



Date de publication : 26 juin 2026

MAYOTTE

Surveillance épidémiologique du paludisme à Mayotte

SITUATION DU 01/01 AU 21/06/2026

ÉDITO

En 2026, Mayotte enregistre, pour la deuxième année consécutive, des cas de paludisme acquis localement. Cette situation fait suite à une période de cinq années sans transmission autochtone documentée (juillet 2020 – janvier 2025), traduisant une rupture dans la dynamique épidémiologique observée sur le territoire.

Cette réémergence s'inscrit dans un contexte de hausse des cas importés, majoritairement en provenance des pays de la zone océan Indien, en particulier les Comores et Madagascar, où le paludisme demeure endémique et fortement prévalent. Ces flux réguliers de populations, combinés à la présence de vecteurs compétents sur le territoire, créent les conditions favorables à la réintroduction et à la diffusion locale du parasite.

Dans ces pays voisins, le paludisme continue de représenter un fardeau majeur pour les systèmes de santé, avec plusieurs milliers de cas notifiés chaque année. L'intensification des mobilités humaines entre ces zones et Mayotte constitue ainsi un déterminant structurel du risque épidémique, renforcé par des conditions environnementales propices au développement des vecteurs.

L'année 2026 marque par ailleurs une évolution inédite de la situation épidémiologique à Mayotte. À la date du présent bulletin, 244 cas confirmés biologiquement ont été recensés, un niveau inédit depuis 2010. Cette augmentation témoigne d'une recrudescence significative de la transmission et appelle une vigilance renforcée.

Dans ce contexte, la consolidation et la stabilisation de la classification des cas constituent un enjeu essentiel. Les précédents bulletins avaient recours à une catégorie provisoire de « suspicion d'acquisition locale » pour les cas insuffisamment documentés ou en cours d'investigation. L'amélioration de la complétude des données et l'aboutissement des investigations permettent désormais de confirmer l'acquisition locale pour une proportion de cas plus importante et de renforcer la robustesse de l'analyse épidémiologique.

Ce bulletin dresse ainsi un état des lieux actualisé de la situation du paludisme à Mayotte en 2026. Il vise à décrire la dynamique de transmission en cours, à éclairer l'évaluation du risque sanitaire et à soutenir l'adaptation des stratégies de surveillance, de prévention et de contrôle du paludisme sur le territoire.

Définitions des cas et classification utilisée dans le contexte de Mayotte

Cas acquis localement :	Tout cas confirmé biologiquement, sans notion de voyage, résidant sur le territoire depuis plus de trois mois précédant la date de début des symptômes
Cas importé :	Tout cas confirmé biologiquement ayant séjourné dans une zone de circulation du paludisme au cours des trois mois précédant la date de début des symptômes.
Cas indéterminé :	<p>Tout cas confirmé biologiquement pour lequel les informations disponibles ne permettent pas de déterminer avec un niveau de confiance suffisant le lieu où le mode probable de contamination. Cette catégorie inclut notamment :</p> <ul style="list-style-type: none">• les situations pour lesquelles les informations relatives aux voyages ne sont pas disponibles après la 1^{ère} consultation médicale du cas ;• les situations pour lesquelles les informations relatives aux lieux de résidence sont incomplètes et ne permettent pas de retrouver le cas ;• les cas injoignables pour lesquels les investigations n'ont pas permis de conclure après trois passages des équipes d'investigation.
Cas en cours d'investigation :	<p>Tout cas confirmé biologiquement pour lequel l'investigation épidémiologique est en cours.</p> <p><i>Note : Cette catégorie est temporaire et a vocation à être reclassée ultérieurement en cas importé, acquis localement ou indéterminé, dès que des informations complémentaires seront disponibles</i></p>
Zone à haut risque	Zone géographique caractérisée par la présence documentée d'un vecteur compétent (<i>Anophèles</i> spp.). A Mayotte, 23 zones avec des gîtes productifs d' <i>Anophèles</i> ont été répertoriés.
Zone à faible risque	Zone géographique dans laquelle aucun vecteur compétent n'a été identifié à ce jour ou pour laquelle les données disponibles ne mettent pas en évidence de conditions favorables à une transmission locale active.

Points clés

- Recrudescence de cas de paludisme en 2026, avec une réémergence des cas acquis localement pour la deuxième année consécutive : **244 cas de paludisme ont été enregistrés** dont 161 cas importés, **25 acquis localement**, 12 cas indéterminés et 46 en cours d'investigation ;
- Les 25 cas acquis localement sont principalement localisés dans **les communes de Chirongui, Bandré et Dembéné** ;
- Parmi les **161 cas importés de paludisme à Mayotte**, **95,6 % sont en provenance de l'Union des Comores** ;
- 71 cas ont nécessité une hospitalisation (29,1 %), dont **quatre admissions en réanimation**. Aucun décès n'a été enregistré ;
- ***Plasmodium falciparum*** est l'espèce responsable de la totalité 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**.

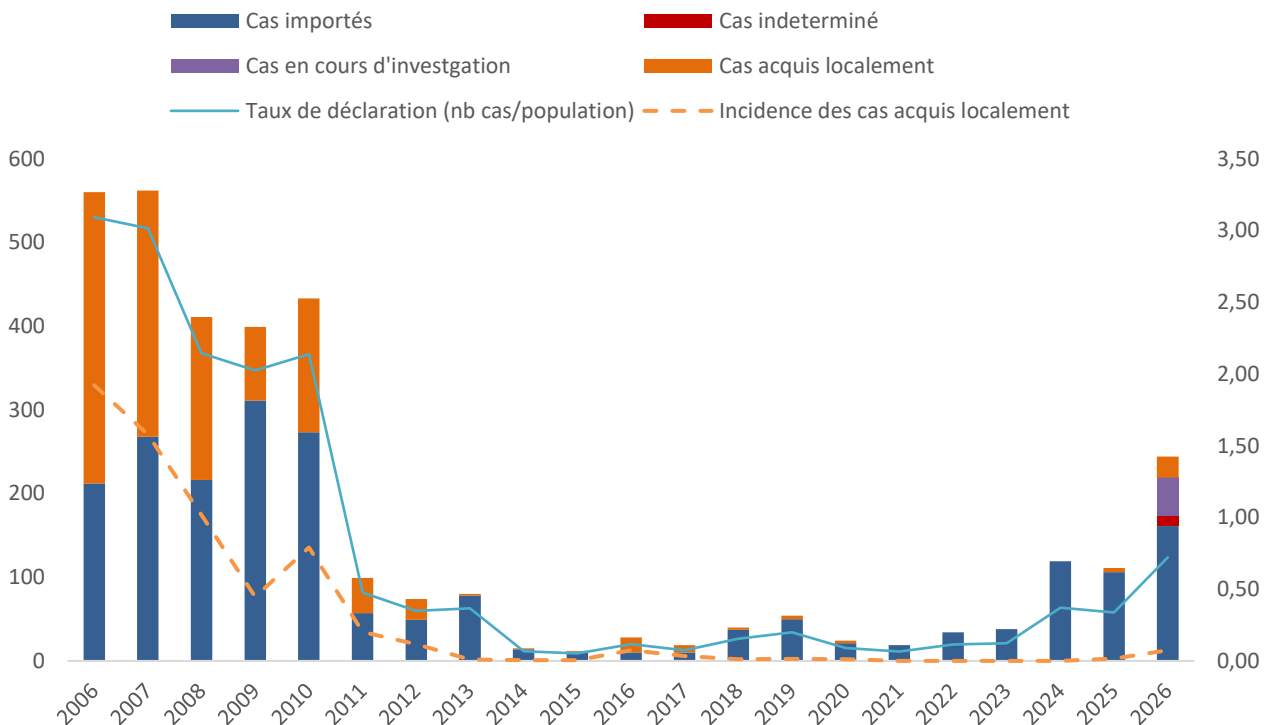
Historique du paludisme à Mayotte

Entre 2006 et 2010, le paludisme présentait une endémicité persistante à Mayotte, avec plus de 300 cas notifiés annuellement et un taux de déclaration moyen de 2,5 cas pour 1 000 habitants. La transmission autochtone demeurait alors soutenue, les cas acquis localement représentant près de la moitié (45,8 %) de l'ensemble des cas déclarés.

Le renforcement de la lutte antivectorielle, parallèlement à l'amélioration du diagnostic et à la modification de l'arsenal thérapeutique, a conduit à une diminution marquée de l'incidence entre 2010 et 2011, avec une réduction de près de 77 % du nombre de cas. Cette rupture épidémiologique a été suivie d'une phase prolongée de faible transmission, caractérisée par une circulation résiduelle du parasite, favorisée par la diminution du nombre de cas importés consécutive aux programmes mis en œuvre par le Programme national de lutte contre le paludisme de l'Union des Comores. Au cours de cette période, le nombre de cas acquis localement est resté limité, avec seulement un à deux cas recensés annuellement entre 2013 et 2015.

En 2014, cette évolution a conduit l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à classer **Mayotte en phase d'élimination du paludisme**. Entre juillet 2020 et janvier 2025, aucun cas acquis localement n'a été identifié durant cette période, seuls les cas importés ont été alors notifiés. A partir de 2024, le nombre de cas de paludisme importés a considérablement augmenté dans un contexte de recrudescence du paludisme dans les pays de la zone océan indien notamment les Comores d'où proviennent plus de 80% des cas importés. Cette dynamique s'est poursuivie en 2025 et pour la première fois depuis juillet 2020, cinq cas acquis localement ont été enregistrés à Mayotte entre juillet et aout 2025 (Figure 1).

Figure 1- Distribution annuelle du nombre de cas de paludisme, taux de déclaration et taux d'incidence des cas acquis localement, Mayotte, 01/01/2006 au 21/06/2026.



Situation épidémiologique en 2026

Résultats de la surveillance

Depuis le début de l'année 2026, 244 cas de paludisme ont été déclarés à Mayotte, soit le nombre le plus élevé enregistré depuis 2010, année au cours de laquelle 433 cas avaient été recensés. Parmi ces cas, **25 ont été acquis localement**, 161 sont des cas importés, 12 ont une origine indéterminée et 46 sont encore en cours d'investigation (Figure 2). Pour la deuxième année consécutive, des cas acquis localement ont été enregistrés sur le territoire de Mayotte, faisant craindre une transmission locale à partir de cas importés.

Depuis le début de l'année 2026, l'évolution du nombre hebdomadaire de cas de paludisme met en évidence deux phases distinctes (Figure 2). La première, comprise entre les semaines S1 et S17, est caractérisée par une circulation modérée de la maladie, avec un nombre moyen de 5 cas par semaine et un pic de 18 cas observé en S4. Parmi les 90 cas recensés au cours de cette période, 87 étaient des cas importés et 3 des cas acquis localement.

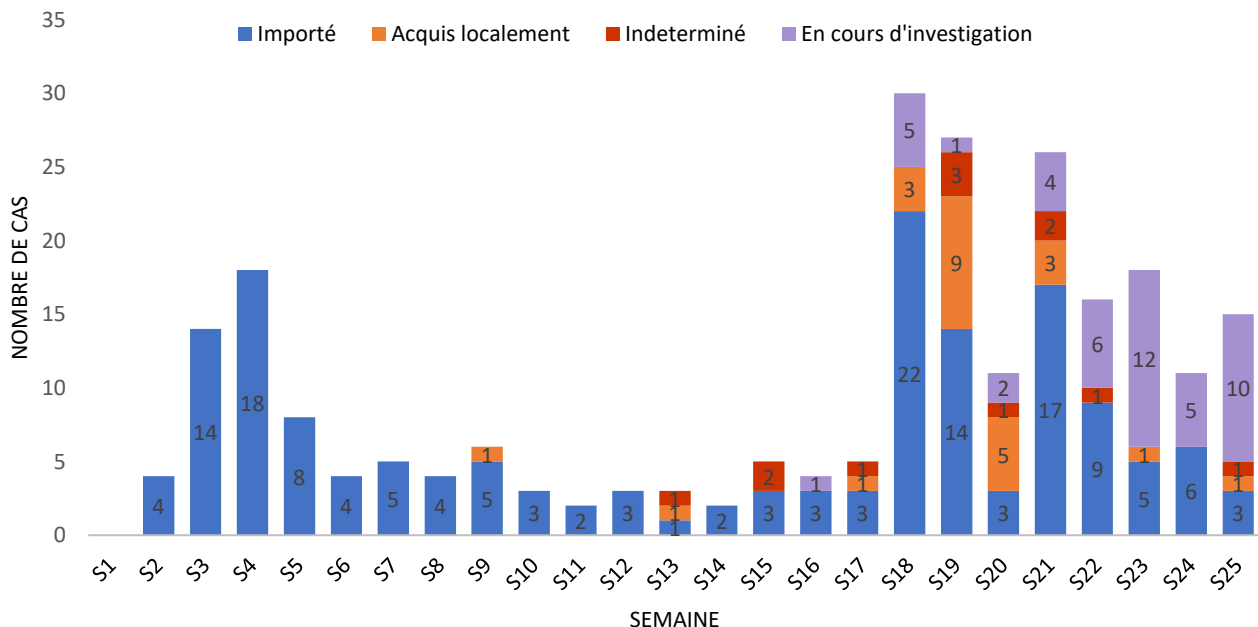
À partir de la semaine S18, une augmentation marquée du nombre de cas est observée, avec un pic de 30 cas recensés en S18, suivi d'un maintien à des niveaux élevés jusqu'à la semaine S25. Cette recrudescence est caractérisée par une augmentation du nombre de cas acquis localement, dont l'effectif progresse nettement entre les semaines S18 et S21. En semaine 25, 15 cas ont été enregistrés dont 10, en cours d'investigation, 3 importés, 1 cas acquis localement et 1 indéterminé.

Parmi les 46 cas en cours d'investigation, 41 sont localisés dans trois zones à risque productifs d'*anophèles* notamment à Mirereni (commune de Chirongui), Hajangoua (Dembéni) et Bandrélé (Bandrélé).

Sur les 161 cas importés, 95,6% provenaient de l'Union des Comores. Les autres cas proviennent de Madagascar (2 cas) ou des pays de l'Afrique sub-saharienne notamment Tanzanie (2 cas), Gabon (1 cas), du Togo (1 cas) et du Cameroun (1 cas).

Plasmodium falciparum est l'unique espèce identifiée parmi les cas déclarés à Mayotte en 2026.

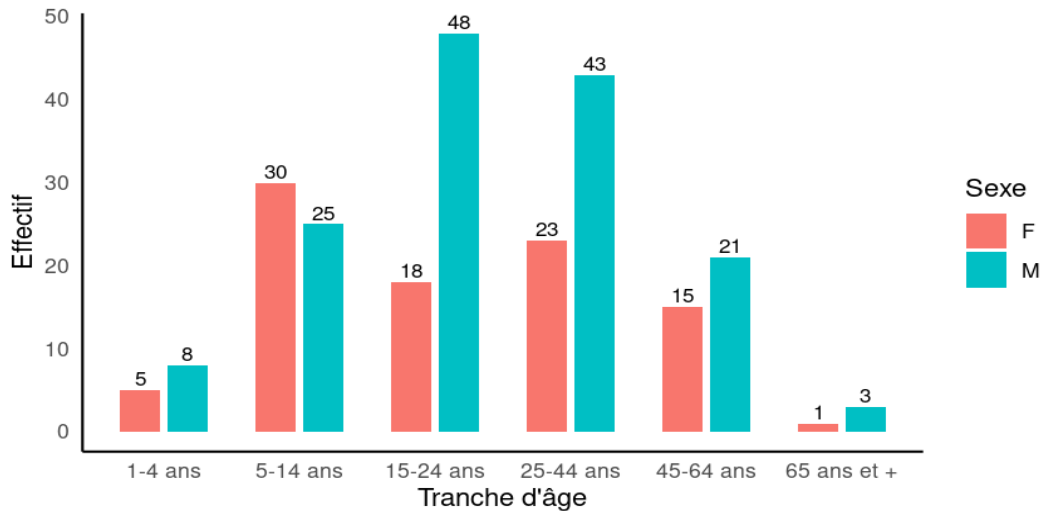
Figure 2- Répartition des cas de paludisme par semaine, données du 1^{er} janvier au 21 juin 2026, Mayotte. Source : laboratoire de biologie médicale du CHM.



Description sociodémographique des cas

Parmi les 244 cas de paludisme recensés depuis le début de l'année 2026, les données relatives à l'âge et au sexe étaient disponibles pour 240 cas (98,4 %). Le sex-ratio hommes/femmes était de 1,6 (148 hommes et 92 femmes). L'âge médian des cas était de 23 ans [2–78 ans]. Les classes d'âge des 15–24 ans et des 25–44 ans étaient les plus représentées, avec 66 cas chacune. À elles seules, ces deux classes totalisaient 132 cas, soit 55 % de l'ensemble des cas. À l'inverse, les enfants de moins de 5 ans et les personnes âgées de 65 ans ou plus représentaient respectivement 5,4 % et 2 % des cas (Figure 3).

Figure 3- Distribution des cas de paludisme selon l'âge et le sexe à Mayotte en 2026 (n=240).

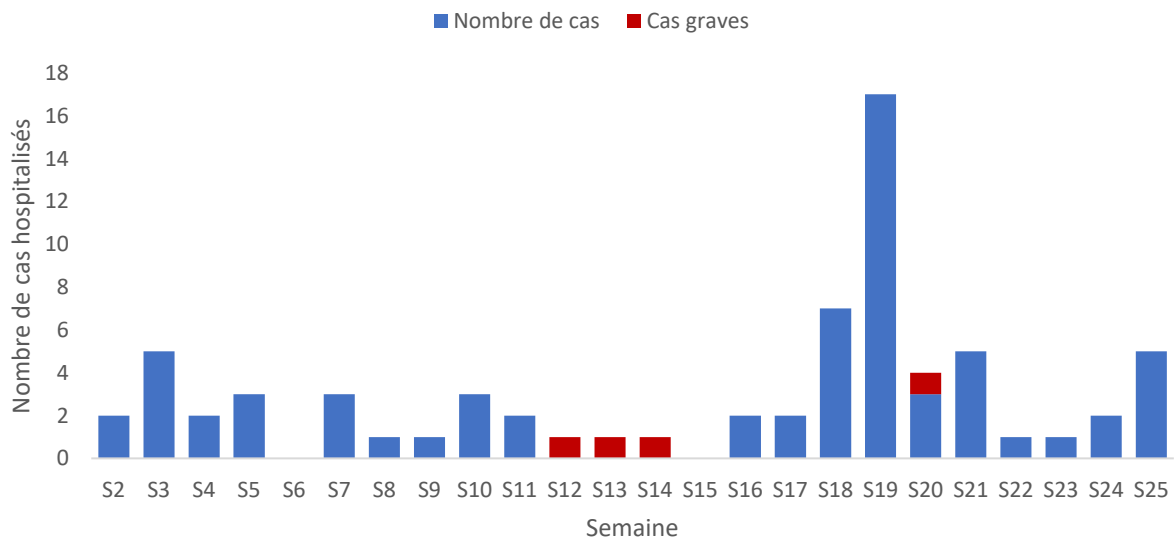


Prise en charge

Sur les 244 cas enregistrés depuis le début de l'année, 71 (29,1%) ont été hospitalisés, avec un pic des hospitalisations observé en S19 (17 cas). Parmi eux, 53 ont été pris en charge en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), dont 28 pour un séjour de 24 heures. Cinq cas ont été hospitalisés en service de médecine, quatre en pédiatrie et trois en maternité. Par ailleurs, quatre formes graves ont nécessité une admission en réanimation en S12, S13, S14 et S20. Aucun décès n'a été rapporté.

Parmi les 244 cas déclarés au cours des six premiers mois de l'année 2026 : 220 (90 %) ont été traités par Riamet®, 5 par Malarone® seul, et 14 par Artésunate suivi de Riamet®.

Figure 4- Répartition des cas de paludisme selon le statut d'hospitalisation à Mayotte en 2026.



Répartition géographique

La répartition géographique des cas de paludisme enregistrés depuis le début de l'année montre que l'ensemble des 17 communes du territoire est concerné. Toutefois, la distribution des cas est hétérogène, avec une concentration marquée dans quatre communes. Chirongui représente la part la plus importante, avec 59 cas (24 %), suivie de Mamoudzou avec 54 cas (22 %), de Dembéné avec 44 cas (18 %) et de Bandréle avec 27 cas (11 %). À elles seules, ces quatre communes regroupent 75 % des cas notifiés.

Les 25 cas de paludisme acquis localement enregistrés depuis le début de l'année sont répartis dans six communes. Parmi celles-ci, trois sont classées en zones à haut risque situées dans les communes de Chirongui, Dembéné et Bandréle et trois en zones à faible risque situées dans les communes de Kani-Kéli, Mamoudzou et Mtsangamouji. Chirongui concentre la plus forte proportion de cas acquis localement, avec 10 cas (40 %), suivie de Bandréle avec 7 cas (28 %). Dembéné a enregistré 4 cas (16 %), Kani-Kéli 2 cas (8 %), tandis que Mamoudzou et Mtsangamouji ont chacune enregistré 1 cas (4 %). Pour le cas notifié à Mtsangamouji, les investigations ont permis d'identifier le lieu probable de contamination : la personne avait séjourné à Chirongui au cours de sa période d'exposition. Cette répartition met en évidence la persistance d'une transmission locale du paludisme, principalement dans les communes du sud du territoire (Figure 5).

Figure 5- Répartition géographique des cas de paludisme par commune en 2026 (n=244).

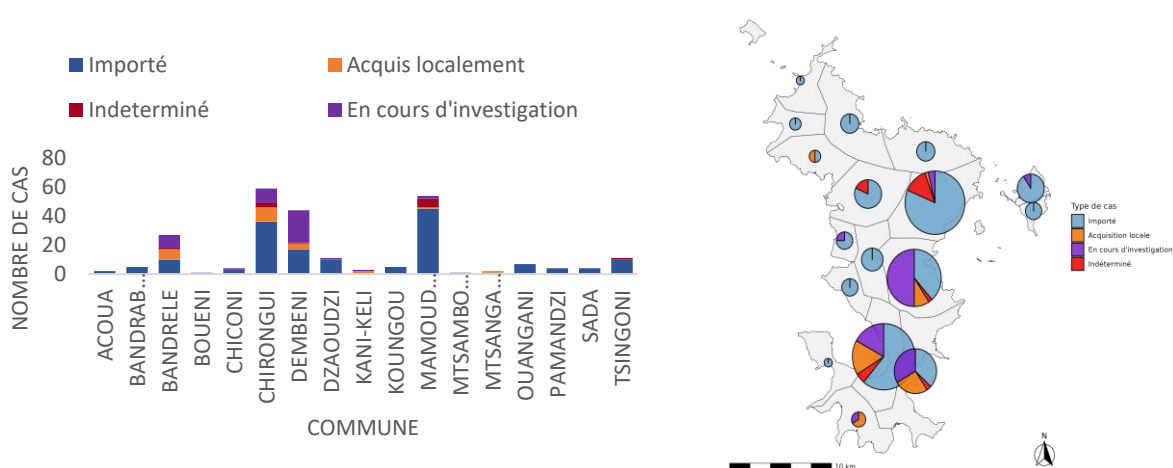


Figure 5a : distribution du nombre de cas par commune

Figure 5b : répartition géographique des cas

Analyse de la situation épidémiologique

Pour la deuxième année consécutive, des cas de paludisme acquis localement ont été enregistrés à Mayotte. En 2026, 25 cas ont été recensés, soit un nombre cinq fois plus élevé qu'en 2025 (5 cas). Pour rappel, les cas acquis localement notifiés en 2025 et en 2026 sont survenus après une période de près de cinq ans sans aucun cas autochtone, entre juillet 2020 et janvier 2025.

Cette situation épidémiologique s'inscrit dans un contexte régional marqué par une recrudescence du paludisme dans les pays voisins de l'océan Indien, en particulier aux Comores et à Madagascar, d'où proviennent plus de 80 % des cas importés enregistrés à Mayotte. L'intensification de la transmission dans ces pays s'est traduite, dès 2024, par une augmentation importante du nombre de cas importés sur le territoire mahorais. L'apparition des premiers cas acquis localement en 2025 et en 2026 souligne que le risque de réintroduction du paludisme demeure permanent à Mayotte en raison de l'importation régulière de cas infectieux et de la présence de vecteurs compétents, principalement *Anopheles gambiae s.l.* et *Anopheles funestus*.

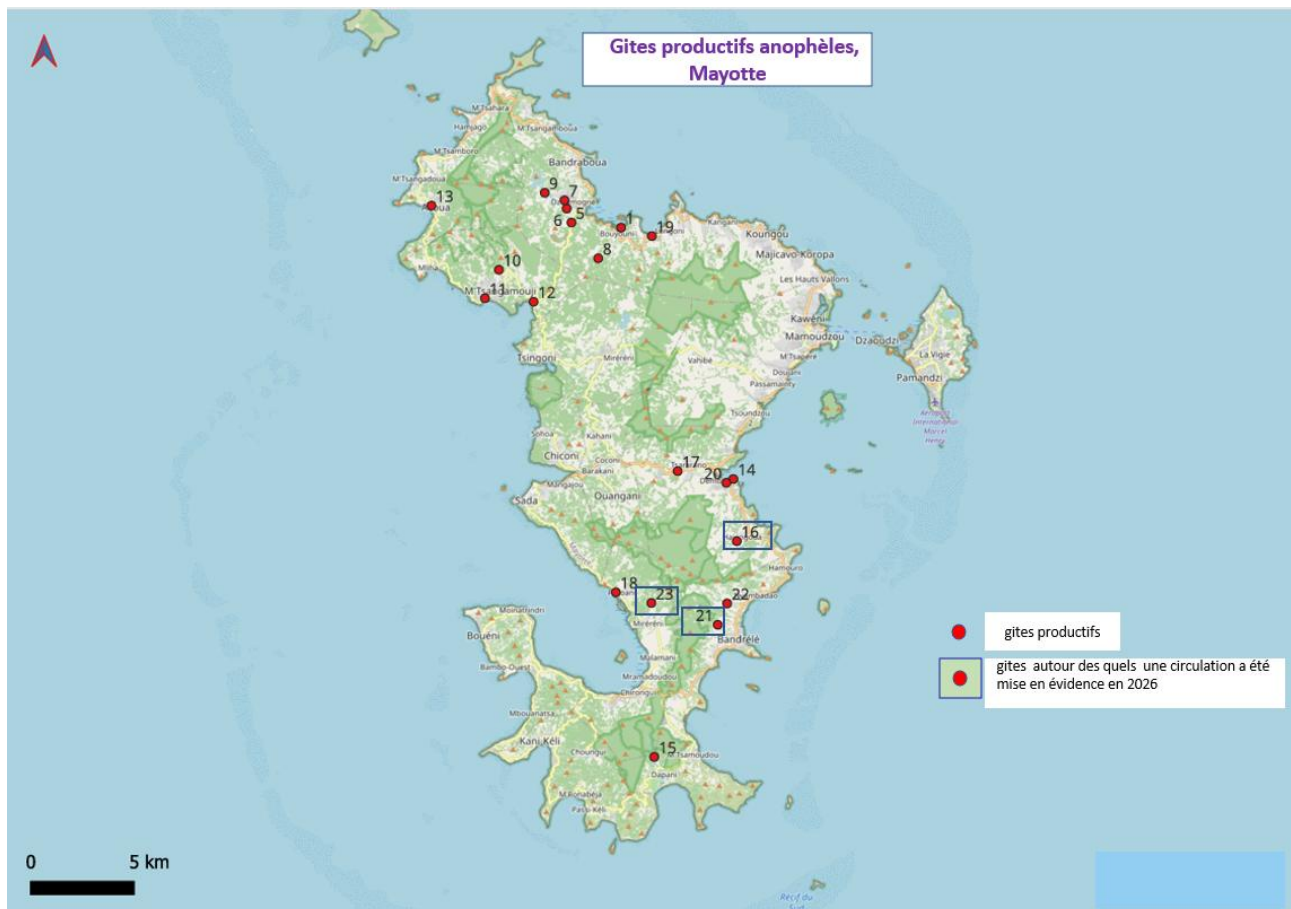
Les données de la lutte antivectorielle confortent cette analyse. En 2026, le service de lutte antivectorielle de l'ARS a recensé 23 gîtes larvaires productifs d'anophèles répartis sur le territoire, principalement dans les

secteurs nord, sud et centre-est de l'île (figure 6). La présence pérenne de ces gîtes favorise le maintien de populations vectorielles susceptibles d'assurer une transmission locale lorsque des cas importés surviennent. D'ailleurs, la quasi-totalité des cas acquis localement enregistrés en 2026 était localisée à proximité de trois gîtes particulièrement productifs situés à Miréréni, Bandrélé et Hajangoua (figure 6), suggérant un rôle important de ces zones dans la dynamique récente de transmission.

L'évolution du paludisme à Mayotte apparaît étroitement dépendante à la fois des actions locales de lutte antivectorielle et de la situation épidémiologique dans les territoires voisins. À titre d'exemple, la forte diminution du nombre de cas acquis localement observée au cours des années 2010 résulte probablement de plusieurs facteurs concomitants. Elle pourrait être liée, d'une part, à la mise en œuvre, à partir de 2012, d'une stratégie renforcée de lutte antivectorielle comprenant notamment la distribution et l'installation de moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MIILD) sur l'ensemble du territoire, et, d'autre part, à la diminution du nombre de cas importés en provenance des Comores. Cette dernière est vraisemblablement associée aux interventions menées par le Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP) de l'Union des Comores, lesquelles ont contribué à réduire la transmission palustre dans l'archipel à cette période.

Dans ce contexte, la réapparition puis l'augmentation des cas acquis localement observées depuis 2025 rappellent la fragilité des acquis obtenus en matière de contrôle du paludisme à Mayotte. Elles soulignent l'importance d'une approche régionale coordonnée, associant renforcement de la surveillance épidémiologique, maintien d'une lutte antivectorielle intensive et coopération avec les pays voisins. Bien que Mayotte demeure engagée dans une démarche d'élimination du paludisme, l'augmentation récente des cas importés et acquis localement et la persistance de conditions favorables à la transmission locale imposent une vigilance accrue afin de prévenir la reprise de la transmission de la maladie sur le territoire.

Figure 6- Répartition géographique des gîtes productifs d'anophèles à Mayotte (n=23).



Source : Service de lutte antivectorielle de l'ARS Mayotte

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

Surveillance des cas de paludisme à Mayotte

La surveillance du paludisme à Mayotte repose sur le signalement des cas confirmés biologiquement par le laboratoire du Centre Hospitalier de Mayotte (CHM), complété par les investigations épidémiologiques réalisées autour des cas détectés. Les données issues de ce dispositif permettent de suivre l'évolution de la maladie, de décrire les caractéristiques des cas recensés et d'orienter les mesures de prévention et de contrôle mises en œuvre par les autorités sanitaires.

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.

Équipe de rédaction

Bénédicte NGANGA-KIFOULA, Karima MADI, Charifatou OUEDRAOGO, Hassani YOUSOUF

Pour nous citer : Bulletin de surveillance régional. Édition Mayotte. 26 juin 2026. Saint-Maurice : Santé publique France, 09 p., 2026.

Directrice de publication : Caroline Semaille

Dépôt légal : 26 juin 2026

Contact : mayotte@santepubliquefrance.fr