

Maladies cardio-neuro-vasculaires

Date de publication : 30 juin 2025

ÉDITION GUYANE

SOMMAIRE

Définitions	2
Points clés en région Guyane	2
Cardiopathies ischémiques	4
Insuffisance cardiaque	7
Accidents vasculaires cérébraux	10
Déterminants et facteurs de risque des maladies cardio-neuro-vasculaires	13
Prévention des maladies cardio-neuro-vasculaires : outils pour les professionnels de santé et le public	14
Focus sur l'évolution du Nutri-Score	15
Prévention des maladies cardiovasculaires et du diabète : projet européen JACARDI	16
Pour en savoir plus	16
Méthodes	17

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. **En Guyane, ces pathologies constituent également l'une des principales causes de mortalité chez les moins de 65 ans¹.** Elles sont en outre plus fréquentes que les causes d'origine infectieuse. **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 en Guyane chez les personnes âgées de 18 ans et plus. En Guyane, 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.

¹ Nacher M, Basurko C, Douine M, Lambert Y, Hcini N, Elenga N, Le Turnier P, Epelboin L, Djossou F, Couppié P, de Toffol B, Drak Alisbai K, Sabbah N, Adenis A. The Epidemiologic Transition in French Guiana: Secular Trends and Setbacks, and Comparisons with Continental France and South American Countries. *Trop Med Infect Dis.* 2023 Apr 8;8(4):219. doi: 10.3390/tropicalmed8040219. PMID: 37104345; PMCID: PMC10143289.

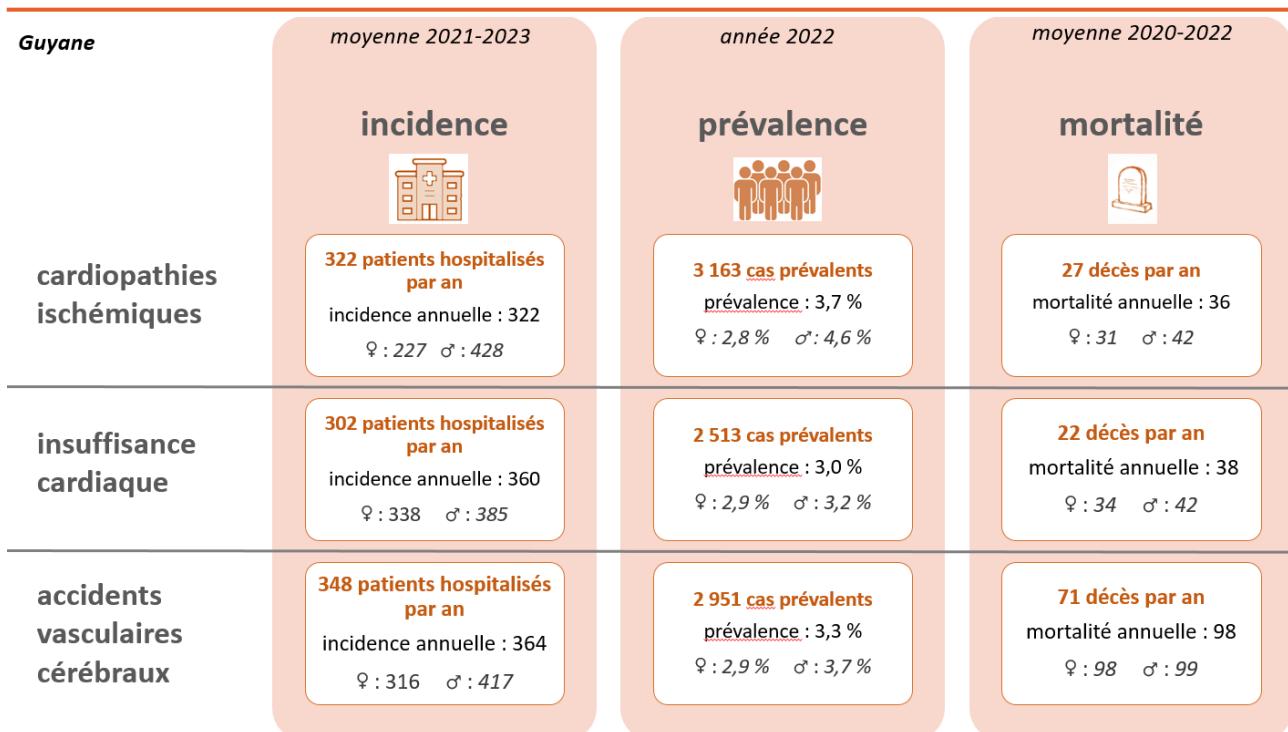
Enfin, l'épidémiologie actuelle nationale, régionale et départementale (incidence d'hospitalisations, prévalence, mortalité) d'autres pathologies cardio-neuro-vasculaires est décrite dans le numéro spécial du [Bulletin épidémiologique hebdomadaire du 4 mars 2025](#), notamment les dissections et anévrismes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

Définitions

Afin de mieux comprendre les chiffres présentés, voici quelques précisions d'ordre méthodologique : dans ce bulletin, l'*incidence sur une période donnée* correspond aux personnes qui ont été hospitalisées au cours cette période pour une pathologie. La *prévalence sur une période donnée* correspond à l'ensemble des malades sur la période concernée, qu'ils soient nouvellement diagnostiqués ou déjà connus, pour cette pathologie. La *standardisation* permet quant à elle de rendre comparable des populations de structures d'âge et de sexe différentes. Plus de détails sur la méthode sont disponibles en page 17.

Points clés en région Guyane

- En Guyane, la proportion de personnes hospitalisées chaque année pour la prise en charge d'une **cardiopathie ischémique** était moins élevée qu'au niveau national entre **2021 et 2023** ; l'incidence standardisée s'élevait en effet à 322 hospitalisations pour 100 000 habitants contre 459 au niveau national. La proportion de personnes vivant avec cette pathologie ainsi que les décès causés par celle-ci étaient également plus faibles. En effet, la prévalence pour cardiopathie ischémique s'élevait à 3,7 % en Guyane (5,5 % au niveau national) en 2022 et 27 personnes sont décédées de cette pathologie chaque année entre 2020 et 2022, correspondant à un taux standardisé de mortalité pour cette pathologie de 36/100 000 habitants, inférieur dans la région par rapport au taux national (59/100 000 hab.).
- Contrairement aux cardiopathies ischémiques, l'**insuffisance cardiaque** constitue un **fardeau de santé plus important en Guyane qu'au niveau national**. En effet, l'incidence standardisée des nouvelles **hospitalisations étaient plus fréquentes en Guyane** (360 vs 344/100 000 hab. au niveau national) entre 2021 et 2023. La **proportion de personnes atteintes** d'une insuffisance cardiaque en Guyane en 2022 était également plus élevée (3,0 % contre 2,5 % au niveau national). **En revanche**, entre 2020 et 2022, 22 personnes sont décédées d'insuffisance cardiaque chaque année en Guyane soit un **taux de mortalité standardisé inférieur à celui du national** (38 versus 46 pour 100 000 habitants au niveau national) : une des explications serait que les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque en Guyane décèdent d'une autre cause.
- Enfin, les **accidents vasculaires cérébraux** (AVC) sont également plus fréquents en Guyane : il s'agit du **deuxième département présentant l'incidence annuelle standardisée de patients hospitalisés pour AVC la plus forte**. Celle-ci était en effet nettement supérieure à celle du niveau national (364 vs 231/100 000 hab.) entre 2021 et 2023. En 2022, **2 951 personnes vivant en Guyane avaient déjà fait un AVC** (en 2022 ou dans les années précédentes). La proportion de personnes ayant déjà fait un AVC était plus élevée en Guyane qu'au niveau national (3,3 % versus 2,0 % au niveau national), il s'agit en outre du **département dont la prévalence est la plus élevée**. Enfin, **on dénombrait en moyenne chaque année 1,7 fois plus de décès pour AVC en Guyane qu'au niveau national** sur la période 2020-2022 (taux standardisé de mortalité de 98 contre 58/100 000 hab.).



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.

- 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 sommeil². Certains d'entre eux sont particulièrement élevés en Guyane (données déclarées) comme l'hypertension artérielle (23 %) mais aussi le diabète (12 %) ou encore l'obésité (16 % chez les hommes et 25 % chez les femmes). Concernant l'alimentation, la situation des DROM est contrastée, avec des situations souvent défavorables en Guyane. La consommation de tabac et d'alcool sont en revanche moins fréquentes qu'en Hexagone (5 % des guyanais consomment quotidiennement de l'alcool et 10 % fument du tabac quotidiennement).

² Deschamps V, Salanave B, Verdot C. Fréquences nationales et régionales de consommations alimentaires par rapport aux recommandations nutritionnelles des adultes français : résultats des Baromètres 2021 hexagonal et DROM de Santé publique France. *Bull Épidémiol Hebd.* 2025;(8):112-23. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2025/8/2025_8_1.html

Olié V, Gabet A, Grave C, Gautier A, Blacher J. Prévalence de l'hypertension artérielle déclarée dans les départements et régions d'outre-mer. *Bull Épidémiol Hebd.* 2023;(8):138-47. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/8/2023_8_2.html

Hernandez H, Piffaretti C, Gautier A, Cosson E, Fosse, Edorh S. Prévalence du diabète connu dans 4 départements et régions d'outre-mer : Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion. Résultats du Baromètre de Santé publique France de 2021. *Bull Épidémiol Hebd.* 2023;(20-21):424-31. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/20-21/2023_20-21_2.html

Andler R, Quatremère G, Richard JB, Beck F, Nguyen, Thanh V. La consommation d'alcool des adultes en France en 2021, évolutions récentes et tendances de long terme. *Bull Épidémiol Hebd.* 2024;(2):22-31. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/2/2024_2_1.html

Pasquereau A, Andler R, Guignard R, Gautier A, Soullier N, Richard JB, et al. Prévalence nationale et régionale du tabagisme en France en 2021 parmi les 18-75 ans, d'après le Baromètre de Santé publique France. *Bull Épidémiol Hebd.* 2022;(26):470-80. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2022/26/2022_26_1.html

Verdot C, Salanave B, Escalon H, Deschamps V. Prévalences nationales et régionales de l'activité physique et de la sédentarité des adultes en France: résultats du Baromètre de Santé publique France 2021. *Bull Épidémiol Hebd.* 2024;(12):240-9. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/12/2024_12_1.html

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 forme 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 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 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 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 Guyane

Incidence – Entre 2021 et 2023, en moyenne 322 patients ont été hospitalisés pour cardiopathie ischémique en Guyane chaque année, dont 16 % étaient des syndromes coronariens aigus (SCA) avec élévation du segment ST et 30 % des SCA sans élévation du segment ST. L'incidence brute régionale augmentait avec l'âge (sauf pour les 85 ans et plus) et était supérieure chez les hommes (Tableau 1). L'incidence standardisée annuelle était inférieure dans la région (322/100 000 hab.) par rapport au niveau national (459/100 000 hab.).

Prévalence – En 2022, 3 163 cas prévalents (hospitalisation ou antécédent) de cardiopathie ischémique ont été identifiés dans la région. La prévalence brute régionale était plus élevée chez les hommes que chez les femmes et augmentait avec l'âge. La prévalence standardisée régionale était inférieure à celle du niveau national (respectivement 3,7 % et 5,5 %).

Mortalité – Entre 2020 et 2022, en moyenne 27 décès dus à une cardiopathie ischémique ont été identifiés chaque année en Guyane, représentant 2,2 % des décès dans la région. Le taux de mortalité spécifique annuel standardisé était de 36 pour 100 000 hab., inférieur au taux standardisé national (59/100 000 hab.).

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

	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	14	5	19	93	54	147	0	0	0
45-64 ans	108	43	151	832	379	1 211	6	4	10
65-84 ans	90	53	143	985	575	1 560	8	5	13
85 ans et plus	5	4	9	123	122	245	2	2	4
total (≥ 18 ans)	217	105	322	2 033	1 130	3 163	16	11	27
	taux brut / 100 000 hab.			prévalence (%)			taux brut / 100 000 hab.		
18-44 ans	28	9	18	0,2 %	0,1 %	0,1 %	0	0	0
45-64 ans	411	162	286	3,2 %	1,4 %	2,3 %	23	15	19
65-84 ans	1 193	642	905	13,1 %	7,0 %	9,9 %	106	61	82
85 ans et plus	1 064	452	664	26,2 %	13,8 %	18,1 %	426	226	295
total (≥ 18 ans)	255	114	182	2,4 %	1,2 %	1,8 %	19	12	15
	taux standardisé** /100 000 hab.			prévalence standardisée** (%)			taux standardisé** /100 000 hab.		
total (≥ 18 ans)	428	227	322	4,6 %	2,8 %	3,7 %	42	31	36
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

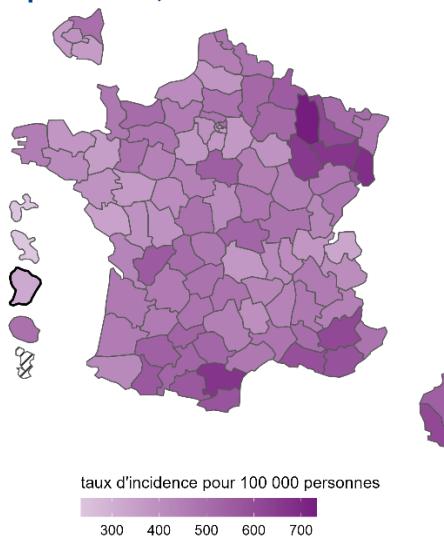
En comparaison aux autres départements, la Guyane figure parmi ceux ayant des taux d'incidence* et de prévalence** des cardiopathies ischémiques inférieurs à la moyenne nationale (figures 1a et 2a).

Au **niveau infra-régional** (établissement public de coopération intercommunale, EPCI), le taux d'incidence standardisé annuel 2021-2023 était variable, caractérisé par un gradient décroissant d'est en ouest et un taux plus élevé pour la communauté des communes (CC) de l'Est Guyanais (figure 1b). Une tendance légèrement différente était retrouvée pour la prévalence standardisée 2022 (figure 2b) : les taux les plus élevés concernaient la CC de l'Est Guyanais ainsi que la CC des Savanes.

*incidence standardisée annuelle, période 2021-2023 ; ** prévalence standardisée pour 2022.

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

a. Par département, France



b. Par EPCI, Guyane

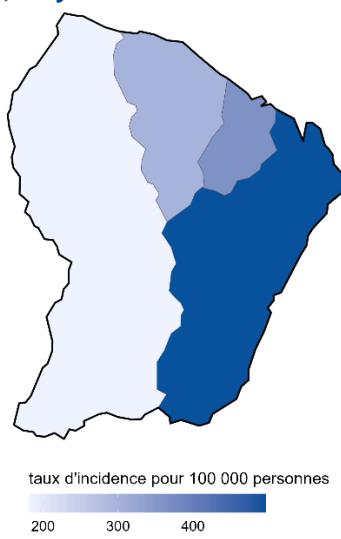
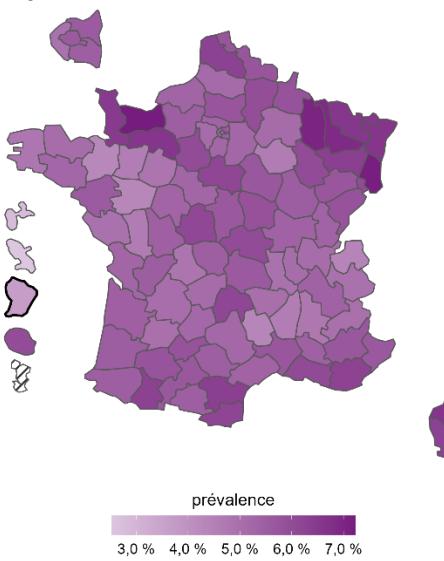
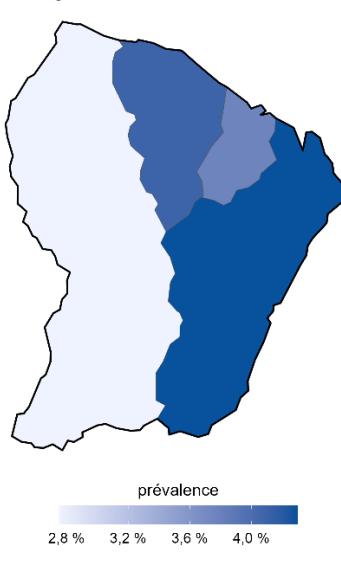


Figure 2. Prévalence annuelle standardisée des cardiopathies ischémiques, 2022

a. Par département, France



b. Par EPCI, Guyane



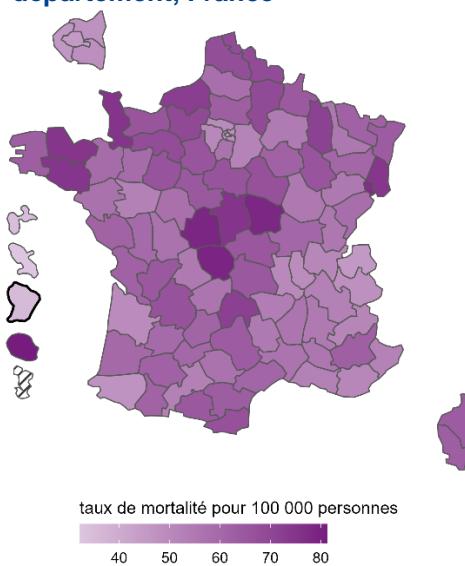
Départements et EPCI : mortalité par cardiopathie ischémique

Au **niveau départemental**, la Guyane figurait parmi les départements présentant les taux de mortalité annuels spécifiques standardisés les plus faibles pour les cardiopathies ischémiques, pour la période 2020-2022 (figure 3a).

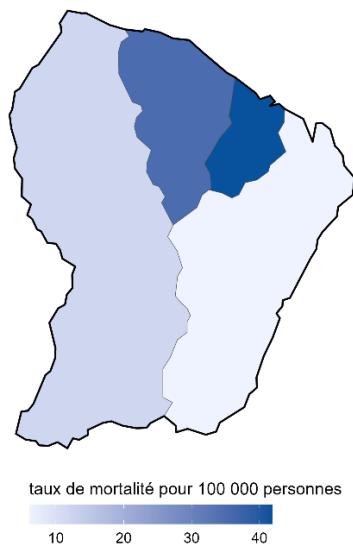
Au **niveau infra-départemental** (EPCI), la mortalité spécifique par cardiopathie ischémique était plus élevée pour la communauté d'agglomération (CA) du Centre Littoral et la CC des Savanes (figure 3b). Toutefois, le nombre total de décès annuels pour cette pathologie dans le département était faible (27 décès) ce qui limite l'interprétation des données au niveau infra-départemental.

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

a. Par département, France



b. Par EPCI, Guyane



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 ou de la 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 aigüe). Entre 2021 et 2023, en France, en moyenne, 182 748 patients ont été hospitalisés pour insuffisance cardiaque chaque année (incidence annuelle de 344/100 000 hab.). Ce taux 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 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 en moyenne 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 Guyane

Incidence – Entre 2021 et 2023, en moyenne 302 patients ont été hospitalisés pour insuffisance cardiaque chaque année en Guyane. L'incidence brute régionale progressait avec l'âge et était supérieure chez les hommes à partir des classes d'âges de 45 ans et plus (Tableau 2). L'incidence standardisée annuelle était supérieure dans la région à celle du niveau national (360 vs 344/100 000 hab.).

Prévalence – En 2022, 2 513 cas prévalents d'insuffisance cardiaque ont été identifiés dans la région. La prévalence brute régionale était globalement plus élevée chez les hommes que chez les femmes et augmentait avec l'âge. La prévalence standardisée régionale était légèrement supérieure à celle du niveau national (respectivement 3,0 % et 2,5 %).

Mortalité – Entre 2020 et 2022, en moyenne 22 décès par insuffisance cardiaque ont été identifiés chaque année en Guyane, représentant 1,9 % des décès toutes causes. Le taux de mortalité spécifique annuel standardisé était de 38 pour 100 000 hab., inférieur au niveau national (46).

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

	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	18	19	37	114	142	256	0	0	0
45-64 ans	64	34	98	535	342	877	5	1	6
65-84 ans	74	60	134	623	476	1 099	4	5	9
85 ans et plus	14	19	33	114	167	281	4	3	7
total (≥ 18 ans)	170	132	302	1 386	1 127	2 513	13	9	22
	taux brut / 100 000 hab.			prévalence (%)			taux brut / 100 000 hab.		
18-44 ans	35	34	35	0,2 %	0,3 %	0,2 %	0	0	0
45-64 ans	243	128	186	2,0 %	1,3 %	1,7 %	19	4	11
65-84 ans	981	727	848	8,3 %	5,8 %	7,0 %	53	61	57
85 ans et plus	2 979	2 145	2 434	24,3 %	18,9 %	20,7 %	851	339	516
total (≥ 18 ans)	200	144	171	1,6 %	1,2 %	1,4 %	15	10	12
	taux standardisé** /100 000 hab.			prévalence standardisée** (%)			taux standardisé** /100 000 hab.		
total (≥ 18 ans)	385	338	360	3,2 %	2,9 %	3,0 %	42	34	38
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.

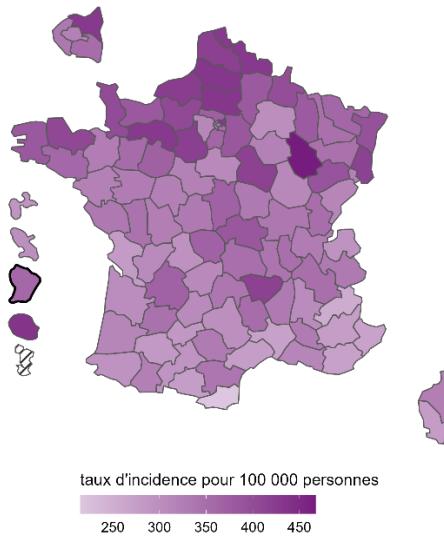
Départements et EPCI : incidence et prévalence des insuffisances cardiaques

Au **niveau départemental**, la Guyane figurait parmi les départements présentant une incidence annuelle standardisée de patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque entre 2021 et 2023 et une prévalence standardisée en 2022, plus élevées que la moyenne nationale (figures 4a et 5a).

Au **niveau infra-départemental** (EPCI), le taux d'incidence standardisé annuel des insuffisances cardiaques était variable : le taux le plus faible concernait la CA du Centre Littoral et le plus élevé la CC des Savanes. Les CC de l'Ouest Guyanais et de l'Est Guyanais avaient des taux similaires et légèrement inférieurs à celui de la CC des Savanes (figure 4b). Cette distribution est équivalente à celle la prévalence standardisée (figure 5b), excepté pour la CC de l'Ouest Guyanais où la prévalence est plus faible que la CC de l'Est Guyanais.

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

a. Par département, France



b. Par EPCI, Guyane

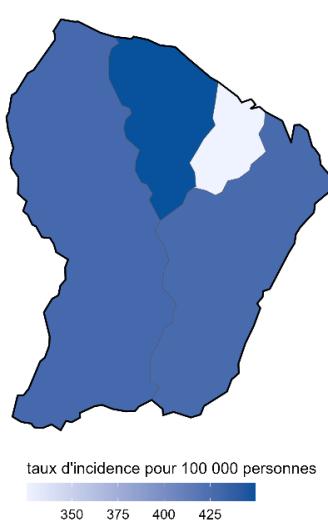
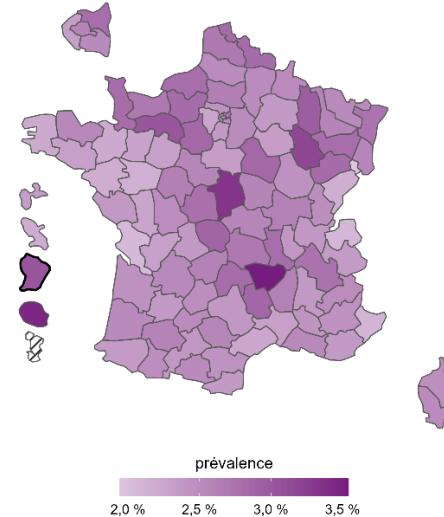
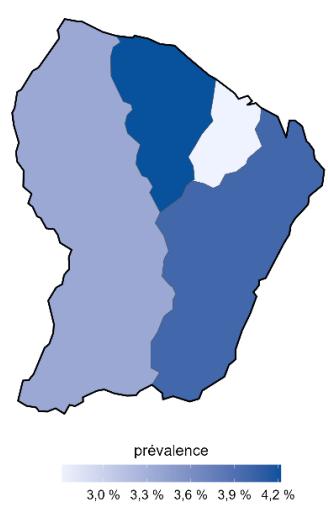


Figure 5. Prévalence annuelle standardisée des insuffisances cardiaques, 2022

a. Par département, France



b. Par EPCI, Guyane



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

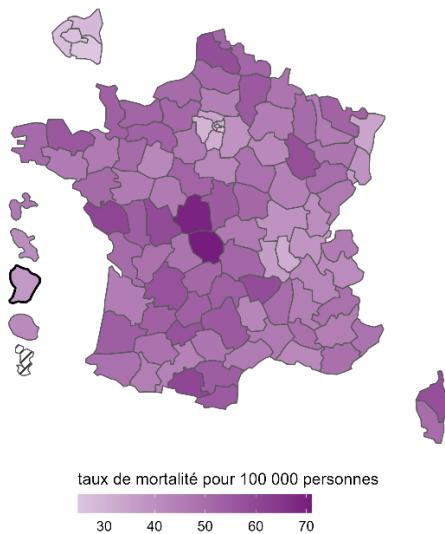
Départements et EPCI : mortalité par insuffisance cardiaque

Au **niveau départemental**, la Guyane figurait parmi les départements ayant un taux de mortalité spécifique annuel par insuffisance cardiaque inférieur à la moyenne nationale.

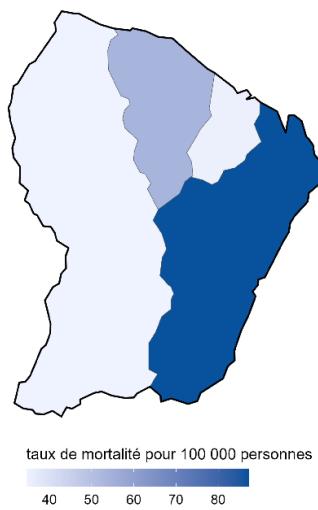
Au **niveau infra-départemental** (EPCI), le taux de mortalité spécifique par insuffisance cardiaque le plus élevé était rapporté pour la CC de l'Est Guyanais et les taux les plus faibles pour la CA du Centre Littoral et la CC de l'Ouest Guyanais (figure 6b). Toutefois, le nombre total de décès annuels pour cette pathologie dans le département était faible (22 décès) ce qui limite l'interprétation des données au niveau infra-départemental.

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

a. Par département, France



b. Par EPCI, Guyane



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 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 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 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 Guyane

Incidence – Entre 2021 et 2023, en moyenne 348 patients ont été hospitalisés pour accident vasculaire cérébral chaque année en Guyane, dont 70 % d'origine ischémique et 30 % d'origine hémorragique. L'incidence brute régionale augmentait avec l'âge et était supérieure chez les hommes (Tableau 3). L'incidence standardisée annuelle était supérieure dans la région par rapport au niveau national (364 vs 231/100 000 hab.).

Prévalence – En 2022, 2 951 cas prévalents d'accident vasculaire cérébral ont été identifiés dans la région. La prévalence brute régionale était un peu plus élevée chez les hommes que chez les femmes et augmentait avec l'âge. La prévalence standardisée régionale était supérieure au niveau national (respectivement 3,3% et 2,0%).

Mortalité – Entre 2020 et 2022, en moyenne 71 décès par accident vasculaire cérébral ont été identifiés chaque année en Guyane, représentant 6,0% des décès sur le territoire. Le taux de mortalité spécifique annuel standardisé était de 98 pour 100 000 hab. sur le territoire, nettement supérieur au taux national (58/100 000 hab.).

Tableau 3. Incidence annuelle de patients hospitalisés (2021-2023), prévalence (2022) et mortalité (2020-2022) par accident vasculaire cérébral, Guyane, 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	20	16	36	159	145	304	4	1	5
45-64 ans	96	55	151	670	449	1 119	15	5	20
65-84 ans	81	59	140	776	526	1 302	19	15	34
85 ans et plus	9	12	21	97	129	226	4	8	12
total (≥ 18 ans)	206	142	348	1 702	1 249	2 951	42	29	71
	taux brut / 100 000 hab.			prévalence (%)			taux brut / 100 000 hab.		
18-44 ans	39	28	34	0,3 %	0,3 %	0,3 %	8	2	5
45-64 ans	365	207	286	2,5 %	1,7 %	2,1 %	57	19	38
65-84 ans	1 074	715	886	10,3 %	6,4 %	8,2 %	252	182	215
85 ans et plus	1 915	1 355	1 549	20,6 %	14,6 %	16,7 %	851	903	885
total (≥ 18 ans)	242	155	197	2,0 %	1,4 %	1,7 %	49	32	40
	taux standardisé** /100 000 hab.			prévalence standardisée** (%)			taux standardisé** /100 000 hab.		
total (≥ 18 ans)	417	316	364	3,7 %	2,9 %	3,3 %	99	98	98
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.

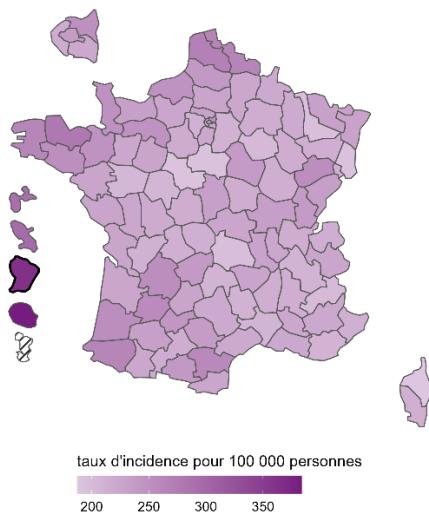
Départements et EPCI : incidence et prévalence des accidents vasculaires cérébraux

Au **niveau départemental**, la Guyane est le deuxième département présentant l'incidence annuelle standardisée de patients hospitalisés pour accident vasculaire cérébral entre 2021 et 2023 la plus élevée et nettement supérieure à l'incidence nationale (figure 7a). La Guyane est aussi le département dont la prévalence standardisée en 2022 était la plus élevée (figure 8a).

Au **niveau infra-départemental** (EPCI), il existait dans la région une variabilité du taux d'incidence standardisé annuel : la CC de l'Ouest Guyanais se distinguait par un taux d'incidence le plus élevé et, *a contrario*, la CC de l'Est Guyanais par le taux d'incidence le plus faible. Cet indicateur était également élevé pour la CA du Centre Littoral ; supérieur à 400/100 000 hab. (figure 7b). Par ailleurs, la prévalence standardisée des AVC dans la CA du Centre Littoral était la plus élevée du territoire en 2022, cependant ces taux étaient quasi-équivalents entre EPCI avec des différences inférieures à 0,5% (figure 8b).

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

a. Par département, France



b. Par EPCI, Guyane

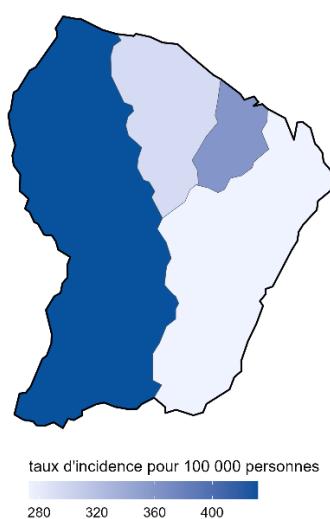
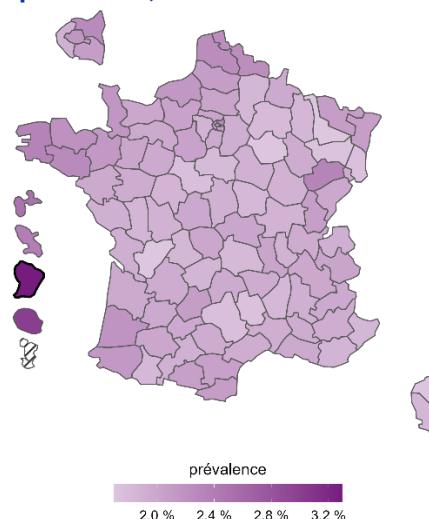
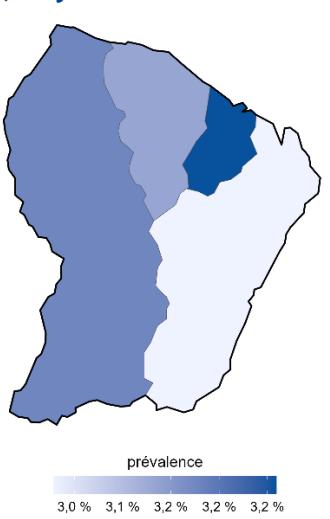


Figure 8. Prévalence annuelle standardisée des accidents vasculaires cérébraux, 2022

a. Par département, France



b. Par EPCI, Guyane



Départements et EPCI : mortalité par accident vasculaire cérébral

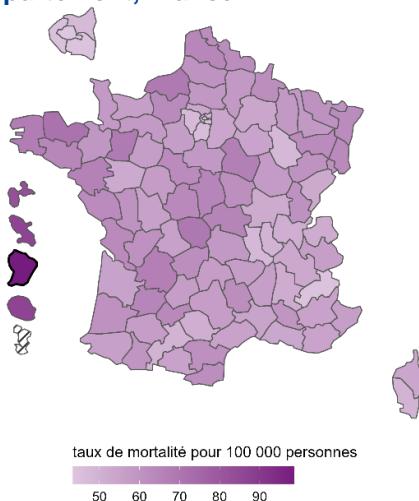
Au **niveau départemental**, la Guyane était le département ayant la mortalité spécifique par accident vasculaire cérébrale la plus élevée du territoire national en 2021, près de 1,7 fois supérieure à la moyenne nationale (figure 9a).

Au **niveau infra-départemental** (EPCI) en 2021, il existait dans la région une variabilité de la mortalité spécifique par accidents vasculaires cérébraux : le taux le plus élevé était enregistré pour la CC de l'Ouest Guyanais et le plus faible pour la CC des Savanes (figure 9b).

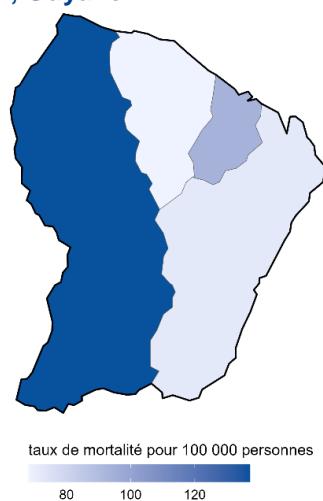
Aussi, la CC de l'Ouest Guyanais semble plus particulièrement dans une dynamique défavorable concernant cette pathologie ; certes la prévalence est moins élevée mais les taux d'incidence et de mortalité élevés suggèrent une progression récente des AVC dans ce secteur alors que la démographie augmente.

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

a. Par département, France



b. Par EPCI, Guyane



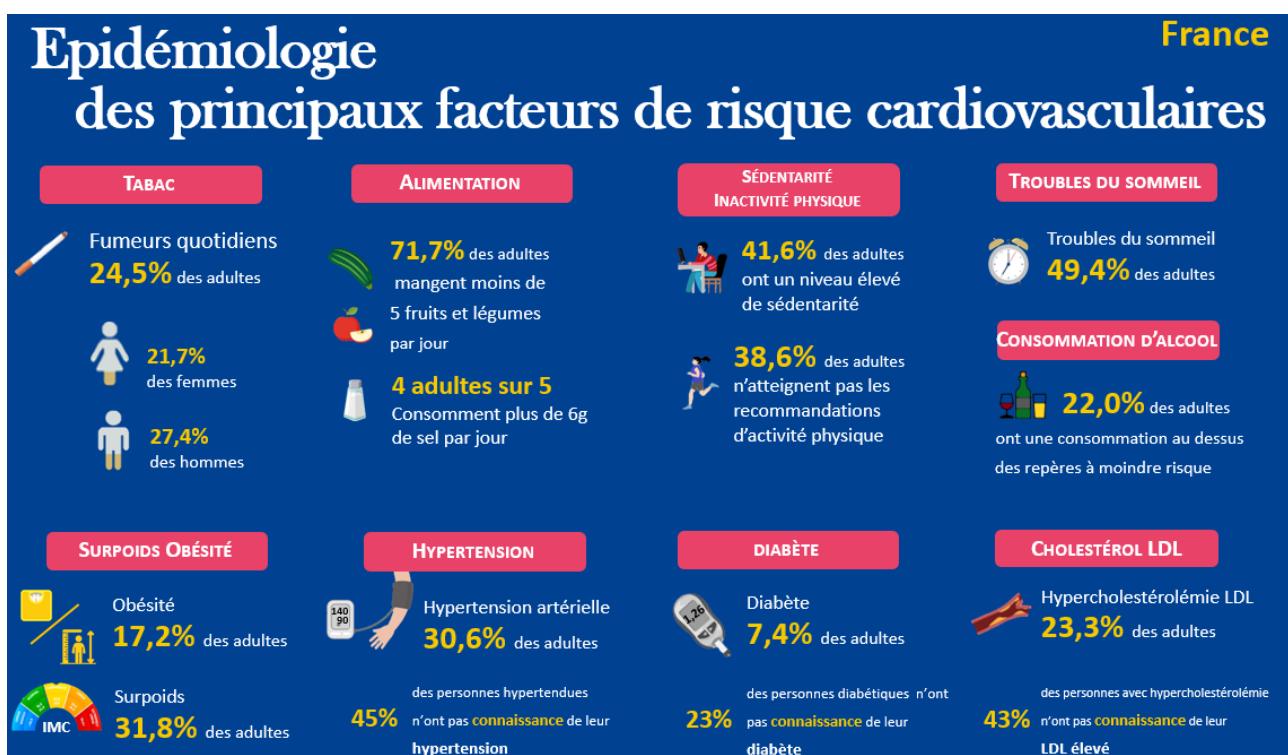
Source : SNDS, Santé publique France, données mises à jour au 05/01/2025. Standardisation directe sur l'âge et le sexe.

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 récidives 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, 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](#)

Bienvenue dans une vie sans tabac.

Alcool : les repères de consommation pour limiter les risques

Sur une journée, l'alcool c'est maximum 2 verres standard

C'est un verre qui contient 10 g d'alcool pur

Par exemple :

- 25 cl de bière à 5°
- 10 cl de vin mousseux à 12°
- 10 cl de vin à 12°

Sur une semaine, c'est minimum 2 jours sans alcool

Attention au degré d'alcool de la boisson

Et c'est maximum 10 verres standard par semaine

soit 2 verres standard

ALCOOL INFO SERVICE FR 0 800 980 930

Pour votre santé, l'alcool c'est maximum 2 verres par jour et pas tous les jours.

Parlez-en à votre médecin

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

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 depuis le 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. Deschamps-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 littératie 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 la Réunion et de Guyane et de les apprécier 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 **Odisse** 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 aigüe 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 prévalent 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 dans les statistiques de 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-Barth 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

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).

Auteurs en région : Luisiane CARVALHO, Tiphanie SUCCO.

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

Directrice de publication : Caroline SEMAILLE

Dépôt légal : 30/06/2025

Contact : guyane@santepubliquefrance.fr