

Maladies cardio-neuro-vasculaires

Date de publication : 30.06.2025

ÉDITION Bretagne

SOMMAIRE

Points clés en région Bretagne	2
Cardiopathies ischémiques	3
Insuffisance cardiaque	6
Accidents vasculaires cérébraux	9
Synthèse départementale	12
Déterminants et facteurs de risque des maladies cardio-neuro-vasculaires	13
Prévention des maladies cardio-neuro-vasculaires	14
Focus sur l'évolution du Nutri-Score	15
Projet européen JACARDI : Prévention des maladies cardiovasculaires et du diabète	16
Pour en savoir plus	16

ÉDITO




Les maladies cardio-neuro-vasculaires constituent la 2^e cause de mortalité en France, avec près de 140 000 décès par an, soit un décès sur cinq. Elles sont également à l'origine de l'hospitalisation de près d'un million de personnes chaque année en France et engendrent de nombreuses séquelles, limitations fonctionnelles ou altération durable de la qualité de vie, nécessitant des soins et un suivi sur le long terme. De ce fait, cet ensemble de maladies représente un lourd fardeau sur la santé des Français et sur le système de soins hospitaliers et la médecine de ville. Le vieillissement de la population française, associé à la prévalence élevée des facteurs de risque cardiovasculaire, conduisent à une augmentation de ce fardeau. **Les maladies cardio-neuro-vasculaires recouvrent plusieurs maladies fréquentes et graves avec, en premier lieu, les cardiopathies ischémiques, les accidents vasculaires cérébraux et l'insuffisance cardiaque.**

Ce bulletin régional met en perspective l'épidémiologie récente de ces trois principales pathologies cardio-neuro-vasculaires à Bretagne chez les personnes âgées de 18 ans et plus. Dans la région, comme en France, les cardiopathies ischémiques, accidents vasculaires cérébraux et insuffisances cardiaques, sont des causes importantes de morbi-mortalité. Leurs incidence, prévalence et mortalité sont liées au sexe, à l'âge, avec une hétérogénéité au sein de la région.

Enfin, l'épidémiologie actuelle nationale, régionale et départementale (incidence d'hospitalisations, prévalence, mortalité) d'autres pathologies cardio-neuro-vasculaires est décrite dans le numéro spécial du Bulletin épidémiologique hebdomadaire du 4 mars 2025, notamment les dissections et anévrismes de l'aorte, les artériopathies périphériques et la maladie veineuse thromboembolique, ainsi que l'épidémiologie des facteurs de risque cardiovasculaires.

Points clés en région Bretagne

- Entre 2021 et 2023, le taux d'incidence standardisé de patients hospitalisés pour **cardiopathie ischémique en Bretagne** (401 vs 459/100 000 hab. en France) était inférieur à celui de la France, avec l'hospitalisation en moyenne de 11 606 patients par an dans la région. La prévalence standardisée était en 2022 de 4,8 % dans la région, inférieure à celle de la France (5,5 %). Le taux standardisé de mortalité (2020-2022) était, par contre, supérieur dans la région (67/100 000 hab.), par rapport au taux national (59).
- Entre 2021 et 2023, le taux d'incidence standardisé de patients hospitalisés pour **insuffisance cardiaque en Bretagne** était légèrement supérieur à celui de la France (368 vs 344/100 000 hab.) avec l'hospitalisation en moyenne de 10 939 patients par an dans la région. La prévalence standardisée était de 2,3 % en 2022 dans la région, très légèrement inférieure à celle de la France (2,5 %). Le taux standardisé de mortalité (2020-2022) était légèrement supérieur dans la région par rapport à la France (49 vs 46/100 000 hab., respectivement).
- Entre 2021 et 2023, le taux d'incidence standardisé de patients hospitalisés pour **accident vasculaire cérébral en Bretagne** était légèrement supérieur à celui de la France (259 vs 231/100 000 hab., respectivement) avec l'hospitalisation en moyenne de 13 736 patients par an dans la région. La prévalence standardisée était en 2022 de 2,2 % dans la région, légèrement supérieure à la prévalence nationale (2,0 %). Le taux standardisé de mortalité dans la région (65/100 000 hab.) était supérieur à celui de la France (58).
- Au niveau infra-régional, plusieurs départements de la région présentaient des taux d'incidence plus élevés (notamment les Côtes d'Armor et le Finistère) que dans le reste de la région, avec aussi une certaine hétérogénéité au niveau infra-départemental.

Bretagne	moyenne 2021-2023	année 2022	moyenne 2020-2022
	incidence 	prévalence 	mortalité 
cardiopathies ischémiques	11 606 patients hospitalisés par an incidence annuelle : 401 ♀ : 219 ♂ : 600	141 069 cas prévalents prévalence : 4,8 % ♀ : 2,8 % ♂ : 7,0 %	1 991 décès par an mortalité annuelle : 67 ♀ : 49 ♂ : 88
insuffisance cardiaque	10 939 patients hospitalisés par an incidence annuelle : 368 ♀ : 355 ♂ : 382	68 211 cas prévalents prévalence : 2,3 % ♀ : 2,2 % ♂ : 2,5 %	1 483 décès par an mortalité annuelle : 49 ♀ : 57 ♂ : 40
accidents vasculaires cérébraux	7 576 patients hospitalisés par an incidence annuelle : 259 ♀ : 232 ♂ : 289	65 083 cas prévalents prévalence : 2,2 % ♀ : 2,0 % ♂ : 2,5 %	1 951 décès par an mortalité annuelle : 65 ♀ : 73 ♂ : 57

Source : SNDS, Santé publique France, données mises à jour au 05/01/2025. Standardisation directe sur l'âge et le sexe (référence : France, 2021). Incidence annuelle de patients hospitalisés/100 000 hab. ; prévalence en % de la population adulte ; mortalité annuelle en nombre de décès (cause initiale) dus à la pathologie/100 000 hab. par an.

Cardiopathies ischémiques

Contexte, situation en France. Les cardiopathies ischémiques regroupent un ensemble de pathologies liées à une baisse d'apport en oxygène au muscle cardiaque. Elles peuvent se présenter sous formes de syndrome coronarien aigu ou de formes chroniques. Leur principale cause est une atteinte des artères coronaires par athérosclérose. Entre 2021 et 2023, en France, en moyenne, 243 784 patients ont été hospitalisés chaque année pour une cardiopathie ischémique (taux d'incidence annuel standardisé de 459/100 000 hab.). Ce taux était plus élevé chez les hommes (684/100 000 hab.) que chez les femmes (255/100 000 hab.). En 2022, 2 977 751 cas prévalents (hospitalisations ou antécédents) de cardiopathie ischémique ont été identifiés en France (prévalence standardisée de 5,5 %). La prévalence des cardiopathies ischémiques était plus élevée chez les hommes (8,0 %) que chez les femmes (3,4 %). Entre 2020 et 2022, en moyenne, 31 339 personnes sont décédées chaque année d'une cardiopathie ischémique (taux annuel standardisé de mortalité spécifique de 59 décès/100 000 hab.), représentant 4,7 % des décès toutes causes (3,6 % chez les femmes et 5,8 % chez les hommes).

Région Bretagne

Incidence – Entre 2021 et 2023, 11 606 patients ont été hospitalisés pour cardiopathie ischémique en Bretagne chaque année en moyenne, dont 21 % étaient des syndromes coronariens aigus (SCA) avec élévation du segment ST, 36,3 % des SCA sans élévation du segment ST. L'incidence standardisée annuelle était inférieure dans la région (401/100 000 hab.) par rapport au niveau national (459/100 000 hab.). L'incidence brute régionale était croissante avec l'âge et supérieure chez les hommes dans la région (tableau 1).

Prévalence – En 2022, 141 069 cas prévalents (hospitalisation ou antécédent) de cardiopathie ischémique ont été identifiés dans la région, la prévalence standardisée régionale était un peu inférieure de celle du niveau national (5,2 % et 5,5 %, respectivement). La prévalence brute régionale était plus élevée chez les hommes que chez les femmes et croissante avec l'âge.

Mortalité – Entre 2020 et 2022, 1 991 décès par cardiopathie ischémique ont été identifiés en Bretagne en moyenne chaque année, représentant 5,3 % des décès. Le taux de mortalité spécifique annuel standardisé était de 67 pour 100 000 hab., supérieur dans la région par rapport à la France (59/100 000 hab.).

Tableau 1. Incidence annuelle de patients hospitalisés (2021-2023), prévalence (2022) et mortalité annuelle (2020-2022) pour cardiopathie ischémique, Bretagne

	incidence annuelle patients hospitalisés*			prévalence			mortalité annuelle*		
	hommes	femmes	total	hommes	femmes	total	hommes	femmes	total
	nombre de patients hospitalisés*			nombre de cas			nombre de décès*		
18-44 ans	205	54	259	1 355	446	1 801	12	2	14
45-64 ans	2 647	659	3 306	22 570	6 064	28 634	179	37	216
65-84 ans	4 676	1 771	6 447	56 135	20 079	76 214	564	197	761
85 ans et plus	716	878	1 594	16 769	17 651	34 420	461	539	1 000
total (≥ 18 ans)	8 244	3 362	11 606	96 829	44 240	141 069	1 216	775	1 991
	taux brut / 100 000 hab.			prévalence (%)			taux brut / 100 000 hab.		
18-44 ans	40	11	25	0.3 %	0.1 %	0.2 %	2	0	1
45-64 ans	596	145	367	5.1 %	1.3 %	3.2 %	40	8	24
65-84 ans	1 596	497	993	19.2 %	5.6 %	11.7 %	193	55	117
85 ans et plus	1 811	990	1 243	42.4 %	19.9 %	26.9 %	1 166	608	780
total (≥ 18 ans)	638	240	431	7.5 %	3.2 %	5.2 %	94	55	74
	taux standardisé** /100 000 hab.			prévalence standardisée** (%)			taux standardisé** /100 000 hab.		
total (≥ 18 ans)	600	219	401	7.0 %	2.8 %	4.8 %	88	49	67
total (≥ 18 ans), France	684	255	459	8.0 %	3.4 %	5.5 %	76	43	59

Source : SNDS, Santé publique France, données mises à jour au 05/01/2025. Périodes : 2021-2023 (incidence), 2022 (prévalence), 2020-2022 (mortalité). *Nombre moyen annuel sur 3 années. **Standardisation directe sur âge et sexe (réf. : France, 2021) pour les indicateurs totaux et sur âge pour les indicateurs par sexe..

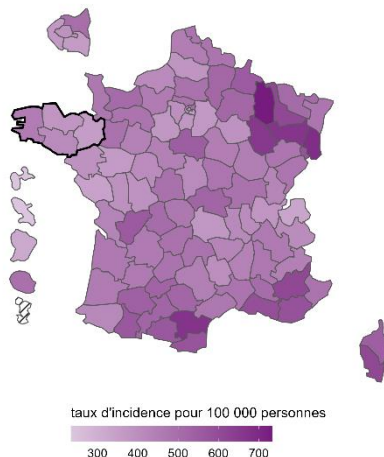
Départements et EPCI : incidence et prévalence des cardiopathies ischémiques

En Bretagne, au **niveau départemental**, l'incidence annuelle standardisée de patients hospitalisés pour cardiopathie ischémique, entre 2021 et 2023, était supérieure à la moyenne régionale dans les départements du Finistère (incidence standardisée de 456/100 000 hab. par an, figure 1a) et du Morbihan (410). Alors que les prévalences les plus élevées étaient retrouvées dans le Morbihan (5,2%) et dans les Côtes d'Armor (5,1%, figure 2a, tableau 4).

Au **niveau infra-départemental** (établissement public de coopération intercommunale, EPCI), il existait dans la région une variabilité du taux d'incidence standardisé annuel, avec des taux en général supérieurs dans certains EPCI du Sud Finistère (figure 1b). Une tendance légèrement différente était retrouvée pour la prévalence standardisée (figure 2b), avec des taux plus élevés dans le centre Bretagne.

Figure 1. Taux annuel d'incidence standardisé de patients hospitalisés pour cardiopathie ischémique, 2021-2023

a. Par département, France



b. Par EPCI, Bretagne

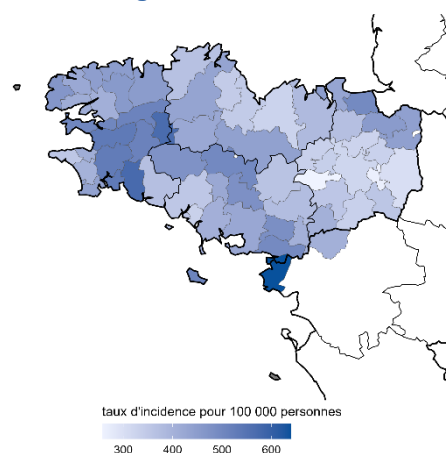
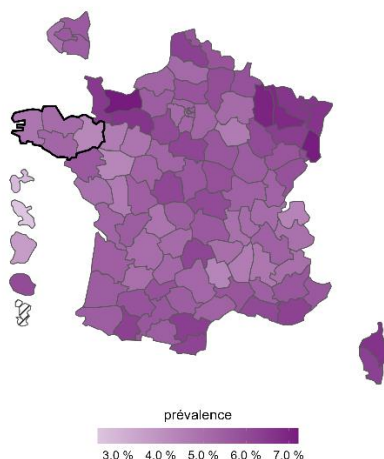
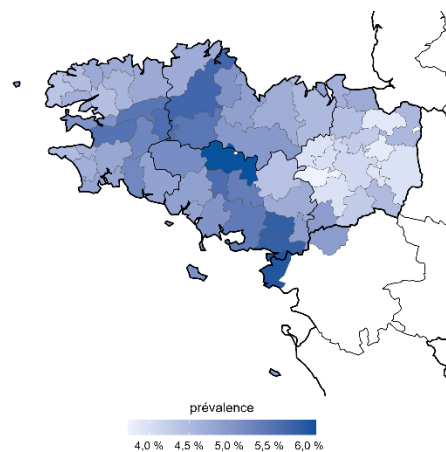


Figure 2. Prévalence annuelle standardisée des cardiopathies ischémiques, 2022

a. Par département, France



b. Par EPCI, Bretagne



Source : SNDS, Santé publique France, données mises à jour au 05/01/2025. Standardisation directe sur l'âge et le sexe.

Départements et EPCI : mortalité par cardiopathie ischémique

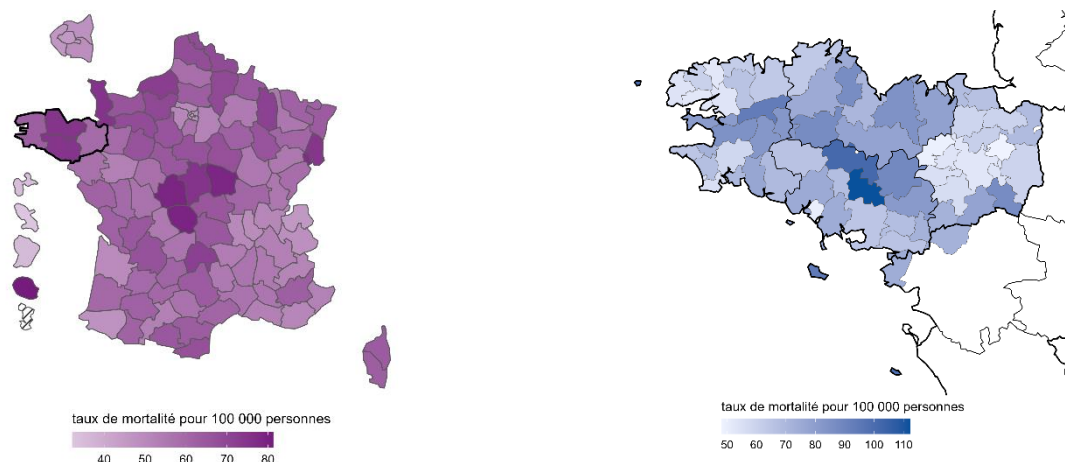
En Bretagne, au **niveau départemental**, la mortalité spécifique annuelle des cardiopathies ischémiques était supérieure à la moyenne régionale dans les départements des Côtes d'Armor et du Morbihan (taux de mortalité spécifique standardisée dans ces deux départements de 75/100 000 hab. par an, période 2020-2022, figure 3a, tableau 4). Ceci est partiellement en lien avec les niveaux de prévalence des cardiopathies ischémiques plus élevés dans certains de ces départements.

Au **niveau infra-départemental** (EPCI), il existait dans la région une variabilité de la mortalité spécifique par cardiopathie ischémique, avec des taux en général légèrement supérieurs dans plusieurs EPCI du centre, notamment à prédominance rurale (figure 3b).

Figure 3. Taux annuel de mortalité standardisé par cardiopathie ischémique, 2020-2022

a. Par département, France

b. Par EPCI, Bretagne



Source : SNDS, Santé publique France, données mises à jour au 05/01/2025. Standardisation directe sur l'âge et le sexe.

Insuffisance cardiaque

Contexte, situation en France. L'insuffisance cardiaque est une maladie chronique hétérogène, définie comme une anomalie, structurelle ou fonctionnelle, de la pompe cardiaque, conduisant à un apport en oxygène et en nutriments insuffisant pour répondre aux besoins métaboliques des différents organes. Les présentations cliniques sont diverses, allant de l'absence de symptômes, à une dyspnée d'effort, des œdèmes des membres inférieurs, une fatigue. Toutes les pathologies cardiaques, qu'elles soient ischémiques, hypertensives, valvulaires, rythmiques, ou liées à une cardiomyopathie, peuvent aboutir à une insuffisance cardiaque. L'évolution alterne des phases de stabilité et de décompensation (insuffisance cardiaque aiguë). Entre 2021 et 2023, en France, en moyenne, 182 748 patients ont été hospitalisés pour insuffisance cardiaque chaque année (incidence annuelle standardisée de 344/100 000 hab.). Ce taux d'incidence était un peu plus élevé chez les hommes (367) que chez les femmes (324), et augmentait avec l'âge. En 2022, 1 375 282 cas prévalents d'insuffisance cardiaque ont été identifiés en France (prévalence standardisée de 2,5 %). La prévalence des insuffisances cardiaques était un peu plus élevée chez les hommes (2,9 %) que chez les femmes (2,3 %). Entre 2020 et 2022, 24 199 personnes sont décédées chaque année d'une insuffisance cardiaque (taux annuel standardisé de mortalité spécifique de 46 décès/100 000 hab.), représentant 3,6 % des décès toutes causes (4,4 % chez les femmes et 2,9 % chez les hommes).

Région Bretagne

Incidence – Entre 2021 et 2023, 10 939 patients ont été hospitalisés pour insuffisance cardiaque en Bretagne chaque année, en moyenne. L'incidence standardisée annuelle était légèrement supérieure dans la région (368/100 000 hab.) par rapport au niveau national (344/100 000 hab.). L'incidence brute régionale était croissante avec l'âge et supérieure chez les hommes (tableau 2).

Prévalence – En 2022, 68 211 cas prévalents d'insuffisance cardiaque ont été identifiés dans la région, la prévalence standardisée régionale était très légèrement inférieure au niveau national (2,3 % et 2,5 %, respectivement). La prévalence brute régionale était un peu plus élevée chez les hommes que chez les femmes et croissante avec l'âge.

Mortalité – Entre 2020 et 2022, 1 483 décès par insuffisance cardiaque ont été identifiés en Bretagne en moyenne, chaque année, représentant 4,0 % des décès. Le taux de mortalité spécifique annuel standardisé était de 49 pour 100 000 hab., légèrement supérieur dans la région par rapport à la France (46).

Tableau 2. Incidence annuelle de patients hospitalisés (2021-2023), prévalence (2022) et mortalité (2020-2022) par insuffisance cardiaque, Bretagne

	incidence annuelle patients hospitalisés*			prévalence			mortalité annuelle*		
	hommes	femmes	total	hommes	femmes	total	hommes	femmes	total
	nombre de patients hospitalisés*			nombre de cas			nombre de décès*		
18-44 ans	44	21	65	662	432	1 094	3	1	4
45-64 ans	493	199	692	5 337	2 176	7 513	20	6	26
65-84 ans	2 674	1 872	4 546	17 777	11 684	29 461	166	137	303
85 ans et plus	2 103	3 533	5 636	10 764	19 379	30 143	374	776	1 150
total (≥ 18 ans)	5 314	5 625	10 939	34 540	33 671	68 211	563	920	1 483
	taux brut / 100 000 hab.			prévalence (%)			taux brut / 100 000 hab.		
18-44 ans	9	4	6	0.1 %	0.1 %	0.1 %	1	0	0
45-64 ans	111	44	77	1.2 %	0.5 %	0.8 %	5	1	3
65-84 ans	913	525	700	6.1 %	3.3 %	4.5 %	57	38	47
85 ans et plus	5 320	3 985	4 397	27.2 %	21.9 %	23.5 %	946	875	897
total (≥ 18 ans)	411	401	406	2.7 %	2.4 %	2.5 %	44	66	55
	taux standardisé** /100 000 hab.			prévalence standardisée** (%)			taux standardisé** /100 000 hab.		
total (≥ 18 ans)	382	355	368	2.5 %	2.2 %	2.3 %	40	57	49
total (≥ 18 ans), France	367	324	344	2.9 %	2.3 %	2.5 %	38	52	46

Source : SNDS, Santé publique France, données mises à jour au 05/01/2025. Périodes : 2021-2023 (incidence), 2022 (prévalence), 2020-2022 (mortalité). *Nombre moyen annuel sur 3 années. **Standardisation directe sur âge et sexe (réf. : France, 2021) pour les indicateurs totaux et sur âge pour les indicateurs par sexe.

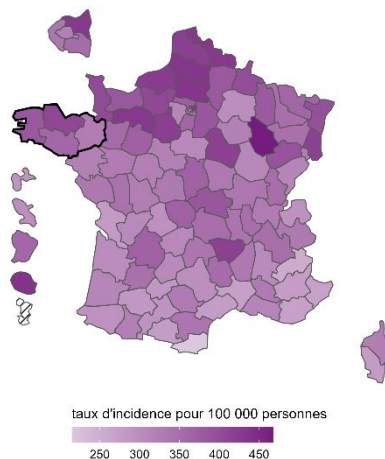
Départements et EPCI : incidence et prévalence des insuffisances cardiaques

En Bretagne, au **niveau départemental**, l'incidence annuelle standardisée de patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque entre 2021 et 2023 était supérieure à la moyenne régionale dans les départements des Côtes d'Armor et du Finistère (incidence standardisée de 408 et 384/100 000 hab. par an, figure 4a). La prévalence standardisée en 2022 était très proche au niveau départemental, bien qu'un peu plus élevée dans les Côtes d'Armor (2,5 %, figure 5a, tableau 5).

Au **niveau infra-départemental** (EPCI), il existait dans la région une variabilité du taux d'incidence standardisé annuel, avec des taux en général supérieurs dans certains EPCI du centre-ouest de la région (figure 4b). Une tendance similaire était retrouvée pour la prévalence standardisée (figure 5b).

Figure 4. Taux annuel d'incidence standardisé de patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque, 2021-2023

a. Par département, France



b. Par EPCI, Bretagne

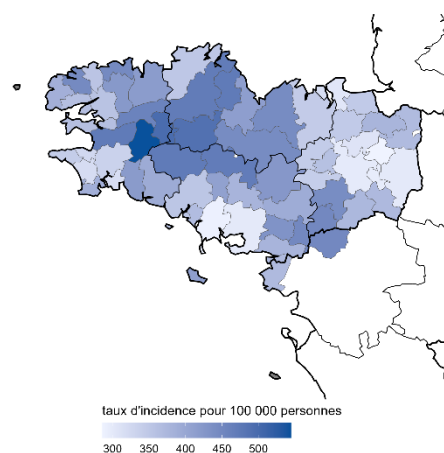
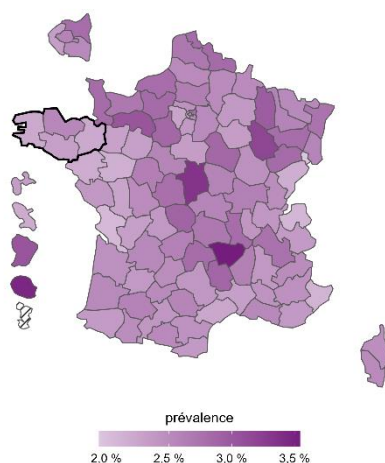
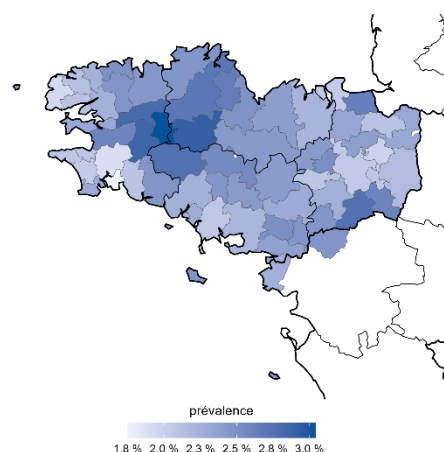


Figure 5. Prévalence annuelle standardisée des insuffisances cardiaques, 2022

a. Par département, France



b. Par EPCI, Bretagne



Source : SNDS, Santé publique France, données mises à jour au 05/01/2025. Standardisation directe sur l'âge et le sexe.

Départements et EPCI : mortalité par insuffisance cardiaque

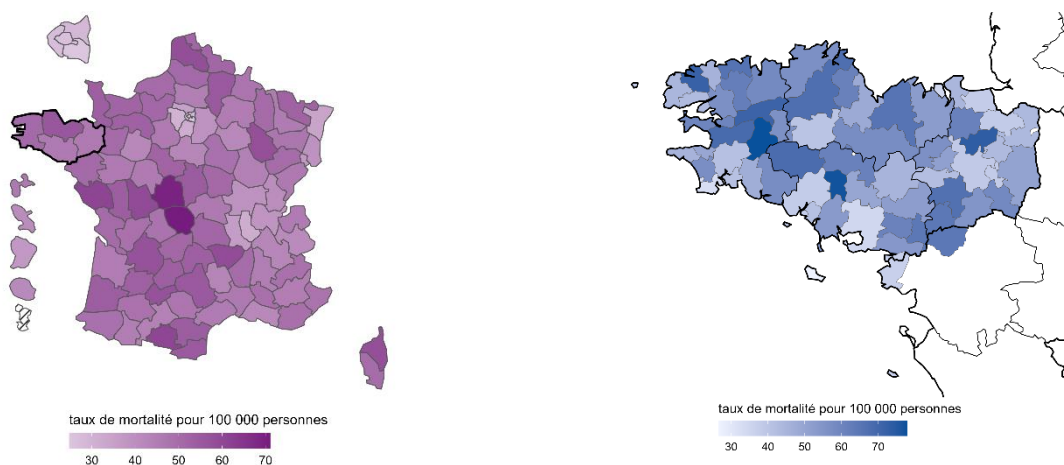
En Bretagne, au **niveau départemental**, la mortalité spécifique annuelle par insuffisance cardiaque était supérieure à la moyenne régionale dans les Côtes d'Armor (taux de mortalité spécifique standardisée de 56/100 000 hab. par an, période 2020-2022, figure 6a, tableau 5) et le Finistère (51). Ceci est partiellement en lien avec les niveaux d'incidence des insuffisances cardiaques plus élevés dans ces départements.

Au **niveau infra-départemental** (EPCI), il existait dans la région une variabilité, sans qu'un profil territorial évident ne puisse être identifié, de la mortalité spécifique par insuffisance cardiaque (figure 6b).

Figure 6. Taux annuel de mortalité standardisé par insuffisance cardiaque, 2020-2022

a. Par département, France

b. Par EPCI, Bretagne



Source : SNDS, Santé publique France, données mises à jour au 05/01/2025. Standardisation directe sur l'âge et le sexe.

Accidents vasculaires cérébraux

Contexte, situation en France. Un accident vasculaire cérébral est défini par la survenue brutale d'un déficit neurologique lié à une lésion focale vasculaire cérébrale. Les accidents vasculaires cérébraux peuvent être ischémiques, dus à l'obstruction d'un vaisseau cérébral ; ou hémorragiques, caractérisés par la présence de saignements dans le parenchyme cérébral ou au niveau sous-arachnoïdien. Entre 2021 et 2023, en France, en moyenne, 122 574 patients ont été hospitalisés pour accident vasculaire cérébral chaque année (incidence annuelle standardisée de 231/100 000 hab.). Ce taux était plus élevé chez les hommes (257/100 000 hab.) que chez les femmes (207/100 000 hab.), et augmentait avec l'âge. En 2022, 1 086 075 cas prévalents (hospitalisations ou antécédents) d'accident vasculaire cérébral ont été identifiés en France (prévalence standardisée de 2,0 %). La prévalence des accidents vasculaires cérébraux était ainsi plus élevée chez les hommes (2,3 %) que chez les femmes (1,8 %). Entre 2020 et 2022, en moyenne, 30 789 personnes sont décédées chaque année d'accident vasculaire cérébral (taux annuel standardisé de mortalité spécifique de 58 décès/100 000 hab.), représentant 4,6 % des décès toutes causes (5,3 % chez les femmes et 3,9 % chez les hommes).

Région Bretagne

Incidence – Entre 2021 et 2023, 7 576 patients ont été hospitalisés pour accident vasculaire cérébral en Bretagne chaque année en moyenne, dont 80 % d'origine ischémique et 20 % d'origine hémorragique. L'incidence standardisée annuelle était supérieure dans la région (259/100 000 hab.) par rapport au niveau national (231/100 000 hab.). L'incidence brute régionale était croissante avec l'âge et supérieure chez les hommes (tableau 3).

Prévalence – En 2022, 65 083 cas prévalents d'accident vasculaire cérébral ont été identifiés dans la région, la prévalence standardisée régionale était légèrement supérieure au niveau national. La prévalence brute régionale était un peu plus élevée chez les hommes que chez les femmes et croissante avec l'âge.

Mortalité – Entre 2020 et 2022, 1 951 décès par accident vasculaire cérébral ont été identifiés en Bretagne en moyenne chaque année, représentant 5,2 % des décès. Le taux de mortalité spécifique annuel standardisé était de 65 pour 100 000 hab., supérieur dans la région par rapport à la France.

Tableau 3. Incidence annuelle de patients hospitalisés (2021-2023), prévalence (2022) et mortalité (2020-2022) par accident vasculaire cérébral, Bretagne, 2022

	incidence annuelle patients hospitalisés*			prévalence			mortalité annuelle*		
	hommes	femmes	total	hommes	femmes	total	hommes	femmes	total
	nombre de patients hospitalisés*			nombre de cas			nombre de décès*		
18-44 ans	148	113	261	1 315	1 193	2 508	10	4	14
45-64 ans	971	446	1 417	8 008	4 902	12 910	83	39	122
65-84 ans	2 152	1 664	3 816	18 452	13 096	31 548	368	313	681
85 ans et plus	708	1 374	2 082	6 648	11 469	18 117	328	806	1 134
total (≥ 18 ans)	3 979	3 597	7 576	34 423	30 660	65 083	789	1 162	1 951
	taux brut / 100 000 hab.			prévalence (%)			taux brut / 100 000 hab.		
18-44 ans	29	22	26	0.3 %	0.2 %	0.2 %	2	1	1
45-64 ans	219	98	158	1.8 %	1.1 %	1.4 %	19	9	14
65-84 ans	735	467	588	6.3 %	3.7 %	4.9 %	126	88	105
85 ans et plus	1 791	1 550	1 624	16.8 %	12.9 %	14.1 %	830	909	885
total (≥ 18 ans)	308	256	281	2.7 %	2.2 %	2.4 %	61	83	72
	taux standardisé** /100 000 hab.			prévalence standardisée** (%)			taux standardisé** /100 000 hab.		
total (≥ 18 ans)	289	232	259	2.5 %	2.0 %	2.2 %	57	73	65
total (≥ 18 ans), France	257	207	231	2.3 %	1.8 %	2.0 %	52	64	58

Source : SNDS, Santé publique France, données mises à jour au 05/01/2025. Périodes : 2021-2023 (incidence), 2022 (prévalence), 2020-2022 (mortalité). *Nombre moyen annuel sur 3 années. **Standardisation directe sur âge et sexe (réf. : France, 2021) pour les indicateurs totaux et sur âge pour les indicateurs par sexe.

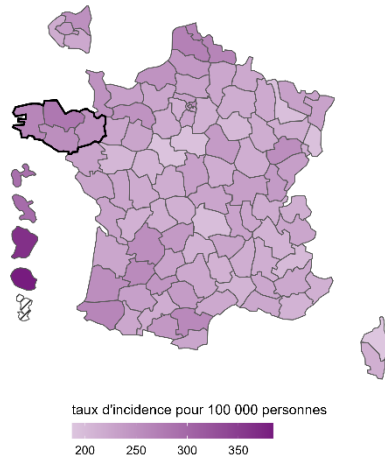
Départements et EPCI : incidence et prévalence des accidents vasculaires cérébraux

En Bretagne, au **niveau départemental**, l'incidence annuelle standardisée de patients hospitalisés pour accident vasculaire cérébral entre 2021 et 2023 était supérieure à la moyenne régionale dans les Côtes d'Armor (incidence standardisées de 280/100 000 hab. par an, figure 7a, tableau 6) et le Finistère (263). La prévalence standardisée en 2022 (figure 8a, tableau 6) était peu différente entre départements, comprise entre 2,1 % et 2,3 %.

Au **niveau infra-départemental** (EPCI), il existait dans la région une variabilité limitée du taux d'incidence standardisé annuel, avec un léger gradient Sud-Est/Nord-Ouest (figure 7b). Une tendance assez comparable était retrouvée pour la prévalence standardisée (figure 8b) en Bretagne.

Figure 7. Taux annuel d'incidence standardisé de patients hospitalisés pour accident vasculaire cérébral, 2021-2023

a. Par département, France



b. Par EPCI, Bretagne

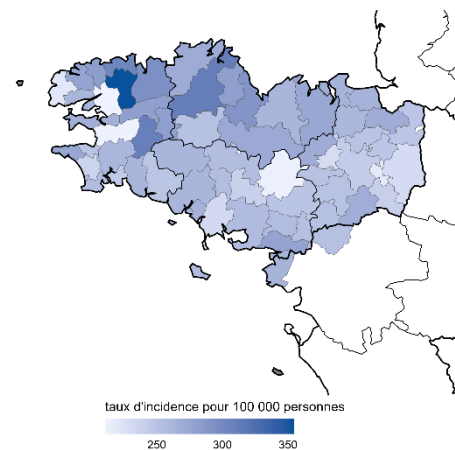
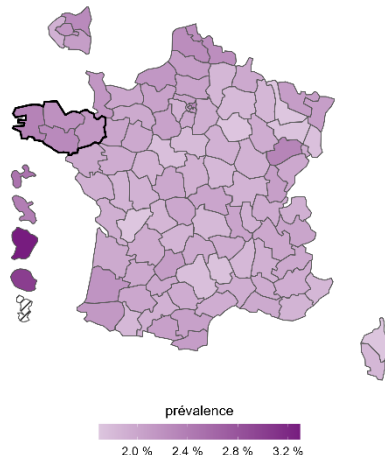
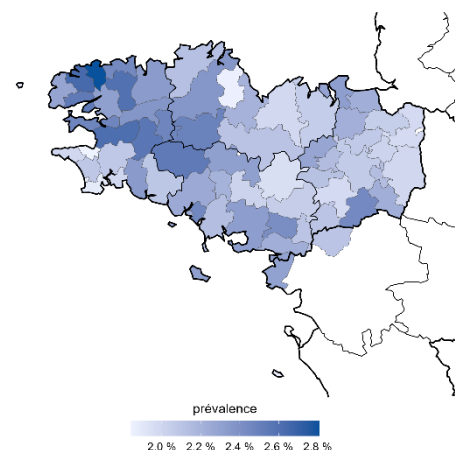


Figure 8. Prévalence annuelle standardisée des accidents vasculaires cérébraux, 2022

a. Par département, France



b. Par EPCI, Bretagne



Source : SNDS, Santé publique France, données mises à jour au 05/01/2025. Standardisation directe sur l'âge et le sexe.

Départements et EPCI : mortalité par accident vasculaire cérébral

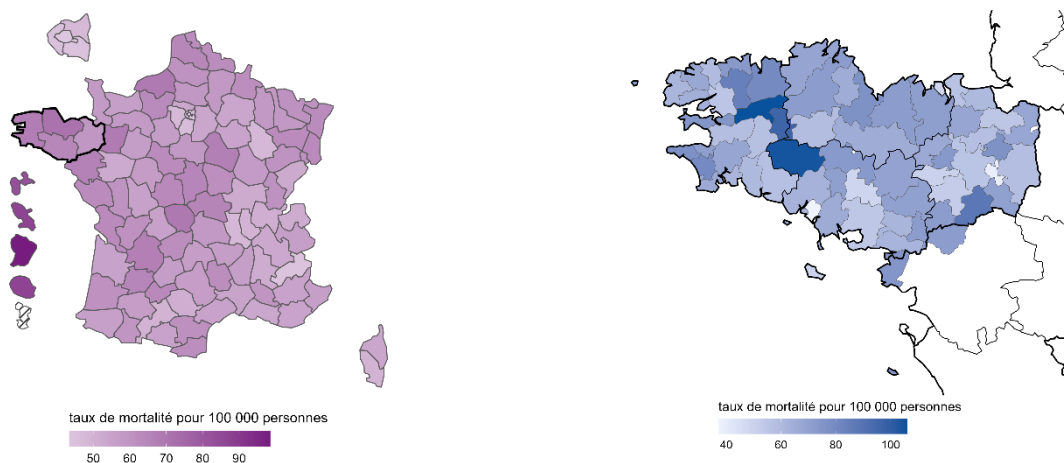
En Bretagne, au **niveau départemental**, la mortalité spécifique par accident vasculaire cérébrale était supérieure en 2021 à la moyenne régionale dans les départements des Côtes d'Armor (taux de mortalité spécifique standardisée de 71/100 000 hab. par an, figure 9a, tableau 6) et dans le Finistère (68). Ceci est en lien, pour partie, avec les niveaux d'incidence des accidents vasculaires cérébraux en général un peu plus élevés dans ces départements.

Au **niveau infra-départemental** (EPCI), il existait dans la région une variabilité modérée de la mortalité spécifique par accidents vasculaires cérébraux, avec des taux légèrement supérieurs dans certains EPCI du centre mais à faible population (figure 9b).

Figure 9. Taux annuel de mortalité standardisé par accident vasculaire cérébral, 2020-2022

a. Par département, France

b. Par EPCI, Bretagne



Source : SNDS, Santé publique France, données mises à jour au 05/01/2025. Standardisation directe sur l'âge et le sexe.

Synthèse départementale

Cette synthèse présente les indicateurs du Bulletin pour les 3 pathologies d'intérêt, par département pour la région Bretagne (tableaux 4, 5 et 6) : taux d'incidence des hospitalisations (période 2021-2023), prévalence 2022 et taux de mortalité spécifique annuel (période 2020-2022), standardisés sur l'âge et le sexe.

Tableau 4. Taux annuels départementaux de cardiopathies ischémiques (incidence 2021-2023, prévalence 2022 et mortalité 2020-2022), standardisés, 18 ans et plus, tous sexes, Bretagne

	taux d'incidence annuel patients hospitalisés*	prévalence (%)	taux de mortalité annuel*
22 - Côtes-d'armor	378	5.1 %	75
29 - Finistère	456	4.8 %	63
35 - Ille-et-Vilaine	356	4.3 %	59
56 - Morbihan	410	5.2 %	75
Bretagne	401	4.8 %	67
France	459	5.5 %	59

Tableau 5. Taux annuels départementaux d'insuffisance cardiaque (incidence 2021-2023, prévalence 2022 et mortalité 2020-2022), standardisés, 18 ans et plus, tous sexes, Bretagne

	taux d'incidence annuel patients hospitalisés*	prévalence (%)	taux de mortalité annuel*
22 - Côtes-d'armor	408	2.5 %	56
29 - Finistère	384	2.2 %	51
35 - Ille-et-Vilaine	327	2.2 %	46
56 - Morbihan	359	2.3 %	46
Bretagne	368	2.3 %	49
France	344	2.5 %	46

Tableau 6. Taux annuels départementaux d'accidents vasculaires cérébraux (incidence 2021-2023, prévalence 2022 et mortalité 2020-2022), standardisés, 18 ans et plus, tous sexes, Bretagne

	taux d'incidence annuel patients hospitalisés*	prévalence (%)	taux de mortalité annuel*
22 - Côtes-d'armor	280	2.2 %	71
29 - Finistère	263	2.3 %	68
35 - Ille-et-Vilaine	247	2.1 %	59
56 - Morbihan	253	2.3 %	64
Bretagne	259	2.2 %	65
France	231	2.0 %	58

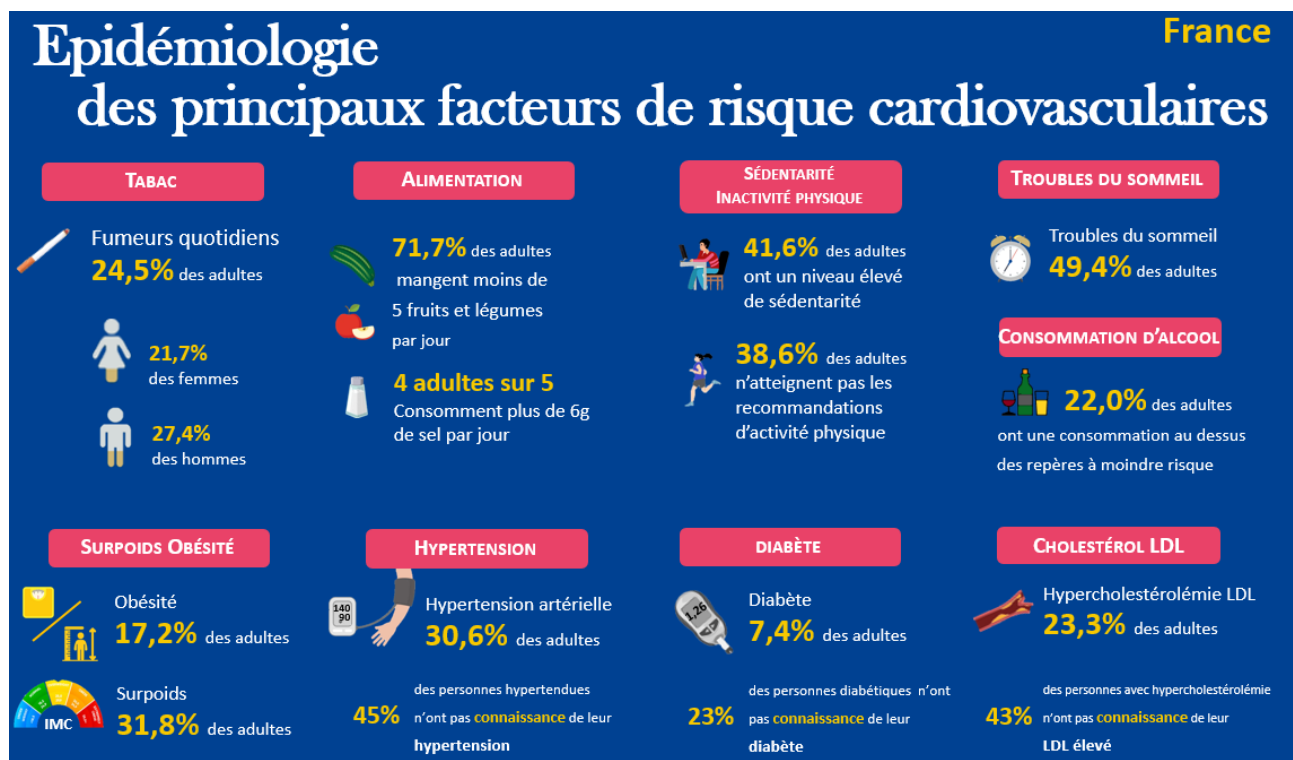
Source : SNDS, Santé publique France, données mises à jour au 05/01/2025. Périodes : 2021-2023 (incidence), 2022 (prévalence), 2020-2022 (mortalité). Standardisation directe sur âge et sexe (réf. : France, 2021). * Taux moyen annuel, pour 100 000 hab.

Déterminants et facteurs de risque des maladies cardio-neuro-vasculaires

Le poids important des maladies cardio-neuro-vasculaires est lié en grande partie à la prévalence élevée de leurs facteurs de risque. En plus des facteurs de risques non modifiables, comme le sexe et l'âge, les principaux facteurs de risque des maladies cardio-neuro-vasculaires sont : le tabagisme, l'alimentation déséquilibrée, l'inactivité physique, la sédentarité, le surpoids, l'obésité, le diabète, l'hypertension artérielle, les dyslipidémies, la consommation d'alcool et les troubles du sommeil. La maladie rénale chronique, la consommation de drogues, la dépression, les désordres hypertensifs de la grossesse, les maladies hormonodépendantes et des facteurs environnementaux, comme la pollution atmosphérique, ont également été identifiés comme facteurs de risque de maladies cardiovasculaires.

La prévalence de ces facteurs de risque demeure élevée au sein de la population française, avec une tendance à la dégradation pour certains d'entre eux. Le tabagisme, facteur de risque majeur des cardiopathies ischémiques, concerne quotidiennement un adulte sur quatre. L'hypertension artérielle, autre facteur de risque majeur des accidents vasculaires cérébraux, concerne un adulte sur trois, avec seulement une personne hypertendue sur quatre qui présente une pression artérielle contrôlée.

La prévention de l'ensemble des facteurs de risque, ainsi que le dépistage précoce et la prise en charge de l'hypertension artérielle, du diabète et des dyslipidémies, représentent des leviers essentiels pour réduire le fardeau des maladies cardio-neuro-vasculaires. Enfin, on peut améliorer la qualité de vie des personnes qui vivent avec une maladie cardiovasculaire et éviter les récurrences en agissant sur ces facteurs en complément d'un suivi médical régulier, et d'une prise en charge après les événements aigus incluant une réadaptation cardiaque.



Sources : Enquêtes de Santé publique France : Esteban 2014-2016 ; Baromètres 2017, 2021, 2022. Infographie adaptée de : 1) Olié V, Grave C, Helft G, Nguyen-Thanh V, Andler R, Quatremère G, et al. Épidémiologie des facteurs de risque cardiovasculaire : les facteurs de risque comportementaux. Bull Épidémiol Hebd. 2025;(HS):81-101. 2) Olié V, Gabet A, Grave C, Helft G, Fosse-Edorh S, Piffaretti C, et al. Épidémiologie des facteurs de risque cardiovasculaire : les facteurs de risque non comportementaux. Bull Épidémiol Hebd. 2025;(HS):102-16.

Prévention des maladies cardio-neuro-vasculaires : outils pour les professionnels de santé et le public

Santé publique France met à disposition des professionnels de santé et du grand public **plusieurs sites** rappelant les règles hygiéno-diététiques à suivre pour prévenir les maladies cardio-neuro-vasculaires. Ces sites font la promotion d'une alimentation variée et équilibrée, de la pratique d'une activité physique et de la réduction de la sédentarité et apportent des conseils pour arrêter de fumer, diminuer la consommation d'alcool et pour améliorer son alimentation (fabrique à menus du site mangerbouger).

Pour en savoir plus : <http://www.mangerbouger.fr> <https://www.tabac-info-service.fr/>
<http://www.alcool-info-service.fr/>

Pour aller plus loin : consultez nos dossiers thématiques par pathologie, accessibles [ici](#)

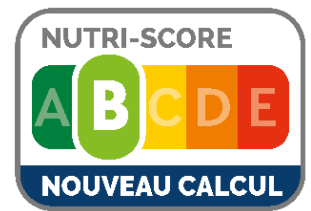
Test et informations de la Fédération française de cardiologie sur les facteurs de risque cardiovasculaires. [En savoir plus](#)



Focus sur l'évolution du Nutri-Score

Le **Nutri-Score** est un logo qui figure sur les emballages et qui note les produits de A pour les plus favorables sur le plan nutritionnel à E pour les moins favorables.

En janvier 2025, 1 416 entreprises étaient engagées en France dans la démarche Nutri-Score, témoignant d'une bonne dynamique s'appuyant sur une démarche volontaire, et non réglementaire. Depuis la mise en place du logo, la part de marché estimée des marques engagées n'a cessé d'augmenter pour atteindre 62 % des volumes de ventes en 2024¹.



En France, en 2025, le Nutri-Score évolue pour aider les consommateurs à mieux décrypter la qualité nutritionnelle des produits et environ 30 % à 40 % des produits vont changer de score. Le nouveau Nutri-Score permet notamment de mieux repérer les aliments riches en fibres et note plus sévèrement les aliments sucrés et salés.

Récapitulatifs des changements

Produits mieux notés avec le nouveau Nutri-Score	<p>Poissons gras (sardines, maquereaux, saumons...)</p> <p>Huiles riches en bonnes graisses (noix, colza, olive)</p> <p>Fromage à pâte dure à faible teneur en sel (emmental)</p> <p>Fruits à coque non salés</p> <p>Certaines eaux aromatisées</p>	
Produits notés plus sévèrement avec le nouveau Nutri-Score	<p>Viande rouge</p> <p>Produits salés (biscuits apéritifs, certaines soupes, etc.)</p> <p>Produits sucrés (céréales du petit-déjeuner, bonbons, barres chocolatées,...)</p> <p>Boissons contenant des édulcorants</p> <p>Plats préparés et pizza industrielles</p> <p>Produits laitiers sucrés (ex. laits aromatisés, yaourts à boire, desserts lactés, etc.)</p> <p>Pains blancs et pains à forte teneur en sel</p>	

Une étude prospective menée auprès d'adultes européens (Cohorte EPIC)², a évalué la nouvelle version de l'algorithme du Nutri-Score et montre que chez les personnes consommant une alimentation de moindre qualité nutritionnelle, telle qu'évaluée par l'algorithme sous-jacent au Nutri-Score, le risque de maladies cardio-vasculaires est accru.

Une campagne de communication pour promouvoir l'évolution du mode de calcul du Nutri-Score est diffusée à partir du 29 juin.

Retrouver toutes les informations sur le Nutri-Score : [ici](#)

1. Suivi du Nutri-Score par l'Oqali – Bilan annuel – Edition 2024

2. M. Deschasaux-Tanguy, I. Huybrechts, J. Chantal, *et al.* Nutritional quality of diet characterized by the Nutri-Score profiling system and cardiovascular disease risk: a prospective study in 7 European countries *Lancet Reg Health Europe*, 46 (2024)

Prévention des maladies cardiovasculaires et du diabète : projet européen JACARDI

Le projet européen JACARDI (*Joint action on cardiovascular diseases and diabetes*), est une action conjointe entre les états membres de l'Union Européenne (UE) pour **renforcer les stratégies de prévention des maladies cardiovasculaires et du diabète, réduire leur fardeau et leur morbidité, et améliorer le partage des meilleures pratiques entre les pays de l'UE**. Santé publique France coordonne l'une des branches de ce projet sur la littérature en santé, et porte directement plusieurs projets de pilote d'intervention.

- Une première intervention menée par Santé publique consiste à concevoir et à déployer une campagne d'information sur l'hypertension artérielle dans 4 territoires des régions Grand-Est et Hauts-de-France. L'objectif est d'améliorer la proportion d'adultes connaissant leurs chiffres tensionnels ainsi que les seuils d'hypertension artérielle. Elle sera suivie d'une campagne de dépistage de l'hypertension artérielle dans les pharmacies de ces territoires.

- Un deuxième pilote consiste à co-construire, déployer et évaluer une intervention à destination des femmes ayant eu un désordre hypertensif de la grossesse.

- Un troisième pilote vise à produire et diffuser des données actualisées sur les différences liées au sexe concernant les maladies cardiovasculaires et le diabète au sein de la population adulte française.

- D'autres projets portent plus spécifiquement sur le recueil et l'utilisation de données de santé. Ainsi, deux pilotes en cours cherchent à mettre au point un algorithme de typage du diabète et un algorithme d'identification des personnes à haut risque de diabète dans le SNDS. Enfin, un dernier projet vise à collecter les données biologiques d'un échantillon de personnes diabétiques auprès des laboratoires d'analyses médicales de Bretagne et de Guyane et de les apparier aux SNDS.

Pour en savoir plus

- Un **numéro hors-série du Bulletin épidémiologique hebdomadaire du 4 mars 2025 sur les maladies cardio-neuro-vasculaires** offre une photographie actualisée de la santé cardiovasculaire des Français, grâce à la compilation de multiples sources de données, dont les données médico-administratives du Système national des données de santé (SNDS).

Des analyses épidémiologiques descriptives complémentaires ainsi que l'épidémiologie à l'échelle nationale et départementale des **maladies aortiques et artérielles périphériques** et de la **maladie veineuse thromboembolique** (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire) sont disponibles dans ce BEH. De plus, deux articles présentent une synthèse actualisée des connaissances sur les **facteurs de risque cardiovasculaires** comportementaux et non comportementaux. <https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2025/HS/>

- Une version internationale de ces articles (décembre 2024) est disponible dans le **numéro spécial de la revue Archives of cardiovascular diseases** intitulé : « **Update on epidemiology of cardiovascular risk factors and diseases in France** » et intégrant également l'épidémiologie en France des valvulopathies et des troubles du rythme et de la conduction. <https://www.sciencedirect.com/journal/archives-of-cardiovascular-diseases/vol/117/issue/12>

- Des données concernant les nombres et l'incidence brute de patients hospitalisés pour maladies cardio-neuro-vasculaires (2012-2023) sont d'ores et déjà disponibles à l'échelle départementale en open data sur le site **Odissé** de Santé publique France. De nouvelles données à l'EPCI seront mises en ligne prochainement.

Disponible sur : <https://odisse.santepubliquefrance.fr/pages/accueil/>

Méthodes

Source de données – Les données de ce bulletin sont issues du Système national des données de santé (SNDS). Les données utilisées sont : l'âge, le sexe, le lieu de résidence, les diagnostics hospitaliers issus du PMSI-MCO, le statut d'affection de longue durée (ALD), ainsi que la date et la cause initiale de décès codée dans les certificats de décès (CépiDc/Inserm). L'ensemble des personnes résidant en France et affiliées à un des régimes de l'Assurance maladie ont été incluses.

Cas incidents – Pour chaque pathologie d'intérêt, tous les patients âgés de plus de 18 ans, hospitalisés entre 2021 et 2023 avec un diagnostic principal d'hospitalisation (motif d'admission) mentionnant la pathologie d'intérêt, ont été sélectionnés. Cette sélection a été complétée par l'inclusion de certaines hospitalisations dont les diagnostics associés mentionnaient une prise en charge aigue de la pathologie d'intérêt. L'algorithme détaillé de sélection et la liste des codes CIM-10 permettant d'identifier la pathologie d'intérêt peut être retrouvé dans le [BEH hors-série maladies cardiovasculaires de mars 2025](#). Une seule hospitalisation pour la pathologie d'intérêt par année et par patient a été comptabilisée dans cet indicateur. L'incidence annuelle brute a été calculée en divisant le nombre annuel moyen de patients hospitalisés pour la pathologie d'intérêt par la population des territoires concernés recensée dans les statistiques de l'Insee extrapolées pour la même année.

Cas prévalents - prévalence – Tous les adultes vivants au 1^{er} janvier 2023 ayant été hospitalisés entre 2012 et 2022 avec un diagnostic principal, relié ou associé codant pour la pathologie d'intérêt ou bénéficiant d'une ALD pour la pathologie d'intérêt sur cette même période, ont été considérés comme des cas prévalents en 2022. La prévalence brute a été estimée en divisant le nombre de cas prévalents par la population des territoires concernés recensée dans les statistiques de l'Insee.

Décès – Le nombre de décès a été estimé à partir des certificats de décès survenus entre 2020 et 2022. Les décès dus à la pathologie d'intérêt ont été identifiés lorsque celle-ci était mentionnée comme cause initiale de décès. La cause initiale de décès est définie, en appliquant les règles de la CIM-10, comme étant la maladie, le traumatisme ou les circonstances en cas de mort violente, à l'origine du processus morbide ayant entraîné le décès. Les taux de mortalité pour chaque pathologie d'intérêt ont été estimés en divisant le nombre de décès dont la cause initiale était la pathologie d'intérêt par la population des territoires concernés recensée par l'Insee.

L'incidence, la mortalité (/100 000 hab.) et la prévalence (% hab.) ont été standardisées par une méthode directe, en utilisant la structure d'âge de la population française de 2021, comme population de référence, aussi bien pour les données régionales, départementales, ou EPCI. Pour les indicateurs par sexe, la standardisation a été réalisée selon la structure d'âge du sexe concerné de la population française. Les cartes régionales présentent les EPCI ayant au moins une commune de la région, même si la majorité des personnes de l'EPCI habitent une région limitrophe. Étant donné les faibles remontées au sein du SNDS, les données pour Mayotte, Saint-Barthélemy et Saint-Martin ne sont pas présentées.

En savoir plus : Le Système national des données de santé (SNDS). Bull Epidemiol Hebd. 2025;(HS):117-23.

Auteurs, remerciements

Groupe de travail : Thomas BÉNET, Luisiane CARVALHO, Christine CASTOR, Guillaume HEUZÉ, Ronan OLLIVIER, Olivier RETEL, Stéphanie RIVIÈRE, Chloé VIGNERON (direction des régions), Amélie GABET, Clémence GRAVE, Grégory LAILLIER, Valérie OLIÉ, Michel VERNAY (direction des maladies non transmissibles et des traumatismes), Christophe BONALDI (direction appui, traitements et analyses des données).

Auteur en région : Alain Le Tertre

Pour nous citer : Bulletin maladies cardio-neuro-vasculaires. Édition Bretagne. Saint-Maurice : Santé publique France, 17 pages, juin 2025.

Directrice de publication : Caroline SEMAILLE

Dépôt légal : 30/06/2025

Contact : cire-bretagne@santepubliquefrance.fr