

Date de publication : 27 février 2026

MAYOTTE

Surveillance épidémiologique à Mayotte

SOMMAIRE

Points clés	1
Chikungunya	2
Bronchiolite	5
Mpox (Variole b)	8

Points clés

Chikungunya

- La circulation du virus chikungunya reste élevée à Mayotte malgré une légère diminution du nombre de cas observée en semaine S08-2026. Le territoire demeure **en phase 2B du plan ORSEC arbovirose depuis la S07**, correspondant à la phase pré-épidémique.

Bronchiolite

- Malgré une légère diminution des indicateurs en S08-2026, **l'activité du virus respiratoire syncytial (VRS) se maintient à un niveau élevé sur le territoire**, avec un taux de positivité de 46 %.

Mpox (Variole b)

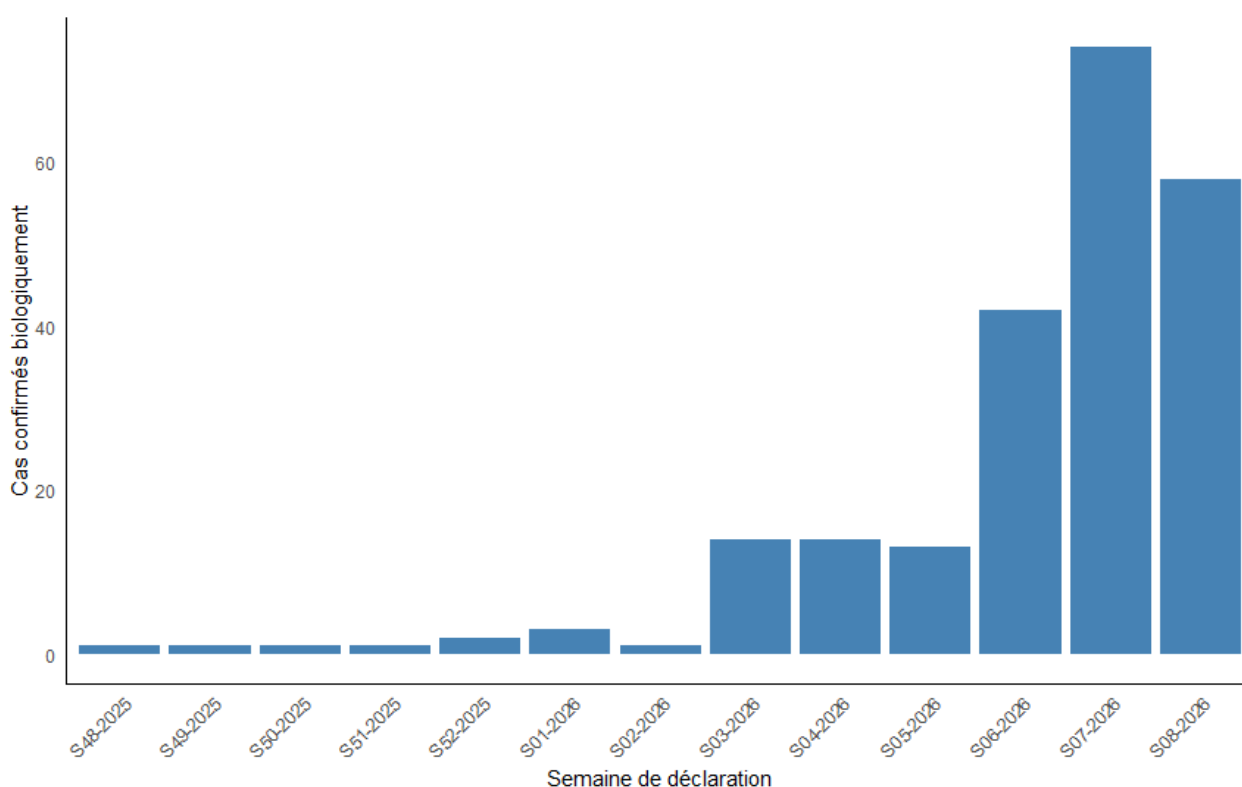
- Aucun nouveau cas de Mpox n'a été détecté à Mayotte depuis la semaine 08-2026** (16–22 février 2026). Depuis la notification du premier cas importé de Madagascar le 8 janvier 2026, un total de 10 cas a été enregistré à Mayotte. À ce stade, la situation épidémiologique est considérée comme sous contrôle.

Chikungunya

En semaine 08-2026, 58 cas de chikungunya ont été enregistrés à Mayotte, soit une baisse de 21% par rapport à la semaine précédente (74 cas). **Au total, 219 cas confirmés de chikungunya ont été recensés sur le territoire depuis le début de l'année.** Le territoire demeure toujours en phase pré-épidémique qui correspond à la phase 2B du plan ORSEC arbovirose.

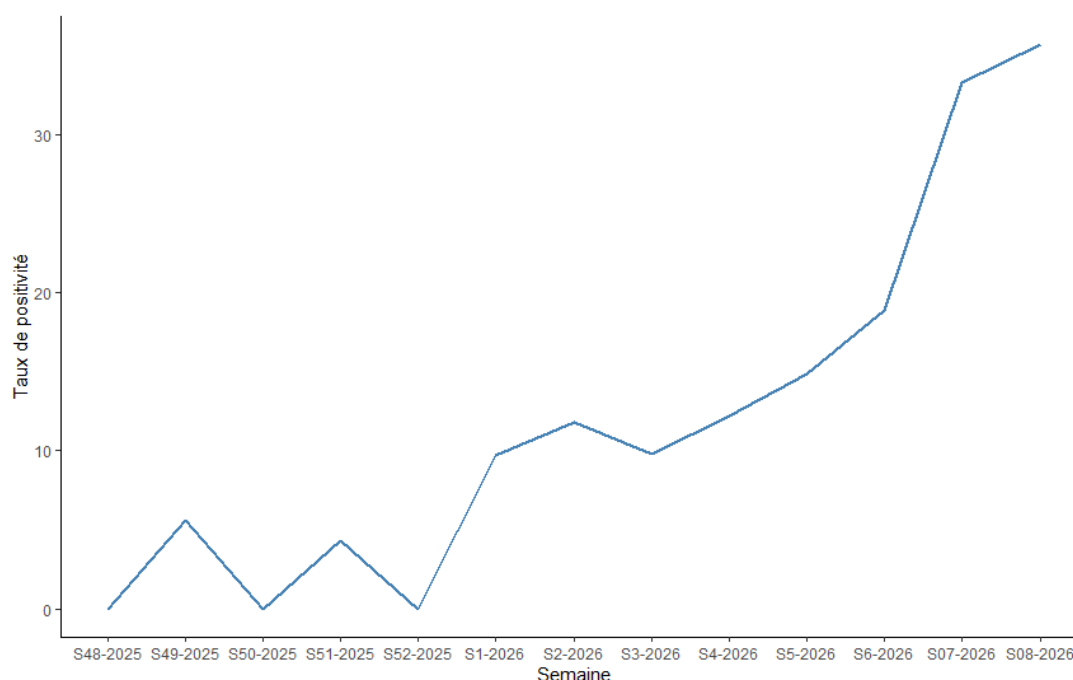
Depuis le début de l'année, une hospitalisation a été enregistrée. Il s'agissait d'une femme enceinte, positive au chikungunya, qui a été admise en hospitalisation au service de maternité au cours de la semaine 08-2026.

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)



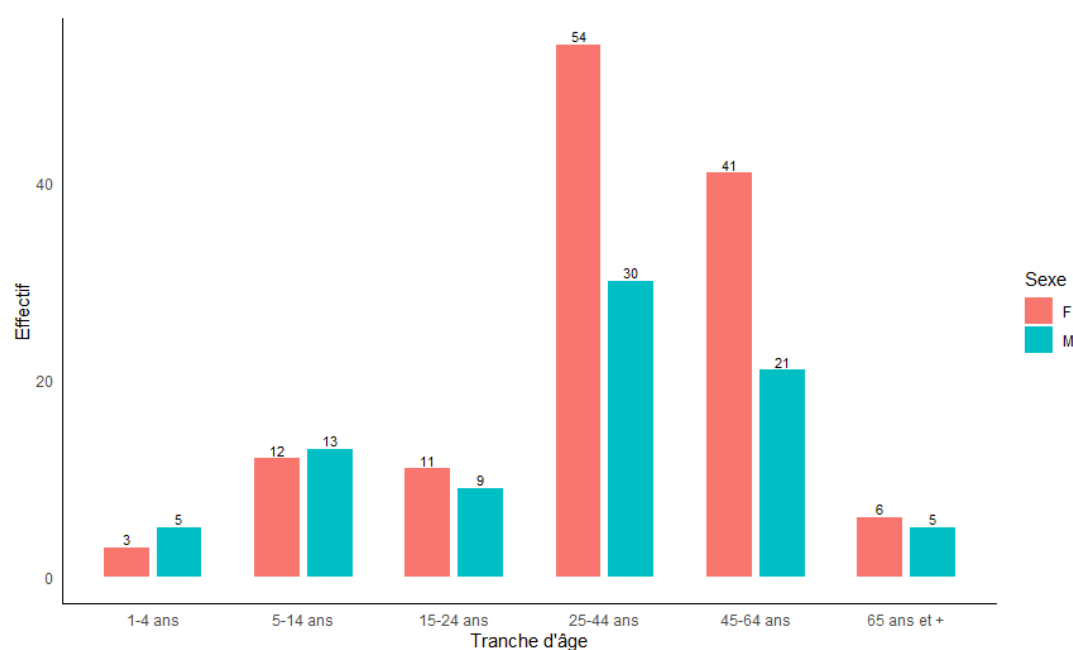
Depuis la semaine 01-2026 (début janvier), une augmentation significative du taux de positivité des tests réalisés au laboratoire du CHM et au laboratoire privé Biogroup pour le virus chikungunya a été observée. Entre les semaines 03-2026 et 07-2026, une hausse marquée de ce taux a été constatée, avec une progression hebdomadaire régulière, passant de 12 % en S04 à 33 % en S07. Cette évolution s'est poursuivie en S08-2026, atteignant 35,7 %. Le taux a ainsi été multiplié par près de trois en quatre semaines, traduisant une circulation virale active sur le territoire (Figure2), bien que le nombre de cas confirmés soit en légère baisse en S08-2026.

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 S08-2026 (données non consolidées)



Parmi les 219 cas de chikungunya enregistrés à Mayotte depuis le début de l'année, les caractéristiques sociodémographiques étaient disponibles pour 210 cas. L'analyse selon l'âge et le sexe montre que plus de la moitié des cas concernaient des femmes (60 %). Les classes d'âge 25–44 ans et 45–64 ans sont les plus touchées, totalisant à elles seules 70 % de l'ensemble des cas. À l'inverse, les enfants de moins de 15 ans ainsi que les personnes âgées de 65 ans et plus représentent respectivement 15,7 % et 5,2 % des cas (Figure 3).

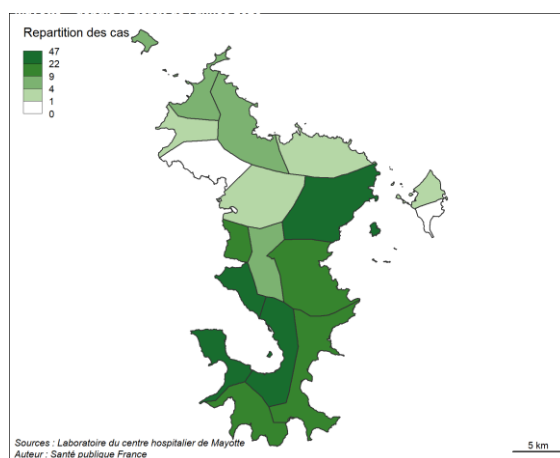
Figure 3. Répartition des cas confirmés de chikungunya par classe d'âges et par sexe (n = 210), Mayotte, S01-2026 à S08-2026 (données non consolidées)



Repartition géographique des cas

L'analyse de la répartition géographique des cas met en évidence une diffusion large du chikungunya à l'échelle du territoire, avec une intensité plus marquée dans les communes du sud de l'île. En effet, mis à part la commune de Mamoudzou, qui totalise 28 cas, les incidences les plus élevées ont été enregistrées dans les communes du sud de l'île, notamment à Sada (47 cas), Chirongui (25 cas), Bouéni (23 cas) et Kani-Kéli (20 cas). Cette concentration des cas, majoritairement observée dans les communes du sud du département, pourrait s'expliquer en partie par des conditions environnementales favorables au développement du vecteur, notamment une pluviométrie cumulée plus importante dans cette zone du territoire. À ce stade, 15 des 17 communes du territoire rapportent au moins un cas confirmé (Figure 4).

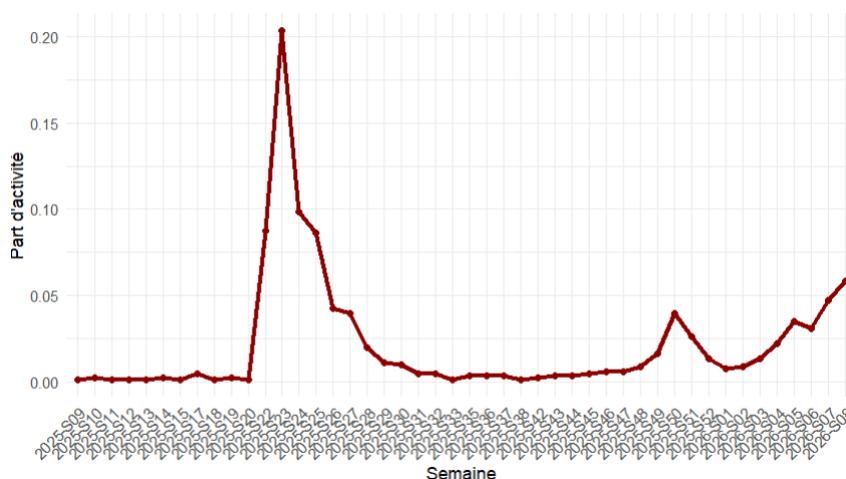
Figure 4. Nombre de cas de chikungunya confirmés biologiquement par commune de domicile (n = 210), Mayotte, S01-2026 à S08-2026 (données non consolidées)



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

En semaine S08-2026, la part des syndromes dengue-like (SDL) atteint environ 6 % de l'ensemble des consultations enregistrées dans les centres médicaux de référence (CMR), contre 5 % en S07-2026. Cette estimation repose sur les informations provenant uniquement de trois CMR (Mamoudzou, Centre et Sud). L'augmentation observée traduit une poursuite de l'activité liée aux SDL dans ces structures et constitue un indicateur indirect de la poursuite de la circulation du virus chikungunya sur le territoire (Figure 5).

Figure 5. Évolution hebdomadaire de la part d'activité pour syndromes dengue-like (SDL) dans les centres médicaux de références (CMR), Mayotte, S09-2025 à S08-2026 (données non consolidées)



Analyse de la situation épidémiologique

Après un pic de cas de chikungunya observé en semaine S07-2026 (74 cas confirmés), une légère diminution a été enregistrée en S08-2026 (58 cas). Malgré cette baisse modérée, la circulation virale se maintient sur le territoire et, au regard des conditions climatiques actuellement favorables à la prolifération des moustiques vecteurs, une vigilance renforcée demeure nécessaire.

L'analyse de la répartition géographique des cas montre que le virus circule désormais dans 15 des 17 communes, avec une concentration plus importante dans le sud du territoire. Cette dynamique spatiale traduit une diffusion étendue du virus, exposant potentiellement l'ensemble de la population au risque d'infection.

Dans un contexte environnemental et climatique propice, notamment en période de saison des pluies, favorisant la prolifération des moustiques du genre *Aedes*, vecteurs du virus, le maintien et le renforcement des mesures de prévention individuelles et collectives apparaissent indispensables pour limiter la transmission.

Bronchiolite

Depuis le début de la phase épidémique de bronchiolite en semaine S03-2026, la circulation du virus respiratoire syncytial (VRS) est restée élevée sur le territoire. Toutefois, pour la première fois depuis plusieurs semaines, les indicateurs de surveillance sont en légère baisse par rapport à la semaine précédente. En S08-2026, le nombre de prélèvements positifs au VRS s'établit à 38, contre 41 en S07-2026. De même, le taux de positivité recule à 46 % en S08, contre 48 % la semaine précédente (Figure 6).

La circulation du VRS 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 7).

Cette légère diminution des indicateurs en S08-2026 pourrait traduire l'amorce d'une phase descendante de l'épidémie. Néanmoins, la circulation virale demeure à un niveau élevé, justifiant le maintien d'une surveillance renforcée.

Figure 6. Évolution hebdomadaire du nombre de prélèvements respiratoires positifs au VRS et du taux de positivité associé, Mayotte, 2024-S13 à 2026-S08 (source : LBM du CHM)

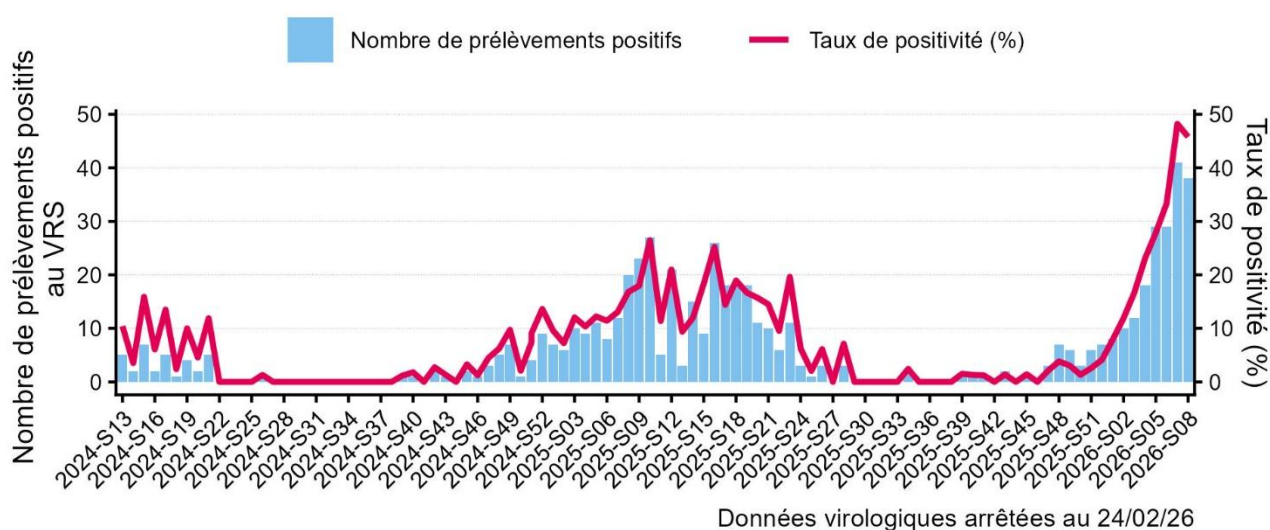
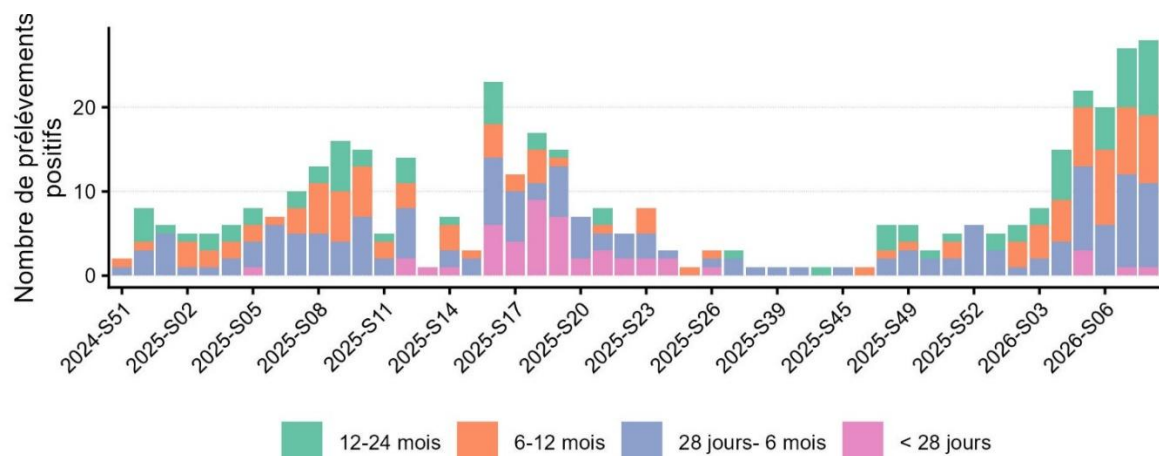


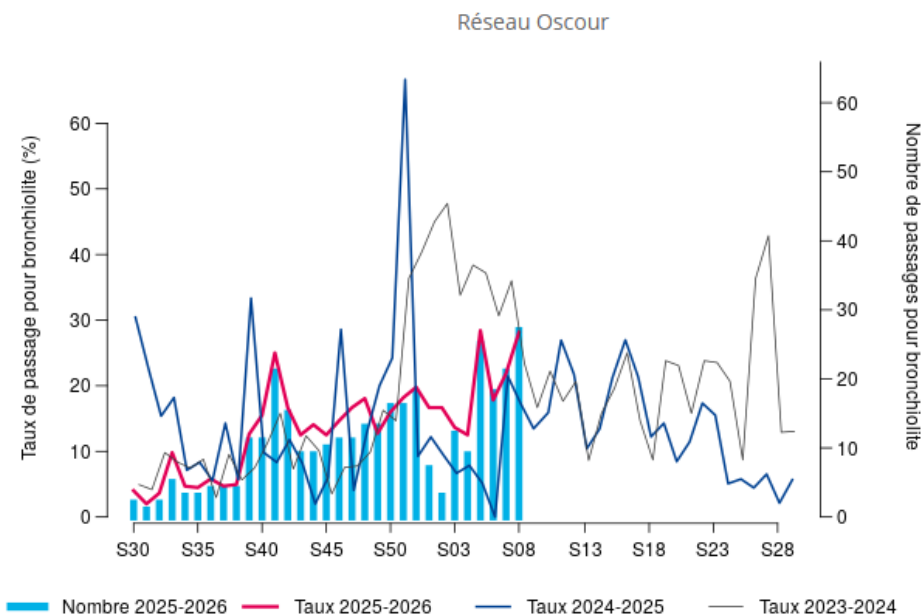
Figure 7 – Évolution hebdomadaire des prélèvements respiratoires positifs pour les VRS, suivant la classe d'âge, semaines 2024-S51 à 2026-S08, Mayotte, données arrêtées au 24 février 2026



Données virologiques arrêtées au 24/02/26

En semaine S08-2026, 27 passages pour bronchiolite chez les enfants de moins d'un an ont été enregistrés aux urgences du Centre hospitalier de Mayotte (CHM), dont 14 ont nécessité une hospitalisation. Depuis la semaine S05-2026, le nombre de passages aux urgences est en augmentation, oscillant entre 18 et 27 passages hebdomadaires. La part d'activité liée à la bronchiolite s'élève à 28 % en S08-2026, contre 22 % en S07-2026 (Figure 8). Ces indicateurs témoignent d'une circulation active de la bronchiolite dans cette tranche d'âge.

Figure 8 : 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 S08-2026 (données non consolidées). 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 la semaine 08-2026, aucun nouveau cas de Mpox n'a été identifié à Mayotte. Le nombre total de cas confirmés reste à dix, dont la majorité est localisée dans le sud de l'île. Le suivi des contacts à risque se poursuit, mais aucun nouveau cas n'a été identifié parmi ces contacts. La situation épidémiologique demeure stable 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 YOUSSEF

Pour nous citer : Bulletin surveillance régionale, Mayotte, 27 février. Saint-Maurice : Santé publique France, 9 p., 2026

Directrice de publication : Caroline Semaille

Date de publication : 27 février 2026

Contact : mayotte@santepubliquefrance.fr