actuellement aux urgences, ce qui peut affecter la qualité du codage des passages aux urgences et limiter la remontée complète des données.

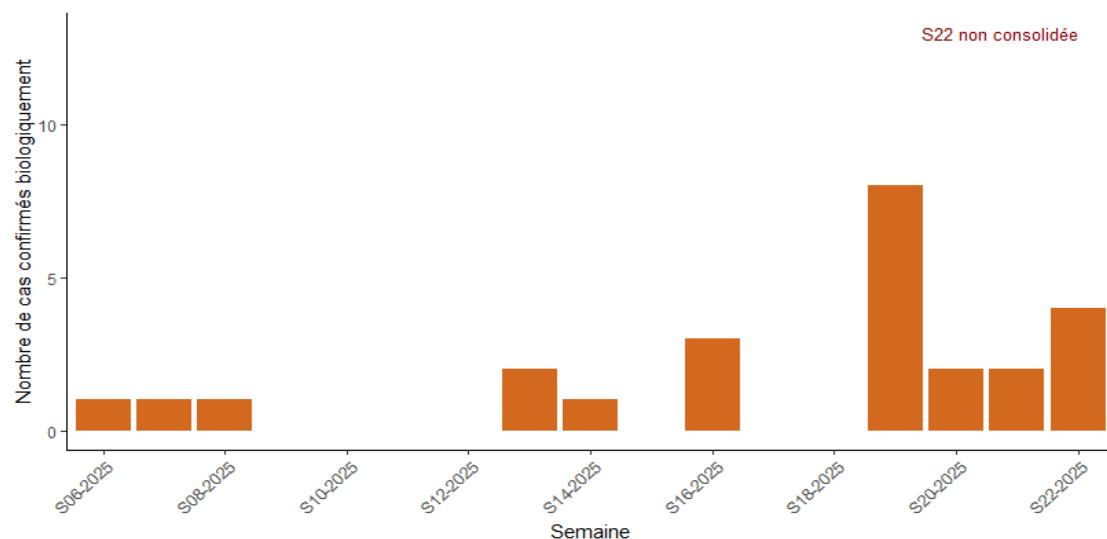
Par ailleurs, une baisse des demandes de confirmation en médecine de ville, une implication partielle du réseau sentinel et des difficultés d'accès aux soins dans certains secteurs (zones isolées ou précaires) affectent également la qualité du signalement.

Ainsi, bien que le système de surveillance ait été réorganisé pour rester fonctionnel, ces contraintes structurelles continuent de limiter sa capacité à documenter fidèlement la dynamique de l'épidémie. Les indicateurs disponibles doivent donc être interprétés avec prudence, car ils sont susceptibles de sous-estimer l'ampleur réelle de la circulation virale sur le territoire.

## Dengue

En semaine 22, quatre nouveaux cas ont été signalés, portant le cumul à 25 cas depuis le début de l'année. Cette dynamique traduit une circulation virale ponctuelle, sans tendance claire à la hausse pour le moment (voir Figure 4).

**Figure 4. Courbe des cas confirmés de dengue par semaine de déclaration, Mayotte, S06 à S22-2025**



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

## Surveillance syndromique

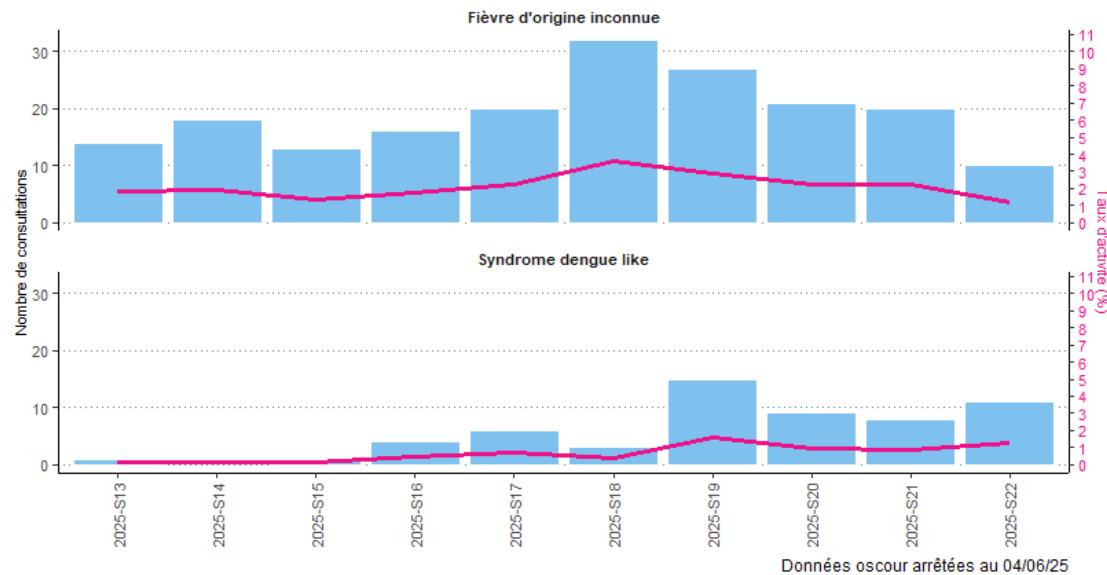
**Définition du syndrome dengue-like (SDL) :** Fièvre d'apparition brutale de  $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$  associée ou non à des céphalées, des douleurs musculaires et/ou articulaires, des nausées/vomissements et un rash cutané en l'absence de tout autre point d'appel infectieux.

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 22, les passages aux urgences pour fièvre isolée sont en baisse, avec 10 consultations recensées, contre 20 en semaine 21. En revanche, le nombre de passages pour syndromes dengue-like (SDL) connaît une légère augmentation en semaine 22, alors que les deux semaines précédentes, ces consultations étaient plutôt en diminution depuis la semaine 20. Le taux de positivité des tests biologiques associés au SDL se stabilise autour de 1 %, après une hausse ponctuelle observée en semaine 19 (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-S22**



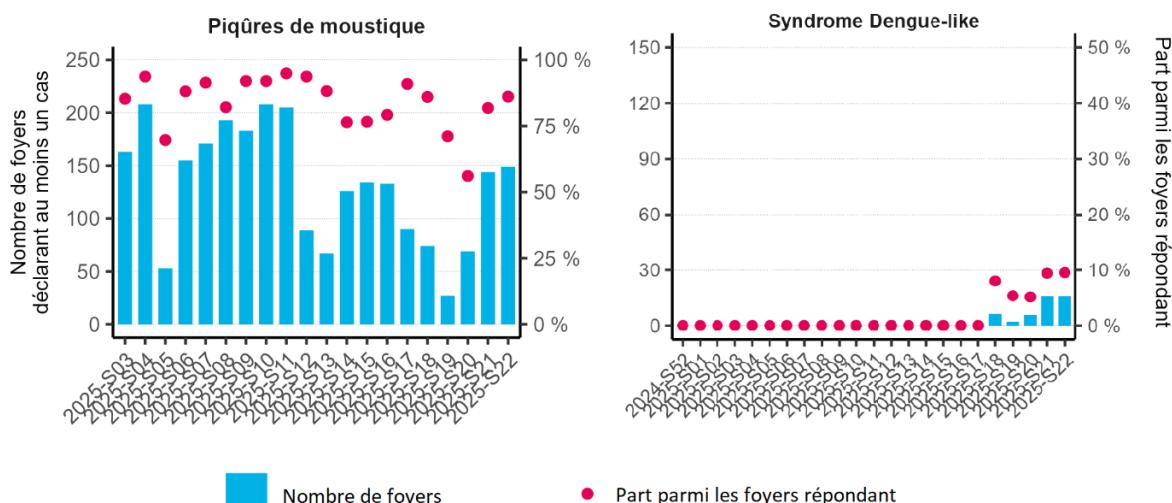
Source : données Oscour®, Exploitation : SpF Mayotte.

## Surveillance à Base Communautaire (SBC) (méthodologie p11)

Au total, pour la semaine 22-2025, 174 foyers ont été interrogés dans 14 quartiers, répartis dans 9 villages appartenant à 7 communes. Les données ne seront pas présentées de manière détaillée pour 3 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-S22**



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 22, 86 % (n=149) des foyers répondants ont indiqué se faire beaucoup piquer par les moustiques et 10 % (n=16) ont déclaré au moins une personne ayant un syndrome dengue-like au sein de leur foyer (voir 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 9 villages, semaine 2025-S22, Mayotte, données arrêtées au 04/06/2025.**

Communes	Villages	Quartiers	Nombre de foyers enquêtés	Syndrome Dengue-like		Piqûres de moustiques	
Bandraboua	<i>Bandraboua</i>	1	6	2	33 %	6	100 %
Bandrélé	<i>Hamouro</i>	2	20	0	0 %	18	90 %
Bandrélé	<i>Ngnambadao</i>	3	23	0	0 %	23	100 %
Boueni	<i>Majimeouni</i>	4	15	2	13 %	15	100 %
Dzaoudzi	<i>Labattoir</i>	5	24	4	17 %	23	96 %
Koungou	<i>Majicavo</i>	6	13	1	8 %	10	77 %
Koungou	<i>Majicavo</i>	7	14	4	31 %	14	100 %
Mamoudzou	<i>Kaweni</i>	8	11	0	0 %	8	73 %
Mamoudzou	<i>Kaweni</i>	9	16	1	7 %	6	38 %
Tsingoni	<i>Combani</i>	10	17	1	7 %	13	81 %
Tsingoni	<i>Tsingoni</i>	11	12	1	8 %	10	83 %

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

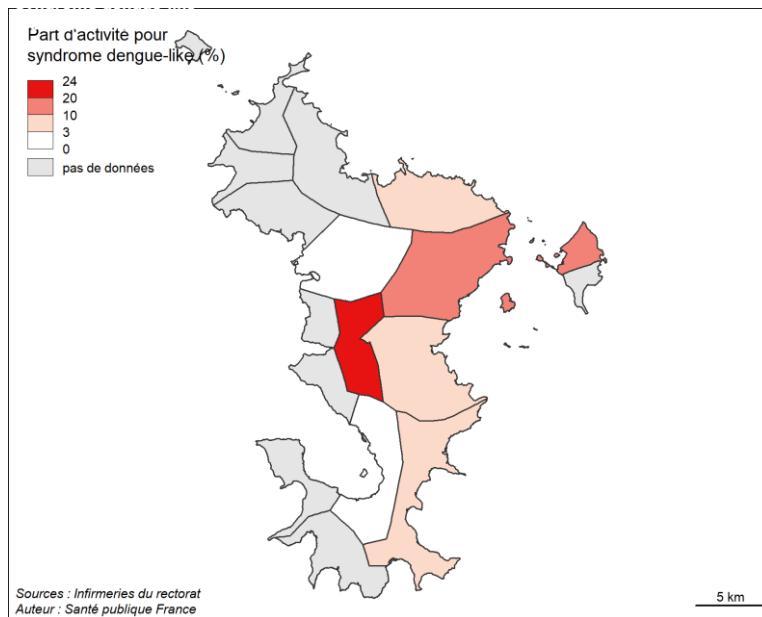
En semaine 22-2025, des personnes ayant des SDL ont été déclarés dans des foyers de 8 quartiers dans les communes de Bandraboua, Boueni, Dzaoudzi, Koungou, Mamoudzou et Tsingoni (voir Tableau 2).

## Surveillance dans les infirmeries scolaires

La surveillance des syndromes dengue-like (SDL) dans les infirmeries des collèges et lycées montre une augmentation de l'activité liée à ces symptômes depuis sa mise en place en semaine 20. Au total, en S22, 53 consultations pour SDL ont été enregistrées, représentant 7,8 % de l'activité infirmière, contre 6,3 % en S21 (Figure 7).

Les communes qui présentaient une activité élevée étaient : celle de Ouangani (1 établissement) avec 24 % de l'activité infirmière consacrée aux SDL, suivie par la commune de Mamoudzou (1 établissement) avec 16 %, et Dzaoudzi (établissement) avec 13,7 %.

**Figure 7 – Pourcentage de consultations pour syndromes dengue-like par commune, semaine 2025-S021 (9 infirmeries scolaires déclarantes), Mayotte, données arrêtées au 4 juin 2025.**



## Analyse de risque chikungunya

Mayotte est en phase épidémique de chikungunya depuis le 27 mai (phase 3 du plan ORSEC Arboviroses, correspondant à une épidémie de faible intensité), avec une circulation toujours active du virus sur l'ensemble du territoire. Bien qu'une diminution du nombre de cas confirmés ait été observée en semaine 22, cette tendance doit être interprétée avec prudence.

En effet, plusieurs éléments continuent de fragiliser le système de surveillance et limitent la qualité et l'exhaustivité des données. La pression persistante sur les services d'urgences reste préoccupante, avec des effectifs médicaux très réduits, avec seulement 2 lignes de médecins mobilisées 24/24 actuellement aux urgences. Cette situation a conduit à la suspension des tests de confirmation biologique aux urgences, afin d'éviter une surcharge du laboratoire.

En médecine de ville, les retours indiquent également une baisse des demandes de confirmation biologique de la part des cliniciens, en lien avec les contraintes du système de soins. De plus, le recours aux soins reste limité pour une partie de la population, en particulier dans les zones les plus isolées ou précaires.

Cette combinaison de facteurs contribue à une sous-estimation probable de l'ampleur réelle de l'épidémie. La baisse du nombre de cas confirmés pourrait notamment refléter une diminution du recours aux tests PCR dans certaines communes où la circulation virale reste pourtant active, comme Mamoudzou, Pamandzi et Dzaoudzi. Dans ce contexte, les données de surveillance doivent être interprétées avec précaution, car elles ne reflètent qu'imparfaitement la situation sanitaire sur le terrain.

## 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).

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 cibles prioritaires 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](mailto: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 22, 9 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 YOUSOUUF

**Pour nous citer** : Bulletin surveillance épidémiologique spécifique Arboviroses, Mayotte, 06/06/2025. Saint-Maurice : Santé publique France, 11 p., 2025

**Directrice de publication** : Caroline SEMAILLE

**Dépôt légal** : 06/06/2025

**Contact** : [mayotte@santepubliquefrance.fr](mailto:mayotte@santepubliquefrance.fr)