



Date de publication 7 mai 2026

MAYOTTE

## Surveillance épidémiologique à Mayotte

Semaine 18 (du 27 avril au 3 mai 2026)

### SOMMAIRE

Points clés .....	1
Paludisme .....	2
Chikungunya .....	5
Leptospirose.....	9
Mpox .....	12

### Points clés

#### Paludisme

- **Recrudescence des cas de paludisme à Mayotte : 32 nouveaux déclarés en semaine 18, dont 20, dans la commune de Chirongui, 17 des 20 cas enregistrés dans cette commune sont suspectés d'être acquis localement ;**
- Depuis le début de l'année 2026, 128 cas de paludisme ont été enregistrés, **27 suspectés d'être acquis localement**, 89 cas importés, majoritairement en provenance des Comores et 12 avec un statut indéterminé ;

#### Chikungunya

- Après plusieurs semaines de hausse, **le nombre de cas de chikungunya amorce une baisse** à partir de la semaine S17, celle-ci est beaucoup plus marquée en S18 (**58 cas contre 102 en S17, soit -43,1 %**, données non consolidées) ;
- 32 cas ont nécessité une hospitalisation depuis le début de l'année, dont **3 cas graves admis en réanimation** ;
- Baisse des signalements de suspicions de chikungunya à la régulation du SAMU et Stabilisation des consultations pour syndromes dengue-like dans les Centres Médicaux de Référence ;

#### Leptospirose

- Depuis le début de l'année 2026, **132 cas de leptospirose** ont déjà été enregistrés, **22 ont nécessité une hospitalisation, incluant 5 cas admis en réanimation** ;

#### Mpox

- **Deux nouveaux cas de mpox (variole du singe)** ont été signalés en semaine 18 : l'un importé de Madagascar et l'autre autochtone, portant à **18 le nombre total de cas enregistrés à Mayotte** depuis le début de l'année ;

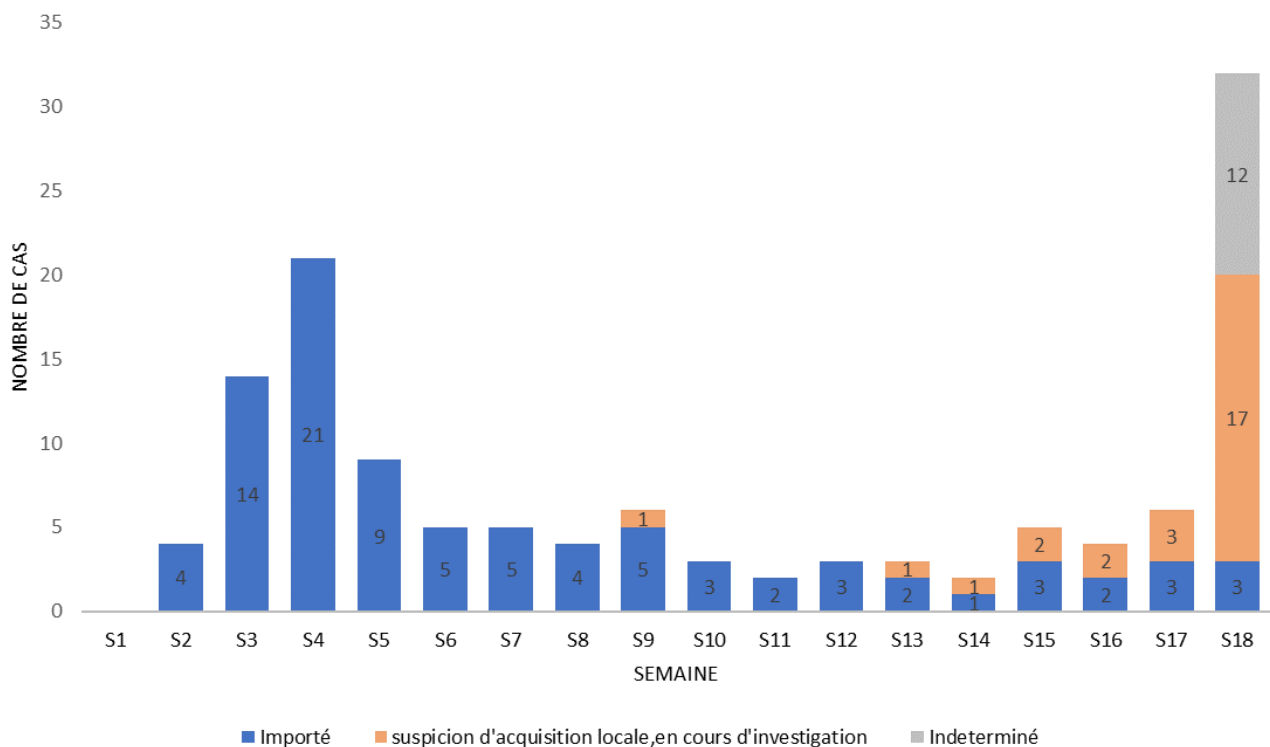
## Paludisme

En semaine 18, **une recrudescence notable des cas de paludisme a été observée à Mayotte**, avec 32 nouveaux cas déclarés, soit le niveau le plus élevé depuis le début de l'année. Parmi ces cas, quatre présentent une notion de voyage et sont classés comme importés. **Dix-sept cas sont suspectés d'être acquis localement**, tandis que le statut des 12 cas restants demeure indéterminé à ce jour. Des investigations sont en cours afin de préciser l'origine et les modalités de contamination de l'ensemble de ces cas.

Ces 17 cas suspectés d'être acquis localement ne sont pas les premiers identifiés en 2026. En effet, le premier cas suspecté d'être acquis localement cette année a été enregistré en semaine 09-2026. Aucun nouveau cas suspecté d'être acquis localement n'a été identifié au cours des trois semaines suivantes. De la semaine 13 à la semaine 17, au moins un cas suspecté d'être acquis localement a été identifié chaque semaine, avec un maximum de 3 cas en semaine 17, portant le total à 10 cas avant l'épisode de la semaine 18. **Au total, depuis le début de l'année 2026, 27 cas de paludisme sont suspectés d'être acquis localement.**

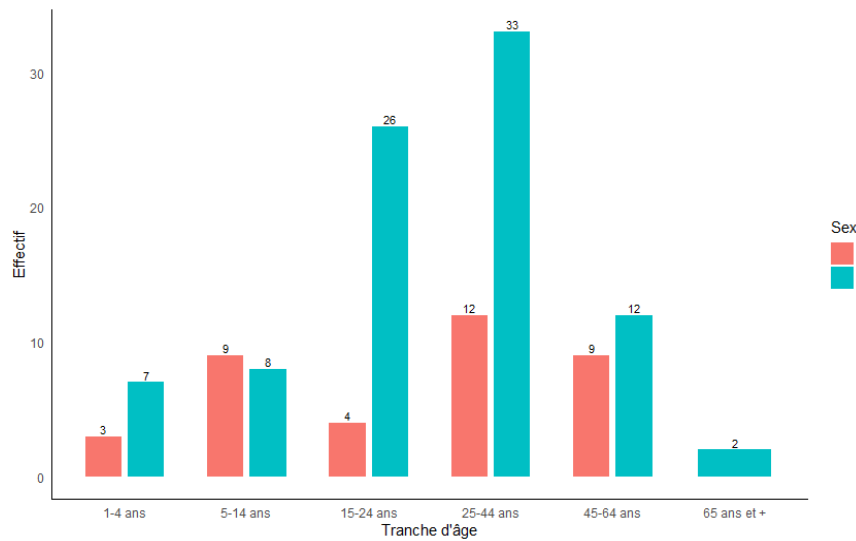
Cette recrudescence des cas suspectés d'être acquis localement survient dans un contexte de hausse des cas importés observée depuis 2024. Depuis le début de l'année 2026, 128 cas de paludisme ont été déclarés à Mayotte, dont 89 importés, 27 suspectés d'être acquis localement et 12 de statut indéterminé. Parmi ces cas, 29 ont nécessité une hospitalisation (dont 4 en semaine 18), dont 3 admissions en réanimation.

**Figure 1. Évolution hebdomadaire du nombre de cas de paludisme, par semaine de prélèvement, Mayotte, S01 à S18-2026 (n=128) (source : laboratoire de biologie médicale du CHM et ARS Mayotte) (données non consolidées)**



L'analyse des caractéristiques démographiques était disponible pour 96 % des cas recensés depuis le début de l'année. Le sex-ratio hommes/femmes était de 2,4 (88 hommes et 37 femmes). La répartition par âge montre que les classes d'âge les plus touchées sont les 15–24 ans et les 25–44 ans, qui concentrent à elles seules 60 % des cas. À l'inverse, les extrêmes d'âge sont moins représentés, avec 8 % des cas chez les enfants de moins de 5 ans et 1,6 % chez les personnes âgées de 65 ans et plus (Figure 2).

**Figure 2. Répartition des cas confirmés de paludisme par classe d'âges et par sexe, Mayotte, S01 à S18-2026, (n=125) (données non consolidées)**



### Repartition géographique des cas

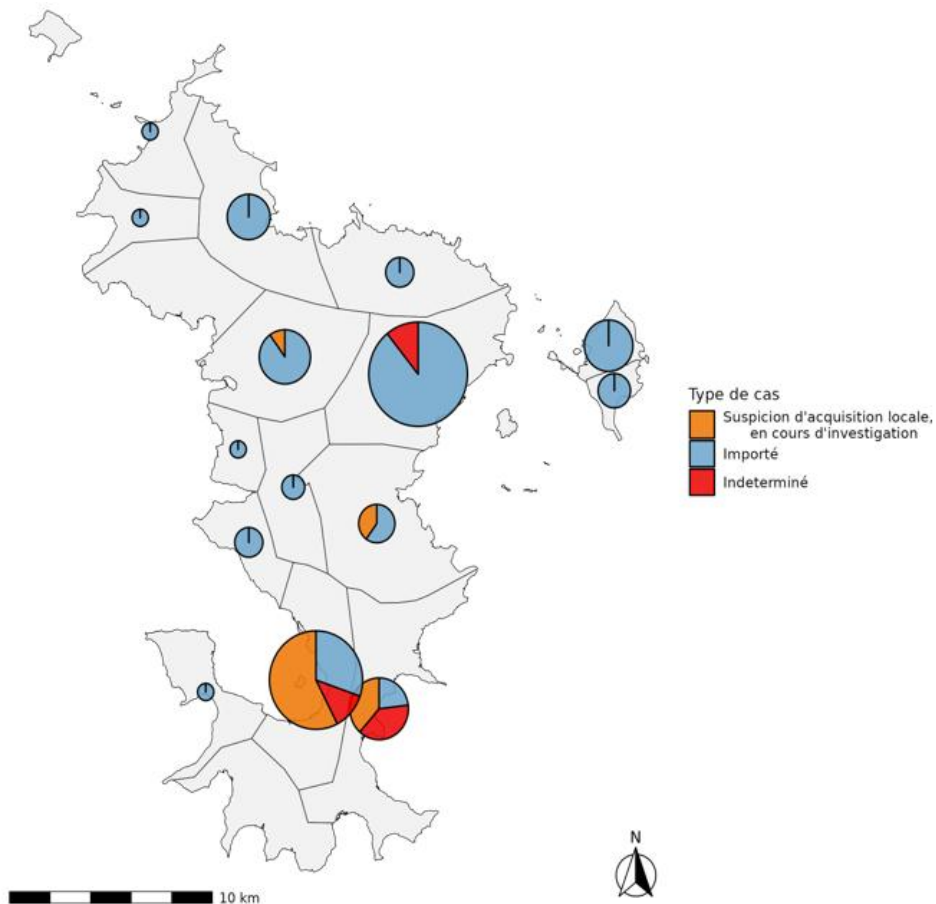
La localisation géographique des 32 nouveaux cas de paludisme enregistrés en semaine 18 montre que 20 d'entre eux ont été identifiés dans la commune de Chirongui, dont 17 sont suspectés d'être acquis localement, suggérant l'existence d'un foyer potentiel de transmission autochtone. Le premier cas suspecté d'être acquis localement dans cette commune a été identifié en semaine 09-2026, suivi d'un second cas en semaine 16-2026, avant la recrudescence observée en semaine 18. Au total, 19 des 27 cas suspectés d'être acquis localement depuis le début de l'année à Mayotte ont été localisés dans la commune de Chirongui, dont 17 survenus en semaine 18 (Figure 3).

Depuis le début de l'année, les communes de Mamoudzou et de Chirongui sont celles ayant enregistré le plus grand nombre de cas de paludisme, représentant à elles seules 53 % des cas déclarés à Mayotte (37 cas à Mamoudzou et 33 à Chirongui). Toutefois, leurs profils épidémiologiques diffèrent nettement. À Mamoudzou, aucun cas suspecté d'être acquis localement n'a été identifié : la quasi-totalité des cas y sont importés (33 sur 37), les 3 autres cas étant de statut indéterminé et toujours en cours d'investigation.

À l'inverse, dans la commune de Chirongui, 19 des 33 cas déclarés (soit 57,6 %) sont suspectés d'être acquis localement. Ce foyer s'inscrit dans une dynamique territoriale plus large, en lien avec la commune limitrophe de Bandrélé, où 5 cas suspectés d'être acquis localement ont également été enregistrés entre la S13 et la S17-2026. Ces cas dans la commune de Bandrélé, sont survenus dans une zone proche de celle où avaient été identifiés, en juillet et août 2025, les premiers cas autochtones observés depuis juillet 2020.

Au total, 15 des 17 communes du département ont déclaré au moins un cas de paludisme depuis le début de l'année 2026, qu'il soit importé, suspecté d'être acquis localement ou de statut indéterminé. Seules les communes de Mtsangamouji et de Kani-Kéli n'ont enregistré aucun cas à ce jour (Figure 3).

**Figure 3. Répartition géographique des cas de paludisme confirmés à Mayotte de S01 à S18-2026 (n = 128) (données non consolidées)**



### Analyse de la situation épidémiologique

Depuis le début de l'année, une recrudescence des cas de paludisme est observée sur le territoire, avec la réémergence de suspicions de cas acquis localement pour la deuxième année consécutive. Au total, 27 cas déclarés en 2026 ont été suspectés comme étant acquis localement, dont 17 en semaine 18. Ces cas sont majoritairement localisés dans une même zone, au sein des communes de Chirongui (19 cas) et Bandrélé (5 cas). Cette situation survient alors que Mayotte a enregistré ses premiers cas acquis localement en juillet et août 2025, après cinq années sans aucun cas autochtone sur le territoire, dans un contexte régional de circulation active du paludisme dans les îles voisines, en particulier aux Comores, qui constituent la principale source de cas importés à Mayotte.

Toutefois, la localisation des cas suspectés d'être acquis localement dans des zones spécifiques à Chirongui et à Bandrélé suggère que la situation épidémiologique pourrait être maîtrisable, dans un territoire engagé dans une phase d'élimination du paludisme depuis 2014. Dans ce contexte, l'application des recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé en phase d'élimination s'avère nécessaire. Les actions de recherche active de cas autour des cas identifiés, le renforcement du dépistage, le traitement des cas ainsi que les interventions ciblées du service de lutte antivectorielle, incluant la capture de moustiques dans les zones concernées, la recherche et la destruction des gîtes larvaires, doivent être renforcés afin de mieux maîtriser cette situation.

La réémergence de cas de paludisme acquis localement en 2025 et 2026, après cinq années sans transmission locale, souligne que le risque de réintroduction demeure permanent. Celui-ci est lié à la présence de moustiques vecteurs compétents, principalement *Anophèles gambiae s.l.* et *Anophèles funestus*.

Cette situation met en évidence que l'évolution du paludisme à Mayotte est influencée non seulement par les actions de lutte antivectorielle (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 (MIILD) 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 en juillet et août 2025 et les cas suspectés d'être acquis localement en 2026.

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 antivectorielle, 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.

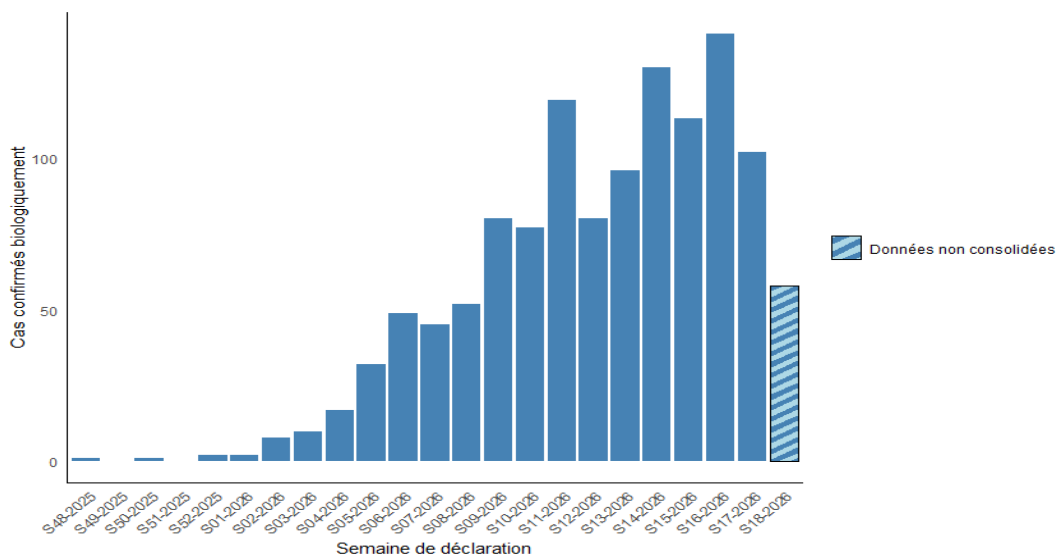
À ce jour, le HCSP ne recommande pas de chimioprophylaxie du paludisme pour un séjour à Mayotte. Il est toutefois conseillé de consulter rapidement un médecin en cas de fièvre sur place ou dans les trois mois suivant le retour. Cette recommandation devra être réévaluée si des signes de reprise de la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

## Chikungunya

Après plusieurs semaines consécutives d'augmentation du nombre de cas de chikungunya signalés, une baisse est observée à partir de la semaine S17 (fin avril). En semaine S18, **58 cas ont été enregistrés, contre 102 en S17**, soit une diminution de 44 cas, correspondant à **une baisse d'environ 43,1 %** (Figure 3). Toutefois, cette tendance doit être interprétée avec précaution en raison des délais de consolidation des données. Ces indicateurs sont susceptibles d'évoluer.

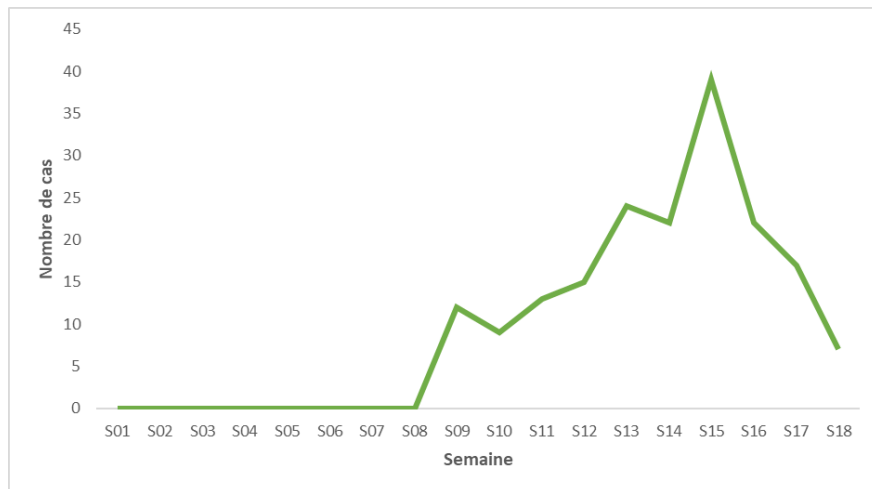
Depuis le début de l'année 2026, **1 214 cas confirmés biologiquement ont été enregistrés à Mayotte**, un niveau qui se rapproche fortement du total annuel de 2025, qui s'élevait à 1 266 cas.

**Figure 3. Évolution hebdomadaire du nombre de cas de chikungunya, par semaine de prélèvement, Mayotte, S48-2025 à S18-2026 (source : laboratoire de biologie médicale du CHM, Laboratoire privé Biogroup, 3-Labos et ARS Mayotte) (données non consolidées)**



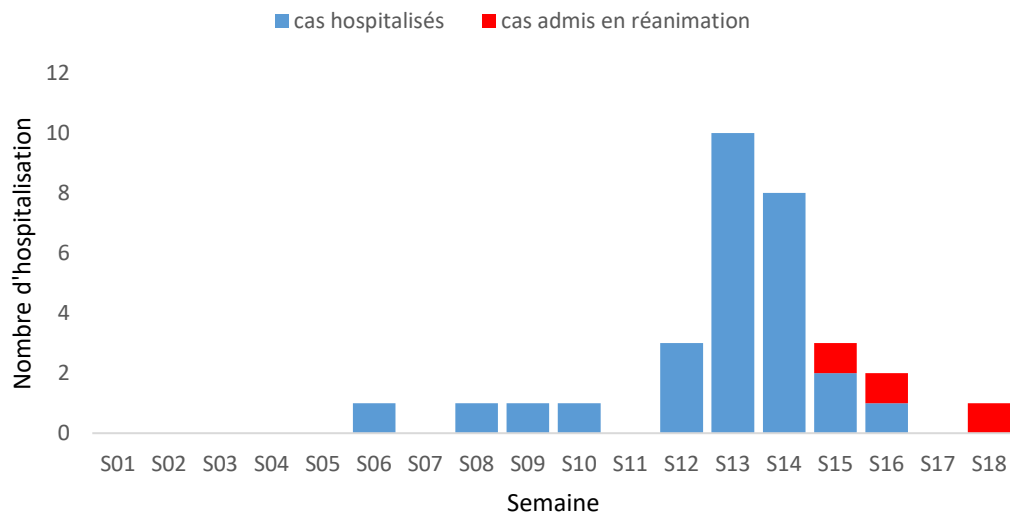
Les données de suspicion de chikungunya rapportées à la régulation du SAMU mettent en évidence une diminution de l'activité observée depuis la semaine S15. Cette tendance à la baisse se confirme en semaine S18, avec 7 signalements enregistrés, contre 17 en semaine S17, soit une diminution d'environ 59 % (Figure 4). Malgré cette baisse, le maintien de la vigilance reste nécessaire au regard de la circulation virale persistante sur le territoire.

**Figure 4. Évolution hebdomadaire du nombre de suspicion de chikungunya, par semaine au SAMU, Mayotte, S01 à S18-2026 (source : données de régulation SAMU CHM à Mayotte).**



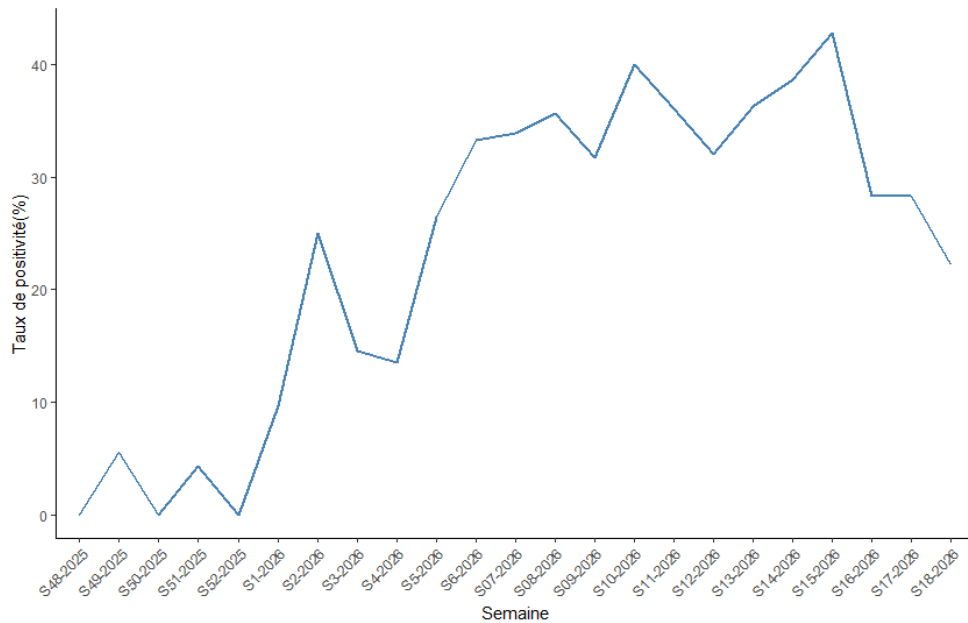
En semaine S18, une hospitalisation liée au chikungunya a été enregistrée, dont un cas admis en service de réanimation. Depuis le début de l'année, un total de 32 hospitalisations a été recensé, parmi lesquelles 3 ont nécessité une prise en charge en réanimation (Figure 5).

**Figure 5. Évolution hebdomadaire du nombre d'hospitalisation de chikungunya, par semaine au CHM, Mayotte, S01-S18-2026 (source : CHM à Mayotte) n=32 cas.**



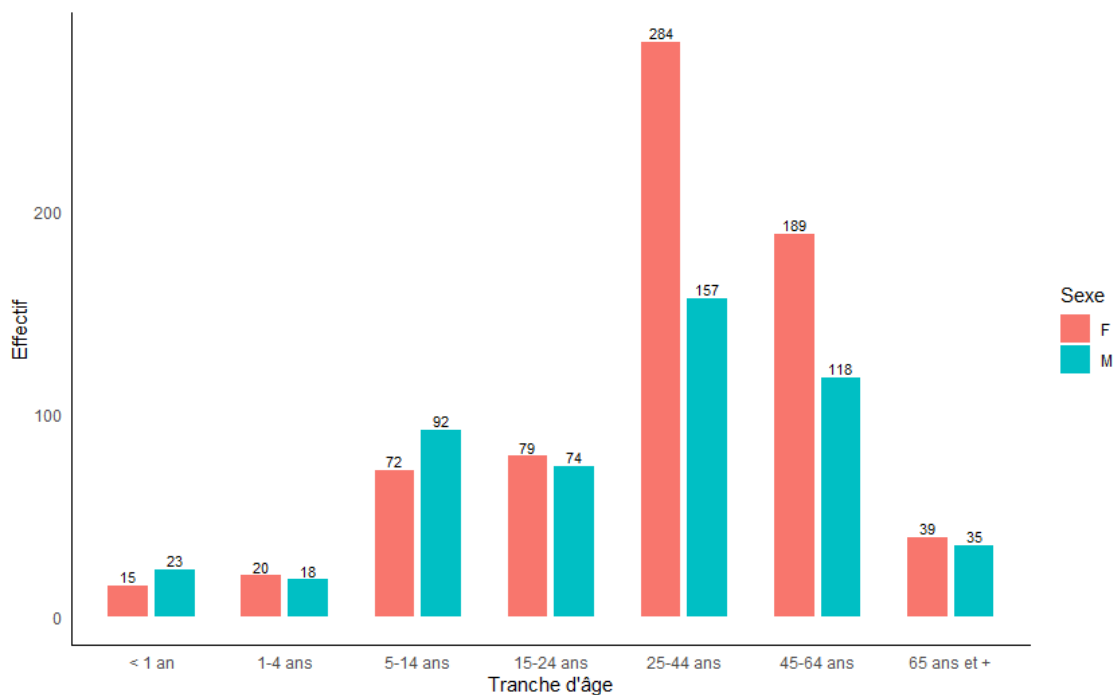
Le taux de positivité, calculé à partir des prélèvements réalisés au laboratoire du CHM et au laboratoire privé Biogroup, met en évidence une tendance globale à la baisse après les niveaux élevés, de l'ordre de 30 à 40 %, observés entre la semaine 06 et la semaine 15-2026. Après une diminution enregistrée en semaine 16 (28,4 %), le taux de positivité s'est globalement stabilisé en semaine 17, atteignant 28,3 %. En semaine 18, une nouvelle baisse est observée, avec un taux qui s'établit à 22,2 %. En raison des délais de consolidation des données, cette évolution devra être confirmée dans les prochaines semaines (Figure 6).

**Figure 6. 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 S18-2026 (données non consolidées)**



Depuis le début de l'année, l'analyse de la répartition des cas de chikungunya selon le sexe et l'âge montre qu'une majorité des cas concerne des femmes, qui représentent 57 % des signalements. Par ailleurs, les classes d'âge les plus touchées sont les 25-44 ans (36,3%) puis les 45-64 ans (25,2%). Ces 2 catégories d'âge concentrent à eux seuls 61 % des cas. À l'inverse, les extrêmes d'âge restent moins touchés par le chikungunya : les enfants de moins de 5 ans et les personnes âgées de 65 ans et plus représentent chacun 6 % des cas (Figure 7).

**Figure 7. Répartition des cas confirmés de chikungunya par classe d'âges et par sexe, Mayotte, S01-2026 à S18-2026, (n=1 215) (données non consolidées)**

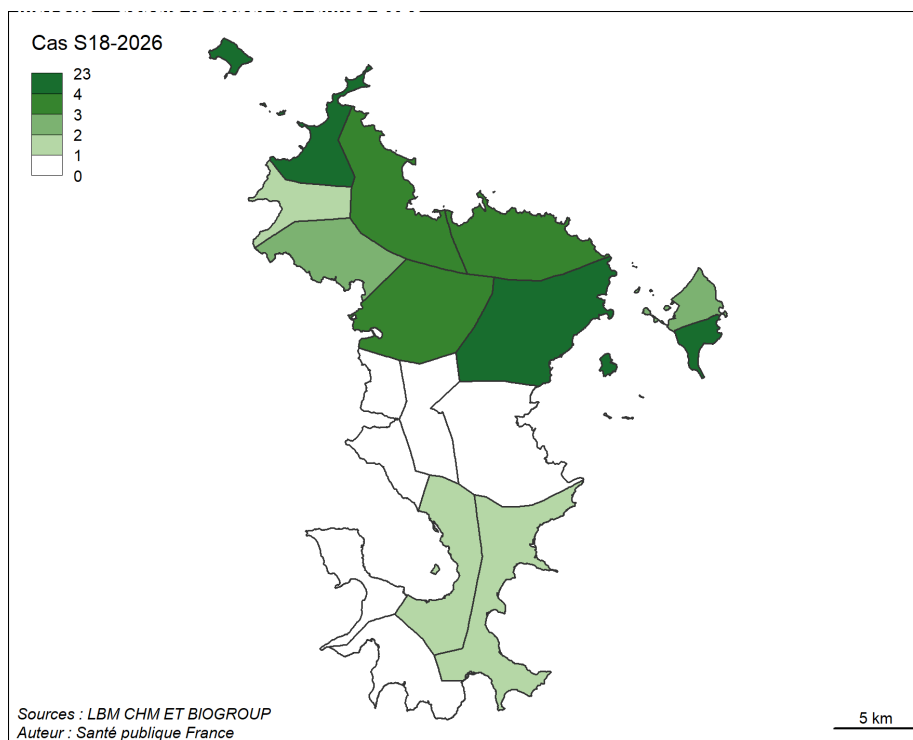


## Repartition géographique des cas

L'analyse de la répartition géographique des cas déclarés en semaine 18 montre qu'environ la moitié des cas est concentrée dans le nord de l'île, principalement à Mamoudzou (23 cas), suivi de Mtsamboro (6 cas), Pamandzi (5 cas), ainsi que Tsingoni et Koungou (4 cas chacun) (Figure 8). Au total, 11 des 17 communes de l'île ont enregistré au moins un cas.

Parmi les 1214 cas enregistrés sur le territoire depuis le début de l'année, l'information de localisation géographique est disponible pour 1175 cas (96,8 % des cas déclarés). Il en ressort que la commune de Mamoudzou concentre à elle seule 23 % des cas depuis le début de l'année. Les communes du centre-ouest cumulent 29,2 % des cas ; ceux-ci sont principalement localisés à Sada (10 %), Ouangani (7,2 %) et Chiconi (6,3 %). À l'inverse, Bouéni et Chirongui, épicentres de l'épidémie en début d'année, ne représentent plus que 9,8 % des cas cumulés, avec un total de 120 cas de chikungunya enregistrés depuis le début de l'année.

**Figure 8. Répartition géographique des cas de chikungunya confirmés à Mayotte en semaine 18-2026 (n = 58) (données non consolidées)**



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

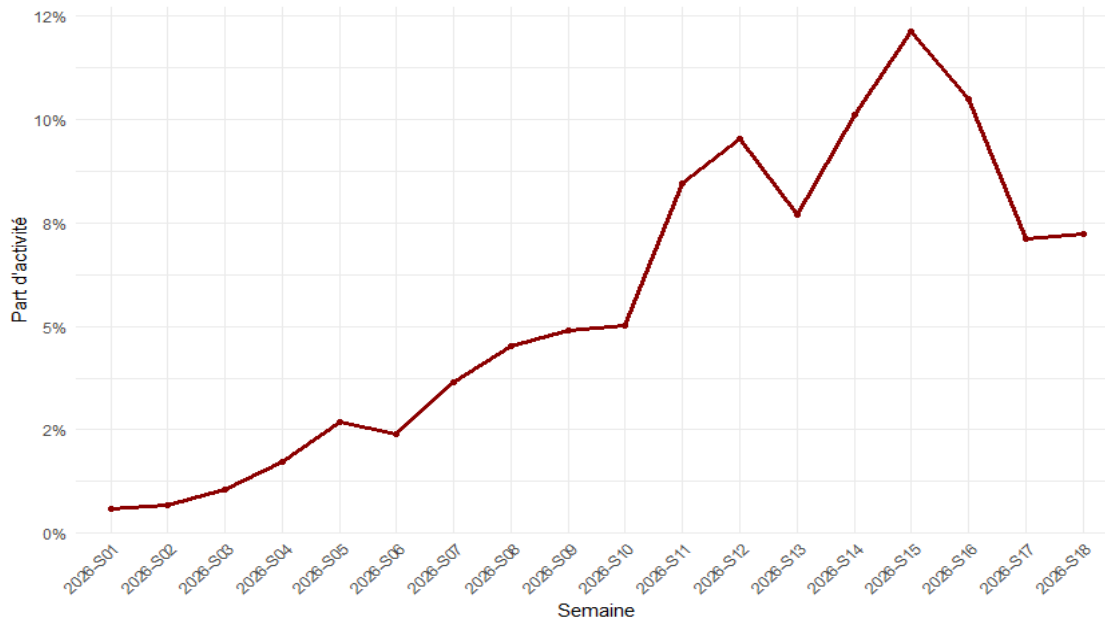
Depuis la baisse initiée en semaine S15-2026, la proportion de syndromes dengue-like (SDL) parmi l'ensemble des consultations réalisées dans les centres médicaux de référence (CMR Nord, Centre, Mamoudzou, Sud et Petite-Terre) a poursuivi sa diminution, puis s'est stabilisée entre les semaines S17 et S18 autour de 7 % (Figure 9).

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 9. Évolution hebdomadaire de la part d'activité pour syndromes dengue-like (SDL) dans les centres médicaux de références (CMR), Mayotte, S01-2026 à S18-2026 (données non consolidées)**



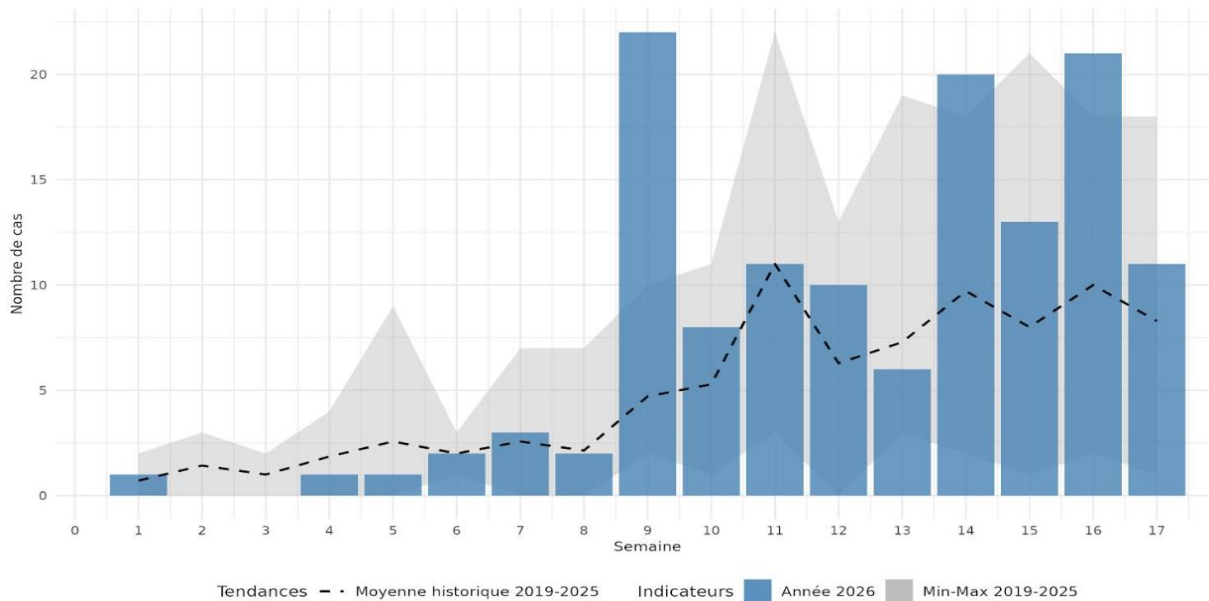
## Leptospirose

En semaine 17, 11 cas de leptospirose ont été déclarés à Mayotte, soit 10 de moins que la semaine précédente (21 cas en semaine 16). Le nombre de cas observé en semaine 17 reste toutefois nettement supérieur à la moyenne observée au cours des sept dernières années (2019–2025) pour la même période.

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 (22 cas), en semaine 14 (20 cas) et en semaine 16 (21 cas). Le 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, comptabilise à lui seul 66 cas, soit la moitié de l'ensemble des cas enregistrés depuis le début de l'année (Figure 10).

Les investigations réalisées par le service Santé environnement de l'ARS, portant sur 7 cas, montrent que 6 des 7 personnes interrogées pratiquaient une activité agricole, à visée professionnelle ou non. Cette activité reste la principale source d'exposition au risque de contamination sur l'île de Mayotte. Toutes les personnes investiguées ont été en contact, à moins de 100 m, avec une ravine, un élevage d'animaux, des terrains agricoles ou des ordures ménagères. Seules 3 d'entre elles portaient des gants et des chaussures fermées lors de leurs activités.

**Figure 10. Evolution hebdomadaire du nombre de cas de leptospirose signalés, Mayotte 2026, source : laboratoire de biologie médicale du CHM**

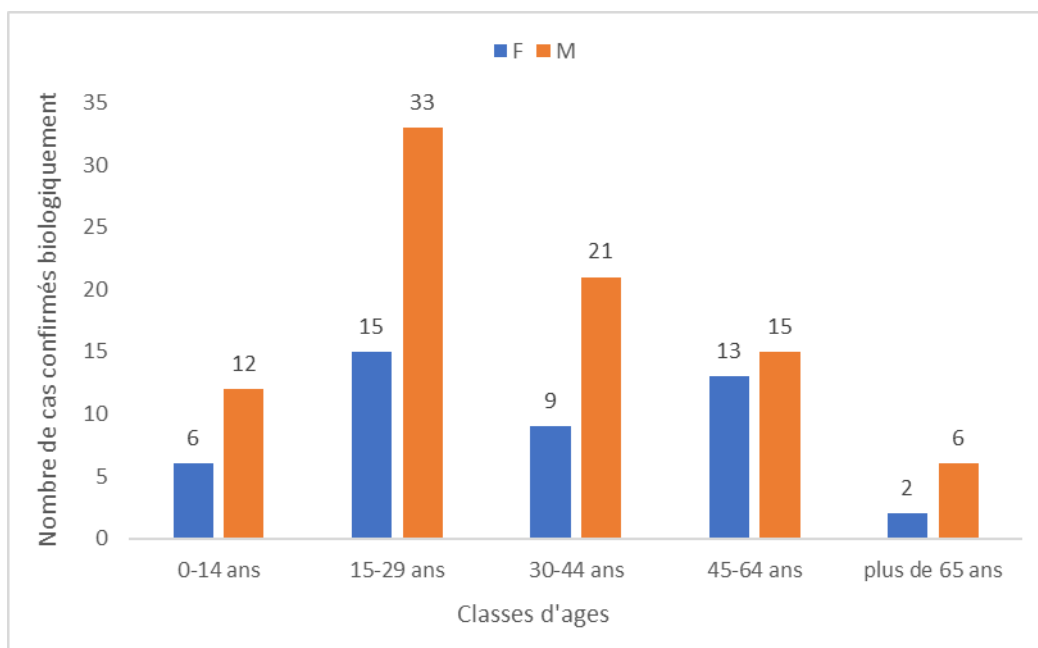


Sur les 132 cas de leptospirose enregistrés depuis le début de l'année, le sex-ratio (H/F) est de 1,9 (87 hommes et 45 femmes). L'âge médian des cas est de 30 ans [0–84 ans].

Les 15–29 ans représentent plus d'un tiers des cas (36 %), tandis que les 30–44 ans et les 45–64 ans représentent respectivement 22,7 % et 21,2 % des cas. Les enfants de moins de 15 ans représentent quant à eux 14 % des cas (Figure 11).

Depuis le début de l'année, 22 cas ont nécessité une hospitalisation, dont cinq admissions en réanimation.

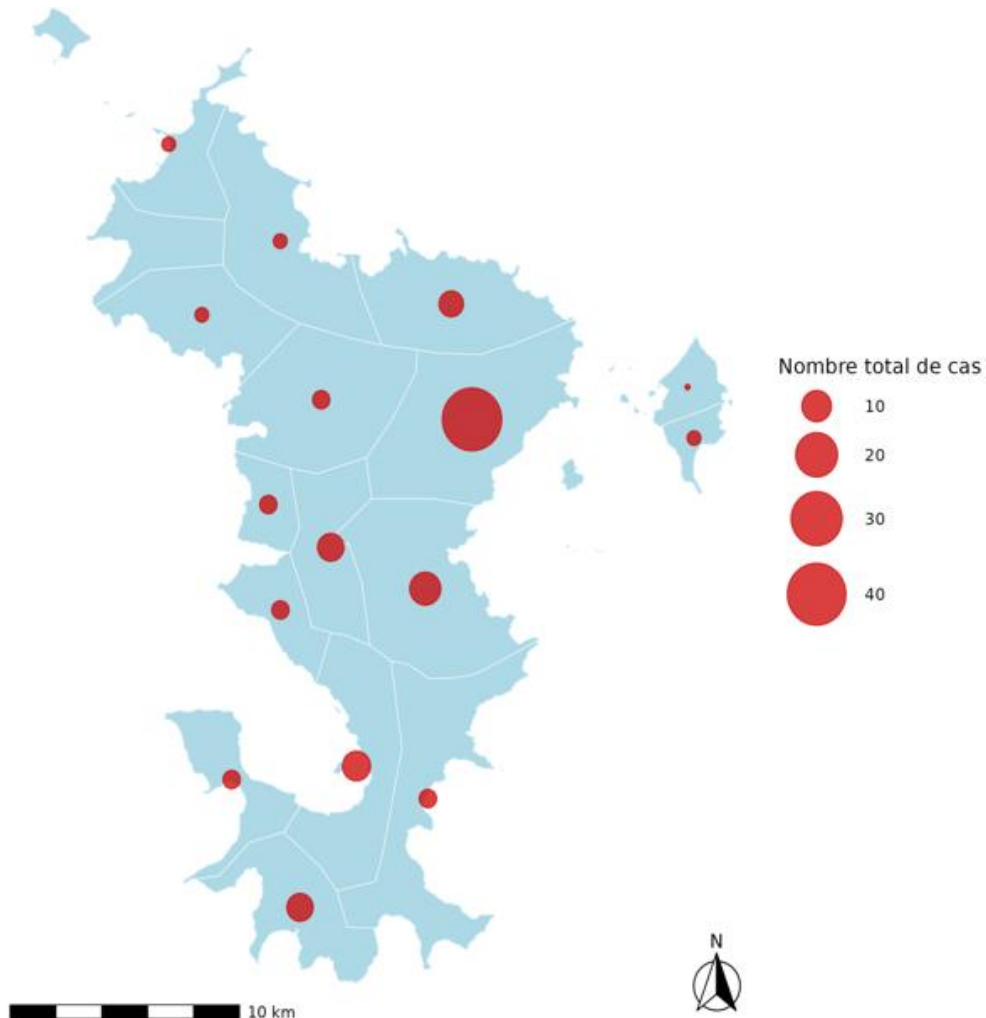
**Figure 11 : Répartition des cas confirmés par classes d'âges et par sexe**



Les données sur le lieu de résidence étaient disponibles pour 118 cas. Les cas sont répartis dans 16 des 17 communes de l'île. Seule la commune d'Acoua n'a enregistré de cas depuis le début de l'année.

La commune de Mamoudzou a enregistré 41 cas, soit un peu plus du tiers de l'ensemble des cas localisés. Les autres communes ayant enregistré le plus de cas après Mamoudzou sont Dembeni (11 cas), Chirongui (9 cas) et Kani-Kéli (8 cas) (Figure 12).

**Figure 12 : Répartition des cas confirmés de leptospirose par commune de résidence, Mayotte, S1 à S17- 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.**

## Mpox (Variole b)

**Deux nouveaux cas de mpox (varirole du singe) ont été signalés à Mayotte** en semaine 18 au département de la veille et de la sécurité sanitaire de l'ARS Mayotte, **portant à 18 le nombre total de cas enregistrés depuis le début de l'année** (Figure 13). L'un de ces deux cas est importé de Madagascar, à la suite d'un séjour à Nosy Be, tandis que le second est un cas autochtone, présentant un lien familial avec le cas importé décrit précédemment.

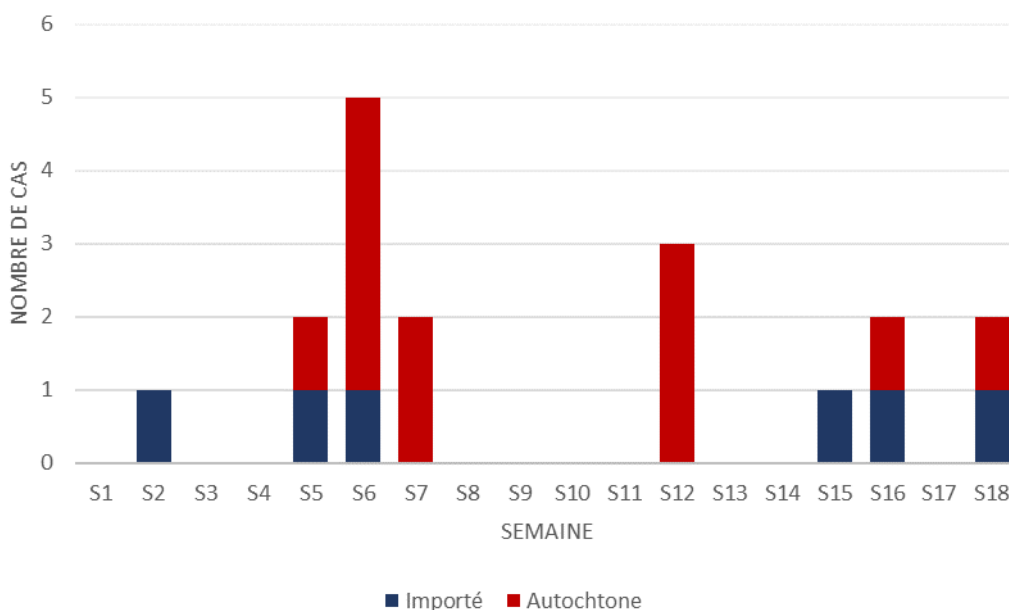
Ce nouveau cas importé est le troisième associé à un retour de voyage à Madagascar, après un séjour à Nosy Be, après les deux cas importés enregistrés en semaines 15 et 16. La circulation du virus de la mpox sur cette île à forte fréquentation touristique, disposant de liaisons directes avec Mayotte, souligne un risque accru d'importation lié aux flux de voyageurs entre Mayotte et Nosy Be. Cette situation met en évidence l'importance de maintenir une surveillance adaptée ainsi que de renforcer 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 (varirole b), Mayotte, S01 à S18-2026, (n=18) (source : laboratoire de biologie médicale du CHM et ARS Mayotte)**



## 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, 07 mai. Saint-Maurice : Santé publique France, 13 p., 2026

**Directrice de publication** : Caroline Semaille

**Date de publication** : 07 mai 2026

**Contact** : mayotte@santepubliquefrance.fr