

LE DOSAGE DE LA LIPOPROTÉINE (A) DANS LA PRÉVENTION CARDIOVASCULAIRE

Contribution à la Proposition de loi visant à accélérer la prévention cardio-neuro-vasculaire et à anticiper un risque sanitaire et social majeur de M. Yannick Neuder

Mai 2026

Adoptée par l'Assemblée nationale le 8 avril 2026, après engagement de la procédure accélérée, la proposition de loi de Yannick Neuder visant à **accélérer la prévention cardio-neuro-vasculaire** et à anticiper un risque sanitaire et social majeur vise à renforcer la prévention des maladies cardio-neuro-vasculaires dans le cadre des **rendez-vous de prévention aux âges clés de la vie**. Le texte adopté par l'Assemblée nationale a été transmis au Sénat le 9 avril 2026¹.

Dans le texte adopté par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, l'**article 1er** prévoyait que le dépistage précoce des maladies cardio-neuro-vasculaires et des maladies cardiaques structurales comprenne une évaluation clinique et biologique "incluant le dosage de la lipoprotéine (a)". Toutefois, l'**amendement n°20 rectifié**, adopté en séance publique le 8 avril 2026, a substitué à cette rédaction une formule moins prescriptive, en prévoyant que ces outils puissent inclure le dosage de la lipoprotéine de type a².

Cette évolution constitue une première reconnaissance de l'intérêt du dosage de la Lp(a), mais elle demeure insuffisante au regard de l'enjeu de santé publique. Il apparaît cohérent, voire nécessaire, que la politique de prévention portée par ce texte intègre plus clairement une logique de sensibilisation au dosage de la Lp(a), facteur de risque génétique, hautement prévalent, stable au cours de la vie, mais encore largement sous-diagnostiqué.

L'intérêt médical d'un dépistage de la Lipoprotéine (a)

- **Un risque significatif et méconnu³** : 20 à 30 % de la population présente un taux élevé de Lp(a). Ce taux est déterminé à plus de 90 % par la génétique, indépendamment de l'hygiène de vie. Or, un taux élevé de Lp(a) augmente le risque d'**infarctus du myocarde, d'AVC ischémique, de sténose aortique calcifiée, d'artériopathie périphérique et de thromboses.**
- **Des conséquences cardiovasculaires avérées⁴** : À taux élevé, ce marqueur favorise l'athérosclérose et expose le patient à un **risque multiplié par 1,6 d'AVC**. Il s'agit également d'un enjeu d'équité en santé, les populations d'origine africaine présentant des taux structurellement plus élevés.
- **Un enjeu d'équité en santé** : La Lp(a) constitue également un sujet d'équité, certaines populations présentant des taux structurellement plus élevés. À défaut d'information systématique, le dosage risque de rester réservé aux patients les mieux informés, les mieux accompagnés ou disposant d'un accès plus direct à la prévention spécialisée.

¹ https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/textes/l17t0265_texte-adopte-seance

² https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/textes/l17b2616_texte-adopte-commission.pdf

³ Lp(a) : un dépistage UNIVERSEL : <https://medvasc.info/archives-blog/lp-a-un-d%C3%A9pistage-universel>

⁴ Commentary – New consensus statement on lipoprotein(a) : <https://eas-society.org/page/commentary-new-consensus-statement-on-lipoproteina/>

- **Une démarche de prévention efficiente⁵** : La concentration sanguine de Lp(a) restant stable tout au long de la vie, **un seul dosage sanguin s'avère suffisant** pour orienter durablement la prise en charge. Cette approche de dépistage généralisé est aujourd'hui soutenue par l'ensemble des sociétés savantes internationales.

Le coût du test : un risque de médecine à deux vitesses

L'une des réserves exprimées lors des débats à l'Assemblée nationale a concerné le **coût du test pour le patient**, le dosage de la Lp(a) n'étant pas aujourd'hui systématiquement pris en charge dans un cadre de prévention généralisée.

Cet argument doit être pris au sérieux, mais il ne doit pas conduire à écarter la sensibilisation au dosage. Au contraire, il souligne la nécessité d'une politique publique claire afin d'**éviter l'installation d'une médecine à deux vitesses**.

Sans cadre national, les patients les mieux informés, les mieux accompagnés ou en capacité de financer le test pourront accéder à cette information biologique, tandis que les patients les plus éloignés de la prévention risquent d'en rester exclus. Or, la prévention cardiovasculaire doit précisément permettre d'aller vers les publics qui ne bénéficient pas spontanément d'un repérage approfondi de leurs facteurs de risque.

L'enjeu n'est donc pas de rendre le test obligatoire, ni d'imposer un reste à charge au patient. Il est de garantir que chaque patient puisse être informé, au moins une fois dans sa vie, de l'existence de ce facteur de risque et de l'intérêt éventuel de son dosage.

Cette distinction est essentielle : l'obligation porterait sur la sensibilisation par le professionnel de santé, non sur la réalisation du test. Le patient demeurerait entièrement libre d'accepter, de différer ou de refuser le dosage.

Une anticipation nécessaire de l'évolution des recommandations et des prises en charge

L'intégration d'une information systématique sur la Lp(a) dans les rendez-vous de prévention permettrait d'anticiper l'évolution des recommandations médicales et des pratiques de prise en charge.

Les **recommandations européennes** actualisées accordent une place croissante à la Lp(a) dans l'évaluation du risque cardiovasculaire. La **mise à jour 2025 des recommandations ESC/EAS⁶** sur les dyslipidémies prend notamment en compte les nouvelles données relatives à la Lp(a) comme modificateur du risque cardiovasculaire⁷.

Dans ce contexte, l'inscription d'une logique de sensibilisation dans les rendez-vous de prévention permettrait de préparer le système de santé à une meilleure reconnaissance de ce marqueur, sans préempter les décisions à venir en matière de remboursement.

⁵ Analyse du rapport coût-efficacité chez les patients atteints de maladie cardiovasculaire athérosclérotique pour la prévention secondaire : perspectives françaises :

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003426625001763>

⁶ ESC/EAS, recommandations sur les dyslipidémies, incluant le dosage de la Lp(a) au moins une fois dans la vie adulte.

⁷ 2025 Focused Update of the 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias :

<https://www.escardio.org/guidelines/clinical-practice-guidelines/all-esc-practice-guidelines/dyslipidaemias/>

Pistes d'action suggérées :

1. Soutien d'un amendement à l'article 1er pour réintroduire la sensibilisation automatique au dosage de la Lp(a) lors des rendez-vous aux âges clés de la vie

Afin de garantir une politique de prévention efficace, équitable et scientifiquement fondée, il pourrait être proposé de renforcer l'article 1er afin que les rendez-vous de prévention aux âges clés de la vie comportent une information systématique du patient sur l'existence et l'intérêt éventuel du dosage de la Lp(a).

Cette évolution permettrait de **substituer à la simple possibilité de proposer le dosage une obligation claire de sensibilisation par le professionnel de santé**, sans rendre le test obligatoire.

Elle permettrait également de concilier plusieurs objectifs⁸ :

- renforcer la prévention cardio-neuro-vasculaire en intégrant un facteur de risque génétique fréquent et sous-diagnostiqué ;
- préserver le libre choix du patient ;
- éviter une médecine à deux vitesses ;
- préparer les conditions d'une évaluation par la HAS ;
- anticiper l'évolution des recommandations européennes et des stratégies de prise en charge.

La rédaction issue de l'Assemblée nationale reconnaît l'intérêt de la Lp(a), mais elle reste trop facultative. Une approche plus équilibrée consisterait à **rendre systématique l'information du patient**, tout en laissant la réalisation du test à son libre choix et en renvoyant à une évaluation par la HAS les conditions de son éventuelle prise en charge.

2. Une saisine de la HAS par le ministère pour sécuriser le déploiement

Afin de sécuriser scientifiquement, médicalement et économiquement l'intégration du dosage de la Lp(a) dans les parcours de prévention, il serait pertinent que le ministère chargé de la Santé saisisse la Haute Autorité de santé.

Cette saisine pourrait porter sur :

- l'intérêt médical du dosage de la Lp(a) en prévention primaire et secondaire ;
- les populations prioritaires ;
- les modalités d'intégration du dosage dans les rendez-vous de prévention aux âges clés de la vie ;
- les conditions de réalisation du test ;
- les modalités éventuelles de prise en charge par l'Assurance maladie ;
- l'impact médico-économique d'une stratégie de dosage au moins une fois dans la vie.

Cette démarche permettrait d'éviter toute approche précipitée, tout en donnant un cadre d'évaluation clair à un sujet appelé à prendre une place croissante dans la prévention cardiovasculaire. Elle serait également cohérente avec le rôle de la HAS en matière d'évaluation des actes professionnels et avec la procédure d'inscription des actes sur la liste des actes et prestations.

⁸ European Atherosclerosis Society, consensus statement 2022 sur la Lp(a), facteur causal de maladie cardiovasculaire athéroscléreuse et de sténose aortique. Article ScienceDirect 2025 sur l'analyse du rapport coût-efficacité du dosage de la Lp(a).