



Date de publication : 16 avril 2026

MAYOTTE

Surveillance épidémiologique du paludisme à Mayotte

BILAN 2025 ET SITUATION DU 01/01 AU 15/04/2026

Points clés

- **Réémergence de cas de paludisme** acquis localement en 2025, après une absence depuis juillet 2020 : **cinq cas ont été enregistrés en juin et juillet 2025 à Mayotte** ;
- Du 1er janvier au 31 décembre 2025, **106 cas de paludisme ont été importés à Mayotte, dont 95,5 % en provenance de l'Union des Comores**, portant à 111 le nombre total de cas enregistrés sur le territoire ;
- Quarante-deux (42) cas ont nécessité une hospitalisation en 2025 (38 %), dont huit admissions en réanimation. Aucun décès n'a été enregistré ;
- Depuis le début de l'année 2026 (données arrêtées au 15/04), **86 cas de paludisme ont été enregistrés**, dont 81 cas importés en provenance de l'Union des Comores et **cinq cas avec une suspicion d'acquisition locale**, en cours d'investigation ; 25 cas ont nécessité une hospitalisation ;
- *Plasmodium falciparum* est l'espèce prédominante, représentant 98 % des cas déclarés en 2025 et 100 % des cas déclarés à Mayotte en 2026 ;
- Mayotte est entrée en phase d'élimination du paludisme depuis 2014. Toutefois, l'augmentation continue des cas importés ces dernières années souligne l'importance du maintien des mesures de lutte afin de prévenir une reprise de la transmission sur le territoire.

Surveillance des cas de paludisme à Mayotte

Historique du paludisme à Mayotte

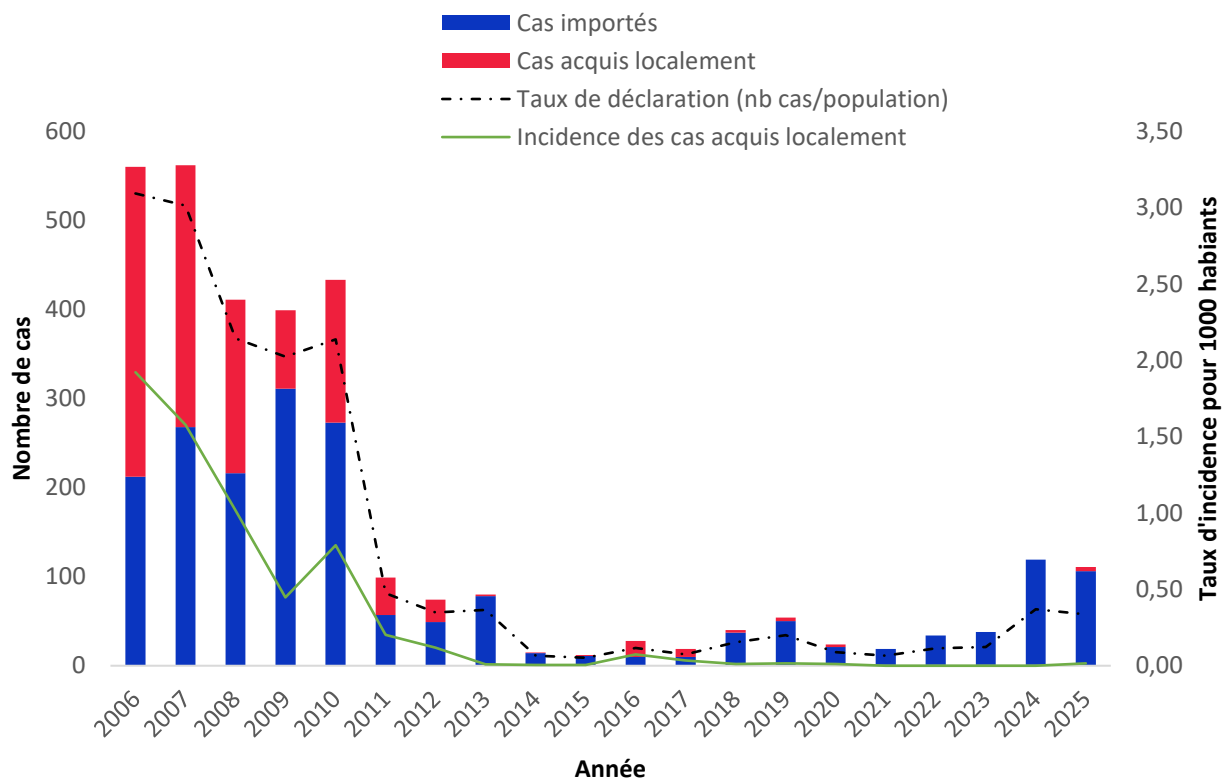
Avant 2011, plus de 300 cas étaient déclarés annuellement (avec un taux de déclaration moyen de 2,5 cas pour 1 000 habitants), et près de la moitié d'entre eux (45,8 %) étaient acquis localement (Figure 1). Entre 2010 et 2011, grâce aux actions de lutte mises en place à l'époque, le nombre de cas a été divisé par quatre et s'est maintenu depuis treize ans à un niveau faible. La proportion de cas acquis localement a également fortement diminué depuis 2011, représentant 24 % des cas déclarés entre 2011 et 2020.

En 2014, selon l'OMS, **Mayotte est officiellement entrée en phase d'élimination du paludisme**. Depuis, moins de 10 cas acquis localement ont été rapportés chaque année, à l'exception de 2016, où 18 cas avaient été signalés. Depuis 2018, l'incidence des cas acquis localement est inférieure à 0,02 cas pour 1 000 habitants.

Par ailleurs, une recrudescence des cas importés de paludisme a été observée en 2024 avec 119 cas enregistrés, soit le total le plus élevé à Mayotte depuis 2010 (Figure 1). Cette situation est à mettre en lien avec la circulation active du paludisme aux Comores, d'où provient la grande majorité des cas importés

Entre juillet 2020 et Janvier 2024, aucun cas de paludisme acquis localement n'a été rapporté à Mayotte.

Figure 1. Distribution annuelle du nombre de cas de paludisme importé et autochtone, taux de déclaration et taux d'incidence des cas autochtones, Mayotte, 01/01/2006 au 31/12/2025.



Description de la situation du paludisme en 2025

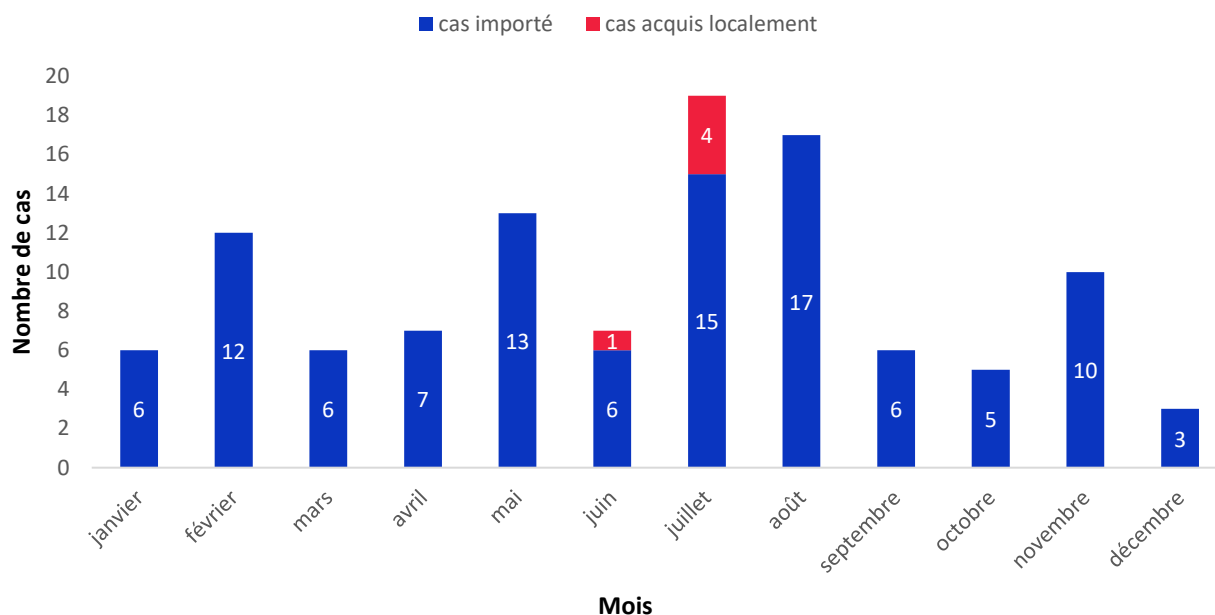
En 2025, 111 cas de paludisme ont été enregistrés à Mayotte, dont 106 cas importés et **5 cas acquis localement**. Ces derniers correspondent aux premiers cas autochtones identifiés sur le territoire depuis juillet 2020.

Les investigations menées autour de ces cinq cas acquis localement ont révélé qu'aucune notion de voyage n'a pu être identifiée, et l'origine précise de la contamination n'a pu être déterminée. Bien qu'aucun lien direct avec un cas importé n'ait été établi, l'absence de cas acquis localement depuis près de cinq ans suggère qu'il s'agit de cas introduits plutôt que d'une reprise de la transmission endémique sur le territoire.

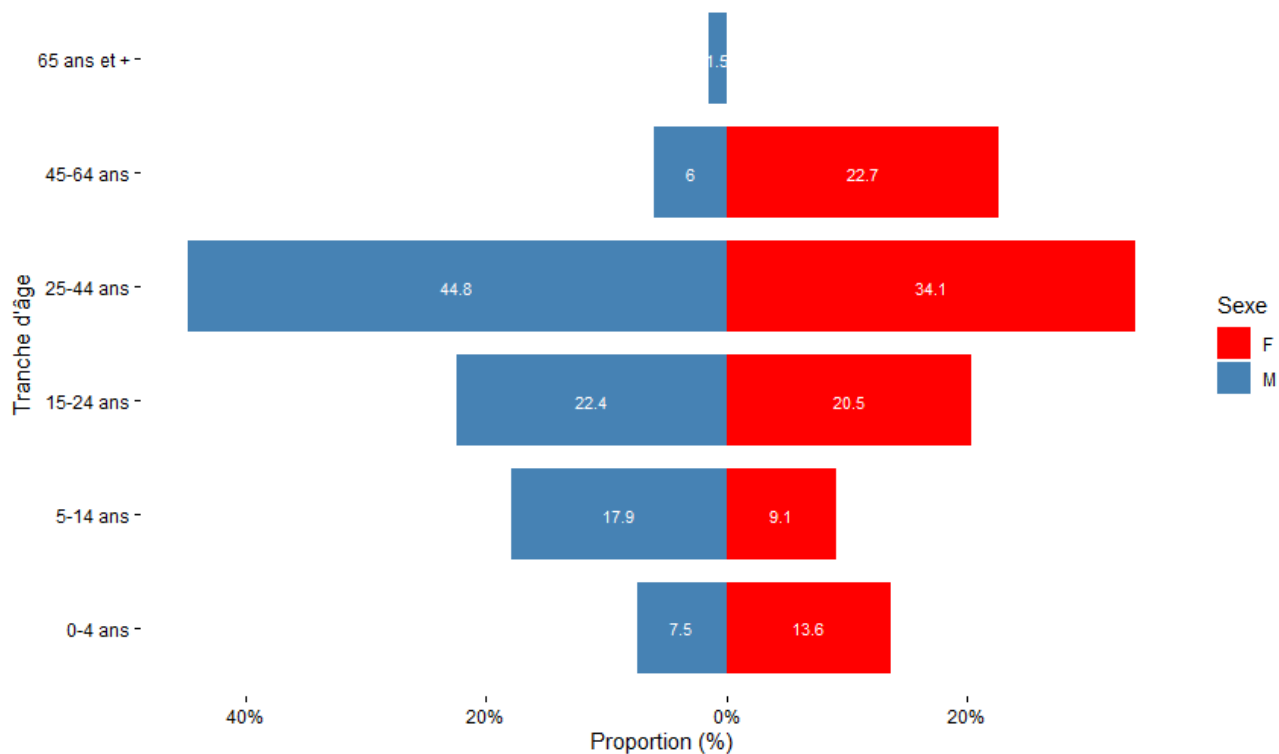
Plasmodium falciparum est l'espèce prédominante, représentant la quasi-totalité des cas déclarés à Mayotte en 2025 (109 cas sur 111). Les deux cas restants étaient dus à *Plasmodium vivax* et à *Plasmodium malariae*.

La distribution mensuelle des cas de paludisme déclarés 2025 montre que les mois de février, mai, juillet et août sont ceux ayant enregistré le plus des cas avec respectivement 12,13,19 et 17 cas. Parmi le 5 cas acquis localement, un cas été enregistré en juin et 4 en juillet (Figure 2).

Figure 2. Evolution mensuelle du nombre de cas de paludisme importé et autochtone à Mayotte en 2025 (n=111)



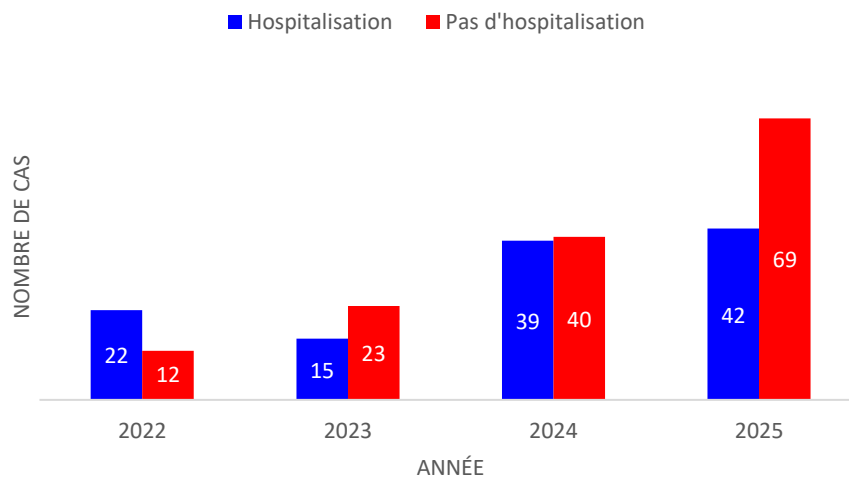
La répartition des 111 cas de paludisme déclarés en 2025 montre qu'il y avait davantage d'hommes que de femmes, avec un sex-ratio H/F de 1,5 (67 hommes et 44 femmes), contre 1,8 en 2024. L'âge médian des cas était de 26 ans (min : 1,5 an ; max : 68 ans), contre 38 ans en 2024. Les adultes âgés de 25 à 44 ans, tous sexes confondus, étaient les plus représentés, avec 44,8 % des hommes et 34,1 % des femmes. Les enfants de 0 à 4 ans et les personnes âgées de 65 ans et plus étaient les moins représentés, avec respectivement 10 % et 13 % (Figure 3).

Figure 3. Distribution des cas de paludisme selon l'âge et le sexe à Mayotte en 2025 (n=111)

Sur les 106 cas importés, la quasi-totalité (95 %) provenait de l'Union des Comores. Les autres cas sont originaires des îles et pays africains voisins, notamment de Tanzanie (5 cas), de Madagascar (2 cas), du Burundi (1 cas), du Rwanda (1 cas) et du Cameroun (1 cas).

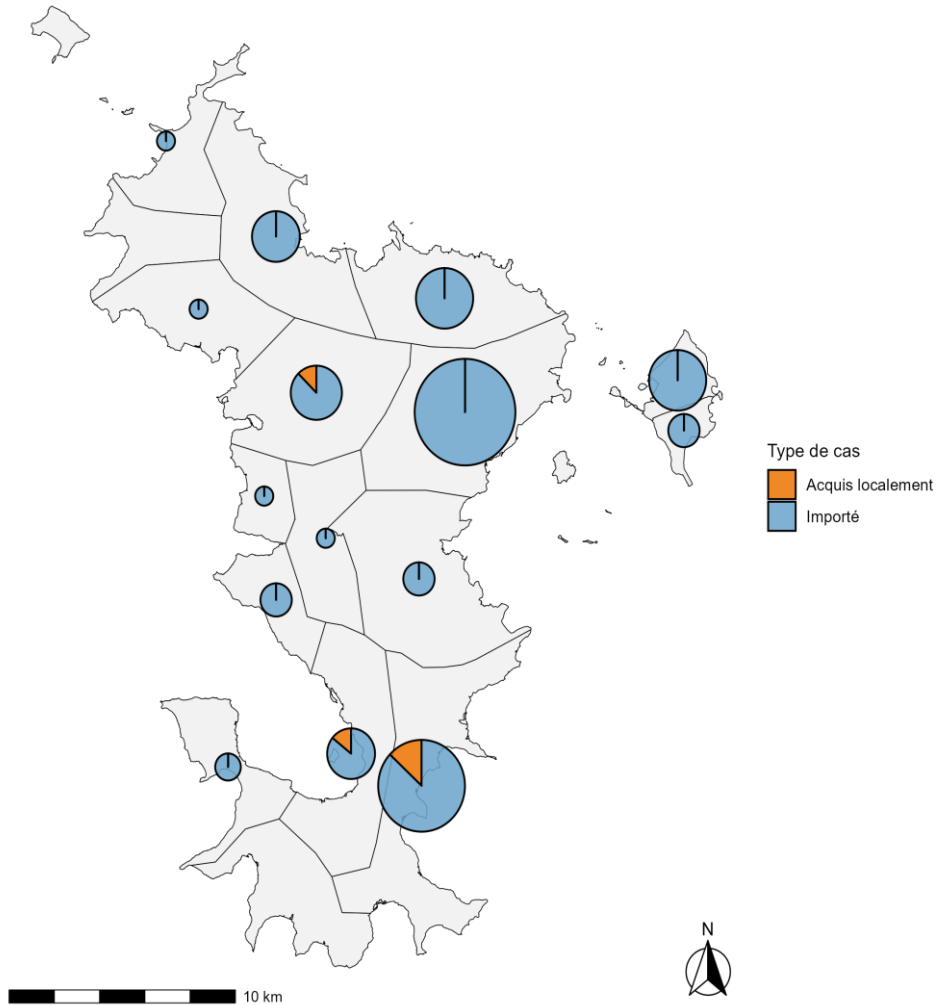
Concernant la prise en charge hospitalière, le nombre de cas est en augmentation depuis 2022. Au total, 42 cas de paludisme (37 %) ont nécessité une hospitalisation en 2025 (Figure 4), dont 22 en Unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), 3 en médecine, 2 en maternité, 6 en pédiatrie et 8 en réanimation. Aucun décès n'a été rapporté.

Parmi les 111 cas déclarés en 2025 : 97 (87,4 %) ont été traités par Riamet®, 1 par Malacef® seul, et 13 par Malacef® suivi de Riamet®.

Figure 4. Répartition des cas de paludisme selon le statut d'hospitalisations à Mayotte, de 2022 à 2025

L'analyse de la répartition géographique montre que les cas importés sont localisés dans 15 des 17 communes du département. À elle seule, la commune de Mamoudzou concentre 29 % des cas ($n=31$), tandis que la commune de Bandrélé totalise 20 cas. Les cinq cas acquis localement ont été localisés à Bandrélé avec un foyer de 3 cas, Chirongui (1 cas) et Tsingoni (1 cas). Seules les communes d'Acoua et de Kani-Kéli n'ont enregistré aucun cas, ni acquis localement ni importé (Figure 5).

Figure 5. Répartition géographique du nombre de cas importés et acquis localement par commune en 2025 ($n=111$)



Déscription de la situation épidémiologique en 2026

Du 01/01/2026 au 15/04/2026, **86 cas de paludisme ont été déclarés à Mayotte**, dont près de la moitié (44 cas) ont été enregistrés au cours des semaines 03, 04 et 05 de 2026 (Figure 6). Ce nombre de cas représente, en un peu moins de quatre mois, près de 80 % de l'ensemble des cas enregistrés sur toute l'année 2025 (111 cas).

L'âge médian des cas est de 30 ans [2–78 ans]. Les 25–44 ans représentent près de 40 % des cas, tandis que les moins de 5 ans en représentent 8 %. Le sex-ratio H/F est de 1,2 (47 hommes et 39 femmes).

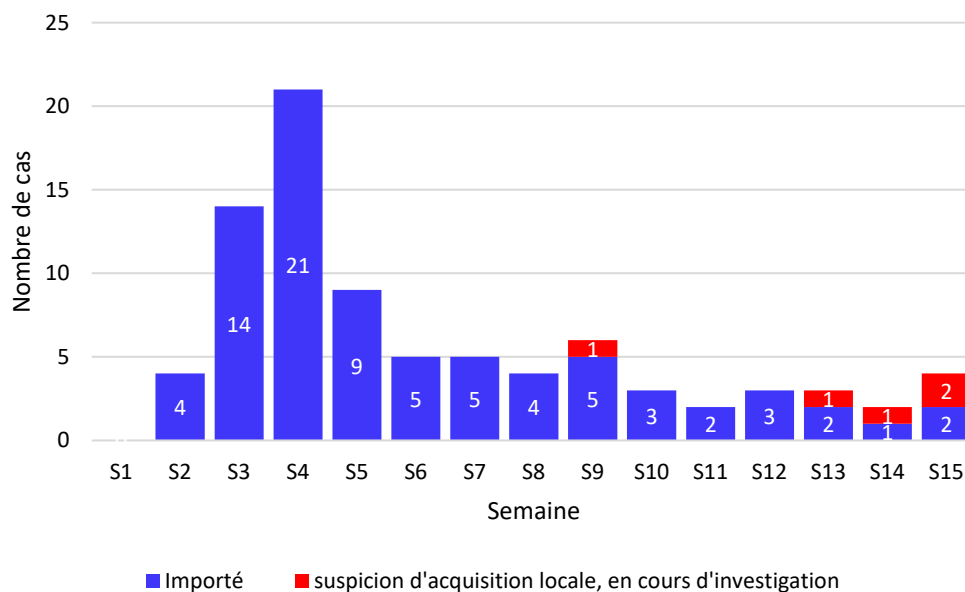
Parmi les cas enregistrés en 2026, 81 sont des cas importés, **tandis que 5 sont cas confirmés avec suspicion d'acquisition locale**. Des investigations sont en cours concernant ces derniers afin de déterminer un lien potentiel avec un cas importé ou d'identifier l'origine de la contamination. Ces investigations reposent notamment sur la recherche d'anophèles à proximité du domicile des cas, ainsi que sur une recherche active de cas dans leur entourage ou leur voisinage, et sur la mise en évidence d'une notion de voyage.

Plasmodium falciparum est l'espèce prédominante, représentant la totalité des cas déclarés à Mayotte en 2026.

Parmi l'ensemble des cas, 25 ont fait l'objet d'une hospitalisation : 17 en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) dont 8 pour un séjour d'au moins 48 heures, 2 en maternité, 3 en pédiatrie et 3 en réanimation, dont un en réanimation pédiatrique.

Parmi les 86 cas déclarés en 2026 : 77 (89,5 %) ont été traités par Riamet®, 5 par Malacef® suivi de Riamet®, et 1 par Malarone. Le traitement était inconnu pour 3 patients.

Figure 6- Répartition des cas de paludisme par semaine, données du 1^{er} janvier au 15 avril 2026, Mayotte. Source : laboratoire de biologie médicale du CHM.



L'analyse géographique montre que les cas sont répartis dans 14 des 17 communes du territoire, avec près de 40 % d'entre eux enregistrés dans la commune de Mamoudzou (33 cas). Les cas confirmés, suspectés d'être acquis localement, sont localisés à Dembéni (1 cas), Chirongui (1 cas) et Bandrélé (3 cas) (Figure 7). Cette dernière commune avait déjà enregistré des cas acquis localement en 2025.

Cette situation met en évidence que l'évolution du paludisme à Mayotte est influencée non seulement par les actions de lutte anti-vectorielle (LAV) mises en œuvre par l'ARS, mais également par les efforts de lutte dans les territoires voisins, en particulier aux Comores. À ce titre, la diminution marquée des cas acquis localement observée depuis 2011 est probablement liée à la stratégie de LAV mise en place en 2012, incluant la distribution et l'installation de moustiquaires imprégnées de deltaméthrine (MILD) sur l'ensemble du territoire, ainsi qu'à la réduction des cas importés en provenance des Comores, en lien avec les interventions du Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP) de l'Union des Comores à cette période.

La recrudescence des cas aux Comores depuis 2024 a ainsi entraîné une augmentation marquée des cas importés à Mayotte, ainsi que la survenue des premiers cas acquis localement depuis cinq ans.

Dans ce contexte, cette situation souligne l'importance d'une approche régionale coordonnée pour lutter efficacement contre le paludisme. Mayotte demeure vulnérable, en particulier en raison de l'augmentation des cas importés. Bien que le territoire reste engagé dans une démarche d'élimination, le contexte actuel impose un renforcement des mesures de surveillance, de prévention et de lutte anti-vectorielle, afin de prévenir toute reprise durable de la transmission locale.

Recommandations et prévention

En matière de prévention des risques, il est généralement recommandé de se protéger des piqûres de moustiques en utilisant des répulsifs, des moustiquaires imprégnées et en portant des vêtements couvrants dès la tombée de la nuit. Ces mesures permettent également de se prémunir contre les piqûres d'autres insectes vecteurs. L'usage d'une chimioprophylaxie relève d'une évaluation médicale individualisée avant tout voyage à Mayotte.

À ce jour, le HCSP ne recommande pas de chimioprophylaxie du paludisme pour un séjour à Mayotte. Il est toutefois conseillé de consulter rapidement un médecin en cas de fièvre sur place ou dans les trois mois suivant le retour. Cette recommandation devra être réévaluée si des signes de reprise de la transmission locale venaient à être détectés.

En cas de symptômes évocateurs (fièvre) au retour de voyage (et jusqu'à 3 mois après le retour) en zone impaludée, le diagnostic de paludisme doit toujours être envisagé et un test de confirmation biologique réalisé. Une prise en charge médicale rapide est requise.

Signaler sans délai les cas confirmés, les suspicions de cas et les cas cliniquement très évocateurs au Point Focal Régional du Département de la Sécurité et des Urgences Sanitaires à l'ARS de Mayotte

Point Focal Régional

Tel : 02 69 63 47 91 - Fax : 02 69 61 83 47

ars976-alerte@ars.sante.fr

Classement des cas et définitions (OMS)

cas acquis localement :

Cas acquis localement, transmis par les moustiques.

Note : Les cas acquis localement peuvent être des cas de paludisme indigène ou des cas introduits, de rechute ou de recrudescence ; le terme « autochtone » n'est pas utilisé fréquemment.

cas de paludisme indigène :

Cas contracté localement sans élément attestant d'une importation et sans lien direct avec une transmission à partir d'un cas importé.

Note concernant la traduction : L'adjectif « indigène » qualifie le paludisme / la transmission et non la personne infectée par Plasmodium

cas introduit :

Cas contracté localement avec forte indication épidémiologique d'un lien direct avec un cas importé connu (première génération de transmission locale).

cas importé :

Cas de paludisme où l'infection a été contractée en dehors de la région où elle a été diagnostiquée.

reprise de la transmission

Réapparition d'une incidence mesurable de cas d'infection palustre acquis localement résultant de cycles répétés de transmission par les moustiques dans une zone où la transmission avait été interrompue.

Note : Le signe d'une possible reprise de la transmission serait, au minimum, la survenue d'au moins trois cas de paludisme indigène de la même espèce au sein du même foyer par an, pendant 3 années consécutives.

Remerciements

Nous remercions les médecins généralistes et hospitaliers (notamment le Dr Jean-Francois LEPERE), les biologistes du laboratoire du CHM et du laboratoire BioGroup ainsi que le Département de la Sécurité et des Urgences Sanitaires (DÉSUS), la Lutte Anti-Vectorielle (LAV) de l'ARS de Mayotte, pour leur participation à la surveillance et au recueil de données, mais aussi le pôle d'appui Outre-mer de Santé publique France et la Cellule régionale de Santé publique France à la Réunion.

Équipe de rédaction

Bénédicte NGANGA-KIFOULA, Karima MADI, Flora AHMED, Hassani YOUSSEUF

Pour nous citer : Bulletin de surveillance régional. Édition Mayotte. 16 avril 2026. Saint-Maurice : Santé publique France, 8 p., 2026. Directrice de publication : Caroline Semaille

Dépôt légal : 16 avril 2026

Contact : mayotte@santepubliquefrance.fr