

Maladies cardio-neuro-vasculaires

Date de publication : 30.06.2025

ÉDITION PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR

SOMMAIRE

Points clés en région Provence-Alpes-Côte d'Azur	2
Cardiopathies ischémiques	4
Insuffisance cardiaque	7
Accidents vasculaires cérébraux	10
Synthèse départementale	13
Déterminants et facteurs de risque des maladies cardio-neuro-vasculaires	14
Prévention des maladies cardio-neuro-vasculaires : outils pour les professionnels de santé et le public	15
Focus sur l'évolution du Nutri-Score	16
Prévention des maladies cardiovasculaires et du diabète : projet européen JACARDI	17
Pour en savoir plus	17
Méthodes	18

ÉDITO

Les maladies cardio-neuro-vasculaires constituent la 2^{ème} 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 en Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca) 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 certaine hétérogénéité au sein de la région.

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

Points clés en région Provence-Alpes-Côte d'Azur

Afin de mieux comprendre les chiffres présentés dans ce bulletin, voici des précisions d'ordre méthodologique : pour chaque pathologie, l'incidence correspond aux malades hospitalisés chaque année (moyenne annuelle sur la période 2021-2023) et la prévalence à l'ensemble des malades en 2022 qu'ils soient nouvellement diagnostiqués ou déjà connus depuis 2012. La standardisation permet de rendre comparable des populations de structure d'âge et de sexe différentes par rapport à la population française.

- Entre 2021 et 2023, en dehors des indicateurs d'incidence et de prévalence standardisée des cardiopathies ischémiques, supérieurs en Paca à ceux du niveau national, tous les autres indicateurs cardio-neuro-vasculaires étudiés dans ce bulletin étaient comparables voire inférieurs aux indicateurs nationaux.
- Le taux d'incidence standardisé de patients hospitalisés pour **cardiopathie ischémique en région Paca** (554 /100 000 hab.) était supérieur à celui de la France (459), avec l'hospitalisation de 24 438 patients en moyenne par an dans la région. La prévalence standardisée était de 5,9 % dans la région en 2022, légèrement supérieure à celle de la France (5,5 %). Le taux standardisé de mortalité (2020-2022) était, par contre, légèrement inférieur dans la région (53/100 000 hab.) par rapport au taux national (59).
- Entre 2021 et 2023, le taux d'incidence standardisé de patients hospitalisés pour **insuffisance cardiaque en région Paca** était inférieur à celui de la France (292 vs 344/100 000 hab.) avec l'hospitalisation de 13 442 patients en moyenne par an dans la région. En 2022, la prévalence standardisée était de 2,4 % dans la région, comparable à celle de la France (2,5 %). Le taux standardisé de mortalité (2020-2022) était également comparable dans la région par rapport à la France (46/100 000 hab. en Paca et en France).
- Entre 2021 et 2023, le taux d'incidence standardisé de patients hospitalisés pour **accident vasculaire cérébral (AVC) en région Paca** était légèrement inférieur à celui de la France (217 vs 231/100 000 hab., respectivement) avec l'hospitalisation de 9 733 patients en moyenne par an dans la région. La prévalence standardisée était de 1,9 % dans la région en 2022, comparable à la prévalence nationale (2,0 %). Le taux standardisé de mortalité dans la région (55/100 000 hab.) était comparable à celui de la France (58).
- Au niveau infra-régional, plusieurs départements de la région présentaient des taux d'incidence plus élevés (notamment les Bouches-du-Rhône, les Alpes-de-Haute-Provence et le Vaucluse), avec une certaine hétérogénéité au niveau infra-départemental.

Provence-Alpes-Côte d'Azur	moyenne 2021-2023	année 2022	moyenne 2020-2022
	incidence 	prévalence 	mortalité 
cardiopathies ischémiques	24 438 patients hospitalisés par an incidence annuelle : 554 ♀ : 300 ♂ : 832	265 127 cas prévalents prévalence : 5,9 % ♀ : 3,6 % ♂ : 8,5 %	2 427 décès par an mortalité annuelle : 53 ♀ : 38 ♂ : 69
insuffisance cardiaque	13 442 patients hospitalisés par an incidence annuelle : 292 ♀ : 270 ♂ : 317	108 364 cas prévalents prévalence : 2,4 % ♀ : 2,2 % ♂ : 2,6 %	2 151 décès par an mortalité annuelle : 46 ♀ : 53 ♂ : 39
accidents vasculaires cérébraux	9 733 patients hospitalisés par an incidence annuelle : 217 ♀ : 192 ♂ : 245	85 602 cas prévalents prévalence : 1,9 % ♀ : 1,7 % ♂ : 2,2 %	2 547 décès par an mortalité annuelle : 55 ♀ : 60 ♂ : 50

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 forme d'un 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 Provence-Alpes-Côte d'Azur

Incidence – Entre 2021 et 2023, chaque année en moyenne 24 438 patients ont été hospitalisés pour cardiopathie ischémique en région Paca, dont 16 % étaient des syndromes coronariens aigus (SCA) avec élévation du segment ST et 33 % des SCA sans élévation du segment ST. L'incidence standardisée annuelle était supérieure dans la région (554/100 000 hab.) par rapport au niveau national (459/100 000 hab.). L'incidence brute régionale était croissante avec l'âge (jusqu'à la classe d'âge des 65-84 ans chez les hommes (stabilisation chez les 85 ans et plus) et toujours supérieure chez les hommes (tableau 1).

Prévalence – En 2022, 265 127 cas prévalents (hospitalisation ou antécédent) de cardiopathie ischémique ont été identifiés dans la région, la prévalence standardisée régionale était très légèrement supérieure à celle du niveau national (5,9 % 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, 2 427 décès par cardiopathie ischémique ont été identifiés en région Paca en moyenne chaque année, représentant 4,3 % des décès toutes causes. Le taux de mortalité spécifique annuel standardisé était de 53 pour 100 000 hab., légèrement inférieur 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, Provence-Alpes-Côte d'Azur

	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	456	121	577	2 781	993	3 774	12	2	14
45-64 ans	5 518	1 544	7 062	42 863	13 657	56 520	232	41	273
65-84 ans	9 953	4 134	14 087	105 150	44 239	149 389	753	297	1 050
85 ans et plus	1 427	1 285	2 712	28 650	26 794	55 444	507	583	1 090
total (≥ 18 ans)	17 354	7 084	24 438	179 444	85 683	265 127	1 504	923	2 427
	taux brut / 100 000 hab.			prévalence (%)			taux brut / 100 000 hab.		
18-44 ans	60	15	37	0,4 %	0,1 %	0,2 %	2	0	1
45-64 ans	856	220	524	6,7 %	1,9 %	4,2 %	36	6	20
65-84 ans	2 201	749	1 403	23,3 %	8,0 %	14,9 %	167	54	105
85 ans et plus	2 159	958	1 354	43,3 %	20,0 %	27,7 %	767	435	544
total (≥ 18 ans)	900	325	595	9,3 %	3,9 %	6,5 %	78	42	59
	taux standardisé** /100 000 hab.			prévalence standardisée** (%)			taux standardisé** /100 000 hab.		
total (≥ 18 ans), Paca	832	300	554	8,5 %	3,6 %	5,9 %	69	38	53
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.

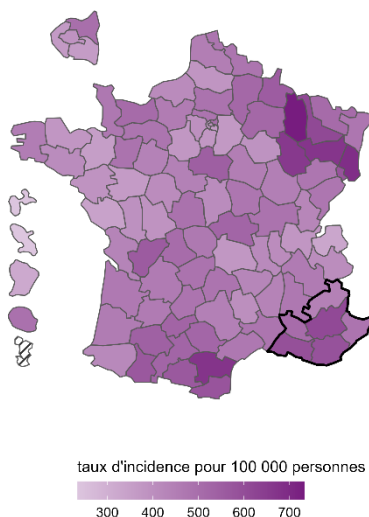
Départements et EPCI : incidence et prévalence des cardiopathies ischémiques

En région Paca, au **niveau départemental**, l'incidence annuelle standardisée de patients hospitalisés pour cardiopathie ischémique, entre 2021 et 2023, était supérieure à la moyenne régionale (554/10 000 hab. par an) dans les départements des Alpes-de-Haute-Provence (612/100 000 hab. par an), des Bouches-du-Rhône (594) et du Var (585) (figure 1a). Concernant la prévalence standardisée en 2022, les prévalences les plus élevées étaient observées dans le Var (6,3 %) et les Bouches-du-Rhône (6,1 %) (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 centre de la région (figure 1b). La même tendance était observée pour la prévalence standardisée, avec des taux supérieurs dans certains EPCI du Var (figure 2b).

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

a. Par département, France



b. Par EPCI, Provence-Alpes-Côte d'Azur

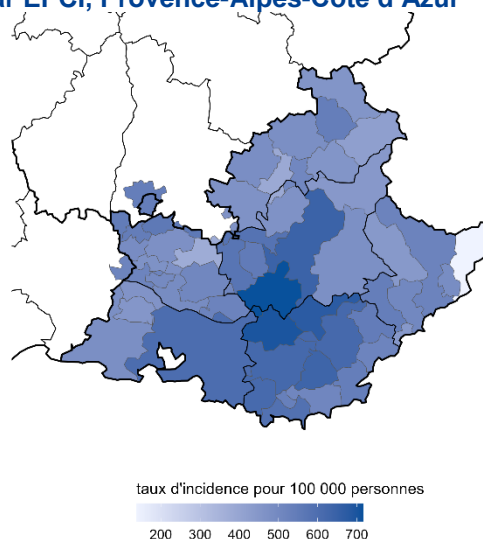
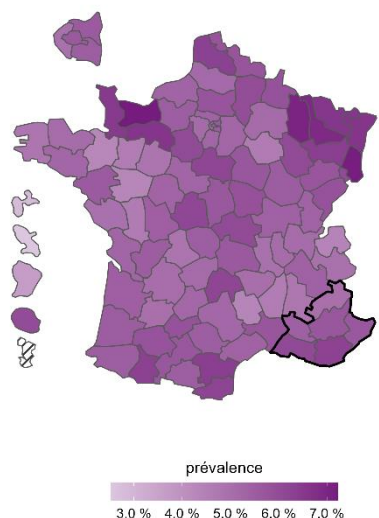
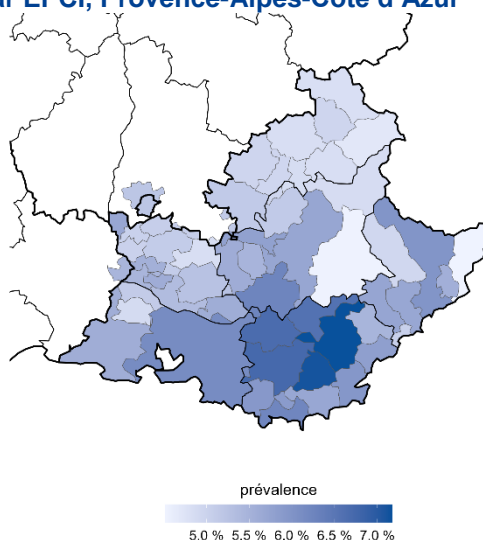


Figure 2. Prévalence annuelle standardisée des cardiopathies ischémiques, 2022

a. Par département, France



b. Par EPCI, Provence-Alpes-Côte d'Azur



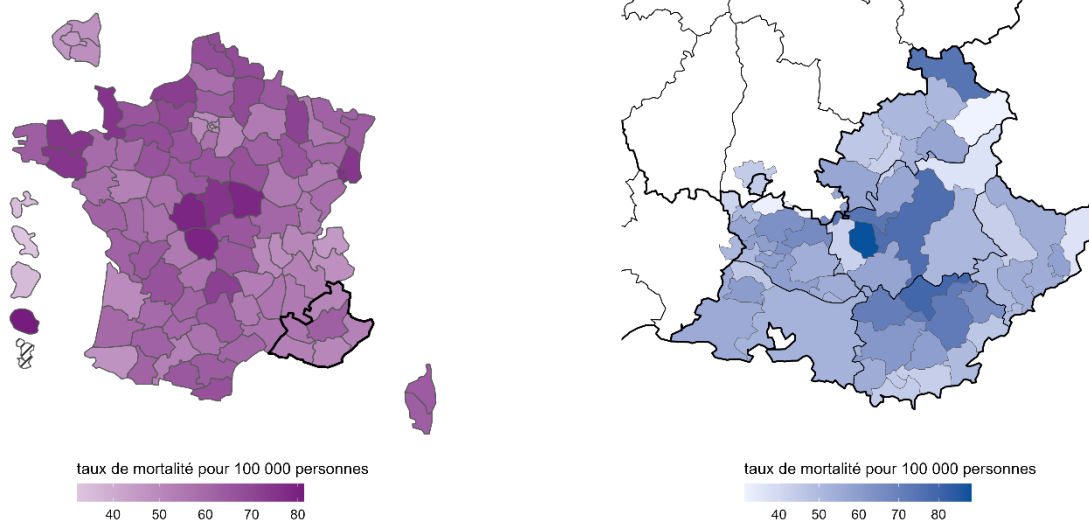
Source : SNDS, Santé publique France, données mises à jour au 05/01/2025. Standardisation directe sur l'âge et le sexe.

Départements et EPCI : mortalité par cardiopathie ischémique

En région Paca, au **niveau départemental**, la mortalité spécifique annuelle des cardiopathies ischémiques était supérieure à la moyenne régionale (taux de 53/100 000 hab. par an, période 2020-2022) dans les départements des Alpes-de-Haute-Provence (63/100 000 hab. par an) et du Vaucluse (56) (figure 3a, tableau 4). Ceci est partiellement en lien avec les niveaux d'incidence 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 de la région, ainsi que dans l'extrême nord des Hautes-Alpes (figure 3b).

Figure 3. Taux annuel de mortalité standardisé par cardiopathie ischémique, 2020-2022
a. Par département, France **b. Par EPCI, Provence-Alpes-Côte d'Azur**



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 de la pompe cardiaque (structurale ou fonctionnelle), 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 (taux d'incidence annuel 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 sont décédées chaque année d'une insuffisance cardiaque (taux annuel 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 Provence-Alpes-Côte d'Azur

Incidence – Entre 2021 et 2023, chaque année, en moyenne 13 442 patients ont été hospitalisés pour insuffisance cardiaque en région Paca. L'incidence standardisée annuelle était inférieure dans la région (292/100 000 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, 108 364 cas prévalents d'insuffisance cardiaque ont été identifiés dans la région, la prévalence standardisée régionale était comparable au niveau national (respectivement 2,4 % et 2,5 %). La prévalence brute régionale était un peu plus élevée chez les hommes que chez les femmes et croissante avec l'âge (tableau 2).

Mortalité – Entre 2020 et 2022, 2 151 décès par insuffisance cardiaque ont été identifiés en région Paca en moyenne, chaque année, représentant 3,8 % des décès toutes causes. Le taux de mortalité spécifique annuel standardisé était de 46 pour 100 000 hab., identique à celui de la France.

Tableau 2. Incidence annuelle de patients hospitalisés (2021-2023), prévalence (2022) et mortalité (2020-2022) par insuffisance cardiaque, Provence-Alpes-Côte d'Azur

	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	91	37	128	1 267	818	2 085	3	1	4
45-64 ans	811	306	1 117	9 688	4 230	13 918	33	13	46
65-84 ans	3 632	2 467	6 099	30 157	20 770	50 927	280	203	483
85 ans et plus	2 391	3 707	6 098	15 458	25 976	41 434	558	1 060	1 618
total (≥ 18 ans)	6 925	6 517	13 442	56 570	51 794	108 364	874	1 277	2 151
	taux brut / 100 000 hab.			prévalence (%)			taux brut / 100 000 hab.		
18-44 ans	12	5	8	0,2 %	0,1 %	0,1 %	0	0	0
45-64 ans	126	44	83	1,5 %	0,6 %	1,0 %	5	2	3
65-84 ans	803	447	607	6,7 %	3,8 %	5,1 %	62	37	48
85 ans et plus	3 617	2 764	3 046	23,4 %	19,4 %	20,7 %	844	790	808
total (≥ 18 ans)	359	299	327	2,9 %	2,4 %	2,6 %	45	59	52
	taux standardisé** /100 000 hab.			prévalence standardisée** (%)			taux standardisé** /100 000 hab.		
total (≥ 18 ans), Paca	317	270	292	2,6 %	2,2 %	2,4 %	39	53	46
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.

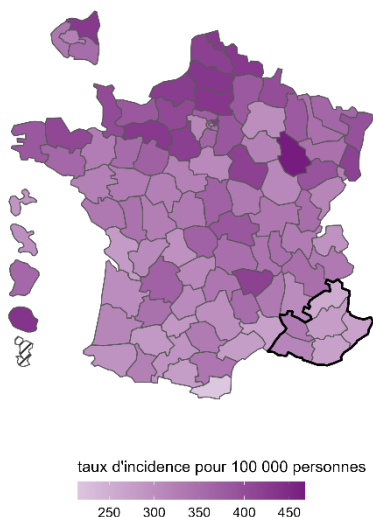
Départements et EPCI : incidence et prévalence des insuffisances cardiaques

En région Paca, au **niveau départemental**, l'incidence annuelle standardisée de patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque entre 2021 et 2023 était supérieure à la moyenne régionale (292/10 000 hab. par an) dans les départements du Vaucluse (330/100 000 hab. par an) et des Bouches-du-Rhône (314) (figure 4a). Concernant la prévalence standardisée en 2022, elle était plus faible dans le département des Alpes-Maritimes (2,1 %, 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 sud-ouest de la région (figure 4b). Une tendance légèrement différente était retrouvée pour la prévalence standardisée (figure 5b), avec des taux plus élevés dans plusieurs EPCI du sud-ouest et du centre de la région Paca.

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

a. Par département, France



b. Par EPCI, Provence-Alpes-Côte d'Azur

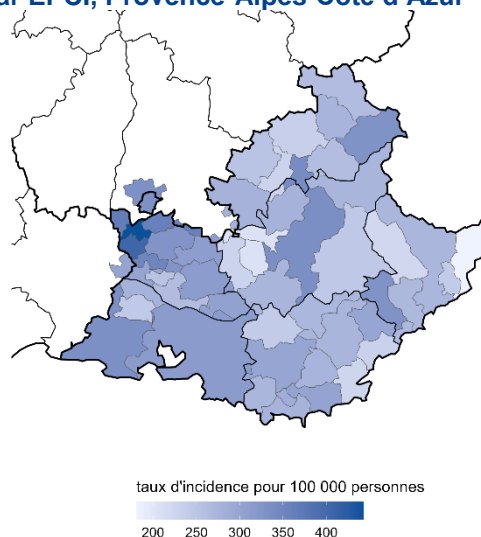
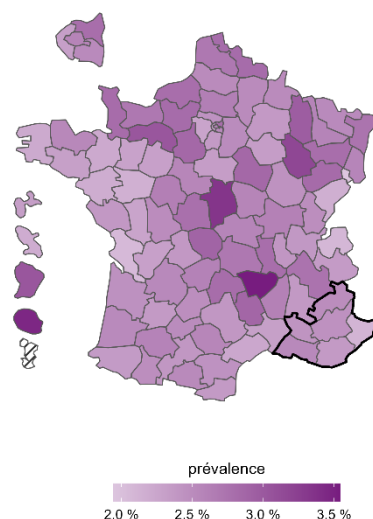
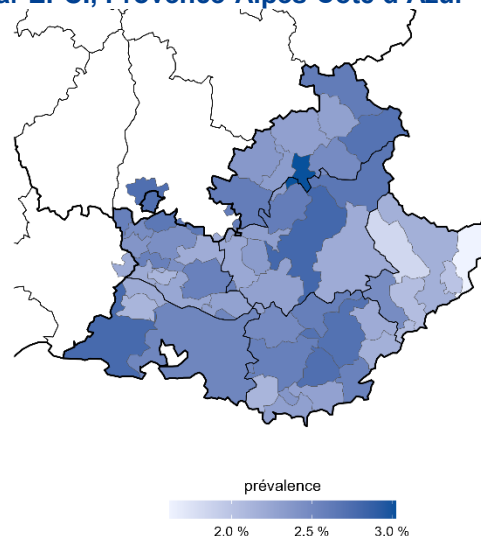


Figure 5. Prévalence annuelle standardisée des insuffisances cardiaques, 2022

a. Par département, France



b. Par EPCI, Provence-Alpes-Côte d'Azur



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

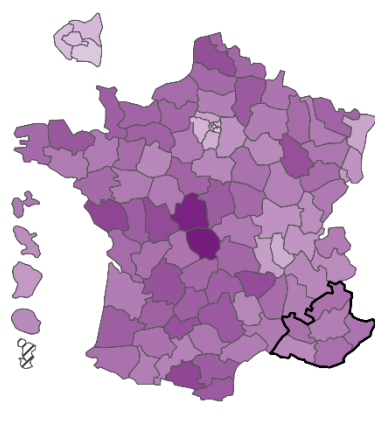
Départements et EPCI : mortalité par insuffisance cardiaque

En région Paca, au **niveau départemental**, la mortalité spécifique annuelle standardisée par insuffisance cardiaque était inférieure dans le département des Bouches-du-Rhône (42/100 000 hab. par an) par rapport à la moyenne régionale (46/100 000 hab. par an, période 2020-2022) (figure 6a, tableau 5).

Au **niveau infra-départemental** (EPCI), il existait dans la région une variabilité de la mortalité spécifique par insuffisance cardiaque, avec des taux en général légèrement inférieurs dans les EPCI du sud et du centre de la région (figure 6b).

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

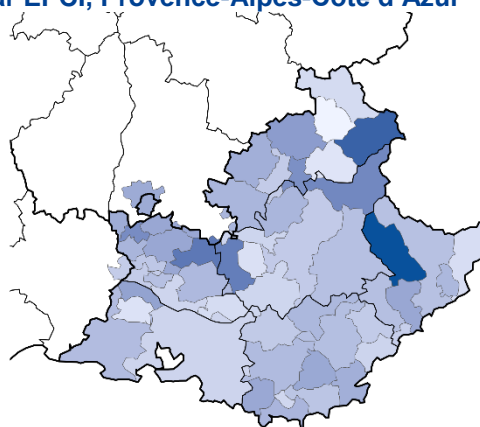
a. Par département, France



taux de mortalité pour 100 000 personnes

30 40 50 60 70

b. Par EPCI, Provence-Alpes-Côte d'Azur



taux de mortalité pour 100 000 personnes

40 50 60 70 80

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 (AVC) est défini par la survenue brutale d'un déficit neurologique lié à une lésion focale vasculaire cérébrale. Les AVC 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 AVC chaque année (taux d'incidence annuel 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'AVC ont été identifiés en France (prévalence de 2,0 %). La prévalence des AVC 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'AVC (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 Provence-Alpes-Côte-d'Azur

Incidence – Entre 2021 et 2023, chaque année en moyenne 9 733 patients ont été hospitalisés pour AVC en région Paca, dont 76 % d'origine ischémique et 24 % d'origine hémorragique. L'incidence standardisée annuelle était légèrement inférieure dans la région (217/100 000 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, 85 602 cas prévalents d'AVC ont été identifiés dans la région, la prévalence standardisée régionale était comparable au niveau national autour de 2%. 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, 2 547 décès par AVC ont été identifiés en moyenne chaque année en région Paca, représentant 4,5 % des décès toutes causes. Le taux de mortalité spécifique annuel standardisé était de 55 pour 100 000 hab., légèrement inférieur au taux national (58).

Tableau 3. Incidence annuelle de patients hospitalisés (2021-2023), prévalence (2022) et mortalité (2020-2022) par accident vasculaire cérébral, Provence-Alpes-Côte d'Azur, 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	211	170	381	2 085	1 899	3 984	10	4	14
45-64 ans	1 231	637	1 868	10 392	7 132	17 524	101	56	157
65-84 ans	2 820	2 162	4 982	24 843	18 082	42 925	512	424	936
85 ans et plus	907	1 595	2 502	8 021	13 148	21 169	470	970	1 440
total (≥ 18 ans)	5 169	4 564	9 733	45 341	40 261	85 602	1 093	1 454	2 547
	taux brut / 100 000 hab.			prévalence (%)			taux brut / 100 000 hab.		
18-44 ans	28	21	24	0,3 %	0,2 %	0,3 %	1	1	1
45-64 ans	191	91	139	1,6 %	1,0 %	1,3 %	16	8	12
65-84 ans	624	392	496	5,5 %	3,3 %	4,3 %	113	77	93
85 ans et plus	1 372	1 189	1 250	12,1 %	9,8 %	10,6 %	711	723	719
total (≥ 18 ans)	268	209	237	2,4 %	1,8 %	2,1 %	57	67	62
	taux standardisé** /100 000 hab.			prévalence standardisée** (%)			taux standardisé** /100 000 hab.		
total (≥ 18 ans), Paca	245	192	217	2,2 %	1,7 %	1,9 %	50	60	55
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.

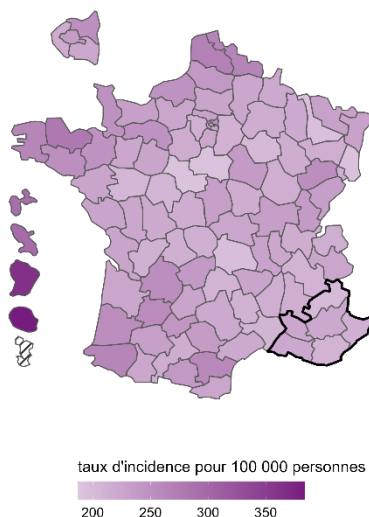
Départements et EPCI : incidence et prévalence des AVC

En région Paca, au **niveau départemental**, l'incidence annuelle standardisée de patients hospitalisés pour AVC entre 2021 et 2023 était un peu supérieure à la moyenne régionale dans les départements des Alpes-de-Haute-Provence, des Bouches-du-Rhône et du Vaucluse (incidence standardisée de 223/100 000 hab. par an pour les deux premiers départements et de 224 pour le Vaucluse, figure 7a, tableau 6). La prévalence standardisée en 2022 était homogène selon les départements, comprise entre 1,8 % et 2,0 % (figure 8a, tableau 6).

Au **niveau infra-départemental** (EPCI), il existait dans la région une variabilité du taux d'incidence standardisé annuel, sans qu'un profil territorial évident ne puisse être identifié (figure 7b). Des taux plus élevés de prévalence standardisée étaient observés sur un axe sud-ouest/nord-est de la région (figure 8b) en région Paca.

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

a. Par département, France



b. Par EPCI, Provence-Alpes-Côte d'Azur

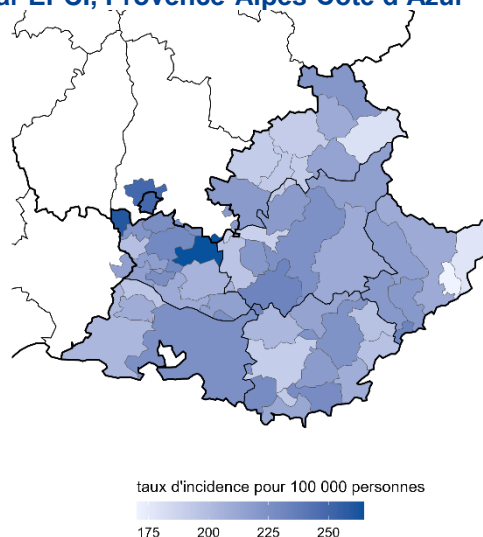
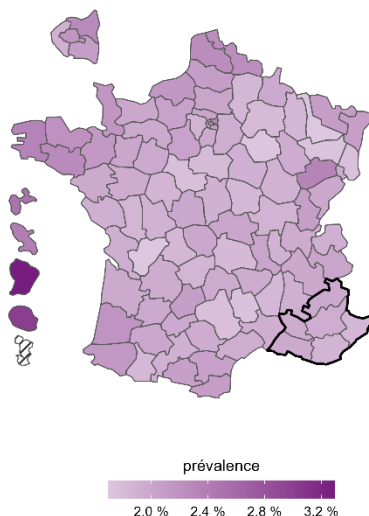
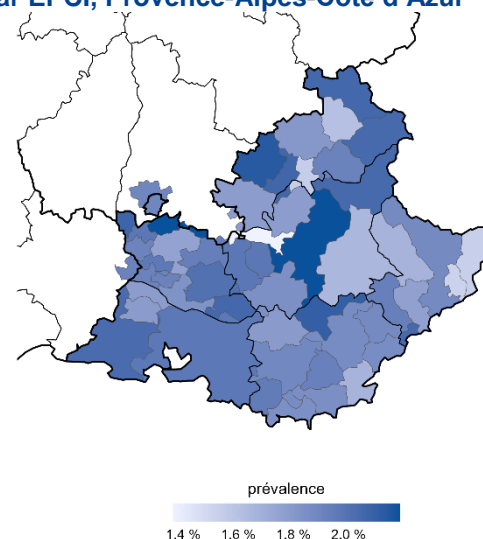


Figure 8. Prévalence annuelle standardisée des accidents vasculaires cérébraux, 2022

a. Par département, France



b. Par EPCI, Provence-Alpes-Côte d'Azur



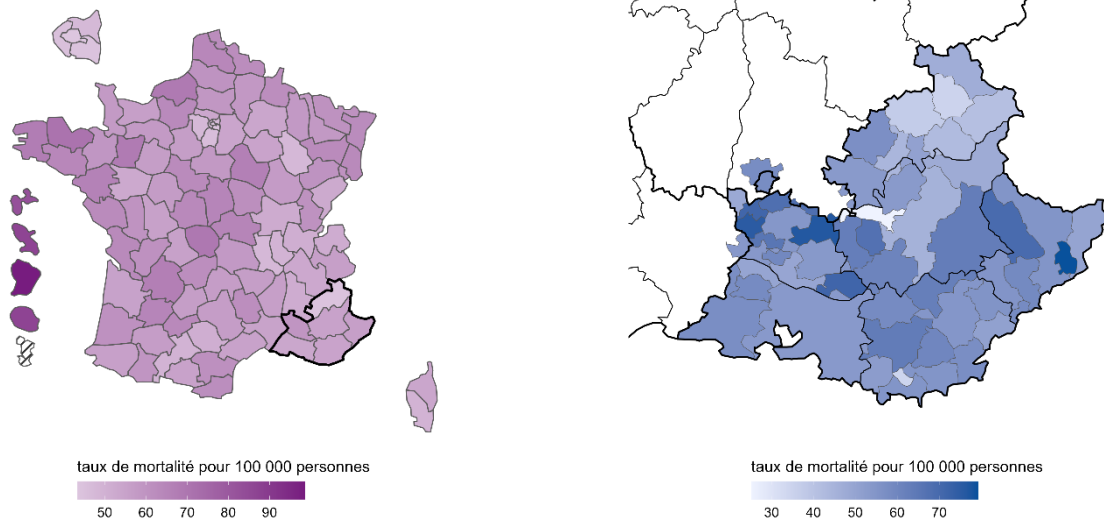
Source : SNDS, Santé publique France, données mises à jour au 05/01/2025. Standardisation directe sur l'âge et le sexe.

Départements et EPCI : mortalité par AVC

Au **niveau départemental**, sur la période 2020-2022, la mortalité spécifique par AVC était légèrement supérieure dans le département du Vaucluse (taux de 60/100 000 hab.) et inférieure dans celui des Hautes-Alpes (45) par rapport à la moyenne régionale (55/100 000 hab.) (figure 9a, tableau 6).

Au **niveau infra-départemental** (EPCI), on observait des taux de mortalité spécifique par AVC légèrement inférieurs dans certains EPCI du nord de la région (figure 9b).

Figure 9. Taux annuel de mortalité standardisé par accident vasculaire cérébral, 2020-2022
a. Par département, France **b. Par EPCI, Provence-Alpes-Côte d'Azur**



Source : SNDS-DCIR, 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 Paca (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, Provence-Alpes-Côte d'Azur

	taux d'incidence annuel patients hospitalisés*	prévalence (%)	taux de mortalité annuel*
04 - Alpes-de-Haute-Provence	612	5,7 %	63
05 - Hautes-Alpes	443	5,0 %	51
06 - Alpes-Maritimes	481	5,7 %	52
13 - Bouches-du-Rhône	594	6,1 %	53
83 - Var	585	6,3 %	51
84 - Vaucluse	506	5,4 %	56
Provence-Alpes-Côte d'Azur	554	5,9 %	53
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, Provence-Alpes-Côte d'Azur

	taux d'incidence annuel patients hospitalisés*	prévalence (%)	taux de mortalité annuel*
04 - Alpes-de-Haute-Provence	278	2,5 %	45
05 - Hautes-Alpes	255	2,5 %	49
06 - Alpes-Maritimes	269	2,1 %	48
13 - Bouches-du-Rhône	314	2,5 %	42
83 - Var	271	2,4 %	49
84 - Vaucluse	330	2,4 %	49
Provence-Alpes-Côte d'Azur	292	2,4 %	46
France	344	2,5 %	46

Tableau 6. Taux annuels départementaux d'AVC (incidence 2021-2023, prévalence 2022 et mortalité 2020-2022), standardisés, 18 ans et plus, tous sexes, Provence-Alpes-Côte d'Azur

	taux d'incidence annuel patients hospitalisés*	prévalence (%)	taux de mortalité annuel*
04 - Alpes-de-Haute-Provence	223	1,9 %	55
05 - Hautes-Alpes	201	2,0 %	45
06 - Alpes-Maritimes	213	1,8 %	56
13 - Bouches-du-Rhône	223	2,0 %	54
83 - Var	210	1,9 %	55
84 - Vaucluse	224	1,9 %	60
Provence-Alpes-Côte d'Azur	217	1,9 %	55
France	231	2,0 %	58

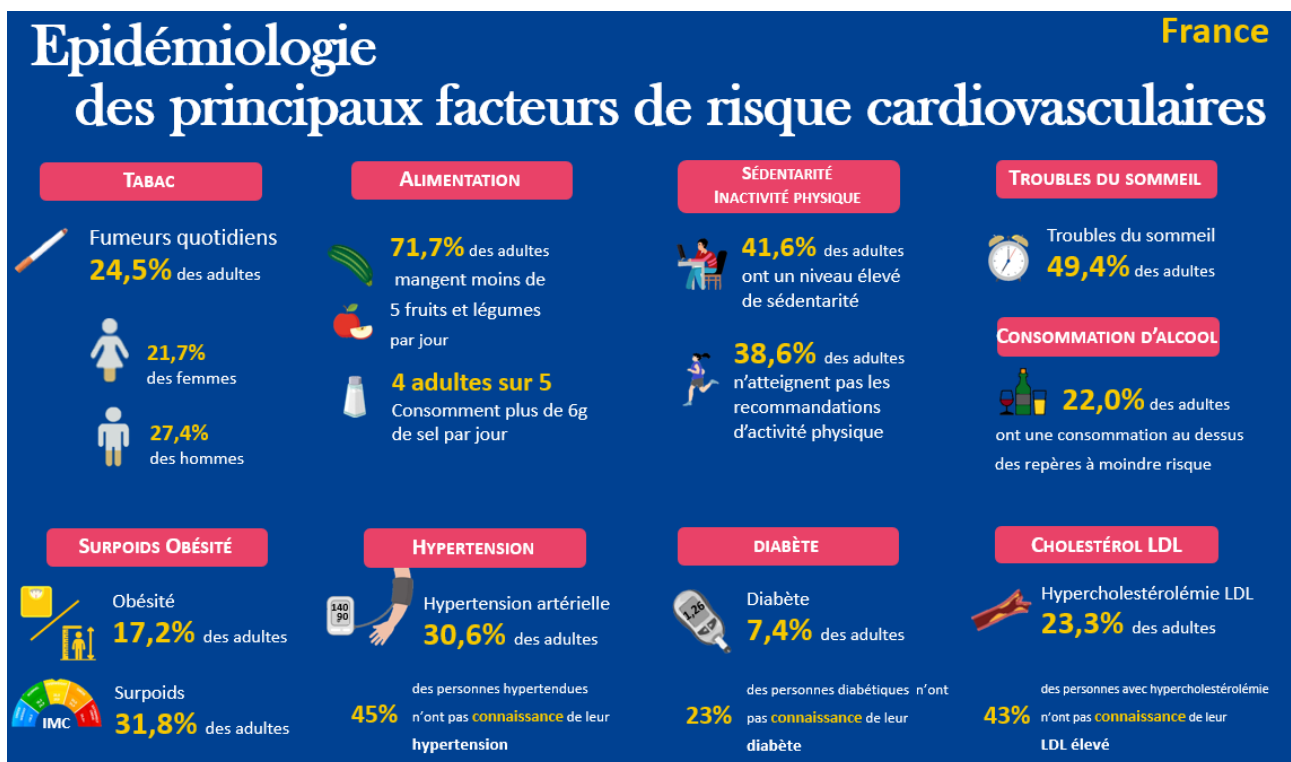
Source : SNDS, Santé publique France, données mises à jour au 05/01/2025. Périodes : 2021-2023 (incidence), 2022 (prévalence), 2020-2022 (mortalité). Standardisation directe sur âge et sexe (réf. : France, 2021). * Taux moyen annuel, pour 100 000 hab.

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 certains 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 Manger Bouger).

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](#)

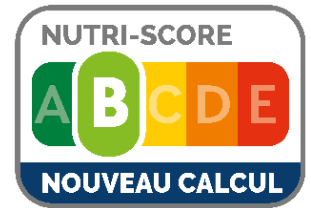
Test et informations de la Fédération française de cardiologie sur les facteurs de risque cardiovasculaires. [En savoir plus](#)



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

<p>Produits mieux notés avec le nouveau Nutri-Score</p>	<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>	
<p>Produits notés plus sévèrement avec le nouveau Nutri-Score</p>	<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.

Retrouvez 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 France 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 apparier aux SNDS.

Pour en savoir plus

- Un **numéro hors-série du Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) 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** ». Elle intègre 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.

Disponibles 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 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-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).

Auteurs en région : Jean-Luc LASALLE, Céline CASERIO-SCHÖNEMANN

Pour nous citer : Bulletin maladies cardio-neuro-vasculaires. Édition Provence-Alpes-Côte d'Azur. Saint-Maurice : Santé publique France, 18 pages, juin 2025.

Directrice de publication : Caroline SEMAILLE

Dépôt légal : 30/06/2025

Contact : paca-corse@santepubliquefrance.fr