

**NOTE DE
CADRAGE**

Risque cardiovasculaire global en prévention primaire et secondaire : évaluation et prise en charge en médecine de premier recours

Validée par le Collège le 24 mars 2021

Date de la saisine : 26 septembre 2020 **Demandeur** : Haute Autorité de santé

Service(s) : SBP/URBP

Personne(s) chargée(s) du projet : E. Nouyrigat, C. Revel-Delhom, L. Cheddani

1. Présentation et périmètre

1.1. Demande

La fiche mémo intitulée « Principales dyslipidémies : stratégies de prise en charge », qui en outre incluait un volet « Évaluation et prise en charge du risque cardiovasculaire », a été abrogée fin 2018 à la suite du non-respect des règles déontologiques en matière de déclaration de liens d'intérêts. Par la suite, la Haute Autorité de santé (HAS) s'est auto-saisie pour initier un travail sur cette thématique sous la forme d'une recommandation de bonne pratique sur le thème de la « Prise en charge, en médecine de premier recours, du risque cardiovasculaire global en prévention primaire et secondaire ».

1.2. Contexte

Estimation du risque cardiovasculaire

Le fardeau des maladies cardio-neurovasculaires

Les maladies cardiovasculaires, à l'origine de près de 150 000 décès par an, restent la deuxième cause de mortalité en France avec de fortes disparités sociales et territoriales, et constituent la première cause de décès chez les femmes et les personnes de plus de 65 ans (1). Elles touchent les hommes et les femmes de tout âge du fait de l'augmentation des comportements à risque comme une mauvaise alimentation, un manque d'activité physique, la sédentarité, le tabagisme ou l'abus d'alcool, ainsi que de l'exposition au stress.

Ces caractéristiques comportementales peuvent favoriser une hypertension artérielle, une hyperglycémie, une hyperlipidémie ou encore un excès de poids. Les inégalités sociales de santé peuvent également avoir des répercussions sur le risque cardiovasculaire (2).

Les maladies cardiovasculaires sont aussi l'une des principales causes de morbidité avec 4,1 millions de personnes traitées en 2018 (régime général de l'Assurance Maladie), et 7,2 millions de personnes sous « traitement médicamenteux du risque vasculaire » en prévention primaire (hypertension artérielle, dyslipidémie) en France en 2018 (régime général de l'Assurance Maladie) (3). La prévalence des patients atteints de diabète traité pharmacologiquement en 2019 était estimée à 5,2 % de la population, soit 3,5 millions de personnes¹. Quant aux patients atteints d'hypertension artérielle, leur nombre était estimé la même année à 10,2 millions de sujets traités (4). En 2015, la prévalence de l'obésité (IMC ≥ 30) était estimée à 17 % parmi les adultes de 18 à 74 ans ; chez les enfants de 6 à 17 ans, la prévalence du surpoids était estimée à 13 % et celle de l'obésité à 4 %². Enfin, 32% des français de 18-75 ans fumaient du tabac (25,4 % quotidiennement et 6,6% occasionnellement) en 2018 (5).

Le poids économique lié à la prise en charge des maladies de l'appareil circulatoire est considérable. Les maladies cardiovasculaires sont à l'origine de 10 % environ des séjours hospitaliers (3). Il est à noter que 21 % des séjours hospitaliers pour une maladie cardiovasculaire sont attribuables au tabagisme (6).

La prévention primaire pour le patient à risque cardiovasculaire est importante et essentiellement assurée par les médecins généralistes. Entre 2007 et 2008, 93 % des diabétiques étaient traités par des médecins généralistes et 20 % étaient suivis par un diabétologue) (7). Parmi les hypertendus, 92 % étaient suivis par leur médecin généraliste et 8 % par un cardiologue libéral, taux stables entre 2000 et 2006 (8). Pour les patients atteints de dyslipidémie en prévention primaire, la prescription d'un traitement hypolipémiant était établie par un médecin généraliste dans 88 % des cas et par un cardiologue dans 7 % des cas (9).

La prévention primaire pour le patient à risque cardiovasculaire est également conditionnée par l'impact des interventions sur le mode de vie (tabac, alcool, exercice physique, nutrition etc..), interventions pour lesquelles les médecins généralistes ont un rôle central. A ce propos, la HAS a déjà élaboré un guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé, ainsi que des recommandations pour aider à la lutte contre la consommation de tabac et d'alcool (cf. annexe 1).

La prise en charge et la prévention des maladies cardiovasculaires sont une priorité pour le médecin de premier recours, car elles sont une cause importante de morbidité et de mortalité précoce. Cette mortalité prématurée est en partie évitable avec la mise en place de programmes et de politiques de santé publique adaptés (prévention, prise en charge) qui doivent s'appuyer sur des recommandations.

Utilisation d'un outil de calcul de risque cardiovasculaire

L'estimation du risque cardiovasculaire (RCV) consiste à recenser l'ensemble des facteurs de risque cardiovasculaire et à déduire ainsi la probabilité de survenue d'une complication cardiovasculaire.

Pour cette évaluation du risque cardiovasculaire, la notion de risque cardiovasculaire global individuel a été développée afin d'intégrer les principaux facteurs de risque qui concernent un individu, de façon à en déduire une résultante qui établit un niveau de risque qui lui est personnel.

¹ Santé publique France. Prévalence et incidence du diabète. Saint-Maurice: SPF; 2019. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete/articles/prevalence-et-incidence-du-diabete>

² Santé publique France. Etude ESTEBAN 2014-2016 – Chapitre corpulence : stabilisation du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et l'adulte. Chapitre Corpulence. Saint-Maurice: SPF; 2019. <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2017/etude-esteban-2014-2016-chapitre-corpulence-stabilisation-du-surpoids-et-de-l-obesite-chez-l-enfant-et-l-adulte>

Cette évaluation globale tient compte, de l'effet potentialisateur de certains d'entre eux. Le risque global individuel ainsi établi aide à préciser la stratégie thérapeutique. Cette approche a nécessité l'élaboration de tables reprenant un certain nombre d'éléments de risque et les intégrant pour en déduire un niveau de risque global.

Les premières tables étaient dérivées de l'étude de Framingham (commencée en 1960, portant sur des populations américaines). D'autres outils ont été développés par la suite et actuellement il existe plusieurs échelles de score validées pour apprécier le niveau de RCV global tels que les algorithmes PROCAM (Allemagne), PROCAM/GSLA (Suisse), l'association de l'algorithme clinique de BOLAND et des tables de risque SCORE (Belgique), ASSIGN (Ecosse), QRISK (Grande-Bretagne) et Framingham, Reynolds ou l'ASCVD-*Risk-Estimator* (Etats-Unis).

Ces scores varient dans le nombre de facteurs de risque cardiovasculaire pris en compte, la méthode d'évaluation du risque, le type de population dont ils sont dérivés, la définition du risque et les niveaux de risque.

Des tables adaptées aux populations européennes (12 populations, suivies depuis une quinzaine d'années) ont été développées depuis 2003. Ce sont les tables SCORE (*Systematic Coronary Risk Evaluation*) qui ne s'appliquent qu'en prévention primaire. Cet outil estime le risque d'événement cardiovasculaire fatal à dix ans, en fonction du sexe, de l'âge (de 40 à 70 ans), de la pression artérielle systolique, du cholestérol total, du statut tabagique et de la concentration en HDL-cholestérol (HDL-cholestérol, lipoprotéines de haute densité). Cependant, les personnes avec une maladie cardiovasculaire symptomatique ou un diabète sont d'emblée considérées comme à haut risque et ne nécessitent pas de calcul du SCORE pour décider de la prise en charge. Il en va de même des patients souffrant d'HTA sévère (> 180/110 mmHg), d'hypercholestérolémie familiale hétérozygote (LDL-C > 240 mg/dl) et d'insuffisance rénale chronique (DFG < 30 mL/min).

Le défaut de ces tables réside dans l'impossibilité d'y inclure tous les facteurs de risque éventuellement pertinents, tels que les antécédents familiaux de maladie cardiovasculaire, le type d'obésité, pouvant expliquer la sur- ou la sous-estimation du risque dans certains cas. Par ailleurs, ces tables ne s'appliquent qu'en prévention primaire.

Enfin, dans certaines conditions, les scores peuvent être très imprécis, la valeur prédictive est considérablement moins fiable chez les sujets jeunes et pour des niveaux de risque faible.

Ces tables peuvent être considérées comme un guide destiné à aider le médecin à planifier sa stratégie préventive et à gérer le risque total au lieu des facteurs de risque individuels. Ces scores doivent être interprétés, dans une approche individualisée, en tenant compte des facteurs de risque sous-jacents, du mode de vie, des antécédents familiaux, du statut socio-économique et des facteurs de risque psychosociaux.

Elles peuvent être également utiles comme support pédagogique dans le cadre d'une démarche de décision partagée avec le patient afin d'explicitier et d'illustrer la notion de risque cardiovasculaire pour favoriser l'implication du patient dans sa prise en charge. Cependant, leur utilisation peut ne pas être adaptée à tous les profils de patients et dans certains cas être source d'anxiété ou de démotivation.

Ces outils ont donc des avantages mais aussi des limites et l'évaluation de leur place dans la prise en charge du risque cardiovasculaire sera un des objectifs de ces recommandations.

Des facteurs de risque cardiovasculaire multiples et une approche centrée sur le patient

La pratique de médecine générale est centrée sur le patient, avec souvent plusieurs pathologies et facteurs de risque à considérer dans le même temps. Les facteurs de risque cardiovasculaire sont multiples, intriqués, en interaction, ce qui rend l'approche globale nécessaire et plus efficiente.

Il convient d'évaluer en amont les populations de patients considérées d'emblée comme étant à haut voire très haut risque cardiovasculaire en raison de leurs comorbidités cardiovasculaires, métaboliques et/ou néphrologiques qui seront à ce titre référés et/ou suivis également dans ces spécialités. Ces populations font l'objet d'une prise en charge multidisciplinaire collaborative entre médecine générale et de spécialité. C'est notamment le cas des patients présentant une maladie cardiovasculaire établie, une maladie rénale chronique stade ≥ 3 et/ou albuminurie, un diabète compliqué et/ou d'ancienneté ≥ 10 ans et/ou associé à d'autre(s) facteur(s) de risque cardiovasculaire(s) majeur(s), une hypercholestérolémie familiale, une hypertension artérielle sévère ou une hyperlipidémie avec cholestérol total $> 3,1$ g/L (8 mmol/L) (10).

En dehors de ces populations spécifiques de patients à haut risque, il apparaît pertinent du fait de la très grande fréquence des patients en prévention cardiovasculaire primaire en médecine générale d'établir une recommandation d'évaluation du risque cardiovasculaire absolu, risque directement modifiable par les interventions sur le mode de vie et/ou par les traitements pharmacologiques. Celle-ci doit intégrer chacun des différents facteurs de risques traditionnels (âge, hypertension artérielle, diabète, dyslipidémie, tabagisme, mode de vie, etc.) dans une approche centrée sur le patient (11). L'objectif est d'améliorer la prise en charge des déterminants du risque cardiovasculaire qui demeure à l'heure actuelle encore insuffisante -si 1/3 de la population française adulte est hypertendue, seulement un quart des patients hypertendus sont bien contrôlés et à l'objectif tensionnel en France (12, 13)-, tout en limitant le risque de surdiagnostic et/ou de surtraitement (14, 15). D'autres facteurs sont à prendre en compte pour l'évaluation du risque cardiovasculaire, tels que l'existence d'un antécédent familial de maladie cardiovasculaire précoce (10), le diabète gestationnel (16), ainsi que l'augmentation du risque cardiovasculaire associée à d'autres maladies chroniques (maladies immuno-inflammatoires, troubles psychiatriques).

À cet égard, l'évaluation du poids de chacun des facteurs de risque modifiables sur le risque cardiovasculaire absolu et de l'influence de chacune des interventions apparaît appropriée afin d'optimiser la prise en charge du patient, limiter les échecs tout en favorisant son adhésion et priorisant les différentes modalités envisagées.

Les contributions relatives des différents facteurs de risque cardiovasculaires sur le risque de maladie cardiovasculaire (la fraction de risque attribuable) peuvent varier dans la littérature selon les populations étudiées, ce qui renforce davantage l'intérêt d'une approche centrée sur le patient. L'hypertension artérielle constituait l'un des plus constants facteurs contributifs du risque d'événement cardiovasculaire au sein des différentes publications. La fraction de risque cardiovasculaire attribuable à ce facteur variait néanmoins en fonction des différents groupes évalués, notamment en fonction du sexe ou encore de l'âge des patients (17-22).

Analyse des données et décision médicale partagée

Cette thématique requiert une analyse des données particulièrement rigoureuse s'appuyant au maximum sur des données du meilleur niveau de preuve possible, dont l'interprétation est explicite, ainsi que sur l'assurance d'une décision médicale partagée afin de permettre une mise en œuvre effective

des recommandations autant de la part des professionnels de santé que de la part des patients concernés.

Il est nécessaire de synthétiser les données disponibles selon leur pertinence et leur niveau de preuve sur lesquels pourront s'appuyer les outils de communication pour une décision médicale partagée.

L'intérêt de connaître le poids de chaque facteur de risque sur le risque cardiovasculaire individuel et de l'exposer au patient est pertinent pour motiver le patient, mais peu de données nous permettent actuellement de le faire.

Les recommandations québécoises de l'INESSS et les recommandations belges du KCE sont des exemples de recommandations intégrant des outils pour une décision partagée avec le patient^{3,4}.

→ **Système GRADE**

Le système GRADE est une méthode issue de l'approche EBM (*Evidence-based medicine*) qui permet d'évaluer la qualité de la preuve dans les revues systématiques et au cours de l'élaboration de recommandations afin de déterminer leur force. Il est utilisé par de nombreuses organisations et sociétés savantes, dont l'Organisation mondiale de la Santé, la Cochrane, le BMJ, le NICE, etc., et fait l'objet de nombreuses publications et recherches de qualité pour l'améliorer constamment (cf. publications *Journal of Clinical Epidemiology*)⁵.

Les caractéristiques de GRADE sont les suivantes :

- il permet d'évaluer la qualité des données probantes de façon systématique afin de mesurer le niveau de confiance à leur accorder en vue de produire une recommandation ;
- il prend en compte l'opinion des professionnels de santé vis-à-vis de la balance bénéfique/risque d'une intervention thérapeutique, qu'elle soit curative ou préventive, pour déterminer la force d'une recommandation ;
- il incorpore les préférences du patient dans la genèse des recommandations, en cohérence avec une approche centrée sur le patient.

Le système GRADE s'applique particulièrement bien aux revues et recommandations qui examinent différentes stratégies de prise en charge incluant le soin courant. Il est adapté aux données issues d'essais randomisés et de méta-analyses et par conséquent est adapté à la thématique du risque cardiovasculaire, en particulier sur les interventions en rapport avec le diabète, les dyslipidémies, le tabagisme, etc. (essais de cardiologie, diabétologie, etc.).

1.3. Enjeux

Les enjeux sont de réduire la morbi-mortalité cardiovasculaire dans la population française par :

- un meilleur repérage et une meilleure prise en charge des personnes présentant un risque cardiovasculaire, y compris chez les patients à faible risque, en leur proposant une stratégie non médicamenteuse visant à les accompagner dans les modifications de leur mode de vie ;

³ Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. Prévention des maladies cardiovasculaires. Outil d'aide à la décision. Québec: INESSS; 2017. <http://calculatricercv.inesss.qc.ca/>

⁴ Centre fédéral d'Expertise des Soins de santé. Le rôle des statines dans la prévention primaire des incidents cardiovasculaires - Outil interactif. Bruxelles: KCE; 2019. <https://www.statines.kce.be/fr/>

⁵ *The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) Working Group*. <http://www.gradeworking-group.org/>

- une stratégie médicamenteuse -lorsqu'elle est nécessaire- adaptée à l'objectif thérapeutique selon le niveau de risque cardiovasculaire, que ce soit en prévention primaire ou en prévention secondaire ;
- l'implication et l'adhésion du patient aux stratégies thérapeutiques proposées, favorisées par une décision médicale partagée grâce une synthèse des données du meilleur niveau de preuve possible et des outils de communication adaptés.

1.4. Cibles

Patients ou usagers concernés par le thème

Patients ou usagers (adultes, adolescents, enfants) avec ou sans facteurs de risque cardiovasculaire, avec ou sans antécédents de maladie cardiovasculaire.

Professionnels concernés par le thème

Médecins généralistes, cardiologues, hypertensiologues, endocrinologues-diabétologues, néphrologues, médecins neurovasculaires, médecins nutritionnistes, tabacologues, alcoologues, pédiatres, pédiatres endocrinologues, gériatres, médecins internistes, gynécologues, chirurgiens-dentistes, médecins du travail, pharmaciens, diététiciens, infirmiers, infirmiers en pratique avancée, masseurs-kinésithérapeutes, psychologues, ergothérapeutes, enseignants en activité physique adaptée (APA), travailleurs sociaux.

1.5. Objectifs

Les objectifs de ces recommandations sont :

- ➔ d'évaluer la pertinence de l'utilisation d'un outil d'évaluation du risque cardiovasculaire en prévention primaire, et le cas échéant, adopter un outil suffisamment compatible avec la population française pour la détection du risque cardiovasculaire ;
- ➔ de définir une stratégie de prise en charge non-médicamenteuse associée ou non à un traitement médicamenteux, en prévention primaire et secondaire, d'un patient à risque cardiovasculaire en médecine de premier recours ;
- ➔ de proposer une stratégie centrée sur le patient, en se basant sur une décision médicale partagée.

1.6. Délimitation du thème / questions à traiter

Les questions qui vont être abordées sont les suivantes :

- 1. Chez qui et quand évaluer le risque cardiovasculaire ?**
 - A partir de quel âge (en fonction de quel(s) facteur(s) de risque et/ou chez quelle population) ? Avec quelle périodicité ?
- 2. Comment évaluer le risque cardiovasculaire : bilan clinique, paraclinique, score ?**
 - Concept de prévention primaire et secondaire, qui évalue principalement les signes cliniques et les données paracliniques (p. ex. bilan lipidique, score calcique, etc.) ;
 - Concept de continuum de risque CV, plus complexe basé sur un calculateur de risque ;

- Autres marqueurs cardio-vasculaires à prendre en considération (marqueurs socioéconomiques) ;
 - Maladies cardiovasculaires établies ou à haut risque cardiovasculaire (MRC, etc.) et causes secondaires (maladies et médicaments) affectant le RCV.
- 3. Comment informer le patient de son RCV ?**
- Discussion efficace avec le patient tout au long du processus d'évaluation du risque CV à l'aide d'outils adéquats et facilement accessibles.
- 4. Comment prendre en charge le RCV en soins de premier recours en favorisant une décision médicale partagée avec le patient ?**
- ➔ Stratégies thérapeutiques adaptées à l'objectif thérapeutique selon le niveau de risque cardiovasculaire :
- **Approche centrée sur le patient :**
 - Modalités d'information du patient et de la décision médicale partagée concernant la réduction du risque.
 - **Prise en charge thérapeutique non-médicamenteuse des facteurs de risque : prise en charge globale :**
 - Modifications du mode de vie, activité physique, alimentation, gestion du poids, consommation d'alcool et de tabac, facteurs psychosociaux ;
 - Impact sur le RCV par rapport à la PEC thérapeutique médicamenteuse.
 - **Prise en charge médicamenteuse :**
 - Dyslipidémies : définition des objectifs thérapeutiques de LDL-C, place des statines et des autres hypolipémiants dans la PEC du risque cardiovasculaire ;
 - HTA, diabète, tabac : se référer aux recommandations HAS (cf. annexe 1) ;
 - Place des anti-agrégants plaquettaires en prévention primaire et secondaire.
 - **Éducation du patient :**
 - Entretien motivationnel ;
 - Mettre en place une stratégie d'accompagnement concertée avec le patient : décider de la meilleure option en tenant compte de ses valeurs, ses préférences et son mode de vie ;
 - Adapter la stratégie en fonction du risque du patient (en prévention primaire, en prévention secondaire, chez la personne âgée, en cas de comorbidités, en cas de pronostic réservé, en cas de contexte social défavorisé...) ;
 - Approche pluriprofessionnelle : en équipe de soins de premier recours, en relation ville-hôpital et avec les services sociaux.
 - **Suivi**
 - Coordination pluriprofessionnelle, équipe de soins de premier recours et relation ville-hôpital ;
 - Evaluation de l'adhésion aux mesures non médicamenteuses, médicamenteuses, surveillance des effets indésirables ;
 - Réévaluation des stratégies de prise en charge en fonction de la volonté du patient, ou de l'évolution du niveau de risque, vieillissement et comorbidités.

2. Modalités de réalisation

- HAS
- Label
- Partenariat

2.1. Méthode de travail envisagée et actions en pratique pour la conduite du projet

La méthode proposée est la méthode *Recommandations pour la pratique clinique*, avec une relecture externe par des professionnels de terrain (groupe de lecture). En complément, il est également proposé d'y associer le système GRADE pour l'évaluation des données et la gradation de la force des recommandations. Lorsqu'il n'existe pas de données de probantes dans la littérature, les recommandations seront établies par le groupe de travail selon un accord d'experts.

Les organismes professionnels, associations de patients et d'usagers, et organismes institutionnels suivants ont émis leurs positions en vue de la réalisation de cette note de cadrage :

- Organismes professionnels, associations de patients et d'usagers :
 - Collège de la Médecine Générale (CMG) / Collège National des Enseignants Généralistes (CNGE)
 - Collège National Professionnel de Cardiologie (CNPC) / Société française de cardiologie (SFC) / Société française d'hypertension artérielle (SFHTA)
 - Conseil National Professionnel d'Endocrinologie, Diabétologie et Maladies Métaboliques (CNPEDMM) / Société francophone du diabète (SFD)
 - Fédération Française de Nutrition (FFN)
 - Société Francophone de Tabacologie (SFT)
 - France Assos Santé / Fédération Française des Diabétiques / Alliance du cœur
- Organismes institutionnels :
 - Santé publique France
 - DGS
 - CNAM

Outre les organismes professionnels et associatifs cités ci-dessus, les organismes suivants seront sollicités pour proposer des experts conviés à titre individuel dans les groupes de travail et/ou de lecture :

- Société Française Médecine Vasculaire (SFMV)
- Nouvelle Société Francophone d'Athérosclérose (NSFA)
- Société Française de Pédiatrie (SFP)
- Société Française d'Endocrinologie et Diabétologie Pédiatrique (SFEDP)
- Société française de gériatrie et de gérontologie - Collège National Professionnel de Gériatrie (SFGG-CNPG)
- Société Nationale Française de Médecine Interne (SNFMI)
- Société Française de Cardiologie (SFC) / Groupe Exercice Réadaptation Sport – Prévention (GERS-P)

- Société française de médecine de l'exercice et du sport (SFMES)
- Société française des professionnels de l'activité physique adaptée (SFP-APA)
- Fédération Française de Cardiologie / Commission "Cœur de Femmes"
- Collège de la Pharmacie d'Officine et de la Pharmacie Hospitalière (CPOPH)
- Société française de pharmacologie et de thérapeutique (SFPT)
- Association Française des Diététiciens Nutritionnistes (AFDN)
- Société française d'alcoologie (SFA)
- Collège Infirmier Français (CIF)
- Conseil National Professionnel des Infirmiers en pratique avancée (CNPIPA)
- Collège de la Masso-Kinésithérapie (CMK)
- France AVC

2.2. Composition qualitative des groupes

Groupe de travail

Président : médecin généraliste

Vice-présidents : un cardiologue et un endocrinologue-diabétologue

Membres :

- 3 médecins généralistes
- 2 cardiologues
- 1 hypertensiologue
- 1 endocrinologue-diabétologue
- 1 médecin neurovasculaire
- 1 pédiatre endocrinologue
- 1 médecin nutritionniste
- 1 médecin du sport
- 1 médecin tabacologue
- 1 gériatre
- 1 pharmacien (d'officine)
- 2 représentants de patients et usagers

Groupe de lecture

Le groupe de lecture reprendra la composition du groupe de travail avec un nombre plus élevé de représentants (environ 2 à 3 fois plus) par spécialité ou par profession en respectant une représentation de l'ensemble du territoire national. Il intégrera également des spécialités ou professions non représentées dans le groupe de travail.

Pendant la phase de lecture, les documents seront adressés pour avis :

- aux organismes institutionnels suivants :
 - DGS
 - DGOS
 - ANSM

- SPF
- CNAM
- en interne (HAS) :
 - SEESP
 - SEM
 - SEU
 - SBP/UPPC

2.3. Productions prévues

- Argumentaire scientifique.
- Texte des recommandations.
- Synthèses de recommandations.
- Guides pratiques pour le médecin de 1er recours, support pour la décision partagée.
- Document d'information patient, support pour la décision partagée.

3. Calendrier prévisionnel des productions

- Validation de la note de cadrage par le Collège de la HAS : mars 2021
- Passage en commission de la RBP : décembre 2021
- Validation du collège de la RBP : janvier 2022

Annexe 1. Données disponibles (recherche préliminaire)

Données nationales

- Actualisation des repères du PNNS - Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité. Avis de l'Anses - Rapport d'expertise collective (ANSES, 2016).
- Méthodes d'évaluation du risque cardio-vasculaire global. Recommandation en santé publique (HAS, mise à jour 2013).
- Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte. Recommandation de bonne pratique (HAS, 2016).
- Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Recommandation de bonne pratique (HAS, 2014).
- Guide parcours de soins maladie rénale chronique de l'adulte. Guide Maladie chronique (HAS, 2012)
- Stratégie thérapeutique du diabète du type 2 : Fiche mémo et Parcours de soins intégrés - Note de cadrage (HAS, 2020)
- Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours. Recommandation de bonne pratique (HAS, 2012)
- Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte. Recommandation de bonne pratique (HAS, 2014).
- Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes. Organisation des parcours (HAS, mise à jour 2019)

Données internationales

Recommandations et rapports internationaux

- European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR) (2016)
- ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: Lipid modification to reduce cardiovascular risk (2019).
- ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD: The Task Force for diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD) (2019)
- Exercise training for patients with type 2 diabetes and cardiovascular disease: What to pursue and how to do it. A Position Paper of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC) (2019)
- ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease (2019)
- Dietary Cholesterol and Cardiovascular Risk: A Science Advisory From the American Heart Association (2019)
- Use of Risk Assessment Tools to Guide Decision-Making in the Primary Prevention of Atherosclerotic (2019)

- Promoting Risk Identification and Reduction of Cardiovascular Disease in Women Through Collaboration With Obstetricians and Gynecologists: A Presidential Advisory From the American Heart Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists (2018)
- Routine Assessment and Promotion of Physical Activity in Healthcare Settings: A Scientific Statement From the American Heart Association (2018)
- Social Determinants of Risk and Outcomes for Cardiovascular Disease. A Scientific Statement From the American Heart Association (2015)
- Meditation and Cardiovascular Risk Reduction. A Scientific Statement From the American Heart Association (2017)
- Statines, hypolipémiants et diminution du risque cardiovasculaire. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) (2017).
- Canadian Cardiovascular Harmonized National Guidelines Endeavour (C-CHANGE) guideline for the prevention and management of cardiovascular disease in primary care (2018 update) **(premier recours)**
- Statins for the primary prevention of cardiovascular events. Centre fédéral d'expertise des soins de santé : KCE (2019).
- Prevention and management of cardiovascular disease risk in primary care. Clinical Practice Guideline. TOP (2015) **(premier recours)**
- Lignes directrices simplifiées sur les lipides. Prévention et prise en charge des maladies cardiovasculaires en soins primaires. Le Collège des Médecins de Famille du Canada (2015) **(premier recours)**
- Cardiovascular disease: risk assessment and reduction, including lipid modification. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2014)
- Cardiovascular Disease Risk Assessment and Management for Primary Care. New Zealand Guidelines Group (2018) **(premier recours)**
- Risk estimation and the prevention of cardiovascular disease. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (2017)
- Risk Assessment for Cardiovascular Disease With Nontraditional Risk Factors: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement (2018)
- Behavioral Counseling to Promote a Healthful Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults Without Cardiovascular Risk Factors. US Preventive Services Task Force Recommendation Statement (2017)
- Statin Use for the Primary Prevention of Cardiovascular Disease in Adults: Preventive Medication. US Preventive Services Task Force Recommendation Statement (2016)
- Position Paper of the Italian Society for Cardiovascular Prevention (SIPREC) for an Updated Clinical Management of Hypercholesterolemia and Cardiovascular Risk: Executive Document (2017)

Revue de la littérature

- Reduction in saturated fat intake for cardiovascular disease. Cochrane Library (2020)
- Polyunsaturated fatty acids for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease. Cochrane Library (2018)
- Risk scoring for the primary prevention of cardiovascular disease. Cochrane Library (2017)

- Systematic versus opportunistic risk assessment for the primary prevention of cardiovascular disease. Cochrane Library (2016)
- Non-invasive markers of subclinical atherosclerosis for predicting a primary cardiovascular event: a rapid systematic review. Centre fédéral d'expertise des soins de santé : KCE (2015)

Références bibliographiques

1. Aouba A, Péquignot F, Laurent F, Bouvet M, Le Toullec A, Jouglu E. Mortalité par maladies de l'appareil circulatoire en 2005 et évolution depuis 1980. *ADSP* 2008;(63):25-34.
2. Cambois E, Jusot F. Ampleur, tendance et causes des inégalités sociales de santé et de mortalité en Europe : une revue des études comparatives. *Bull Epidemiol Hebd* 2007;(2-3):10-4.
3. Caisse nationale d'assurance maladie. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance Maladie pour 2021. Paris: CNAM; 2020.
https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/2020-07_rapport-propositions-pour-2021_assurance-maladie.pdf
4. Comité Français de Lutte contre l'HTA, Fondation de Recherche en HTA. Etude HTA FLAHS 2019. Auto dépistage de l'hypertension en France en 2019. Paris: Kantar Health; 2019.
http://www.comitehta.org/wp-content/uploads/2020/01/FLAHS2019_R%C3%A9sultats_s_Total.pdf
5. Andler R, Richard J-B, Guignard R, Quatremère G, Verrier F, Gane J, et al. Baisse de la prévalence du tabagisme quotidien parmi les adultes : résultats du Baromètre de Santé publique France 2018. *Bull Epidemiol Hebd* 2019;(15):271-7.
6. Bonaldi C, Pasquereau A, Hill C, Thomas D, Moutengou E, Nguyen-Thanh V. Les hospitalisations pour une pathologie cardiovasculaire attribuables au tabagisme en France métropolitaine en 2015. *Bull Epidémiol Hebd* 2020;(14):281-90.
7. Jaffiol C. Current management of type 2 diabetes in France. *Bull Acad Natl Med* 2009;193(7):1645-61.
[http://dx.doi.org/10.1016/s0001-4079\(19\)32451-3](http://dx.doi.org/10.1016/s0001-4079(19)32451-3)
8. Samson S, Ricordeau P, Pépin S, Tilly B, Weill A, Allemand H. Hypertension artérielle et facteurs de risque associés : évolutions des traitements entre 2000 et 2006. *Points de repère* 2007;(10):1-8.
9. Saba G, Weill A, Paita M, Ricordeau P, Bourrel R, Nouailher-Lagarde M, et al. Pratiques d'instauration des traitements médicamenteux hypolipémiants en France en 2002. Enquête nationale inter-régimes. Paris: CNAMTS; 2003.
https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/traitements_medicamenteux_hypolipemians.pdf
10. Mach F, Baigent C, Catapano AL, Koskinas KC, Casula M, Badimon L, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. *Eur Heart J* 2020;41(1):111-88.
<http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehz455>
11. Dibao-Dina C, Pouchain D, Partouche H, Letrilliart L, Boussegeon R. De la prise en charge centrée sur les facteurs de risque cardiovasculaire à la prise en charge centrée sur le patient "à risque cardiovasculaire". *Exercer* 2019;155:316-9.
12. Olié V, Blacher J, Vallée A. Prise en charge de l'HTA en France : où en est-on ? *Rev Prat* 2019;69(10):1072-75.
13. Rubin S, Boulestreau R, Couffinhall T, Combe C, Girerd X. La dégradation inquiétante du contrôle de l'hypertension artérielle en France : notre alerte à destination des néphrologues. *Nephrol Ther* 2020;16(6):347-52.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.nephro.2020.10.001>
14. Boussegeon R, Pouchain D, Letrilliart L, Dibao-Dina C, Huas C, Renard V. Position du Conseil scientifique du Collège national des généralistes enseignants sur la prise en charge des patients dyslipidémiques en prévention primaire. *Exercer* 2018;(140):75-81.
15. Haase CB, Gyuricza JV, Brodersen J. New hypertension guidance risks overdiagnosis and overtreatment. *BMJ* 2019;365:l1657.
<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.l1657>
16. Bellamy L, Casas JP, Hingorani AD, Williams D. Type 2 diabetes mellitus after gestational diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2009;373(9677):1773-9.
[http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(09\)60731-5](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(09)60731-5)
17. Emberson JR, Whincup PH, Morris RW, Walker M. Re-assessing the contribution of serum total cholesterol, blood pressure and cigarette smoking to the aetiology of coronary heart disease: impact of regression dilution bias. *Eur Heart J* 2003;24(19):1719-26.
[http://dx.doi.org/10.1016/s0195-668x\(03\)00471-8](http://dx.doi.org/10.1016/s0195-668x(03)00471-8)
18. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004;364(9438):937-52.
[http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(04\)17018-9](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(04)17018-9)
19. Hozawa A, Kuriyama S, Kakizaki M, Ohmori-Matsuda K, Ohkubo T, Tsuji I. Attributable risk fraction of prehypertension on cardiovascular disease mortality in the Japanese population: the Ohsaki Study. *Am J Hypertens* 2009;22(3):267-72.
<http://dx.doi.org/10.1038/ajh.2008.335>
20. O'Donnell MJ, Xavier D, Liu L, Zhang H, Chin SL, Rao-Melacini P, et al. Risk factors for ischaemic and

intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study. *The Lancet* 2010;376(9735):112-23.
[http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(10\)60834-3](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(10)60834-3)

21. Cheng S, Claggett B, Correia AW, Shah AM, Gupta DK, Skali H, et al. Temporal trends in the population attributable risk for cardiovascular disease: the Atherosclerosis Risk in Communities Study. *Circulation* 2014;130(10):820-8.

<http://dx.doi.org/10.1161/circulationaha.113.008506>

22. Willey JZ, Moon YP, Kahn E, Rodriguez CJ, Rundek T, Cheung K, et al. Population attributable risks of hypertension and diabetes for cardiovascular disease and stroke in the northern Manhattan study. *J Am Heart Assoc* 2014;3(5):e001106.
<http://dx.doi.org/10.1161/jaha.114.001106>