



Date de publication : 24 avril 2026

MAYOTTE

Surveillance épidémiologique à Mayotte

Semaine 16 (du 13 au 19 avril 2026)

SOMMAIRE

Points clés	1
Chikungunya	3
Leptospirose.....	7
Bronchiolite	10
Mpox	11
Hépatite A	12
Typhoïde	13

Points clés

Chikungunya

- **81 cas de chikungunya ont été enregistrés en S16** à Mayotte, soit une baisse de 28,3 % par rapport à la S15 (113 cas) (données non consolidées), avec une circulation toujours active du virus sur le territoire ;
- 36 cas ont nécessité une hospitalisation depuis le début de l'année, dont **2 cas graves admis en réanimation** ;
- Les signalements de suspicions de chikungunya à la régulation du SAMU sont en baisse en semaines 16 par rapport à la semaine 15;

Leptospirose

- Depuis le début de l'année 2026, **121 cas de leptospirose** ont déjà été enregistrés, dont **21 ont nécessité une hospitalisation, incluant 4 cas admis en réanimation** ;

Bronchiolite

- **Passage en phase post- épidémique depuis la S15.** Baisse des indicateurs virologiques et stabilité des hospitalisations en semaine 16 ;

Mpox

- Un nouveau cas de Mpox (variole du singe) a été signalé en fin de semaine 16, portant à 16 le nombre total de cas enregistrés à Mayotte depuis le début de l'année ;

Hépatite A

- **Un total de 19 cas d'hépatite A** a été recensé à Mayotte depuis le début de l'année.

Fièvre typhoïde

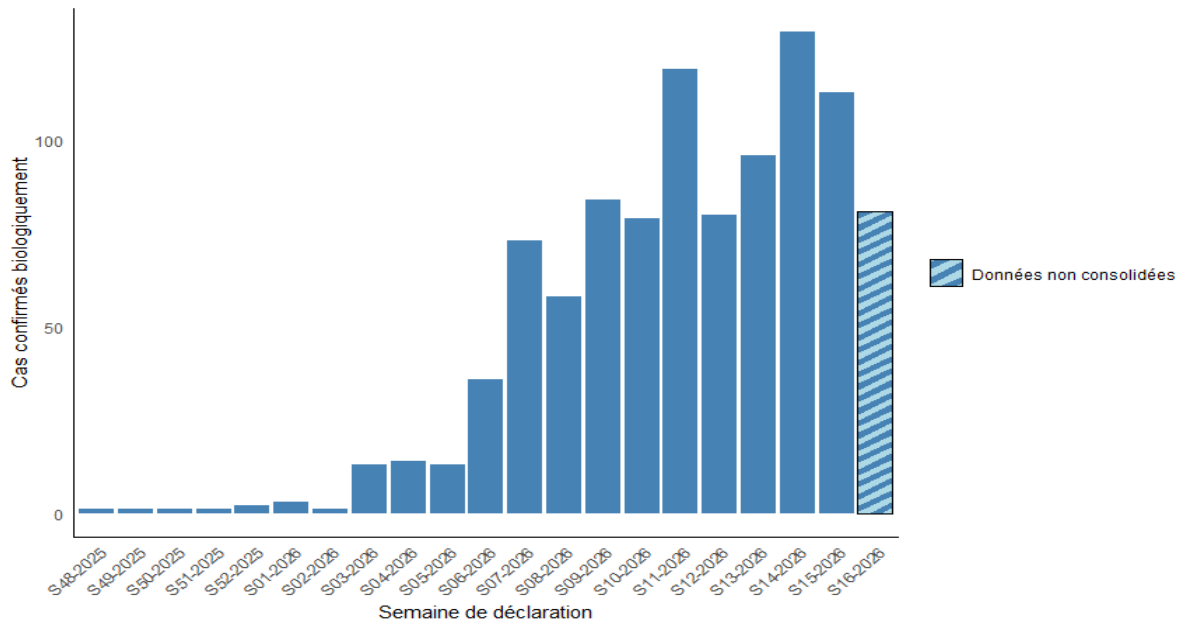
- Des cas sporadiques ont été observés depuis le début de l'année. Au total, **6 cas ont été enregistrés** sur le territoire depuis le début de l'année.

Chikungunya

Au cours de la semaine 16 (du 13 au 19 avril), **81 cas de chikungunya confirmés biologiquement** ont été enregistrés à Mayotte (figure 1), soit une baisse de 28,3 % par rapport à la semaine précédente (113 cas en semaine 15). Toutefois, cette tendance est à interpréter avec précaution en raison du délai de consolidation des données. Ces indicateurs sont susceptibles d'évoluer.

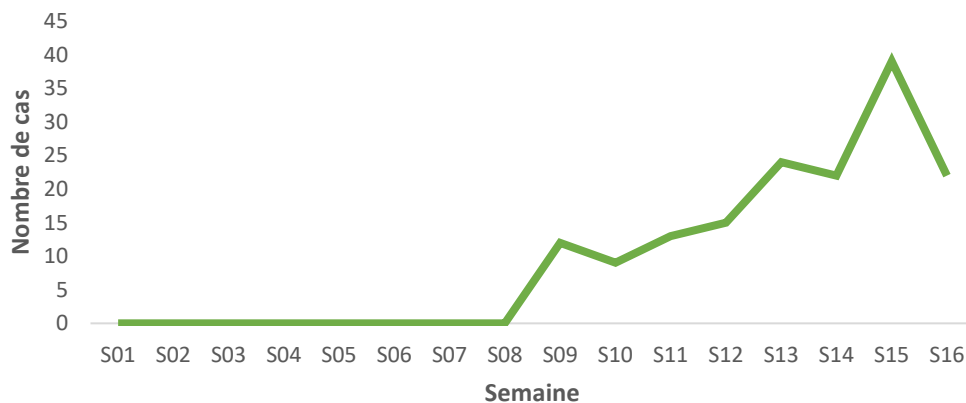
Depuis le début de l'année 2026, **992 cas confirmés biologiquement ont été enregistrés à Mayotte**, contre 1 266 sur l'ensemble de l'année 2025.

Figure 1. Évolution hebdomadaire du nombre de cas de chikungunya, par semaine de prélèvement, Mayotte, S48-2025 à S16-2026 (source : laboratoire de biologie médicale du CHM, Laboratoire privé Biogroup, 3-Labos et ARS Mayotte) (données non consolidées)



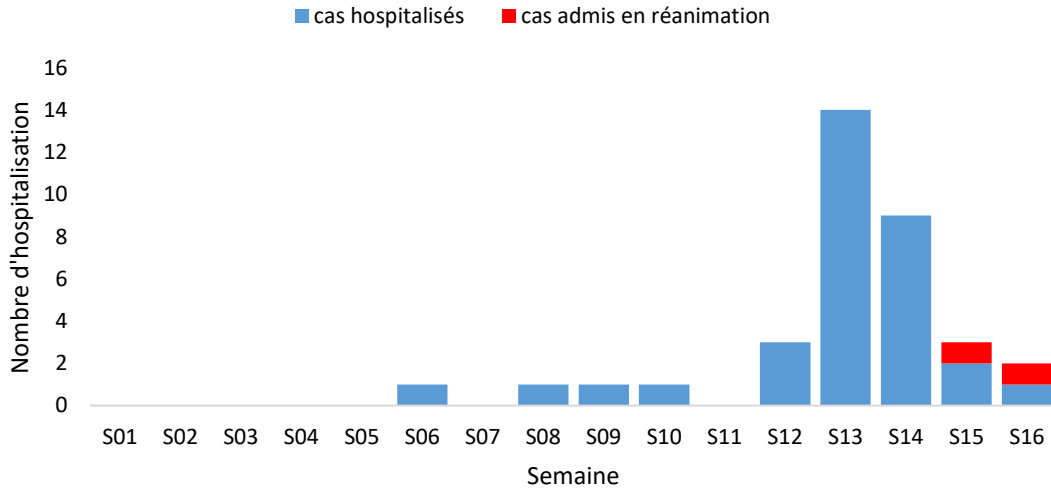
Les données de suspicion de chikungunya rapportées à la régulation du SAMU indiquent une baisse de l'activité en semaine 16, avec 22 signalements enregistrés contre 39 en semaine 15, soit une diminution de 17 signalements. Malgré cette baisse observée, le maintien de la vigilance reste nécessaire au vu de la circulation virale persistante sur le territoire.

Figure 2. Évolution hebdomadaire du nombre de suspicion de chikungunya, par semaine au SAMU, Mayotte, S01 à S16-2026 (source : données de régulation SAMU CHM à Mayotte) .



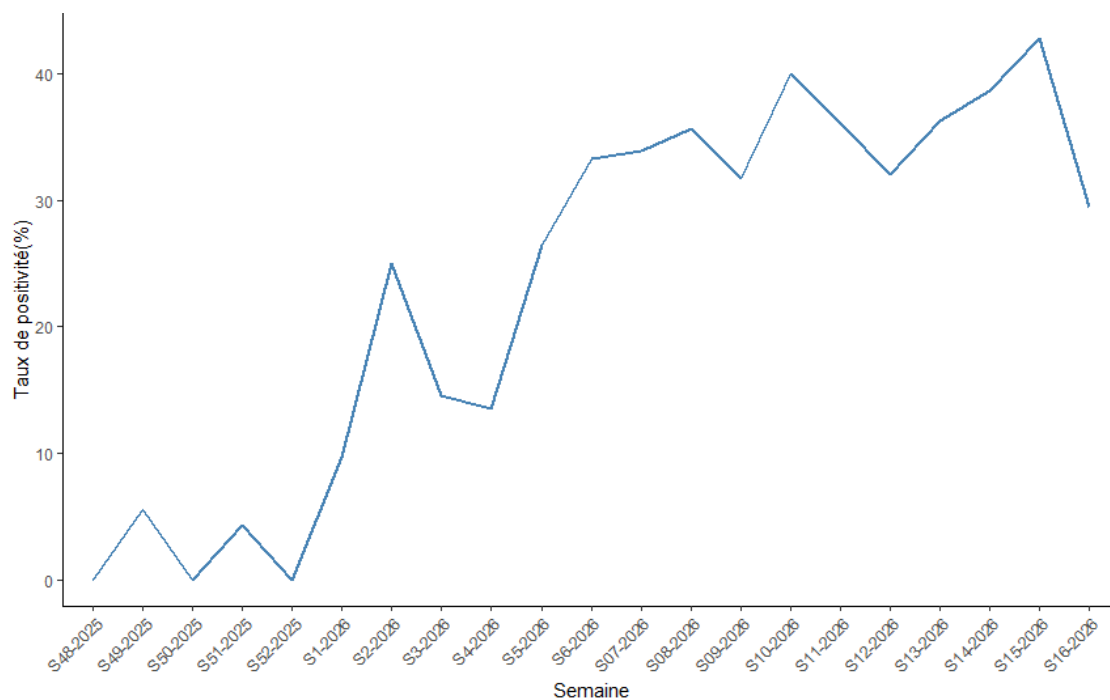
Depuis le début de l'année, 36 cas ont nécessité une hospitalisation, dont 2 cas graves admis en réanimation : l'un en semaine 15 et l'autre en semaine 16 (figure 3).

Figure 3. Évolution hebdomadaire du nombre d'hospitalisation de chikungunya, par semaine au CHM , Mayotte, S01- S16-2026 (source : CHM à Mayotte) n=36 cas.



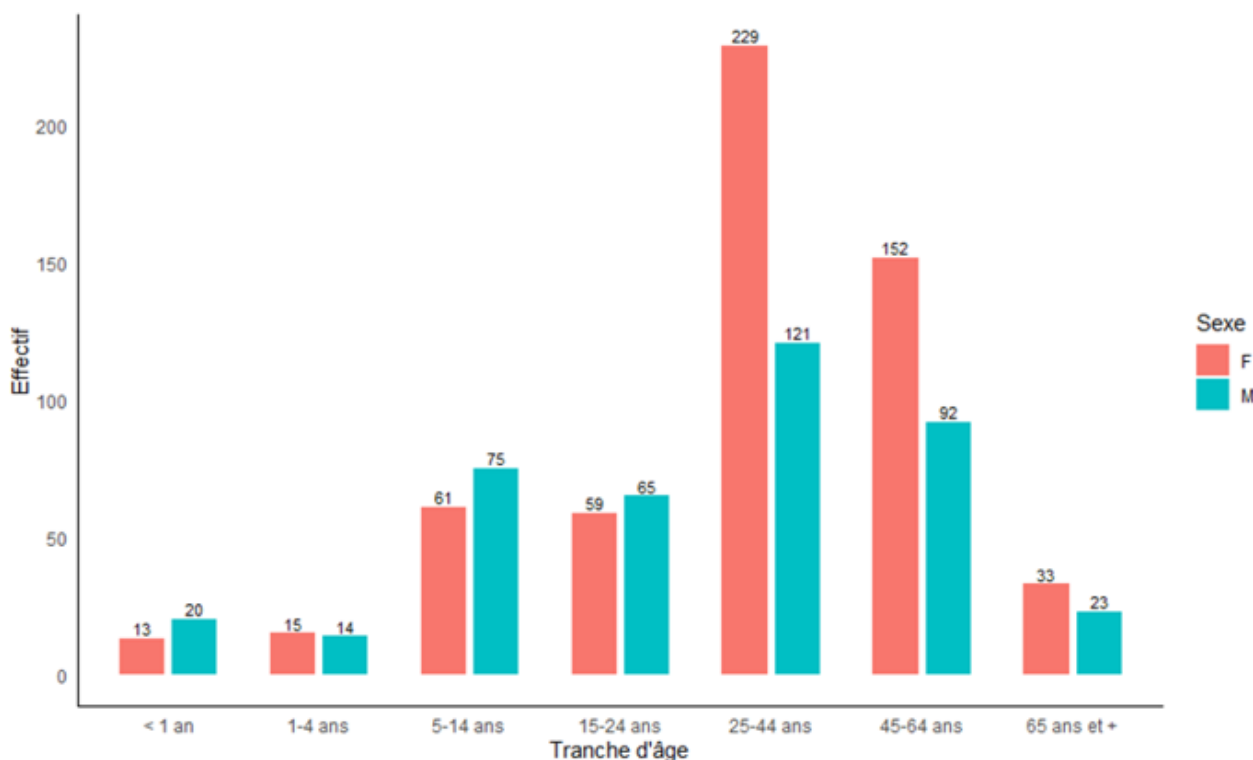
Le taux de positivité, calculé à partir des prélèvements réalisés au laboratoire du CHM et au laboratoire privé Biogroup, montre une baisse en semaine 16. Depuis la semaine 10, il oscillait autour de 36 % en moyenne, avant d'atteindre 29,2 % en semaine 16 (données non consolidées). En semaine 15, le taux de positivité avait atteint un pic de 42 %. En raison des délais de consolidation des données, cette baisse doit être confirmée dans les prochaines semaines (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 S16-2026 (données non consolidées)



L'analyse des caractéristiques sociodémographiques des cas enregistrés depuis le début de l'année montre qu'un peu plus de la moitié des cas concernent des femmes (56 %). L'âge médian est de 34 ans [0–94 ans]. La tranche d'âge des 25–44 ans est la plus représentée, avec 35,1 % des cas, suivie des 45–64 ans (24,4 %). Les moins de 5 ans et les plus de 65 ans ne représentent qu'une faible proportion, avec respectivement 6,2 % 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 S16-2026 (données non consolidées)

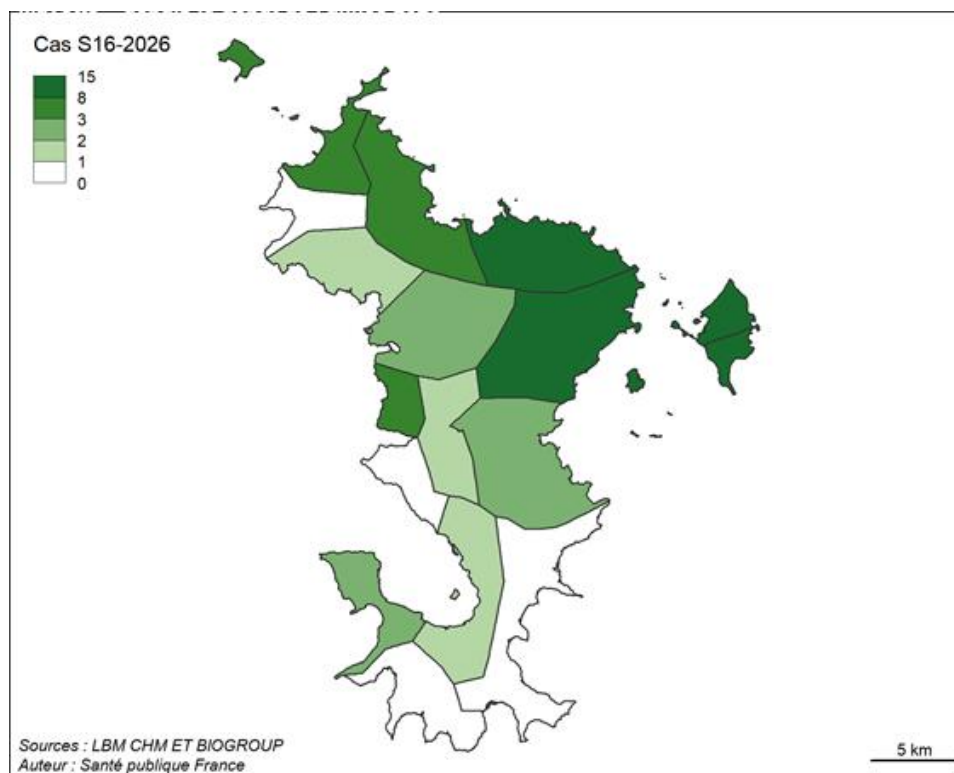


Repartition géographique des cas

L'analyse de la répartition géographique des cas déclarés en semaine 16 montre qu'environ la moitié des cas est concentrée dans le nord-est de l'île, principalement à Mamoudzou et Koungou, avec 15 cas enregistrés dans chacune de ces communes. Par ailleurs, 8 cas ont été recensés dans chacune des deux communes de Petite-Terre (Dzaoudzi et Pamandzi) (figure 6). Au total, 13 des 17 communes de l'île ont enregistré au moins un cas.

Parmi les 992 cas enregistrés sur le territoire depuis le début de l'année, l'information de localisation géographique est disponible pour 949 cas (95 % des cas déclarés). Il en ressort que la commune de Mamoudzou concentre à elle seule 22,4 % 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 (11,8 %), Ouangani (8 %) et Chiconi (7,2 %). À l'inverse, Bouéni et Chirongui, épicentres de l'épidémie en début d'année, ne représentent plus que 11,6 % des cas cumulés, avec un total de 110 cas de chikungunya enregistrés depuis le début de l'année.

Figure 6. Répartition géographique des cas de chikungunya confirmés à Mayotte en semaine 16-2026 (n = 81) (données non consolidées)



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

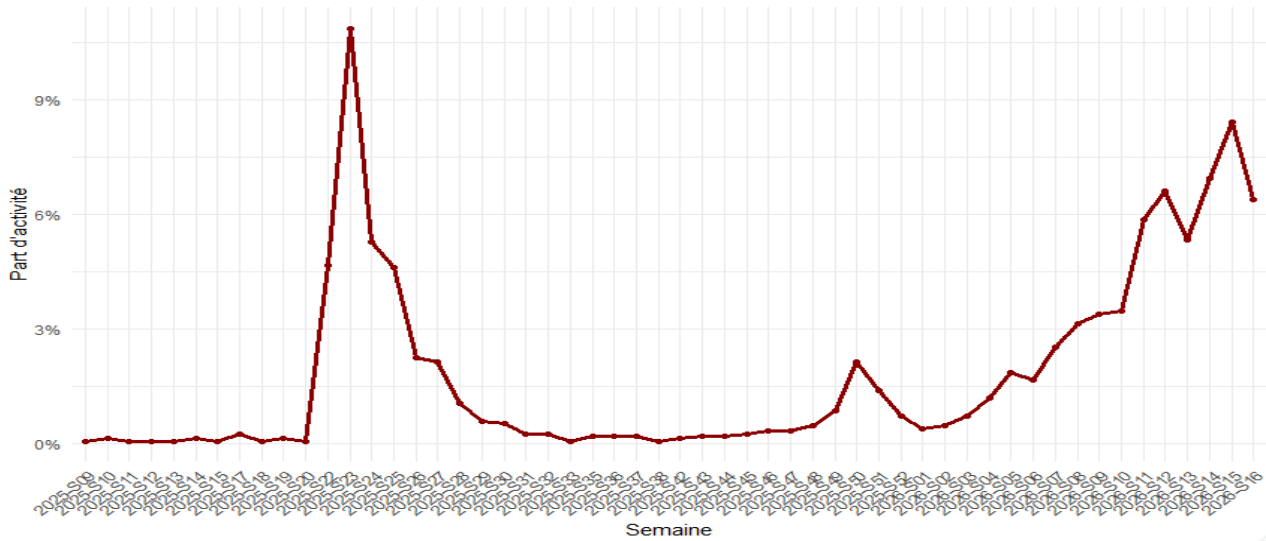
En semaine S16-2026, la proportion de syndromes dengue-like (SDL) parmi l'ensemble des consultations réalisées dans les centres médicaux de référence (CMR Nord, Centre, Mamoudzou, Sud et Petite-Terre) a baissé, atteignant 6,4%, après une hausse observée au cours des deux dernières semaines précédentes. (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 musculo-articulaires, 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 S16-2026 (données non consolidées)

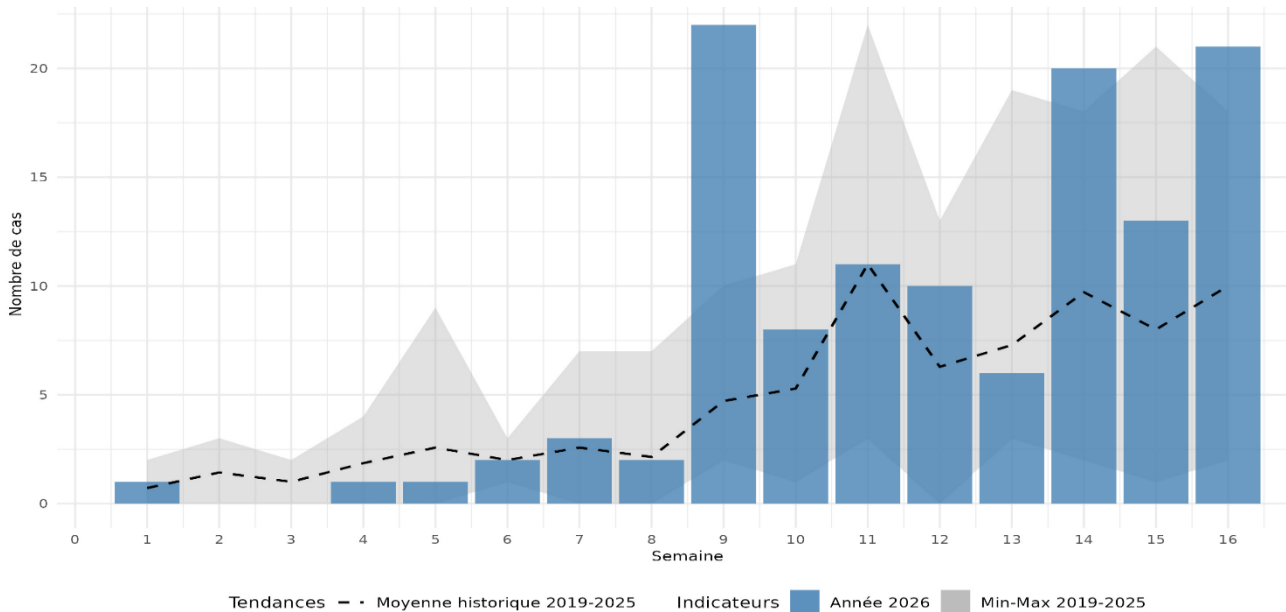


Leptospirose

En semaine 16, 21 cas de leptospirose ont été déclarés à Mayotte, soit 8 de plus que la semaine précédente (13 cas en semaine 15). Le nombre de cas observé en semaine 16 est proche de celui enregistré en semaine 9 et reste nettement supérieur à la moyenne observée au cours des sept dernières années (2019–2025).

Depuis le début de l'année, le nombre hebdomadaire de cas a dépassé à trois reprises le maximum observé au cours des sept dernières saisons : en semaine 9 avec 22 cas, en semaine 14 avec 20 cas, et en semaine 16 avec 21 cas. Au total, depuis le début de l'année, 121 cas de leptospirose ont été enregistrés à Mayotte, dont près de 45 % (54 cas) déclarés au cours des trois premières semaines du mois d'avril, qui enregistre historiquement le plus grand nombre de cas de leptospirose, en raison du décalage (1 à 3 mois) entre les fortes pluies et la survenue des cas de leptospirose (figure 8).

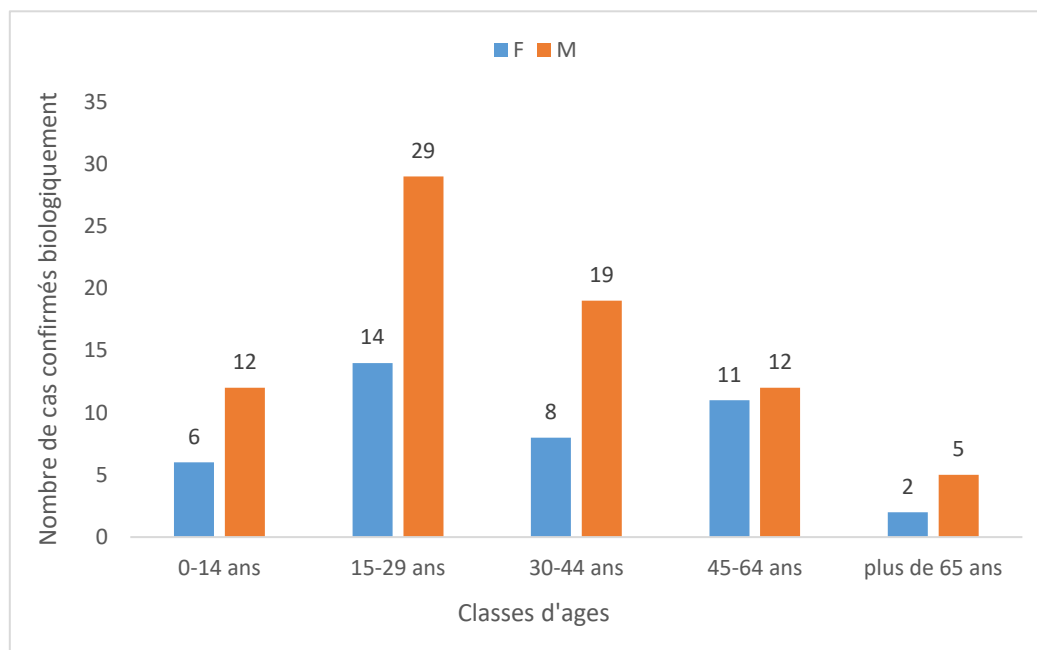
Figure 8. Evolution hebdomadaire du nombre de cas de leptospirose signalés, Mayotte 2026, source : laboratoire de biologie médicale du CHM



Sur les 121 cas de leptospirose enregistrés depuis le début de l'année, le sex-ratio (H/F) était de 1,9 (80 hommes, 41 femmes). L'âge médian des cas était de 29,5 ans [0–84 ans]. Chez les femmes, les classes d'âge 15–29 ans et 45–64 ans représentaient un peu plus d'un quart des cas (27,2%), tandis que chez les hommes, la classe des 15–29 ans était la plus représentée (49,5%) (Figure 9).

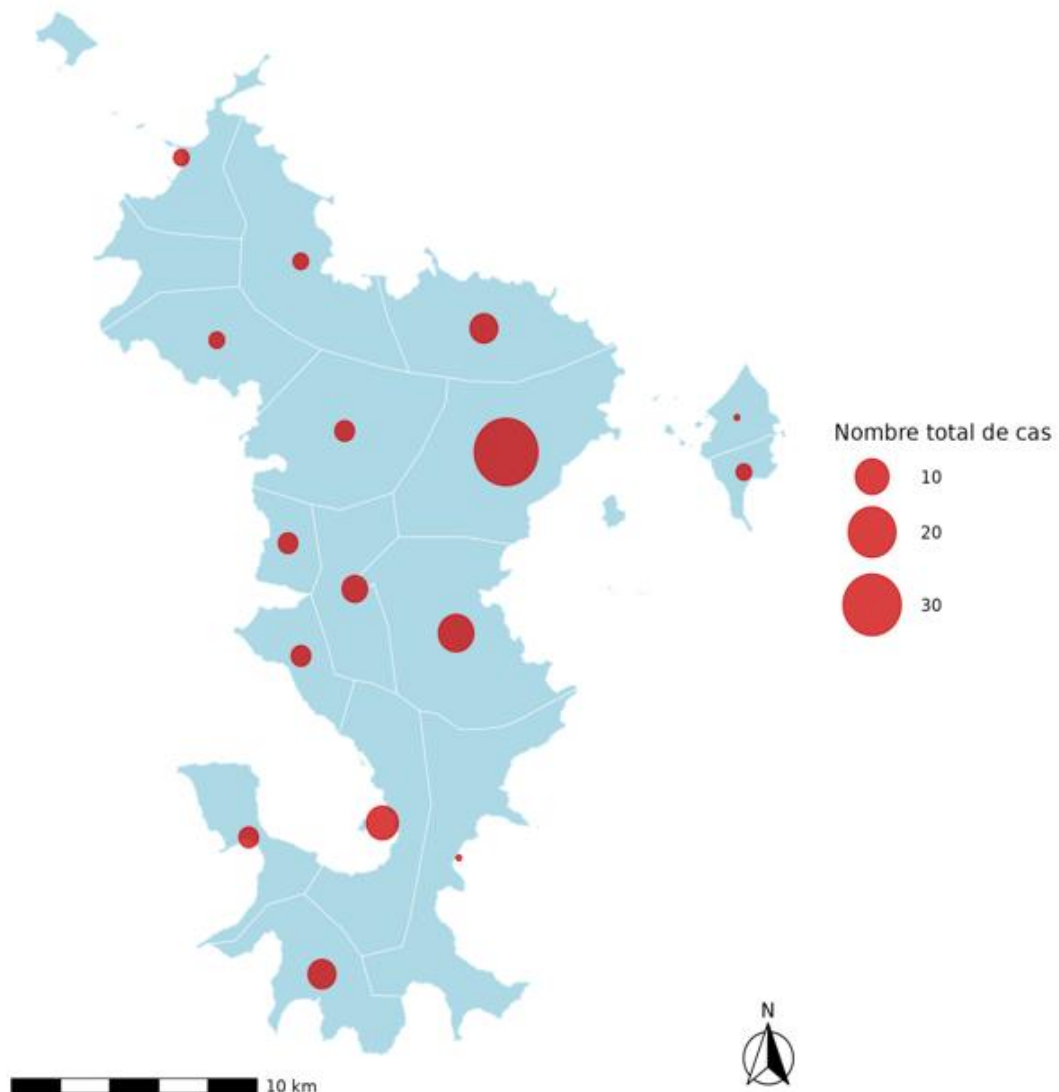
Depuis le début de l'année, 21 cas ont nécessité une hospitalisation, dont quatre passages en réanimation.

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



Les données sur le lieu de résidence étaient disponibles pour 109 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 34 cas, tandis que les communes de Koungou, Dembeni, Chirongui, Koungou et Kani-Kéli ont enregistré en moyenne 9 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 S16- 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

Depuis la semaine 15, **Mayotte est passée en phase post-épidémique pour la bronchiolite.**

En semaine S16-2026, 6 prélèvements positifs au VRS ont été enregistrés au laboratoire du CHM, soit un taux de positivité de 11,1%, en nette diminution par rapport à la semaine 15, qui comptait 7 prélèvements positifs pour un taux de positivité de 12,2% (figure 11).

Aux urgences, l'activité liée à la bronchiolite chez les enfants de moins d'un an reste globalement stable, avec 10 cas enregistrés en semaine 16 contre 11 en semaine 15 et 10 en S14. 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 16 avec une admission en réanimation, contre 8 en semaine 15 et 7 en semaine 14.

Figure 11. Évolution hebdomadaire du nombre de prélèvements respiratoires positifs au VRS et du taux de positivité associé, Mayotte, 2024-S18 à 2026-S16 (source : LBM du CHM)

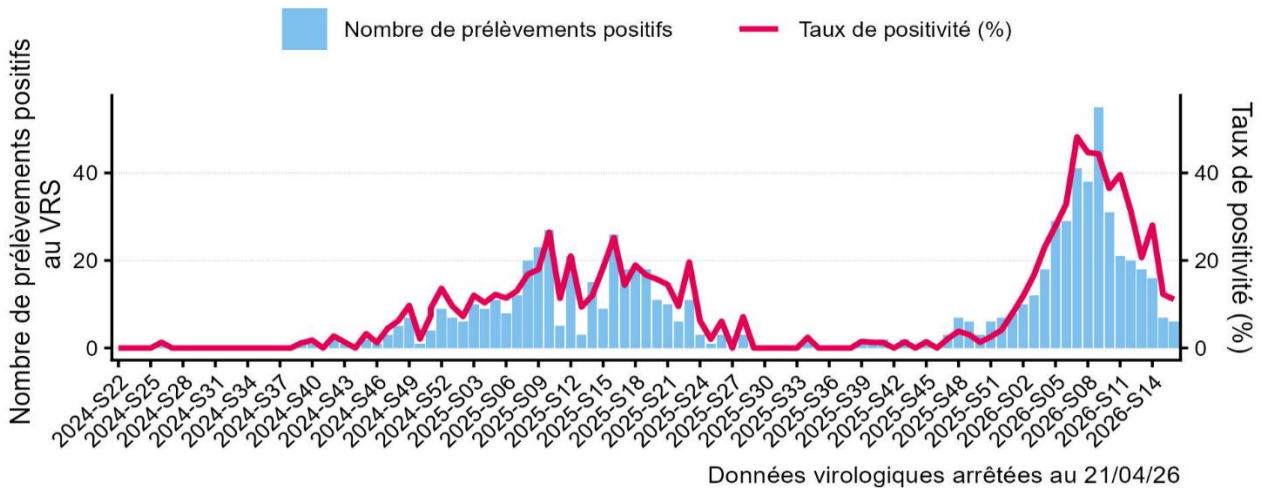
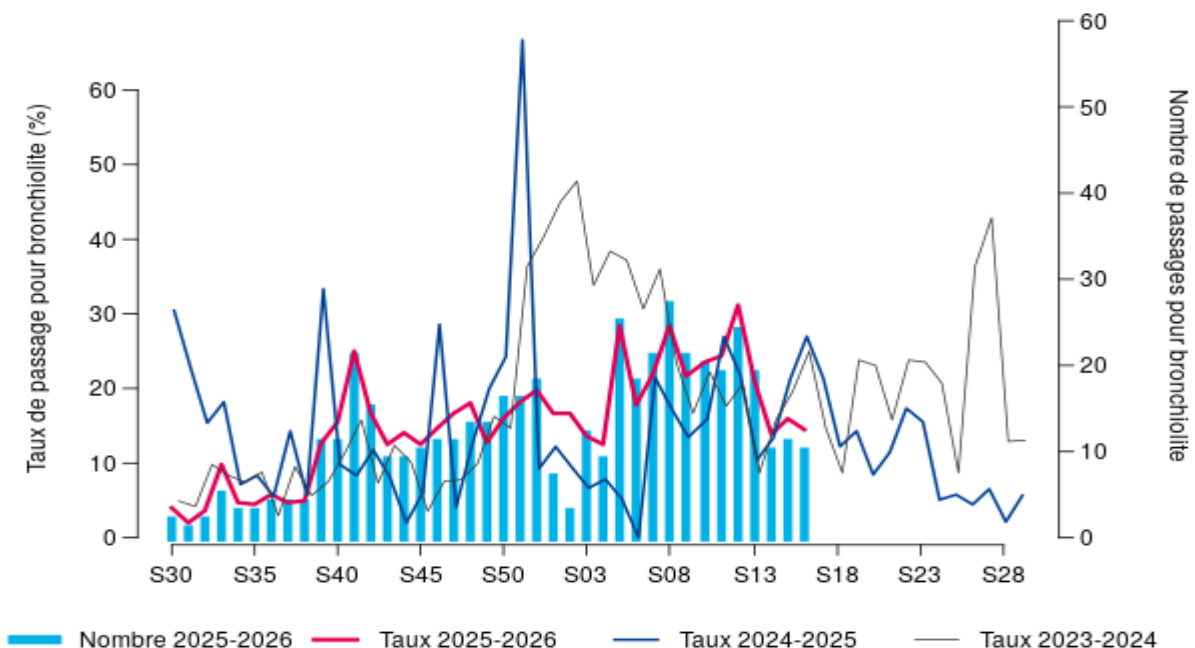


Figure 12 : Évolution hebdomadaire des indicateurs de passages aux urgences pour bronchiolite chez les enfants de moins de 1 an, Mayotte, (source : Réseau OSCOUR, données non consolidées)



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)

Un nouveau cas de mpox a été signalé en semaine 16 au département de la veille et de la sécurité sanitaire de l'ARS Mayotte, portant à 16 le nombre total de cas de mpox enregistrés à Mayotte depuis le début de l'année. Les investigations autour de ce cas n'ont retrouvé aucune notion de voyage et mettent en évidence un lien épidémiologique avec l'un des deux derniers cas confirmés. Ce cas a été classé comme autochtone.

Pour rappel, les deux derniers cas identifiés, l'un confirmé en semaine 15 et l'autre au début de la semaine 16, étaient des cas importés, liés à des retours de voyage à Madagascar, notamment en provenance de Nosy Be. Cette situation souligne l'importance de maintenir une surveillance adaptée ainsi que les mesures de prévention suivantes lors des déplacements :

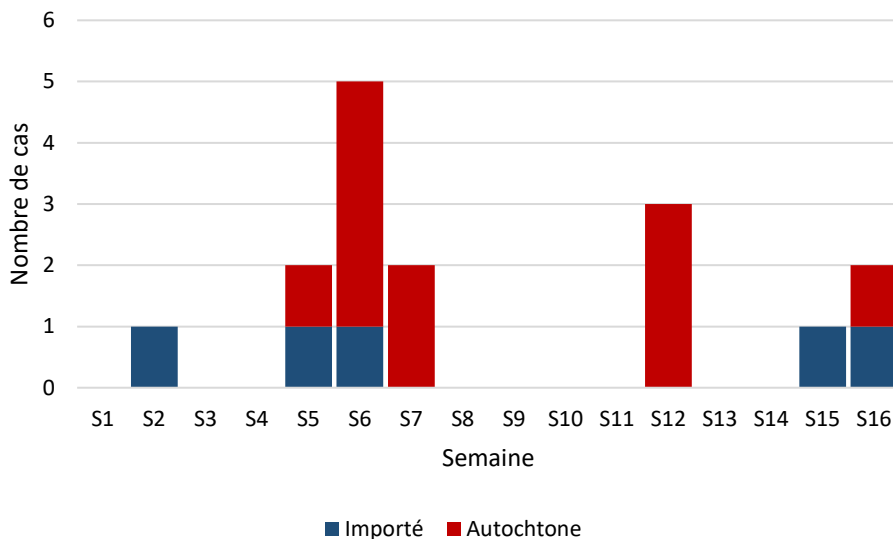
- se laver fréquemment les mains ;
- éviter tout contact étroit avec des personnes malades présentant une éruption cutanée ;
- éviter tout contact avec des objets potentiellement contaminés par une personne malade (vêtements, linge de maison, vaisselle) ;
- consulter un professionnel de santé en cas 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 S16-2026 (source : laboratoire de biologie médicale du CHM et ARS Mayotte)



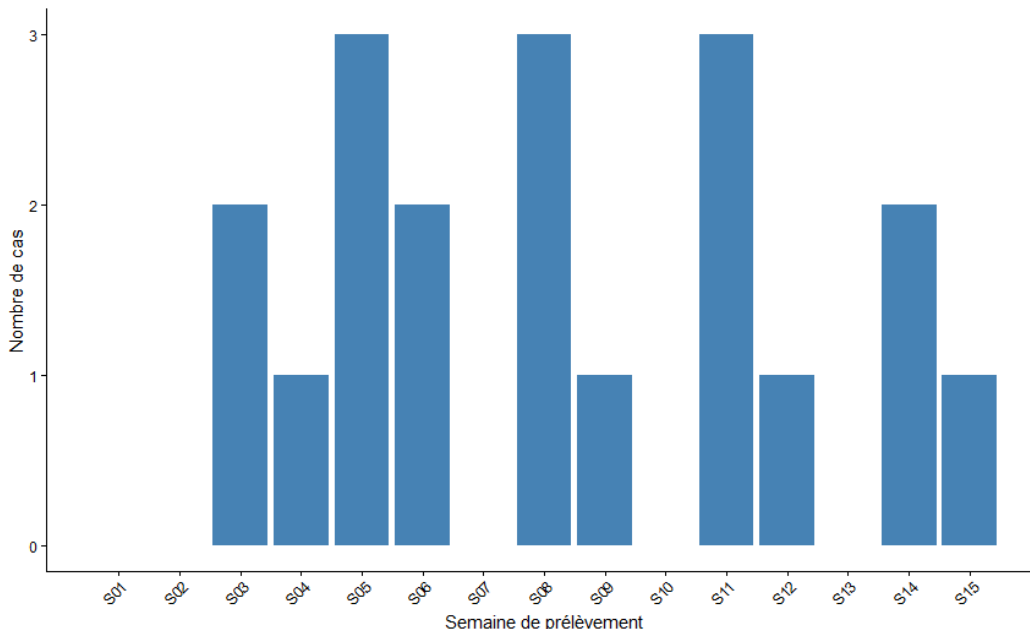
Hépatite A

Depuis le début de l'année 2026, **19 cas d'hépatite A ont été recensés à Mayotte**. Ce nombre reste inférieur à celui observé en 2025 sur la même période post-cyclone Chido (44 cas de janvier à avril).

L'année 2025 a été marquée par une recrudescence des cas d'hépatite A, avec un total de 136 cas enregistrés. Deux vagues épidémiques distinctes ont été identifiées : une hausse progressive du nombre de cas a été observée après le passage du cyclone Chido, culminant en avril (20 cas), suivie d'une baisse notable entre mai et juin. À partir de juillet, une reprise de la transmission a été constatée, atteignant un pic en septembre (19 cas), puis une légère diminution en octobre (17 cas). Au cours de la première semaine de novembre, 3 cas supplémentaires ont déjà été enregistrés, témoignant de la poursuite de la transmission sur le territoire.

L'hépatite A étant une maladie d'origine hydrique, il est probable que la recrudescence observée, notamment en début d'année 2025, soit liée aux fortes précipitations ayant entraîné des inondations à la suite du passage du cyclone Chido (décembre 2024) et de la tempête Dikeledi (janvier 2025), ainsi qu'aux difficultés d'accès à l'eau potable rencontrées par la population dans les semaines ayant suivi ces événements.

Figure 14 : Distribution hebdomadaire du nombre de cas confirmés d'hépatite A à Mayotte, du 1^{er} janvier au 19 avril 2026, n = 19 (source : laboratoire de biologie médicale du CHM et ARS Mayotte, données non consolidées)



Fièvre typhoïde

Depuis le début de l'année 2026, **6 cas de fièvre typhoïde** ont été confirmés par hémoculture et/ou coproculture au laboratoire du CHM. Ces cas ont été enregistrés entre les semaines 4 et 14. Ce nombre de cas déclarés, bien qu'inférieur aux 82 cas observés à la même période entre janvier et avril 2025, correspond à une période post-cyclone Chido.

Tout comme l'hépatite A, la fièvre typhoïde est une maladie d'origine hydrique. Il est probable que les événements climatiques majeurs survenus dans le département en décembre 2024 et janvier 2025 (le cyclone Chido en décembre 2024 et la tempête Dikeledi en janvier 2025), aient contribué à l'augmentation observée au cours des premiers mois de l'année 2025.

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, 24 avril. Saint-Maurice : Santé publique France, 14 p., 2026

Directrice de publication : Caroline Semaille

Date de publication : 24 avril 2026

Contact : mayotte@santepubliquefrance.fr