



Bulletin



Date de publication : 13 février 2026

MAYOTTE

Surveillance épidémiologique à Mayotte

SOMMAIRE

Points clés	1
Mpox (Variole b)	2
Infections respiratoires aigües (IRA).....	5
Grippe.....	5
Bronchiolite.....	5
Maladies transmises par les moustiques.....	8
Chikungunya.....	8
Paludisme.....	11

Points clés

Mpox (Variole b)

- **Neuf cas confirmés de Mpox** ont été notifiés à Mayotte depuis le début de l'année 2026, dont 6 cas autochtones et 3 cas importés en provenance de Madagascar. Installation d'une chaîne de transmission au niveau locale et risque de diffusion plus large du virus

Infections respiratoires aigües

- **Grippe** : Fin de l'épisode épidémique de grippe pour la saison 2025-2026
- **Bronchiolite** : La circulation du VRS demeure intense et nécessite une vigilance renforcée. Mayotte reste en phase épidémique pour la bronchiolite

Maladies transmises par les moustiques

- **Chikungunya** : Une augmentation marquée des cas de chikungunya est observée dès la semaine 06, avec plus de 40 cas hebdomadaire au cours des deux dernières semaines.
- **Paludisme** : Baisse marquée des cas de paludisme importés en S06-2026 (3 cas), après le pic observé en S04-2026.

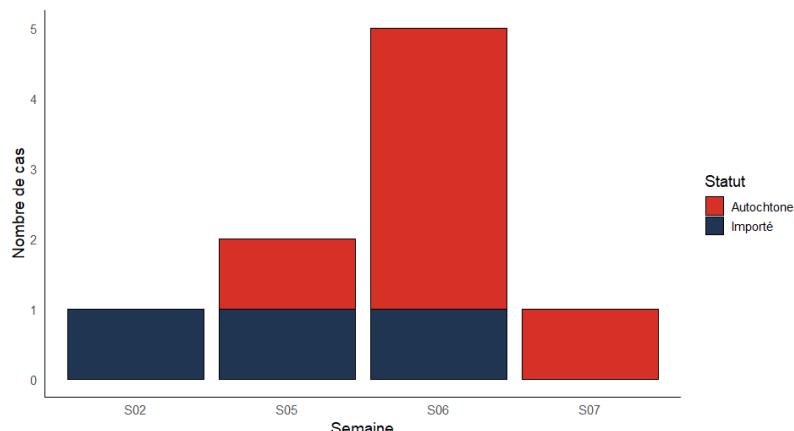
Mpox (Variole b)

Depuis le début de l'année 2026, **neuf cas confirmés de Mpox (variole B)** ont été notifiés à Mayotte, dont six cas autochtones et trois cas importés. La semaine 06 (S06-2026) a été marquée par une augmentation du nombre de cas sur le territoire, avec cinq cas confirmés pour cette seule semaine.

Les trois cas importés provenaient de Madagascar. Pour la quasi-totalité des cas autochtones (5 sur 6), un lien épidémiologique avec un cas importé a pu être établi : trois cas correspondaient à des transmissions secondaires à partir de ces cas importés et deux à des transmissions tertiaires, résultant d'une contamination survenue à partir d'un cas autochtone.

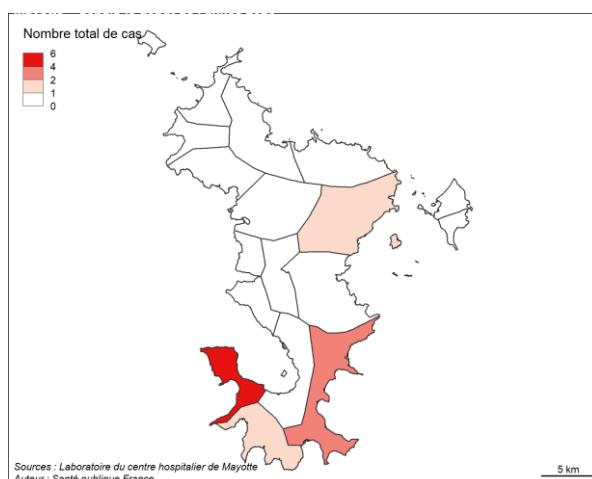
Ces éléments mettent en évidence l'installation de chaînes de transmission au niveau local, avec un risque de diffusion plus large du virus au sein de la population. Cette dynamique justifie le maintien d'une surveillance renforcée ainsi que la poursuite des actions de prévention et de contrôle (Figure 1).

Figure 1. Évolution hebdomadaire du nombre de cas confirmés de Mpox (variole b), Mayotte, S02-2026 à S07-2026 (source : laboratoire de biologie médicale du CHM et ARS Mayotte) (données non consolidées)



La répartition géographique des neuf cas confirmés montre que **la majorité des cas se situe dans le sud de l'île** : 5 dans la commune de Bouéni, 2 dans la commune de Bandrélé et 1 dans la commune de Kani-Kéli. Un seul cas a été identifié à Mamoudzou (Figure 2).

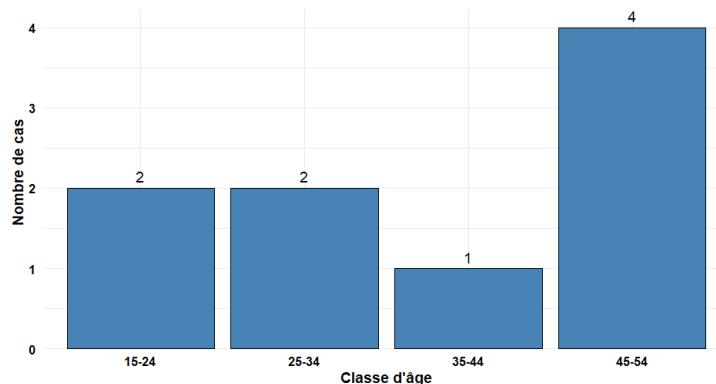
Figure 2. Distribution géographique du nombre de cas de Mpox (variole du singe) confirmés biologiquement par commune de domicile, Mayotte, S02-S07 2026



La répartition des cas confirmés de Mpox (variole du singe) par classe d'âge montre que l'âge moyen des cas était de 37 ans (minimum : 19 ans ; maximum : 53 ans). La classe d'âge la plus représentée était celle des 45–54 ans (n = 4), suivie des classes 15–24 ans (n = 2) et 25–34 ans (n = 2). Une seule personne appartenait à la classe d'âge 35–44 ans (Figure 3).

Concernant la répartition par sexe, cinq cas concernaient des hommes et quatre des femmes.

Figure 3. Répartition des cas confirmés de Mpox (variole b) par classe d'âges, Mayotte S02 à S07-2026



Analyse de la situation épidémiologique

La situation épidémiologique du Mpox à Mayotte appelle à une vigilance accrue, en raison de l'augmentation du nombre de cas observée au cours des deux dernières semaines. Après l'identification des premiers cas importés de Madagascar, des chaînes de transmission locales se sont installées sur le territoire, notamment dans le sud de l'île, avec la mise en évidence de cas secondaires et tertiaires, témoignant d'une transmission autochtone désormais avérée.

Cette dynamique de transmission locale intervient dans un contexte régional marqué par une circulation active du virus à Madagascar et la notification de cas dans d'autres îles de l'océan Indien. Cette situation accroît le risque d'importation de nouveaux cas à Mayotte, en raison des flux de voyageurs entre les différentes îles de l'océan Indien.

Dans ce contexte, le maintien d'un niveau de vigilance renforcé est pleinement justifié. Celui-ci inclut la poursuite de la surveillance épidémiologique, la sensibilisation des professionnels de santé aux différentes présentations cliniques possibles, ainsi que le rappel des mesures de prévention pour les voyageurs à destination ou en provenance de zones affectées, conformément à l'avis du HCSP du 2 septembre 2024.

Par ailleurs, l'anticipation de mesures de réponse adaptées demeure indispensable en cas de nouveaux cas importés ou d'extension des chaînes de transmission. Ces mesures incluent l'isolement des cas confirmés, la réduction des contacts physiques rapprochés, y compris sexuels, pendant la période de contagiosité, ainsi que l'évaluation de l'indication d'une vaccination en post-exposition ou en préexposition ciblée, selon les recommandations en vigueur.

Une attention particulière devra être portée aux personnes à risque, notamment les travailleuses du sexe, ainsi qu'aux facteurs de vulnérabilité locaux susceptibles de favoriser la diffusion du virus (promiscuité, accès aux soins, retards diagnostiques), afin d'adapter les stratégies de prévention et de contrôle au contexte mahorais.

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, associé 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 Mpox :

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

Pour plus d'informations

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

Infections respiratoires aigues

Grippe

La surveillance épidémiologique confirme la fin de l'épisode épidémique de grippe pour la saison 2025-2026 à Mayotte. Depuis la semaine S04-2026, le nombre de prélèvements positifs pour un virus grippal est resté inférieur à cinq par semaine, et en semaine S06-2026, seules deux detections ont été enregistrées, témoignant d'une circulation virale résiduelle. L'activité liée à la grippe aux urgences du Centre hospitalier de Mayotte demeure faible depuis six semaines consécutives, avec un nombre de passages hebdomadaires inférieur à trois, confirmant la fin de la période de circulation intense du virus.

Pour plus d'informations

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

Bronchiolite

Le territoire demeure en phase épidémique de bronchiolite en semaine S06-2026, avec une circulation toujours active du virus respiratoire syncytial (VRS). Le nombre de prélèvements positifs se stabilise en S06-2026 avec 28 prélèvements positifs contre 29 la semaine précédente (S05-2026). En revanche, le taux de positivité poursuit sa progression et atteint 33 % en S06-2026, contre 28 % en S05-2026. Ce niveau de positivité dépasse le maximum observé lors de l'épidémie de bronchiolite de la saison précédente (2024-2025), soulignant une intensité particulièrement élevée de la circulation du VRS cette saison (Figure 4). Ces résultats traduisent la poursuite de l'épidémie de bronchiolite à un niveau d'intensité soutenu sur le territoire (Figure 4). La majorité des cas rapportés en semaine S06 concernait des enfants âgés entre 6 et 12 mois (Figure 5).

Figure 4. Évolution hebdomadaire du nombre de prélèvements respiratoires positifs au VRS et du taux de positivité associé, Mayotte, 2024-S11 à 2026-S06 (source : LBM du CHM)

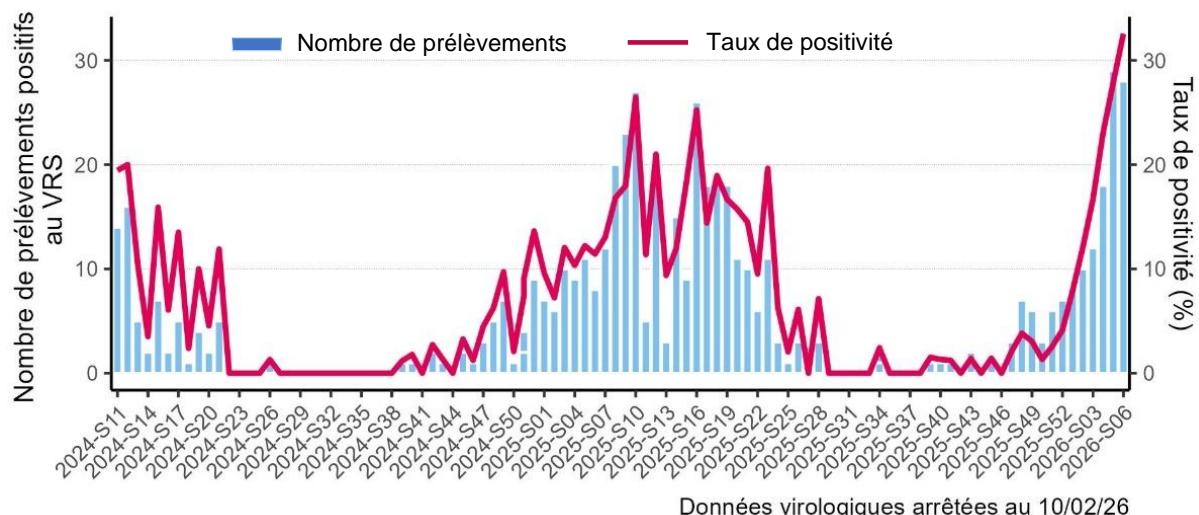
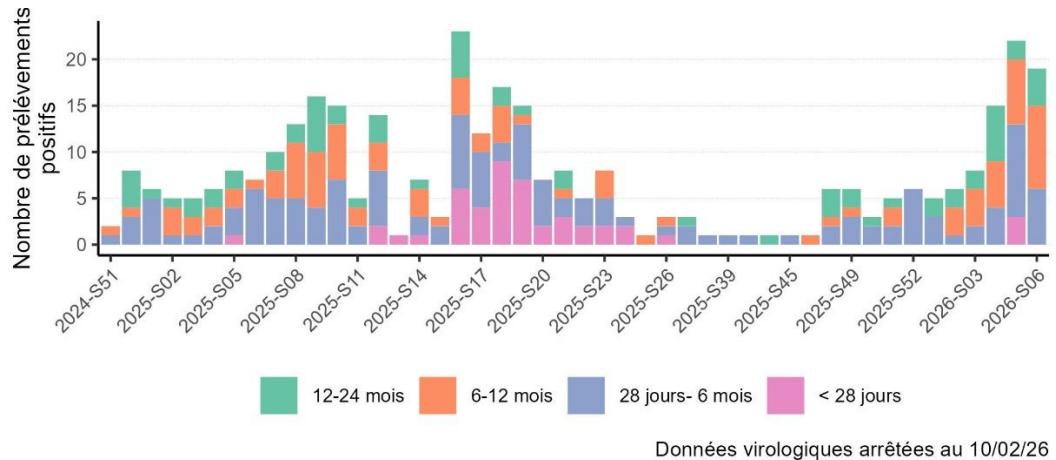


Figure 5 – Évolution hebdomadaire des prélèvements respiratoires positifs pour les VRS, suivant la classe d'âge, semaines 2024-S51 à 2026-S06, Mayotte, données arrêtées au 10 février 2026



Les données de surveillance de la bronchiolite aux urgences du Centre hospitalier de Mayotte (CHM) chez les enfants de moins d'un an montrent un maintien d'une activité élevée en semaine S06-2026, malgré une diminution par rapport à la semaine précédente. Le nombre de passages pour bronchiolite est passé de 25 en S05-2026 à 18 en S06-2026, dont 10 ont donné lieu à une hospitalisation, contre 15 hospitalisations en S05-2026.

La part d'activité liée à la bronchiolite parmi l'ensemble des passages aux urgences s'élève à 17,8 % en S06-2026, en baisse par rapport à la semaine précédente (28 % en S05-2026), mais demeure à un niveau élevé. Cette tendance reste cohérente avec la circulation toujours intense du virus respiratoire syncytial (VRS) observée dans les données virologiques, traduisant la poursuite 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, S05 à S06-2026 (source : Réseau OSCOUR, données non consolidées)

Semaine	Nombre de visites	Nombre d'hospitalisations	Part de la bronchiolite ¹
S06	18	10	17,8 %
S05	25	15	28,4 %

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

Aucun cas grave de bronchiolite nécessitant une admission en réanimation n'a été signalé au cours de la semaine S06-2026. Depuis le début de la saison 2025-2026, un total de 12 cas graves a été enregistré, dont deux cas confirmés d'infection à virus respiratoire syncytial (VRS).

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](#)

Maladies transmises par les moustiques

Chikungunya

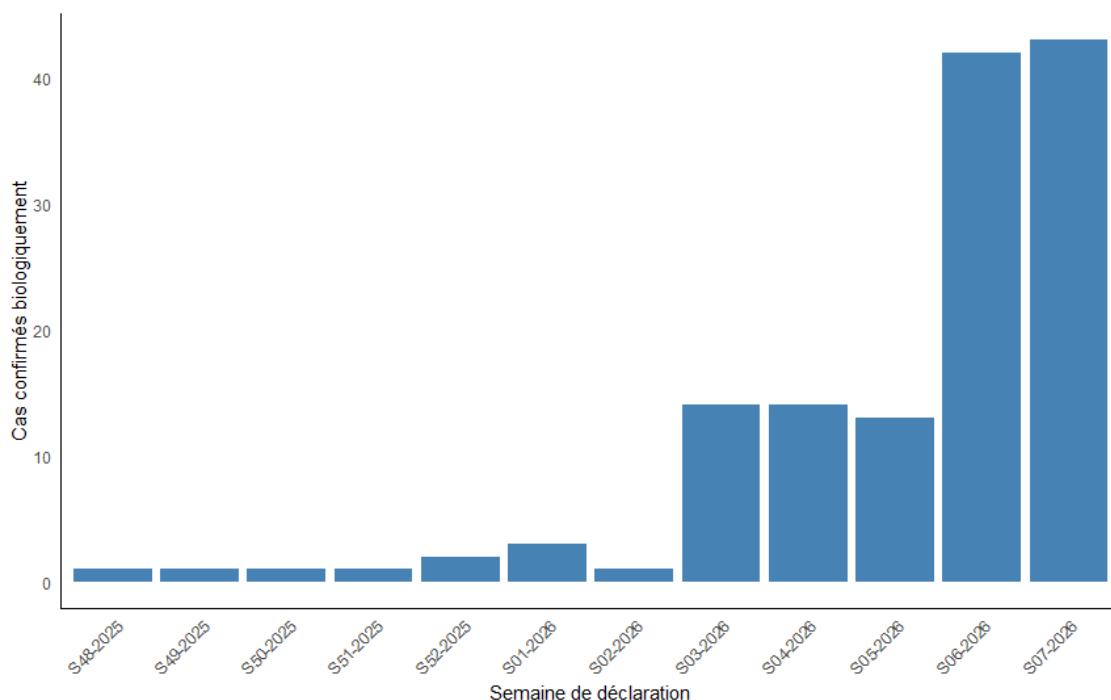
Depuis le début de l'année 2026, une recrudescence des cas du chikungunya est observée à Mayotte, avec un total de 130 cas confirmés sur le territoire. La circulation du virus a d'abord augmenté entre la semaine 03 et la semaine 05-2026, avec une moyenne d'environ 14 cas hebdomadaires au cours de ces trois semaines, avant de s'intensifier dès la S06-2026.

En effet, une nette augmentation du nombre de cas de chikungunya a été observée en S06-2026, avec 42 nouveaux cas confirmés, soit plus de trois fois le nombre de cas enregistrés en S05-2026. Cette dynamique se poursuit en S07-2026, avec 43 cas supplémentaires signalés, confirmant que la transmission reste active et soutenue, ce qui justifie une vigilance renforcée et le maintien des mesures de prévention et de lutte antivectorielle. Cette dynamique épidémiologique est observée, dans un contexte climatique favorable à la prolifération du vecteur, et souligne la nécessité d'un renforcement des actions de surveillance, de prévention et de lutte antivectorielle (Figure 6).

À ce stade, aucun cas grave n'a nécessité une prise en charge en réanimation et aucune hospitalisation n'a été notifiée, indiquant que les formes cliniques observées restent majoritairement non sévères.

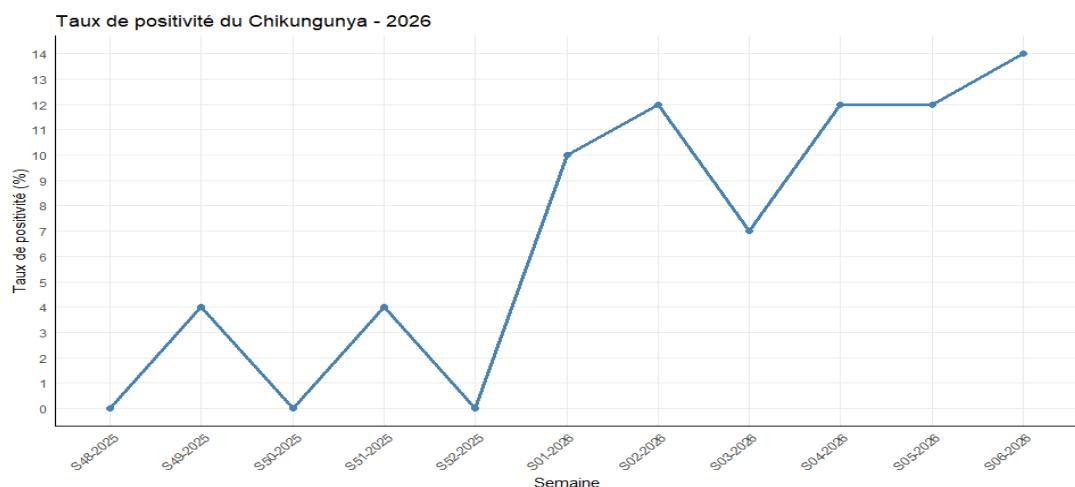
Cette augmentation du nombre de cas de chikungunya s'inscrit dans le prolongement de l'épidémie enregistrée sur le territoire en 2025, elle-même consécutive à celle observée à La Réunion. Après l'identification d'un premier cas en S10-2025, importé de La Réunion, le nombre de cas de chikungunya a progressivement augmenté pour atteindre un pic en S21-2025, avec 232 cas recensés sur la semaine. Au total, 1 266 cas ont été enregistrés à Mayotte à la fin de l'année 2025. Parmi eux, 41 ont nécessité une hospitalisation, concernant principalement des femmes enceintes admises pour surveillance, en raison du risque accru de complications materno-foetales associé à l'infection.

Figure 6. Évolution hebdomadaire du nombre de cas de chikungunya, par semaine de déclaration, Mayotte, S48-2025 à S06-2026 (source : laboratoire de biologie médicale du CHM, Laboratoire privé Biogroup, 3-Labos et ARS Mayotte) (données non consolidées)



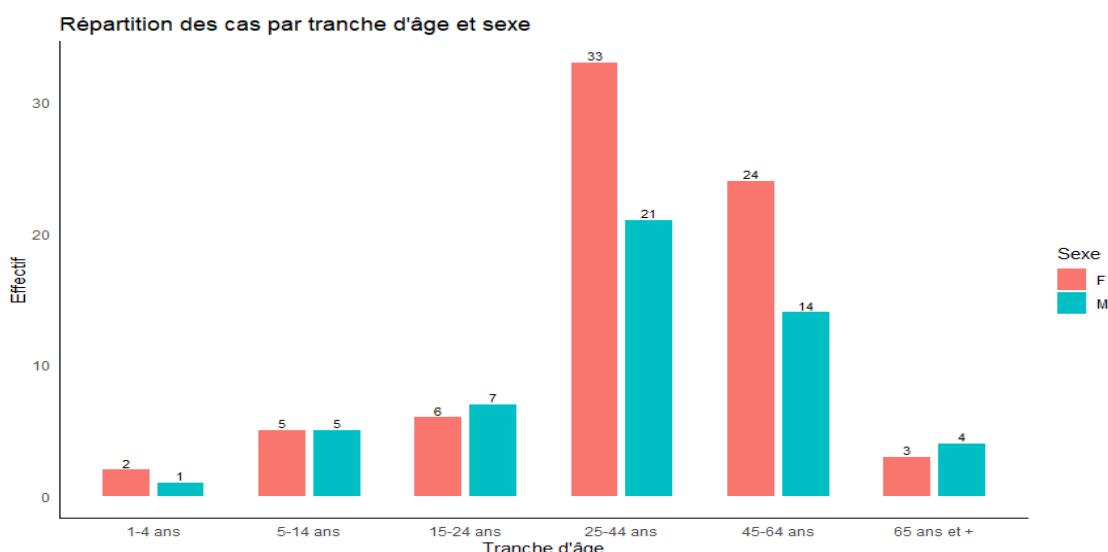
Depuis la semaine 48-2025 (fin novembre), le taux de positivité pour le virus chikungunya au laboratoire de biologie médicale du Centre hospitalier de Mayotte est resté faible, oscillant entre 0 et 4 % jusqu'à la semaine 52-2025 (fin décembre). Cette période correspondait à une circulation sporadique et limitée du virus sur le territoire. Dès la semaine 01-2026 (début janvier), une augmentation significative du taux de positivité a été observée, reflétant la reprise active de la transmission. Cette tendance ascendante s'est poursuivie jusqu'à la semaine 06-2026 (début février), période au cours de laquelle le taux de positivité a atteint 14 %, témoignant d'une intensification de la circulation du virus chikungunya sur le territoire.

Figure 7. Évolution hebdomadaire du taux de positivité du chikungunya au laboratoire de biologie médicale du CHM, par semaine de signalement, Mayotte, S48-2025 à S06-2026 (données non consolidées)



Parmi les 130 cas de chikungunya notifiés sur le territoire, les caractéristiques sociodémographiques étaient disponibles pour 123 cas. L'analyse par âge et par sexe montre que la majorité des cas étaient des femmes (60 %). Les classes d'âge 25–44 ans et 45–64 ans sont les plus touchées, totalisant à elles seules 74 % de l'ensemble des cas. À l'inverse, les enfants ainsi que les personnes âgées de 65 ans et plus ne représentent qu'une faible proportion des cas (Figure 7).

Figure 7. Répartition des cas confirmés de chikungunya par classe d'âges (n = 123), Mayotte, S48-2025 à S07-2026 (données non consolidées)

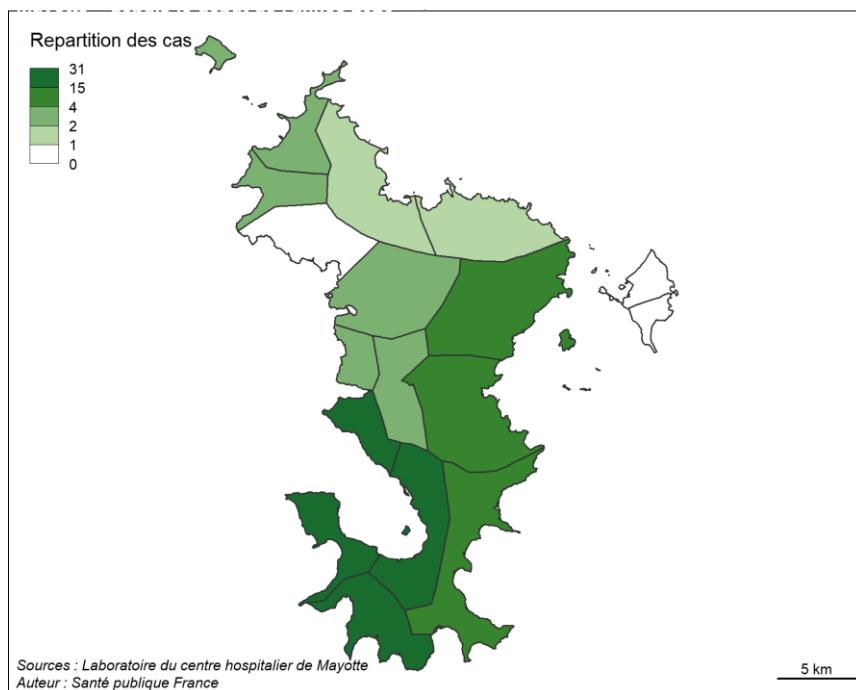


L'analyse de la répartition géographique des cas confirmés de chikungunya met en évidence une concentration majoritaire des cas dans les communes du sud de l'île. Toutefois, la circulation du virus concerne 14 des 17 communes du territoire, ce qui indique une diffusion large à l'échelle du département.

Les communes du sud sont les plus impactées, notamment celles du sud-ouest (Sada, Chirongui, Boueni et Kani-Kéli). Cette situation pourrait s'expliquer, en partie, par une pluviométrie plus importante dans cette zone, avec un cumul supérieur de 230 mm enregistré à la station de Kani-Kéli (sud) par rapport à celle de Mtsamboro (nord) depuis décembre 2025. Ces conditions climatiques favorisent la prolifération des moustiques, vecteurs du chikungunya (Figure 8).

Cette distribution géographique souligne la nécessité de renforcer les actions de surveillance épidémiologique et de lutte antivectorielle, en particulier dans les communes du sud, qui sont les plus touchées.

Figure 8. Nombre de cas de chikungunya confirmés biologiquement par commune de domicile, Mayotte, S48-2025 à S07-2026 (données non consolidées)



Paludisme

Depuis le début de l'année 2026, une recrudescence des cas de paludisme est observée à Mayotte, avec 47 cas recensés à ce jour. Tous ces cas sont importés, dont une large majorité en provenance des Comores.

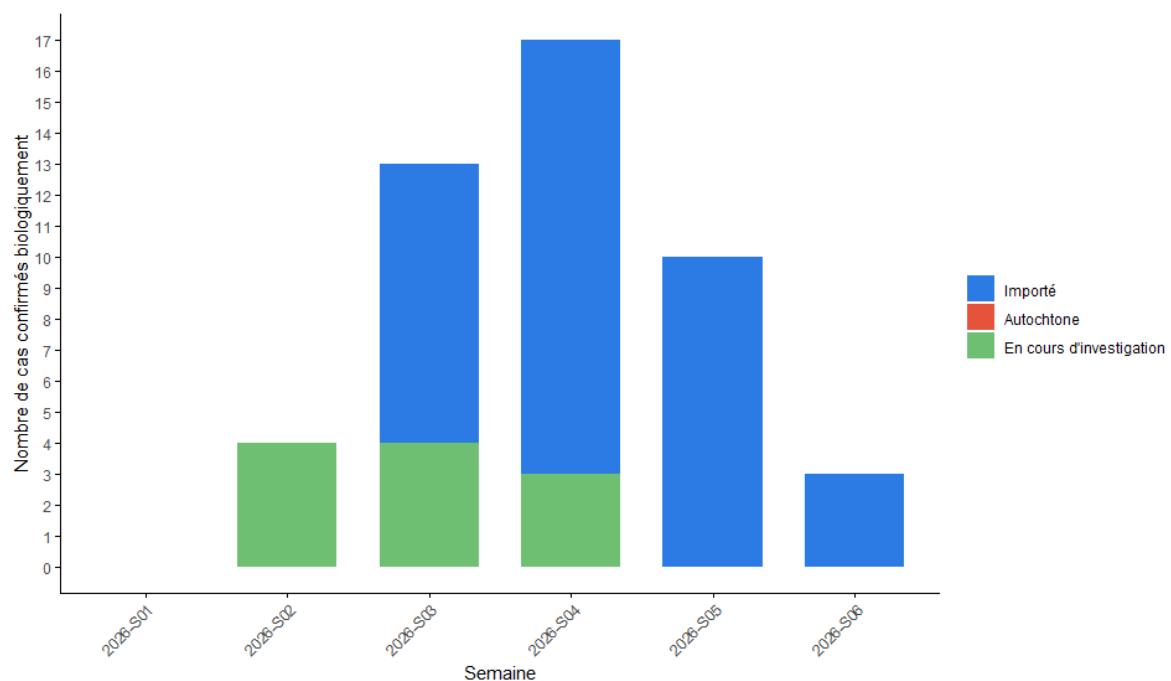
Cette augmentation s'inscrit dans un contexte saisonnier marqué par les retours de vacances et l'intensification des déplacements entre Mayotte et les îles voisines. Un pic a été atteint en semaine 04-2026, avec 17 cas déclarés. Depuis, une diminution progressive du nombre de cas est observée (Figure 9). Cette tendance se confirme en semaine 06-2026, avec 3 cas importés notifiés au cours de la semaine.

Malgré cette baisse récente, le maintien d'un niveau de vigilance élevé demeure indispensable afin de prévenir tout risque de reprise de la transmission locale. Mayotte reste en effet vulnérable en raison de la présence sur le territoire de vecteurs compétents et du risque de réintroduction du

parasite à partir de cas importés, principalement en provenance des Comores, qui représentent plus de 80 % des cas importés.

Bien que le territoire soit engagé dans une stratégie d'élimination du paludisme, le contexte actuel impose le renforcement des dispositifs de surveillance, de diagnostic précoce, de prise en charge rapide des cas et de lutte antivectorielle, afin de prévenir toute réémergence d'une transmission autochtone.

Figure 9. Évolution hebdomadaire du nombre de cas de paludisme, Mayotte, S03-2025 à S06-2026 (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, Flora AHMED, Hassani YOUSSEOUF

Pour nous citer : Bulletin surveillance régionale, Mayotte, 13 février. Saint-Maurice : Santé publique France, 13 p., 2026

Directrice de publication : Caroline Semaille

Date de publication : 13 février 2026

Contact : mayotte@santepubliquefrance.fr