

Prévalence du VIH à Mayotte.

M. C. Receveur* (1), X. Coulaud (1), R. Ali (1), O. Gasnier (1), Th. Benoit-Cattin (2) & M. E. Pettinelli (2)

(1) Service de médecine, centre hospitalier de Mayotte, BP04,97600 Mamoudzou, Mayotte.

* Tél : 02-69-61-86-60. E-mail : receveurmc@yahoo.fr

(2) Service de biologie, Centre hospitalier de Mayotte, BP04,97600 Mamoudzou, Mayotte.

Manuscrit n°DK/35. 6ème congrès international francophone de médecine tropicale "Santé et urbanisation en Afrique" (Dakar, octobre 2001). Accepté 8 juillet 2002.

Summary: HIV in Mayotte, Indian Ocean.

Mayotte is a little French island, located in the Indian ocean, between Madagascar and Mozambique.

Officially, the population goes up to 150000 inhabitants, but in fact, it probably comes up to about 200000 people, because of a very numerous illegal immigration, especially coming from Anjouan, the nearest Comorian island. Up to now there are no data about HIV in Mayotte. There is only one adult medical unit (except intensive care). All patients detected as seropositive for HIV are sent for treatment in this unit.

The only case of systematically proposed HIV serology is pregnancy, and this since 1994. 70% to 80% of women accept it. There are annually 6000 deliveries in Mayotte. When a seropositivity is detected, screening is systematically proposed to other members of the family. Epidemiology does not seem to worsen, even if detection is increasing: 8675 tests done in 1998, 9142 in 1999, 12085 in 2000. All cases of seropositivity attended to at present time in our unit have been registered and studied, apart from patients who died before this study, and those who did not consult for more than two years. There were 8 HIV positive people who died since 1990 in Mayotte, most of them in 1991, 1992. There was no death in the last years, nor sanitary evacuation, except one. 50 people are registered: 20 males, 30 females. Average age is 34. 39 Comorian people, 10 metropolitans, and one from another origin.

Contamination was heterosexual in 43 cases, intravenous drug user in 1 case, homosexual in 2 cases, professional in 1 case, unknown in 3 cases. There are 4 double contamination Ag Hbs/HIV, and 2 HCV/HIV. 39 subjects are at A stage, 5 B, 6 C. The beginning of the epidemic in Mayotte took place probably around 1990, among militaries and prostitutes. Now, transmission keeps going on, in most cases, heterosexual, as it occurs in the nearby Africa. Polygamy, official or officious, has a leading role. Females who were detected during pregnancy have obtained zidovudine, or have been able to pursue previous therapy. Medical care and therapy are free in Mayotte, but sometimes there are delays in supplying medicines or in returning results. Epidemic has not increased up to now: even though screening has.

There are very few pediatric cases: only 4 cases were notified in Mayotte until now: one who died very soon, one who has gone to live in Reunion island, and two who are still in Mayotte: one is 12 years old, and another one 5 years old.

Résumé :

Mayotte est une île française de 16000 habitants, située dans le nord du canal du Mozambique. Le service de médecine du Centre Hospitalier de Mayotte assure le suivi de l'ensemble des séropositifs de l'île.

Le dépistage n'est assuré de façon quasi-systématique que lors du suivi des grossesses: en moyenne, 6000 naissances par an. L'ensemble de la file active des séropositifs actuellement suivis dans le service a été recensé, et analysé.

On observe une certaine stabilité de l'épidémie. Cinquante patients sont actuellement suivis avec une moyenne d'âge de 34 ans. La contamination est majoritairement hétérosexuelle (43 cas).

Quatre patients sont double porteurs du virus de l'hépatite B et du VIH, 2 double porteurs VHC/VIH.

Les soins sont accessibles et gratuits à Mayotte. Cependant, comparativement à la métropole ou à La Réunion certaines difficultés fonctionnelles persistent.

HIV
Aids
epidemiology
Mayotte
Indian Ocean

VIH
sida
epidemiologie
Mayotte
Océan Indien

Introduction

Située dans le nord du canal du Mozambique, Mayotte est une île avec officiellement 150000 habitants. En réalité, elle en compte probablement 200000 car les personnes en situation irrégulière y sont très nombreuses, notamment en provenance d'Anjouan, l'autre île des Comores la plus proche. Mayotte bénéficie du statut particulier de collectivité départementale française.

Il n'existe aucune donnée sur la séroprévalence du VIH à Mayotte. Aussi nous a-t-il semblé intéressant de faire part des chiffres qui ont pu être recueillis dans notre service. Celui-ci est le seul service hospitalier de médecine adulte de l'île.

Par décision des autorités sanitaires locales, tous les cas de séropositivité y sont *a priori* adressés.

Population et méthodes

Le dépistage est proposé de façon systématique uniquement dans le cadre du suivi de grossesse, et ce depuis 1994; 70 à 80 % des femmes enceintes acceptent le dépistage. Il n'y a pas de centre de transfusion à Mayotte, il n'y a qu'un dépôt de sang, approvisionné par l'île de La Réunion. Le nombre annuel d'accouchements est en moyenne de 6000 sur les dernières années. Quand un cas de séropositivité VIH est détecté, une sérologie est systématiquement proposée au conjoint et aux enfants.

Résultats

L'épidémie ne semble pas prendre d'ampleur au fil des années (figure 1), alors que le nombre de dépistages augmente sensiblement : 8 675 tests effectués en 1998, 9 142 en 1999, 12 085 en 2000.

À l'exclusion des patients perdus de vue depuis plus de deux ans ou des décès, tous les cas de séropositivité actuellement suivis dans le service ont été recensés et analysés. Huit décès ont été enregistrés depuis le début du dépistage en 1990, tous diagnostiqués au stade du sida et évacués vers La Réunion ou la métropole, où ils sont morts en 1991, 1992. Cela fait plusieurs années qu'il n'y a pas eu de décès ni d'évacuation sanitaire pour cas de sida sur l'île, à l'exception d'une seule pour syndrome d'activation macrophagique.

Cinquante patients sont actuellement suivis, dont 20 hommes et trente femmes. La moyenne d'âge est de 34 ans. Les patients sont d'origine comorienne (Mayotte ou autre île) dans 39 cas, métropolitain dans 10 cas, autre dans un cas.

La contamination est hétérosexuelle dans la très grande majorité des cas, (43 cas), homosexuelle dans deux cas, due à la toxicomanie dans un cas, professionnelle dans un cas, inconnue dans trois cas.

La double contamination AgHBs/VIH est retrouvée dans 4 cas, VHC/VIH dans deux cas.

Trente-quatre grossesses ont été comptabilisées, chez 30 patientes, depuis 1995 :

- 3 IVG,
 - 2 fausses couches,
 - 16 grossesses qui ont fait l'objet d'une prescription (mono, bi ou tri thérapie),
 - 3 grossesses encore en cours,
 - 5 accouchements effectués de façon certaine sous perfusion d'AZT, et par césarienne,
 - 3 accouchements avec maintien de la trithérapie antérieure.
- Les stades et les charges virales des patients sont notifiés dans la figure 2 et le tableau I.

Le suivi montre que 30 patients ont été vus au cours des 3 derniers mois, 7 entre 6 et 9 mois ; 13 n'ont pas été vus depuis

Figure 2.

Stade des patients (selon classification du CDC d'Atlanta).
Stage of patients.

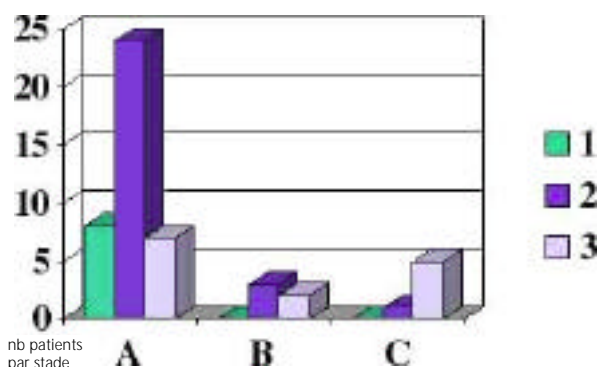


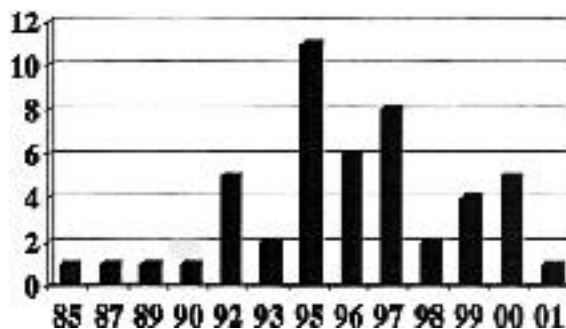
Tableau I.

Charges virales.
Viral loads.

charge virale (en copies/ml)	nb patients (n = 50)
< 50	15
entre 50 et 10000	14
entre 10000 et 30000	8
entre 30000 et 100000	4
> 100000	6
inconnue	3

Figure 1.

Nombre de patients par année de découverte.
Number of patients per year of discovery.



plus de 9 mois dans notre service, dont 3 sont repartis en métropole.

Les traitements en cours sont constitués de 2 bi thérapies (femmes enceintes), de 28 tri thérapies, 5 quadri thérapies, 13 patients sont non traités.

Discussion

Épidémiologie

L'épidémie a commencé vers le début des années 1990, parmi le contingent militaire qui fréquentait quelques prostituées. Actuellement, la transmission, toujours majoritairement hétérosexuelle, traduit une transmission de même type que celle du tout proche continent africain (6). La polygamie, officielle ou officieuse, joue ici un rôle majeur.

La prévalence du VIH semble à peu près stable, encore que, depuis la rédaction de cette présentation, 4 nouveaux cas aient été recensés : deux personnes arrivant de métropole, une femme détectée à la maternité et une diagnostiquée au stade sida, actuellement hospitalisée dans le service.

Le niveau d'endémicité peu élevé est comparable à ce que l'on retrouve dans les îles voisines : que ce soient les autres îles comoriennes, Madagascar ou l'île Maurice (6). Cependant, l'appréhension de la population vis-à-vis de ce diagnostic engendre également un sous-dépistage. Un exemple : de nombreux conjoints, dans notre cohorte, ont refusé le dépistage, malgré des propositions réitérées.

Seuls deux patients sont entrés dans la phase maladie par le biais d'une pneumocystose ; il s'agissait dans les deux cas de patients d'origine métropolitaine. L'épidémie diffère en cela de ce qui s'observe en France, bien que trop peu de patients dans notre cohorte aient encore atteint le stade sida pour que l'on puisse réellement conclure (5).

Les cas pédiatriques sont restés très peu nombreux à ce jour : ils sont actuellement à Mayotte exactement au nombre de deux : un enfant de 12 ans et un autre de 5 ans. Un troisième a déménagé à La Réunion et un bébé est décédé rapidement et sans diagnostic précis après la naissance.

Suivi et thérapeutique

Les examens et les soins sont, de façon générale, gratuits à Mayotte, mais le niveau de vie reste très bas. L'offre de soins est globalement très insuffisante : budget de santé par habitant sept à huit fois moindre qu'en métropole (3).

Concernant la pathologie VIH, le suivi et la thérapeutique sont donc, *a priori*, accessibles, avec cependant des délais particulièrement longs pour la réception de certains examens complémentaires. Les délais sont également plus longs qu'en métropole quand il y a nécessité d'une procédure particulière (médicament sous autorisation temporaire d'utilisation).

Certaines associations, potentiellement intéressantes, ne sont pas utilisables pour des raisons matérielles: certains patients ne disposent pas de réfrigérateurs (1, 2).

Les femmes qui ont été dépistées en cours de grossesse ont, pour la plupart, bénéficié d'une mise sous zidovudine, ou du maintien de leur thérapie antérieure. Certaines ont pu accoucher par césarienne, et sous perfusion d'AZT, mais cela n'est une certitude que pour 5 dossiers. La pénurie chronique de gynécologues au niveau de l'établissement ne permet pas à ce jour de collaboration efficace dans ce domaine.

Par ailleurs, nous rencontrons des difficultés à motiver les patients pour leur traitement, et donc pour les suivis et l'observance; un exemple, qui n'est pas spécifique de la pathologie VIH: il suffit qu'il pleuve, ou que le sujet n'ait pas d'argent pour son taxi, et il ne viendra pas à la consultation ou faire pratiquer la prise de sang.

Le Mahorais aurait du mal à se projeter dans l'avenir. L'impression de bien se porter ne facilite pas l'adhérence au traitement. Les femmes semblent plus disciplinées et plus motivées que les hommes pour se faire suivre.

Il existe certainement des composantes anthropologiques qui n'ont pas été investiguées à Mayotte et qui expliqueraient, pour partie, les difficultés rencontrées dans le suivi de nos patients. Par ailleurs, ceux-ci vivent encore souvent leur maladie dans un grand isolement moral, notamment vis-à-vis de leurs proches.

Prévention

Il n'existe pas de véritable centre de dépistage anonyme à Mayotte. Par contre, la grande majorité des prélèvements sont rendus anonymes.

Il existe un organisme de prévention qui organise des campagnes d'information: le COTES (comité territorial d'éducation à la santé), il dispose de peu de moyens, malgré un personnel motivé (4).

Par ailleurs, avec la libération très nette des mœurs d'une partie de la jeune génération, baisser la garde en terme de prévention serait une erreur.

Au niveau de l'hôpital, nous avons une ligne budgétaire spécifique pour les médicaments de ces patients, mais pas pour le suivi, et beaucoup de chemin reste à faire, notamment pour l'accompagnement social et psychologique.

Le présent travail pourrait être le début d'une meilleure collaboration avec la direction départementale de la santé.

Références bibliographiques

1. BANI-SADRE F, PERRÉ P, PEYTAVIN G, BERNARD L, MELCHIOR JC *et al.*- Association indinavir-ritonavir: résultats pharmacologiques et tolérance chez les patients infectés par le VIH. *Presse Méd*, 2001, **30**, 731-735.
2. CONDRA JH, PETROPOPOULOS CJ, ZIERMANN R, SCHLEIF WA, SHIVAPRAKASH M *et al.*- Résistance médicamenteuse et prédictibilité des réponses virologiques aux antiprotéases du virus de l'immunodéficience humaine de type I. *J Infect Dis*, 2000, **182**, 758-764.
3. CONSTANT P - Mayotte: bientôt un système de sécurité sociale. *Le Quotidien du Médecin*, 2002, **7091**, 18.
4. ENSEMBLE D'AUTEURS - Les actes du colloque international, *Les Sociétés de l'océan Indien face au sida*; Saint-Denis de la Réunion, 5-6 décembre 1996.
5. INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE - Surveillance du sida en France. Situation après deux ans d'interruption. *BEH*, 2000, **38**, 163-169.
6. ORG. MOND. SANTÉ - Surveillance mondiale du sida. *REH*, 2000, **75**, 379-392.