

Date de publication : 13 mars 2026

MAYOTTE

Surveillance épidémiologique à Mayotte

Semaine 10 (du 02 au 08 mars 2026)

SOMMAIRE

Points clés	1
Chikungunya	2
Bronchiolite	5

Points clés

Chikungunya

- **65 nouveaux cas** confirmés en S10-2026, soit une **baisse de 22 %** par rapport à S09, portant **le total à 360 cas** depuis le début de l'année
- **L'incidence reste élevée**, traduisant **une circulation virale toujours active** sur le territoire
- **Activité modérée dans le sud**, aucune commune >10 cas ; **cas persistants dans le nord-est**, notamment à Mamoudzou et Koungou.
- La transmission pourrait se maintenir ou s'intensifier, en lien avec des **conditions météorologiques favorables à la prolifération des moustiques**.

Bronchiolite

- **Nette diminution** de l'activité épidémique en S10 après plusieurs semaines de progression, **le pic ayant été atteint en S09-2026**
- **Indicateurs virologiques en baisse** : 29 prélèvements positifs au VRS en S10 contre 55 en S09, avec un taux de positivité de 35 % (vs 44 %).
- Activité hospitalière élevée chez les <1 an : 20 passages aux urgences dont 14 hospitalisations (taux d'hospitalisation : 70 %).
- **Un cas grave** admis en réanimation en S10, **mais non lié au VRS**

Chikungunya

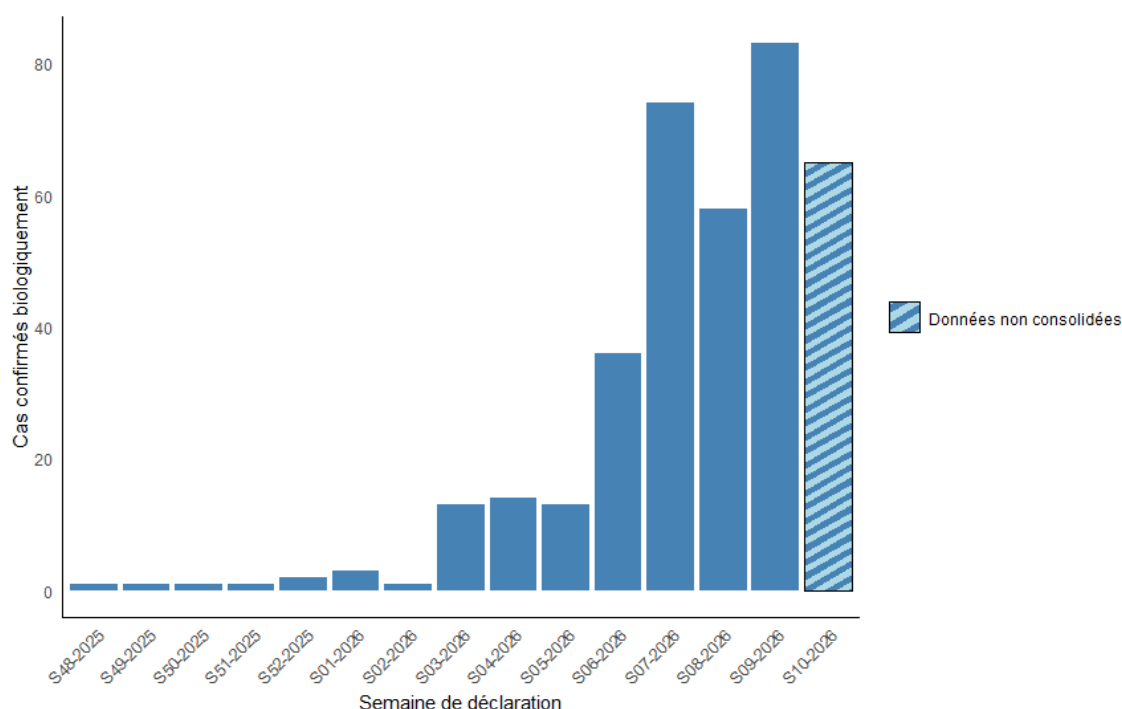
En semaine 10 (du 02 au 08 mars), **65 cas de chikungunya ont été enregistrés** (données non consolidées), soit une diminution de 22% par rapport à la semaine précédente (83 cas en S09-2026). Ces nouveaux cas portent à 360 le nombre de cas confirmés enregistrés à Mayotte depuis le début de l'année 2026.

L'analyse de l'évolution de l'incidence hebdomadaire met en évidence une dynamique fluctuante mais soutenue de la transmission. Après une diminution observée en semaine 08, l'incidence est repartie à la hausse la semaine suivante, avant d'enregistrer un nouveau recul en semaine 10. Malgré cette baisse récente, le niveau d'incidence demeure élevé, traduisant une circulation virale toujours active sur le territoire (Figure 1).

Par ailleurs, neuf suspicions de chikungunya ont été signalées à la régulation du SAMU au cours de la semaine 10-2026, en légère diminution par rapport à la semaine 09, durant laquelle 12 suspicions avaient été rapportées.

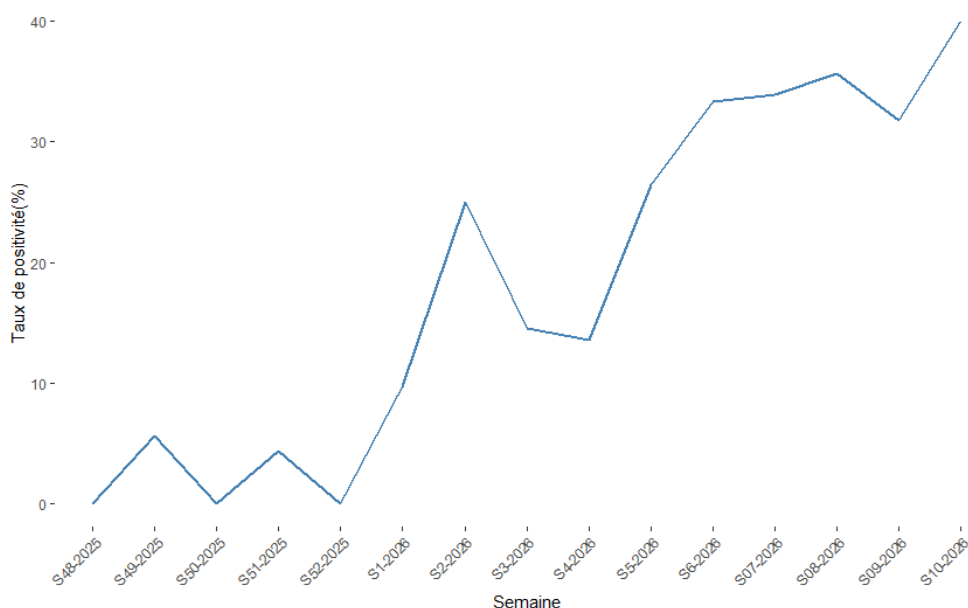
Pour rappel, le territoire de Mayotte est maintenu en phase 2B du plan ORSEC arboviroses depuis la semaine 07-2026, correspondant à la phase pré-épidémique, caractérisée par une circulation virale confirmée et un risque de diffusion accrue sur le territoire.

Figure 1. Évolution hebdomadaire du nombre de cas de chikungunya, par semaine de prélèvement, Mayotte, S48-2025 à S10-2026 (source : laboratoire de biologie médicale du CHM, Laboratoire privé Biogroup, 3-Labos et ARS Mayotte) (données non consolidées)



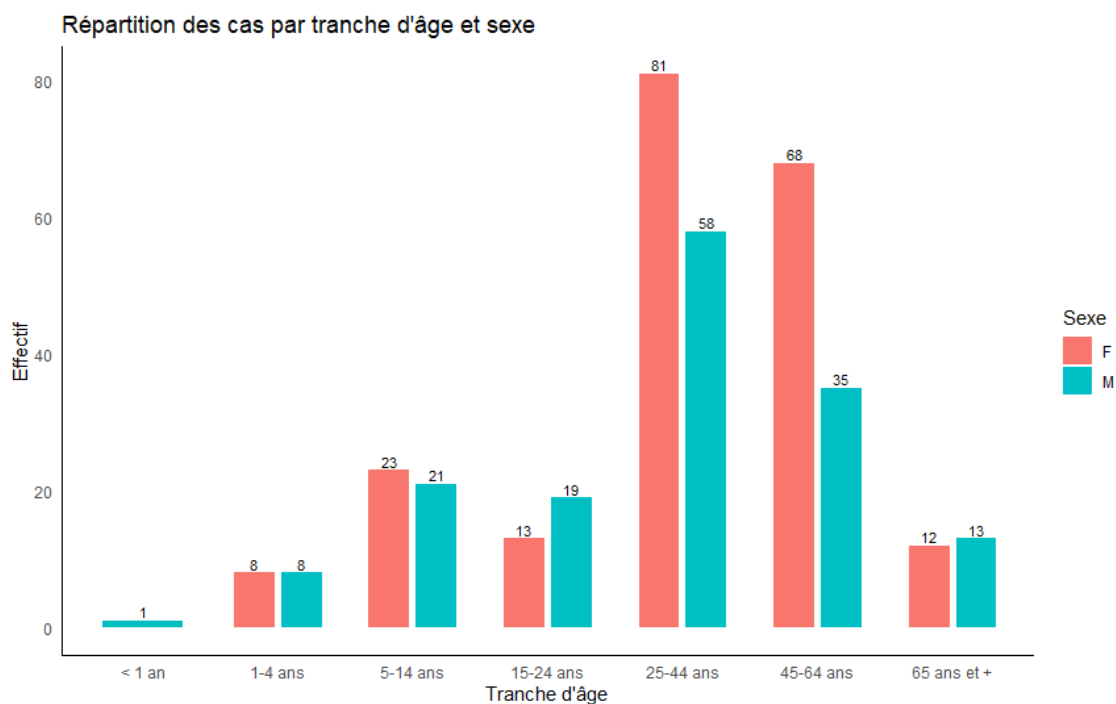
Après une légère diminution observée en semaine 09, où il s'établissait à 31,7 %, le taux de positivité augmente de nouveau en semaine 10 pour atteindre 40 % (données non consolidées). Entre la semaine 04 et la semaine 10, ce taux est ainsi passé d'environ 12 % à 40 %, soit une multiplication par plus de trois en l'espace de six semaines (Figure 2).

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 S09-2026 (données non consolidées)



La répartition des cas confirmés de chikungunya selon l'âge et le sexe reste globalement inchangée depuis le début de la reprise de la circulation virale. Les classes d'âge 25–44 ans et 45–64 ans demeurent les plus touchées, représentant à elles seules les 2/3 de l'ensemble des cas confirmés (67 %). Cette distribution traduit une atteinte majoritaire des populations adultes actives. Les moins de 25 ans représentent 26% des cas alors que les plus de 65 ans ne représentent qu'une faible proportion (7%) (Figure 3).

Figure 3. Répartition des cas confirmés de chikungunya par classe d'âges et par sexe (n = 360), Mayotte, S01-2026 à S10-2026 (données non consolidées)



Repartition géographique des cas

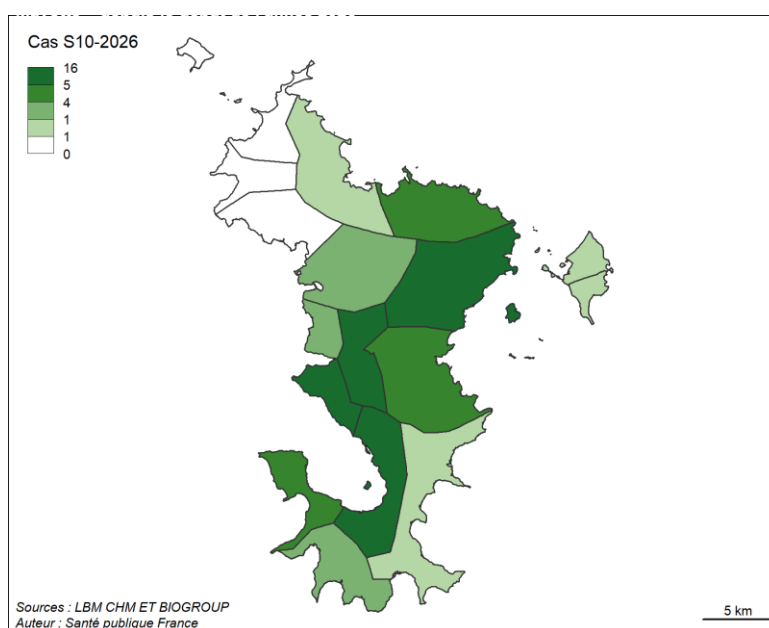
Au cours de la semaine 10-2026, l'analyse de la répartition géographique des 65 cas confirmés met en évidence une distribution territoriale hétérogène de la transmission. La commune de Mamoudzou (nord de l'île) demeure la plus touchée avec 16 cas, soit 24,6 % de l'ensemble des cas hebdomadaires. Elle est suivie par Sada, dans le centre du territoire, avec 14 cas (21,5 %) et Ouangani avec 8 cas (12,3 %).

Dans le sud de l'île, l'activité apparaît d'intensité plus faible, aucune commune n'ayant enregistré plus de 10 cas au cours de la semaine ; Chirongui rapporte 5 cas (7,7 %) et Bouéni 4 cas (6,2 %). Par ailleurs, la notification de cas dans la commune de Koungou (4 cas ; 6,2 %) témoigne de la poursuite de la transmission dans le nord du territoire.

Seules les communes de M'Tsangamouji, Acoua et Mtsamboro, situées au Nord-Ouest de l'île, n'ont enregistré aucun cas en semaine 10 (Figure 4).

Depuis le début de l'année 2026, 358 des 360 cas enregistrés ont pu être géographiquement localisés dans 16 des 17 communes de Mayotte. Les communes les plus touchées par la circulation du virus du chikungunya sont Sada, qui totalise 19,8 % des cas (71 cas), Mamoudzou avec 17,8 % des cas (64 cas), ainsi que Chirongui 10 % (36 cas) et Bouéni 9,7 % (35 cas).

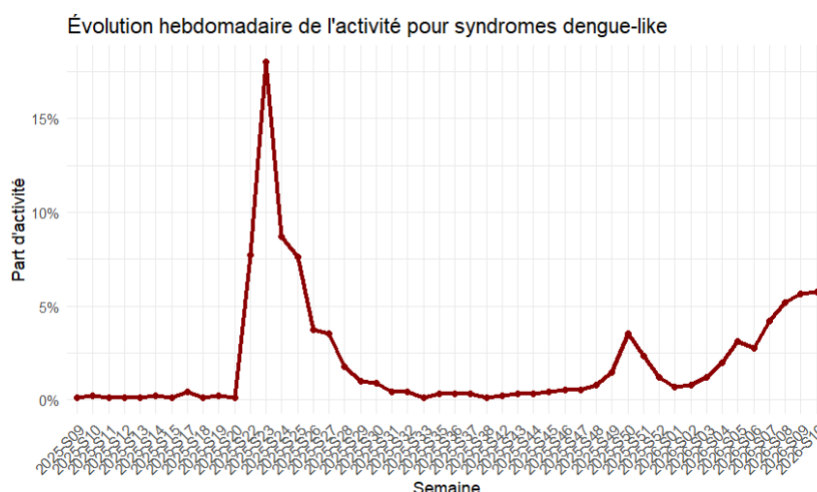
Figure 4. Répartition géographique des cas de chikungunya confirmés à Mayotte en semaine 10-2026 (n = 65) (données non consolidées)



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

En semaine S10-2026, la proportion de syndromes dengue-like (SDL) parmi l'ensemble des consultations réalisées dans les centres médicaux de référence (CMR) se maintient autour de 6 % de l'activité totale. Ce niveau est globalement stable depuis trois semaines, des proportions similaires ayant été observées en semaines S08, S09 et S10-2026 dans les secteurs Nord, Centre, Mamoudzou et Sud (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 S10-2026 (données non consolidées)



Analyse de la situation épidémiologique

Depuis le début de l'année 2026, la répartition géographique des cas de chikungunya montre une évolution notable par rapport à l'épidémie précédente. Alors que l'an dernier les principales communes touchées étaient Mamoudzou et les deux communes de Petite-Terre (Dzaoudzi et Pamandzi), cette année, les communes du centre et du sud de l'île, qui étaient relativement épargnées lors de l'épidémie de 2025, sont parmi les plus affectées, notamment Sada (19,8 % des cas depuis janvier) et Chirongui (10 %), reflétant une diffusion nouvelle du virus dans des zones auparavant peu touchées.

Au cours de la semaine 10, l'incidence hebdomadaire montre une baisse relative dans le sud, avec moins de 10 cas par commune, tandis que la situation reste soutenue dans le centre (Sada, Ouangani) et s'intensifie dans le nord, notamment à Mamoudzou et Koungou, où un risque de reprise épidémique demeure possible. Les communes du nord-ouest demeurent à ce stade, épargnées par la circulation virale, mais la dynamique observée impose une vigilance continue.

Les conditions météorologiques actuelles, marquées par des épisodes pluvieux et des températures élevées, sont favorables à la prolifération des moustiques vecteurs et pourraient contribuer au maintien, voire à l'intensification, de la circulation du virus dans les semaines à venir. Dans ce contexte, la persistance d'une transmission active souligne la nécessité de renforcer les actions de lutte antivectorielle sur l'ensemble du territoire. Il est également essentiel d'intensifier les interventions visant à réduire les facteurs favorisant la prolifération des moustiques, notamment par une gestion rigoureuse des gîtes larvaires et une sensibilisation accrue des populations. Ces mesures combinées sont indispensables pour contenir la transmission et limiter l'impact de cette maladie.

Bronchiolite

En semaine S10-2026, les indicateurs de surveillance virologique et clinique de la bronchiolite montrent une nette diminution de l'activité épidémique après plusieurs semaines de progression. Le pic épidémique a été atteint en S09-2026. Le nombre de prélèvements positifs au virus respiratoire syncytial (VRS) est passé à 29 en S10 contre 55 en S09-2026. Le taux de positivité diminue également, atteignant 35 %, contre 44 % la semaine précédente (Figure 6).

À titre de comparaison, lors de la saison 2024-2025, le pic épidémique avait été observé en semaine S10-2025, avec 27 prélèvements positifs et un taux de positivité de 26 %, soit des niveaux bien inférieurs à ceux observés cette saison au moment du pic. En revanche, la dynamique de l'épidémie actuelle apparaît plus proche de celle observée lors de la saison 2023-2024, caractérisée par une

progression tardive de l'activité virologique suivie d'un pic marqué, comparable à celui enregistré en S09-2026.

L'activité aux urgences pour bronchiolite chez les enfants de moins d'un an demeure élevée depuis plusieurs semaines avec un nombre de passages aux urgences et d'hospitalisations secondaires important. Au total, 20 passages aux urgences ont été enregistrés au cours de la semaine S10, dont 14 ont conduit à une hospitalisation, soit un taux d'hospitalisation après passage aux urgences de 70 % (Figure 7)

En S10-2026, un cas grave de bronchiolite a été admis en réanimation. Il s'agissait d'un nourrisson de 2 mois, n'ayant pas bénéficié d'un traitement préventif par Beyfortus® et dont la mère n'avait pas été vaccinée par Abrysvo® pendant la grossesse. Toutefois, ce cas grave n'était pas associé au VRS, mais correspondait à une bronchiolite causée par rhinovirus et entérovirus.

Figure 6. Évolution hebdomadaire du nombre de prélèvements respiratoires positifs au VRS et du taux de positivité associé, Mayotte, 2024-S15 à 2026-S10 (source : LBM du CHM)

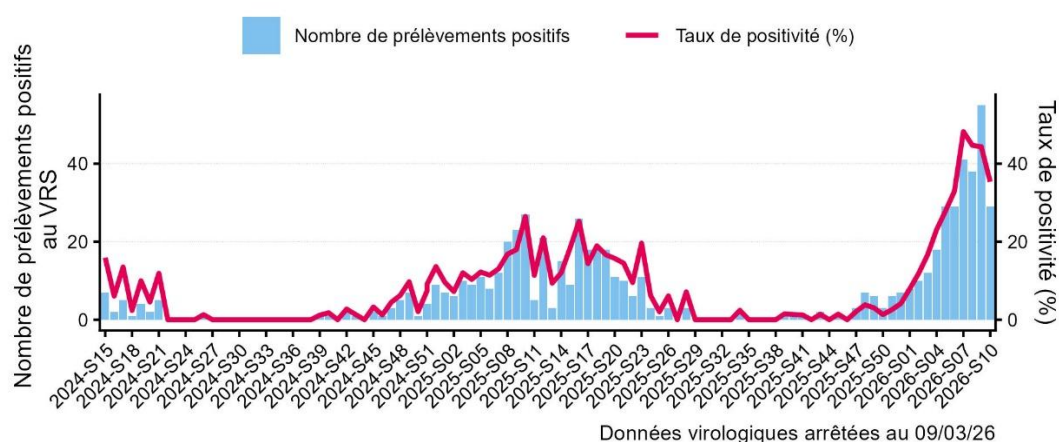
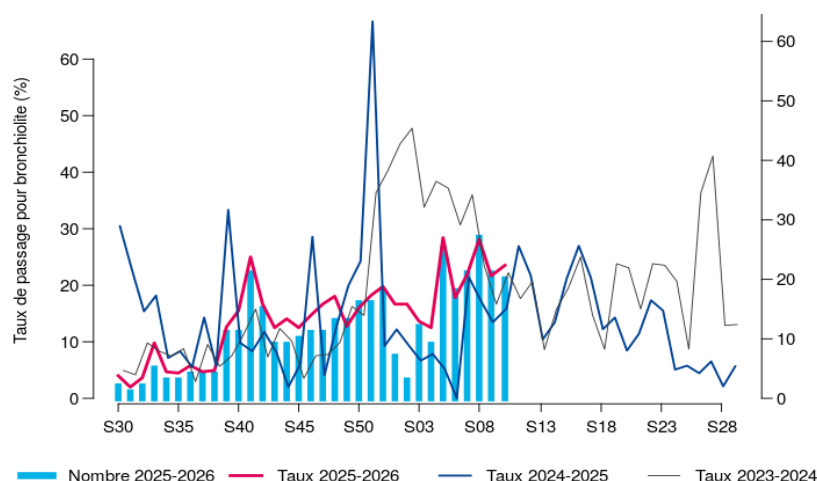


Figure 7 : Évolution hebdomadaire des indicateurs de passages aux urgences pour bronchiolite chez les enfants de moins de 1 an, Mayotte, (source : Réseau OSCOUR, données non consolidées)



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](#)

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, 13 mars. Saint-Maurice : Santé publique France, 8 p., 2026

Directrice de publication : Caroline Semaille

Date de publication : 13 mars 2026

Contact : mayotte@santepubliquefrance.fr