



Bulletin



Date de publication : 06 février 2026

MAYOTTE

Surveillance épidémiologique à Mayotte

Semaine 05 (du 26 janvier au 01 février 2026)

SOMMAIRE

Points clés	1
Mpox (Variole b)	2
Infections respiratoires aigües (IRA).....	4
Grippe.....	4
Bronchiolite.....	5
SARS-CoV2.....	7
Maladies transmises par les moustiques.....	8
Chikungunya.....	8
Paludisme.....	8

Points clés

Mpox (Variole b)

- **3 nouveaux cas confirmés de Mpox en S06** portant le total à 6 cas depuis la S02-2026 (dont 2 cas importés et 4 cas autochtones). Bien qu'aucune diffusion dans la population ne soit documentée à ce stade, le risque d'une telle évolution reste élevé pour les semaines à venir

Infections respiratoires aigües

- **Grippe** : Fin de l'épisode épidémique de grippe pour la saison 2025-2026
- **Bronchiolite** : La bronchiolite est en phase épidémique depuis la S03 avec une circulation élevée du VRS sur le territoire et accrue par rapport à la semaine précédente (S04)
- **SARS-CoV-2** : Taux de positivité du SARS-CoV-2 en augmentation

Maladies transmises par les moustiques

- **Chikungunya** : Depuis la fin de l'année 2025, une reprise de la circulation du chikungunya est observée sur le territoire, avec 15 nouveaux cas en S05, invitant à une vigilance renforcée
- **Paludisme** : Une diminution progressive du nombre de cas est observée depuis la semaine S04-2026

Mpox (Variole b)

À partir de la semaine S02-2026, Mayotte a enregistré son premier cas confirmé de Mpox (variole B), importé de Madagascar. Deux semaines plus tard, en S04-2026, deux nouveaux cas ont été notifiés. Ces deux cas étaient épidémiologiquement liés : il s'agissait d'un cas importé de Madagascar ayant transmis l'infection à sa conjointe (cas secondaire autochtone).

En semaine S06-2026, trois nouveaux cas ont été notifiés. Il s'agissait de cas autochtones, correspondant à des infections acquises localement à partir de cas importés de Madagascar confirmés ou en cours d'investigation.

Au total, 6 cas confirmés ont été enregistrés sur le territoire depuis le début de l'année 2026, dont 2 cas importés et 4 cas autochtones. Bien qu'aucune diffusion dans la population ne soit documentée à ce stade, le risque d'une telle évolution reste élevé pour les semaines à venir.

Définition des cas de Mpox (variole b)

Un cas suspect d'infection par le virus Monkeypox est une personne présentant :

- Une éruption cutanée ou une ou des ulcérations de la muqueuse génitale, anale ou buccale, évocatrice de Mpox
- Isolée, ou précédée ou accompagnée d'une fièvre ressentie ou mesurée ($>38^{\circ}\text{C}$), d'adénopathies ou d'une odynophagie

Un cas probable d'infection par le virus Monkeypox est une personne présentant :

- Une éruption cutanée ou une ou des ulcérations de la muqueuse génitale, anale ou buccale, évocatrice de Mpox
- Isolée, ou précédée ou accompagnée d'une fièvre ressentie ou mesurée ($>38^{\circ}\text{C}$), d'adénopathies ou d'une odynophagie ;

ET un contact à risque* avec un cas **confirmé** en France, ou dans un autre pays

Un cas confirmé d'infection par le virus Monkeypox est une personne avec :

- Un résultat positif de qPCR ou RT-PCR spécifique du virus Monkeypox, ou spécifique d'un clade ou d'un sous-clade du virus Monkeypox ; ou
- Un résultat positif en qPCR générique du genre Orthopoxvirus, associée à un résultat de séquençage partiel spécifique du virus Monkeypox

*Personne-contact à risque

- Toute personne ayant eu un **contact direct non protégé sans notion de durée** (Cf. infra mesures de protection efficaces) **avec la peau lésée ou les fluides biologiques** d'un cas probable ou confirmé symptomatique, notamment rapport sexuel (avec ou sans préservatif), actes de soin médical, paramédical ou de toilette ; OU
- Un contact physique indirect par le partage d'ustensiles de toilette ou de cuisine, ou des textiles (vêtements, linge de bain, literie) utilisés par le cas probable ou confirmé symptomatique.

Personne-contact à risque négligeable :

- Toute personne ayant eu un contact à risque tel que décrit ci-dessus en présence de mesures de protection efficaces portées par la personne-contact, à l'exception des rapports sexuels qui restent toujours à risque. Les mesures de protection efficaces vis-à-vis du contact physique sont notamment le port de gants étanches (latex, nitrile, caoutchouc) ;
- Toute autre situation

Prévention

Toute personne ayant effectué un voyage à Madagascar au cours des 21 derniers jours et présentant des symptômes évocateurs (à une éruption cutanée avec des vésicules associée ou non à de la fièvre) est invitée à :

- Contacter rapidement son médecin traitant ou le SAMU centre 15 ;
- S'isoler dans l'attente d'un avis médical et éviter les contacts rapprochés avec d'autres personnes. Dans l'obligation de se déplacer, notamment en transport collectif ou taxi, couvrir les lésions cutanées et porter un masque chirurgical.

Pour se protéger contre le Mpoxy :

- Lavez-vous fréquemment les mains ;
- Évitez tout contact étroit avec des personnes malades qui présentent une éruption cutanée ;
- Évitez tout contact avec les objets potentiellement contaminés par une personne malade (vêtements, linge de maison, vaisselle).

Pour plus d'informations

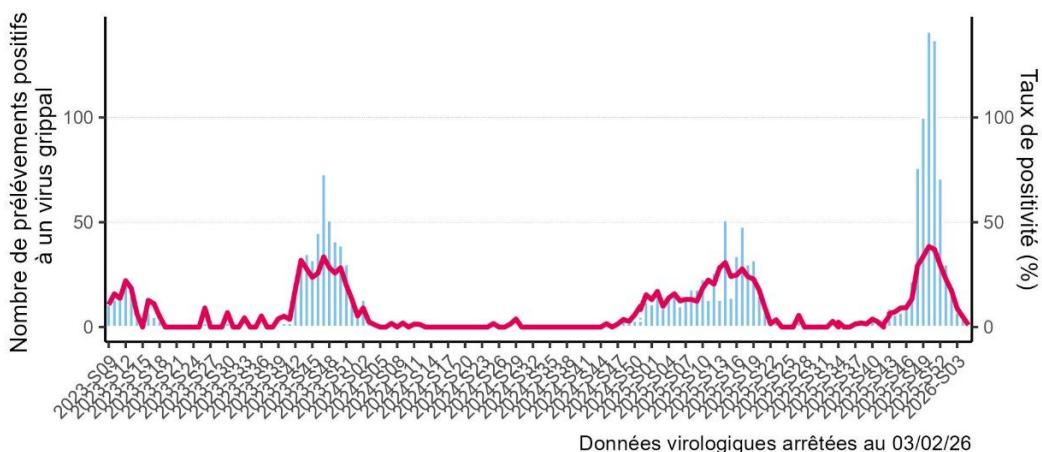
- [Dossier thématique Mpoxy sur le site de Santé publique France](#)

Infections respiratoires aigues

Grippe

En semaine S05-2026, la circulation du virus grippal est devenue marginale, avec un seul prélèvement positif enregistré, correspondant à un taux de positivité de 1%. La saison grippale 2025-2026 a été marquée par une activité épidémique d'intensité élevée. Le passage en phase épidémique a été observé en semaine S47-2025 (mi-novembre), avec 22 prélèvements positifs et un taux de positivité de 13%. Le pic épidémique est survenu en semaine S50-2025 (mi-décembre), caractérisé par 141 prélèvements positifs et un taux de positivité de 38%. La phase de décroissance a débuté en semaine S51-2025 (137 prélèvements positifs, taux de positivité de 37%) et s'est poursuivie progressivement jusqu'à atteindre, en semaine S05-2026, un niveau résiduel de circulation virale (1 prélèvement positif, taux de positivité de 1%). Ces résultats confirment la fin de l'épisode épidémique de grippe pour la saison 2025-2026 (Figure 1).

Figure 1. Évolution hebdomadaire du nombre de prélèvements respiratoires positifs à un virus grippal et du taux de positivité associé (données non consolidées), Mayotte, 2024-S09 à 2026-S05 (source : LBM du CHM)



Depuis cinq semaines consécutives (S01-2026 à S05-2026), l'activité liée à la grippe aux urgences du Centre hospitalier de Mayotte (CHM) demeure faible, avec un nombre de passages hebdomadaires inférieur à cinq. Une seule hospitalisation a été enregistrée sur cette période, survenue en semaine S03-2026.

La surveillance des formes graves de grippe admises en réanimation montre que le premier cas a été enregistré en semaine S49-2025, correspondant à la phase ascendante de l'épidémie. Le nombre maximal de cas hebdomadaires a été observé au cours de cette même semaine ($n = 4$). Les derniers cas ont été rapportés en semaine S02-2026 ($n = 3$), marquant la fin de la période de circulation intense du virus. Au total, 14 cas graves de grippe ont été admis en réanimation au cours de la saison 2025-2026. L'âge moyen des patients était de 51 ans. Une prédominance masculine a été observée, avec 11 hommes sur 14 cas. Parmi ces patients, deux étaient des nourrissons. Dans l'ensemble des cas, l'infection était due au virus grippal A(H3N2). Aucun des patients admis en réanimation n'était vacciné contre la grippe pour la saison 2025-2026.

Pour plus d'informations

– [Dossier thématique IRA sur le site de Santé publique France](#)

Bronchiolite

Depuis le passage en phase épidémique de la bronchiolite en semaine S03-2026, la circulation du virus respiratoire syncytial (VRS) se maintient à un niveau élevé sur le territoire. En semaine S05-2026, 29 prélèvements se sont révélés positifs, correspondant à un taux de positivité de 28%, contre 23% en semaine S04-2026. Ce niveau de positivité est comparable aux valeurs maximales observées au cours de l'épidémie de bronchiolite de la saison 2024-2025. Ces résultats traduisent une poursuite de l'activité épidémique du VRS à un niveau d'intensité élevée (Figure 2). La majorité des cas rapportés en semaine S05 concernait des enfants âgés entre 28 jours et 6 mois (Figure 3).

Figure 2. Évolution hebdomadaire du nombre de prélèvements respiratoires positifs au VRS et du taux de positivité associé, Mayotte, 2024-S09 à 2026-S05 (source : LBM du CHM)

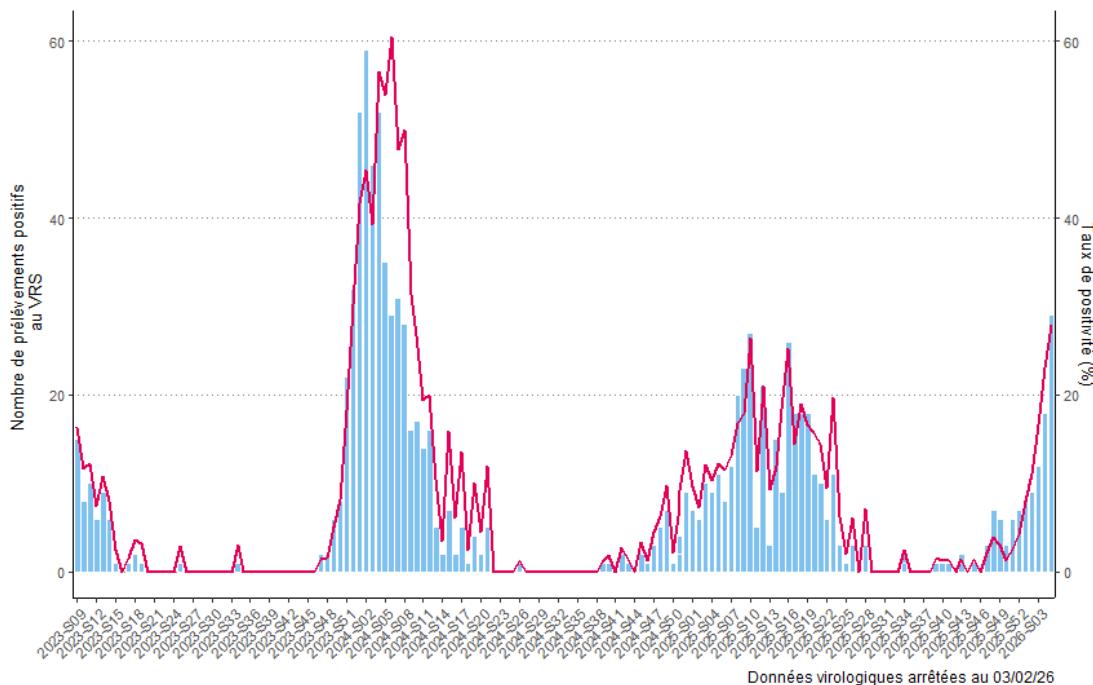
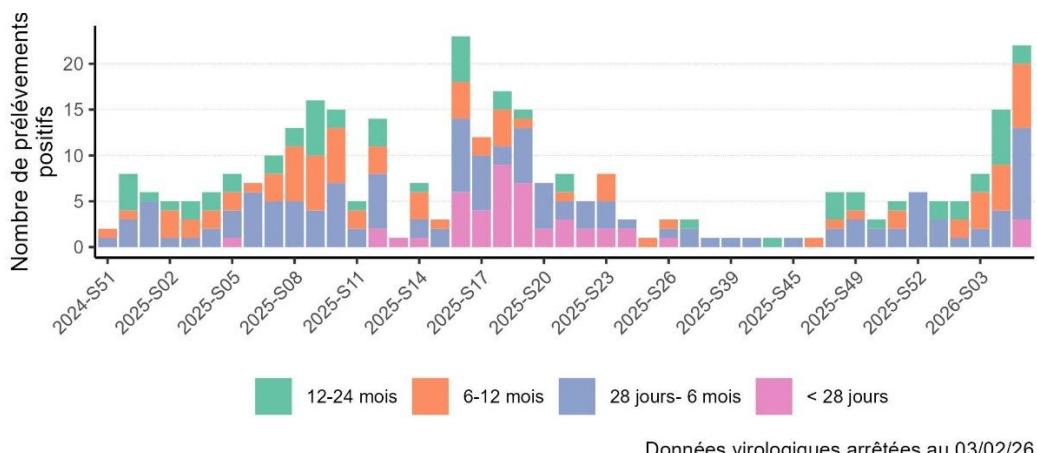


Figure 3 – Évolution des prélèvements respiratoires positifs pour les VRS, suivant la classe d'âge, semaines 2024-S51 à 2026-S05, Mayotte, données arrêtées au 03 février 2026



Les données de surveillance de la bronchiolite aux urgences du Centre hospitalier de Mayotte (CHM) chez les enfants de moins d'un an indiquent une recrudescence marquée de l'activité en semaine S05-2026. Le nombre de passages est passé de 9 en semaine S04-2026 à 25 en semaine S05-2026, dont 15 ont nécessité une hospitalisation, contre 4 hospitalisations la semaine précédente. La part d'activité liée à la bronchiolite parmi l'ensemble des passages aux urgences a ainsi augmenté de 16 points, atteignant 28% en S05-2026 contre 13% en S04-2026. Cette évolution est concordante avec l'augmentation de la circulation du virus respiratoire syncytial (VRS) observée dans les données virologiques, confirmant une intensification de l'activité épidémique de bronchiolite sur le territoire (Tableau 1)

Tableau 1 : Évolution hebdomadaire des indicateurs de passages aux urgences et hospitalisations pour bronchiolite chez les enfants de moins de 1 an, Mayotte, S04 à S05-2026 (source : Réseau OSCOUR, données non consolidées)

Semaine	Nombre de visites	Nombre d'hospitalisations	Part de la bronchiolite ¹
S05	25	15	28,4 %
S04	9	4	12,5 %

¹Proportion des passages, des hospitalisations pour bronchiolite parmi les passages, et hospitalisations toutes causes codées chez les enfants de moins de 1 ans

La surveillance des formes graves de bronchiolite nécessitant une admission en réanimation indique la survenue de cas depuis la semaine S38-2025 (mi-septembre), correspondant au début de la saison de circulation automnale des virus respiratoires. Le nombre hebdomadaire de cas a varié au cours de la période de surveillance, avec un maximum pouvant atteindre trois admissions certaines semaines. Au total, 12 cas graves de bronchiolite ont été enregistrés en réanimation au cours de la saison 2025-2026, dont deux cas confirmés d'infection à virus respiratoire syncytial (VRS), survenus respectivement en semaine S49-2025 et en semaine S05-2026. Le premier concernait un nourrisson âgé de deux mois et le second un nourrisson. Pour ces deux cas, les mères n'avaient pas bénéficié de la vaccination par Abrysvo durant la grossesse. Ces résultats mettent en évidence la persistance de formes sévères de bronchiolite chez les nourrissons au cours de la saison épidémique.

Des gestes simples à adopter pour protéger les enfants et limiter la circulation du virus

Les parents de nourrissons et jeunes enfants peuvent adopter des gestes barrières et des comportements simples et efficaces pour protéger leurs enfants et limiter la transmission du virus à l'origine de la bronchiolite :

- Limiter les visites au cercle des adultes très proches et non malades, pas de bisous, ni de passage de bras en bras, pas de visite de jeunes enfants avant l'âge de 3 mois ;
- Se laver les mains avant et après contact avec le bébé (notamment au moment du change, de la tétée, du biberon ou du repas) ;
- Laver régulièrement les jouets et doudous ;
- Porter soi-même un masque en cas de rhume, de toux ou de fièvre. Faire porter un masque aux visiteurs en présence du nourrisson ;
- Si le reste de la fratrie présente des symptômes d'infection virale même modérés, les tenir à l'écart du bébé à la phase aiguë de leur infection ;
- Éviter au maximum les réunions de familles, les lieux très fréquentés et clos comme les supermarchés, les restaurants ou les transports en commun, surtout si l'enfant a moins de trois mois ;

- Éviter l'entrée en collectivité (crèches, garderies...) avant 3 mois, ne pas confier son enfant à une garde en collectivité les jours où il présente des symptômes d'infection virale.

Vacciner pour se protéger

La campagne de prévention contre le virus respiratoire syncytial (VRS), destinée à protéger les nouveau-nés et les nourrissons, a débuté le 1er octobre 2025.

Deux approches sont proposées : la vaccination des femmes enceintes avec Abrysvo® ou l'administration directe au nourrisson de l'anticorps monoclonal nirsévimab (Beyfortus®).

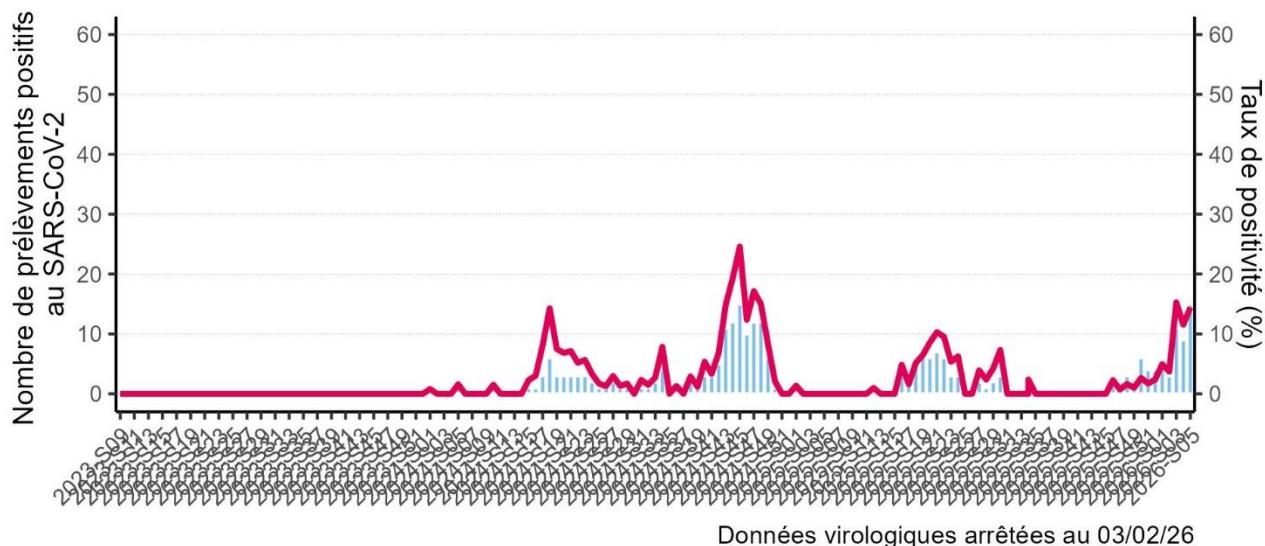
Pour plus d'informations

– [Dossier thématique Bronchiolite sur le site de Santé publique France](#)

SARS-CoV2

Les données de surveillance virologique montrent que le taux de positivité du SARS-CoV-2 a amorcé une augmentation progressive depuis la semaine S01-2026, traduisant une intensification récente de la circulation virale. En semaine S05-2026, le taux de positivité s'établit à 14%, avec 15 prélèvements positifs enregistrés. Cette tendance à la hausse observée depuis le début de l'année 2026 témoigne d'une reprise de l'activité du SARS-CoV-2 sur le territoire, caractérisée par des fluctuations hebdomadaires modérées (Figure 4).

Figure 4. Évolution hebdomadaire du nombre de prélèvements respiratoires positifs au SARS-CoV2 et du taux de positivité associé, Mayotte, 2024-S09 à 2026-S05 (source : LBM du CHM)



Maladies transmises par les moustiques

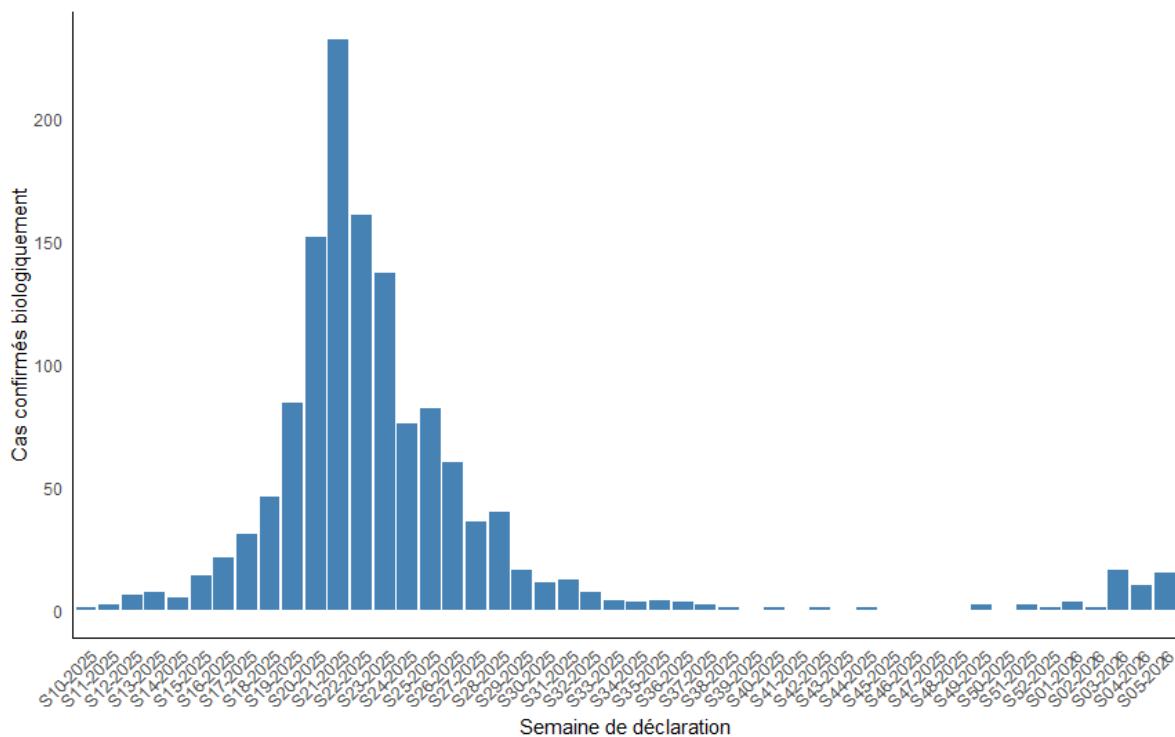
Chikungunya

Depuis la reprise de la circulation du chikungunya sur le territoire à la fin de l'année 2025, une intensification progressive de l'activité épidémiologique est observée à partir de la semaine S03-2026. En effet, 16 cas confirmés ont été rapportés en S03, contre un seul cas en S02. Cette dynamique se poursuit en S04 avec 10 cas confirmés, puis en S05 avec 15 nouveaux cas.

Depuis le début de l'année 2026, un total de 44 cas confirmés de chikungunya a ainsi été enregistré. Cette augmentation récente souligne la nécessité de maintenir une vigilance épidémiologique renforcée, en lien avec les conditions climatiques favorables à la prolifération du vecteur et la saisonnalité du virus (Figure 5).

Les médecins libéraux et hospitaliers, notamment, sont vivement encouragés à signaler aux autorités sanitaires tout patient présentant une forme clinique compatible avec un syndrome dengue-like (signalement syndromique) et à prescrire à ce type de patient un test diagnostique par RT-PCR. Ces mesures visent deux objectifs importants : (i) la réalisation d'un traitement de lutte antivectorielle autour de tout cas positif d'arbovirose (chikungunya ou dengue), et (ii) le diagnostic différentiel de la leptospirose également en recrudescence en saison des pluies, qui permet le traitement approprié du patient, et dont le pronostic médical est potentiellement péjoratif en l'absence de prise en charge médicale adaptée.

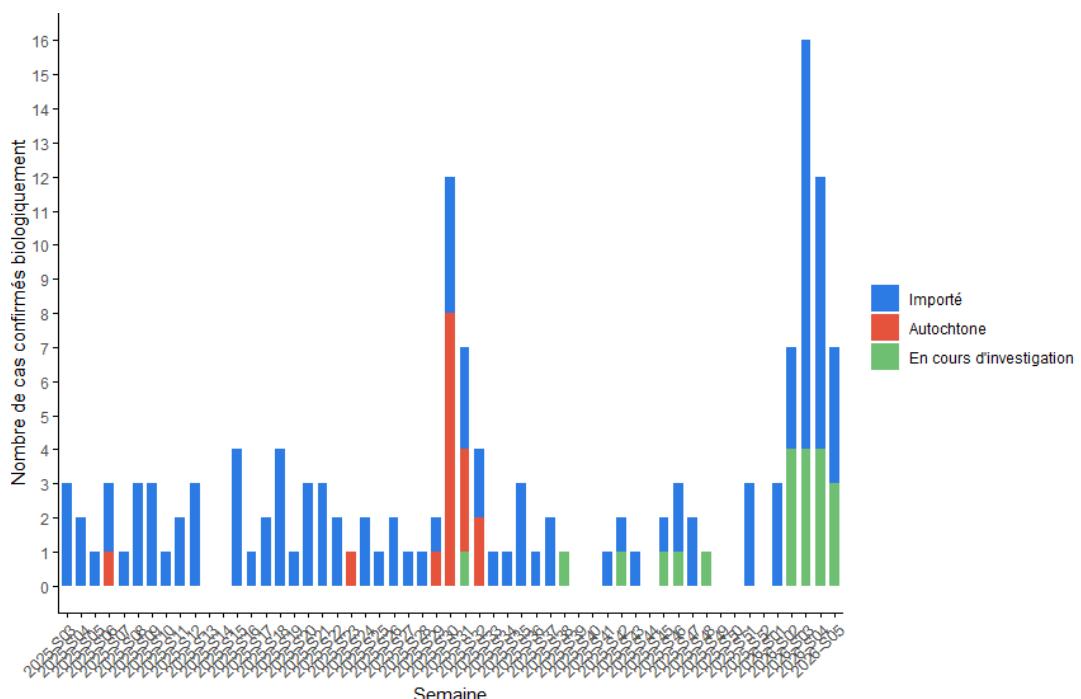
Figure 5. Évolution hebdomadaire du nombre de cas de chikungunya, par semaine de début des signes ou date de prélèvement, Mayotte, S10-2025 à S05-2026 (source : laboratoire de biologie médicale du CHM, 3-Labos et ARS Mayotte) (données non consolidées)



Paludisme

Depuis le début de l'année 2026, une recrudescence des cas de paludisme importés est observée à Mayotte, dans un contexte attendu lié au retour de la période de vacances. Après un pic en semaine 03-2026 avec 16 cas déclarés, une diminution du nombre de cas est observée depuis la semaine 04-2026. En semaine 04, douze cas ont été enregistrés, dont huit importés et quatre en cours d'investigation. Cette tendance à la baisse se poursuit en semaine 05-2026, avec sept cas signalés, dont quatre importés et trois en cours d'investigation. Au total, 45 cas ont été recensés depuis le début de l'année 2026 (Figure 6).

Figure 6. Évolution hebdomadaire du nombre de cas de paludisme, Mayotte, S03-2025 à S05-2026 (source : laboratoire de biologie médicale du CHM et ARS Mayotte) (données non consolidées)



Remerciements

Nous remercions l'ensemble des partenaires qui collectent et nous permettent d'exploiter les données pour réaliser ces surveillances : les médecins généralistes et hospitaliers, les biologistes du laboratoire du CHM et du laboratoire privé, les pharmaciens et médecins sentinelles, les infirmier(e)s du rectorat ainsi que le Département de la Sécurité et des Urgences Sanitaires (DéSUS) de l'ARS Mayotte, mais aussi l'ensemble de nos partenaires associatifs.

Equipe de rédaction : Karima MADI, Bénédicte NGANGA-KIFOULA, Patrick ROLLAND, Hassani YOUSSEOUF

Pour nous citer : Bulletin surveillance régionale, Mayotte, 06 février. Saint-Maurice : Santé publique France, 10 p., 2026

Directrice de publication : Caroline Semaille

Date de publication : 06 février 2026

Contact : mayotte@santepubliquefrance.fr