

Date de publication 7 septembre 2026

MAYOTTE

Surveillance épidémiologique à Mayotte

Semaine 35 (du 24 août au 30 août 2026)

SOMMAIRE

Points clés	1
Paludisme	2
Infection respiratoire aiguë (IRA).....	5
Gastro-entérite aigue (GEA)	7
Fièvre typhoïde.....	9
Dengue.....	9

Points clés

Paludisme

- **8 nouveaux cas ont été déclarés en semaine 35** : 7 importés et 1 en cours d'investigation ;
- Depuis le début de l'année 2026, **343 cas de paludisme ont été enregistrés, dont 76 acquis localement** et 238 importés, majoritairement en provenance des Comores ;

Infections respiratoires aiguës (IRA)

- **Grippe** : Début de circulation du virus grippal de type A(H1), avec 7 prélèvements positifs en semaine 35 ;
- **Bronchiolite** : Baisse des passages aux urgences pour bronchiolite chez les moins de 2 ans au CHM au cours des deux dernières semaines.

Gastro-entérite aigue (GEA)

- Baisse du nombre de prélèvements positifs au rotavirus A, en semaine 35 avec 9 prélèvements positifs
- 9 passages aux urgences du CHM pour GEA ont été enregistrés en semaine 35, dont 3 hospitalisations secondaires ;
- **Passage en phase pré-épidémique** pour la gastro-entérite aiguë à rotavirus A depuis la semaine 34.

Fièvre typhoïde

- 1 nouveaux cas a été notifié en semaine 35, soit un total de 10 cas recensés depuis le début de l'année ;

Dengue

- 1 nouveaux cas de dengue a été signalé en semaine 35, soit un total de 13 cas recensés depuis le début de l'année.

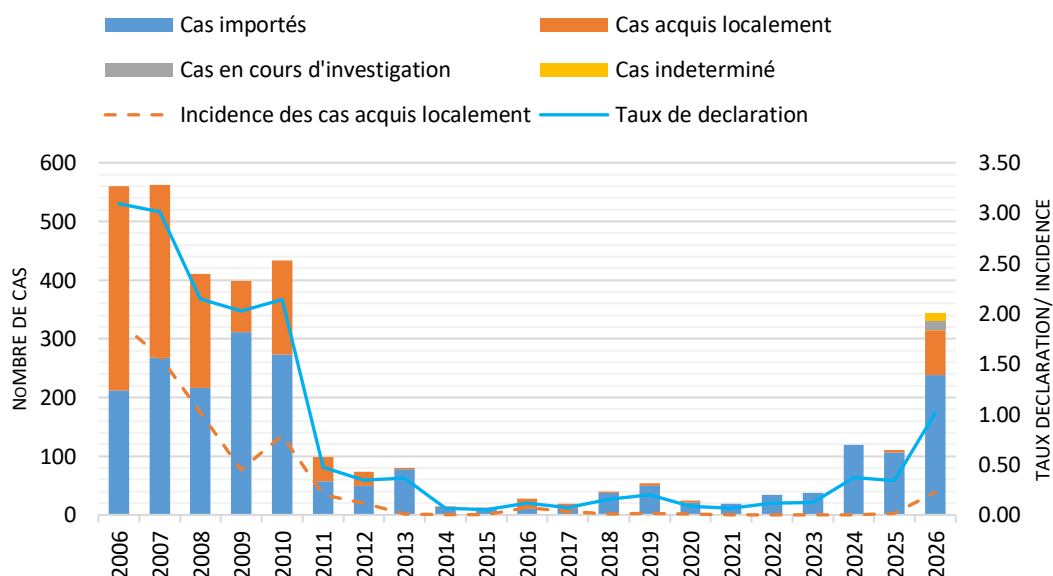
Paludisme

Au 31/08/2026, 343 cas de paludisme ont été déclarés à Mayotte (données non consolidées), c'est le nombre de cas le plus élevé jamais enregistré à Mayotte depuis 2010. Cette année 2026 se caractérise donc par une situation inhabituelle du paludisme, avec une augmentation marquée du nombre de cas déclarés par rapport aux années précédentes (Figure 1).

Après une diminution importante de l'incidence du paludisme à partir de 2011, tant pour les cas importés que pour les cas acquis localement, la transmission était restée à un niveau très faible pendant près de quinze ans. Dès 2011, moins de dix cas acquis localement étaient rapportés chaque année et, entre juillet 2020 et février 2025, aucun cas acquis localement n'avait été enregistré sur le territoire. À partir de 2024, le nombre de cas importés a toutefois fortement augmenté. Entre juillet et août 2025, cinq cas acquis localement ont été identifiés, les premiers depuis plus de quatre ans. En 2026, cette tendance s'est accentuée, avec une incidence des cas acquis localement multipliée par dix par rapport à 2025, passant de 0,02 à 0,22 pour 1 000 habitants.

Cette résurgence s'inscrit dans un contexte régional marqué par une circulation persistante du paludisme dans l'océan Indien, notamment aux Comores, qui constituent la principale source des cas importés à Mayotte. Toutefois, l'augmentation observée en 2026 ne s'explique pas uniquement par les importations. La proportion élevée de cas acquis localement fait craindre une reprise de la transmission autochtone après plusieurs années de circulation limitée. Cette évolution souligne la vulnérabilité persistante de Mayotte au risque de réintroduction et de réinstallation de la transmission du paludisme, malgré son entrée officielle dans la phase d'élimination de la maladie en 2014, conformément à la stratégie de l'OMS.

Figure 1. Distribution annuelle du nombre de cas de paludisme importé et acquis localement, taux de déclaration et taux d'incidence des cas autochtones, Mayotte, 01/01/2006 au 31/08/2026, (source : laboratoire de biologie médicale du CHM et ARS Mayotte) (données non consolidées)

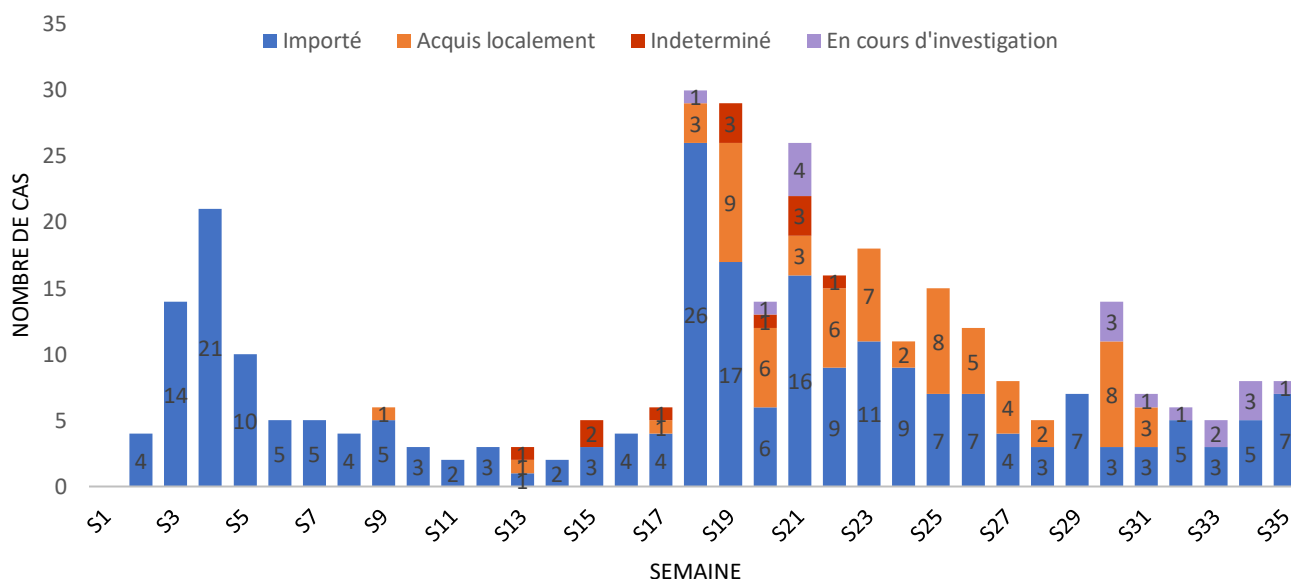


Description de la situation épidémiologique en 2026

En semaine 35 (du 24 au 30 août 2026), **8 nouveaux cas de paludisme** confirmés biologiquement ont été déclarés à Mayotte. Cette situation traduit une activité soutenue du paludisme depuis la semaine 30, avec une moyenne de six cas déclarés au cours des quatre dernières semaines. Parmi ces 8 cas recensés en S35, sept étaient importés et un était en cours d'investigation (Figure 2).

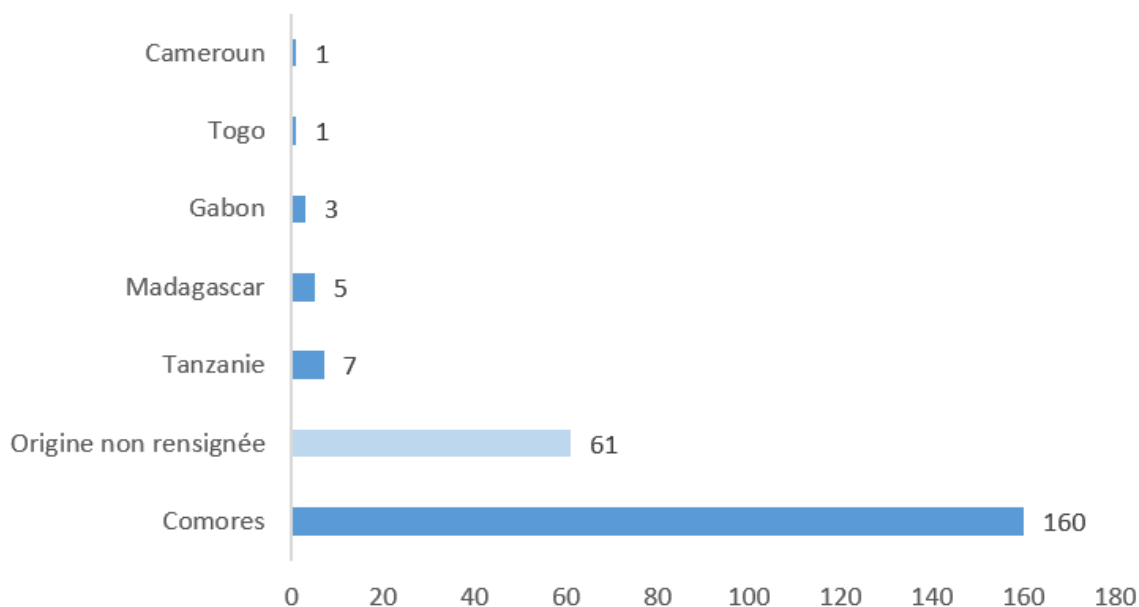
Au total, 343 cas de paludisme confirmés biologiquement ont été déclarés à Mayotte depuis le début de l'année (données non consolidées). Parmi eux, 238 sont des cas importés, 76 sont des cas acquis localement, 12 sont de statut indéterminé et 17 sont toujours en cours d'investigation.

Figure 2. Evolution hebdomadaire du nombre de cas de paludisme, par semaine de prélèvement, Mayotte, S01 à S35-2026 (n = 343) (source : laboratoire de biologie médicale du CHM et ARS Mayotte) (données non consolidées)



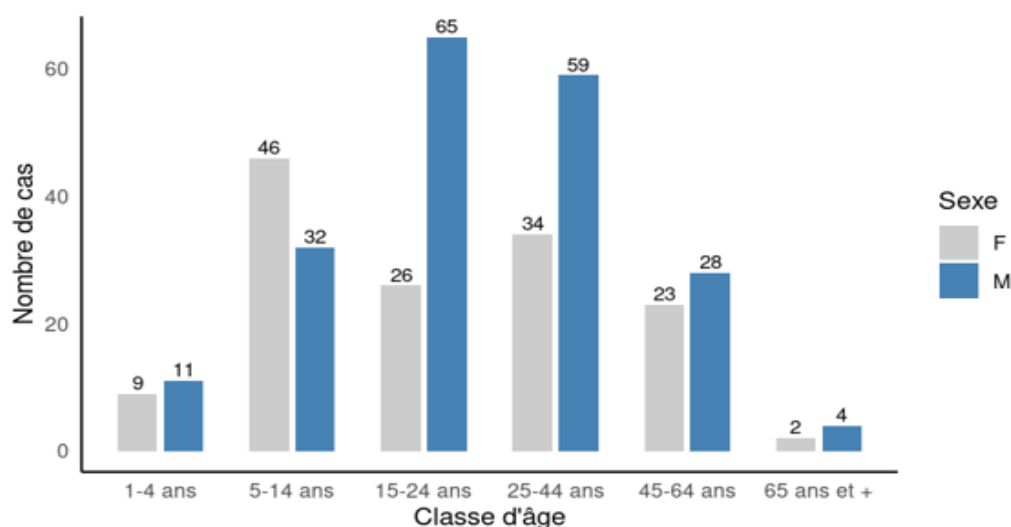
Parmi les 238 cas importés, plus des deux tiers étaient originaires des Comores (160 cas). Les pays d'Afrique subsaharienne représentaient près de 7 % des cas importés (17 cas), tandis que 5 cas étaient associés à une importation depuis Madagascar. Pour près d'un quart des cas importés, soit 61 cas, le pays d'origine de l'importation n'était pas renseigné ou demeurait inconnu (Figure 3).

Figure 3. Origine géographique des cas de paludisme importés à Mayotte de la S01 à la S35-2026 (n = 238)



Les données démographiques étaient disponibles pour 98,8 % des cas de paludisme recensés depuis le début de l'année (339 cas). Parmi ces cas, le sex-ratio homme/femme était de 1,4 (199 hommes et 140 femmes). La distribution des cas selon l'âge montrait une prédominance chez les adolescents et les jeunes adultes. En effet, les classes d'âge des 15–24 ans et des 25–44 ans représentaient à elles seules 54,5 % de l'ensemble des cas notifiés (Figure 4).

Figure 4. Répartition des cas confirmés de paludisme par classe d'âges et par sexe, Mayotte, S01 à S35-2026, (n = 339) (données non consolidées)



Répartition géographique des cas

Les 8 cas rapportés en semaine 35 sont localisés dans quatre communes, dont quatre cas dans la commune de Mamoudzou, un dans chacune des communes d'Acoua, Chiconi, Bandré et Bandraboua.

La répartition géographique des cas acquis localement apparaît hétérogène sur l'ensemble du territoire, avec une concentration plus marquée dans le sud de l'île. En effet, les 76 cas acquis localement recensés depuis le début de l'année sont principalement concentrés dans les communes à risque où la présence du vecteur compétent est documentée. Parmi ces communes, on note Dombéni (28 cas ; 36,8 %), Bandré (20 cas ; 26,3 %) et Chirongui (22 cas ; 28,9 %). Ces trois communes concentrent à elles seules 70 cas, soit 92,1 % de l'ensemble des cas acquis localement. Les six cas restants ont été rapportés dans les communes de Kani-Kéli et Bandraboua (deux cas chacune), Mamoudzou (un cas) et M'Tsangamouji (un cas) (Figure 5).

Les huit cas rapportés en semaine 35 sont répartis dans cinq communes : quatre cas dans la commune de Mamoudzou et un cas dans chacune des communes d'Acoua, Chiconi, Bandré et Bandraboua.

Depuis le début de l'année, la répartition géographique des cas acquis localement apparaît hétérogène sur l'ensemble du territoire, avec une concentration plus marquée dans le sud et l'est de l'île. Parmi les 76 cas acquis localement recensés depuis le début de l'année, la majorité est survenue dans des communes identifiées comme étant à risque, où la présence du vecteur compétent est documentée. Les communes de Dombéni (28 cas ; 36,8 %), Chirongui (22 cas ; 28,9 %) et Bandré (20 cas ; 26,3 %) regroupent à elles seules 70 cas, soit 92,1 % de l'ensemble des cas acquis localement (Figure 5).

Les six autres cas ont été rapportés dans les communes de Kani-Kéli et Bandraboua (deux cas chacune), ainsi qu'à Mamoudzou et M'Tsangamouji (un cas chacune).

Figure 5. Répartition géographique du nombre de cas acquis localement par commune de S01 à S35-2026 (n = 76) (données non consolidées)

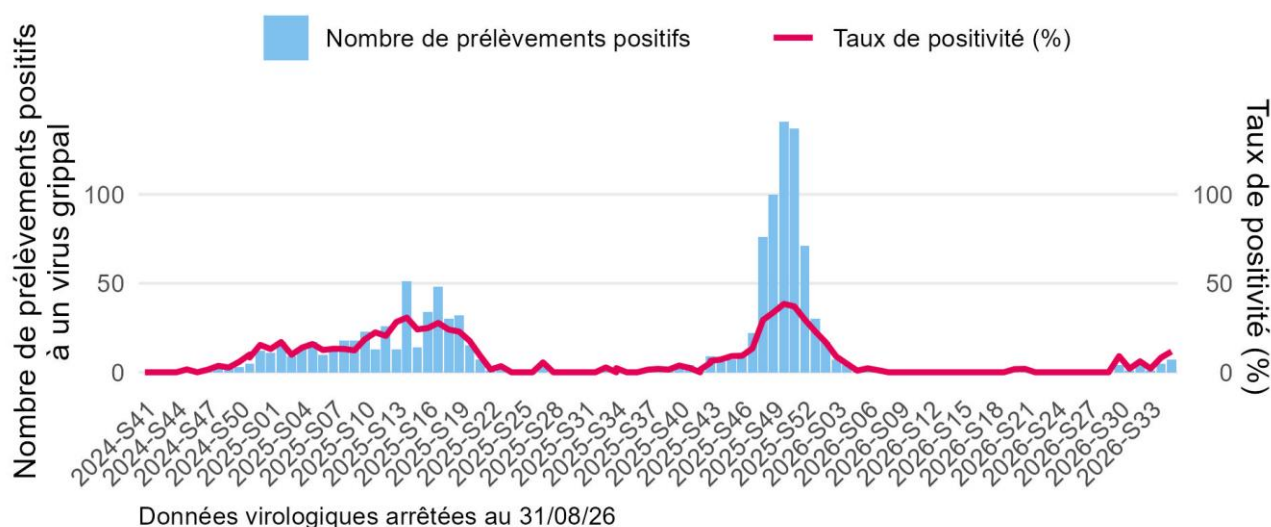


Infection respiratoire aiguë (IRA)

Grippe

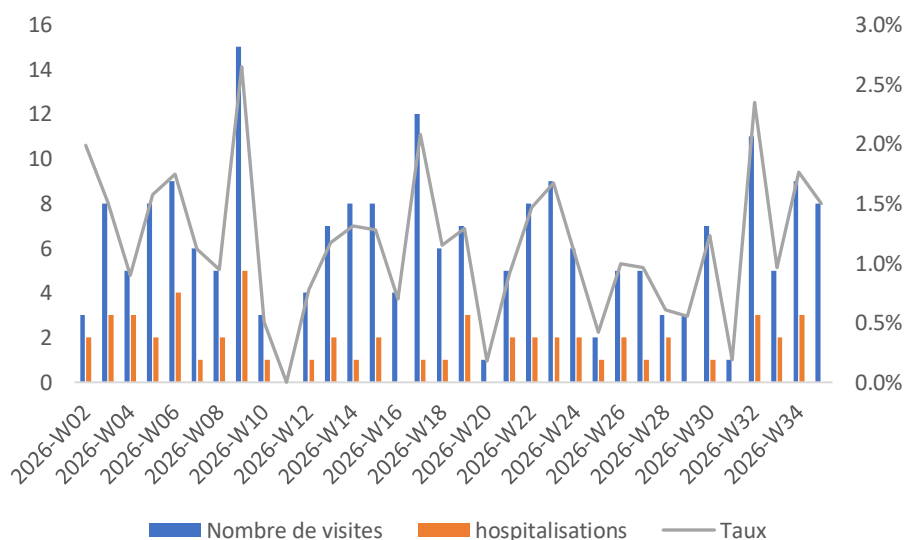
Les données de la surveillance virologique indiquent que, depuis la semaine 30, des cas sporadiques d'infection par un virus grippal de type A(H1), confirmés biologiquement, sont détectés à Mayotte. Entre les semaines 30 et 33, le taux de positivité moyen était de 5 %. Une augmentation du taux de positivité a été observée à partir de la semaine 34, atteignant 8,4 %. Cette tendance s'est poursuivie en semaine 35, avec sept prélèvements positifs pour un virus grippal de type A(H1) et un taux de positivité de 11,6 % (Figure 6).

Figure 6 : Évolution hebdomadaire du nombre de prélèvements positifs à un virus grippal, Mayotte, S40-2024 à S 35-2026 (source : laboratoire d'analyse médicale du CHM)



Le nombre de passages aux urgences pour infections respiratoires aiguës (IRA) basses chez les personnes âgées de plus de 15 ans est passé d'un passage en semaine 31 à une moyenne de huit passages par semaine entre les semaines 32 et 34. Ce nombre est resté stable en semaine 35, avec huit passages aux urgences enregistrés. Aucune hospitalisation n'a été signalée au cours de la semaine 35 (Figure 7).

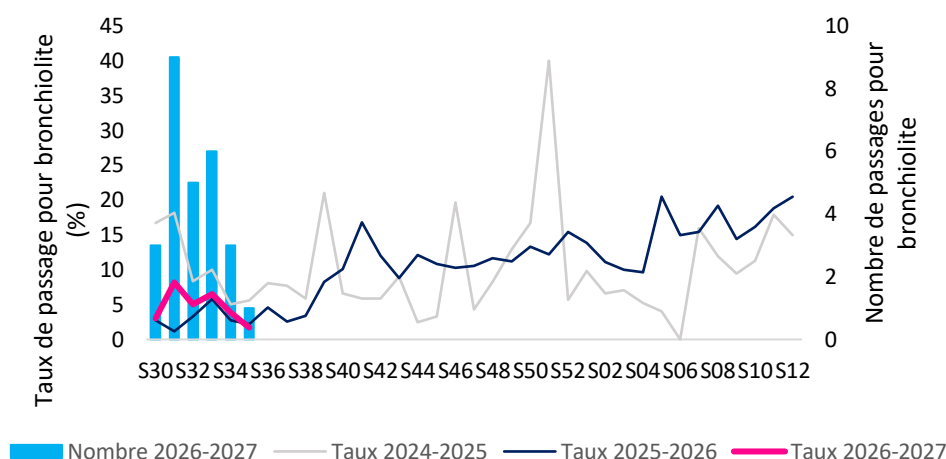
Figure 7 : Evolution du nombre de passages aux urgences et d'hospitalisations pour IRA basse chez les plus de 15 ans par semaines, Mayotte S01-2026-S35-2026 (source : Oscore)



Bronchiolite

Le nombre de passages aux urgences pour bronchiolite chez les enfants de moins de deux ans était en baisse au cours des deux dernières semaines, avec un passage enregistré en semaine 35, ayant donné lieu à une hospitalisation, contre trois passages en semaine 34 (Figure 8). Concernant la surveillance virologique du virus respiratoire syncytial (VRS), aucun cas confirmé biologiquement n'a été rapporté au cours de la semaine 35.

Figure 8 : Evolution du nombre de passages aux urgences pour Bronchiolite chez les mois de 1 ans par semaines, Mayotte S01-2026-S35-2026 (source : Oscour)



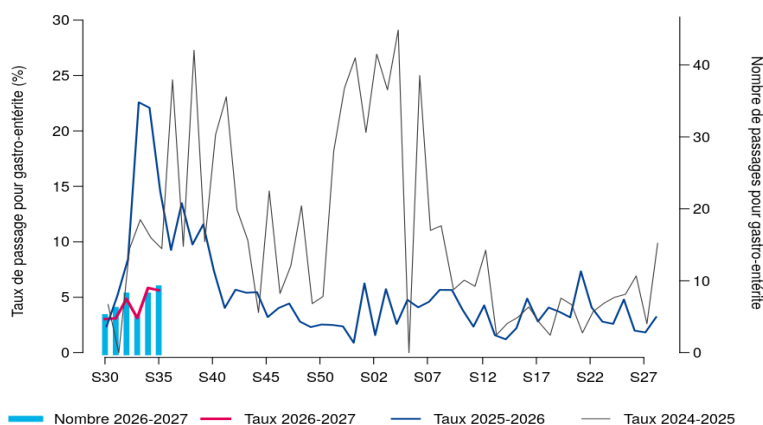
Pour plus d'informations

– [Dossier thématique IRA sur le site de Santé publique France](#)

Gastro-entérites aiguës (GEA)

En semaine 35, l'activité liée aux gastro-entérites aiguës (GEA) chez les enfants de moins de 5 ans est restée stable aux urgences du CHM, avec neuf passages enregistrés, représentant 5,6 % de l'activité totale des urgences, contre 5,8 % en semaine 34, avec huit passages. Au cours de la semaine 35, trois hospitalisations à l'issue d'un passage aux urgences ont été enregistrées (Figure 9).

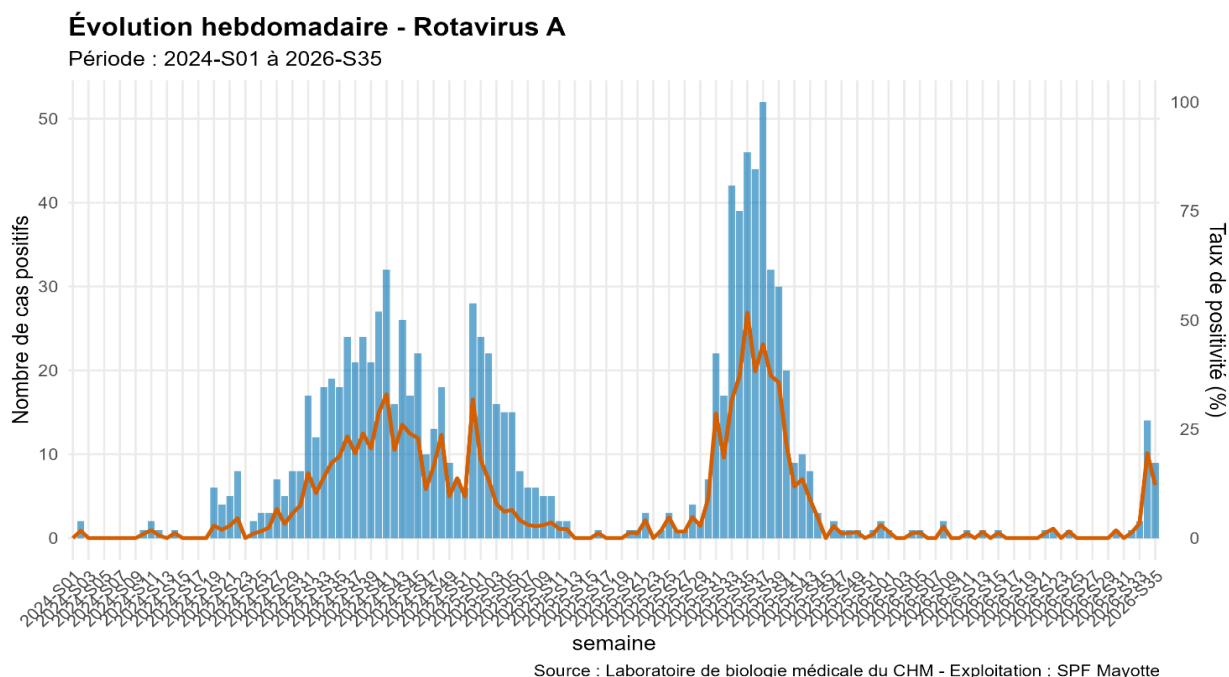
Figure 9. Évolution hebdomadaire du nombre de cas de gastro-entériques chez les enfants de moins de 5 ans aux urgences du CHM Mayotte, S30- à S35-2026, (Source : oscour)



Les données de surveillance virologique montrent une baisse du nombre de cas de GEA à *rotavirus A*. En semaine 35, 9 prélèvements positifs ont été rapportés, correspondant à un taux de positivité de 12,1 % contre 14 prélèvements positifs en semaine 34, taux de positivité de 19,4 % (Figure 10).

Depuis la semaine 34, Mayotte est entrée **en phase pré-épidémique pour les GEA à *rotavirus***. Cette année, l'épidémie saisonnière de GEA accuse un retard par rapport aux années précédentes. La saisonnalité habituelle des GEA à Mayotte se situe pendant l'hiver austral, de juillet à septembre.

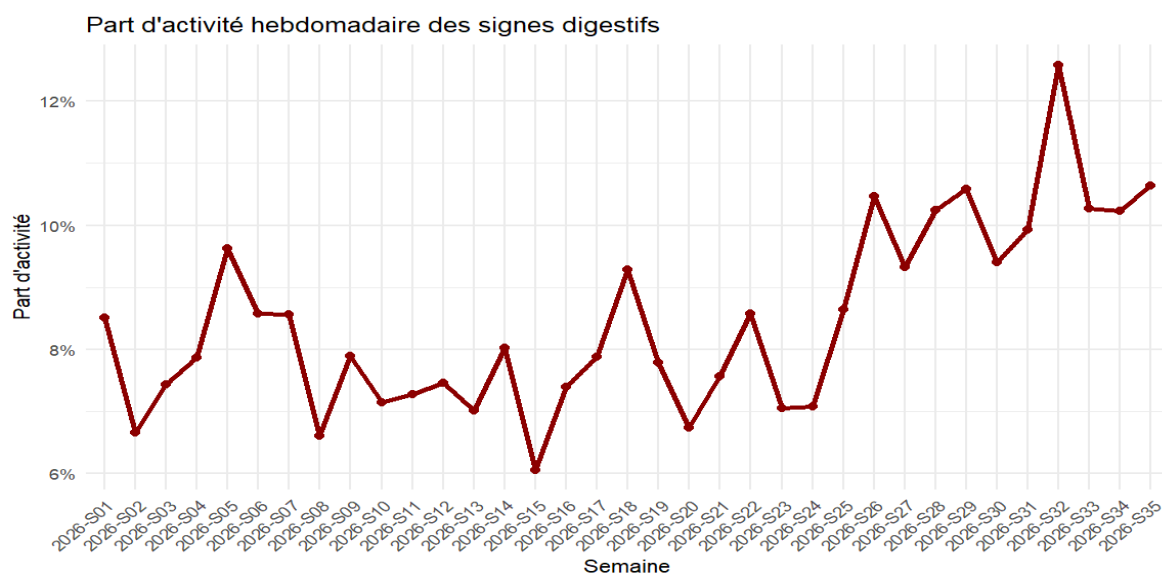
Figure 10. Évolution hebdomadaire du nombre de prélèvements gastro-entériques positifs au rotavirus A et du taux de positivité associé, Mayotte, S01-2024 à S35-2026 (source : laboratoire de biologie médicale du CHM)



Données issues des centres médicaux de référence

L'analyse des données issues des cinq centres médicaux de référence (Centre, Mamoudzou, Petite-Terre, Nord et Sud) montre qu'en semaine 35, la proportion de recours pour troubles digestifs (diarrhées, nausées, vomissements, douleurs abdominales et gastro-entérites) est légèrement en hausse, après une stabilité observée au cours des deux dernière semaines (Figure 11).

Figure 11. Évolution hebdomadaire du nombre de cas de recours pour troubles digestifs (diarrhées, nausées, vomissements, douleurs abdominales et gastro-entérites) dans les Centres Médicaux de référence, S01- à S35-2026, (Source : CMR)



Pour plus d'informations

- [Dossier thématique GEA sur le site de Santé publique France](#)
- [Vaccination contre les rotavirus - Repères pour votre pratique](#)

Fièvre typhoïde

En semaine 35, un nouveau cas de fièvre typhoïde a été signalé à Mayotte, portant à 10 le nombre total de cas enregistrés depuis le début de l'année. Parmi ces cas, six concernaient des hommes et quatre des femmes. L'âge médian était de 18 ans, avec des âges compris entre 4 et 32 ans. Les cas étaient principalement domiciliés dans les communes de Mamoudzou (3 cas) et de Koungou (3 cas). Les quatre autres cas étaient répartis entre les communes de Dzaoudzi, Sada et Pamandzi.

À titre de comparaison, au 31 août 2025, 104 cas de fièvre typhoïde avaient été signalés à Mayotte, soit un nombre nettement supérieur à celui observé à la même période en 2026. Parmi ces cas, 37 avaient été diagnostiqués au cours du seul mois de février 2025.

La comparaison des situations épidémiologiques observées en 2025 et en 2026 doit toutefois être interprétée avec prudence, compte tenu du contexte particulier dans lequel sont survenus les cas en 2025. En effet, la situation épidémiologique de 2025 s'est inscrite dans le contexte d'événements climatiques majeurs ayant affecté Mayotte, notamment le cyclone Chido en décembre 2024 et la tempête Dikeledi en janvier 2025. Ces événements ont été associés à de fortes précipitations, à des inondations ainsi qu'à des perturbations de l'approvisionnement en eau du réseau, autant de facteurs susceptibles d'avoir contribué à favoriser la transmission de maladies hydriques, dont la fièvre typhoïde.

Dengue

En S35, 1 cas de dengue a été signalé à la direction de veille et de sécurité sanitaire de l'ARS Mayotte. Il s'agit du seul cas signalé au cours des deux dernières semaines. Depuis le début de l'année 2026, seul des cas sporadiques de dengue ont été enregistrés à Mayotte. Ce nouveau cas porte à 13, le nombre total de cas de dengue rapportés depuis le début de l'année.

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 la Direction de la Veille et Sécurité Sanitaires (DVSS) de l'ARS Mayotte, mais aussi l'ensemble de nos partenaires associatifs.

Equipe de rédaction : Bénédicte NGANGA-KIFOULA, Charifatou OUEDRAOGO, Karima MADI, Flora AHMED et Hassani YOUSOUF

Pour nous citer : Bulletin surveillance régionale, Mayotte, 7 septembre. Saint-Maurice : Santé publique France, 9 p., 2026

Directrice de publication : Etienne POT (Directeur général par intérim)

Date de publication : 7 septembre 2026

Contact : mayotte@santepubliquefrance.fr