

Mayotte

Surveillance épidémiologique des arboviroses

Semaine 26 (du 23 au 29 juin 2025)

Point de situation au 4/07/2025

Points clés

- Mayotte **reste en phase épidémique** de chikungunya depuis le 27 mai 2025 ;
- Au total, **1098 cas confirmés de chikungunya ont été enregistrés** entre les semaines 10 et 26 de l'année 2025 ;
- **Tendance globale à la baisse du nombre de cas confirmés de chikungunya** sur l'ensemble du territoire ;
- **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 ;
- **Aucun cas de dengue** n'a été identifié en semaine 26. Le nombre total de cas signalés en 2025 reste de 28. Aucun signal ne permet à ce stade de conclure à une reprise significative de la circulation du virus ;

Les investigations individuelles auprès de chaque cas probable ou confirmé de chikungunya ne sont plus réalisées depuis la semaine 21 cela peut engendrer 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	S25	S26*	Total	Évolution sur 7 jours
Chikungunya				
Cas confirmés	79	46	1098	-41% 
Cas hospitalisés	1	1	38	
Dengue				
Cas confirmés	0	0	28	

* Données non consolidées

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

Chikungunya

Cas confirmés

Depuis le début de l'année, 1 098 cas confirmés de chikungunya ont été recensés à Mayotte. Après trois semaines de baisse continue, une stabilisation du nombre de cas confirmés a été observée en semaine S25-2025. Au cours de la semaine S26-2025, une diminution est enregistrée avec 46 prélevements positifs contre 79 en S25-2025 (données non consolidées) (Figure 1a). Cette diminution du nombre de cas semble confirmée après exclusion des communes de Mamoudzou et de Petite-terre suite à une tendance à la hausse enregistrée la semaine précédente (Figure 1b).

Figure 1a. Courbe des cas confirmés de chikungunya, Mayotte, S10 à S26-2025 S10 à S20 : semaine de début des signes S21 et suivantes : semaine de date de résultats

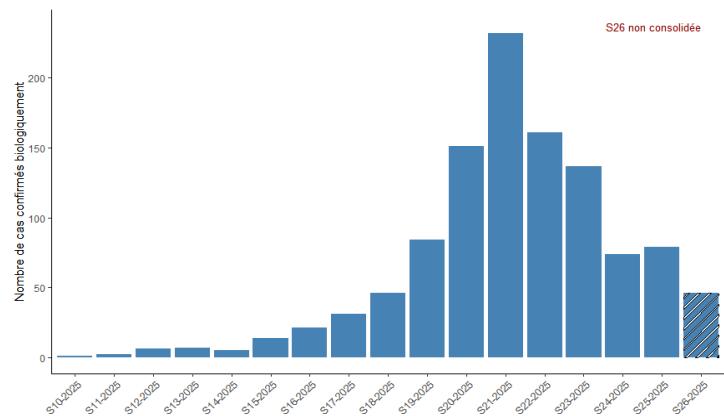
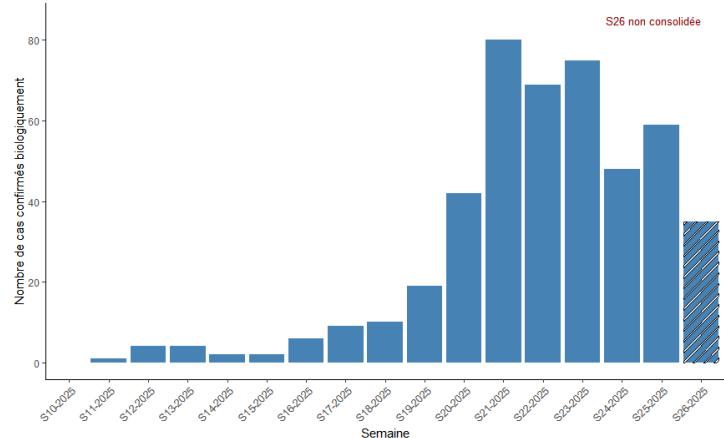


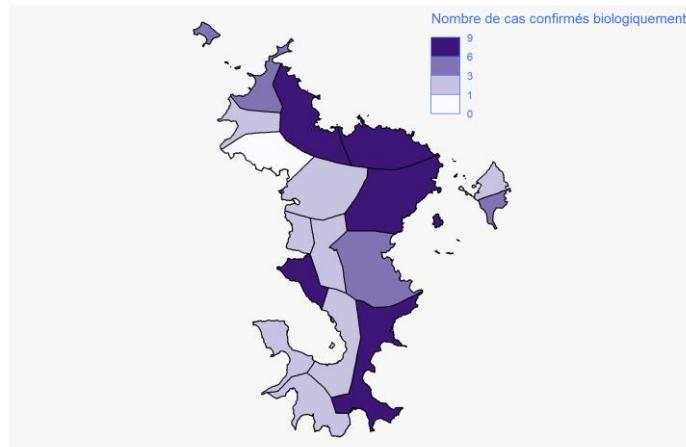
Figure 1b. Courbe des cas confirmés de chikungunya, Mayotte (hors Mamoudzou et Petite-terre), S10 à S26-2025 S10 à S20 : semaine de début des signes S21 et suivantes : semaine de date de résultats



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

L'évolution du nombre de cas confirmés reste globalement stable dans l'ensemble des communes, chacune enregistrant moins de 10 cas au cours de la semaine S26-2025 (Figure 2).

Figure 2. Nombre de cas de chikungunya confirmés biologiquement par commune de domicile, Mayotte, S26-2025

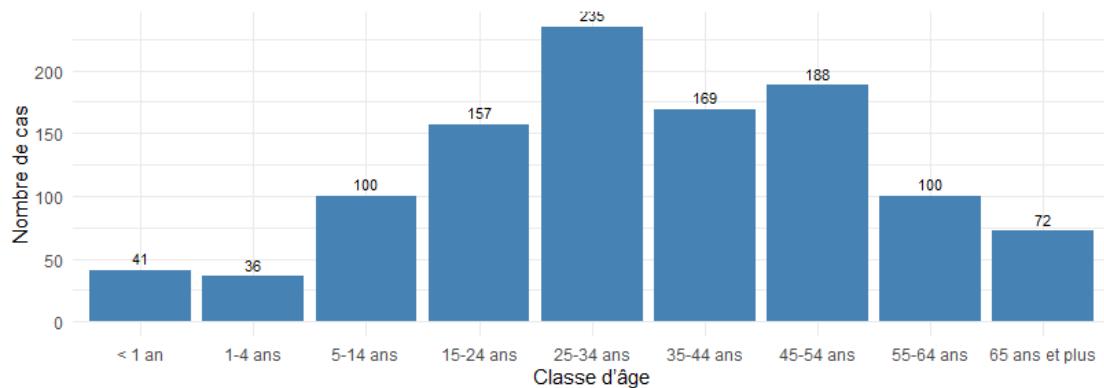


Source : données ARS, Exploitation : SpF Mayotte

Caractéristiques des cas confirmés

La répartition des cas confirmés de chikungunya par classe d'âge reste globalement stable en semaine 26, avec une prédominance marquée chez les adultes jeunes. Les 25–34 ans demeurent la tranche d'âge la plus touchée (235 cas cumulés), suivis des 45–54 ans (188 cas) et des 35–44 ans (169 cas). Les 15–24 ans (157 cas) sont également fortement représentés.

Figure 3. Répartition des cas confirmés de chikungunya par classe d'âges, Mayotte, S10 à S26-2025



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

Cas hospitalisés et décès

Une nouvelle hospitalisation a été enregistrée en semaine 26. Depuis le début de la circulation du virus du chikungunya à Mayotte, 38 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 particulièrement vulnérables à la maladie : 15 nourrissons de moins d'un an ont été admis, ainsi que 19 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 ces derniers sont sortis de réanimation. Aucun décès n'a été rapporté à ce jour.

Tableau 1 – caractéristiques des cas confirmés biologiquement hospitalisés, semaine 2025-S10 à 2025-S26*, Mayotte, données arrêtées au 01/07/2025.

* Données non consolidées

	Total hospitalisations	Dont femmes enceintes	Dont réanimation
< 1 an	15	-	2
5-14	1	0	-
15-24 ans	9	8	-
25-34 ans	12	11	-
65 ans et plus	1	-	-
Total	38	19	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 (fièvre d'origine inconnue et syndromes dengue-like), 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.

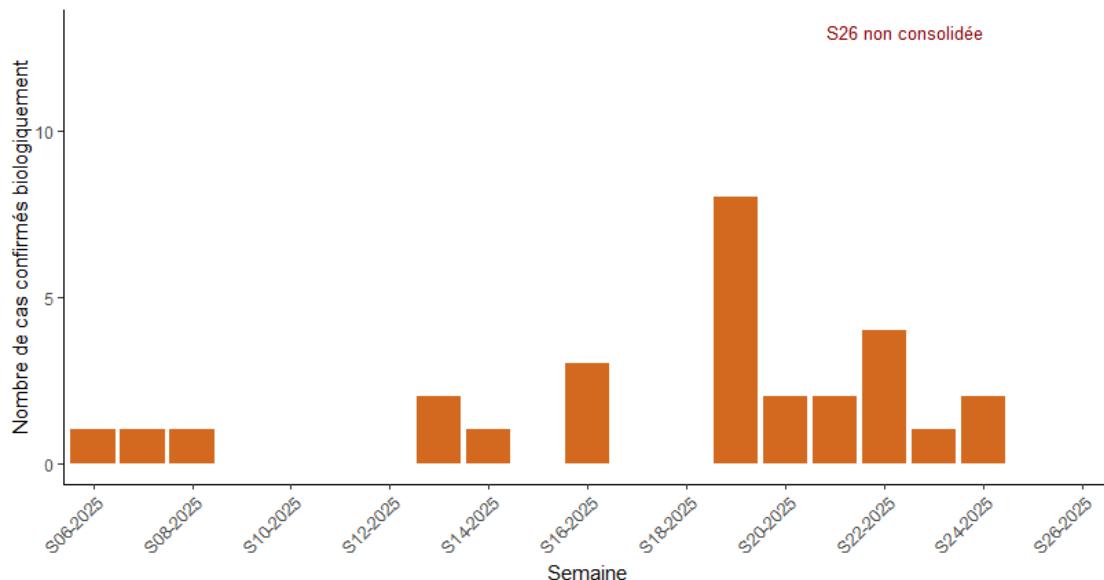
Par ailleurs, une baisse des demandes de confirmation en médecine de ville, une implication très insuffisante du réseau sentinelle et des difficultés d'accès aux soins pour certaines populations (zones isolées ou habitats précaires) affectent également la qualité du signalement.

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 26, aucun cas de dengue n'a été signalé (comme en semaine S25-2025). Le total des cas rapportés depuis le début de l'année est de 28. Cette dynamique traduit une circulation virale ponctuelle, stable pour le moment (voir Figure 4).

Figure 4. Courbe des cas confirmés de dengue par semaine de déclaration, Mayotte, S06 à S26-2025



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

Surveillance syndromique

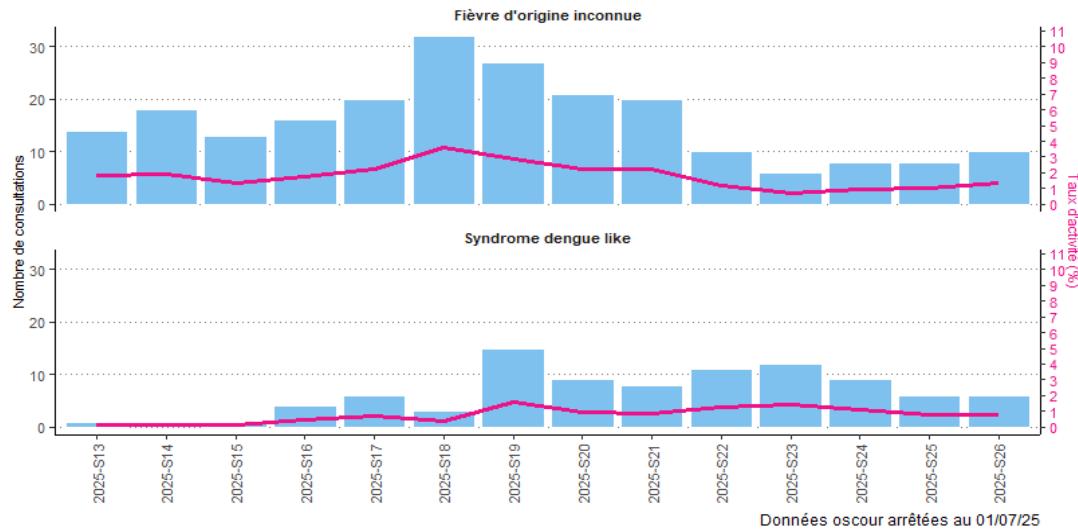
Définition du syndrome dengue-like (SDL) : Fièvre d'apparition brutale de $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ associée ou non à des céphalées, des douleurs musculaires et/ou articulaires, des nausées/vomissements et un rash cutané en l'absence de tout autre point d'appel infectieux.

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 la tendance à la baisse des passages aux urgences pour fièvre d'origine inconnue observée depuis la semaine 2025-S19, une stabilisation a été observée entre la semaine 2025-S22 et la semaine 2025-S25. En 2025-S26, une légère augmentation est enregistrée avec 10 passages pour fièvre d'origine inconnue (contre 8 en semaine 2025-S25). Concernant les passages aux urgences pour syndromes dengue-like (SDL), une tendance à la hausse a été observée jusqu'en 2025-S23. Depuis la semaine 2025-S13, la part d'activité aux urgences associée aux SDL reste globalement stable, autour de 1 % (Figure 5).

Figure 5. Nombre de passages aux urgences pour fièvre d'origine inconnue et syndrome dengue like par semaine et part d'activité, Mayotte, 2025-S13 à 2025-S26



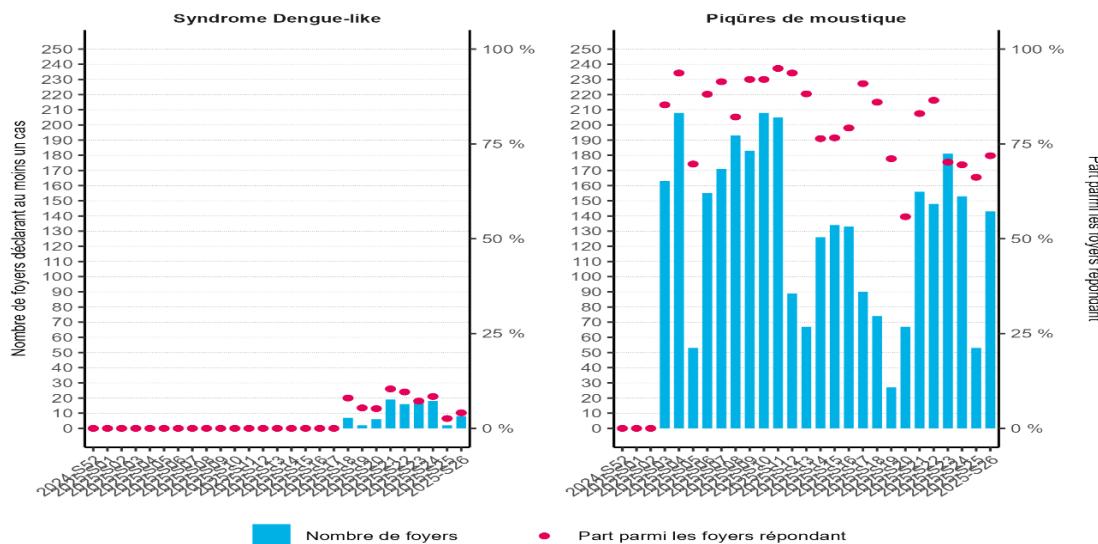
Source : données Oscour®, Exploitation : SpF Mayotte.

Surveillance à Base Communautaire (SBC) (cf. méthodologie p11)

Au total, pour la semaine 2025-S26, 200 foyers ont été interrogés dans 12 quartiers répartis dans 12 villages appartenant à 9 communes. Les données ne sont pas présentées de manière détaillée pour un quartier dans lequel 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 ajoutée 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-S26



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 26, 72 % (n=143) des foyers répondants ont indiqué se faire beaucoup piquer par les moustiques et 4 % (n=8) 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 12 villages, semaine 2025-S26, Mayotte, données arrêtées au 30/06/2025.

Communes	Villages	Quartiers	Nombre de foyers enquêtés	Synd. Dengue-like	Piqûres de moustiques
Bandrélé	<i>Dapani</i>	1	13	0	0 %
Chiconi	<i>Sohoia</i>	2	10	0	0 %
Dembeni	<i>Ongojou</i>	3	17	0	0 %
Dzaoudzi	<i>Labattoir</i>	4	20	0	0 %
Koungou	<i>Majicavo</i>	5	39	4	10 %
Mamoudzou	<i>Kaweni</i>	6	16	0	0 %
Mamoudzou	<i>Mamoudzou centre</i>	7	11	0	0 %
Mamoudzou	<i>Passamainty</i>	8	28	3	11 %
M'Tsangamouji	<i>M'Tsangamouji village</i>	9	11	0	0 %
Ouangani	<i>Kahani</i>	10	12	0	0 %
Tsingoni	<i>Combani</i>	11	14	0	0 %

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

En semaine 26-2025, des personnes souffrant de syndrome dengue-like ont été déclarées dans des foyers de 2 quartiers dans les villages de Majicavo et Passamainty (voir Tableau 2).

Analyse de risque chikungunya

La tendance à la baisse du nombre hebdomadaire de cas confirmés, amorcée en semaine 22, s'est poursuivie jusqu'en semaine 24. Un léger rebond du nombre cas a été observé en semaine 25, porté par les communes hors Mamoudzou et Petite Terre. En semaine 26, une diminution est enregistrée avec 46 cas confirmés. Cette situation, qui pourrait traduire un ralentissement de la circulation virale sur le territoire, devra être confirmée après consolidation des données de la S26 et dans les prochaines semaines.

L'analyse du nombre hebdomadaire de cas confirmés en dehors de Mamoudzou et Petite Terre indique également une tendance à la baisse. La suspension temporaire des prélèvements dans les communes de Mamoudzou, Pamandzi et Dzaoudzi, les principaux foyers de l'épidémie, prendra fin le 7 juillet 2025 avec la reprise progressive des confirmations biologiques. Cette mesure avait été instaurée afin d'alléger la charge du laboratoire.

L'amélioration constatée pourrait s'expliquer par plusieurs facteurs combinés :

Les actions de lutte antivectorielle intensifiées par l'ARS, notamment le traitement des gîtes larvaires et les interventions ciblées dans les zones les plus touchées.

Les conditions climatiques plus favorables, avec la baisse de la pluviométrie et l'installation durable des Alizés, qui réduisent les conditions propices à la prolifération des moustiques vecteurs.

Toutefois, malgré la baisse générale, la circulation virale reste active, notamment en dehors de Mamoudzou et de Petite-Terre. Des foyers résiduels persistent, notamment dans les communes de Bandraboua, Mamoudzou, Bandrélé, Sada et Koungou qui restent les plus touchées sur cette dernière période.

La tendance observée à la semaine 26 semble confirmer la poursuite de la décroissance de l'épidémie de chikungunya sur l'ensemble du territoire, y compris hors de Mamoudzou et Petite-Terre. Cependant, la persistance de cas dans plusieurs communes appelle à la prudence et à la poursuite des efforts de surveillance et de lutte anti vectorielle. Cette évolution 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

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

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 raison d'un faible nombre ($n < 5$) d'infirmerie qui ont remonté leurs données en semaine 2025-S26, les indicateurs pour cette surveillance n'ont pas été présenté.

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, 04/07/2025. Saint-Maurice : Santé publique France, 11 p., 2025

Directrice de publication : Caroline SEMAILLE

Dépôt légal : 04/07/2025

Contact : mayotte@santepubliquefrance.fr