

Panorama Statistique de la Santé à Mayotte 2024

Chapitre II

Focus Maladies de l'appareil circulatoire

Version 2.1.0 du 30/10/2024

Sommaire

a) Définition.....	2
b) Motifs de séjour hospitalier.....	2
c) Prises en charge.....	3
d) Pathologies déclarées.....	4
e) Hypertension artérielle.....	5
f) Mortalité.....	6
g) Références.....	7

BALICCHI Julien – Responsable du service Etudes et Statistiques de l'ARS de Mayotte

ABOUDOU Achim – Directeur de l'ORS de Mayotte

AHAMADA Zelda – Chargée d'études et Documentaliste de l'ORS de Mayotte

NZABA-LOUNDOU Herman-Gickel – Chargé d'études de l'ARS de Mayotte

TOIBIBOU Zaïna – Chargé d'études de l'ARS de Mayotte

a) Définition

Les maladies de l'appareil circulatoire sont pour la plupart des affections graves, souvent liées entre elles et susceptibles de mettre en jeu le pronostic vital. C'est notamment le cas de l'hypertension artérielle, des cardiopathies ischémiques, des cardiopathies valvulaires, de l'insuffisance cardiaque, des troubles du rythme cardiaque fréquemment associés à ces pathologies et des maladies vasculaires cérébrales. Les pathologies veineuses périphériques (phlébites, varices, hémorroïdes, ...) sont également fréquentes, mais en général de moindre gravité, à l'exception de l'embolie pulmonaire.

b) Motifs de séjour hospitalier

À Mayotte, sur la période de 2021 à 2023, les « maladies de l'appareil circulatoire » concernent **6 % des motifs de séjour au CHM** hors « grossesses, accouchements et puerpéralités », « facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » et « codes d'utilisation particulières », sans distinction femme et homme. Dans l'Hexagone, cette part est de 11 %.

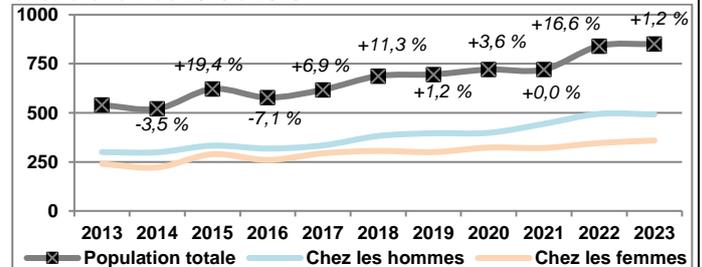
La **durée moyenne de séjour** hospitalier est alors de **7,6 jours**.

Le **taux de recours standardisé** est **2,6 fois inférieur** à l'Hexagone entre 2020 et 2022.

Les « maladies de l'appareil circulatoire » représentent **15 % des évacuations sanitaires de 2022** (24 en 2020, 25 % en 2019 et 22 % en 2018).

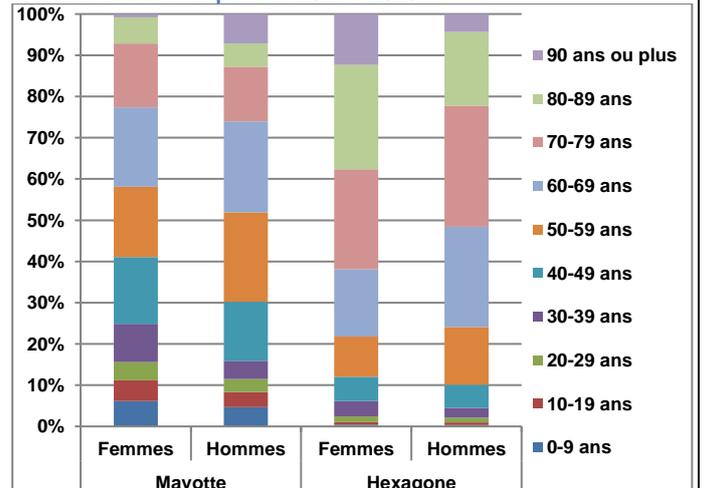
Sur les **2 457 séjours** liés aux « maladies de l'appareil circulatoire » et cumulés sur la période de 2021 à 2023, **55 % (chez les hommes) à 58 % (chez les femmes)** des cas concernent un individu de **moins de 60 ans ou plus** (Figure 2).

Figure 1 : Evolution du nombre de motifs de séjour au CHM associés aux « maladies de l'appareil circulatoire » de 2013 à 2023



Source : PMSI – Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate E.L.L.O.R.A.

Figure 2 : Répartition des différentes classes d'âge chez les femmes et les hommes pour les motifs de séjour au CHM associés aux « maladies de l'appareil circulatoire » sur la période 2021 à 2023



Source : PMSI – Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate E.L.L.O.R.A.

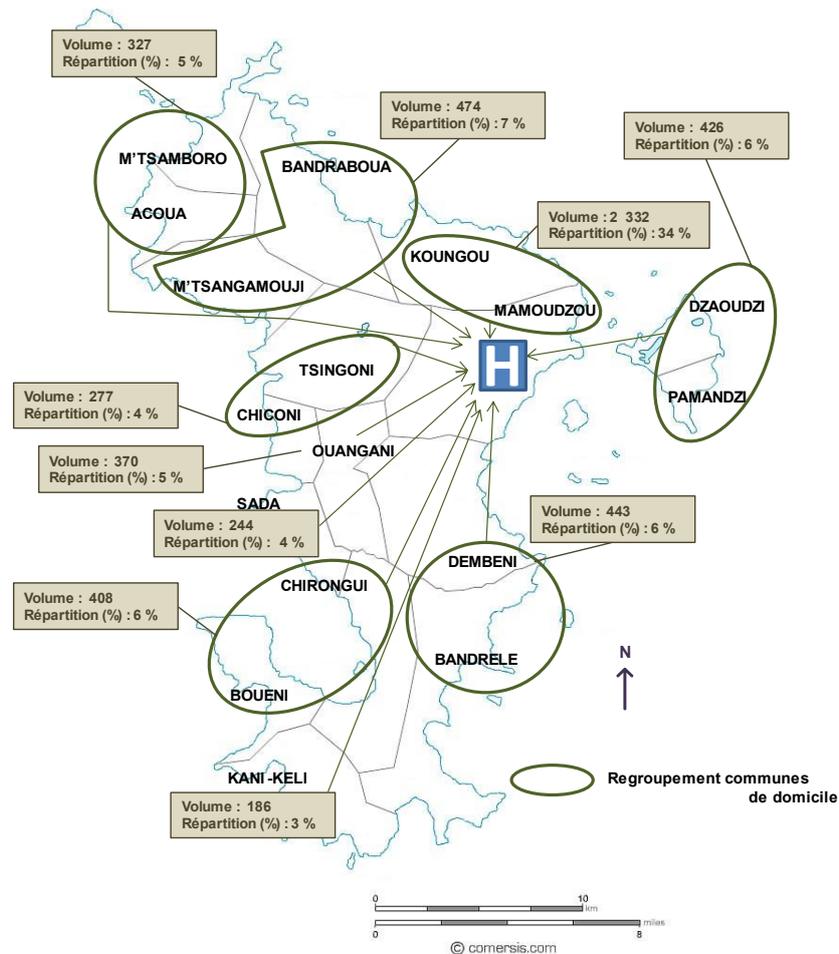
Sur la période de 2021 à 2023, les « **maladies cérébrovasculaires** » représentent les principaux motifs de séjour associés aux « maladies de l'appareil circulatoire » chez les femmes et les hommes (40 %). Elles sont suivies des « **autres formes de cardiopathies** » (28 %) et des « **affections cardiopulmonaires et maladies de la circulation pulmonaire** » (7 %) chez les femmes. Pour les hommes, ce sont les « **autres formes de cardiopathies** » (28 %) et les « **cardiopathies ischémiques** » (10 %) (Tableau 1).

Tableau 1 : Détail des motifs de séjour au CHM liés aux « maladies de l'appareil circulatoire » chez les femmes et les hommes moyenné sur la période de 2021 à 2023

	Effectifs		Pourcentages	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Rhumatisme articulaire aigu	19	13	2	1
Cardiopathies rhumatismales chroniques	45	34	4	2
Maladies hypertensives	66	61	6	4
Cardiopathies ischémiques	46	138	4	10
Affections cardiopulmonaires et maladies de la circulation pulmonaire	73	63	7	4
Autres formes de cardiopathies	291	400	28	28
Maladies cérébrovasculaires	411	579	40	40
Maladies des artères, artérioles et capillaires	32	60	3	4
Maladies des veines, des vaisseaux et des ganglions lymphatiques, non classées ailleurs	31	50	3	3
Troubles autres et non précisés de l'appareil circulatoire	12	33	1	2
Total	1026	1431	100	100

Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate E.L.L.O.R.A.

Figure 3 : Répartition du volume cumulé de recours au CHM pour motif « maladies de l'appareil circulatoire » par commune de 2014 à 2023



Note : Les données du PMSI sont ventilées selon un regroupement des 17 communes en 11. Il s'agit de la somme de 2014 à 2023 des volumes associés aux « maladies de l'appareil circulatoire ». La somme des pourcentages donne 80 % auquel il faut rajouter 14 % de communes non renseignées et 6 % de domiciliés hors territoire.
 Source : PMSI – Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
 Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

c) Prises en charge¹

Sur la période de 2017 à 2019, les **maladies cardio-neurovasculaires** concernent **3 %** des prises en charge, les traitements du risque vasculaire hors pathologies 13 % et avec ou hors² 24 % des motifs renseignés (35 %) chez les assurés sociaux. Depuis 2013, le taux des **maladies cardio-neurovasculaires** croît : 16,7 ‰ en 2013 contre 24,6 en 2019 (+7,9 points). Les traitements du risque vasculaire (hors pathologie) ont, quant à eux, augmenté de +20,3 points sur ces huit années, +44,7 pour les traitements du risque vasculaire avec ou hors pathologie.

¹ Un patient pris en charge est un patient hospitalisé et/ou en ALD et/ou ayant un traitement médicamenteux.

Source et circuit de l'information : Le dispositif des affections de longue durée a été mis en place dès la création de la sécurité sociale afin de permettre la prise en charge des patients ayant une maladie chronique comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. Une liste établie par décret fixe trente affections (ALD30, affection « hors liste » : ALD31, affections multiples : ALD32) ouvrant droit à une exonération du ticket modérateur (tumeurs malignes, diabète, maladies psychiatriques de longue durée, maladie coronaire, etc.).

Exhaustivité et qualité des informations, limites : Cette morbidité est le reflet de pathologies graves comportant un traitement prolongé et une thérapeutique coûteuse. En effet, le recours au dispositif d'ALD n'est pas toujours effectué pour les patients qui pourraient y prétendre, et ce recours peut varier selon les pratiques médicales et en particulier selon les pathologies, les caractéristiques des patients ou les régions. Ainsi, les bénéficiaires recensés dans les bases de données des services médicaux des différents régimes d'Assurance Maladie ne représentent pas totalement l'exhaustivité des malades de cette pathologie. Les personnes atteintes d'une maladie chronique ne sont pas nécessairement déclarées en ALD et de ce fait ne sont pas connues des services médicaux de l'Assurance Maladie. Les ALD étant liées à la couverture sociale, les données ne concernent pas l'ensemble de la population, mais la population protégée par les trois régimes d'Assurance Maladie (CNAMTS, RSI, MSA).

Situation à Mayotte : Les données des ALD à Mayotte sont recueillies depuis 2012 mais ne sont pas informatisées. Elles ne sont pas enregistrées localement dans la base Hippocrate permettant l'alimentation des bases de données SNIIRAM. Les données disponibles dans les bases médicalisées et diffusées par l'Assurance Maladie ne sont pas complètes car elles ne concernent que les habitants de Mayotte dont l'admission en ALD a été réalisée auprès d'une Caisse Primaire d'Assurance Maladie en dehors de l'île de Mayotte (territoire hexagonal ou ultramarin) lorsqu'ils vivaient ailleurs que sur le territoire.

² Les traitements dits « hors pathologies » et les traitements sans mention (« avec ou sans pathologies ») ne sont pas construits de la même façon. Par exemple, les traitements neuroleptiques « hors pathologies » prennent en compte les personnes ayant eu au moins trois délivrances de médicaments neuroleptiques dans l'année mais qui n'ont pas de code diagnostic de pathologie psychiatrique repéré dans le SNDS. Les traitements neuroleptiques sans mention prennent en compte les personnes ayant eu au moins trois délivrances de médicaments neuroleptiques dans l'année et qui peuvent avoir ou non un code diagnostic de pathologie psychiatrique repéré dans le SNDS.

En 2019, Les pathologies associées et présentant les taux de prise en charge standardisés les plus forts sont : les « **séquelles d'accident vasculaire cérébral** », les « **insuffisances cardiaques chroniques** » et les « **troubles du rythme ou de la conduction cardiaque** » (Tableau 2).

Tableau 2 : Taux pour 1 000 habitants des maladies cardio-neurovasculaires de 2012 à 2019 à Mayotte et en France entière

Pathologie (% habitants)	Mayotte									France entière
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2019 – Taux standardisé*	
Syndrome coronaire aigu	0,32	0,35	0,36	0,33	0,33	0,36	0,35	0,46	0,7	
Maladie coronaire chronique	1,65	1,74	1,66	1,84	2,16	1,91	2,02	2,08	4,3	
Accident vasculaire cérébral aigu	0,79	0,74	0,77	0,70	1,02	0,93	1,32	1,28	3,4	
Séquelle d'accident vasculaire cérébral	1,79	2,25	2,14	2,29	2,59	2,25	2,71	2,93	6	
Insuffisance cardiaque aiguë	0,37	0,39	0,51	0,60	0,71	0,63	0,75	0,65	2,1	
Insuffisance cardiaque chronique	1,19	1,43	1,25	1,29	1,79	1,73	1,91	1,98	4,8	
Artériopathie oblitérante du membre inférieur	0,24	0,37	0,37	0,34	0,57	0,45	0,45	0,44	1,1	
Troubles du rythme ou de la conduction cardiaque	1,48	1,84	1,77	1,95	2,30	1,99	2,00	2,06	4,7	
Maladie valvulaire	0,95	1,09	0,83	0,89	0,92	0,84	0,98	0,93	1,5	
Embolie pulmonaire aiguë	0,11	0,04	0,11	0,19	0,10	0,20	0,17	0,23	0,4	
Autres affections cardiovasculaires	0,06	0,08	0,05	0,11	0,16	0,15	0,12	0,16	0,1	
Total brut	8,95	10,32	9,82	10,53	12,65	11,44	12,63	10,5		
Total standardisé	16,7	18,72	19,07	19,02	21,82	21,41	22,59		24,6	75,0
Total standardisé traitements du risque vasculaire (hors pathologie)	78,77	78,76	80,89	85,05	95,87	88,61	94,41		99,1	126,3
Total standardisé traitements du risque vasculaire (avec/hors pathologie)	145,65	153,37	156,68	164,82	187,92	177,08	184,87		190,3	207,5

Note : Prévalence déterminée sur les assurés sociaux, soit un habitant sur deux en 2012 [1], trois habitants sur quatre de 18-79 ans et trois enfants sur quatre de moins de 18 ans en 2016 [2] [3], et trois habitants sur cinq en 2019 [4].

* Taux standardisé sur l'âge et le sexe.

Champ : Assurés sociaux

Source : Assurance maladie

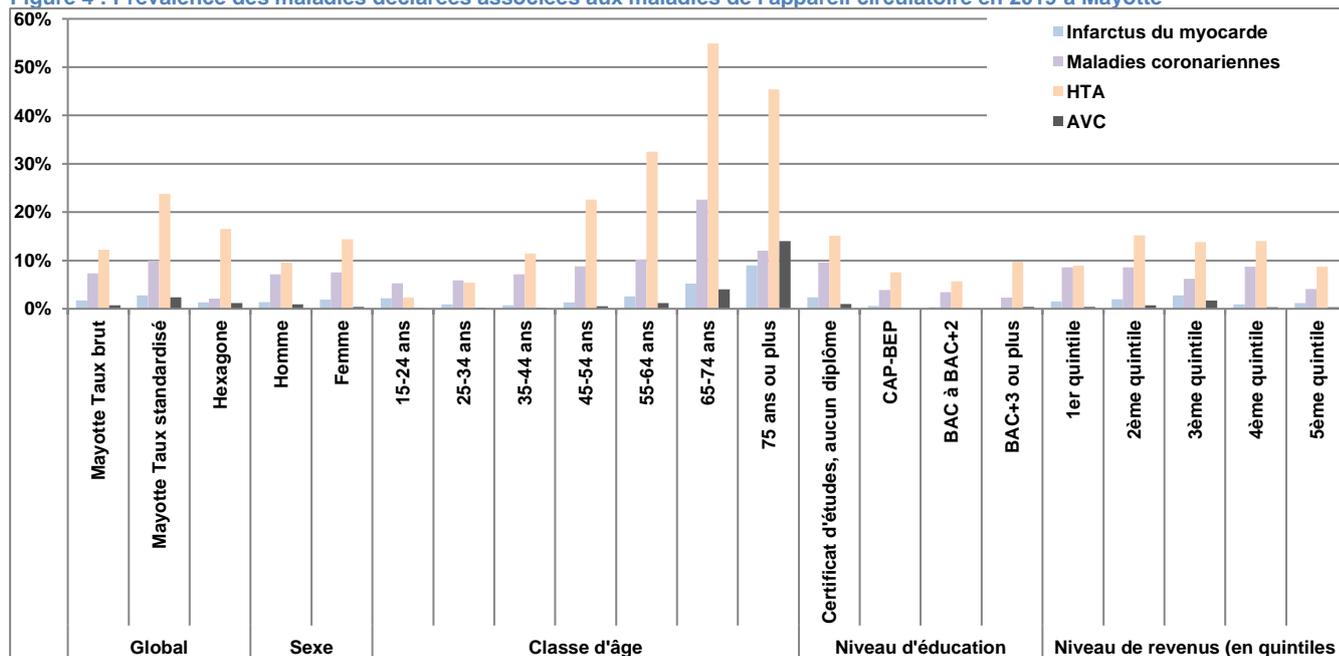
d) Pathologies déclarées

En taux brut, **1,7 %** des habitants de 15 ans ou plus déclare avoir été atteint d'un « **infarctus du myocarde** » (taux standardisé deux fois supérieur à l'Hexagone), **7 %** pour les « **maladies coronariennes** » (cinq fois supérieur à l'Hexagone), **12 %** d' « **HTA** » (1,4 fois supérieur³) et **0,7 %** avoir fait un « **AVC** » (deux fois supérieur) [5].

Globalement, **les femmes déclarent plus souvent ces quatre pathologies que les hommes** : deux fois plus pour l' « infarctus du myocarde », un point de plus pour les « maladies coronariennes » et quatre points de plus pour l' « HTA » [5]. C'est pour les « **AVC** » que **les hommes sont plus fréquents** : deux fois plus [5].

Les déclarations augmentent fortement avec l'âge : multipliées par neuf pour l' « **infarctus du myocarde** », 1 à 2 % chez les 15-34 ans contre 9 % chez les 75 ans ou plus ; multipliées par **quatre** pour les « **maladies coronariennes** », 5 à 7 % chez les 15-44 ans contre 23 % chez les 65-74 ans ; par **vingt** pour l' « **HTA** », 2 % chez les 15-24 ans contre 45 % à 55 % chez les 65 ans ou plus ; et pour l' « **AVC** » les déclarations passent de 0,1 % chez les 15-24 ans à 14 % chez les 75 ans ou plus [5] (Figure 4).

Figure 4 : Prévalence des maladies déclarées associées aux maladies de l'appareil circulatoire en 2019 à Mayotte



Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte

Source : Drees-Insee, extraction enquête EHIS de 2019 [5]

Exploitation : ARS Mayotte – service Etudes et Statistiques

³ Après standardisation vis-à-vis de l'Hexagone, gommant l'avantage du territoire de par la jeunesse de sa population, Mayotte, et la Guadeloupe, est le second territoire déclarant le plus souvent un statut d'HTA, derrière la Guyane (26 %), à un niveau proche de la Martinique (23 %) et au-dessus de La Réunion (20 %) et l'Hexagone [4].

e) Hypertension artérielle

En 2019, la prévalence de l'HTA est de **38 %** chez les 18-69 ans (**3 % pour celle de grade 3**) [6]. Comparativement avec **2008** et sur la classe d'âge des 30-69 ans, la **prévalence de l'HTA a augmenté de +4 points** (44 % [7] contre 48 % en 2019) [6].

Ce taux était similaire entre les hommes et les femmes de 30-69 ans [6] tandis qu'en 2008 il était plus élevé chez les hommes : 50 % contre 37 % [7].

En 2019, la prévalence de l'HTA augmente avec l'âge, passant de **19 % chez les 18-29 ans** (dont 0,1 % de grade 3) à **83 % chez les 60-69 ans** (dont 12 % de grade 3) [6].

Parmi les hypertendus, la moitié connaît son diagnostic d'HTA [6] (un tiers chez les 30-69 ans en 2008 [7]). **Les femmes ont plus souvent connaissance de leur statut que les hommes** : 56 % contre 38 % [6] (Tableau 3).

Six habitants sur dix déclarent avoir mesuré leur pression artérielle il y a moins d'un an [5] (Figure 5).

Les individus présentant une HTA déclarent plus souvent un diabète : 13 % contre 4 % pour ceux non touché par l'HTA [6]. Ils sont également **plus fréquemment en surpoids ou situation d'obésité** : dont 75 % contre 53 % [6].

On dénote cependant l'absence de lien avec le statut tabagique et la consommation d'alcool [6].

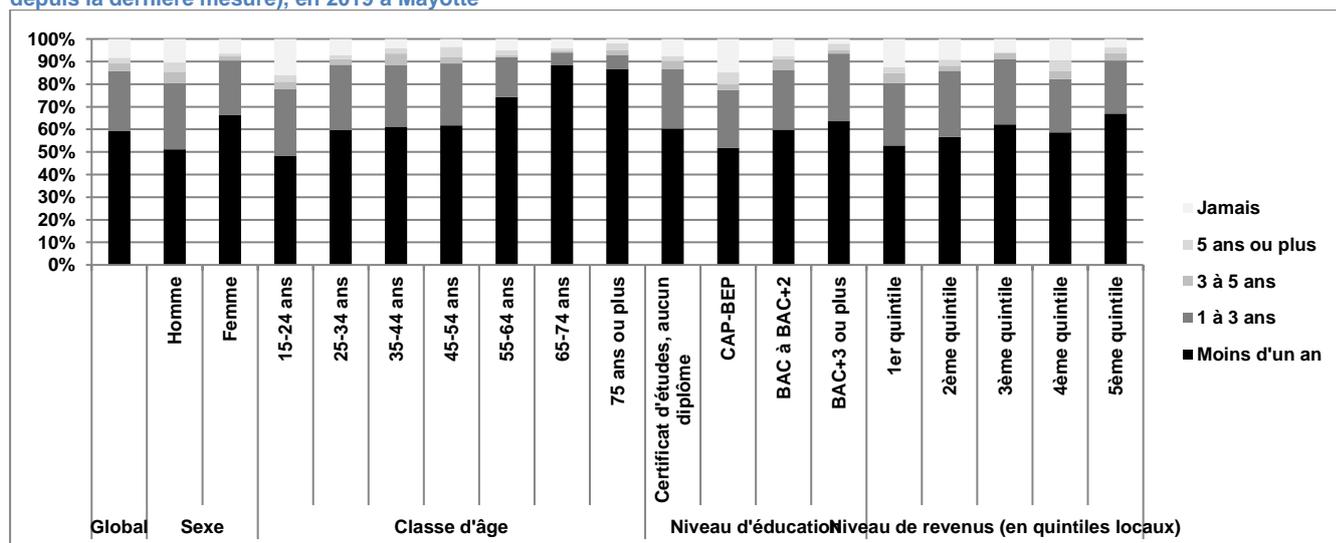
Tableau 3 : Mesures de la pression artérielle et prévalences de l'hypertension artérielle, connaissance, traitement et contrôle, en 2019 à Mayotte

	18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	Hommes	Femmes	Population totale
Mesure de la pression artérielle								
PAS (mmHg)	118,9	123,3	132	139,1	149,1	130,6	123,7	126,8
PAD (mmHg)	76,5	81,4	86,5	87,6	88,1	82	81,8	81,8
Pression pulsée (mmHg) (PAS-PAD)	42,4	42	45,5	51,5	61	48,7	41,9	45
HTA systolique isolée (%) (PAS≥140 et PAD<90)	3%	5%	4%	13%	32%	9%	5%	7%
Classification des pressions artérielles et grade de l'HTA (%)								
Optimale (≤120/80)	48	34	18	9	5	23	38	31
Normal (120-129/80-84)	25	26	22	19	14	27	20	23
Normale haute (130-139/85-89)	15	16	17	19	12	18	14	16
Hypertension grade 1 (140-159/90-99)	11	18	29	35	40	24	19	21
Hypertension grade 2 (160-179/100-109)	1,7	4	11	13	18	6	7	7
Hypertension grade 3 (≥ 180/≥ 110)	0,1	1,8	3	6	12	3	2	3
Mesures de pression artérielle élevées	12	25	44	54	70	33	28	30
Prévalences de l'hypertension artérielle et proportions de connaissance, traitement et contrôle (%)								
Prévalence de l'HTA ⁴	19	32	52	65	83	39	38	38
Proportion d'HTA connue ⁵	45	43	43	59	57	38	56	48
Proportion d'HTA avec activité physique pour diminuer la pression artérielle ⁶	26	35	56	71	46	61	42	49
Proportion d'HTA traitée pharmacologiquement ⁷	10	21	49	68	79	50	43	45
Proportion d'HTA contrôlée ⁸	42	53	29	26	27	29	31	30

Champ : Habitants de 18-69 ans de Mayotte

Source : SpF, enquête Unono Wa Maoré de 2019 [6]

Figure 5 : Taux de dépistage de la pression artérielle en fonction des différents profils de population (durées écoulées depuis la dernière mesure), en 2019 à Mayotte



Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte

Source : Drees-Insee, extraction enquête EHIS de 2019 [5]

Exploitation : ARS Mayotte – service Etudes et Statistiques

⁴ En 2008 : 33 % chez les 30-39 ans, 51 % chez les 40-49 ans, 58 % chez les 50-59 ans, 62 % chez les 60-69 ans [7]. Toutes classes d'âge confondues, 50 % chez les hommes et 37 % chez les femmes [7].

⁵ Proportion de personnes déclarant être hypertendues, parmi l'ensemble des personnes hypertendues.

⁶ Proportion de personnes déclarant pratiquer une activité physique pour diminuer leur pression artérielle, parmi l'ensemble des personnes déclarant être hypertendues.

⁷ Proportion de personnes déclarant prendre un traitement pour diminuer leur pression artérielle, parmi l'ensemble des personnes déclarant être hypertendues.

⁸ Proportion de personnes ayant des pressions artérielles < 140/90 mmHg lors de l'examen clinique, parmi l'ensemble des personnes déclarant prendre un traitement pour diminuer leur pression artérielle.

f) Mortalité

Les « **maladies de l'appareil circulatoire** » représentent **20 % des décès** sur la période 2012 à 2021 (19 % chez les hommes et 20 % chez les femmes), soit 1 431 décès cumulés (749 hommes – 52 % – et 682 femmes – 48 % –) et, en moyenne, **143 décès par an**.

Les « **maladies de l'appareil circulatoire** » représentent la **première cause de mortalité** à Mayotte (**un décès domicilié sur dix**) sur la période de 2019 à 2021, 19 % chez les femmes et 16 % chez les hommes.

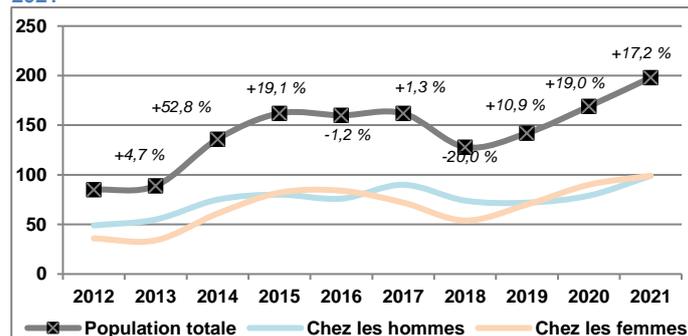
À **structure de population équivalente**, les **habitants de Mayotte** meurent **1,7 fois plus** de ces pathologies que ceux de l'Hexagone et les **habitantes de Mayotte 3,0 fois plus** que celles de l'Hexagone, respectivement 1,7 et 2,4 fois plus sur la période 2016 à 2018 [8].

En moyenne sur la période de 2019 à 2021, **170 décès** domiciliés liés aux « **maladies de l'appareil circulatoire** » ont pu être observés (**83 chez les hommes et 86 chez les femmes**). Ces décès concernent majoritairement des individus de **55 ans ou plus** (respectivement **79 % chez les femmes et 76 % chez les hommes**) (Figure 7).

Sur la période de 2019 à 2021, **chez les femmes et les hommes**, respectivement 259 et 250 décès domiciliés cumulés sont liés aux « **maladies de l'appareil circulatoire** ».

Ce sont les « **maladies vasculaires cérébrales** » dont 51 % chez les femmes et 45 % chez les hommes suivies, des « **maladies hypertensives** » (18 %) chez les femmes et des « **autres formes de cardiopathies** » (25 %) chez les hommes qui ressortent le plus (Tableau 4).

Figure 6 : Nombre de décès domiciliés à Mayotte liés aux « **maladies de l'appareil circulatoire** » entre 2012 et 2021



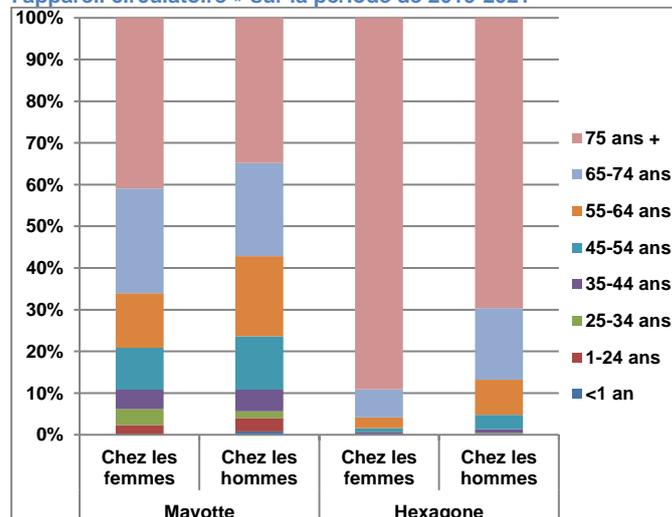
Note : La hausse observée sur la période 2012 à 2015 est potentiellement portée par l'amélioration de l'observation des décès et le travail avec les mairies sur les déclarations et les certificats de décès.

Champ : Décès domiciliés liés aux « **maladies de l'appareil circulatoire** », causes initiales de décès

Source : Inserm Cépi-DC

Exploitation : ORS Mayotte, Fnors outil OR2S

Figure 7 : Répartition des différentes classes d'âge chez les femmes et les hommes pour les décès domiciliés à Mayotte associés aux « **maladies de l'appareil circulatoire** » sur la période de 2019-2021



Champ : Décès domiciliés liés aux « **maladies de l'appareil circulatoire** », causes initiales de décès

Source : Inserm Cépi-DC

Exploitation : ORS Mayotte, Fnors outil OR2S

Tableau 4 : Détail des causes de décès domiciliés à Mayotte liées aux « **maladies de l'appareil circulatoire** » chez les femmes et les hommes sur la période de 2019 à 2021

	Chez les femmes		Chez les hommes	
	Effectif	%	Effectif	%
Rhumatisme articulaire aigu	<10	0	<10	0
Cardiopathies rhumatismales chroniques	<10	0	<10	0
Maladies hypertensives	46	18	21	8
Cardiopathies ischémiques	18	7	37	15
Affections cardiopulmonaires et maladies de la circulation pulmonaire	11	4	<10	2
Autres formes de cardiopathies	41	16	63	25
Maladies cérébrovasculaires	132	51	112	45
Maladies artères, artérioles et capillaires	<10	3	<10	3
Maladies des veines, des vaisseaux et des ganglions lymphatiques, non classées ailleurs	<10	0	<10	0
Troubles autres et non précisés de l'appareil circulatoire	0	0	0	0
Somme 2019 à 2021	259	100	250	100

Champ : Décès domiciliés liés aux « **maladies de l'appareil circulatoire** », causes initiales de décès

Source : Inserm Cépi-DC

Exploitation : ORS Mayotte, Fnors outil OR2S

g) Références

- [1] ARS OI, «Situation sanitaire Réunion et Mayotte,» 2017, Janvier.
- [2] ARS-Ined, J. Balicchi, R. Antoine, D. Breton, C.-V. Marie et E. Mariotti, «Une bonne perception de la santé, mais qui se dégrade dès 45 ans malgré la progression de la couverture maladie,» *In Extenson*, 2019, Mai.
- [3] Ined-ARS Mayotte, R. Antoine, J. Balicchi et A. Barbail, «Un recours et un renoncement aux soins liés à une couverture maladie incomplète,» *In Extenso*, 2020, Octobre.
- [4] Drees-IRDES-Insee, A. Leduc, T. Deroyon, T. Rochereau et A. Renaud, «Premiers résultats de l'enquête santé européenne (EHIS) 2019,» *Les dossiers de la Drees*, 2021, Avril.
- [5] Insee-Drees, «Extractions complémentaires des données de l'enquête EHIS 2019».
- [6] SpF-CHM, C. Grave, L. Calas, M. Subiros, M. Ruello, Y. Hassani, A. Gabet, O. Pointeau, M. Angue et V. Olié, «L'Hypertension artérielle à Mayotte : prévalence, connaissance, traitement et contrôle en 2019,» *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2022, mars.
- [7] InVS, J. Solet et N. Baroux, «Étude Maydia 2008 : Étude de la prévalence et des caractéristiques du diabète en population générale à Mayotte,» 2008.
- [8] ARS et J. Balicchi, «La mortalité à Mayotte entre 2012 et 2014,» *Fiches nos iles notre santé*, 2018.