

Mayotte

Surveillance épidémiologique des arboviroses

Semaine 24 (du 9 au 15 juin 2025)

Point de situation au 20/06/2025

Points clés

- Mayotte **reste en phase épidémique** de chikungunya depuis le 27 mai 2025 ;
- Au total, **969 cas confirmés de chikungunya ont été enregistrés** entre les semaines 10 et 24 de l'année 2025 ;
- **La circulation du chikungunya demeure active sur l'ensemble du territoire**, avec une intensité élevée notamment dans plusieurs communes en dehors des principaux foyers épidémiques de Mamoudzou, Pamandzi et Dzaoudzi, jusque-là moins touchées ;
- **Une sous-estimation de la situation épidémiologique est possible** liée à l'absence de recours systématique aux tests de confirmation biologique en médecine de ville et aux urgences, ainsi qu'à un recours limité aux soins pour une partie de la population ;
- **Un cas de dengue** a été confirmé en semaine 24, portant à 27 le nombre total de cas signalés en 2025. Aucun signal ne permet à ce stade de conclure à une reprise significative de la circulation du virus ;
- **La situation actuelle justifie le renforcement des mesures de lutte antivectorielle**, en particulier dans les communes en dehors des foyers historiques, ainsi que des actions ciblées de réduction des gîtes larvaires et de sensibilisation des populations pour limiter la prolifération des moustiques ;
- **Le prochain bulletin épidémiologique sur les arboviroses sera publié dans deux semaines** ;

En raison de l'accroissement 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	S23	S24*	Total	Évolution sur 7 jours
Chikungunya				
Cas confirmés	135	74	969	-45% ↘
Cas hospitalisés	6	4	36	
Dengue				
Cas confirmés	1	1	27	↗

* Données non consolidées

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

Chikungunya

Cas confirmés

En semaine 24, la tendance à la baisse du nombre de cas confirmés se poursuit, dans un contexte d'arrêt des prélèvements dans les communes de Mamoudzou et de Petite-Terre. Cette diminution est nette : seuls 74 prélèvements positifs ont été enregistrés sur l'ensemble du territoire (Figure 1a). Ce recul, déjà amorcé depuis la semaine 22, se poursuit de manière plus marquée en S24.

Au cours des semaines précédentes, en dehors des communes de Mamoudzou, Pamandzi et Dzaoudzi, la circulation du virus demeurait active, avec un niveau de transmission élevé et un léger rebond observé en semaine 23. Toutefois, en semaine 24, une diminution notable du nombre de cas confirmés est enregistrée (Figure 1b).

Figure 1a. Courbe des cas confirmés de chikungunya, Mayotte, S10 à S24-2025 S10 à S20 : semaine de début des signes S21 et suivantes : semaine de date de résultats

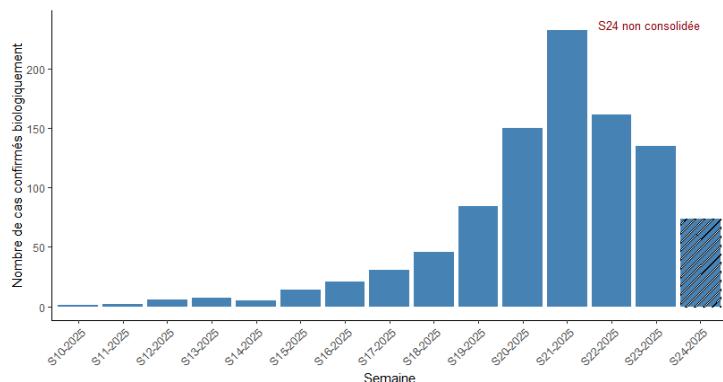
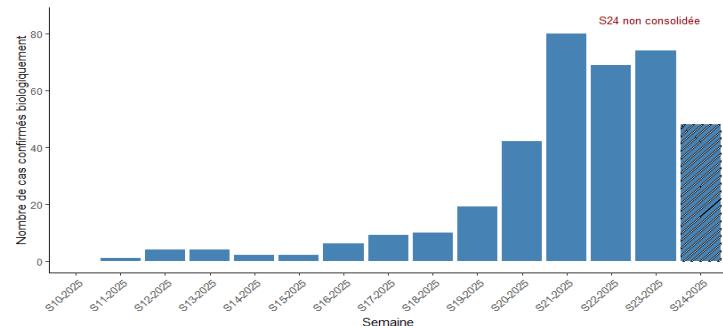


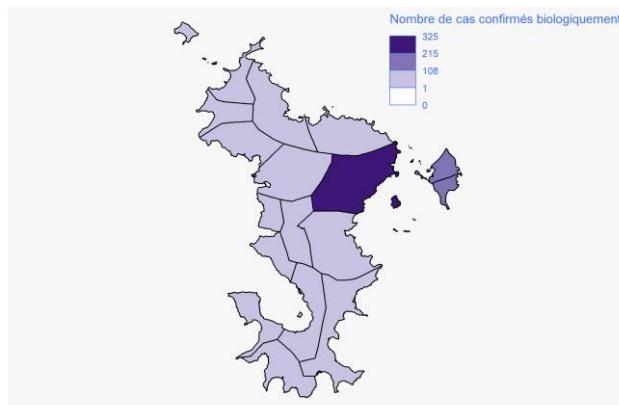
Figure 1b. Courbe des cas confirmés de chikungunya, Mayotte (hors Mamoudzou et Petite-terre), S10 à S24-2025 S10 à S20 : semaine de début des signes S21 et suivantes : semaine de date de résultats



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

En dehors des trois principaux foyers de circulation que sont Mamoudzou et les deux communes de Petite-Terre, les communes présentant une dynamique épidémique élevée au cours des dernières semaines sont Koungou, qui enregistre désormais 45 cas cumulés, Mtsamboro (43 cas), Chiconi (31 cas) et Dembéni (26 cas). Cette évolution témoigne d'une diffusion plus étendue du virus sur l'ensemble du territoire (Figure 2).

Figure 2. Nombre de cas de chikungunya confirmés biologiquement par commune de domicile, Mayotte, S10-2025 à S24-2025

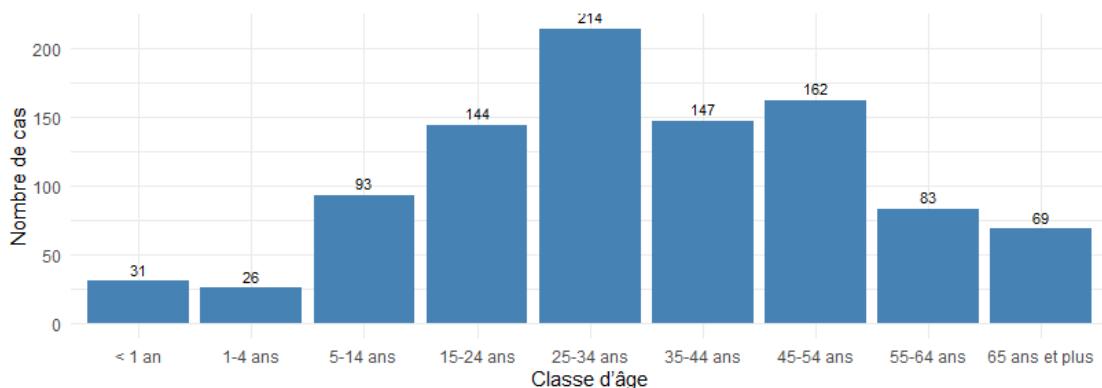


Source : données ARS, Exploitation : SpF Mayotte

Caractéristiques des cas confirmés

La répartition des cas confirmés de chikungunya par classe d'âge reste globalement stable en semaine 24, avec une prédominance marquée chez les adultes jeunes et d'âge moyen. Les 25–34 ans demeurent la tranche d'âge la plus touchée (214 cas cumulés), suivis des 45–54 ans (162 cas) et des 35–44 ans (147 cas). Les 15–24 ans (144 cas) et les enfants de 5–14 ans (93 cas) sont également fortement représentés. À l'inverse, la transmission reste plus limitée chez les enfants de moins de 5 ans (26 cas) et les personnes âgées de 65 ans et plus (69 cas), qui continuent de représenter une part minoritaire des cas déclarés (Figure 3).

Figure 3. Répartition des cas confirmés de chikungunya par classe d'âges, Mayotte, S10 à S24-2025



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

Cas hospitalisés et décès

Quatre nouvelles hospitalisations ont été enregistrées en semaine 24. Depuis le début de la circulation du virus du chikungunya à Mayotte, 36 hospitalisations ont été recensées (voir Tableau 1). Ce chiffre pourrait être revu à la hausse, certaines situations étant encore en cours d'investigation afin de confirmer un lien avec une infection à chikungunya.

Les hospitalisations concernent majoritairement des personnes vulnérables : 14 nourrissons de moins d'un an ont été admis, ainsi que 18 femmes enceintes, principalement à titre préventif compte tenu des risques spécifiques liés à l'infection. À ce jour, deux admissions en réanimation néonatale ont été signalées (en semaine 22 et semaine 24) et aucun décès n'a été rapporté.

Tableau 1 – caractéristiques des cas confirmés biologiquement hospitalisés, semaine 2025-S10 à 2025-S24*, Mayotte, données arrêtées au 18/06/2025.** Données non consolidées*

	Total hospitalisations	Dont femmes enceintes	Dont réanimation
< 1 an	14	-	2
5-14	1	0	-
15-24 ans	9	8	-
25-34 ans	11	10	0
65 ans et plus	1	-	-
Total	36	18	2

Sources : données CH Mayotte. Exploitation : SpF Mayotte

Qualité des données de surveillance

Depuis le passage 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 en vue d'une confirmation virologique ont été suspendus aux urgences, afin d'éviter la saturation du laboratoire du CHM, déjà soumis à une forte pression. Par ailleurs, depuis plusieurs semaines, les cas suspects signalés dans les premiers foyers épidémiques (Mamoudzou et les deux communes de Petite-Terre, Pamandzi et Dzaoudzi) où la circulation virale était généralisée, ne font plus systématiquement l'objet d'une confirmation biologique. Ces mesures réduisent considérablement la capacité à détecter les cas dans les zones de forte transmission comme Mamoudzou et Petite-Terre.

À noter que la capacité actuelle des médecins à pouvoir réaliser le codage aux urgences dans de bonnes conditions peut impacter la complétude et la qualité des données.

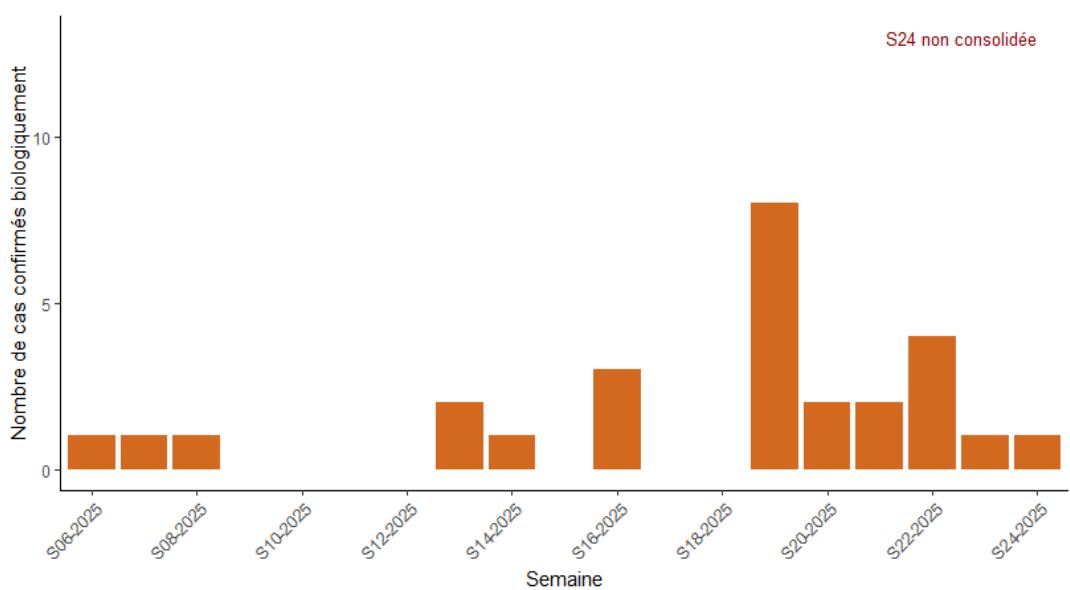
Par ailleurs, une baisse des demandes de confirmation en médecine de ville, une implication partielle du réseau sentinelles et des difficultés d'accès aux soins dans certains secteurs (zones isolées ou précaires) affectent également la qualité du signalement.

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 24, un cas de dengue a été signalé, portant le cumul à 27 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 S24-2025



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

Surveillance syndromique

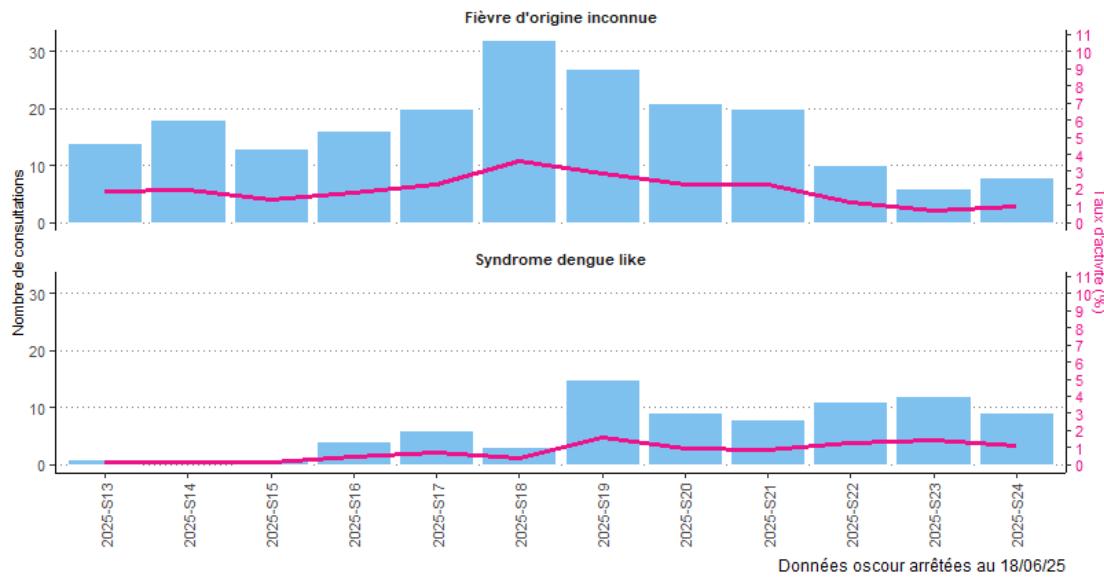
Définition du syndrome dengue-like (SDL) : Fièvre d'apparition brutale de $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ associée ou non à des céphalées, des douleurs musculaires et/ou articulaires, des nausées/vomissements et un rash cutané en l'absence de tout autre point d'appel infectieux.

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

Après une tendance à la baisse des passages aux urgences pour fièvre d'origine inconnue observée depuis la semaine 19, une stabilisation est observée depuis la semaine 22. On recense 8 consultations pour fièvre d'origine inconnue en semaine 24 (contre 6 en semaine 23). Concernant les syndromes dengue-like (SDL), après un pic en S19, une augmentation progressive a été observée depuis la semaine 22. Toutefois, en semaine 24, une légère diminution est notée, avec 9 consultations enregistrées (contre 12 en semaine 23). Le taux d'activité associé aux SDL reste globalement stable, autour de 1 % (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-S24



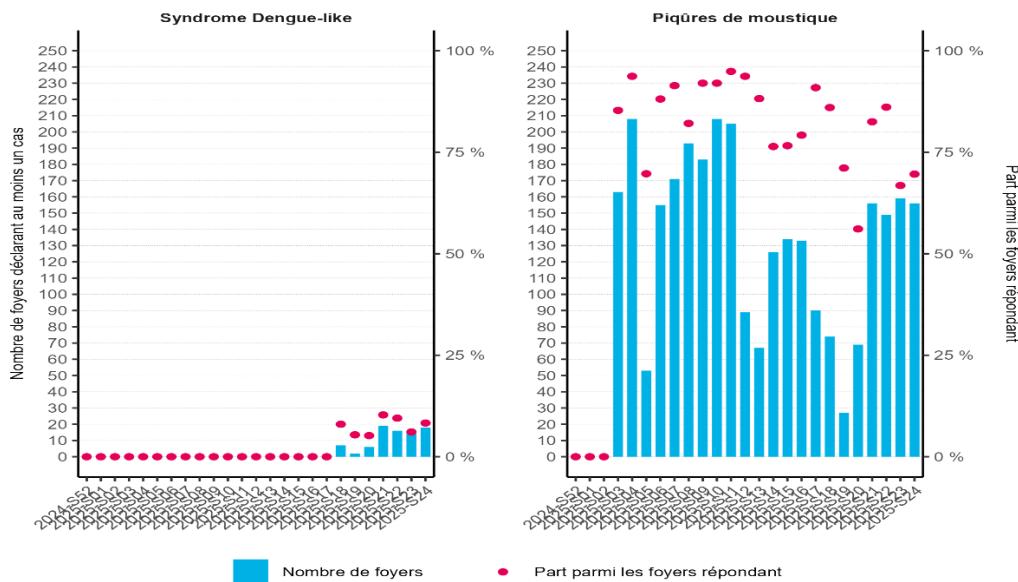
Source : données Oscour®, Exploitation : SpF Mayotte.

Surveillance à Base Communautaire (SBC) (méthodologie p11)

Au total, pour la semaine 24-2025, 224 foyers ont été interrogés dans 18 quartiers, répartis dans 14 villages appartenant à 9 communes. Les données ne seront pas présentées de manière détaillée pour 6 quartiers, dans lesquels moins de 10 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-S24



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 24, 70 % (n=156) des foyers répondants ont indiqué se faire beaucoup piquer par les moustiques et 8 % (n=18) ont déclaré au moins une personne ayant un syndrome dengue-like au sein de leur foyer (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 11 villages, semaine 2025-S24, Mayotte, données arrêtées au 17/06/2025.

Communes	Villages	Quartier	Nombre de foyers enquêtés	Nombre de foyers déclarant au moins une personne ayant un syndrome dengue-like	Pourcentage	Piqûres de moustiques	Part de piqûres de moustiques
Chirongui	<i>Malamani</i>	1	19	0	0 %	19	100 %
Dembeni	<i>Dembeni</i>	2	18	0	0 %	13	72 %
	<i>Ongojou</i>	3	19	5	29 %	9	47 %
Dzaoudzi	<i>Labattoir</i>	4	21	1	5 %	12	57 %
Mamoudzou	<i>Cavani</i>	5	19	0	0 %	7	37 %
	<i>Doujani</i>	6	25	3	12 %	20	80 %
	<i>Majicavo Lamir</i>	7	10	0	0 %	4	40 %
	<i>Passamainty</i>	8	10	0	0 %	10	100 %
	<i>Tsoundzou 2</i>	9	14	3	21 %	12	86 %
Mtsamboro	<i>Mtsamboro</i>	10	11	3	27 %	10	91 %
Tsingoni	<i>Combani</i>	11	11	0	0 %	6	55 %
	<i>Combani</i>	12	25	1	4 %	18	72 %

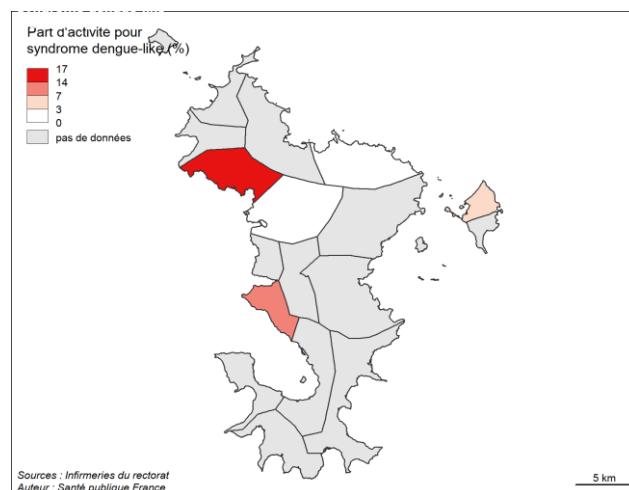
Les pourcentages sont calculés hors données manquantes (non présentées ici).

En semaine 24-2025, des personnes ayant des SDL ont été déclarés dans des foyers de 6 quartiers dans les villages de Ongojou, Labattoir, Doujani, Tsoundzou 2, Mtsamboro et Combani (voir Tableau 2).

Surveillance dans les infirmeries scolaires

En semaine 24, 5 infirmeries scolaires ont transmis leurs données de surveillance syndromique contre 7 la semaine précédente (S23). Au total, 8 consultations pour SDL ont été enregistrées, représentant 3,6 % de l'activité hebdomadaire, en diminution par rapport à la semaine 23 (8,4 %). La commune présentant le taux d'activité le plus élevé pour les SDL est Mtsangamouji (1 établissement) avec 17,4 % de l'activité (Figure 7).

Figure 7 – Pourcentage de consultations pour syndromes dengue-like par commune, semaine 2025-S024 (5 infirmeries scolaires déclarantes), Mayotte, données arrêtées au 18 juin 2025.



Analyse de risque chikungunya

La baisse du nombre de cas confirmés amorcée en semaine 22 s'est poursuivie en semaine 23 et s'accentue nettement en semaine 24, avec seulement 74 prélèvements positifs enregistrés sur l'ensemble du territoire. Pour rappel, la suspension des prélèvements avait été actée dans les communes de Mamoudzou, Pamandzi et Dzaoudzi, foyers historiques de l'épidémie. Cette mesure, mise en place pour désengorger les capacités du laboratoire, peut conduire à une sous-estimation du nombre de cas. Toutefois, l'analyse des données hors de ces communes montre que le nombre de cas confirmés, qui restait élevé jusqu'en semaine 23, connaît lui aussi une baisse significative en semaine 24. Cela suggère une évolution favorable dans les zones périphériques également.

Cette tendance pourrait en partie être liée aux mesures de freinage mises en œuvre par l'ARS, notamment l'intensification des actions de lutte antivectorielle dans les zones les plus touchées. Ces interventions, déployées depuis plusieurs semaines, commencent à porter leurs fruits, additionnées à la baisse de la pluviométrie et l'arrivée des Alizés qui entraînent une diminution progressive de la densité vectorielle sur le territoire. Toutefois, une pluviométrie positive se poursuit dans certaines zones, notamment à l'est de grande-terre et pourrait avoir un impact sur la densité vectorielle dans les semaines à venir.

En outre, la persistance d'une circulation virale active, en particulier en dehors de Mamoudzou et de Petite-Terre, souligne la nécessité de continuer les actions de lutte antivectorielle sur l'ensemble du territoire. Il est également essentiel d'intensifier les interventions visant à réduire les facteurs favorisant la prolifération des moustiques, notamment par une gestion rigoureuse des gîtes larvaires et une sensibilisation accrue des populations. Ces mesures combinées sont indispensables pour contenir la transmission et limiter l'impact de l'épidémie.

En conclusion, la baisse du nombre de cas confirmés en semaine 24 est significative, y compris en dehors des zones où les tests sont suspendus. Cette évolution positive doit néanmoins être considérée avec prudence, compte tenu des limites de la surveillance actuelle.

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

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).



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

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.

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, 06/06/2025. Saint-Maurice : Santé publique France, 11 p., 2025

Directrice de publication : Caroline SEMAILLE

Dépôt légal : 20/06/2025

Contact : mayotte@santepubliquefrance.fr