

Date de publication : 20 février 2026

MAYOTTE

Surveillance épidémiologique à Mayotte

SOMMAIRE

Points clés	1
Chikungunya.....	2
Bronchiolite	7
Mpox (Variole b)	9

Points clés

Chikungunya

- **Forte augmentation des cas de chikungunya en semaine 07-2026**, avec 74 cas enregistrés, soit plus de 40 % de l'ensemble des cas recensés depuis le début de l'année (175 cas). **Passage en phase 2B du plan ORSEC arbovirose en S07**, correspondant à la phase pré-épidémique

Bronchiolite

- **Poursuite de l'épidémie de bronchiolite** à un niveau d'intensité élevé sur l'ensemble du territoire.

Mpox (Variole b)

- **Dix cas confirmés de Mpox** ont été notifiés à Mayotte depuis le début de l'année 2026, dont 7 cas autochtones et 3 cas importés en provenance de Madagascar. Aucun nouveau cas de Mpox en S08.

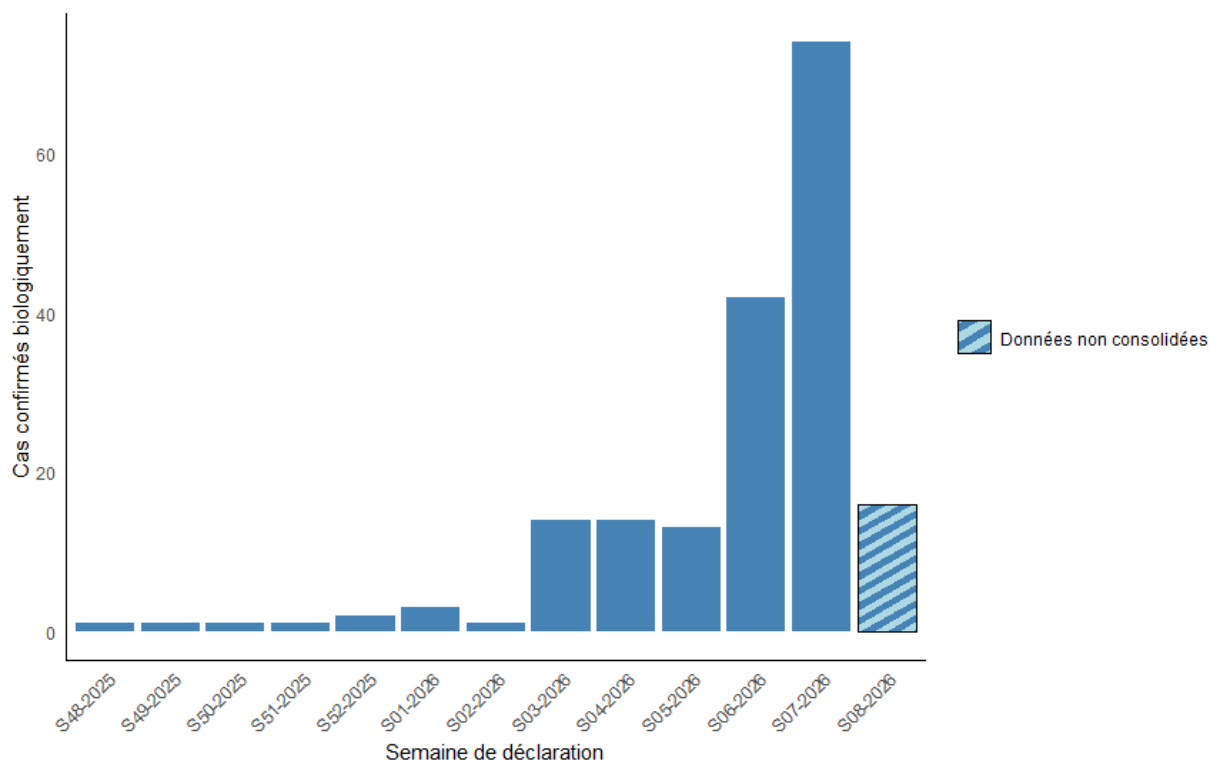
Chikungunya

Depuis le début de l'année 2026, la situation épidémiologique du chikungunya à Mayotte présente une dynamique préoccupante, caractérisée par une augmentation progressive du nombre de cas hebdomadaires. **Au total, 175 cas confirmés de chikungunya ont été recensés sur le territoire depuis le début de l'année.** Alors qu'entre les semaines S01 et S05-2026 la circulation virale est demeurée modérée, une accélération de la transmission est observée à partir de la semaine S06-2026, avec 42 cas confirmés, soit près de cinq fois la moyenne enregistrée au cours des cinq semaines précédentes (9 cas en moyenne entre la S01 et la S05-2026). L'augmentation de la circulation virale se poursuit en S07, avec 74 cas notifiés, traduisant une intensification de la transmission sur le territoire. En S08-2026, 16 nouveaux cas ont été rapportés à ce stade (données non consolidées) (Figure 1).

Cette évolution témoigne d'une transmission active et soutenue du virus dans un contexte environnemental favorable à la prolifération du vecteur *Aedes* (moustique tigre). La progression rapide du nombre de cas hebdomadaires a justifié le **passage en phase 2B du plan ORSEC**, ce qui correspond à la phase pré-épidémique. Cette situation nécessite un renforcement des actions de surveillance épidémiologique, de prévention individuelle et collective, ainsi que des mesures de lutte antivectorielle afin de limiter la circulation du virus sur le territoire et l'impact sanitaire de l'épidémie.

Une femme enceinte, positive au chikungunya, a été admise en hospitalisation au service de maternité au cours de la semaine 08-2026.

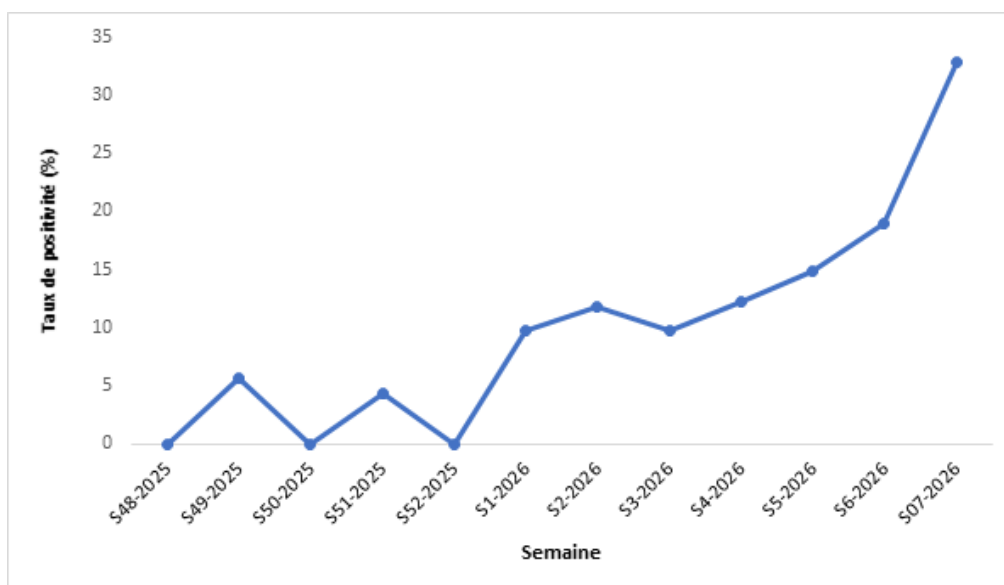
Figure 1. Évolution hebdomadaire du nombre de cas de chikungunya, par semaine de déclaration, Mayotte, S48-2025 à S08-2026 (source : laboratoire de biologie médicale du CHM, Laboratoire privé Biogroup, 3-Labos et ARS Mayotte) (données non consolidées)



Depuis la semaine 48-2025 (fin novembre), le taux de positivité des tests réalisés au laboratoire du CHM et au laboratoire privé Biogroup pour le virus chikungunya 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

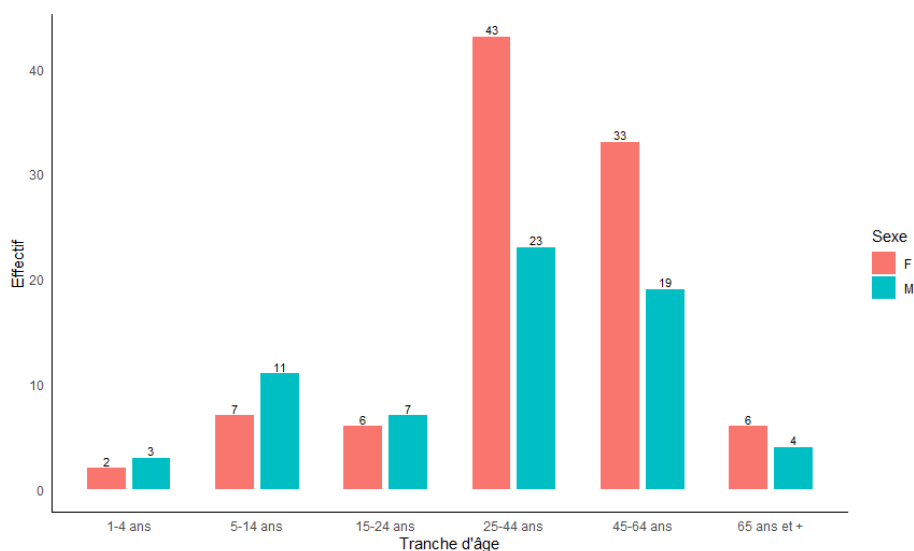
augmentation significative du taux de positivité a été observée, reflétant une reprise active de la transmission. Entre les semaines 03-2026 et 07-2026, une hausse marquée du taux de positivité a été constatée, avec une progression hebdomadaire régulière, passant de 12 % en S04 à 33 % en S07. Le taux a ainsi été multiplié par près de trois en quatre semaines, traduisant une intensification rapide de la circulation virale (Figure 2). Cette tendance ascendante s'inscrit dans la dynamique d'évolution des cas observée au cours des trois dernières semaines.

Figure 2. Évolution hebdomadaire du taux de positivité du chikungunya au laboratoire de biologie médicale du CHM et du laboratoire privé Biogroup, par semaine de signalement, Mayotte, S48-2025 à S07-2026 (données non consolidées)



Parmi les 175 cas de chikungunya notifiés sur le territoire depuis le début de l'année, l'analyse par âge et par sexe montre que plus de la moitié des cas étaient des femmes (59 %). Les classes d'âge 25–44 ans et 45–64 ans sont les plus touchées, totalisant à elles seules 72 % 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 3).

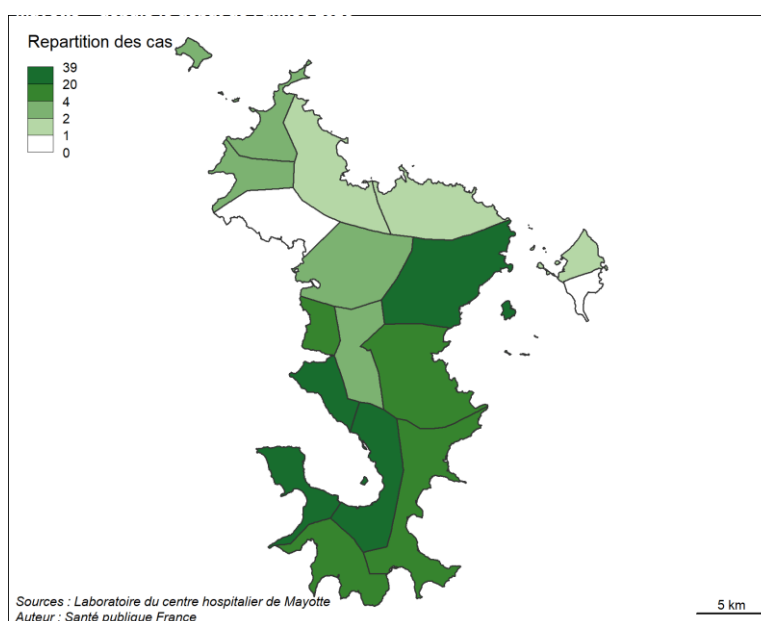
Figure 3. Répartition des cas confirmés de chikungunya par classe d'âges (n = 164), Mayotte, S01-2026 à S08-2026 (données non consolidées)



Repartition géographique des cas

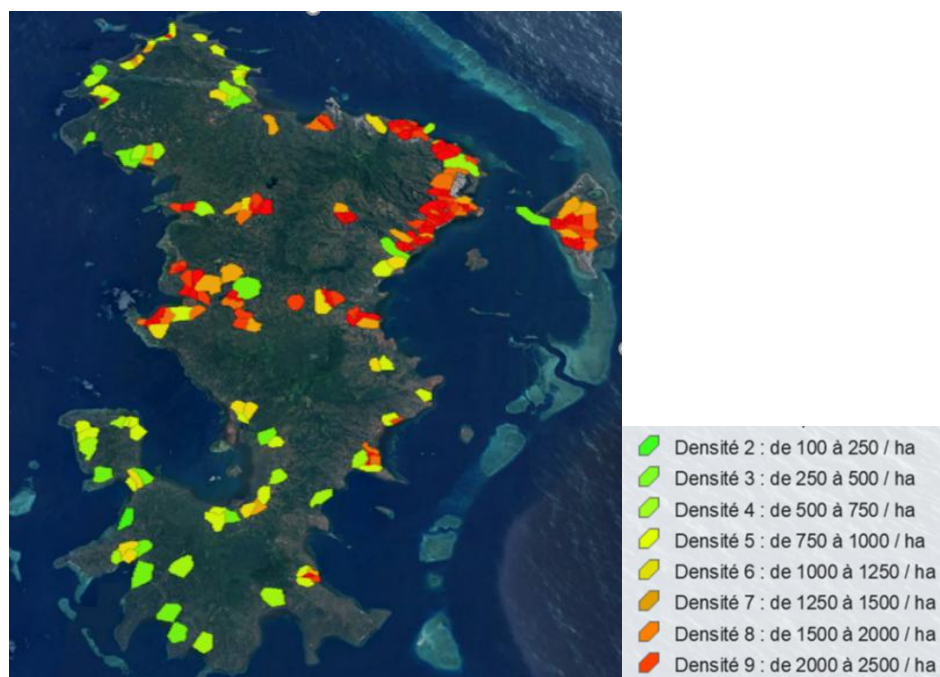
L'analyse de la répartition géographique des cas confirmés de chikungunya met en évidence une concentration majoritaire des cas dans les communes du sud de l'île. En effet, l'incidence la plus élevée a été enregistrée à Sada (39 cas), Chirongui (21 cas), Bouéni (21 cas) et Kani-Kéli (19 cas). En dehors de ces communes, c'est dans la commune de Mamoudzou que l'on retrouve le plus grand nombre de cas (19 cas). Cette répartition géographique, avec une majorité des cas concentrés au sud, pourrait s'expliquer en partie par des conditions climatiques plus favorables à la prolifération du vecteur, notamment une pluviométrie cumulée nettement plus élevée dans le sud de l'île. En effet, un excédent supérieur à 230 mm a ainsi été enregistré à la station de Kani-Kéli par rapport à celle de Mtsamboro depuis décembre 2025. Actuellement, la circulation du virus concerne 15 des 17 communes du territoire, ce qui indique une diffusion large à l'échelle du département (Figure 4).

Figure 4. Nombre de cas de chikungunya confirmés biologiquement par commune de domicile, Mayotte, S01-2026 à S08-2026 (données non consolidées)



Alors qu'en ce moment, la circulation du virus du chikungunya est beaucoup plus importante au sud de l'île, l'analyse spatiale récente (18/02/2026) du risque de propagation vectorielle met en évidence une densité vectorielle beaucoup plus importante dans le centre, le nord-est (Mamoudzou et Koungou) ainsi qu'en Petite-Terre, ce qui augmente le risque de propagation du virus du chikungunya dans ces secteurs (Figure 5). Le renforcement des mesures de prévention individuelle et collective, ainsi que des actions de lutte antivectorielle dans les communes concernées, est nécessaire afin de prévenir une diffusion plus large de la transmission du virus du chikungunya sur l'ensemble du territoire de Mayotte.

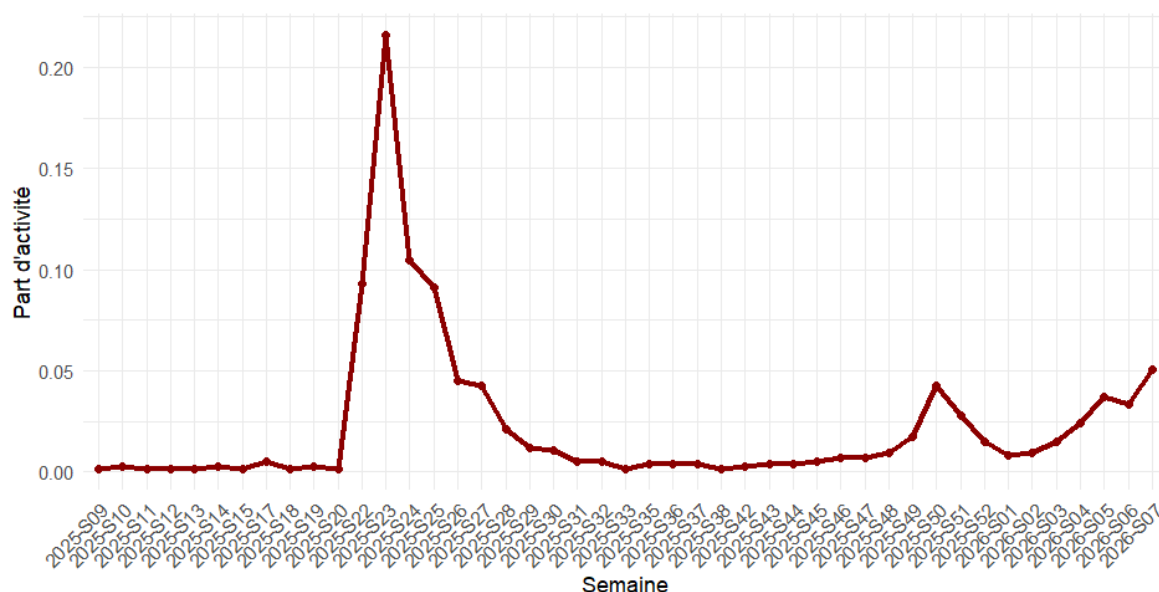
Figure 5. Cartographie du risque vectoriel du 18/02/2026, Mayotte, source : service de lutte Antivectorielle de l'ARS Mayotte (données non consolidées)



Surveillance des syndromes dengue-like dans les centres médicaux de référence

En S07-2026, la part des syndromes dengue-like (SDL) représente 5 % de l'ensemble des consultations enregistrées dans les centres médicaux de référence (CMR), soit une augmentation par rapport aux semaines précédentes. Une reprise progressive de l'activité liée aux SDL est observée, constituant un proxy de l'augmentation des cas de chikungunya sur le territoire. Cette tendance ascendante en S07-2026 traduit une dynamique épidémiologique défavorable et confirme la progression de la transmission virale (Figure 6).

Figure 6. Évolution hebdomadaire de la part d'activité pour syndromes dengue-like (SDL) dans les centres médicaux de références (CMR), Mayotte, S09-2025 à S07-2026 (données non consolidées)



Analyse de la situation épidémiologique

La dynamique épidémiologique observée depuis le début de l'année 2026 met en évidence une reprise progressive et désormais préoccupante de la circulation du virus du chikungunya sur le territoire. Les données consolidées montrent une augmentation marquée du nombre de cas hebdomadaires : une moyenne de 9 cas hebdomadaire entre les semaines 01 et 05-2026, avant une forte hausse en S06 (42 cas) et S07 (74 cas). Cette évolution traduit une installation progressive d'une transmission locale active, compatible avec une phase de diffusion communautaire justifiant le passage en phase 2B du plan ORSEC.

Contrairement à l'épisode épidémique précédent survenu en 2025, qui avait débuté au mois de mars, la circulation virale actuelle intervient dans un contexte saisonnier différent, en pleine saison de pluies, caractérisé par une densité vectorielle déjà élevée en début d'année. Les conditions climatiques récentes, associant chaleur et humidité, sont favorables à la prolifération des moustiques du genre *Aedes* (moustique tigre), vecteurs du virus. La persistance des coupures d'eau conduit une part importante de la population à pratiquer le stockage domestique de l'eau dans des contenants souvent non protégés, constituant ainsi des gîtes larvaires potentiels. À cela s'ajoute une accumulation chronique de déchets, aggravée par les conséquences encore visibles des événements climatiques récents (chido et dikeledi), créant de multiples sites de reproduction pour les moustiques.

L'analyse spatiale du risque de propagation vectorielle met en évidence une densité vectorielle beaucoup plus importante dans les secteurs du centre, nord-est et en Petite-Terre. Alors que ce risque vectoriel était principalement élevé dans les communes du sud du territoire il y a encore quelques semaines, il est désormais considéré comme élevé dans les communes du centre de l'île, en Petite-Terre, ainsi que dans les communes de Mamoudzou et de Koungou. Cette extension géographique du risque vectoriel traduit une diffusion progressive des foyers entomologiques et une augmentation de l'exposition de la population aux piqûres de moustiques, renforçant la probabilité de transmission locale du virus.

Bronchiolite

Depuis l'entrée en phase épidémique de bronchiolite en semaine 03-2026 (mi-janvier), la circulation du virus respiratoire syncytial (VRS) s'est progressivement intensifiée sur le territoire. En semaine 07-2026, cette intensification se traduit par une augmentation marquée du nombre de prélèvements positifs, qui atteint 40 cas contre 29 en S06-2026. Dans le même temps, le taux de positivité progresse de manière significative, atteignant 48 %, contre 33 % la semaine précédente (Figure 7).

Ces évolutions traduisent une intensification de la circulation virale et confirment une part d'activité élevée pour la bronchiolite au CHM. Les valeurs observées des indicateurs de surveillance excèdent celles rapportées lors du pic épidémique de la saison 2024-2025, ce qui met en évidence une intensité particulièrement élevée de l'épisode épidémique en cours. Celle-ci affecte principalement les enfants âgés de moins de 24 mois, avec une proportion particulièrement élevée chez les nourrissons de 28 jours à 6 mois (Figure 8).

Figure 7. Évolution hebdomadaire du nombre de prélèvements respiratoires positifs au VRS et du taux de positivité associé, Mayotte, 2024-S12 à 2026-S07 (source : LBM du CHM)

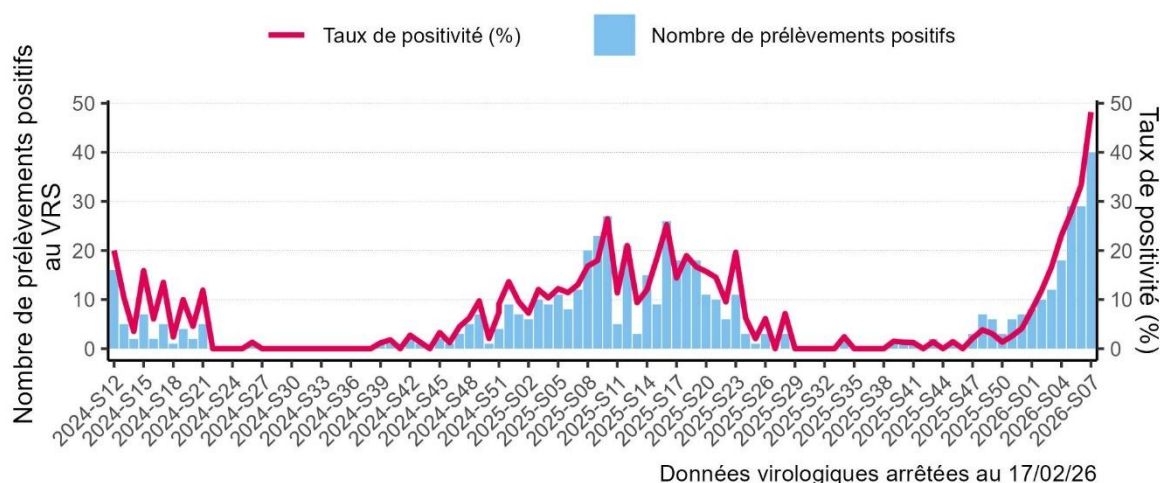
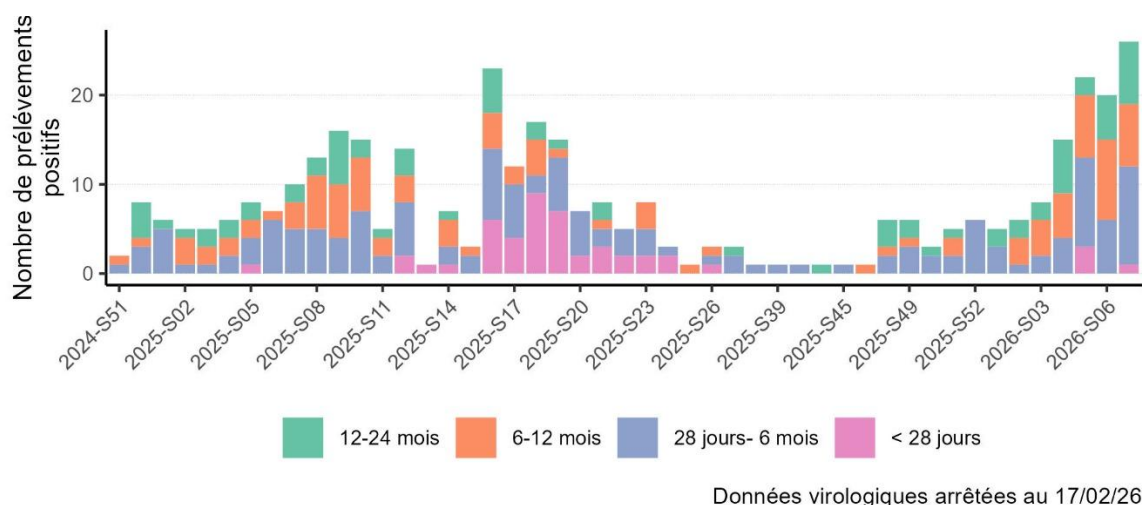
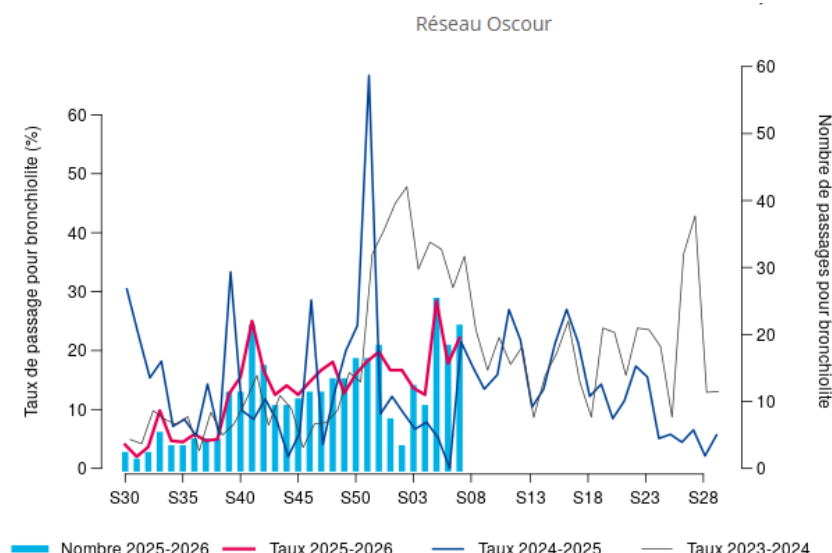


Figure 8 – Évolution hebdomadaire des prélèvements respiratoires positifs pour les VRS, suivant la classe d'âge, semaines 2024-S51 à 2026-S07, Mayotte, données arrêtées au 16 février 2026



La surveillance des passages aux urgences de Centre hospitalier de Mayotte (CHM) chez les enfants de moins d'un an montre une activité soutenue de la bronchiolite. En semaine 07-2026, l'activité de la bronchiolite chez les enfants de moins de 1 an se maintient à un niveau élevé aux urgences. Le taux de passages aux urgences pour bronchiolite s'élève à 22 % en S07, contre 18 % en S06-2026, soit respectivement 21 et 18 passages (Figure 9). Ces indicateurs témoignent d'une intensification de la transmission virale et confirment le maintien d'une activité élevée de la bronchiolite dans cette tranche d'âge.

Figure 9 : Évolution hebdomadaire des indicateurs de passages aux urgences pour bronchiolite chez les enfants de moins de 1 an, Mayotte, (source : Réseau OSCOUR, données non consolidées)



Aucun cas grave de bronchiolite nécessitant une admission en réanimation n'a été signalé au cours de la semaine S07-2026. 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

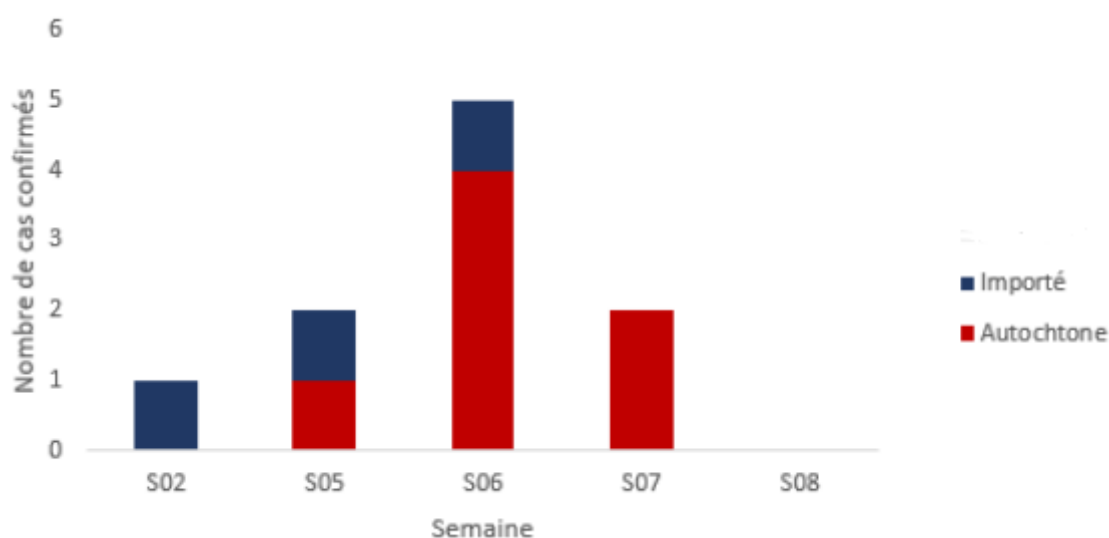
– [Dossier thématique Bronchiolite sur le site de Santé publique France](#)

Mpox (Variole b)

Depuis le début de l'année 2026, **dix cas confirmés de Mpox (variole b)** ont été déclarés à Mayotte, dont sept cas autochtones et trois cas importés. La situation épidémiologique a été marquée par un pic en semaine 06-2026, avec cinq cas confirmés notifiés. Une baisse de l'incidence est observée en semaine 07-2026, avec deux cas enregistrés. Depuis lors, aucun nouveau cas n'a été signalé au cours de la semaine 08-2026 actuellement en cours.

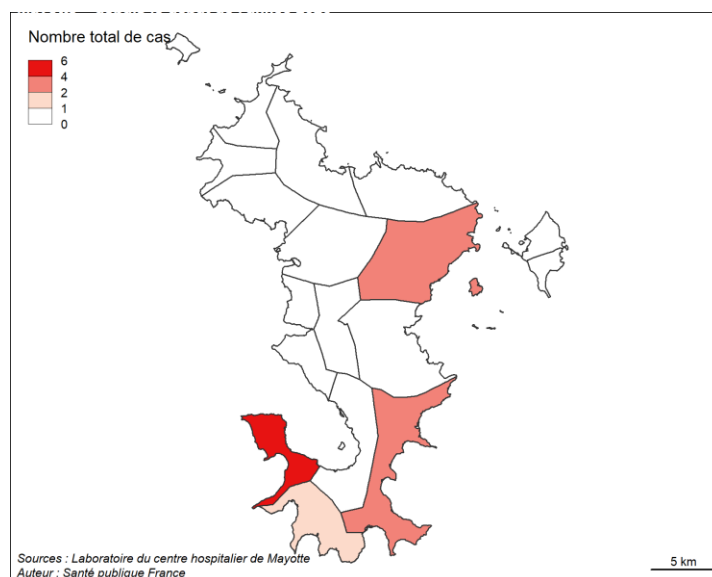
Les trois cas importés provenaient de Madagascar. Pour la totalité des cas autochtones (n = 7), un lien épidémiologique avec un cas importé a pu être établi : quatre cas correspondaient à des transmissions secondaires à partir de ces cas importés et trois à des transmissions tertiaires, résultant d'une contamination survenue à partir d'un cas autochtone (Figure 10).

Figure 10. Évolution hebdomadaire du nombre de cas confirmés de Mpox (variole b), Mayotte, S02-2026 à S08-2026 (source : laboratoire de biologie médicale du CHM et ARS Mayotte) (données non consolidées)



La répartition géographique des dix 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 Bandréle et 1 dans la commune de Kani-Kéli. Deux cas ont été identifiés à Mamoudzou (Figure 11).

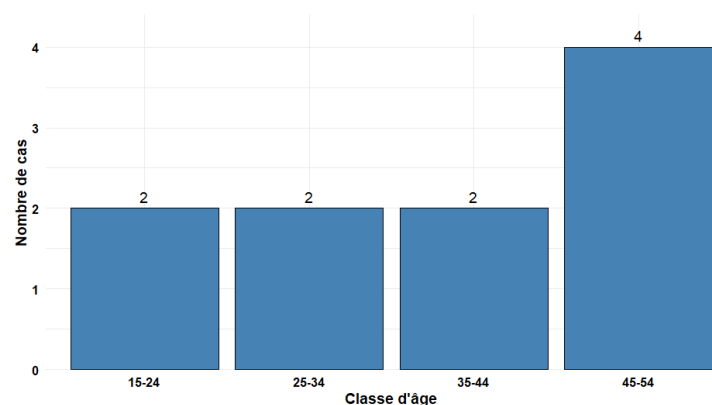
Figure 11. Distribution géographique du nombre de cas de Mpox (variole du singe) confirmés biologiquement par commune de domicile, Mayotte, S02–S08 2026



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 ($n = 2$), 25–34 ans ($n = 2$) et 35–44 ans ($n = 2$) (Figure 12).

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

Figure 12. Répartition des cas confirmés de Mpox (variole b) par classe d'âges, Mayotte S02 à S08-2026



Depuis l'identification du premier cas de Mpox en S02-2026, une stratégie de vaccination réactive autour des cas a été mise en œuvre afin de limiter la transmission secondaire et de protéger les contacts à risque.

Cette vaccination ciblée concerne prioritairement les sujets contacts étroits, ainsi que les professionnels de santé exposés, conformément aux recommandations sanitaires en vigueur. Au total, 13 doses de vaccin ont été administrées dans le cadre de la vaccination réactive. Par ailleurs, une vaccination préventive (pré-exposition) a été proposée aux populations à risque élevé d'exposition, portant le nombre de doses administrées dans ce cadre à 34 doses.

Cette stratégie combinant vaccination réactive et préventive vise à réduire la propagation du virus, à prévenir les formes cliniques sévères et à renforcer le contrôle de la circulation du virus à Mayotte. La poursuite de la vaccination, associée à la surveillance épidémiologique et au traçage des contacts, constitue un levier essentiel dans la maîtrise de la circulation du virus Mpox sur le territoire.

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 Mpox :

- Lavez-vous fréquemment les mains ;
- Évitez tout contact étroit avec des personnes malades qui présentent une éruption cutanée ;
- Évitez 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](#)

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 YOUSOUF

Pour nous citer : Bulletin surveillance régionale, Mayotte, 20 février. Saint-Maurice : Santé publique France, 12 p., 2026

Directrice de publication : Caroline Semaille

Date de publication : 20 février 2026

Contact : mayotte@santepubliquefrance.fr