Bulletin

Santé publique France

Date de publication : 23 novembre 2026

MAYOTTE

Surveillance épidémiologique du paludisme à Mayotte

BILAN 2026 : SITUATION DU 01/01 AU 31/10/2026

Points clés

- **La recrudescence de cas de paludisme observée en 2025, notamment avec la réémergence des cas acquis localement, s'est accentuée** depuis le début de l'année 2026**.**
- **388 cas recensés en 2026**, dont 283 cas importés, **84 cas acquis localement**, 13 cas indéterminés et 8 en cours d'investigation, contre 111 cas enregistré sur l'ensemble de l'année 2025.
- Prédominance cas importés en provenance de l'Union des Comores (85%) ;
- Augmentation du nombre d'hospitalisations en 2026 par rapport à l'année 2025.
- 104 patients hospitalisés en 2026, soit 26,8% des cas, dont **11 admissions en réanimation**. Aucun décès n'a été enregistré ;
- *Plasmodium falciparum* est l'espèce prédominante, représentant 87,3 % des cas déclarés en 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 et la réémergence des cas acquis localement en 2025 et 2026 soulignent 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

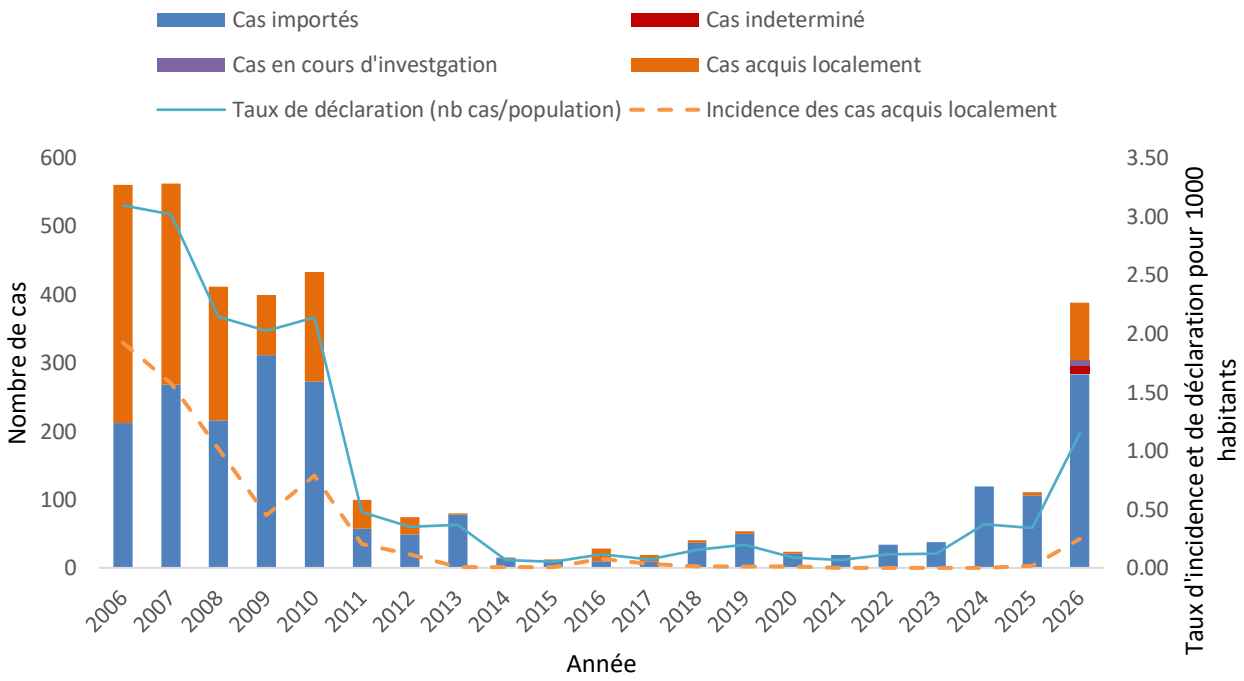
Entre 2006 et 2010, le paludisme présentait une endémicité persistante à Mayotte, avec plus de 300 cas notifiés annuellement et un taux de déclaration moyen de 2,5 cas pour 1 000 habitants. La transmission autochtone demeurait alors importante, les cas acquis localement représentant près de la moitié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

A partir de 2011, une diminution marquée de l'incidence et du nombre cas avait été observés tant pour les cas importés que pour les cas acquis localement, grâce au renforcement des mesures de lutte antivectorielle associé à l'amélioration du diagnostic et à la modification de l'arsenal thérapeutique. Ces mesures ayant contribué à une réduction de près de 77 % du nombre de cas. Cette baisse importante a été suivie d'une phase prolongée de faible transmission, caractérisée par une circulation résiduelle du parasite. Cette évolution s'inscrivait notamment dans un contexte de diminution des cas importés, en lien avec les actions de lutte antipaludique mises en œuvre par le Programme national de lutte contre le paludisme de l'Union des Comores.

En 2014, cette évolution épidémiologique favorable a conduit l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à classer **Mayotte en phase d'élimination du paludisme**. Depuis cette entrée en phase d'élimination, moins de 10 cas acquis localement ont été rapportés chaque année, à l'exception de 2016, où 18 cas avaient été signalés. Entre 2018 et 2020, l'incidence des cas acquis localement est resté inférieure à 0,02 cas pour 1 000 habitants. Apres quatre années consécutives sans aucune notification de cas acquis localement, **en 2025, de nouveaux cas acquis localement ont été signalé.**

Parallèlement, une recrudescence des cas importés de paludisme a été observée en 2024 et 2025, avec respectivement 119 et 106 cas enregistrés. Ces effectifs constituent les niveaux les plus élevés observés à Mayotte depuis 2010 (Figure 1). Cette augmentation s'inscrit dans un contexte de circulation active du paludisme aux Comores, principal territoire d'origine des cas importés enregistrés à Mayotte.

Figure 1. Distribution annuelle du nombre de cas de paludisme importés et acquis localement, taux de déclaration et taux d'incidence des cas acquis localement, Mayotte, 01/01/2006 au 01/11/2026.



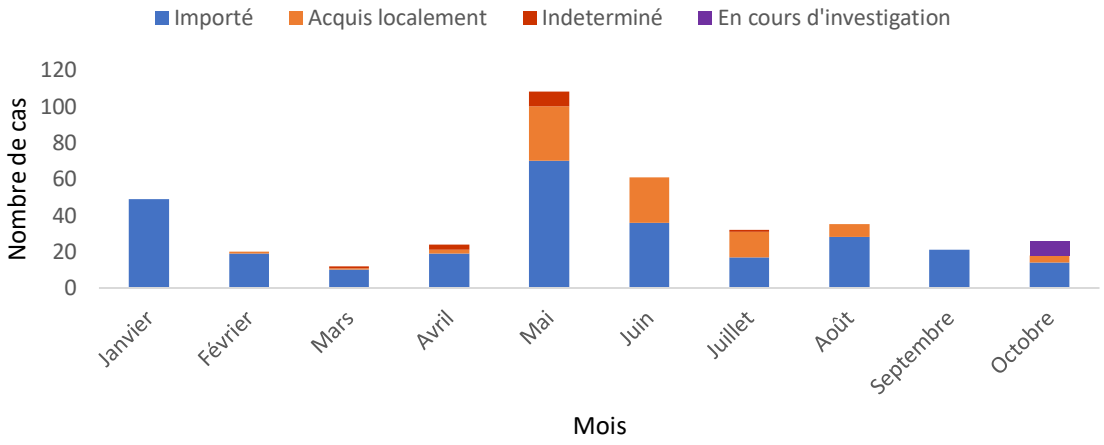
Description de la situation du paludisme en 2026

L'année 2026 se caractérise par une situation inhabituelle du paludisme, marquée par une augmentation importante du nombre de cas. Au 01/11/2026, **388 cas de paludisme confirmés biologiquement ont été enregistrés à Mayotte, soit 3,5 fois le nombre de cas recensés en 2025 (111 cas).** Parmi ces cas, **on dénombre 283 cas importés, 84 cas acquis localement, 13 cas indéterminés et 8 cas en cours d'investigation.** La distribution mensuelle de l'ensemble des cas au cours de cette période met en évidence deux phases distinctes. La première, entre janvier et mars, est caractérisée par une prédominance des cas importés et une faible proportion de cas acquis localement, avec l'identification du premier cas acquis localement en février. La deuxième phase, entre avril et août, est marquée par une augmentation importante du nombre total de cas, avec un pic au mois de mai, et 79 cas acquis localement enregistrés au cours de cette période (Figure 2). Aucun cas acquis localement n'a été observé en septembre. En octobre, on observait une légère augmentation du nombre total avec la réapparition de cas acquis localement (5 cas). (Figure 2).

Les investigations menées autour des cas acquis localement mettent en évidence l'existence de cas de paludisme introduits présentant un lien épidémiologique avec des cas importés.

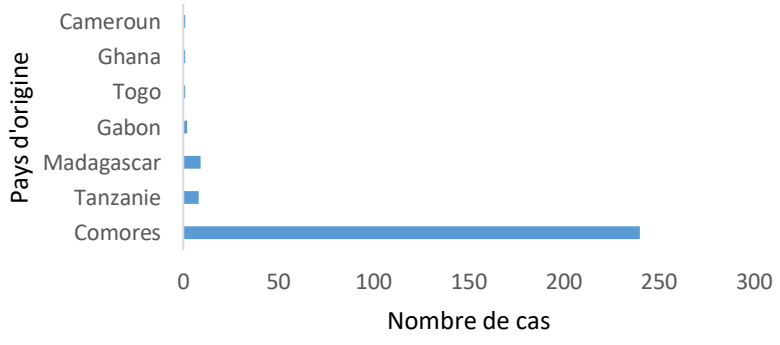
Comme les années précédentes, le *Plasmodium falciparum reste l'espèce* prédominante, représentant la large majorité des cas confirmés à Mayotte en 2026 (87,3%), avec 339 cas sur 388 cas recensés. Par ailleurs, 30 cas ont été attribués à Plasmodium sp.

Figure 2. Evolution mensuelle du nombre de cas de paludisme importé et autochtone à Mayotte en 2026 (n=388)



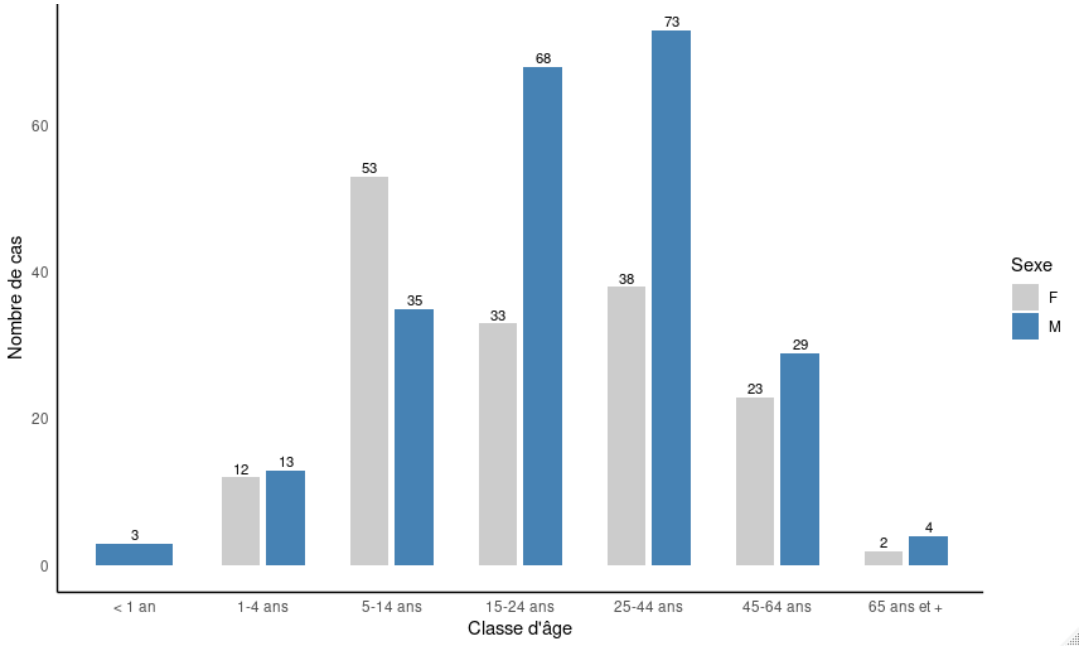
Parmi les 283 cas importés, la grande majorité (240) provenait de l'Union des Comores. Les autres cas sont originaires des îles et pays africains voisins, notamment de Tanzanie (9 cas), de Madagascar (8 cas), Gabon (2 cas), ainsi que du Togo, du Ghana et du Cameroun 1 cas chacun (Figure 3).

Figure 3. Répartition des cas importés de paludisme selon le pays d'origine en 2026 (n=283)



Les données relatives à l'âge et au sexe étaient disponibles pour 386 des 388 cas de paludisme déclarés. Les résultats montrent une prédominance masculine, avec un sex-ratio H/F de 1,4 (225 hommes contre 161 femmes), similaire à 2025 (1,5). L'âge médian des cas était de 22 ans (min. : 1 an ; max. : 78 ans), contre 26 ans en 2025. Les classes d'âge les plus représentées étaient celles des 25-44 ans (111 cas), des 15-24 ans (101 cas) et des 5-14 ans (88 cas), tous sexes confondus. Elles regroupaient respectivement 58,6 % des cas masculins et 41,3 % des cas féminins. À l'inverse, les enfants âgés de 0 à 4 ans et les personnes âgées de 65 ans et plus étaient les moins représentés, avec respectivement 9,3 % et 2 % des cas (Figure 4).

Figure 4. Distribution des cas de paludisme selon l'âge et le sexe à Mayotte en 2026 (n=386)



La prise en charge hospitalière a connu une évolution entre 2024 et 2026, marquée par une augmentation importante du nombre de patients hospitalisés et des cas admis en réanimation. Au total, **104 patients (26,8%) ont été hospitalisés en 2026, dont 11 cas graves admis en réanimation**. Les deux indicateurs connaissent une progression à partir de 2024, qui s'accentue en 2026. Ainsi, Le nombre de patients hospitalisés a fortement augmenté en 2026, atteignant 104 cas, soit plus du double du nombre enregistré en 2024 (46 cas). Parallèlement, le nombre de cas graves admis en réanimation a également augmenté, passant de 7 en 2024 à 11 en 2026, soit une hausse de 57,1 % (Figure 4).

Toutefois, la proportion de cas graves parmi les patients hospitalisés a diminué, passant de 15,2 % en 2024 à 10,5 % en 2026.

Sur les 104 cas hospitalisés en 2026, 73 étaient des cas importés, 29 des cas acquis localement et 2 étaient de statut indéterminé. Concernant la répartition par service d'hospitalisation, 36 cas ont été pris en charge en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) séjour d'un ou de deux jours au plus, 6 en médecine, 5 en maternité, 9 en pédiatrie et 11 en réanimation (Figure 5).

En ce qui concerne la répartition par âge des cas hospitalisés, la proportion d'hospitalisation par classe d'âge était chez les 5 -14 de 34% des cas déclarés ; chez les 15 - 24 de 20% ; et chez les 25 – 44 de 25%. Plus d'un enfant sur 3 atteint de paludisme, entre 5 et 14 ans, était hospitalisé, une personne sur 5 entre 15 et 24 ans, et une sur 4 entre 25 et 44 ans. À noter également qu'un enfant âgé de 2 ans a été hospitalisé en réanimation. Aucun décès n'a été rapporté parmi les patients hospitalisés en 2026.

Parmi les 388 cas déclarés en 2026 : 351 (90,4 %) ont été traités par Riamet® (artéméther + luméfantrine), 1 par Malacef® (artésunate) seul, et 25 par Malacef® suivi de Riamet®.

Figure 4. Répartition des cas de paludisme selon le statut d'hospitalisations à Mayotte, de 2022 à 2026 (n=104)

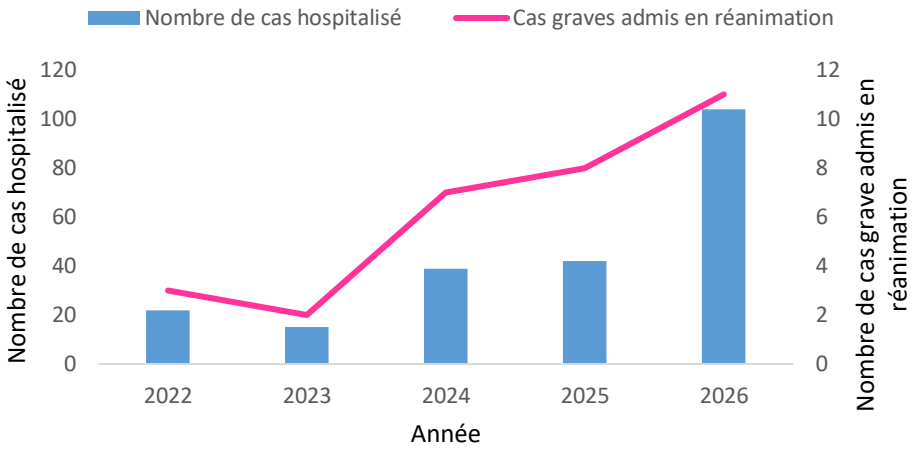
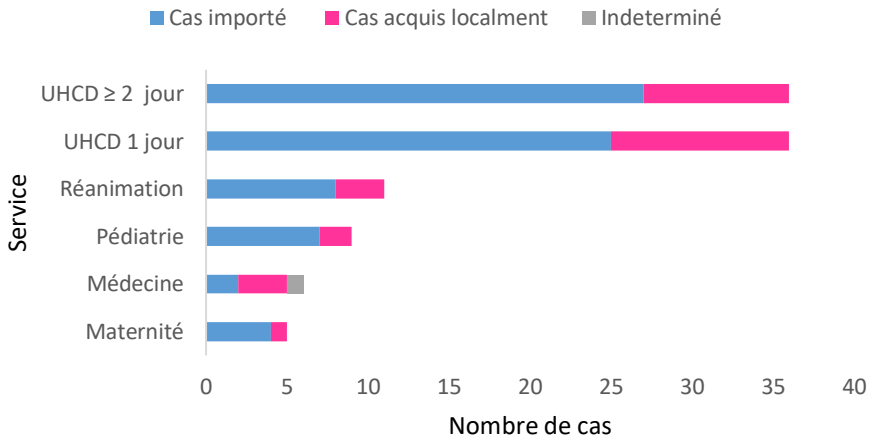


Figure 5. Répartition des cas de paludisme selon le statut d'hospitalisations à Mayotte, 2026 (n=104)



Les 388 cas de paludisme déclarés étaient répartis dans les 17 communes de l'île. La répartition géographique montre que les cas importés étaient présents sur l'ensemble du territoire, avec une concentration plus importante dans les communes de Mamoudzou (17 % ; n = 66), de Chirongui (14 % ; n = 53) et de Dembéni (10 % ; n = 40) (figure 6a).

Par ailleurs, les 84 cas acquis localement étaient répartis dans 11 des 17 communes de l'île (Figure 6b). La majorité de ces cas était enregistrée dans le sud de l'île, notamment dans des zones identifiées comme étant à haut risque de transmission, caractérisées par la présence de cas acquis localement et ou une forte densité du vecteur compétent. Ces zones avaient été identifiées par les services de lutte antivectorielle entre 2025 et 2026. Les communes les plus touchées étaient Chirongui (25 cas), Dembéni (23 cas) et Bandrélé (14 cas). Les autres cas étaient répartis dans les communes de Mamoudzou (6 cas), Bandraboua (5 cas), Sada (4 cas), Tsingoni (3 cas), ainsi que Ouangani, Bouéni, Pamandzi et Acoua (1 cas chacune) (Figure 6).

Les investigations épidémiologiques menées dans ces communes autour de certains cas acquis localement ont révélé que dix cas n'avaient pas été exposés au risque de transmission dans leur commune de résidence habituelle, mais avaient séjourné dans des zones haut risque de transmission du paludisme sur le territoire.

Figure 6. Répartition géographique du nombre de cas importés et acquis localement par commune en 2025 (n=388)

Figure 6a. Distribution du nombre de cas par commune

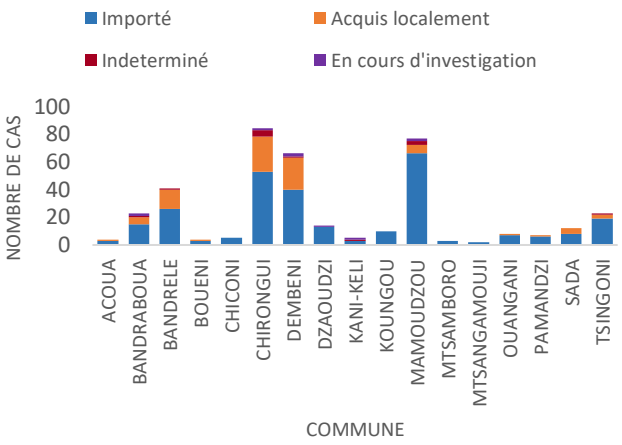


Figure 6b. Répartition des cas acquis localement par commune



Analyse de la situation épidémiologique

Depuis l'année 2025, une réémergence des cas de paludisme acquis localement est observée à Mayotte, après plus de quatre années sans transmission autochtone, le dernier cas ayant été identifié en juillet 2020. **Cette reprise de la transmission autochtone s'est intensifiée en 2026, avec une recrudescence du nombre de cas de paludisme, avec 388 cas déclarés, dont 84 cas acquis localement.** Cette situation se rapproche de celle observée en 2010 (433 cas dont 160 cas acquis localement).

Cette recrudescence survient dans un contexte d'augmentation de l'incidence du paludisme dans les pays de la zone d'échanges régionaux, notamment aux Comores et à Madagascar, d'où proviennent plus de 85 % des cas importés à Mayotte. L'intensification de la transmission dans la zone de l'océan Indien, particulièrement aux Comores au cours des deux dernières années, avec plus de 50 000 cas recensés entre janvier et août 2026 (données non consolidé), s'est traduite par une forte augmentation des cas importés à Mayotte : 119 cas en 2024, contre 38 en 2023, soit une hausse de 213 %. Cette tendance s'est confirmée en 2025 (106) et en 2026 (283) (figure 7).

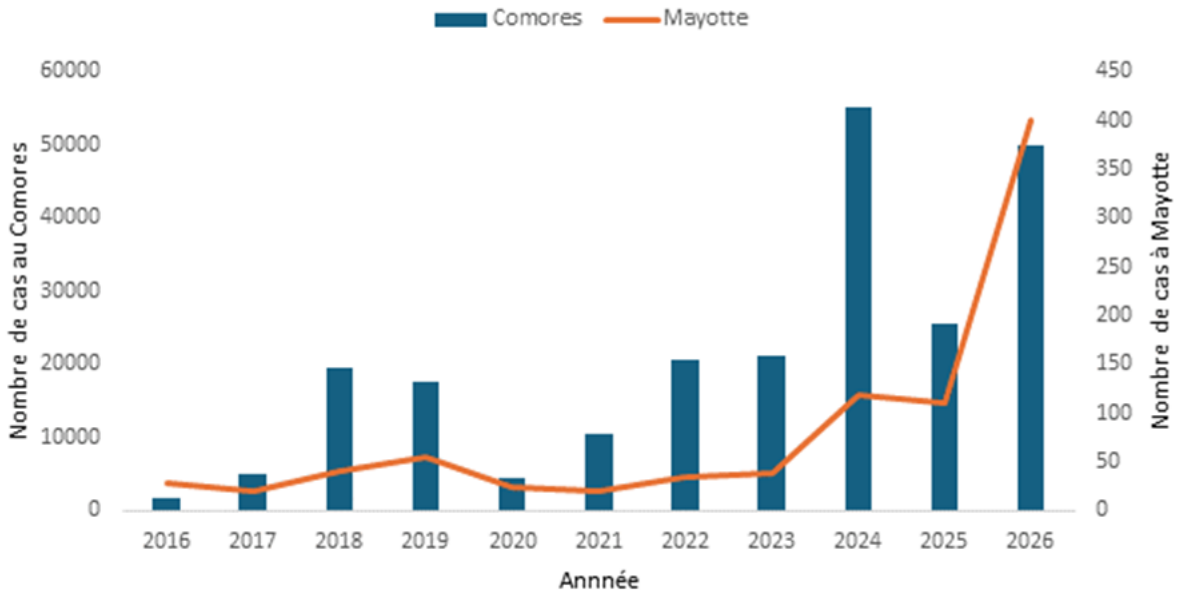
Par ailleurs, des cas importés en provenance de Madagascar et d'autres pays africains ont également été identifiés, notamment de la Tanzanie, le Gabon, Ghana, le Cameroun et le Togo.

La réémergence des cas de paludisme acquis localement s'inscrit dans un contexte de présence de vecteurs compétents, principalement l'*Anopheles gambiae s.l.* et *Anopheles funestus* dans les anciens foyers de transmission et dans les zones à haut risque. La présence de ces vecteurs, notamment dans certaines zones rurales où leur circulation a été documentée, constitue un facteur favorable à la reprise de la transmission locale, en particulier dans un contexte d'importation de cas importante. Cette évolution fragilise les efforts engagés depuis plus de dix ans en faveur de l'élimination du paludisme à Mayotte et fait craindre une reprise durable de la transmission autochtone, voire une réinstallation de l'endémicité.

L'évolution de la situation du paludisme à Mayotte est influencée d'une part par les actions de dépistage sur le terrain, de prise en charge et de traitement en milieu de soins (la possibilité de recourir à un traitement « altruiste » par Primaquine est également en cours de discussion), par la lutte antivectorielle (LAV) et les mesures de prévention mises en œuvre par l'Agence régionale de santé (ARS). Mais cette évolution dépend, d'autre part, des performances des stratégies de lutte déployées dans les territoires voisins, en particulier aux Comores (Figure 7).

. Cette situation souligne une nouvelle fois l'urgence de l'opérationnalisation d'une approche régionale coordonnée pour lutter efficacement contre le paludisme.

Figure 7. Evolution du nombre de cas de paludisme aux Comores et Mayotte, 2016 à 2026 (données 2025 et 2026 non consolidées pour les Comores)



Dispositif de surveillance de paludisme

La surveillance du paludisme à Mayotte repose sur la déclaration obligatoire des cas par les médecins et les laboratoires à la Direction de la Veille et de la Sécurité Sanitaire (DVSS) de l'Agence régionale de santé (ARS) de Mayotte. La Cellule régionale de Santé publique France à Mayotte analyse ensuite les données et classe les cas, en lien avec le service de lutte antivectorielle, selon les définitions de cas en vigueur. Tout cas suspect de paludisme, qu'il soit symptomatique ou asymptomatique, fait l'objet d'une confirmation biologique (PCR ou Frottis).

Depuis son engagement dans la phase d'élimination du paludisme en 2014, Mayotte met en œuvre des investigations épidémiologiques et entomologiques systématiques autour de chaque cas confirmé. Ces investigations visent à déterminer le statut du cas (importé ou acquis localement), à identifier d'éventuelles sources ou chaînes de transmission et à mettre en place les mesures de lutte adaptées. Une recherche active de cas est également conduite par l'ARS auprès de l'entourage proche (foyer, voisinage et lieux fréquentés) à l'aide de tests de diagnostic rapide (TDR), afin de détecter d'éventuelles infections supplémentaires et d'interrompre les chaînes de transmission. Tout TDR positif fera l'objet d'une confirmation biologique.

Tous les cas confirmés biologiquement bénéficient d'une prise en charge médicale selon les protocoles en vigueur au Centre hospitalier de Mayotte (CHM). L'ensemble des données de surveillance font l'objet d'une analyse hebdomadaire par Santé publique France restituées sur la base d'indicateurs épidémiologiques prédéfinis.

Définition de cas de paludisme

Cas confirmé de paludisme : toute personne, symptomatique ou asymptomatique, chez laquelle une infection palustre est confirmée par la mise en évidence de Plasmodium au frottis sanguin et/ou par un test de biologie moléculaire (PCR) positif.

Note : tout résultat positif à un test de diagnostic rapide (TDR) doit être confirmé par un examen parasitologique (frottis sanguin) ou par PCR avant d'être retenu comme cas confirmé.

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 pour les voyageurs 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, Charifatou OUEDRAOGO, Karima MADI, Flora AHMED, Hassani YOUSSOUF,Yvan SOUAREZ

Pour nous citer : Bulletin de surveillance régional. Édition Mayotte. 23 avril 2026. Saint-Maurice : Santé publique France, 8 p., 2026. Directeur de publication : Etienne POT

Dépôt légal : 23 novembre 2026

Contact : mayotte@santepubliquefrance.fr