

Date de publication : 20 mars 2026

MAYOTTE

Surveillance épidémiologique à Mayotte

Semaine 11 (du 09 au 15 mars 2026)

SOMMAIRE

Points clés	1
Chikungunya	2
Bronchiolite	5

Points clés

Chikungunya

- **62 nouveaux cas** confirmés en S11-2026, soit une **baisse de 15 %** par rapport à S10, portant **le total à 430 cas** depuis le début de l'année
- **Circulation virale toujours active** sur le territoire malgré une légère diminution de l'incidence observée au cours des deux dernières semaines
- La transmission pourrait se maintenir ou s'intensifier, en lien avec des **conditions météorologiques favorables à la prolifération des moustiques**

Bronchiolite

- **Diminution du nombre de cas biologiquement confirmés de VRS** depuis le pic épidémique observé en S09-2026
- **Indicateurs virologiques en baisse** : 21 prélèvements positifs au VRS en S11 contre 31 en S10, avec un taux de positivité de 43 % (vs 36,5 %)
- **Activité hospitalière élevée chez les <1 an** : 19 passages aux urgences dont 14 hospitalisations (taux d'hospitalisation : 73 %)
- **Un cas grave lié au VRS** a été admis en réanimation en S11. Il s'agissait d'un nourrisson de 4 mois n'ayant pas bénéficié d'un traitement préventif par Beyfortus®.

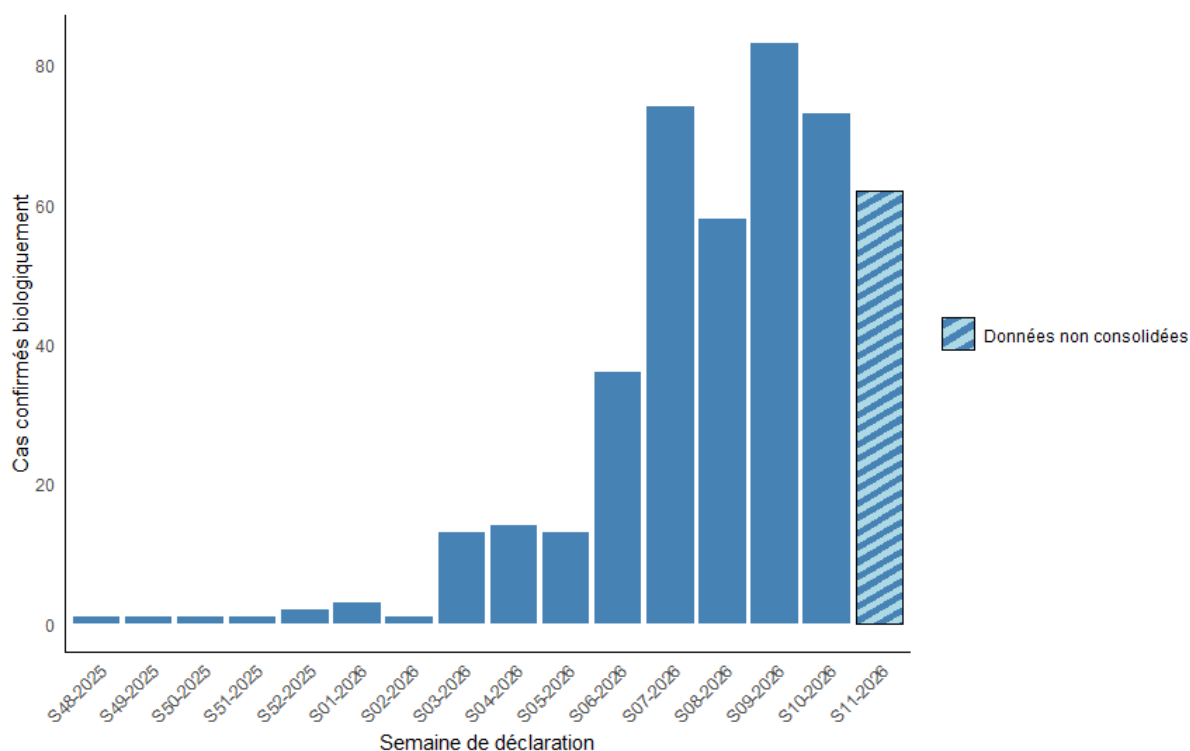
Chikungunya

En semaine 11 (du 9 au 15 mars), **62 cas de chikungunya ont été enregistrés à Mayotte** (données non consolidées), soit une baisse de 15 % par rapport à la semaine précédente (73 cas en S10-2026). Ces nouveaux cas portent à **430 le nombre de cas confirmés recensés à Mayotte depuis le début de l'année 2026**. Cette tendance à la diminution est observée depuis le pic de 83 cas enregistré en S09-2026 (Figure 1).

Malgré ce recul, l'incidence demeure élevée, témoignant de la poursuite d'une circulation virale active sur le territoire.

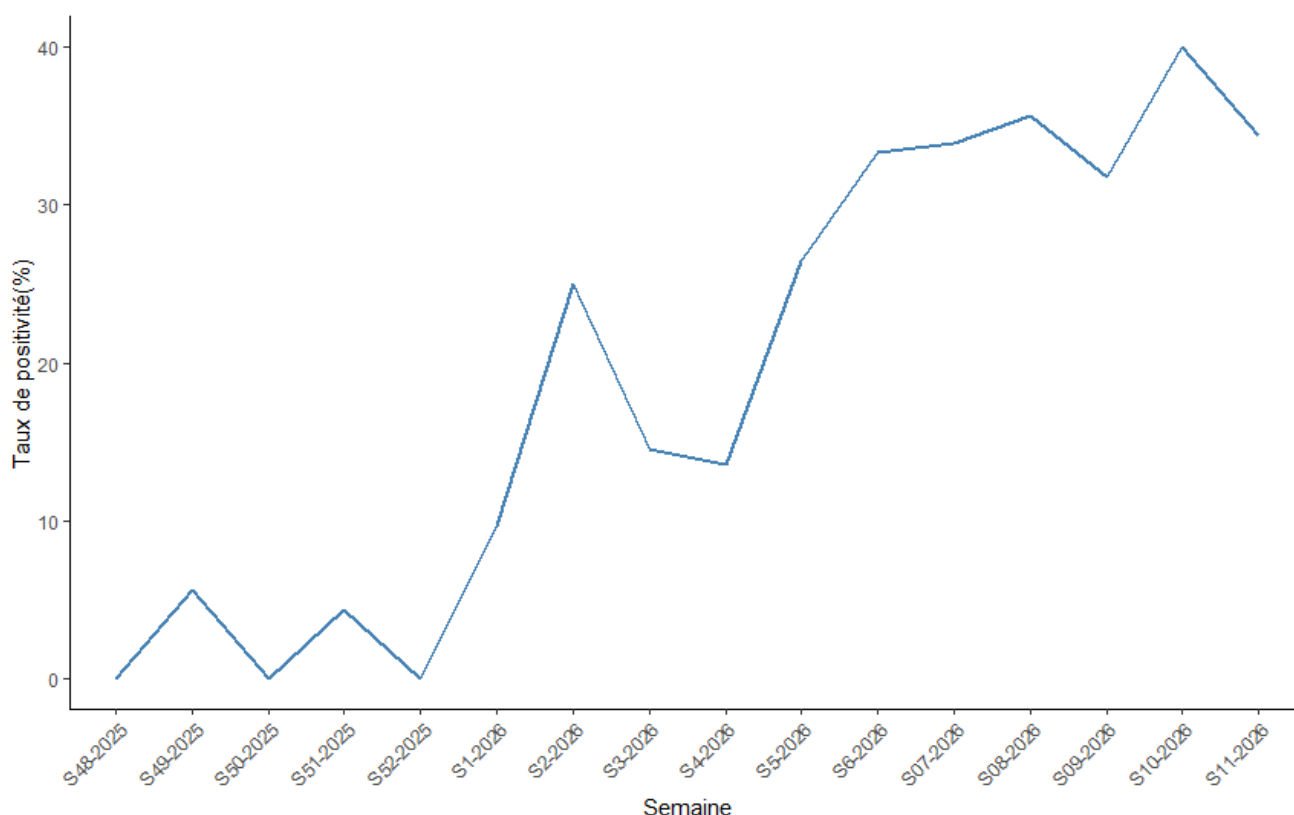
Entre S09 et S11-2026, 34 suspicions de chikungunya ont été rapportées à la régulation du SAMU. Après un léger recul en S10 (n = 9), leur nombre augmente de nouveau en S11 avec 13 nouvelles suspicions enregistrées.

Figure 1. Évolution hebdomadaire du nombre de cas de chikungunya, par semaine de prélèvement, Mayotte, S48-2025 à S11-2026 (source : laboratoire de biologie médicale du CHM, Laboratoire privé Biogroup, 3-Labos et ARS Mayotte) (données non consolidées)



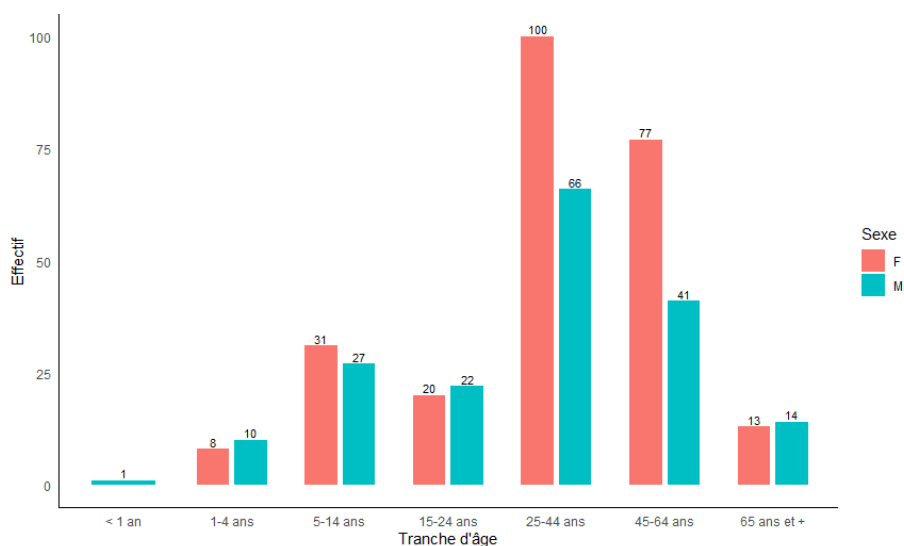
Le taux de positivité se maintient à un niveau élevé depuis plusieurs semaines. Après une augmentation marquée observée à partir de la semaine 04, il oscille désormais entre 33 % et 40 % depuis la semaine S06. Il atteint notamment 40 % en semaine 10 (données non consolidées), avant de s'établir à 34,4 % en semaine 11 (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 S11-2026 (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 près de deux tiers de l'ensemble des cas confirmés (66 %). Cette distribution traduit une atteinte majoritaire des populations adultes actives. Les moins de 25 ans représentent 27 % des cas alors que les 65 ans et plus ne représentent qu'une faible proportion (6 %) (Figure 3).

Figure 3. Répartition des cas confirmés de chikungunya par classe d'âges et par sexe (n = 430), Mayotte, S01-2026 à S11-2026 (données non consolidées)

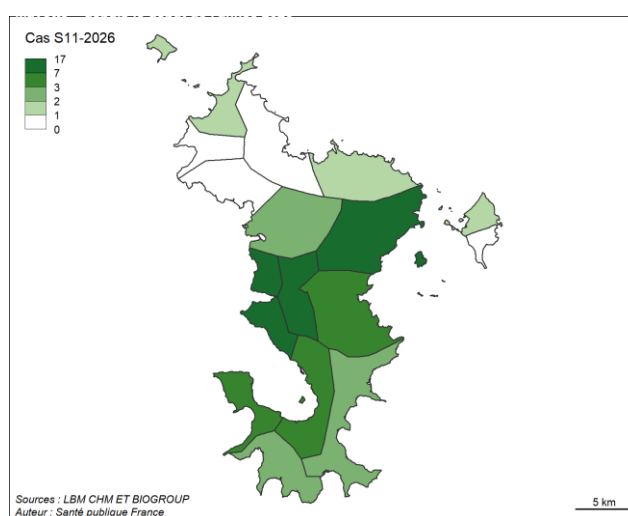


Repartition géographique des cas

Au cours de la semaine 11-2026, l'analyse de la répartition géographique des 62 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 17 cas, soit 27,4 % de l'ensemble des cas hebdomadaires. Elle est suivie par Ouangani, dans le centre du territoire, avec 11 cas (17,7 %) et Sada avec 7 cas (11,2 %) (Figure 4).

Depuis le début de l'année 2026, 428 des 430 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 Mamoudzou, qui totalise 19,4% des cas (83 cas), Sada avec 18,9 % des cas (81 cas), ainsi que Bouéni 9,3 % (40 cas) et Chirongui 9,1 % (39 cas).

Figure 4. Répartition géographique des cas de chikungunya confirmés à Mayotte en semaine 11-2026 (n = 62) (données non consolidées)



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

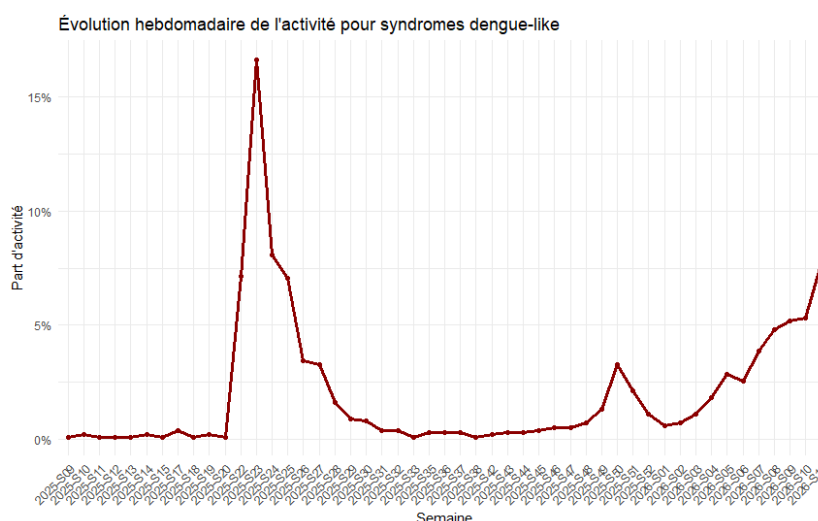
En semaine S11-2026, la proportion de syndromes dengue-like (SDL) parmi l'ensemble des consultations réalisées dans les centres médicaux de référence (CMR -Nord, Centre, Mamoudzou et Sud)) augmente pour atteindre 7,7 % de l'activité totale. Après une phase de stabilité observée au cours des semaines précédentes (Figure 5).

L'origine d'un SDL peut être difficile à établir, car différents agents pathogènes sont susceptibles de provoquer ce type de tableau clinique. Le protocole mis en place à Mayotte indique que, devant tout SDL, une recherche systématique de la dengue, du chikungunya, de la leptospirose et de la fièvre de la vallée du Rift doit être réalisée par PCR ou sérologie, après exclusion du paludisme.

En tenant compte de la situation épidémiologique actuelle, l'évolution des SDL dans les CMR peut traduire une part d'activité liée à des tableaux cliniques compatibles avec **le chikungunya ou la leptospirose**. Un diagnostic différentiel s'avère nécessaire afin d'éviter tout retard de prise en charge, qui pourrait être préjudiciable, notamment dans le cas de la leptospirose.

*SDL : fièvre $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ d'apparition brutale, associée à un ou plusieurs symptômes non spécifiques (douleurs musculaires, articulaires, céphalées, asthénie, douleurs rétro-orbitaires, éruption maculo-papuleuse, signes digestifs) en l'absence de tout autre point d'appel infectieux.

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 S11-2026 (données non consolidées)



Analyse de la situation épidémiologique

La situation épidémiologique à Mayotte en semaine S11-2026 confirme la persistance d'une circulation active du virus du chikungunya, malgré une tendance à la diminution du nombre de cas confirmés observée depuis la semaine S10. La baisse progressive observée ces dernières semaines traduit une dynamique épidémiologique favorable. Néanmoins, l'incidence demeure élevée et nécessite une vigilance renforcée.

La répartition géographique des cas confirme une transmission hétérogène sur le territoire, avec une concentration persistante à Mamoudzou, Sada et Ouangani.

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 11, les indicateurs de surveillance virologique et clinique de la bronchiolite montrent une poursuite de la diminution de l'activité épidémique. En effet, 21 prélèvements positifs au VRS sont recensés, contre 55 au pic épidémique survenu en S09-2026, soit une diminution de 62 % en l'espace de deux semaines. Toutefois, le taux de positivité demeure élevé et présente une évolution contrastée : après une diminution observée en S10, il augmente de nouveau en S11 pour atteindre 43 % (Figure 6).

L'activité aux urgences pour bronchiolite chez les enfants de moins d'un an demeure élevée depuis plusieurs semaines avec un nombre important de passages aux urgences et d'hospitalisations secondaires. Au total, 19 passages aux urgences ont été enregistrés au cours de la semaine S11, dont 14 ont conduit à une hospitalisation, soit un taux d'hospitalisation après passage aux urgences de 73 % (Figure 7)

En S11-2026, un cas grave de bronchiolite à VRS a été admis en réanimation. Il s'agissait d'un nourrisson de 4 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.

Figure 6. Évolution hebdomadaire du nombre de prélèvements respiratoires positifs au VRS et du taux de positivité associé, Mayotte, 2024-S16 à 2026-S11 (source : LBM du CHM)

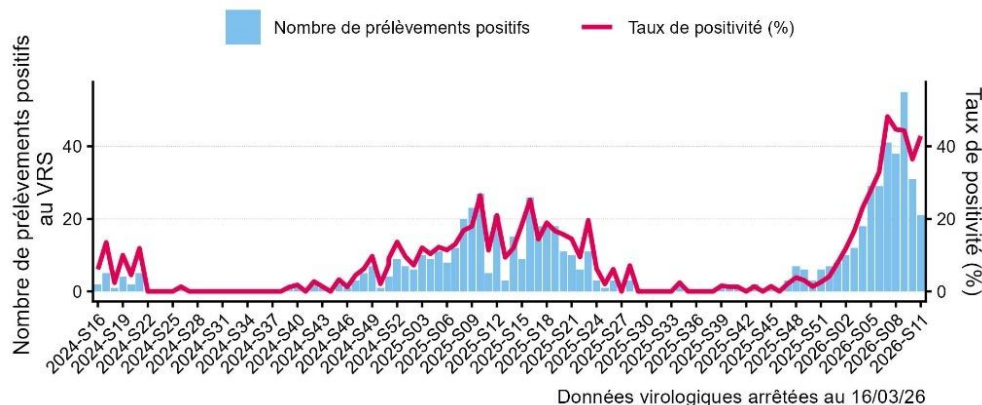
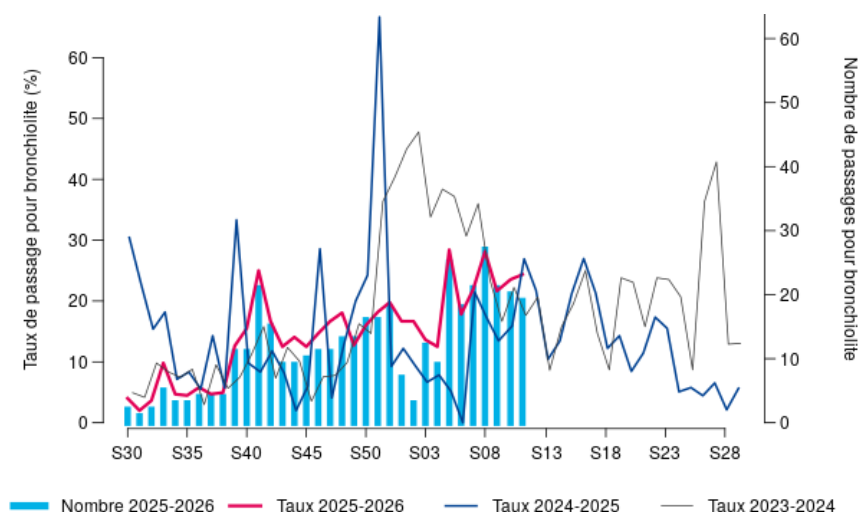


Figure 7 : Évolution hebdomadaire des indicateurs de passages aux urgences pour bronchiolite chez les enfants de moins de 1 an, Mayotte, (source : Réseau OSCOUR, données non consolidées)



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

Directrice de publication : Caroline Semaille

Date de publication : 20 mars 2026

Contact : mayotte@santepubliquefrance.fr