



Date de publication : 17 avril 2026

MAYOTTE

Surveillance épidémiologique à Mayotte

Semaine 15 (du 06 au 12 avril 2026)

SOMMAIRE

Points clés	1
Chikungunya	2
Leptospirose.....	6
Bronchiolite	8
Mpox	11

Points clés

Chikungunya

- **100 cas de chikungunya ont été enregistrés en S15** à Mayotte, soit une baisse de 24 % par rapport à la S14 (130 cas) (données non consolidées), avec une circulation toujours active du virus sur le territoire ;
- 35 cas ont nécessité une hospitalisation dont 4 semaine 15 ;
- Les signalements de suspicions de chikungunya à la regulation du SAMU poursuit sa progression en semaines 15 par rapport à la semaine 14;

Leptospirose

- Depuis le début de l'année 2026, **100 cas de leptospirose** ont déjà été enregistrés, dont 15 hospitalisations, incluant deux 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

- Baisse des indicateurs virologiques et stabilité des hospitalisations en semaine 15. **Passage en phase post- epidémique en S15.**

Mpox

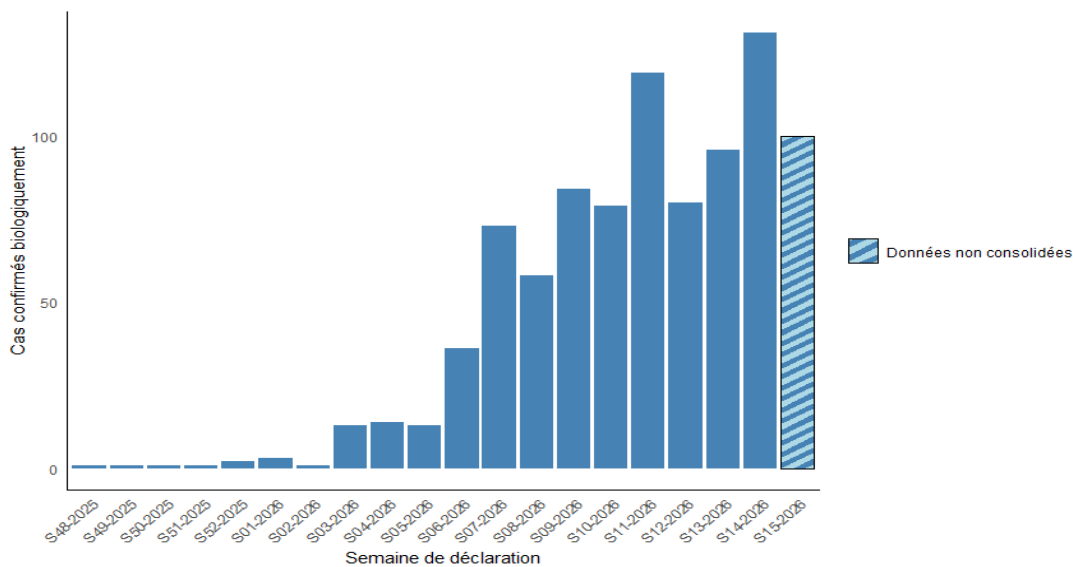
- Deux nouveaux cas de Mpox (variole du singe) ont été signalés : l'un en semaine 15 et l'autre en semaine 16, portant à 15 le nombre total de cas enregistrés à Mayotte depuis le début de l'année.

Chikungunya

En semaine 15 (du 6 au 12 avril), **100 cas de chikungunya confirmés biologiquement** ont été enregistrés à Mayotte (figure 1). Ce nombre de cas est en baisse de 24 % par rapport à la semaine précédente (131 cas en semaine 14). Toutefois, cette baisse est à interpréter avec précaution en raison du délai de consolidation des données ; ces indicateurs sont susceptibles d'évoluer.

Depuis le début de l'année 2026, **942 cas confirmés biologiquement ont été enregistrés à Mayotte**, contre 1 266 sur l'ensemble de l'année 2025.

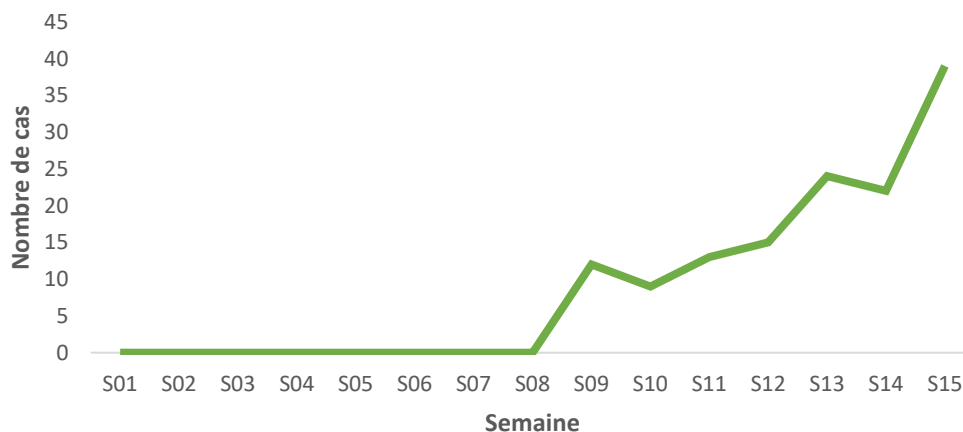
Figure 1. Évolution hebdomadaire du nombre de cas de chikungunya, par semaine de prélèvement, Mayotte, S48-2025 à S15-2026 (source : laboratoire de biologie médicale du CHM, Laboratoire privé Biogroup, 3-Labos et ARS Mayotte) (données non consolidées)



L'activité liée aux suspicions de chikungunya rapportées à la régulation du SAMU poursuit sa progression au cours des quatre dernières semaines. Au total, 39 suspicions ont été signalées en semaine 15-2026, contre 22 en semaine 14 (figure 2), soit une augmentation de 17 cas suspects.

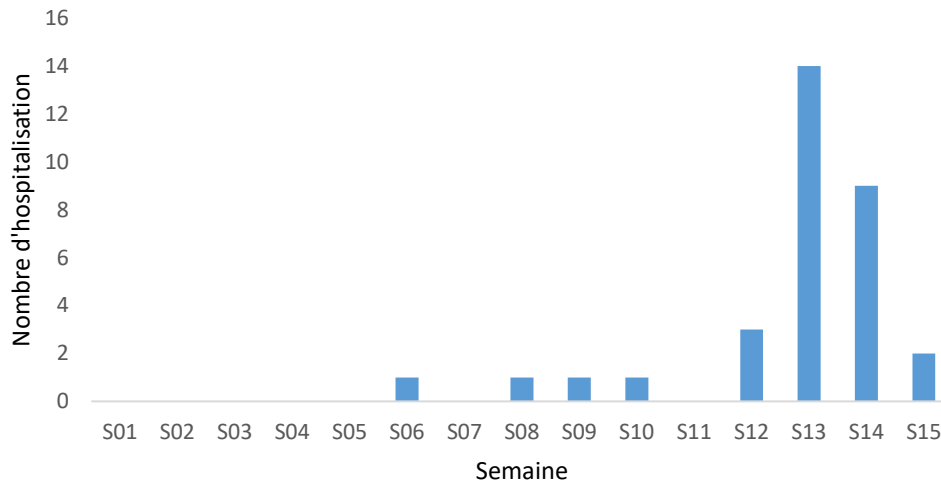
Ces éléments montrent que, malgré la baisse observée des confirmations biologiques en semaine 15, la circulation du virus du chikungunya reste élevée sur le territoire.

Figure 2. Évolution hebdomadaire du nombre de suspicion de chikungunya, par semaine au SAMU, Mayotte, S01 à S15-2026 (source : données de regulation SAMU CHM à Mayotte) .



Depuis le début de l'année, 35 cas ont nécessité une hospitalisation, dont 4 rapportés en semaine 15, contre 9 en semaine 14, et bien moins que les 14 hospitalisations enregistrées en semaine 13 (figure 3). Parmi ces 4 hospitalisations rapportées en semaine 15, un cas grave a été admis en réanimation.

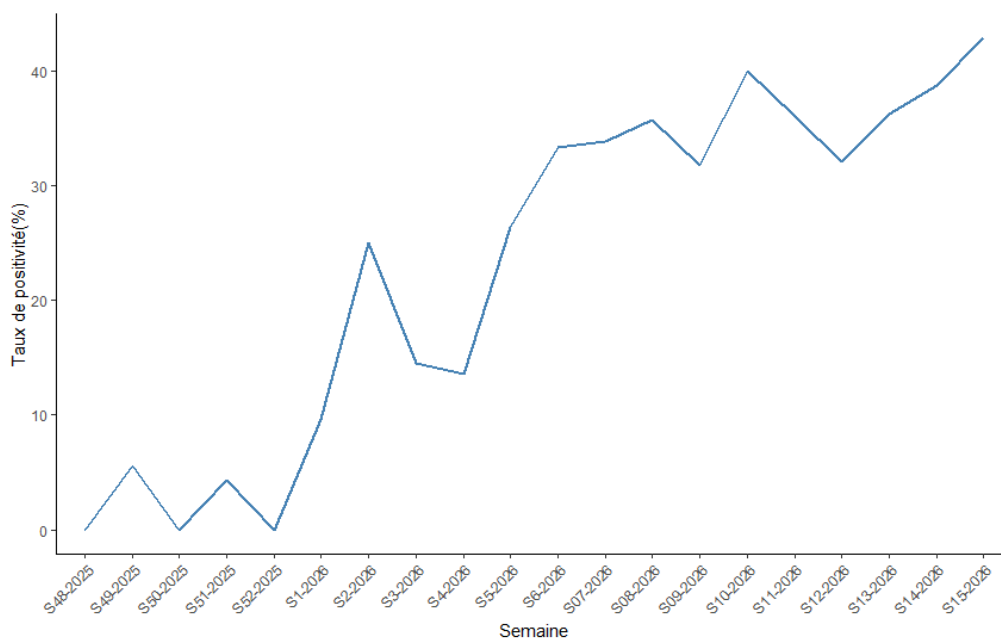
Figure 3. Évolution hebdomadaire du nombre d'hospitalisation de chikungunya, par semaine au CHM , Mayotte, S01- S15-2026 (source : CHM à Mayotte) n=35 cas.



Le taux de positivité, calculé à partir des prélèvements réalisés au laboratoire du CHM et au laboratoire privé Biogroup, demeure élevé. Il est estimé à 42,9 % en semaine 15 (données non consolidées), contre 38,7 % en semaine 14, soit une hausse de 4 points entre les deux semaines.

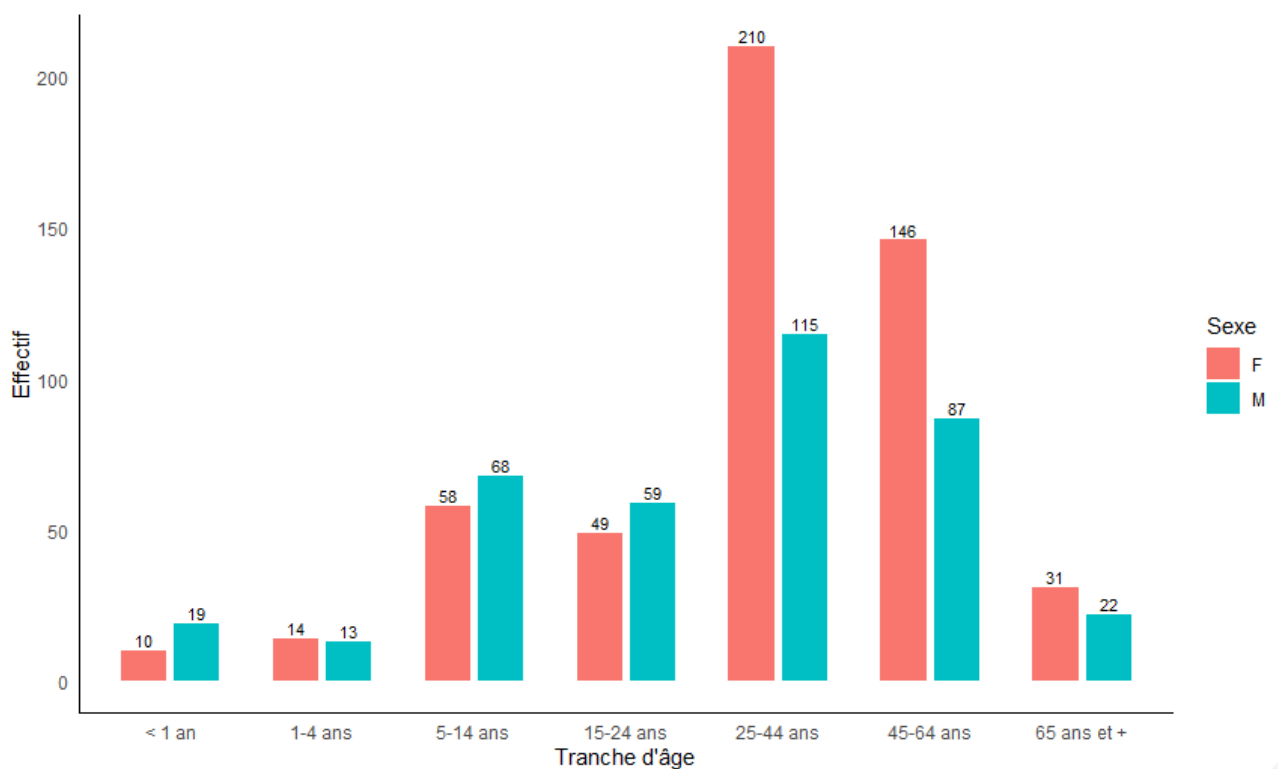
Ce niveau élevé, comparable à celui observé en semaine 10, confirme une circulation active du virus. Malgré quelques fluctuations, le taux de positivité est en augmentation depuis la semaine 04-2026, ce qui confirme une circulation persistante et élevée du chikungunya sur le territoire (figure 4).

Figure 4. 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 S15-2026 (données non consolidées)



La répartition des cas enregistrés depuis le début de l'année par sexe montre qu'un peu plus de la moitié des cas concernent des femmes (53 %). L'âge médian est de 34 ans [0–94 ans]. La tranche d'âge des 25–44 ans est la plus représentée, avec 34,5 % des cas, suivie des 45–64 ans (24,7 %). Les moins de 5 ans et les plus de 65 ans ne représentent qu'une faible proportion, avec respectivement 6 % et 5,6 % des cas (figure 5).

Figure 5. Répartition des cas confirmés de chikungunya par classe d'âges et par sexe, Mayotte, S01-2026 à S15-2026 (données non consolidées)



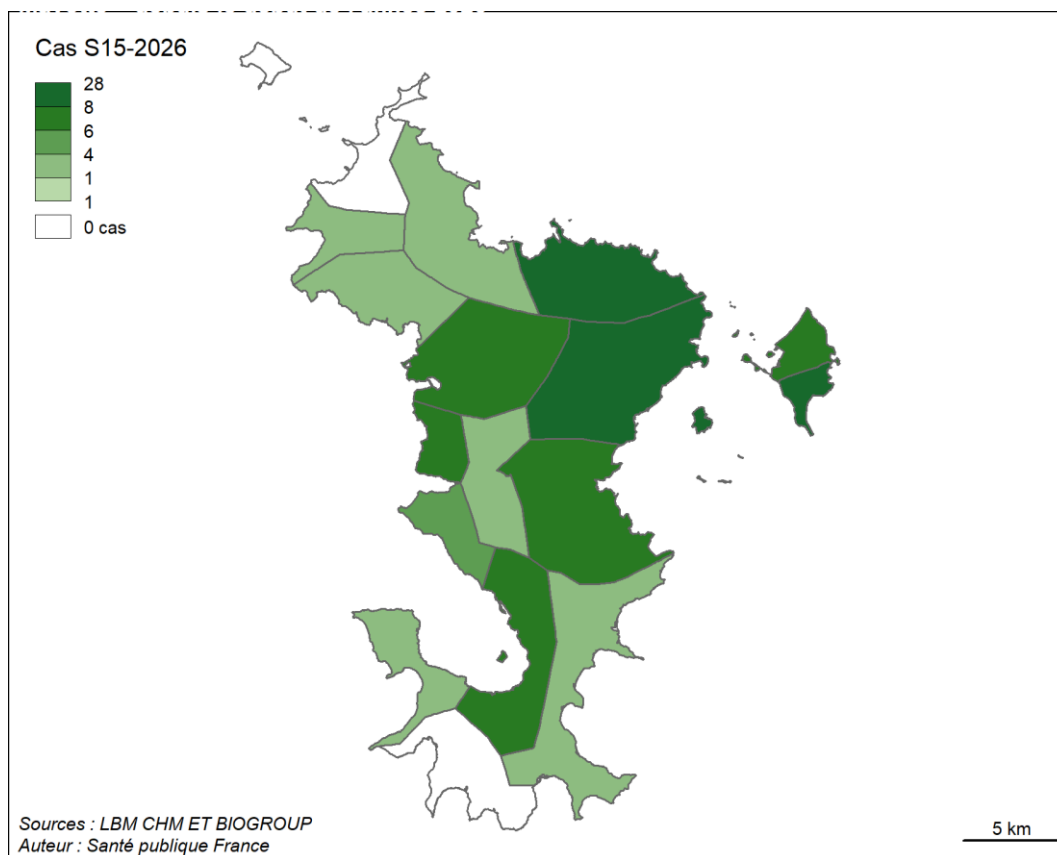
Repartition géographique des cas

L'analyse de la répartition géographique des cas déclarés en semaine 15 montre que 15 des 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 (28 cas), Koungou (13 cas) et Pamandzi (13 cas) (figure 6).

Les autres communes ayant enregistré le plus de cas sont Dembeni (7 cas), tandis que Dzaoudzi, Chiconi et Chirongui ont chacune enregistré 6 cas.

Parmi les 942 cas enregistrés sur le territoire depuis le début de l'année, l'information de localisation géographique est disponible pour 880 cas (95 % des cas déclarés). Il en ressort que la commune de Mamoudzou concentre à elle seule 22 % des cas depuis le début de l'année. Les communes du centre-ouest cumulent 29,7 % des cas ; ceux-ci sont principalement localisés à Sada (12,7 %), Ouangani (8,6 %) et Chiconi (7,4 %). À l'inverse, Bouéni et Chirongui, épicentres de l'épidémie en début d'année, ne représentent plus que 12,3 % des cas cumulés, avec un total de 106 cas de chikungunya enregistrés depuis le début de l'année.

Figure 6. Répartition géographique des cas de chikungunya confirmés à Mayotte en semaine 14-2026 (n = 100) (données non consolidées)



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

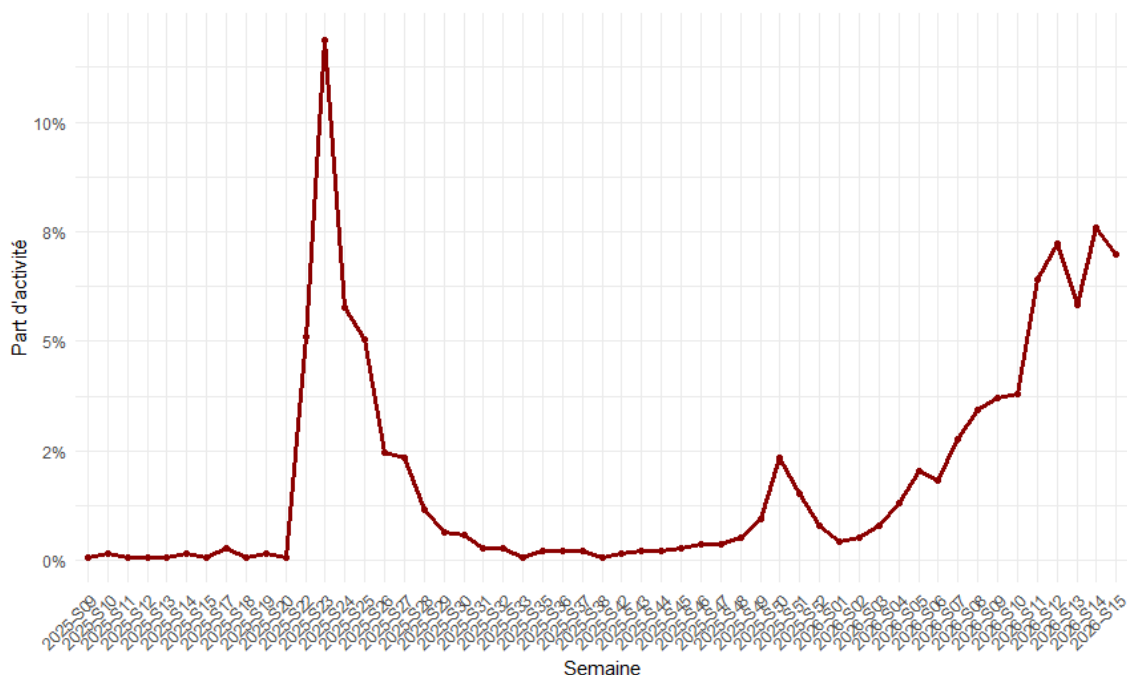
En semaine S15-2026, la proportion de syndromes dengue-like (SDL) parmi l'ensemble des consultations réalisées dans les centres médicaux de référence (CMR Nord, Centre, Mamoudzou, Sud et Petite-Terre) a baissé, atteignant 6,9% en S15 après une légère augmentation observée en S14 (8%) (figure 7)

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 7. Évolution hebdomadaire de la part d'activité pour syndromes dengue-like (SDL) dans les centres médicaux de références (CMR), Mayotte, S09-2025 à S15-2026 (données non consolidées)



Analyse de la situation épidémiologique

Bien que le nombre de cas confirmés biologiquement et le nombre de cas hospitalisés soient en baisse en semaine 15, les autres indicateurs, notamment le taux de positivité et les suspicions de cas de chikungunya rapportées à la régulation du SAMU, sont en hausse. Cette situation contrastée témoigne néanmoins d'une circulation toujours active du virus sur l'ensemble du territoire, malgré une tendance à la baisse de certains indicateurs.

Dans ce contexte, le renforcement des mesures de lutte antivectorielle à l'échelle du territoire demeure nécessaire. La mise en œuvre des mesures de protection individuelle et collective reste le principal levier pour freiner la propagation de l'épidémie à Mayotte.

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.

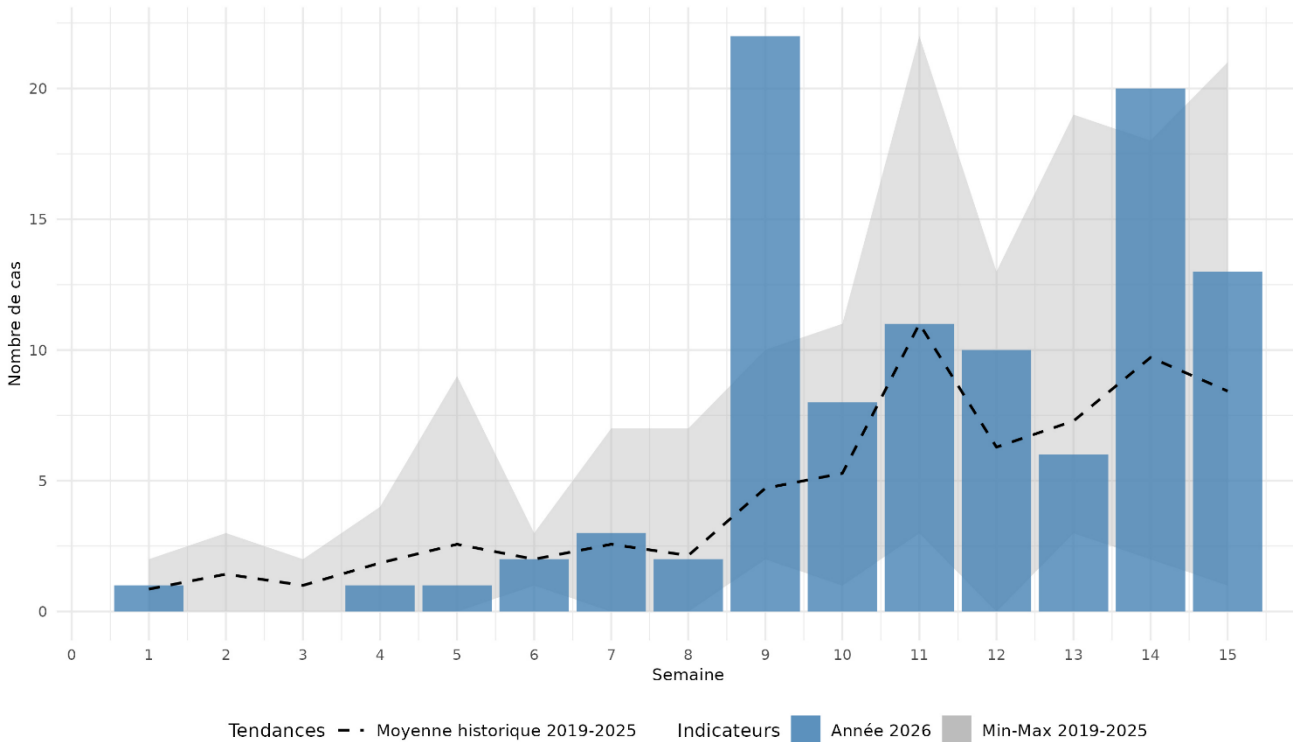
Par ailleurs, ces données sont susceptibles de sous-estimer l'ampleur réelle de la transmission. Plusieurs médecins rapportent en effet ne pas orienter systématiquement les patients vers une confirmation biologique. Dans ce contexte, l'ARS Mayotte a organisé, mercredi 8 avril, un webinaire de sensibilisation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

Leptospirose

En semaine 15, 13 cas de leptospirose ont été déclarés à Mayotte, soit 7 cas de moins qu'au cours de la semaine précédente (20 cas en semaine 14). Bien qu'en baisse par rapport à la semaine 14, le nombre de cas déclarés en semaine 15 reste largement supérieur au nombre moyen observé au cours des sept dernières années (2019–2025).

Depuis le début de l'année, le nombre hebdomadaire de cas a dépassé à deux reprises le maximum observé au cours des sept dernières saisons : en semaine 09 avec 22 cas et en semaine 14 avec 20 cas. Ces 13 nouveaux cas enregistrés en semaine 15 portent à 100 le nombre total de cas de leptospirose recensés à Mayotte depuis le début de l'année (figure 8).

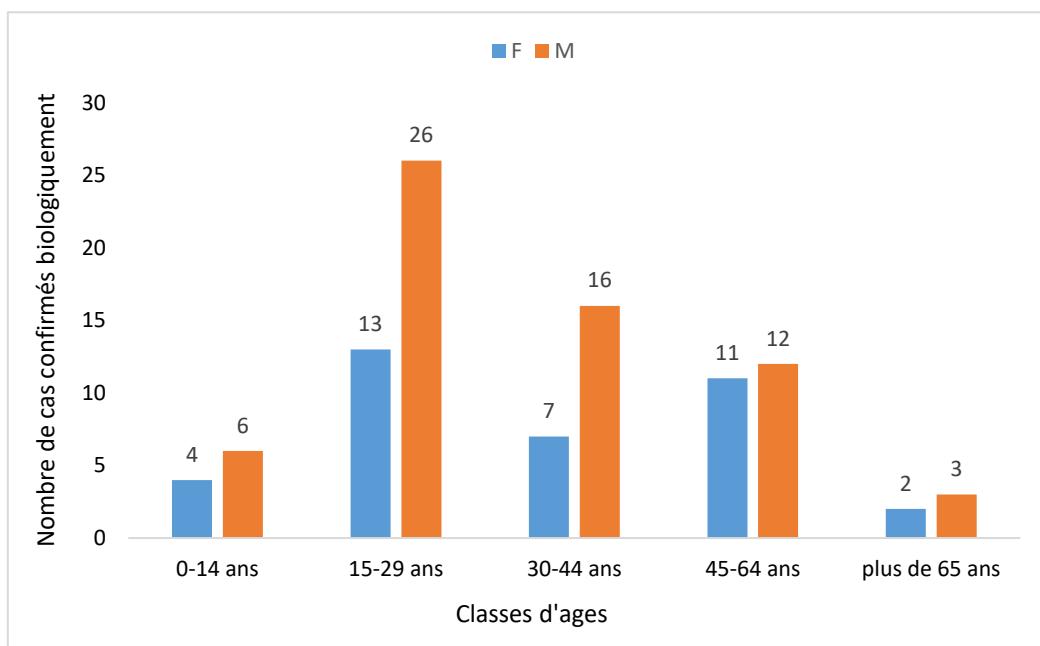
Figure 8. Evolution hebdomadaire du nombre de cas de leptospirose signalés, Mayotte 2026, source : laboratoire de biologie médicale du CHM



Sur les 100 cas de leptospirose enregistrés depuis le début de l'année, le sex-ratio (H/F) était de 1,7 (64 hommes, 36 femmes). L'âge médian des cas était de 33,5 ans [5-84 ans]. Chez les femmes, les classes d'âge 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 (41 %) (Figure 9).

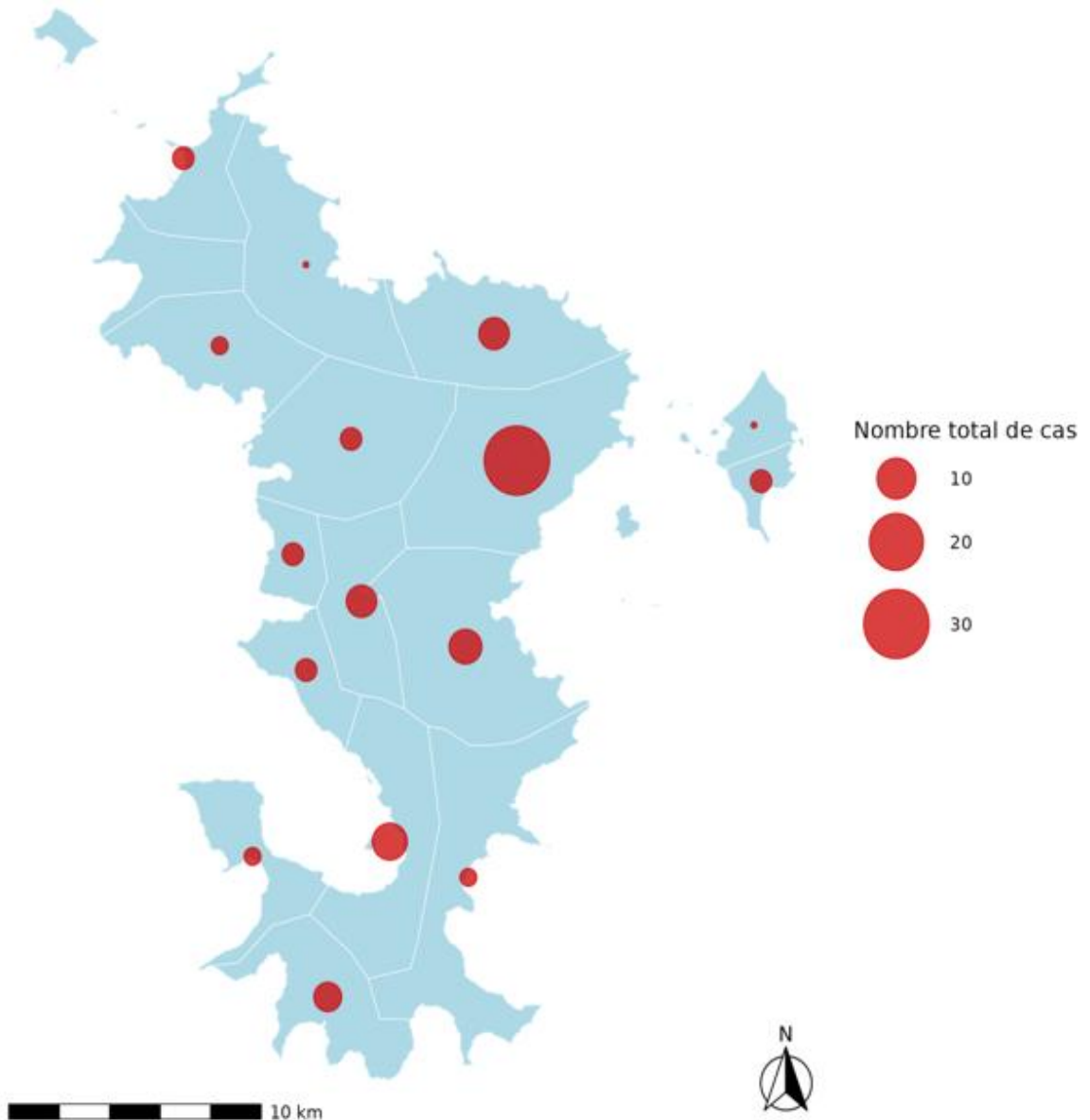
Depuis le début de l'année, 15 cas ont nécessité une hospitalisation, dont deux passages en réanimation.

Figure 9 : Répartition des cas confirmés par classes d'âges et par sexe



Les données sur le lieu de résidence étaient disponibles pour 85 cas. Les cas sont localisés dans 16 des 17 communes de l'île. Seule la commune d'Acoua n'a enregistré aucun cas. La commune de Mamoudzou a enregistré 31 cas, tandis que les communes de Koungou, Ouangani, Dembeni et Chirongui ont enregistré en moyenne 7 cas de leptospirose depuis le début de l'année (figure 10).

Figure 10 : Répartition des cas confirmés de leptospirose par commune de résidence, Mayotte, S1 à S15- 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 S15-2026, 6 prélèvements positifs au VRS ont été enregistrés au laboratoire du CHM, soit un taux de positivité de 10,7 %, en nette diminution par rapport à la semaine 14, qui comptait 16 prélèvements positifs pour un taux de positivité de 28 % (figure 11). Cette baisse marquée du nombre de prélèvements positifs et du taux de positivité traduit un net recul de la circulation virale.

Aux urgences, l'activité liée à la bronchiolite chez les enfants de moins d'un an reste globalement stable, avec 11 cas enregistrés en semaine 15 contre 10 en semaine 14. La part de l'activité des urgences attribuée à la bronchiolite s'élève à 15 % (figure 12). Cette stabilité est également observée pour les hospitalisations, avec 8 hospitalisations en semaine 15 contre 7 hospitalisations en semaine 14.

L'analyse de l'ensemble de ces indicateurs montre que **Mayotte est passée en phase post-épidémique pour la bronchiolite à partir de la semaine 15.**

Figure 11. Évolution hebdomadaire du nombre de prélèvements respiratoires positifs au VRS et du taux de positivité associé, Mayotte, 2024-S18 à 2026-S15 (source : LBM du CHM)

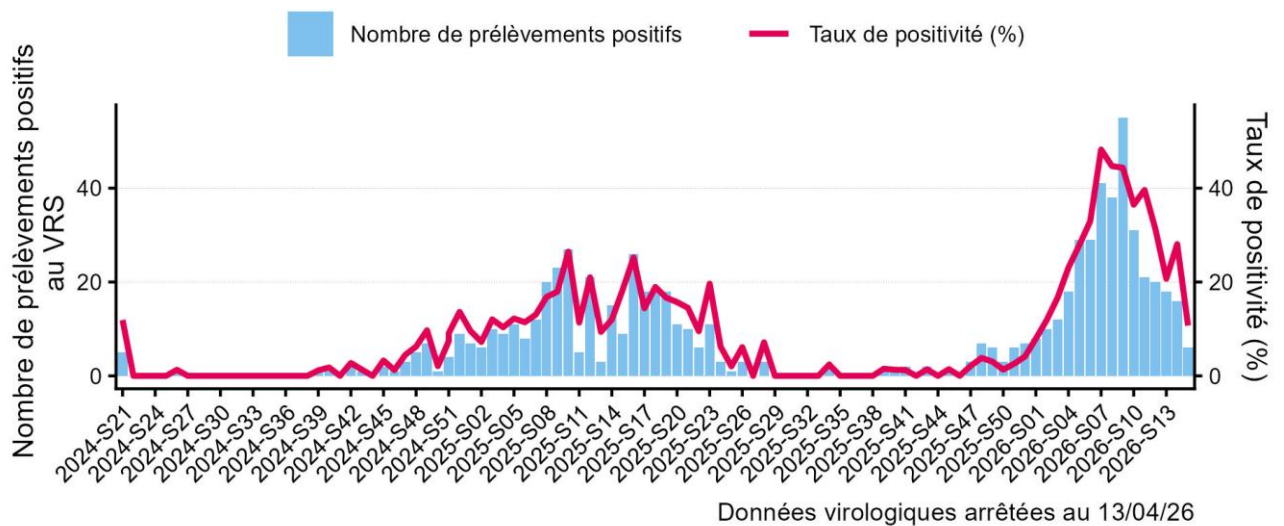
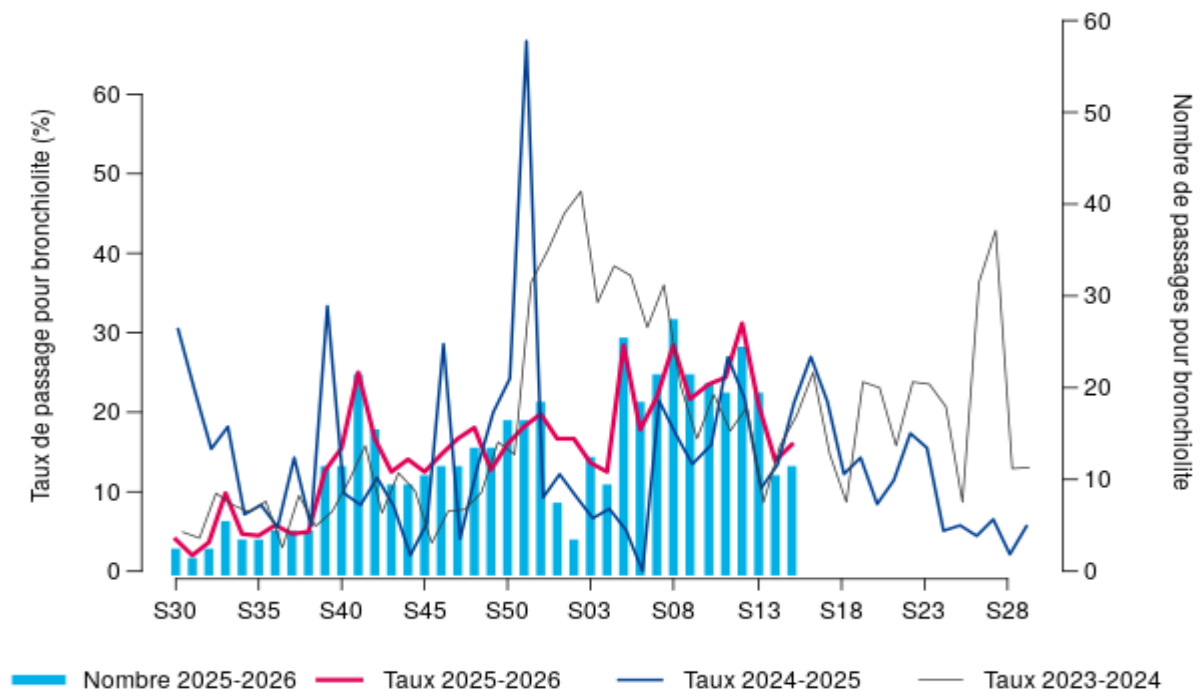


Figure 12 : Évolution hebdomadaire des indicateurs de passages aux urgences pour bronchiolite chez les enfants de moins de 1 an, Mayotte, (source : Réseau OSCOUR, données non consolidées)



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](#)

Mpox(Variole b)

Deux nouveaux cas de Mpox ont été signalés au département de la veille et de la sécurité sanitaire de l'ARS Mayotte : un en semaine 15 (du 6 au 12 avril) et un en semaine 16 (semaine en cours). Ces deux nouveaux cas portent à 15 le nombre total de cas recensés depuis le début de l'année (Figure 13). Ces deux nouveaux cas surviennent après les trois cas autochtones enregistrés en semaine 12, les premiers identifiés quatre semaines après la recrudescence observée entre les semaines 4 et 7.

Les investigations menées autour de ces deux nouveaux cas montrent qu'il s'agit de cas importés, en lien avec des retours de voyage à Madagascar, **notamment en provenance de Nosy Be**. À titre de comparaison, les trois premiers cas importés signalés au début de l'année 2026 (semaines 2, 5 et 6) provenaient de Mahajanga, alors épice centre de l'épidémie.

L'identification de cas importés depuis Nosy Be, île à forte fréquentation touristique, suggère une diffusion géographique de l'épidémie au-delà des zones initialement touchées et souligne un risque accru d'importation lié aux flux de voyageurs entre Mayotte et Nosy Be.

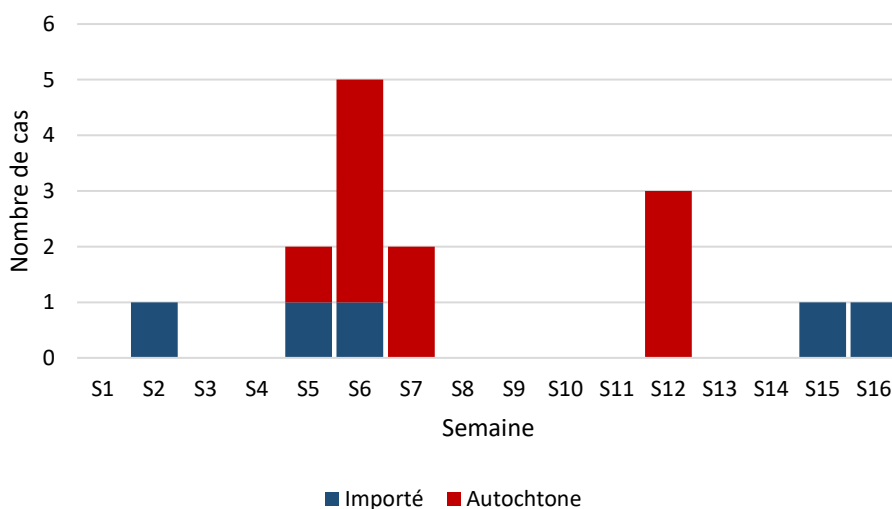
Cette situation souligne la nécessité de maintenir une surveillance adaptée ainsi que des mesures de prévention. Pour les voyageurs se rendant dans une zone à risque à Madagascar, notamment à Nosy Be ou Mahajanga, ou en revenant, il est recommandé d'adopter les mesures de prévention suivantes lors des déplacements :

- se laver fréquemment les mains ;
- éviter tout contact étroit avec des personnes malades présentant une éruption cutanée ;
- éviter tout contact avec des objets potentiellement contaminés par une personne malade (vêtements, linge de maison, vaisselle) ;
- consulter un professionnel de santé en cas de symptômes.

Toute personne présentant des symptômes évocateurs (fièvre associée à une éruption cutanée vésiculeuse) 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.

Figure 13 : Évolution hebdomadaire Du nombre cas confirmés de Mpox(variole b),Mayotte,S02 à S15-2026 (source : laboratoire de biologie médicale du CHM et ARS Mayotte, données non consolidées)



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 : Bénédicte NGANGA-KIFOULA, Karima MADI, Flora AHMED, Hassani YOUSOUF

Pour nous citer : Bulletin surveillance régionale, Mayotte, 17 avril. Saint-Maurice : Santé publique France, 12 p., 2026

Directrice de publication : Caroline Semaille

Date de publication : 17 avril 2026

Contact : mayotte@santepubliquefrance.fr