

Feuillets d'information de la santé

Niveaux de cholestérol chez les adultes, 2016-2019

Date de diffusion : le 28 juin 2021



Statistique
Canada

Statistics
Canada

Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca.

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

Courriel à STATCAN.infostats-infostats.STATCAN@canada.ca

Téléphone entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros suivants :

- | | |
|---|----------------|
| • Service de renseignements statistiques | 1-800-263-1136 |
| • Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants | 1-800-363-7629 |
| • Télécopieur | 1-514-283-9350 |

Programme des services de dépôt

- | | |
|-----------------------------|----------------|
| • Service de renseignements | 1-800-635-7943 |
| • Télécopieur | 1-800-565-7757 |

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site www.statcan.gc.ca sous « Contactez-nous » > « [Normes de service à la clientèle](#) ».

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population du Canada, les entreprises, les administrations et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques exactes et actuelles.

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par le ministre de l'Industrie 2021

Tous droits réservés. L'utilisation de la présente publication est assujettie aux modalités de l'[entente de licence ouverte](#) de Statistique Canada.

Une [version HTML](#) est aussi disponible.

This publication is also available in English.

Feuillets d'information de la santé

Statistique Canada – N° 82-625-X au catalogue

Niveaux de cholestérol chez les adultes, 2016-2019

L'Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS) recueille des données sur le cholestérol sanguin depuis 2007. Le cholestérol est une substance semblable au gras et est essentiel aux fonctions du corps humain. Le cholestérol est produit par le foie et provient également de l'alimentation. Il existe plusieurs sortes de cholestérol qui circulent dans le sang. Le cholestérol de lipoprotéines à haute densité (cholestérol HDL) est considéré le « bon » cholestérol puisqu'il enlève l'excès de cholestérol dans la circulation sanguine¹. Le cholestérol de lipoprotéines à faible densité (cholestérol LDL) et le cholestérol non-HDL, ou le « mauvais » cholestérol, peuvent causer la formation de plaques sur les parois des artères¹. Des niveaux élevés de cholestérol LDL et de cholestérol non-HDL, tout comme de faibles niveaux de cholestérol HDL augmentent le risque de maladie cardiovasculaire^{1,2}. Des taux de cholestérol nuisibles pour la santé peuvent être héréditaires et peuvent également être le résultat des habitudes de vie. Par exemple, une alimentation riche en gras trans et en gras saturés, l'obésité, le diabète, le manque d'activité physique ainsi que le tabagisme peuvent augmenter le risque d'avoir des taux élevés de cholestérol sanguin¹. Pour limiter autant que possible l'apport en gras trans dans l'alimentation, le Gouvernement du Canada a interdit l'utilisation d'huiles partiellement hydrogénées par l'industrie alimentaire³.

Les derniers résultats de l'ECMS démontrent que malgré qu'un taux élevé de cholestérol sanguin soit un facteur de risque de maladie cardiovasculaire bien connu et documenté, un pourcentage considérable de la population canadienne a des niveaux élevés de cholestérol LDL et non-HDL.

Niveaux moyens de cholestérol

Cholestérol LDL

Les résultats de l'ECMS menée de 2016-2019⁴ révèlent que chez les adultes de 18 à 79 ans, la concentration sanguine moyenne de cholestérol LDL était de 2,77 mmol/L. Les concentrations sanguines de cholestérol LDL considérées comme saines ou nuisibles pour une personne dépendent de son risque cardiovasculaire. Ce dernier est déterminé en tenant compte de facteurs de risque tels que l'âge, l'hypertension, le tabagisme, le diabète, etc. Des niveaux de cholestérol LDL supérieurs à 3,5 mmol/L sont considérés élevés pour certaines personnes à faible risque cardiovasculaire ainsi que pour la plupart des personnes à risque modéré et peuvent donc nécessiter des changements aux habitudes de vie et/ou un traitement pharmacologique⁵ (voir la rubrique *Au sujet du cholestérol*). La concentration

moyenne de cholestérol LDL pour le groupe des 18 à 39 ans (2,51 mmol/L) était significativement moindre que celle des 40 à 59 ans (3,02 mmol/L) et des 60 à 79 ans (2,80 mmol/L) (graphique 1). Ces derniers résultats sont similaires aux données présentées dans le Feuillelet d'information utilisant les données du cycle 3 (2012-2013).

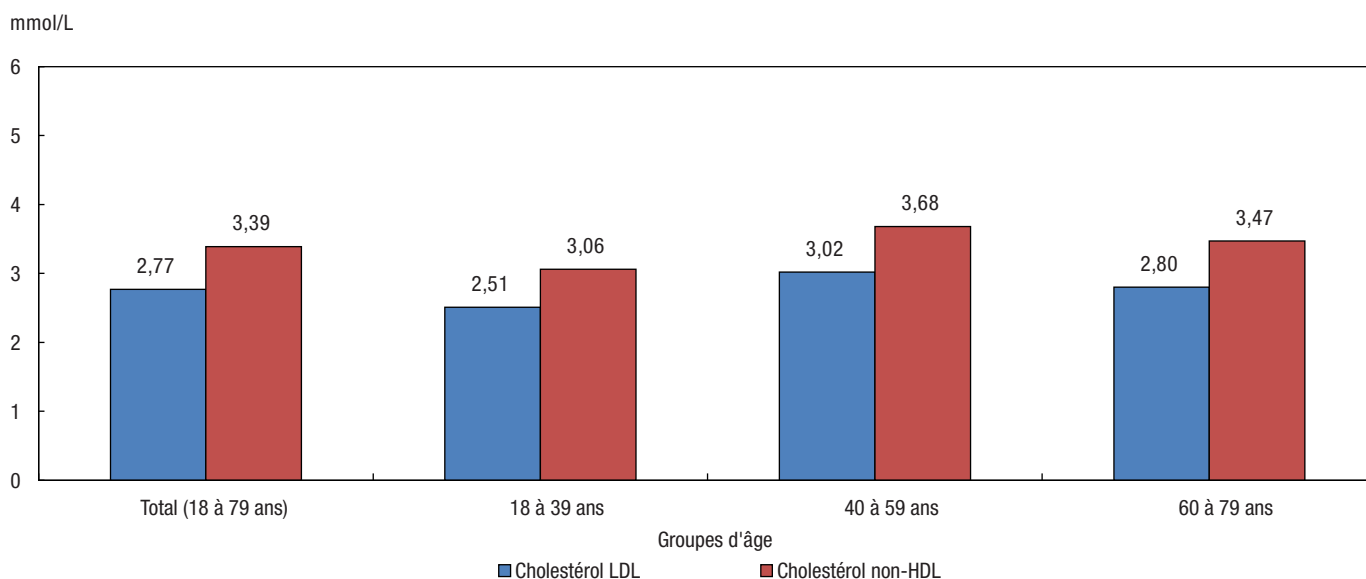
Cholestérol HDL

Les niveaux de cholestérol HDL sont considérés idéaux lorsque supérieurs à 1,3 mmol/L pour les femmes et supérieurs à 1,0 mmol/L pour les hommes¹. Les résultats de l'ECMS de 2016-2019⁴ démontrent que les femmes de 18 à 79 avaient une concentration sanguine moyenne de cholestérol HDL de 1,59 mmol/L et de 1,27 mmol/L pour les hommes (données non présentées). Cette dernière était similaire parmi les différents groupes d'âges.

Cholestérol non-HDL

D'après les directives de la Société canadienne de cardiologie émises en 2021, le cholestérol non-HDL devrait être considéré comme mesure sanguine alternative afin d'évaluer les individus ayant besoin d'un traitement pour un taux de cholestérol nuisible pour la santé⁵. Le cholestérol non-HDL est dérivé de la soustraction du cholestérol HDL au cholestérol total. Le taux de cholestérol non-HDL est considéré comme sain pour certains individus à faible risque cardiovasculaire ainsi que pour la plupart des personnes à risque modéré lorsqu'il est inférieur à 4,2 mmol/L. Une prise en charge par un changement des habitudes de vie et/ou un traitement pharmacologique est recommandée pour un taux de cholestérol non-HDL égal ou supérieur à 4,2 mmol/L⁵. Chez les adultes de 18 à 79 ans, la concentration moyenne du cholestérol non-HDL était de 3,39 mmol/L (graphique 1). Les adultes âgés de 18 à 39 ans avaient une concentration moyenne de cholestérol non-HDL (3,06 mmol/L) significativement plus basse comparativement aux adultes de 40 à 59 ans et de 60 à 79 ans (3,68 mmol/L et 3,47 mmol/L, respectivement).

Graphique 1 Concentrations sanguines moyennes du cholestérol LDL et du cholestérol non-HDL, chez les adultes âgés de 18 à 79 ans, selon le groupe d'âge, population à domicile, Canada, 2016-2019



Note : Le cholestérol non-HDL est dérivé de la soustraction de cholestérol HDL au cholestérol total.

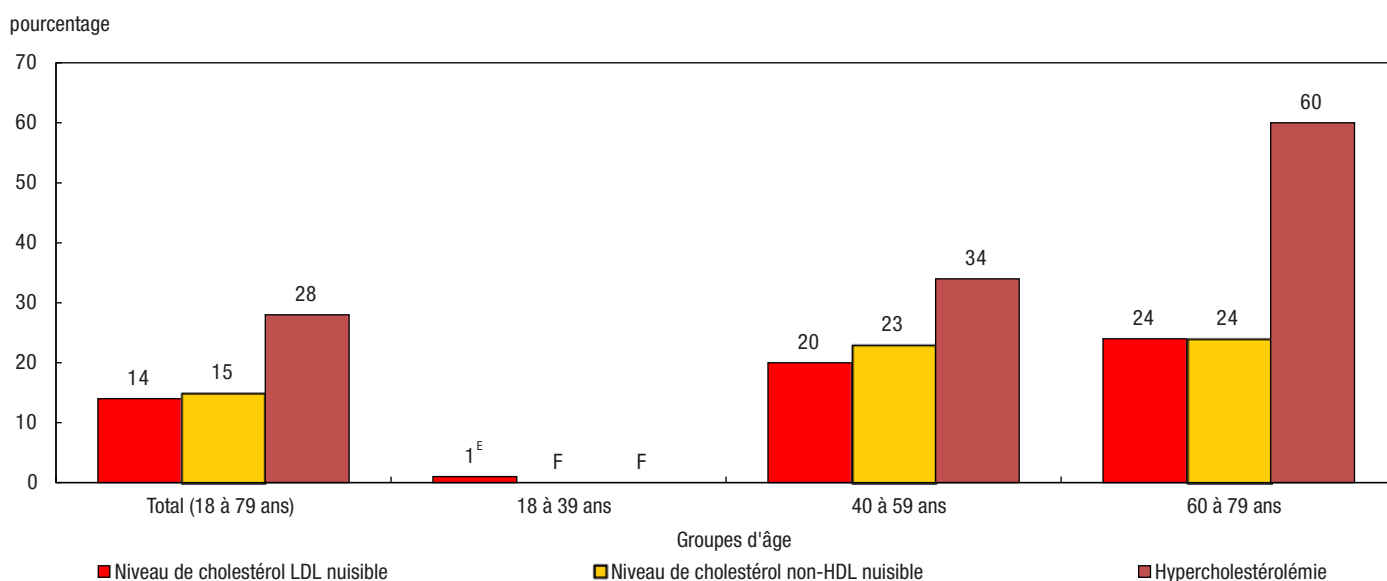
Source : Enquête canadienne sur les mesures de la santé, cycle 5 (2016 et 2017) et cycle 6 (2018 et 2019).

La proportion d'individus présentant des niveaux nuisibles de cholestérol LDL et de cholestérol non-HDL est plus faible chez les jeunes que chez les personnes plus âgées

Quatorze pourcent des Canadiens et Canadiennes âgés de 18 à 79 ans vivaient avec un taux nuisible de cholestérol LDL et 15 % vivaient avec un taux nuisible de cholestérol non-HDL (graphique 2). Parmi les différents groupes d'âges, moins de 1 % des individus âgés de 18 à 39 ans avaient un taux de cholestérol LDL nuisible, ce qui est significativement moindre que les 40 à 59 ans (20 %) et les 60 à 79 ans (24 %). La proportion des individus ayant des taux nuisibles de cholestérol non-HDL étaient similaires pour les 40 à 59 ans et les 60 à 79 ans (23 % et 24 %, respectivement) (graphique 2).

Moins de 1 % des femmes âgées de 18 à 39 ans avaient un taux nuisible de cholestérol LDL (données non présentées). Les hommes âgés de 40 à 59 ans avaient la prévalence la plus élevée (29 %) d'un niveau nuisible de cholestérol LDL pour la santé (données non présentées). Les tendances étaient similaires pour les taux de cholestérol non-HDL nuisibles pour la santé avec moins de 1 % chez les femmes de 18 à 39 ans et près du tiers des hommes âgés de 40 à 59 ans ayant des taux de cholestérol non-HDL nuisibles pour la santé (données non présentées).

Graphique 2 Pourcentage des adultes canadiens âgés de 18 à 79 ans ayant des niveaux de cholestérol nuisibles pour la santé ou faisant de l'hypercholestérolémie, selon le groupe d'âge, population à domicile, Canada, 2016-2019



^E à utiliser avec prudence

F trop peu fiables pour être publiées (données comportant un coefficient de variation (c.v.) supérieur à 33,3 %; supprimées en raison de la variabilité d'échantillonnage extrême)

Notes : Le cholestérol non-HDL est dérivé de la soustraction du cholestérol HDL au cholestérol total. L'hypercholestérolémie est définie comme ayant une concentration sanguine de cholestérol LDL nuisible pour la santé, et/ou une concentration sanguine de cholestérol non-HDL nuisible pour la santé et/ou une autodéclaration d'utilisation de médicaments prescrits pour réduire le taux de cholestérol sanguin.

Source : Enquête canadienne sur les mesures de la santé, cycle 5 (2016 et 2017) et cycle 6 (2018 et 2019).

Hypercholestérolémie

Dans le cadre de cette analyse, on entend par hypercholestérolémie une concentration sanguine de cholestérol LDL nuisible pour la santé et/ou une concentration sanguine de cholestérol non-HDL nuisible pour la santé et/ou une autodéclaration d'utilisation de médicaments prescrits réduisant le taux de cholestérol sanguin (voir la rubrique *Au sujet du cholestérol*).

L'hypercholestérolémie a été observée chez 28 % des Canadiens âgés de 18 à 79 ans. La prévalence de l'hypercholestérolémie augmentait avec l'âge. Elle était significativement plus élevée pour le groupe d'âge des 60 à 79 ans (60 %) comparativement au groupe d'âge des 40 à 59 ans (34 %) (graphique 2).

Au sujet de la différence entre les sexes, 34 % des hommes âgés de 18 à 79 ans souffraient d'hypercholestérolémie comparativement à 22 % des femmes (données non présentées).

Plus du quart des Canadiens ayant de l'hypercholestérolémie, n'étaient probablement pas au courant que leur taux de cholestérol n'était pas contrôlé

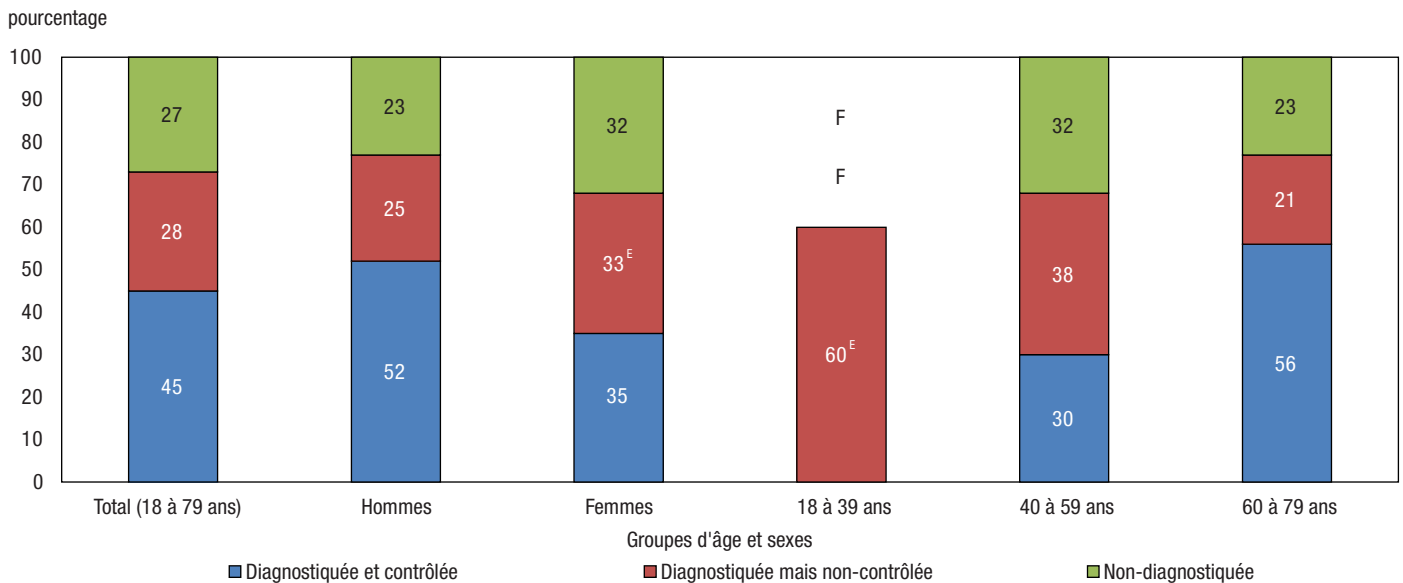
Parmi les Canadiens âgés de 18 à 79 ans atteints d'hypercholestérolémie, 74 % étaient diagnostiqués avec cette condition, dont 45 % d'entre eux avaient un taux de cholestérol contrôlé tandis que 28 % avaient un taux de cholestérol non-contrôlé (graphique 3).

Les adultes plus âgés (60 à 79 ans), ayant de l'hypercholestérolémie, étaient significativement plus susceptibles d'avoir reçu un diagnostic et d'avoir leur taux de cholestérol contrôlé (56 %) comparativement aux 40 à 59 ans (30 %) (graphique 3).

Plus de la moitié des hommes ayant de l'hypercholestérolémie étaient diagnostiqués et contrôlés (52 %), ce qui était significativement plus élevé que les chez femmes (35 %)

Les proportions de ceux qui étaient diagnostiqués, mais dont les taux de cholestérol n'étaient pas contrôlés ne différaient pas significativement entre les sexes (25 % pour les hommes et 33 % pour les femmes) (graphique 3).

Graphique 3 Pourcentage des adultes âgés de 18 à 79 ans faisant de l'hypercholestérolémie ayant été diagnostiquée, contrôlée ou non contrôlée, ou non-diagnostiquée, selon le groupe d'âge et le sexe, population à domicile, Canada, 2016-2019



^E à utiliser avec prudence

F trop peu fiables pour être publiées (données comportant un coefficient de variation (c.v.) supérieur à 33,3 %; supprimées en raison de la variabilité d'échantillonnage extrême)

Note : Un individu ayant autodéclaré qu'un professionnel de la santé lui a dit que son taux de cholestérol sanguin était élevé ou prenant des médicaments pour réduire le taux de cholestérol sanguin est considéré diagnostiqué.

Source : Enquête canadienne sur les mesures de la santé, cycle 5 (2016 et 2017) et cycle 6 (2018 et 2019).

Au sujet du cholestérol

Le cholestérol joue un rôle important dans la structure des cellules, en plus de contribuer à la production de vitamine D et de diverses hormones⁶. Le cholestérol est transporté dans le sang en s'attachant à des protéines. Les molécules formées par le cholestérol et ces protéines sont nommées des lipoprotéines. Le cholestérol de lipoprotéines à haute densité (cholestérol HDL) est considéré le « bon » cholestérol puisqu'il enlève l'excès de cholestérol et le transporte au foie¹. Les autres sortes de cholestérol sont appelées le cholestérol non-HDL. Le cholestérol de lipoprotéines à faible densité (cholestérol LDL) fait partie du cholestérol non-HDL et est généralement considéré le « mauvais » cholestérol car il peut causer la formation de plaques sur les parois artérielles et ainsi augmenter le risque de maladies cardiovasculaires¹. Le niveau de ces molécules dans le sang détermine si l'individu possède un taux sain ou nuisible de cholestérol sanguin. Des niveaux nuisibles de cholestérol peuvent avoir des répercussions négatives sur les vaisseaux sanguins et la santé cardiovasculaire². Les taux de cholestérol nuisibles peuvent être héréditaires, mais ils peuvent également être le résultat d'un mode de vie malsain.

Certaines personnes présentent un risque plus élevé de maladie cardiovasculaire et doivent donc surveiller de près leur taux de cholestérol. Ces individus incluent les hommes et les femmes de plus de 40 ans, les femmes post-ménopause, les personnes souffrant d'athérosclérose, de diabète, d'obésité, d'hypertension, d'un anévrisme abdominal de l'aorte, de stigmates de dyslipidémie, d'une maladie rénale chronique, de maladies inflammatoires, d'une infection par le VIH, de dysfonction érectile, de maladie pulmonaire obstructive chronique, ayant un historique de trouble hypertensif de la grossesse ainsi que les fumeurs ou les personnes ayant des antécédents familiaux de dyslipidémie ou de maladie cardiovasculaire prématurée⁵. Dans la plupart des cas, les niveaux de cholestérol peuvent être améliorés grâce aux médicaments et à une modification des habitudes de vie¹.

Dans le cadre de l'ECMS, les concentrations de cholestérol HDL et de cholestérol total ont été mesurées dans le sérum qui est un composant du sang, en millimoles par litre (mmol/L), chez un échantillon représentatif de la population canadienne. Le taux de cholestérol LDL dans le sang (en mmol/L) a été calculé avec l'équation de Friedewald⁷ pour un sous-échantillon sélectionné de répondants à jeun depuis au moins 10 heures au moment de la prise de sang.

Pour cette analyse, tous les médicaments autodéclarés déterminés comme étant un « agent régulateur du métabolisme lipidique » (selon le Système de classification anatomique, thérapeutique et chimique) à l'exception des « triglycérides omega-3 incluant d'autres esters et acides » ont servi à identifier les répondants traités à l'aide de médicaments réduisant les taux de cholestérol sanguin. De plus, un individu ayant déclaré qu'un professionnel de la santé lui ait dit que son niveau de cholestérol était élevé ou prenant des médicaments pour réduire son taux de cholestérol a été considéré comme diagnostiqué. Les individus considérés diagnostiqués, peuvent avoir leurs niveaux de cholestérol contrôlés par l'usage de médicaments ou par des changements à leurs habitudes de vie.

Les seuils de cholestérol LDL et de cholestérol non-HDL *nuisibles* pour la santé ont été déterminés par le calcul du score de risque de Framingham (SRF)⁸. Le SRF permet de calculer selon le sexe, une estimation du risque de maladie cardiovasculaire (MCV) sur 10 ans d'un individu⁸. L'âge du répondant, le cholestérol HDL, le cholestérol total, la tension artérielle systolique ainsi que le tabagisme ou le diabète ont été pris en considération pour déterminer le niveau de risque. Plus un individu rencontre ces facteurs de risque plus il obtient des points, ce qui se traduit en un risque (%) plus élevé de MCV sur 10 ans. Le niveau de risque (risque faible, modéré, très élevé) guidera les médecins dans la recommandation pour le traitement le plus approprié. Dans le but de cette analyse, les seuils pour des niveaux élevés de cholestérol sont $\geq 3,5$ mmol/L pour le cholestérol LDL et/ou $\geq 4,2$ mmol/L pour le cholestérol non-HDL pour les personnes ayant un SRF de 5 % ou plus. Pour les individus ayant obtenu un score inférieur à 5 %, les seuils appliqués sont $\geq 5,0$ mmol/L pour le cholestérol LDL et/ou $\geq 5,8$ mmol/L pour le cholestérol non-HDL⁵. Les variables de l'ECMS incluses dans cette analyse pour l'estimation du risque sont : âge, sexe, cholestérol HDL, cholestérol total, tension artérielle systolique (ainsi que l'autodéclaration d'usage de médicament pour traiter la haute tension artérielle), tabagisme (c.-à-d. l'usage de tabac occasionnel ou à tous les jours) et avoir autodéclaré être atteint du diabète.

Données

L'Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS) est une enquête qui se déroule en deux étapes. La première étape est une entrevue en personne au domicile du répondant. La deuxième étape est une visite au centre d'examen mobile de l'ECMS, où l'on prend des mesures physiques et prélève des échantillons de sang et d'urine.

La période de référence de 2016 à 2019 englobe les résultats combinés des cycles 5 (2016 et 2017) et 6 (2018 et 2019) de l'ECMS.

La population cible de l'ECMS est composée de personnes âgées de 3 à 79 ans vivant dans les 10 provinces. La population observée exclut les personnes vivant dans les trois territoires, les personnes vivant dans les réserves et autres peuplements autochtones des provinces, les membres à temps plein des Forces canadiennes, la population vivant en établissement et les habitants de certaines régions éloignées. En tout, ces exclusions représentent approximativement 3 % de la population cible.

Les fichiers comprenant la pondération de l'échantillon, des poids «bootstrap» et les instructions pour combiner les données du cycle 6 de l'ECMS avec les données correspondantes des cycles 1 à 5 (lorsque possible) sont disponibles.

D'autres données de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé reliées à ce feuillet d'information sont disponibles dans le tableau 13-10-0326-01.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé, veuillez communiquer avec le Service de renseignements statistiques de Statistique Canada au 514-283-8300 ou composez sans frais le 1-800-263-1136 (STATCAN.infostats-infostats.STATCAN@canada.ca).

Notes

1. INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE L'UNIVERSITÉ D'OTTAWA. [Clinique des lipides](#). Ottawa: Institut de cardiologie de l'université d'Ottawa. <https://www.ottawaheart.ca/fr/maladie-du-c%C5%93ur/lhypercholest%C3%A9rol%C3%A9mie-et-hypertriglyc%C3%A9rid%C3%A9mie> (site consulté: février 2021).
2. ABDULLAH, Shuaib M. et coll. 2018. « Long-term Association of Low-Density Lipoprotein Cholesterol with Cardiovascular Mortality in Individuals at Low 10-Year Risk of Atherosclerotic Cardiovascular Disease », *Circulation* 2018, Vol. 138, p. 2315 à 2325.
3. GOUVERNEMENT DU CANADA. [Interdire le recours aux huiles partiellement hydrogénées \(HPH\) dans les aliments](#). <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/programmes/interdiction-huiles-partiellement-hydrogenees-aliments/document-consultation.html> (site consulté : mars 2021).
4. Les données du cycle 5 (2016 et 2017) et du cycle 6 (2018 et 2019) de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé ont été combinées pour cette publication.
5. PEARSON, Glen J. et coll. 2021. « [2021 Canadian Cardiovascular Society Guidelines for the Management of Dyslipidemia for the Prevention of Cardiovascular Disease in the Adult](#) », *Journal canadien de cardiologie*, <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2021.03.016>.
6. KAPOURCHALI, Fatemeh R., Gangadaran SURENDIRAN, Amy GOULET et Mohammed H. Moghadasian. 2016. « The Role of Dietary Cholesterol in Lipoprotein Metabolism and Related Metabolic Abnormalities : A Mini-review », *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, Vol. 56, p. 2408 à 2415.
7. FRIEDEWALD, W., Robert I. LEVY, et Donald S. FREDRICKSON. 1972. « Estimation of the concentration of low-density lipoprotein cholesterol in plasma, without use of the preparative ultracentrifuge », *Clinical Chemistry*, Vol. 18, p. 499 à 502.
8. SOCIÉTÉ CANADIENNE DE CARDIOLOGIE. [Feuille de travail des scores de risque Framingham](#). https://ccs.ca/app/uploads/2020/12/FRS_fr_2017_fnl1.pdf