

Date de publication : 27 mars 2026

MAYOTTE

Surveillance épidémiologique à Mayotte

Semaine 12 (du 16 au 22 mars 2026)

SOMMAIRE

Points clés	1
Chikungunya	2
Mpox (Variole b)	5
Bronchiolite	7

Points clés

Chikungunya

- **70 cas de chikungunya** ont été enregistrés en S12 à Mayotte, soit une baisse de **37 %** par rapport à la S11 (111 cas), bien que ces données ne soient pas encore consolidées ;
- La **circulation virale reste active** sur l'ensemble du territoire, nécessitant une vigilance accrue ;
- La transmission pourrait se maintenir ou s'intensifier, en lien avec des **conditions météorologiques actuelles favorables à la prolifération des moustiques**.

Mpox (Variole b)

- **Trois nouveaux cas confirmés de Mpox** ont été identifiés sur le territoire après 4 semaines sans signalement, portant à **13 le nombre total de cas depuis le début de l'année** (dont 10 cas autochtones et 3 importés). Cela traduit une transmission locale limitée mais persistante, nécessitant le maintien de la surveillance sur cette pathologie ;
- Les trois nouveaux cas identifiés en S12 sont liés à une **transmission intrafamiliale** ;
- **Répartition géographique** : sur les 13 cas enregistrés depuis le début de l'année, la quasi-totalité (10 sur 13) est localisée dans les communes de **Bouéni et Mamoudzou** (5 cas chacune).

Bronchiolite

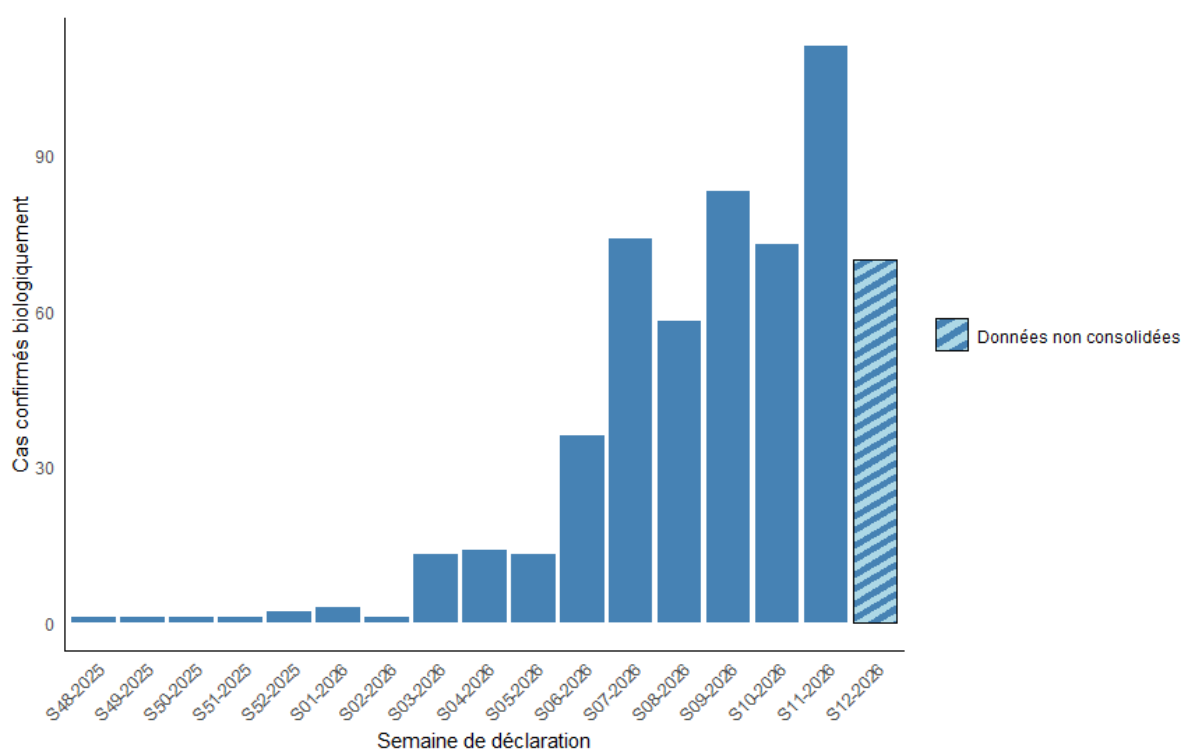
- Depuis le pic épidémique en S09-2026, **une diminution de l'activité de la bronchiolite est observée**, avec 18 prélèvements positifs en S12 (taux de positivité : 30,5 %), mais le territoire reste en phase épidémique.
- **L'activité aux urgences demeure élevée chez les nourrissons**, avec 24 passages en S12 dont 11 hospitalisations
- La bronchiolite représentant 31 % de l'activité des urgences pédiatriques en S12-2026.

Chikungunya

En semaine 12 (du 16 au 22 mars), 70 cas de chikungunya ont été enregistrés à Mayotte. Ce chiffre, bien qu'encore non consolidé, affiche une baisse de 37 % par rapport à la semaine précédente (111 cas en S11). Cette diminution fait suite à une nette augmentation entre les semaines 10 et 11, où le nombre de cas était passé de 73 à 111, soit une hausse de 52 %. Malgré la baisse observée en S12, le niveau d'incidence reste soutenu, traduisant une transmission toujours active. **Depuis le début de l'année, ce sont 549 cas confirmés recensés à Mayotte.**

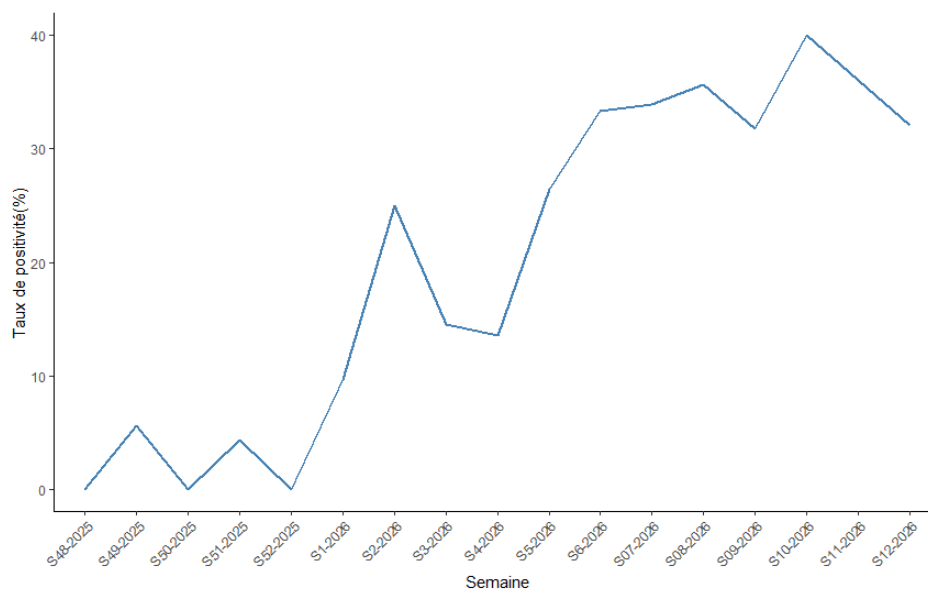
Concernant l'activité du SAMU, les signalements pour suspicion de chikungunya ont progressé en S12, avec 15 nouveaux cas contre 13 en S11. Cette tendance à la hausse, observée depuis la semaine 09, montre un volume de cas ayant quasiment doublé en trois semaines, passant de 9 en S09 à 15 en S12.

Figure 1. Évolution hebdomadaire du nombre de cas de chikungunya, par semaine de prélèvement, Mayotte, S48-2025 à S12-2026 (source : laboratoire de biologie médicale du CHM, Laboratoire privé Biogroup, 3-Labos et ARS Mayotte) (données non consolidées)



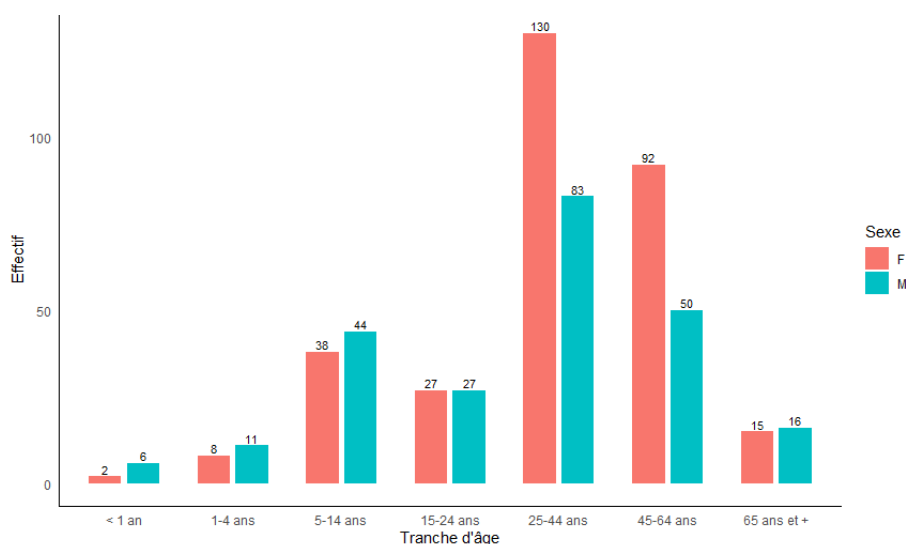
Le taux de positivité demeure globalement élevé, bien qu'une légère diminution soit observée ces dernières semaines. Le niveau maximal a été atteint en semaine 10, avec un taux de 40 % (données non consolidées). Depuis ce pic, une baisse de 7,9 points est enregistrée, le taux s'établissant à 32,1 % en semaine 12. Malgré ce recul, le taux de positivité reste à un niveau élevé, témoignant d'une circulation du virus du chikungunya toujours importante (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 S12-2026 (données non consolidées)



La répartition par âge et sexe des cas confirmés montre que les 25–44 ans et les 45–64 ans demeurent les plus touchés, tant en S12 que depuis le début de la circulation du virus à Mayotte. Ces deux tranches d'âge concentrent près des deux tiers des cas (65 %). À l'inverse, les moins de 25 ans comptabilisent 30 % des signalements, tandis que les 65 ans et plus n'en représentent qu'une part marginale (5 %) (Figure 3).

Figure 3. Répartition des cas confirmés de chikungunya par classe d'âges et par sexe (n = 549), Mayotte, S01-2026 à S12-2026 (données non consolidées)

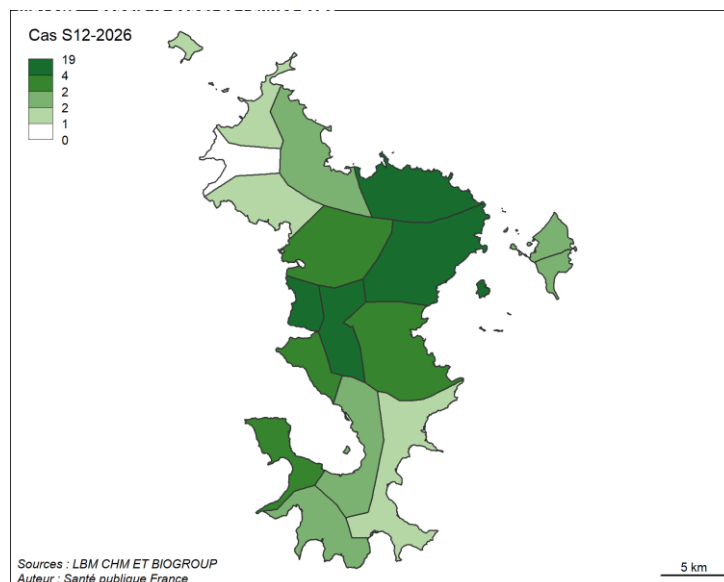


Répartition géographique des cas

En semaine 12 (du 16 au 22 mars 2026), l'analyse de la répartition géographique des 70 cas confirmés de chikungunya révèle que 16 des 17 communes de Mayotte ont enregistré au moins un cas, confirmant une circulation virale active à l'échelle du territoire. Les localités les plus touchées

sont Mamoudzou avec 19 cas (27,1 % des signalements hebdomadaires), suivie de Chiconi avec 11 cas (15,7 %), Ouangani avec 7 cas (10 %) et Koungou avec 5 cas (7,1 %)(Figure 4).

Figure 4. Répartition géographique des cas de chikungunya confirmés à Mayotte en semaine 12-2026 (n = 70) (données non consolidées)



Depuis le début de l'année, 547 des 549 cas confirmés recensés ont pu être géolocalisés. Si l'ensemble des communes est désormais concerné, la transmission, initialement concentrée dans le sud, s'étend dorénavant vers le nord-est de l'île. Les localités les plus touchées depuis le 1er janvier sont : Mamoudzou (117 cas, 21,4 %), Sada (90 cas, 16,5 %), Ouangani (48 cas, 8,8 %), Bouéni (44 cas, 8,0 %) et Chirongui (41 cas, 7,5 %).

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

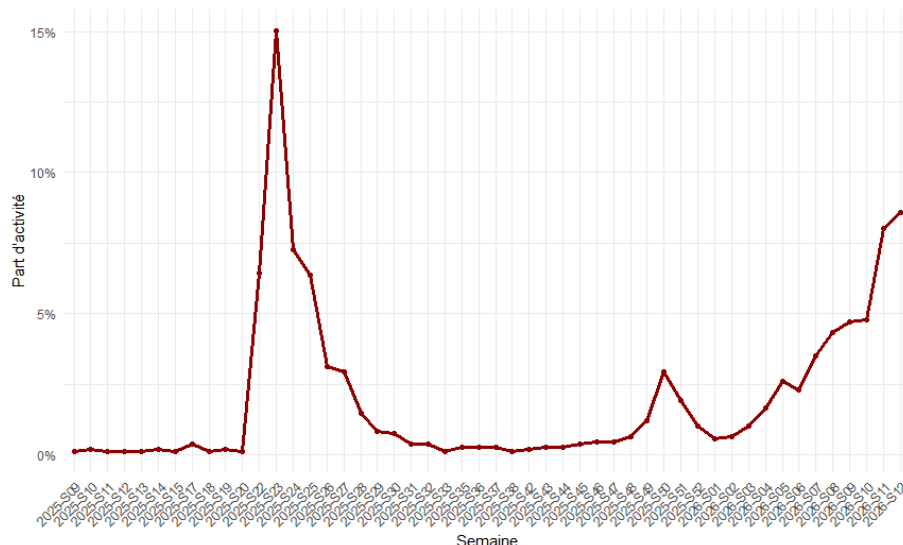
En semaine S12-2026, la proportion de syndromes dengue-like (SDL) parmi l'ensemble des consultations réalisées dans les centres médicaux de référence (CMR Nord, Centre, Mamoudzou et Sud) a poursuivi sa progression, atteignant 8,6 % contre 7,7 % en semaine S11 (Figure 5).

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, 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 S12-2026 (données non consolidées)



Analyse de la situation épidémiologique

La situation épidémiologique à Mayotte en semaine S11 et S12-2026 se caractérise par une augmentation continue du nombre de cas confirmés de chikungunya, témoignant d'une circulation active et en expansion du virus sur le territoire avec l'ensemble des communes est désormais touché. Au regard de la circulation virale désormais généralisée à l'ensemble des communes et de la hausse continue des signalements au SAMU, le renforcement des mesures de lutte antivectorielle sur tout le territoire est nécessaire. La pratique des mesures de protection individuelle et collectives reste le levier principal pour freiner la propagation de cette épidémie à Mayotte.

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.

Mpox (Variole b)

Après quatre semaines sans signalement, **trois nouveaux cas de variole b (Mpox)** ont été enregistrés à Mayotte en S12. Ces notifications portent à **13 le nombre total de cas confirmés depuis le début de l'année** dont 10 autochtones et 3 importés. Ce nouveau foyer, sans lien avec un voyage, correspond à une transmission intrafamiliale autochtone sans contact à risque identifié en dehors du cercle restreint (Figure 6).

La répartition géographique indique que les communes de Bouéni et Mamoudzou sont les plus touchées avec 5 cas chacune, suivies de Bandrélé (2 cas) et Kani-Kéli (1 cas) (Figure 7).

Cette situation souligne la persistance d'une circulation locale limitée et justifie le maintien d'une vigilance renforcée, ainsi que l'application rigoureuse des mesures de prévention adaptées.

Figure 6. Évolution hebdomadaire du nombre de cas confirmés de Mpox (variole b), Mayotte, S02-2026 à S12-2026 (source : laboratoire de biologie médicale du CHM et ARS Mayotte) (données non consolidées)

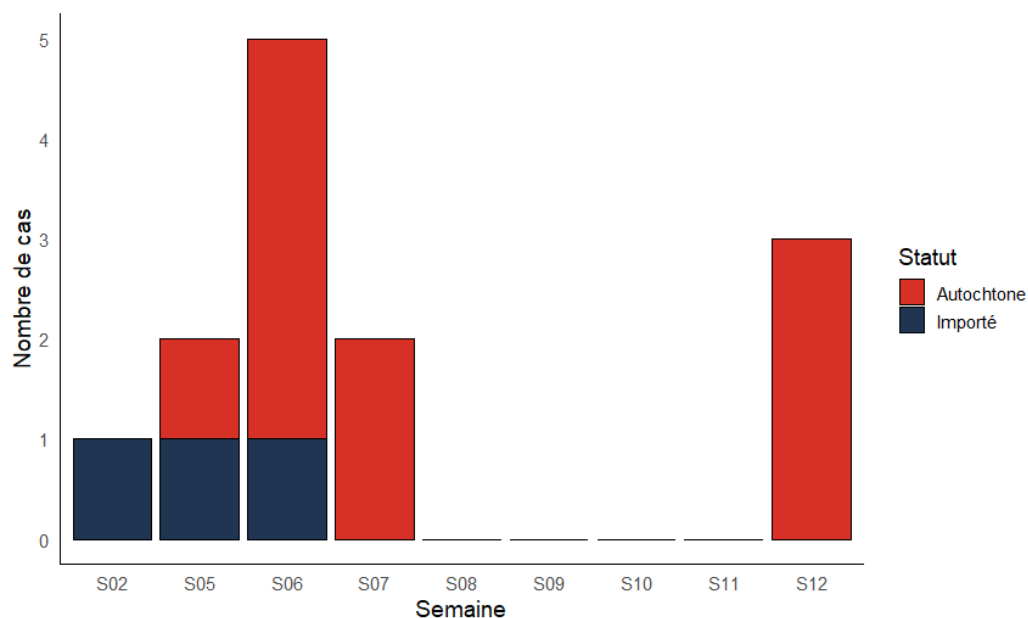
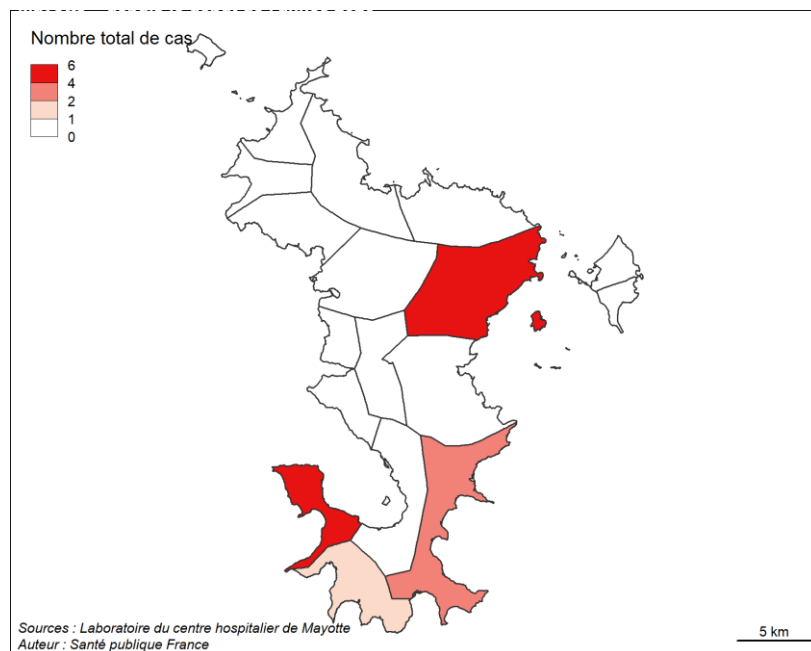


Figure 7. Distribution géographique du nombre de cas de Mpox (variole du singe) confirmés biologiquement par commune de domicile, Mayotte, S02–S12 2026



Bronchiolite

En semaine S12-2026, 18 prélèvements positifs au VRS ont été enregistrés au laboratoire du CHM, soit un taux de positivité de 30,5 %, contre 21 prélèvements et un taux de 39,6 % en S11. Ces indicateurs confirment la tendance à la baisse de l'activité épidémique de bronchiolite, amorcée après le pic enregistré en S09-2026. Toutefois, le territoire demeure en phase épidémique (Figure 8).

L'activité aux urgences pour la bronchiolite chez les enfants de moins d'un an reste élevée, avec un volume soutenu de passages aux urgences et d'hospitalisations secondaires. Au cours de la semaine S12, 24 passages aux urgences ont été enregistrés, dont 11 ont conduit à une hospitalisation. La part de l'activité des urgences dédiée à la bronchiolite s'élève ainsi à 31 % (Figure 9).

Figure 8. Évolution hebdomadaire du nombre de prélèvements respiratoires positifs au VRS et du taux de positivité associé, Mayotte, 2024-S17 à 2026-S12 (source : LBM du CHM)

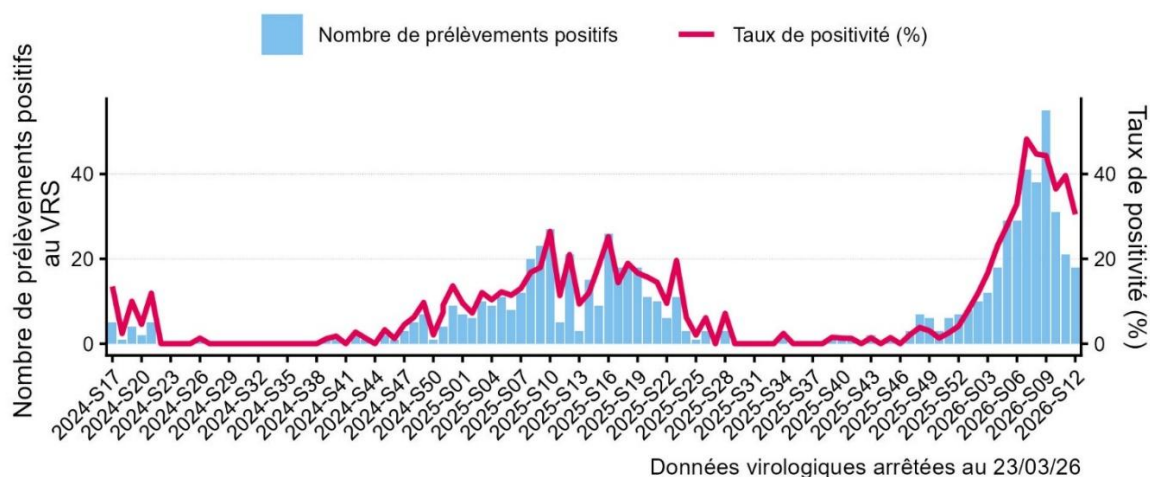
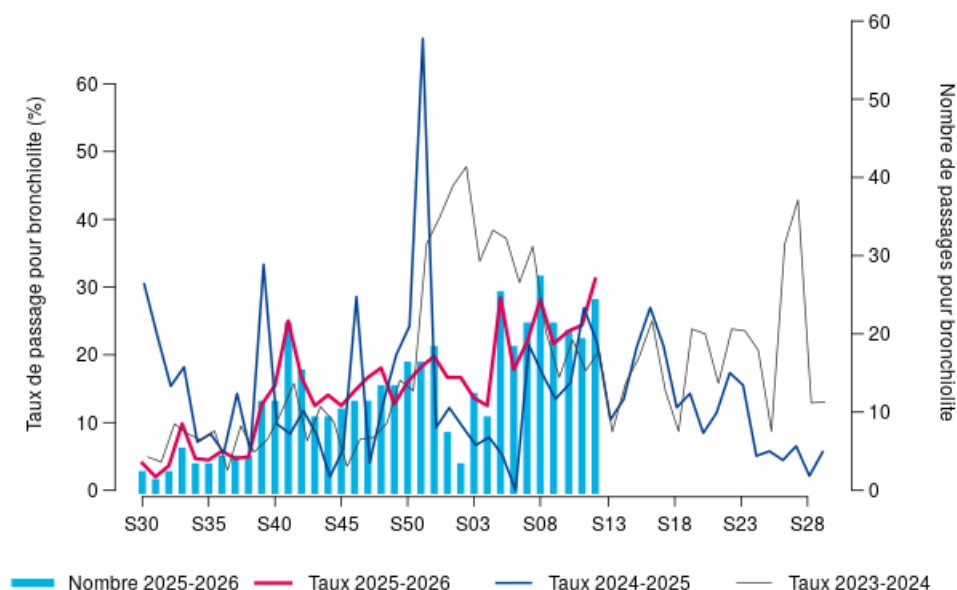


Figure 9 : Évolution hebdomadaire des indicateurs de passages aux urgences pour bronchiolite chez les enfants de moins de 1 an, Mayotte, (source : Réseau OSCOUR, données non consolidées)



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

Directrice de publication : Caroline Semaille

Date de publication : 27 mars 2026

Contact : mayotte@santepubliquefrance.fr