



Session : Infection à VIH

VIH à Mayotte (2010–2025) : rupture diagnostique en 2022 et évolution des profils des personnes nouvellement diagnostiquées

Emilie Mosnier¹, **Coline Mortier**¹, Margaux Froidefond², Pierre Alexis Bony², Alain Prual², Emmanuel Mortier², Roland Rodet¹, Pierre Tattevin³, Hugo Law Koune¹, Cédric Arvieux³, Mohamadou Niang²

¹ CHU Réunion, ² CH Mayotte, ³ CHU Rennes





Déclaration de liens d'intérêt avec les industriels de santé
en rapport avec le thème de la présentation (loi du 04/03/2002) :

L'orateur ne
souhaite
pas répondre

☐

- **Intervenant** : MORTIER Coline
- **Titre** : VIH à Mayotte (2010–2025)

- Consultant ou membre d'un conseil scientifique ☐ OUI ☒ NON
- Conférencier ou auteur/rédacteur rémunéré d'articles ou documents ☐ OUI ☒ NON
- Prise en charge de frais de voyage, d'hébergement ou d'inscription à des congrès ou autres manifestations ☐ OUI ☒ NON
- Investigateur principal d'une recherche ou d'une étude clinique ☐ OUI ☒ NON

Mayotte : spécificités territoriales



330 000 habitants

77% < seuil de pauvreté

Carrefour migratoire



Pas d'AME

1 seul centre hospitalier (570 lits)

Stigmatisation



Mayotte : **CONTEXTE**

Un seul service de maladies infectieuses,

Faible nombre de soignants

Pas de décentralisation :

bilans sanguins, délivrance ARV, suivi des femmes enceintes (15-20)

> **coût** (trajet), **exposition** (risque de la PAF)

Limites dans la dispensation ARV

* hospitalière (Mamoudzou)

* pour 1 mois

* pas tous les ARV



File active PVVIH : 729*

59% de femmes*

27% en situation administrative irrégulière*

73% de patients indétectables* (81% si < 400copies)

Objectif

- ❖ Les objectifs de notre étude étaient de
 1. décrire l'évolution des nouveaux diagnostics de VIH à Mayotte entre 2010 et 2025
 2. identifier les facteurs associés à la rupture épidémiologique observée depuis 2022
 3. analyser les déterminants des diagnostics tardifs

Méthode

Inclusion de tous les nouveaux diagnostics VIH entre 2010 et 2025.

NADIS

Analyses réalisées



Évolution temporelle

Régression de Poisson en séries temporelles interrompues

Test a priori d'une rupture en 2022

Incidence calculée sur la taille de population par an (INSEE)



Facteurs associés aux diagnostics récents comparaison avant/après 2022



Facteurs associés aux diagnostics de stade tardifs <200CD4

Résultats : POPULATION D'ÉTUDE

CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES



56,1 %
de femmes


551

NOUVEAUX DIAGNOSTICS VIH

MODE DE TRANSMISSION



76,6 %
Hétérosexuel



10,0 %
HSH



3,5 %



Les nouveaux diagnostics VIH à Mayotte concernent principalement des **adultes jeunes**, majoritairement **hétérosexuels**, et originaires de **Madagascar ou des Comores**.

LIEU DE NAISSANCE



31,4 %
Comores



31,0 %
Madagascar



13,8 %
Mayotte



23,8 %
Autres pays

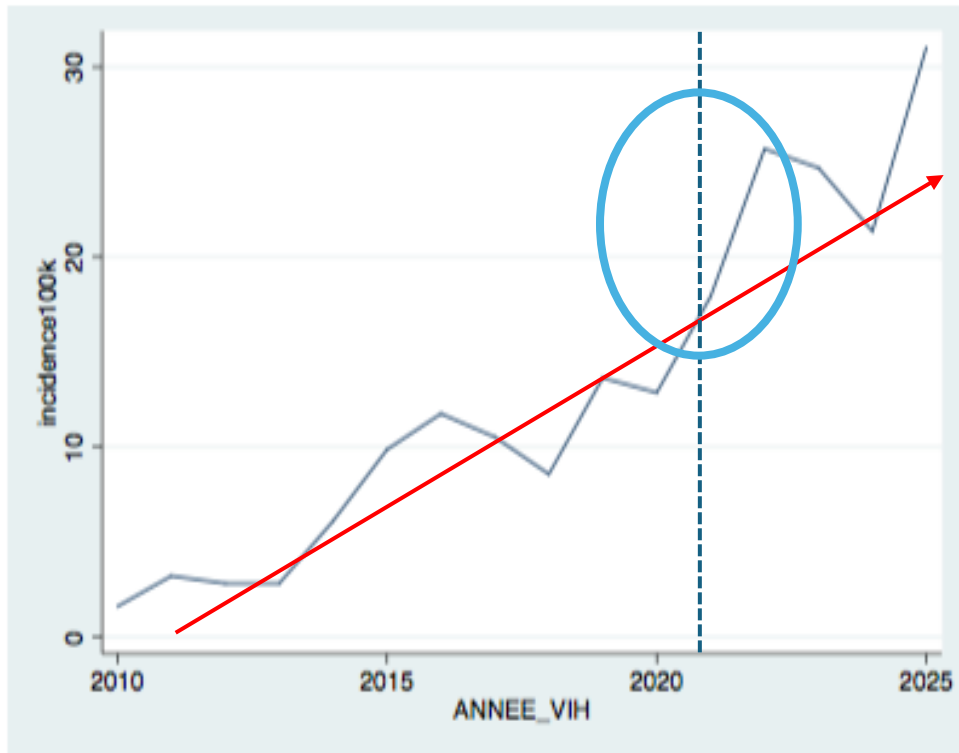
PROFIL BIOLOGIQUE AU DIAGNOSTIC



380
CD4 médian
cellules/mm³

Résultats : Rupture épidémiologique du VIH à Mayotte depuis 2022

Nombre de nouveaux PVVIH déistés par an à Mayotte

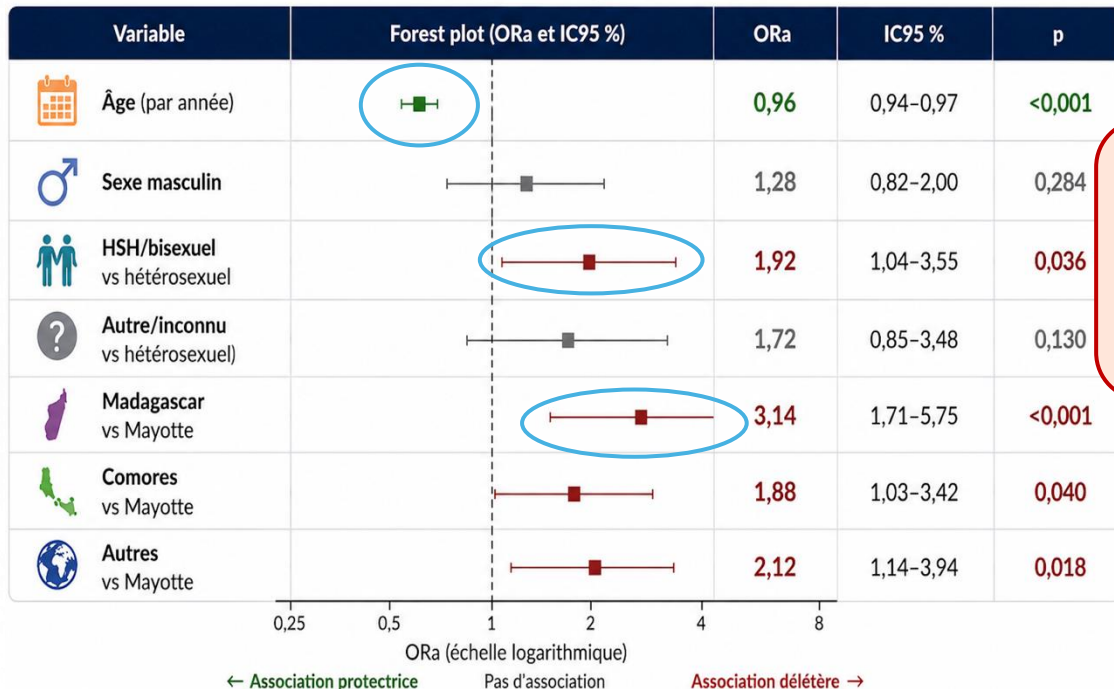


865 nouveaux diagnostics depuis 2010
> 55,9 % posés depuis 2022

Année	Incidence (/100 000)
2021	17,9
2022	25,7
2023	24,7
2024	21,4
2025	31,0

Résultats analyse multivariée :

Caractéristiques PVVIH avant et après 2022



Les diagnostics depuis 2022 :

- des adultes **plus jeunes**
- personnes **HSH/bisexuelles** plus élevée
- personnes **nées à Madagascar** plus élevée



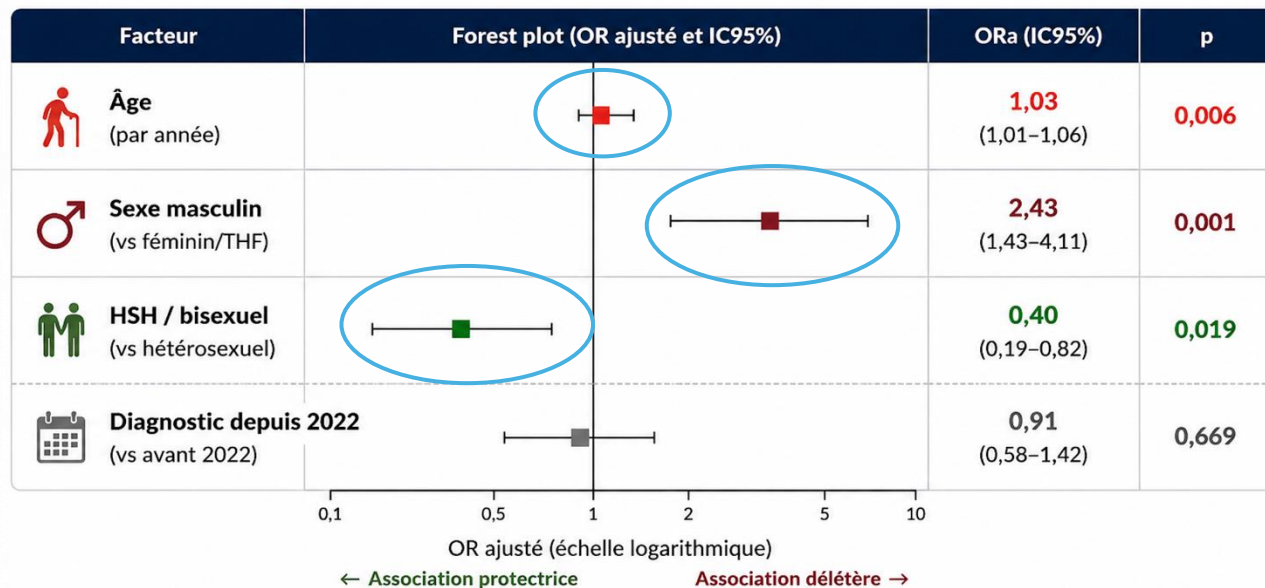
Lieu de naissance
à interpréter avec contexte local
(≠ date arrivée)

Résultats :

Quels facteurs associés aux diagnostics tardifs ?



Diagnostic très tardif : CD4 < 200 cellules/mm³



❖ Les diagnostics très tardifs concernent principalement les hommes hétérosexuels et les personnes plus âgées.

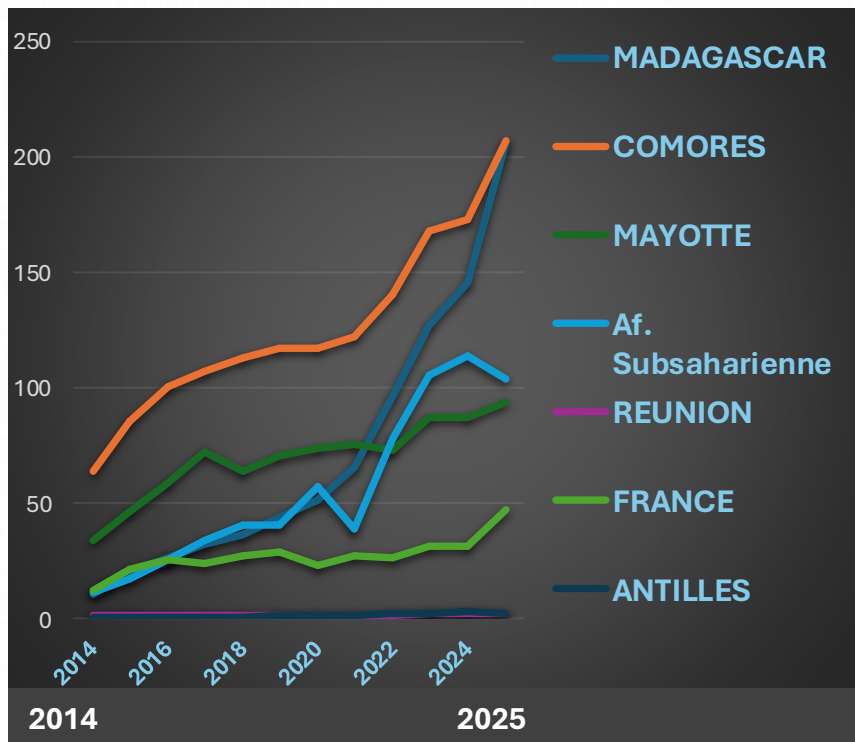
Discussion

Augmentation des diagnostics VIH observée depuis 2022 :

- ❖ **reflet d'une modification réelle de la dynamique de transmission à Mayotte plutôt qu'un simple effet d'intensification du dépistage**
 - rupture de tendance observée en 2022,
 - profils différents : plus jeune et augmentation des profils HSH/bisexuels,
 - absence d'augmentation des diagnostics très tardifs, charges virales plus élevées
- ❖ **Forte composante régionale apparaissant**
 - d'avantage de personnes nées à Madagascar et aux Comores,
 - contexte d'évolution rapide de l'épidémie VIH dans plusieurs pays de l'Océan Indien et de mobilités humaines importantes entre ces territoires

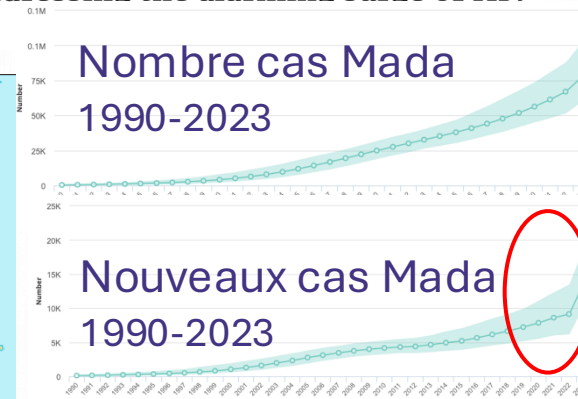
Discussion : épidémies dans la région

Lieu de naissance des PVVIH à Mayotte



> BMJ Glob Health. 2024 Apr 3;9(4):e015484. doi: 10.1136/bmjgh-2024-015484.

Call for action: addressing the alarming surge of HIV in Madagascar



Madagascar : 70 000 cas

RDC : 30 000 cas



Discussion

❖ Lieu de naissance : marqueur aussi de vulnérabilité

Dans la thèse de Victor Eiferman - Mayotte 2019-2022:

- les patients originaires de Madagascar et des Comores présentaient davantage d'échecs à 12 mois ;
- les patients originaires de Madagascar : taux d'échec thérapeutique les plus élevés ;
- précarité du logement : principal déterminant social associé aux échecs

Points forts et limites

- ❖ **Série continue de 16 années de surveillance**
analyse robuste des évolutions temporelles et des profils épidémiologiques.
- ❖ **Étude monocentrique rétrospective**
(centre de référence VIH assurant la **quasi-totalité de la prise en charge des PVVIH du territoire.**)
- ❖ **Lieu de naissance utilisé comme proxy des dynamiques migratoires**
- ❖ **Absence de données comportementales et socio-économiques détaillées**
(niveau d'éducation, précarité, situation administrative, durée de présence sur le territoire, recours au dépistage, partenaires sexuels)
- ❖ **Absence de données phylogénétiques ou de réseaux de transmission**
- ❖ **Évolution possible des pratiques de dépistage et de déclaration au cours du temps**

Conclusion : notre expérience

❖ Epidémie explosive à Mayotte

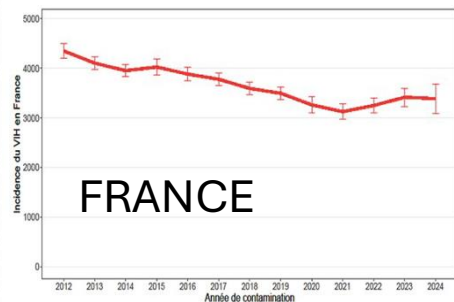
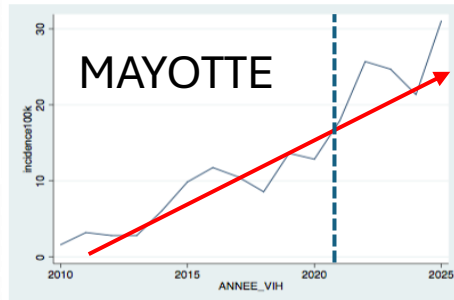
non expliquée uniquement par un dépistage plus précoce
ni une augmentation de la population

❖ Dynamique régionale récente et défavorable

impliquant

- des populations plus jeunes,
- les HSH/ bisexuels
- des populations migrantes, principalement femmes

**connectées aux dynamiques régionales de transmission dans
l'Océan Indien**



Conclusion : notre expérience

❖ Spécificités socio-sanitaires de Mayotte

- maintien des chaînes de transmission actives
- retarder l'accès aux stratégies de prévention.



❖ Nécessité de renforcer rapidement les interventions de santé publique

- 🎯 Renforcer le dépistage ciblé et communautaire
- 🎯 Développer l'accès à la PrEP et à la prévention combinée
- 🎯 Faciliter l'entrée rapide dans le soin
- 🎯 Renforcer la coopération régionale entre Mayotte, les Comores et Madagascar



Merci beaucoup pour votre attention

Merci aux équipes améliorant la prise en charge des PVVIH à Mayotte

Emilie Mosnier, Margaux Froidefond, Pierre Alexis Bony, Alain Prual, Emmanuel Mortier,
Roland Rodet, Pierre Tattevin, Hugo Law Koune, Cédric Arvieux, Mohamadou Niang



N'hésitez pas à
rejoindre notre
équipe méd ou IDE !



Pour suivre l'infectiologie à Mayotte :

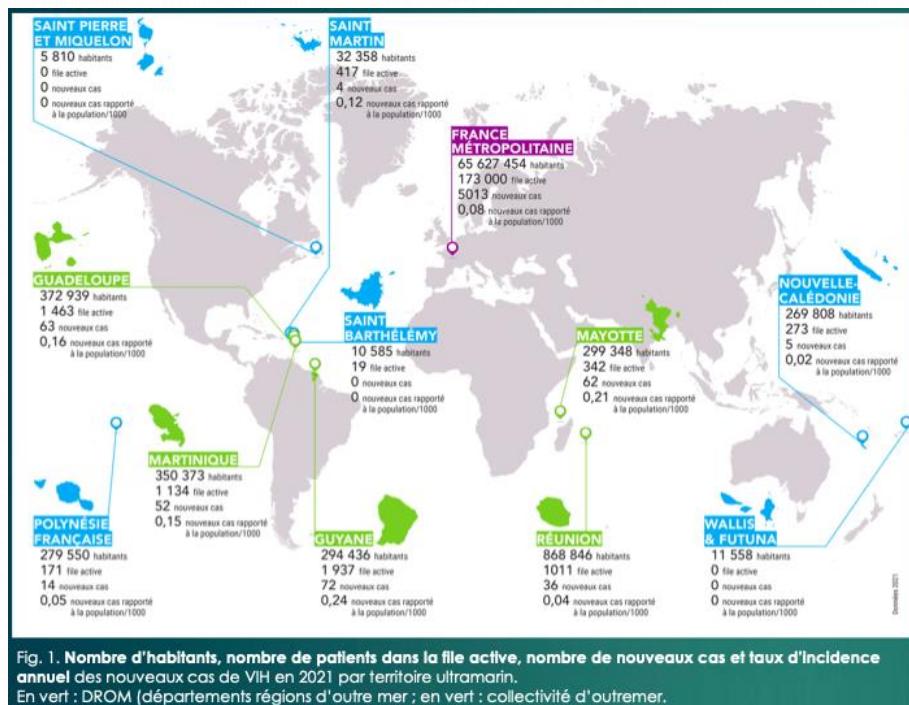
Colloque Mayotte en Santé



En présentiel et en visio !

Inscription gratuite : colloque@mayottesanssida.fr

❖ Pour plus d'information :



Mayotte : CoReSS état des lieux en 2025



729

PVVIH suivies



132

nouveaux diagnostics
en 2025



31

pour 100 000 habitants
(estimation 2025)



PROFIL DES PVVIH



59 %
femmes



35 ans
âge médian



76 %
transmission
hétérosexuelle



10 %
HSH/bisexuels



4,5 %
TMF



VULNÉRABILITÉS SOCIALES

2023



7 %
sans logement fixe



27 %
en situation
administrative
irrégulière



38 %
sans affiliation
à la CSSM

Lieu de naissance

