MINISTÈRE
DE LA SANTÉ, DES FAMILLES,
DE L'AUTONOMIE
ET DES PERSONNES HANDICAPÉES

Liberté
Égalité
Fraternité

PRÉVENIR LES MALADIES CARDIO-NEUROVASCULAIRES : FEUILLE DE ROUTE NATIONALE POUR LA SANTÉ CARDIOVASCULAIRE

2026-2030

ÉDITORIAL



Stéphanie Rist
Ministre de la Santé,
des Familles,
de l'Autonomie
et des Personnes
handicapées

Les maladies cardio et neurovasculaires sont un lourd fardeau pour la population et notre système de santé. Deuxième cause de décès en France après les cancers, elles sont aussi parmi les premières causes d'hospitalisations, de handicap acquis de l'adulte et de dépenses de santé. Le nombre de personnes atteintes est attendu en forte hausse avec le vieillissement de la population.

Or, plus de 70% des maladies cardio-neurovasculaires dans le monde sont associées à des facteurs évitables. Les déterminants et facteurs de risque modifiables sont multiples, et constituent autant de leviers de prévention, qui réclame une approche globale du risque.

D'une part, il s'agit de promouvoir des environnements et des habitudes de vie favorables à la santé cardiovasculaire tout au long de la vie. Nos stratégies, plans et programmes interministériels sur l'alimentation, l'activité physique, la lutte contre le tabagisme et les addictions ou sur la santé et l'environnement sont des piliers de prévention primordiale de la santé cardiovasculaire.

D'autre part, cette feuille de route comporte des actions fortes de sensibilisation, de repérage précoce des facteurs de risque cardio-neurovasculaire dans le système de soin, le dépistage des personnes à risque, puis d'accompagnement dans des parcours de soins coordonnés.

L'information du grand public, la promotion de la santé, les stratégies de dépistages, l'élargissement des compétences des professionnels de santé, la mise à jour et le partage des bonnes pratiques, les ressources du numérique et de l'intelligence artificielle sont mis à contribution pour une réponse adaptée à ce risque global. Il s'agit aussi de s'attaquer aux fortes inégalités sociales et territoriales pour la santé cardiovasculaire, notamment par des actions destinées aux femmes, aux populations à l'écart de la prévention et des soins, et aux personnes âgées.

La santé cardiovasculaire est un champ d'innovation et de mobilisation des acteurs, territoires, professionnels du premier recours. L'engagement solennel de soutien à cette priorité de santé publique est réaffirmé dans la loi n° 2026-668 du 27 juillet 2026 visant à doter la France d'une stratégie nationale de lutte contre les maladies cardio-neuro-vasculaires. Les défis à relever sont nombreux. Je sais pouvoir compter sur l'engagement de tous pour la santé cardiovasculaire.

SOMMAIRE

Maladies et risques cardiovasculaires : état des lieux en France **4**

Des indicateurs à l'horizon 2030 **9**

5 actions phares **10**

Une feuille de route avec quatre axes de travail **11**

Axe I : Promouvoir la santé cardiovasculaire auprès de la population et des acteurs 11

Axe II : Mobiliser les professionnels du premier recours pour le repérage des facteurs de risque et l'évaluation du risque cardiovasculaire 11

Axe III : Développer les ressources de prise en charge globale des facteurs de risque cardiovasculaires notamment pour les patients à risque cardiovasculaire élevé 14

Axe IV : Développer les connaissances sur la santé cardiovasculaire, le suivi et l'évaluation des interventions préventives **15**

Les 15 repères pour la santé cardiovasculaire **17**

MALADIES ET RISQUES CARDIO-NEUROVASCULAIRES : ÉTAT DES LIEUX EN FRANCE

LES ESSENTIELS

2e CAUSE DE MORTALITÉ



14 MILLIONS de personnes prises en charge **pour maladie ou risque cardiovasculaire**

70% DES MALADIES CARDIO VASCULAIRES DANS LE MONDE, sont associés à des facteurs de risque évitables ou modifiables

4 MILLIONS pour diabète

PRÈS DE 30% DE LA POPULATION EST HYPERTENDUE La moitié ne le sait pas





TAUX D'HOSPITALISATION 40X PLUS ÉLEVÉ

chez les 85 ans, par rapport aux 18-44 ans

Un fardeau considérable[1]

Les maladies cardio-neurovasculaires sont la première cause de mortalité dans l'Union Européenne, la deuxième cause de mortalité en France, après les cancers, avec environ 140 000 décès par an[2]. Elles sont aussi l'une des premières causes d'hospitalisations[3], de dépenses de santé[4] et d'incapacité[5] en France. En 2023, l'assurance maladie dénombrait plus de 14 millions de personnes prises en charge pour maladie ou risque cardio-neurovasculaire et 4 millions pour diabète.

Les acquis marquent le pas. Les taux standardisés sur l'âge de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire ont baissé de plus de 70% entre 1979 et 2019 en France métropolitaine[6] grâce aux progrès thérapeutiques, à l'organisation des soins, et aux acquis de la prévention. Les taux standardisés de morbidité[7], d'hospitalisations[8] tous âges ont baissé. Mais le vieillissement de la population, l'augmentation de l'espérance de vie, la prévalence élevée des facteurs de risque s'accompagnent d'une augmentation de la population atteinte, et d'un fardeau croissant des pathologies cardiovasculaires. Selon une estimation de Santé publique France d'un score de santé cardiovasculaire, 18% de la population entre 18 et 74 ans en 2015 présentait un niveau de santé cardiovasculaire dégradée, 71% intermédiaire et seulement 11% un niveau idéal, avec des différences selon l'âge, le sexe et le niveau d'études.

La morbi-mortalité prématurée reste importante. Chaque année, on compte plus de 12 000 décès, et plus de 250 000 hospitalisations de personnes de moins de 65 ans pour maladies cardio-neurovasculaires. Chez les moins de 65 ans, les taux d'hospitalisation augmentent pour syndrome coronarien aigu chez les femmes[9] et pour l'accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique pour les deux sexes[10].

Les maladies cardio-neurovasculaires constituent un lourd fardeau pour la population âgée. Les taux d'hospitalisation sont 5, 6 fois plus élevés chez les 45-64 ans par rapport aux 18-44 ans, près de 20 fois chez les 65-84 ans et plus de 40 fois chez les 85 ans et plus. Les maladies cardio-neurovasculaires restent la première cause de mortalité chez les plus de 85 ans alors que le vieillissement s'accélère depuis 2011 avec l'arrivée de la génération des *babyboomers* et l'augmentation de l'espérance de vie.

Un risque multifactoriel, des leviers multiples de prévention

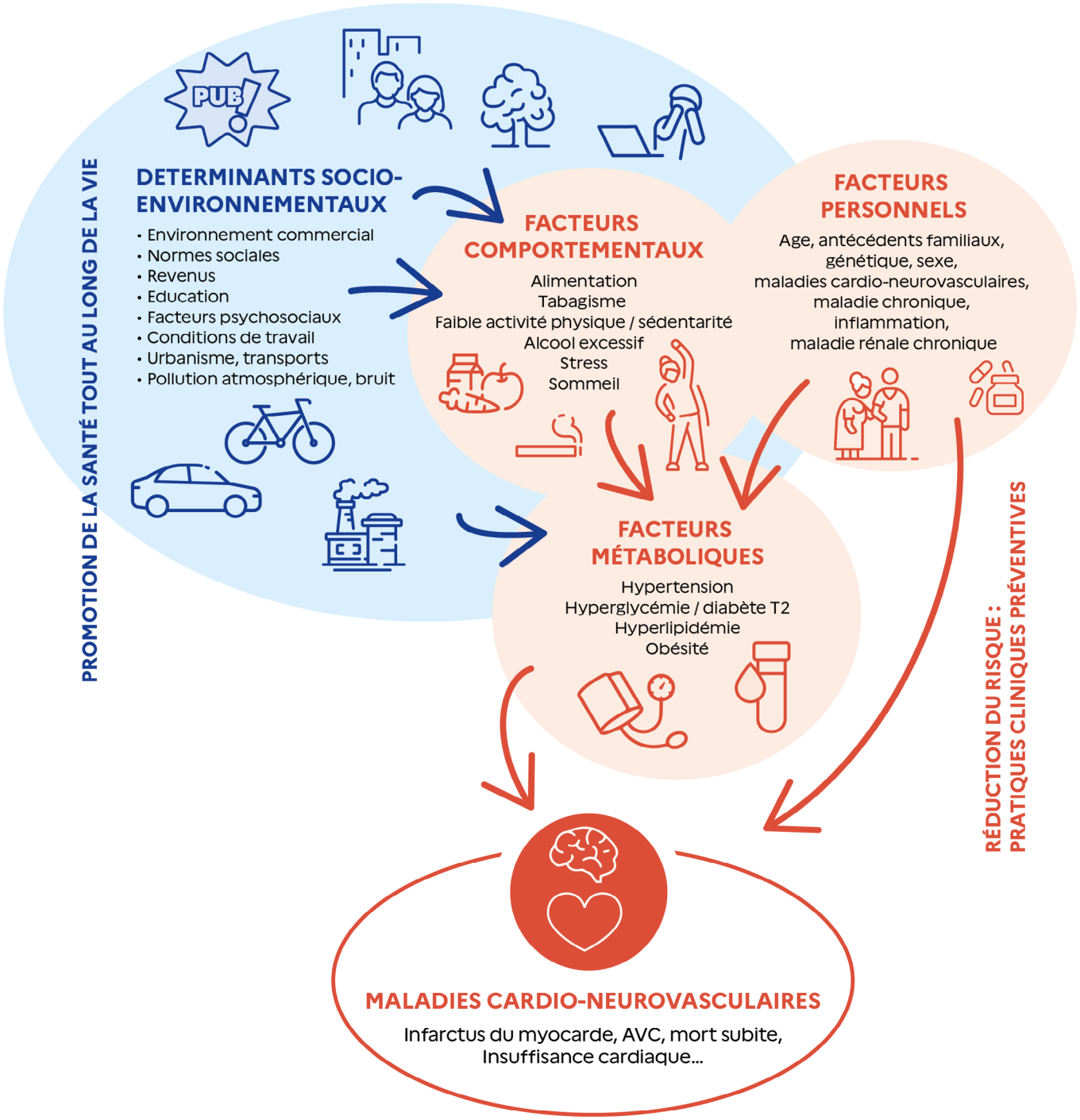
Le risque de maladies cardio-neurovasculaires est **multifactoriel** (figure 1), combinant déterminants **socio-environnementaux et facteurs individuels, comportementaux et métaboliques**. Le cumul de facteurs de risque est la situation la plus fréquente.

On estime que **plus de 70 % des maladies cardio-neurovasculaires dans le monde, sont associées à des facteurs de risque évitables** ou modifiables[11]. En France, en 2015, chez les 18-74 ans, la prévalence de l'hypertension artérielle était de 31 % (28 % après correction de surestimation) : 36,5 % chez les hommes et 25% chez les femmes. Près d'un adulte sur 2 était en surpoids dont 17 % obèses. La prévalence du diabète était de 7,4 %, celle de l'insuffisance rénale chronique au stade 3-5 de 1,5 %. La prévalence de l'hypercholestérolémie familiale hétérozygote, affection fréquemment sous-dépistée, est d'environ 1/300. En France, chez les 18-85 ans,

1. Santé publique France. BEH Hors-série. Epidémiologie des maladies cardiovasculaires en France. 4 mars 2025 & Archives of Cardiovascular Diseases : numéro spécial sur l'épidémiologie cardiovasculaire en France p.655-784, Decembre 2024.
2. Fouillet A, et al. Grandes causes de mortalité en France en 2023 et tendances récentes. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire. 8 juillet 2025, n°13, p.218-243.
3. DREES. Données sur les hospitalisations en court séjour survenues entre 2018 et 2024. Disponible sur : https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/500_morbidite-hospitaliere/information/
4. Assurance maladie. Rapport Charges et Produits 2027. Améliorer la qualité du système de santé et maitriser les dépenses : propositions de l'assurance maladie pour 2027.
5. Francis-Oliviero F, et al. The health state of France before COVID-19 pandemic between 1990 and 2019: an analysis of the Global Burden of Disease study 2019. The Lancet Regional Health – Europe, 2024, n°39.
6. Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc-Inserm). Base de données Open Data des causes médicales de décès. Disponible sur : https://opendata-cepidc.inserm.fr/.
7. European Society of Cardiology (ESC). Atlas of Cardiology. Données issues de l'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME).
8. Grave C, et al. Nationwide time trends in patients hospitalized for acute coronary syndrome: a worrying generational and social effect among women. European Journal of Preventive Cardiology. 2024, vol.31, n°1, p.116-127.
9. *Ibid.*
10. Olié V, et al. Patients hospitalized for ischemic stroke and intracerebral hemorrhage in France: time trends (2008-2019), in-hospital outcomes, age and sex differences. Journal of Clinical Medicine. 2022, vol.11, n°6.
11. Yusuf S, et al. Modifiable risk factors, cardiovascular disease, and mortality in 155,722 individuals from 21 high-income, middle-income, and low-income countries (PURE): a prospective cohort study. The Lancet. 2020, vol. 395, n°10226, p.795-808.

Santé publique France relève que près d'un quart des adultes fument encore quotidiennement, présentent des niveaux de sédentarité élevés, et trois hommes et plus d'une femme sur 10 ont une consommation d'alcool dépassant les repères à moindre risque. Près de la moitié des femmes et un tiers des hommes n'atteignent pas les niveaux recommandés d'activité physique. S'agissant des principales recommandations alimentaires, plus de 70% des adultes ne consomment pas assez de fruits et légumes et plus de 80% avaient une alimentation trop salée.

Prévention pour la santé cardiovasculaire : déterminants, facteurs de risque et champs d'action[12]



12. Source : Direction générale de la santé, adapté de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). HEARTS: Technical Package for Cardiovascular Disease Management in Primary Health Care. Genève : OMS ; 2016

Les troubles du sommeil ou l'insuffisance de durée de sommeil, la consommation de substances illicites, notamment la cocaïne, la dépression et les facteurs psycho-sociaux, l'exposition à la pollution atmosphérique[13] sont également reconnus comme **nouveaux facteurs de risque cardiovasculaires** associés.

Enfin, les déterminants socio-environnementaux ont une influence majeure. L'environnement, l'urbanisme, le travail, l'environnement commercial, les habitudes culturelles, le niveau de ressources et d'éducation, influent sur les habitudes de vie, les comportements et en conséquence le risque métabolique et de maladies cardio-neurovasculaires. Ce sont des leviers essentiels de politiques intersectorielles pour la prévention.

La prévention à mi-vie, un enjeu identifié pour l'avancée en âge : la prévalence des facteurs de risque métaboliques, comme le risque d'accident cardio-neurovasculaire, s'accentuent avec l'avancée en âge, et notamment au-delà de 40-45 ans[14]. Près d'un hypertendu sur deux méconnaît son hypertension artérielle et plus d'un diabétique sur cinq son diabète. Chez les personnes traitées pharmacologiquement, la pression artérielle est contrôlée chez moins d'une personne sur deux. L'insuffisance rénale est dépistée chez seulement 30% des personnes traitées pour hypertension[15]. 28 % des hospitalisations pour maladie cardio-neurovasculaire concernent des personnes de moins de 65 ans, et la proportion monte à 42 % chez les hommes hospitalisés pour syndrome coronarien aigu.

Les infections respiratoires aiguës sont impliquées dans le risque d'accident cardio-neurovasculaire ou la décompensation de pathologie cardiaque. Les vaccinations, notamment antigrippales et antipneumococciques, participent aux pratiques cliniques préventives du risque cardiovasculaire[16]. En 2024-2025, la couverture vaccinale antigrippale n'était que de 25% chez les moins de 65 ans à risque de grippe sévère[17].

Les femmes sont exposées à des particularités spécifiques de leur santé[18] : une vulnérabilité particulière dans certains contextes sociaux et médicaux (femmes en situation de handicap, femmes en situation de précarité, femmes âgées ou en situation dépendance ...), des facteurs de risque qui leur sont propres notamment hormonaux **:** contraceptifs oraux oestroprogestatifs, désordres hypertensifs de la grossesse (qui représentent 7,4% des grossesses[19]) ou diabète pendant la grossesse, ménopause précoce ou une plus grande vulnérabilité à certains facteurs comme le tabagisme[20]. 14% des femmes décédées durant la grossesse jusqu'à un an après l'accouchement souffraient de maladies cardio-neurovasculaires, ce qui en fait la deuxième cause de mortalité maternelle en France[21]. Le poids des idées reçues autour des liens entre sexe, genre et santé contribuent à des retards, erreurs diagnostiques ou traitements suboptimaux. Le pronostic après un infarctus du myocarde est plus mauvais chez les femmes, avec des symptômes non spécifiques plus fréquents que chez l'homme, un délai d'appel aux soins d'urgence plus long, ou aux moindres prises en charge en réadaptation cardiovasculaire, et davantage de complications.

Chez les personnes âgées et fragiles, la prévention quaternaire[22] est un enjeu de santé cardiovasculaire. Avec l'avancée en âge et la polypathologie croissante, la polymédication est fréquente avec les traitements du risque cardiovasculaire. Le risque d'effet indésirable grave augmente chez les personnes âgées à risque en cas de maintien de traitement inapproprié pour l'âge, de surtraitement ou d'événement intercurrent. La réévalution des stratégies thérapeutiques, prenant en compte le repérage de la fragilité, peut amener à la déprescription de traitements du risque cardiovasculaire chez les personnes âgées à risque[23].

13. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Cardiovascular diseases. Disponible sur : https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases.
14. Santé publique France. Enjeux sanitaires de l'avancée en âge : épidémiologie des maladies chroniques liées à la perte d'autonomie et déterminants de ces maladies à mi-vie. Novembre 2022.
15. Assurance Maladie. Rapport Charges et Produits 2025 : propositions de l'Assurance Maladie pour 2025. Juillet 2024.
16. Heidecker B, et al. Vaccination as a new form of cardiovascular prevention: a European Society of Cardiology clinical consensus statement. European Heart Journal. 2025, vol.46, n°36.
17. Santé publique France. Infections respiratoires aiguës (IRA) : bilan de la saison 2024-2025. 2025.
18. Fondation de l'Académie nationale de médecine. Santé des femmes : regards croisés et pistes d'actions. 2024.
19. Olié V, et al. Prevalence of hypertensive disorders during pregnancy in France (2010–2018): The nationwide CONCEPTION study. Journal of Clinical Hypertension. 2021, vol.23, n°7, p.1344-1353.
20. Manzo-Silberman S, WAMIF Investigators. Characteristics of Young Women Presenting With Acute Myocardial Infarction: The Prospective, Multicenter, Observational Young Women Presenting Acute Myocardial Infarction in France Study. Journal of the American Heart Association. 2024, vol.13, n°19, e034456.
21. Santé publique France. Les morts maternelles en France : les données clés de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) 2016-2018. 7e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles. 2024.
22. Martins C. Quaternary prevention: reviewing the concept. European Journal of General Practice. 2018, vol. 24, n°1, p.106-111.
23. Académie nationale de médecine. Prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire des personnes âgées de 75 ans et plus. Rapport, 28 janvier 2025.

Le poids des inégalités de santé : un défi de santé publique

Le risque de maladies cardio-neurovasculaires est également marqué de fortes disparités :

- L'incidence des hospitalisations pour maladies cardio-neurovasculaires est 30 % plus élevée dans les **communes socio-économiquement défavorisées**.
- 26 % des personnes de 18 à 74 ans n'ayant **pas le baccalauréat** avaient un score de santé cardiovasculaire dégradée contre 9 % parmi celles ayant un niveau d'études au-delà.
- Des **inégalités territoriales** de mortalité cardiovasculaire, de prévalence des facteurs de risque, de ressources de prise en charge : nombre de lits, de structures spécialisées comme les unités neurovasculaires ou la réadaptation cardiovasculaire. La mortalité est plus importante dans les territoires ruraux hors zone d'influence des villes, et plus faible au sein des pôles des grandes agglomérations[24].
- A âge égal, les taux d'hospitalisation et de mortalité cardiovasculaire, et la prévalence des facteurs de risque restent plus élevés chez les **hommes** que chez les femmes. Parmi les 55-74, ans un score de santé cardiovasculaire dégradée était de 34% chez les hommes et de 16% chez les femmes.
- Les départements et régions d'**outre-mer** (DROM), ont une mortalité plus élevée par maladie cardio-neurovasculaire comparés à la plupart des régions de l'hexagone. Les taux d'hospitalisation pour AVC sont plus élevés, de même que la fréquence de facteurs de risques, notamment du diabète et de l'obésité, plus particulièrement chez les femmes.

De ces constats découlent quatre principes d'action :

1. Le cadre stratégique de prévention et promotion de la santé cardiovasculaire traite d'un risque multifactoriel, de ses déterminants modifiables socio-environnementaux, comportementaux et métaboliques ;

2. L'amélioration de la santé cardiovasculaire de la population passe par une déclinaison populationnelle, un universalisme proportionné et des publics à risque identifiés : adultes à mi-vie, femmes, vulnérabilité économique ou territoriale, situation de handicap, personnes âgées…

3. Le repérage et soins des personnes à risque cardiovasculaire (CV) reposent sur l'approche intégrée du risque individuel, comportemental et métabolique : une démarche centrée sur la personne ;

4. Les soins de santé cardiovasculaire, comportementaux et médicamenteux, passent par l'implication de la personne, ses préférences, le renforcement de littéracie en santé, la décision partagée et un environnement facilitant.

24. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Causes de décès en France en 2023 : des disparités territoriales. Études et Résultats, n° 1342, juillet 2025.

Une stratégie pour la prévention des maladies cardio-neurovasculaires en France et sa feuille de route…

La prévention primordiale des maladies cardio-neurovasculaires – et plus largement des maladies non transmissibles – mobilise des leviers socio-environnementaux au-delà du cadre sanitaire, facilitant des choix de santé et modes de vie favorables, possibles à faire et à maintenir[25]. En France, les engagements de politiques publiques dédiés aux déterminants de la santé cardiovasculaire se traduisent en programmes, plans ou stratégies interministériels. Composantes de la stratégie nationale pour la santé cardiovasculaire, ils illustrent l'approche de « santé dans toutes les politiques » :

LA LUTTE CONTRE LE TABAGISME AVEC LE PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE TABAC.
Le PNLT 2023-2027 vise à bâtir une génération sans tabac en 2032 en prévenant l'entrée dans le tabagisme chez les jeunes, en dénormalisant le tabac dans notre société et en renforçant les solutions d'accompagnement à l'arrêt pour les fumeurs

LA STRATÉGIE INTERMINISTÉRIELLE DE MOBILISATION CONTRE LES CONDUITES ADDICTIVES (SIMCA), STRATÉGIE GLOBALE DE LUTTE CONTRE LES ADDICTIONS,
pilotée par la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA)

LE PROGRAMME NATIONAL NUTRITION SANTÉ (PNNS), LA STRATÉGIE NATIONALE POUR L'ALIMENTATION, LA NUTRITION ET LE CLIMAT (SNANC), LA STRATÉGIE NATIONALE SPORT SANTÉ (SNSS), ET, POUR L'ENVIRONNEMENT, LE PLAN NATIONAL SANTÉ ENVIRONNEMENT (PNSE), **sur les déterminants environnementaux, nutritionnels et activité physique (alimentation, activité physique, sédentarité)**

LA FEUILLE DE ROUTE INTERMINISTÉRIELLE 2025-2026 POUR LA PROMOTION D'UN SOMMEIL DE QUALITÉ ET LA PRÉVENTION DE SES TROUBLES.

Complémentaire de ces plans et programmes, la feuille de route déroule la promotion de la santé cardiovasculaire globale et la prévention et la gestion du risque cardiovasculaire (prévention, repérage et prise en charge des facteurs modifiables) au niveau des individus et de groupes à risque. Elle ne couvre pas les filières de soins spécialisés des maladies cardio-neurovasculaires ou associées.

La loi n° 2026-668 du 27 juillet 2026 : un soutien législatif pour la prévention
La loi n° 2026-668 du 27 juillet 2026 visant à doter la France d'une stratégie nationale de lutte contre les maladies cardio-neuro-vasculaires renforce les dépistages, la sensibilisation à la prévention des maladies cardio-neuro-vasculaires, et élargit le cercle des acteurs impliqués.

… s'inscrivant dans la dynamique de l'Union Européenne

La Commission européenne a publié le 16 décembre 2025 un plan pour la santé cardiovasculaire de l'Union Européenne (UE), « Safe Hearts[26] », pour répondre aux maladies cardiovasculaires, première cause de décès et d'invalidité dans l'UE. Il est réparti en trois piliers : la prévention, la détection précoce et le dépistage, les traitements et les soins. Il vise à renforcer les politiques nationales tout en apportant une valeur ajoutée au niveau de l'UE.

25. Galea G, et al. Quick buys for prevention and control of noncommunicable diseases. The Lancet Regional Health - Europe. 2025, vol.52, n°101281.
26. Commission européenne. Communication on an EU Cardiovascular Health Plan : the Safe Hearts Plan. 16 décembre 2025.

DES INDICATEURS CIBLES À L'HORIZON 2030



Mortalité cardio-neurovasculaire

Baisse des taux de mortalité cardio-neurovasculaire standardisés sur l'âge, par rapport à 2023 :

- -15% mortalité générale
- -10% mortalité prématurée (<75 ans)



Santé cardiovasculaire globale

Amélioration de l'état de santé cardiovasculaire

- + 10 points de la proportion de la population ayant un score CV élevé
- - 5 points de la proportion de la population ayant un score CV dégradé



Gestes qui sauvent pour l'infarctus, l'arrêt cardiaque ou l'AVC

- Connaissance des symptômes et appel des services d'urgence pour 90% de la population
- 75% de la population formée aux gestes de premiers secours

Source : Santé publique France

5 ACTIONS PHARES

1

DÉVELOPPER UNE STRATÉGIE DE COMMUNICATION À DESTINATION DU PUBLIC ET DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ s'appuyant sur une identité graphique des facteurs clefs de la santé cardiovasculaire globale et la promotion des ressources d'accompagnement

2

PROMOUVOIR LE DISPOSITIF MON BILAN PRÉVENTION COMME OUTIL DE PRÉVENTION CARDIOVASCULAIRE

3

PROMOUVOIR DES PRATIQUES VALIDÉES ET HARMONISÉES DE MESURE, CONTRÔLE ET SUIVI DE LA PRESSION ARTÉRIELLE, auprès des professionnels et des patients hypertendus

4

RECENSER ET MOBILISER LES RESSOURCES DE RÉÉVALUATION DES TRAITEMENTS du risque cardiovasculaire chez les personnes âgées fragiles

5

METTRE EN PLACE UN PARCOURS D'ACCOMPAGNEMENT PRÉVENTIF AFIN DE PERMETTRE UNE PRISE EN CHARGE PRÉCOCE des assurés concernés, pour retarder l'aggravation de leur pathologie cardiovasculaire et l'entrée dans le dispositif ALD

UNE FEUILLE DE ROUTE AVEC QUATRE AXES DE TRAVAIL

AXE I
PROMOUVOIR LA SANTÉ CARDIOVASCULAIRE AUPRÈS DE LA POPULATION ET DES ACTEURS

La santé cardiovasculaire procède d'une approche positive et globale de promotion de la santé cardiovasculaire[27]. Elle visualise un risque modifiable multifactoriel pour la prévention et la réduction du risque. Les leviers accessibles aux décisions individuelles et à l'accompagnement valorisent les facteurs comportementaux et métaboliques, classiques ou émergents. L'American Heart Association en prend huit en compte : Tabagisme, Alimentation, Activité physique/Sédentarité, Pression artérielle/HTA, Surpoids/Obésité, Glycémie/Diabète, Sommeil. La consommation nocive d'alcool[28, 29], des facteurs émergents (pollution, substances illicites telle que la cocaïne…) et le risque de maladie rénale chronique sont aussi à prendre en compte.

Les objectifs et plans d'actions des plans, programmes, plans et stratégies interministériels sur les leviers des déterminants socio-environnementaux, cités plus hauts, ne sont pas détaillés ici.

Mesure 1

Promouvoir la santé cardiovasculaire, par une connaissance intégrée des facteurs de risque comportementaux et métaboliques du risque de la population

Action 1.1
Développer une stratégie de communication à destination du public et des professionnels de santé s'appuyant sur une identité graphique des facteurs clefs de la santé cardiovasculaire globale et la promotion des ressources d'accompagnement

Action 1.2
Développer Mon espace santé comme ressource d'accompagnement des assurés sur la santé cardiovasculaire pour identifier leurs facteurs de risques et les accompagner dans leur parcours de prévention et de santé

Action 1.3
Déployer une campagne de communication sur la connaissance par le grand public des valeurs de pression artérielle, la sensibilisation à l'HTA et aux autres facteurs métaboliques du risque cardiovasculaire

27. Lloyd-Jones DM, & al. American Heart Association. Life's Essential 8: Updating and Enhancing the American Heart Association's Construct of Cardiovascular Health: A Presidential Advisory From the American Heart Association. Circulation. Août 2022, vol.146, n°5.
28. Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Cardiovascular diseases*. Fact sheet. Genève : OMS, juillet 2025.
29. Gupta S, et al. *Alcohol and Cardiovascular Disease. American Journal of Cardiology*. 2026, vol. 259, p.132-138.

AXE II

MOBILISER LES PROFESSIONNELS DU PREMIER RECOURS POUR LE REPÉRAGE DES FACTEURS DE RISQUE ET L'ÉVALUATION DU RISQUE CARDIOVASCULAIRE

Dans le système de soins, la prévention et le repérage du risque cardiovasculaire sont assurés principalement par les professionnels de santé de premier recours. La pratique de médecine générale est centrée sur le patient, avec souvent plusieurs pathologies et facteurs de risque à considérer dans le même temps[28]. Les facteurs de risque cardiovasculaire sont multiples, en interaction, ce qui amène à une approche globale du risque et de la personne.

L'évaluation et le repérage du risque cardiovasculaire s'insèrent dans différents dispositifs de prévention, des soins, voire le milieu de travail[30] [31], avec une attention pour les dispositifs contribuant à la lutte contre les inégalités de santé, aux missions d' « aller vers » les publics vulnérables. Une attention est donnée à l'hypertension artérielle, notamment pour la prévention de l'AVC[32]. La qualité de mesure de la pression artérielle est un enjeu du contrôle de l'HTA, en raison de la variabilité et de l'effet blouse blanche sur la pression artérielle.

Un dépistage d'un facteur de risque, comme une hypertension artérielle ou une hyperglycémie, impose de disposer d'un parcours d'aval pour une confirmation du diagnostic, puis orienter vers un parcours de soins adapté. Pour un diagnostic établi, il s'agit aussi de lutter contre l'inertie thérapeutique, de réévaluer les stratégies thérapeutiques selon la médecine basée sur les preuves (recommandations, évaluation de la situation clinique et préférences du patient) voire dans certaines situations, de désescalade thérapeutique notamment pour les personnes âgées fragiles.

30. Haute autorité de santé. Risque cardiovasculaire global en prévention primaire et secondaire : évaluation et prise en charge en médecine de premier recours - recommandation de bonne pratique - note de cadrage. 28 mars 2021.
31. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. *Plan santé au travail 2026-2030.* 2026.
32. Cour des comptes. *Prévention et prise en charge des accidents vasculaires cérébraux.* Octobre 2025.

Mesure 2

Renforcer le repérage par les professionnels de premier recours des facteurs de risque cardiovasculaire notamment méconnus

Action 2.1
Promouvoir le dispositif Mon Bilan Prévention comme outil de prévention cardiovasculaire

Action 2.2
Soutenir les bonnes pratiques professionnelles sur le repérage et la prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire et du dépistage infraclinique des maladies cardiovasculaires selon les recommandations, notamment par la formation continue, le développement professionnel continu et la certification périodique

Action 2.3
Soutenir les dépistages ciblés des facteurs de risque dont le diabète et la maladie rénale chronique chez les patients avec une pathologie cardio-neurovasculaire et associée conformément aux recommandations, en lien avec les outils de diagnostic territorial

Action 2.4
Mettre à jour, en lien avec les recommandations de la HAS, les stratégies de dépistage des facteurs de risque métaboliques dont l'hypercholestérolémie familiale, le diabète de type 2 et de l'insuffisance rénale chronique ou des facteurs émergents

Action 2.5
Soutenir le repérage de l'HTA en habilitant les pharmaciens d'officine et d'autres effecteurs en application de la loi n° 2026-668 du 27 juillet 2026 visant à doter la France d'une stratégie nationale de lutte contre les maladies cardio-neuro-vasculaires

Action 2.6
Promouvoir des pratiques validées et harmonisées de mesure, contrôle et suivi de la pression artérielle, auprès des professionnels et des patients hypertendus

Action 2.7
Réaliser un état des lieux des connaissances et des outils de communication sur la détection des troubles du sommeil dans le risque cardiovasculaire

Action 2.8
Renforcer l'engagement des soins primaires sur le risque cardiovasculaire en mobilisant les structures d'exercice coordonné en santé

Mesure 3

Promouvoir le repérage et la prise en charge du risque cardiovasculaire des femmes et ses spécificités

Action 3.1
Développer les actions de sensibilisation ciblée envers les professionnels de santé sur les risques et symptômes cardiovasculaires des femmes (action 25 du plan interministériel pour l'égalité femmes/hommes)

Action 3.2
Promouvoir le juste choix de contraception adaptée aux facteurs de risque cardiovasculaires des femmes

Action 3.3
Mobiliser la consultation pré-conceptionnelle pour prévenir la mortalité cardiovasculaire maternelle en communiquant auprès des femmes en ALD avec maladie cardiovasculaire et en âge de procréer sur la consultation pré-conceptionnelle

Action 3.4
Renforcer la prévention cardiovasculaire des femmes en post partum ayant présenté un diabète gestationnel ou une hypertension de la grossesse en déployant un dispositif d'information intégrant l'accompagnement aux changements de mode de vie et les principes de suivi

Action 3.5
Informer les femmes sur la santé cardiovasculaire lors de la consultation longue dédiée à la ménopause

Mesure 4

Personnes âgées : prendre en compte la fragilité dans les traitements du risque cardiovasculaire

Action 4.1
Recenser et mobiliser les ressources de réévaluation des traitements du risque cardiovasculaire chez les personnes âgées fragiles

Mesure 5

Assurer la permanence du repérage du risque des personnes vulnérables ou éloignées du soin dans une logique d'aller vers

Action 5.1
Réaliser un état des lieux des modalités prometteuses d'aller-vers et de dépistage du risque CV global dans les territoires en tension sur l'offre de soins ou auprès des personnes isolées

Action 5.2
Expérimenter des interventions précoces évaluées de promotion de la santé cardiovasculaire chez des jeunes adultes récemment diagnostiqués avec trouble psychiatrique sévère et traitement antipsychotique

Action 5.3
Soutenir la prévention et le repérage du risque CV auprès des publics vulnérables en sensibilisant les professionnels du secteur sanitaire et médico-social

Mesure 6

Santé au travail : prévention des risques cardiovasculaires dans les postes de travail exposés

Action 6.1

Mieux caractériser les circonstances des malaises mortels sur les lieux de travail et proposer des actions de prévention du risque cardiovasculaire

Action 6.2

Développer des outils dédiés à l'évaluation du risque cardio-vasculaire et de la sédentarité, liés aux conditions de travail

AXE III

DÉVELOPPER LES RESSOURCES DE PRISE EN CHARGE GLOBALE DES FACTEURS DE RISQUE CARDIOVASCULAIRES NOTAMMENT POUR LES PATIENTS À RISQUE CARDIOVASCULAIRE ÉLEVÉ

Les recommandations de bonnes pratiques sur les facteurs de risque, maladies cardio-neurovasculaires et associées insistent sur les mesures hygiéno-diététiques et le contrôle des facteurs de risque en prévention primaire et secondaire. Selon Santé publique France, en 2015, moins d'une personne sur deux ayant connaissance de son hypertension artérielle déclarait avoir reçu des recommandations hygiéno-diététiques dans l'année précédente.

Pour autant, l'information souvent ne suffit pas à faire évoluer les comportements : sevrage tabagique, réduction de la consommation nocive d'alcool ou d'autres substances, amélioration de l'alimentation, de l'activité physique ou des ressources de santé mentale. La prise en charge du risque cardio-neurovasculaire implique une participation de la personne et un environnement facilitant pour une meilleure adhésion aux traitements et aux modifications des habitudes de vie.

Ainsi, l'activité physique adaptée (APA) est reconnue comme thérapeutique non médicamenteuse. La HAS a publié des recommandations de bonne pratique en ce sens et plusieurs expérimentations au titre de l'article 51 de la LFSS 2018 évaluées ont démontré les bénéfices d'un programme d'APA proposé à des patients sortant de réadaptation cardiovasculaire, tant sur l'amélioration de la qualité de vie, la reprise d'une activité physique régulière à distance du programme, qu'en termes économiques.

Les pratiques cliniques préventives pour le risque cardiovasculaire, l'hypertension artérielle, le diabète de type 2 ou la dyslipidémie relèvent principalement des soins de premier recours et des médecins traitants. Comme pour la réadaptation cardio-vasculaire, des parcours innovants doivent assurer l'accès personnalisé à des ressources d'accompagnement, comportemental ou/et pharmacologique. L'obésité, dont l'importance n'a cessé de progresser pour les formes sévères, fait l'objet d'une feuille de route « prise en charge des personnes en situation d'obésité 2026-2030 ».

Des qualifications et modèles d'intervention des professionnels de santé developpent une démarche centrée sur la personne et un changement de posture (éducation thérapeutique du patient - ETP, Repérage précoce et intervention brève - RPIB, entretien motivationnel, ...). Dans la continuité de la stratégie d'accélération de la santé numérique et de la cadre de la stratégie nationale IA et données de santé 2025-2028, il s'agit aussi de valoriser les solutions de e-santé évaluées d'aide à la décision et d'accompagnement à distance du risque cardio-neurovasculaire.

Mesure 7

Renforcer les parcours intégrés d'accompagnement en proximité de personnes à risque cardiovasculaire élevé

Action 7.1
Soutenir en région les parcours et la prise en charge structurée des facteurs de risque métaboliques et comportementaux du risque cardiovasculaire ou de diabète, pour promouvoir une prise en charge globale du risque cardiovasculaire dans les expérimentations et organisations de parcours dédiés

Action 7.2
Mettre en place un parcours d'accompagnement préventif afin de permettre une prise en charge précoce des assurés concernés, pour retarder l'aggravation de leur pathologie cardiovasculaire et l'entrée dans le dispositif ALD

Action 7.3
Promouvoir l'éducation thérapeutique en ville ciblant les maladies cardio-neurovasculaires et leurs facteurs de risque associés

Action 7.4
Promouvoir la vaccination contre les infections respiratoires aigües dans les pratiques cliniques préventives des professionnels de santé, en facilitant l'accès aux informations et à la vaccination de leurs patients atteints ou à risque cardiovasculaire, immunodéprimés ou atteints de cardiopathie congénitale dans leur parcours de soins

Mesure 8

Renforcer les ressources de décision médicale partagée et d'autonomie du patient sur la gestion du risque cardiovasculaire dans le parcours de soins

Action 8.1
Développer et référencer les ressources évaluées de solutions numériques, y compris avec IA, d'aide à la décision et d'accompagnement des patients en prévention cardiovasculaire

Action 8.2
Intégrer l'auto-suivi et l'engagement du patient via le recueil de l'expérience patient dans sa relation avec l'équipe de soins

Mesure 9

Améliorer la prise en charge immédiate de l'accident cardiovasculaire avant l'arrivée des secours (arrêt cardiaque soudain, AVC, infarctus du myocarde)

Action 9.1
Communiquer à destination des exploitants de défibrillateurs automatisés externes (DAE) installés dans les lieux recevant du public pour rappeler l'obligation de maintenance prévue selon les recommandations du fabricant des DAE et améliorer la surveillance du parc de DAE en promouvant le déploiement des DAE « connectés »

Action 9.2
Dresser un état des lieux et promouvoir les ressources de formation et de communication grand public sur les gestes qui sauvent avec la réingénierie du cadre de formation des gestes de premier secours et le renforcement de la formation en milieu scolaire

Action 9.3
Promouvoir une communication récurrente sur la thématique « arrêt cardiaque, infarctus, AVC : j'agis » avec des outils de communication mis à disposition sur « santé.fr » assortis d'une incitation forte de tous à se former aux « gestes qui sauvent », premier secours citoyen et à utiliser des applications citoyennes destinées à mobiliser des secouristes volontaires et géolocaliser des DAE

AXE IV

DÉVELOPPER LES CONNAISSANCES SUR LA SANTÉ CARDIOVASCULAIRE, LE SUIVI ET L'ÉVALUATION DES INTERVENTIONS PRÉVENTIVES

Les facteurs de risque cardiovasculaire, comportementaux et métaboliques, sont souvent cumulés entre eux, et en interaction avec les facteurs socio-environnementaux. L'analyse des signaux épidémiologiques, le suivi des tendances et l'étalonnage comparatif par rapport aux objectifs requière une surveillance épidémiologique, régulière et réitérée des indicateurs de santé et de maladies cardio-neurovasculaires. Cette surveillance accompagnera le déroulé de la feuille de route nationale.

Le dispositif d'observation de la santé cardiovasculaire en France s'appuie sur le Système National des Données de Santé (SNDS), la réalisation régulière d'enquêtes nationales avec examen de santé ou par entretien, des registres populationnels et des cohortes. L'accès à d'autres systèmes d'informations (dossiers médicaux des médecins libéraux, des établissements de santé, résultats des laboratoires de biologie médicale, etc.) et le chainage entre ces données s'inscrivent dans une recherche d'intégration de données de santé soutenue au niveau européen, visant à une analyse fine du risque cardiovasculaire, son contrôle et ses complications.

La mise en œuvre de stratégies préventives et de contrôle du risque porte aussi sur leur validation pour des publics en vulnérabilité, comme les personnes âgées fragiles, dès la phase de la recherche clinique.

Mesure 10

Renforcer les systèmes de surveillance des indicateurs de santé cardiovasculaire, des tendances du risque cardiovasculaire en France et de ses prises en charge dans une approche globale

Action 10.1
Promouvoir les modalités de surveillance multi-sources à partir des registres des maladies cardio-neurovasculaires et du Système national des données de santé (SNDS), et étudier la faisabilité d'un appariement avec d'autres sources de données (données de ville, biologie médicale, etc.)

Action 10.2
Renforcer la surveillance réitérée du risque cardiovasculaire global intégrant les déterminants comportementaux et métaboliques et expositions socio-environnementales, y compris par les enquêtes en population, en prenant en compte l'éloignement de l'offre de prévention et de soins

Mesure 11

Soutenir les efforts de recherches observationnelles ou interventionnelles évaluées sur la santé cardiovasculaire et les publics cibles

Action 11.1
Analyser les freins et leviers à l'inclusion des personnes âgées ou fragiles pour adapter les dispositifs de recherche clinique et promouvoir une approche inclusive des populations éligibles aux traitements du risque cardiovasculaire

Action 11.2
Promouvoir la recherche cardiovasculaire des femmes en renforçant leur présence dans les études multicentriques par des cohortes mixtes ou spécifiquement féminines

Action 11.3
Soutenir la recherche interventionnelle en santé des populations dans le champ cardiovasculaire par des priorités thématiques d'appels à projets

15 REPÈRES POUR LA SANTÉ CARDIOVASCULAIRE

Prévenir ou réduire le risque d'infarctus, d'accident vasculaire cérébral, d'insuffisance cardiaque, d'hypertension, de diabète ou de maladie rénale : on peut agir pour la santé cardiovasculaire tout au long de la vie.

Des habitudes de vie favorables à la santé sont importantes en prévention comme dans le parcours de soins des personnes à risque cardiovasculaire.

La détection précoce et le traitement des facteurs de risque, la connaissance des signaux d'alerte, l'adaptation aux besoins de la personne, et leur réévaluation, sont des repères des usagers et des professionnels, résumés en 15 repères pour la santé cardiovasculaire.

Ces repères relèvent aussi d'actions de santé publique sur les environnements, milieux de vie, pratiques de professionnels et organisation des soins.

1 Tabac

- Arrêter de fumer, c'est gagnant pour le cœur et le cerveau à tous les âges de la vie.

2 Alimentation

- Privilégier une alimentation variée et équilibrée, en limitant les aliments trop gras, sucrés, salés, et en évitant les aliments ultra-transformés.

3 Activité physique, sédentarité

- Au moins 30 min par jour d'activités physiques dynamiques pour les adultes, au moins 1 heure pour les enfants et adolescents.
- Ne restez pas assis trop longtemps. Prenez le temps de marcher un peu, toutes les 30 minutes à 1 heure si possible.

4 Alcool

- L'alcool peut provoquer des maladies cardio-neurovasculaires. Veillez à respecter les repères de consommation à moindres risques : 2 verres par jour et pas tous les jours, au maximum 10 verres par semaine.

5 Stress

- Apprendre à gérer le stress.

6 Sommeil

- Prendre soin de son sommeil (durée, régularité, horaires, continuité et qualité).

7 Substances illicites

- Protéger son cœur et son cerveau, c'est aussi ne pas consommer de substances illicites.

8 Surpoids et tour de taille

- Être vigilant aux évolutions de son poids en se pesant régulièrement, et de son tour de taille.

9 Pression artérielle

- Assurer une mesure régulière de sa pression artérielle avec un professionnel de santé. L'automesure est préconisée chez les patients hypertendus.

10 Cholestérol, Glycémie Fonction rénale

- Dépister une hypercholestérolémie, un diabète ou une maladie rénale chronique.

11 Environnement

- Limiter les activités physiques ou sportives en cas d'épisodes de grande chaleur ou de pic de pollution atmosphérique.

12 Signaux d'alerte infarctus

- En cas de douleur ou d'oppression thoracique, d'essoufflement brutal, de malaise : penser Infarctus
- **Ne jamais banaliser les signaux d'alerte, appeler les urgences, appeler le 15.**

13 Signaux d'alerte AVC

- En cas d'apparition brutale de faiblesse d'un côté du corps, de trouble de la parole, de perte de la vue, de mal de tête violent, mêmes transitoires : penser AVC
- **Ne jamais banaliser les signaux d'alerte, appeler le 15.**

14 Antécédents

- Si votre père, mère ou membre de la fratrie a eu un problème cardiovasculaire ou un AVC avant l'âge de 65 ans, signalez-le à votre médecin.

15 Traitement du risque cardiovasculaire

- Si vous prenez déjà un traitement du risque ou de maladie cardiovasculaire, vérifiez périodiquement avec votre professionnel de santé que vos traitements sont adaptés à votre santé (efficacité, tolérance, avancée en âge, ...).

MINISTÈRE
DE LA SANTÉ, DES FAMILLES,
DE L'AUTONOMIE
ET DES PERSONNES HANDICAPÉES

Liberté
Égalité
Fraternité

Édition : Direction générale de la santé
Mise en page : Dicom du ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles • Illustrations : Gettyimages • Août 2026