



Date de publication : 10 avril 2026

MAYOTTE

Surveillance épidémiologique à Mayotte

Semaine 14 (du 30 mars au 05 avril 2026)

SOMMAIRE

Points clés	1
Chikungunya	2
Leptospirose.....	7
Bronchiolite	10

Points clés

Chikungunya

- **119 cas de chikungunya ont été enregistrés en S14** à Mayotte, soit une hausse de 25 % par rapport à la S13 (93 cas), avec une moyenne d'environ 100 cas hebdomadaires au cours des 4 dernières semaines, traduisant une circulation toujours active du virus sur le territoire ;
- 31 cas ont nécessité une hospitalisation dont près des trois-quart (23 cas) au cours des deux dernières semaines ;
- Les signalements de suspicions de chikungunya à la régulation du SAMU ont doublé en semaines 13 et 14 par rapport à la semaine 11 et se maintiennent à un niveau élevé ;

Leptospirose

- Depuis le début de l'année 2026, **85 cas de leptospirose** ont déjà été enregistrés, dont 12 hospitalisations, incluant un cas admis en réanimation ;
- Les précipitations observées depuis le début de l'année 2026, bien que légèrement inférieures à celles de 2025 sur la même période, pourraient favoriser la persistance environnementale des leptospires et augmenter le risque de transmission dans les prochaines semaines ;

Bronchiolite

- Malgré des taux de positivité encore élevés, les indicateurs virologiques et hospitaliers confirment la baisse de l'épidémie de bronchiolite depuis le pic de S9, avec un recul marqué des passages aux urgences et des hospitalisations en S14.

Chikungunya

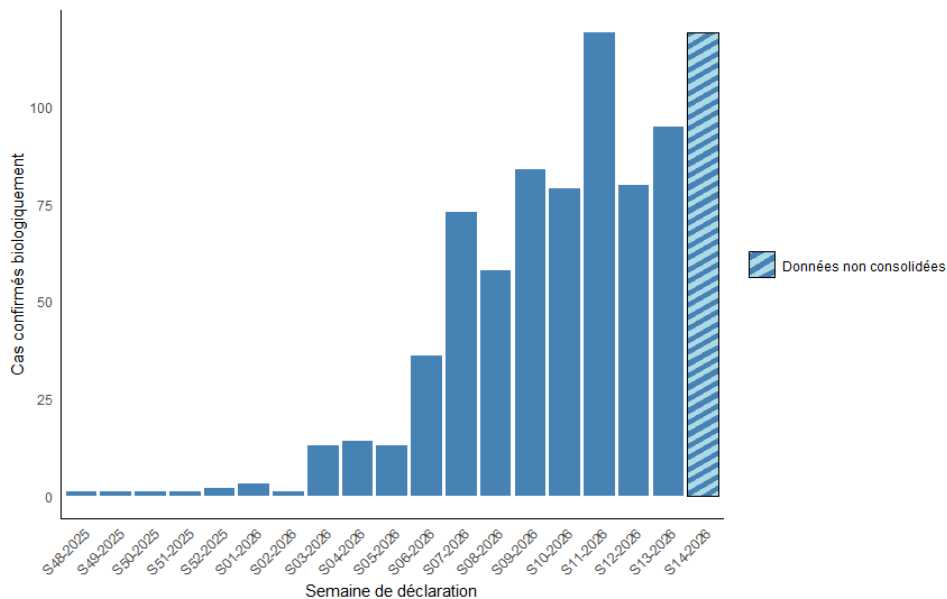
En semaine 14 (du 30 mars au 5 avril), 119 cas de chikungunya confirmés biologiquement ont été enregistrés à Mayotte (Figure 1). Cela représente une augmentation de 25 % par rapport au nombre de cas enregistrés au cours de la semaine précédente (95 cas en S13). Au cours des quatre dernières semaines, une centaine de cas en moyenne ont été enregistrés.

Depuis le début de l'année 2026, **797 cas confirmés biologiquement ont été enregistrés**, contre 1 266 sur l'ensemble de l'année 2025.

L'activité pour suspicions de chikungunya rapportées à la régulation du SAMU est en progression depuis la semaine 11 et se maintient en semaine 14, passant de 13 cas en semaine 11 à 24 cas en semaine 13, puis à 22 cas en semaine 14. Au cours de ces dernières semaines, le nombre de signalements a ainsi doublé par rapport à celui observé en semaine 11. Ces indicateurs, associés aux confirmations biologiques, montrent que la circulation du virus chikungunya reste élevée sur le territoire.

Depuis le début de l'année, 31 cas ont nécessité une hospitalisation, dont près des trois quarts (23 hospitalisations) ont été admis au cours des deux dernières semaines (14 en semaine 13 et 9 en semaine 14). Parmi ces 31 hospitalisations, 21 concernaient des femmes et 10 des hommes. Treize cas concernaient des enfants de moins d'un an, cinq des personnes âgées de 15 à 24 ans, neuf des personnes âgées de 25 à 64 ans et quatre des personnes âgées de 65 ans et plus.

Figure 1. Évolution hebdomadaire du nombre de cas de chikungunya, par semaine de prélèvement, Mayotte, S48-2025 à S14-2026 (source : laboratoire de biologie médicale du CHM, Laboratoire privé Biogroup, 3-Labos et ARS Mayotte) (données non consolidées)



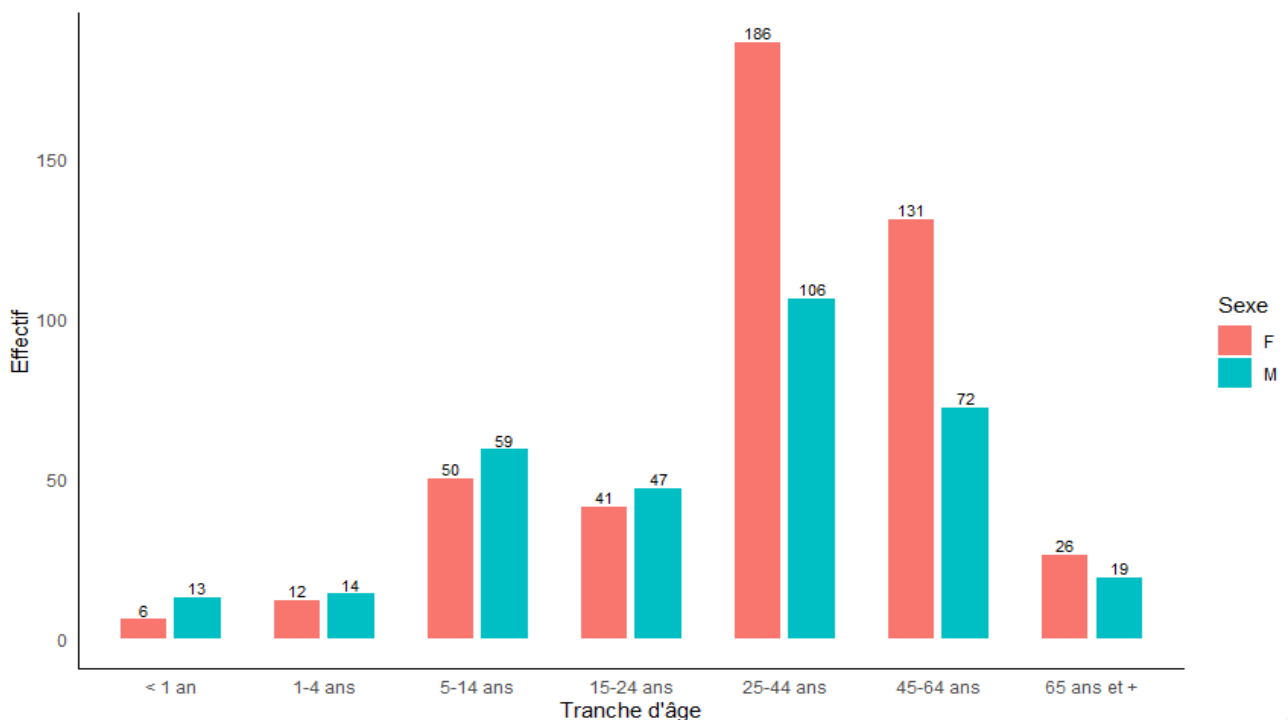
En semaine 13, le taux de positivité est estimé à 40 % (données non consolidées pour le laboratoire privé et le CHM). Ce niveau élevé par rapport aux deux semaines précédentes, avait été atteint en S10. Malgré quelques fluctuations, le taux de positivité est en constante augmentation depuis la S04-2026, ce qui suggère une circulation virale persistante à un niveau élevé (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 S13-2026 (données non consolidées)



Près des deux tiers des cas sont des femmes (64 %). L'âge médian est de 35 ans [0–94 ans]. La tranche d'âge des 25–44 ans est la plus concernée, avec 37,5 % des cas, suivie des 45–64 ans avec 26 % des cas. Les moins de 5 ans et les plus de 65 ans ne représentent qu'une faible proportion, avec respectivement 6,0 % et 5,6 % des cas (figure 3).

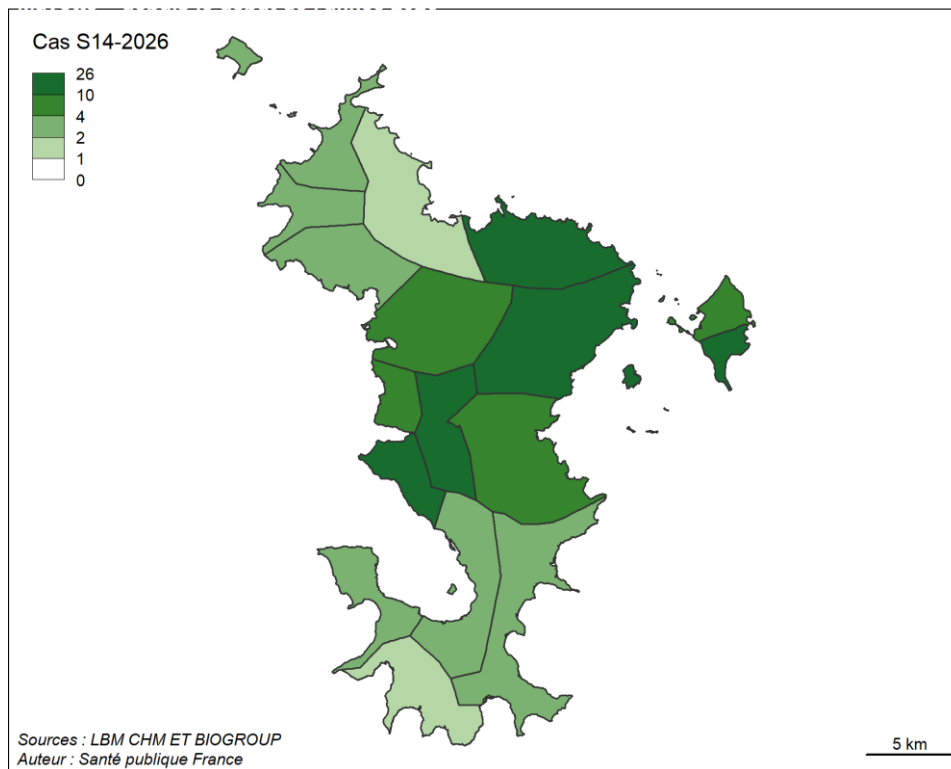
Figure 3. Répartition des cas confirmés de chikungunya par classe d'âges et par sexe (n = 549), Mayotte, S01-2026 à S14-2026 (données non consolidées)



Repartition géographique des cas

L'analyse géographique des 119 cas déclarés en semaine 14 montre que les 17 communes de l'île ont enregistré au moins un cas au cours de cette semaine. Toutefois, les incidences les plus élevées sont observées dans les communes du nord-est, notamment à Mamoudzou (26 cas), Pamandzi (12 cas) et Koungou (11 cas), ainsi que dans le centre-ouest, en particulier à Ouangani (14 cas), Sada (10 cas) et Chiconi (7 cas) (Figure 4). En début d'année, la circulation virale concernait davantage les communes du sud.

Figure 4. Répartition géographique des cas de chikungunya confirmés à Mayotte en semaine 14-2026 (n = 119) (données non consolidées)



Parmi les 762 cas pour lesquels l'information de localisation géographique est disponible (96 % des cas déclarés), la commune de Mamoudzou concentre à elle seule 21 % des cas depuis le début de l'année. Les communes du centre-ouest cumulent 31,4 % des cas, principalement à Sada (14 %), Ouangani (9,5 %) et Chiconi (7,9 %). À l'inverse, Bouéni et Chirongui, épicentres de l'épidémie en début d'année, ne représentent plus que 13 % des cas cumulés, avec un total de 97 cas de chikungunya.

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

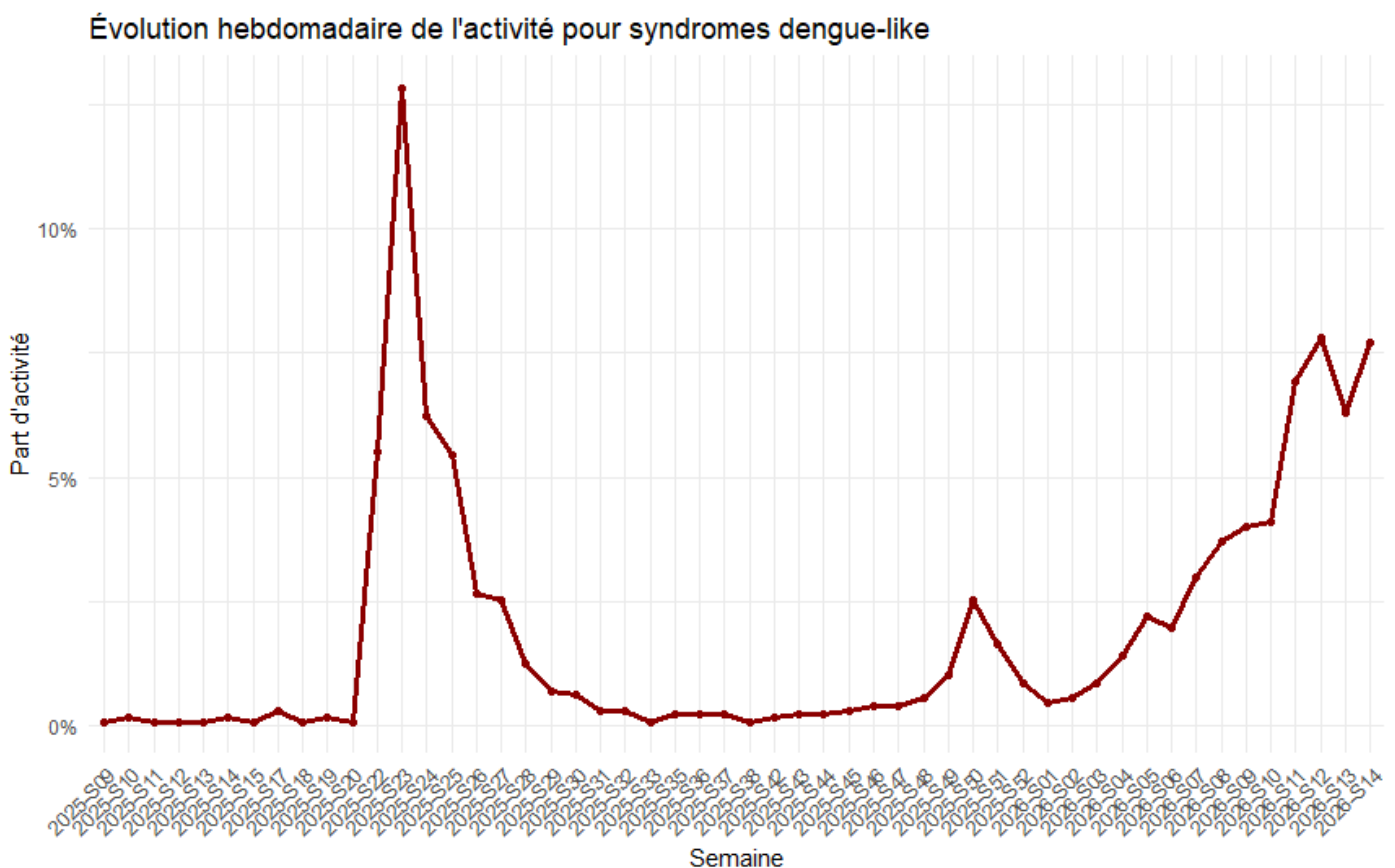
En semaine S14-2026, la proportion de syndromes dengue-like (SDL) parmi l'ensemble des consultations réalisées dans les centres médicaux de référence (CMR Nord, Centre, Mamoudzou, Sud et Petite-Terre) a poursuivi sa progression, atteignant 7,7% en S14 après une légère baisse observée en S13 (Figure 5)

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 S14-2026 (données non consolidées)



Analyse de la situation épidémiologique

La situation épidémiologique à Mayotte en semaine S14 se caractérise par une augmentation continue du nombre de cas confirmés de chikungunya, témoignant d'une circulation active et en expansion du virus sur l'ensemble du territoire, avec désormais toutes les communes touchées. Dans ce contexte de diffusion généralisée et de hausse continue des signalements, le renforcement des mesures de lutte antivectorielle à l'échelle du territoire apparaît nécessaire. La mise en œuvre des mesures de protection individuelle et collective demeure le principal levier pour freiner la propagation de l'épidémie à Mayotte.

Les conditions météorologiques actuelles, marquées par des épisodes pluvieux à l'approche de la fin de saison humide et des températures élevées, sont favorables à la prolifération des moustiques vecteurs et pourraient contribuer au maintien, voire à l'intensification, de la circulation virale dans les semaines à venir. La persistance d'une transmission active souligne ainsi 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 la maladie.

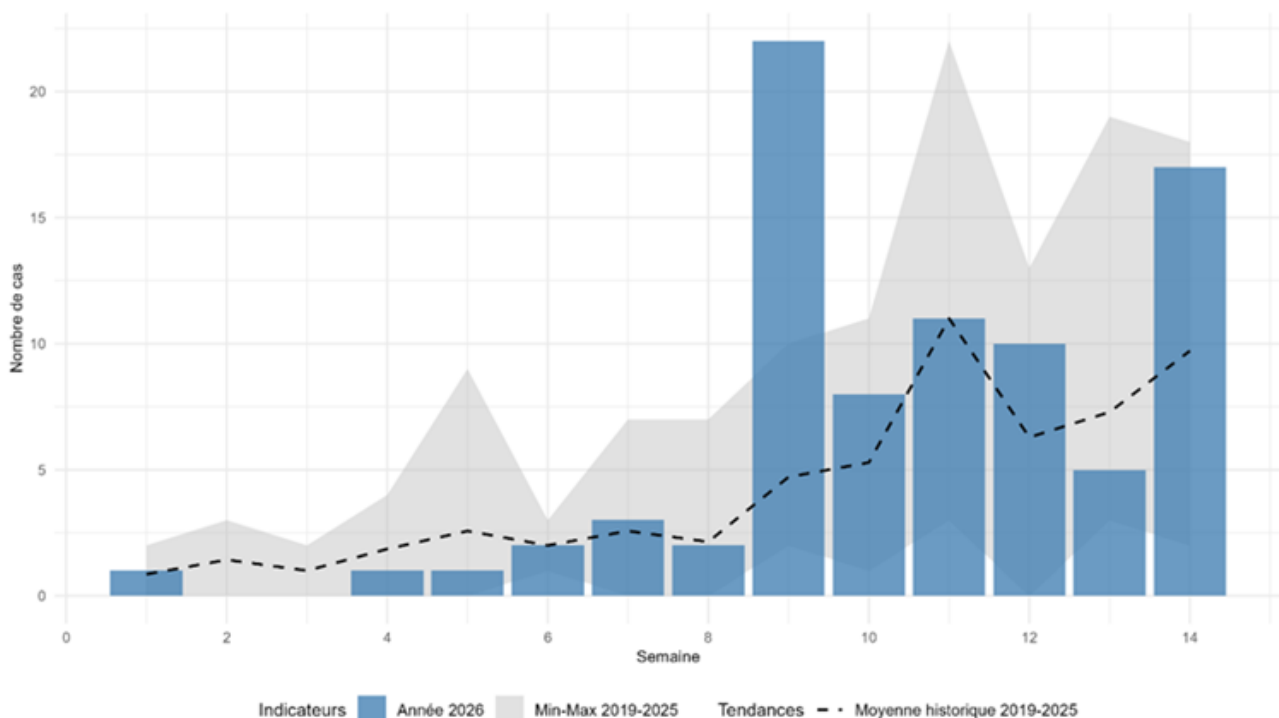
Par ailleurs, ces données sont susceptibles de sous-estimer l'ampleur réelle de la transmission. Plusieurs médecins rapportent en effet ne pas orienter systématiquement les patients vers une confirmation biologique. Dans ce contexte, l'ARS Mayotte a organisé, mercredi 8 avril, un webinaire de sensibilisation à destination des médecins afin de renforcer le recours au diagnostic biologique.

Leptospirose

Depuis le début de l'année 2026, 85 cas de leptospirose confirmés par PCR ont été enregistrés à Mayotte. Après des cas sporadiques observés entre les semaines 1 et 8, le nombre de cas a fortement augmenté en semaine 9, atteignant 22 cas. Au cours de cette semaine, le nombre de cas a largement dépassé la moyenne ainsi que le maximum enregistrés au cours des sept dernières années (2019–2025). Depuis, le nombre hebdomadaire de cas a varié entre 5 et 17, tout en restant inférieur au maximum observé lors des saisons précédentes (figure). Au cours des deux dernières semaines, le nombre de cas a triplé, passant de 5 en S13 à 17 cas à S14 (Figure 6).

Le mois d'avril enregistre historiquement le plus grand nombre de cas de leptospirose à Mayotte. Cette dynamique épidémique s'explique notamment par le décalage généralement observé, sur le territoire, entre le début des pluies et l'apparition des premiers cas de l'épidémie saisonnière, estimé entre un et trois mois.

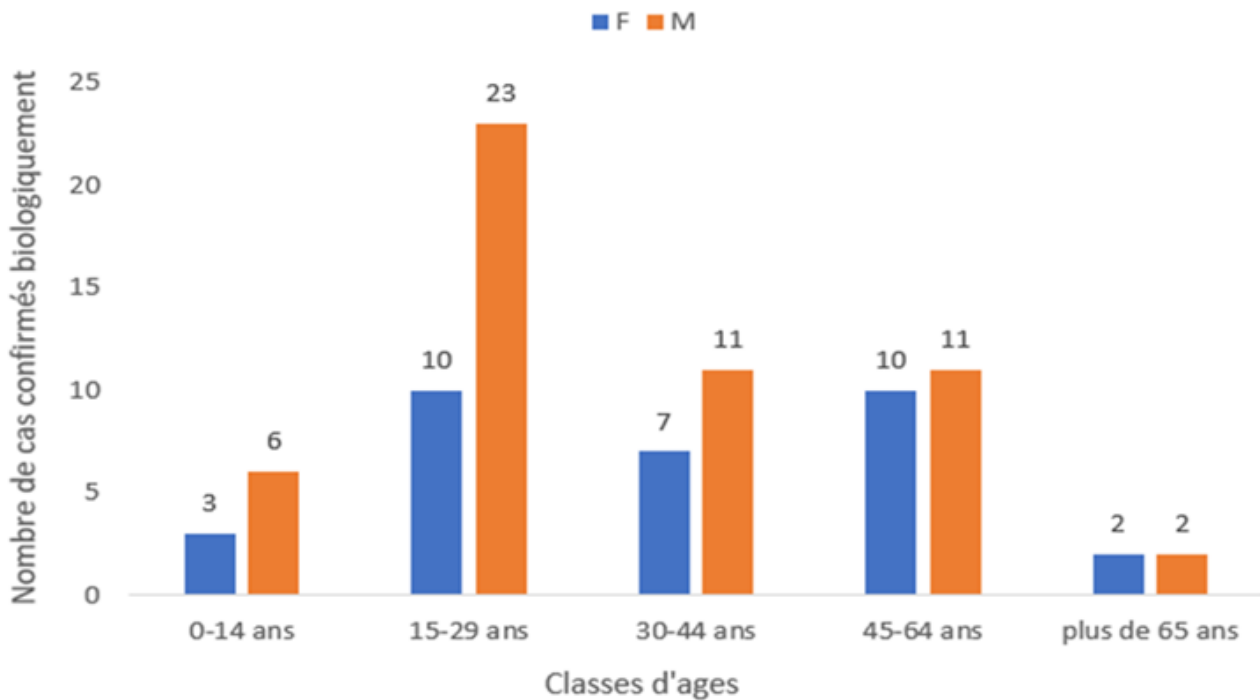
Figure 6. Evolution hebdomadaire du nombre de cas de leptospirose signalés, Mayotte 2026, source : laboratoire de biologie médicale du CHM



Le sex-ratio (H/F) était de 1,7 avec (53 hommes, 32 femmes). L'âge médian des cas était de 30 ans et s'étendait de 5 à 84 ans. Chez les femmes, les classe d'âge de 15-29 ans et 45-64 ans représentaient près des deux-tiers des cas, tandis que chez les hommes, la classe des 15-29 ans était la plus représentée (43%)(Figure 7).

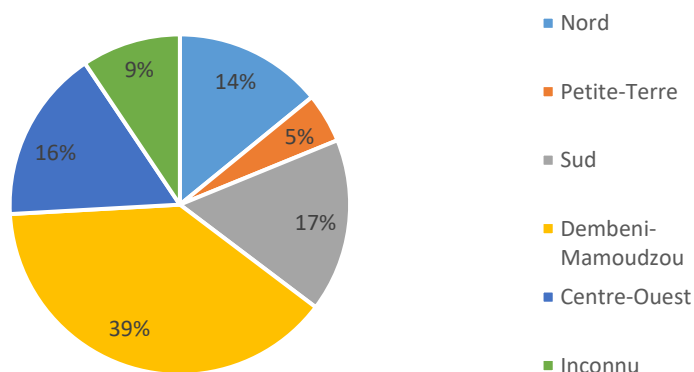
Depuis le début de l'année, 12 cas ont nécessité une hospitalisation, dont un passage en réanimation.

Figure 7 : Répartition des cas confirmés par classes d'âges et par sexe



Les données sur le lieu de résidence étaient inconnues pour 9% des cas. Un peu plus d'un tiers des cas habitaient dans les communes de Mamoudzou ou Dembeni alors que seuls 5% résidaient en Petite-Terre. Le reste des cas étaient uniformément répartis entre le sud (17% des cas), le centre-ouest (16%) et le nord (14%) (Figure 8).

Figure 8 : Figure 4– Répartition des cas confirmés de leptospirose par zone de résidence, Mayotte, S1 à S14 2026



Rappels sur la leptospirose

La leptospirose est une zoonose bactérienne de répartition mondiale (plus fréquente en zone tropicale) causée par *Leptospira spp.* Ces bactéries sont susceptibles d'infecter un grand nombre de mammifères sauvages rats, tangués, musaraignes, etc et domestiques (ovins, caprins, porcs, chiens) qui les excrètent dans **leur urine**. L'infection chez l'homme survient par contact direct avec l'urine des animaux infectés ou par contact avec un environnement contaminé par de l'urine, tels que de l'eau de surface ou le sol. **Les leptospires peuvent pénétrer par des effractions cutanées et par les muqueuses.**

Les manifestations cliniques vont du syndrome grippal bénin jusqu'à une défaillance multi viscérale potentiellement létale. Des formes asymptomatiques sont couramment décrites au cours d'enquêtes épidémiologiques.

Dans son expression typique, la leptospirose débute après une incubation de 4 à 19 jours, par l'apparition brutale d'une fièvre avec frissons, myalgies, céphalées, troubles digestifs et peut évoluer en septicémie avec atteintes viscérales hépatique, rénale, méningée, pulmonaire

Les mesures de lutte collectives basées sur la dératisation ou le drainage des zones inondées sont efficaces, mais difficiles à mettre en œuvre. Le **port de protections individuelles** (lunettes, bottes) est conseillé lors des activités à risque (élevage, pêche en eau douce, etc.). **Il est fortement déconseillé de marcher pieds nus ou en chaussures ouvertes sur des sols boueux ou dans les eaux de ruissellement**

Bronchiolite

En semaine S14-2026, 14 prélèvements positifs au VRS ont été enregistrés au laboratoire du CHM, soit un taux de positivité de 26,5 %, contre 18 prélèvements et un taux de 20 % en semaine 13 (figure 9).

Aux urgences, l'activité liée à la bronchiolite chez les enfants de moins d'un an est en baisse en semaine 14, avec 10 passages enregistrés contre 19 en semaine 13. La part de l'activité des urgences dédiée à la bronchiolite s'élève ainsi à 13 % (figure 10). De même, les hospitalisations consécutives à un passage aux urgences sont en diminution, avec un nombre divisé par deux par rapport à la semaine précédente (7 hospitalisations en semaine 14 contre 14 en semaine 13).

Ces indicateurs confirment la tendance à la baisse de l'activité épidémique de bronchiolite, amorcée après le pic enregistré en semaine 9-2026, bien que les taux de positivité restent encore élevés. Toutefois, le territoire demeure en phase épidémique.

Figure 9. Évolution hebdomadaire du nombre de prélèvements respiratoires positifs au VRS et du taux de positivité associé, Mayotte, 2024-S18 à 2026-S14 (source : LBM du CHM)

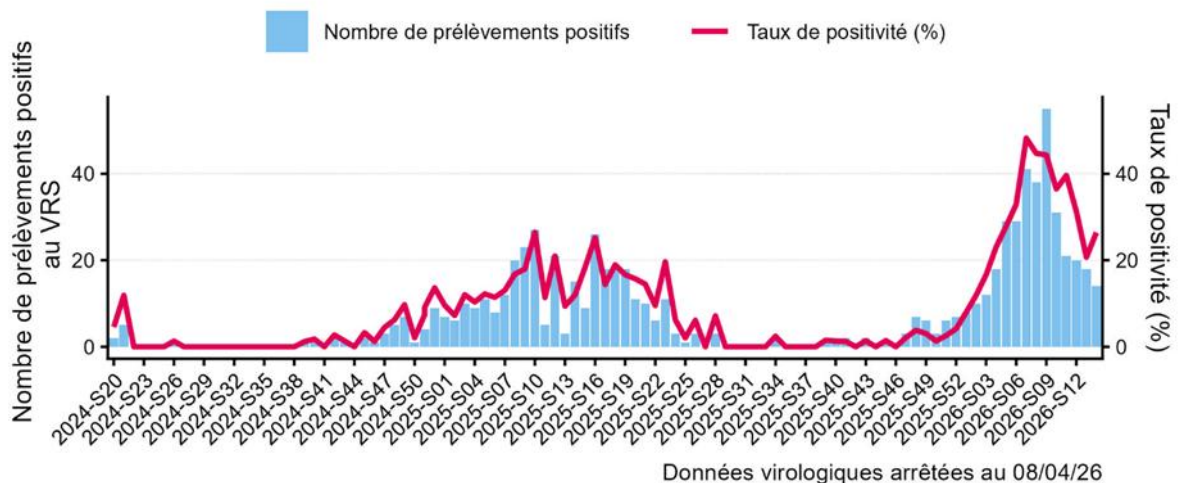
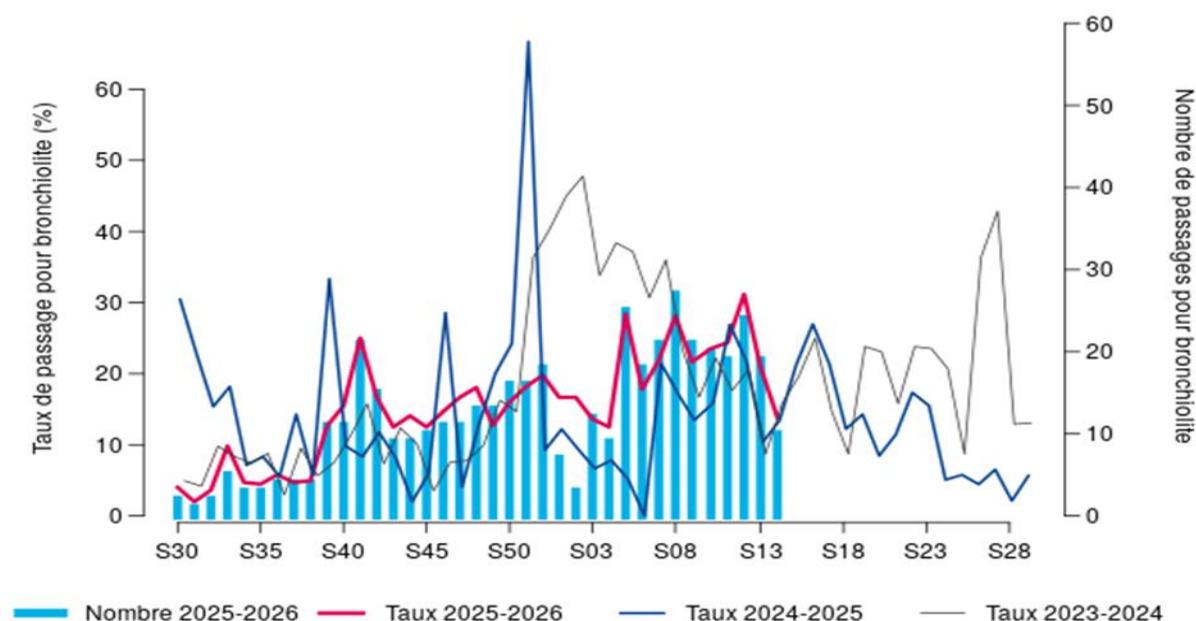


Figure 10 : Évolution hebdomadaire des indicateurs de passages aux urgences pour bronchiolite chez les enfants de moins de 1 an, Mayotte, (source : Réseau OSCOUR, données non consolidées)



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 YOUSOUF

Pour nous citer : Bulletin surveillance régionale, Mayotte, 10 avril. Saint-Maurice : Santé publique France, 10 p., 2026

Directrice de publication : Caroline Semaille

Date de publication : 10 avril 2026

Contact : mayotte@santepubliquefrance.fr