

Feuillets d'information de la santé

**Niveaux de cholestérol chez les adultes,
2012 à 2013**



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.

Signes conventionnels dans les tableaux

Les signes conventionnels suivants sont employés dans les publications de Statistique Canada :

- . indisponible pour toute période de référence
- .. indisponible pour une période de référence précise
- ... n'ayant pas lieu de figurer
- 0 zéro absolu ou valeur arrondie à zéro
- 0^s valeur arrondie à 0 (zéro) là où il y a une distinction importante entre le zéro absolu et la valeur arrondie
- ^p provisoire
- ^r révisé
- x confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*
- ^E à utiliser avec prudence
- F trop peu fiable pour être publié
- * valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2014

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.



Niveaux de cholestérol chez les adultes, 2012 à 2013

Le cholestérol est un élément essentiel pour le corps humain. La majeure partie du cholestérol est produite dans le foie; le reste provient de l'alimentation. Un taux de cholestérol mauvais pour la santé, qu'on appelle dyslipidémie, peut avoir des effets néfastes sur les vaisseaux sanguins et la santé cardiovasculaire et constitue un facteur de risque important de maladie cardiovasculaire¹.

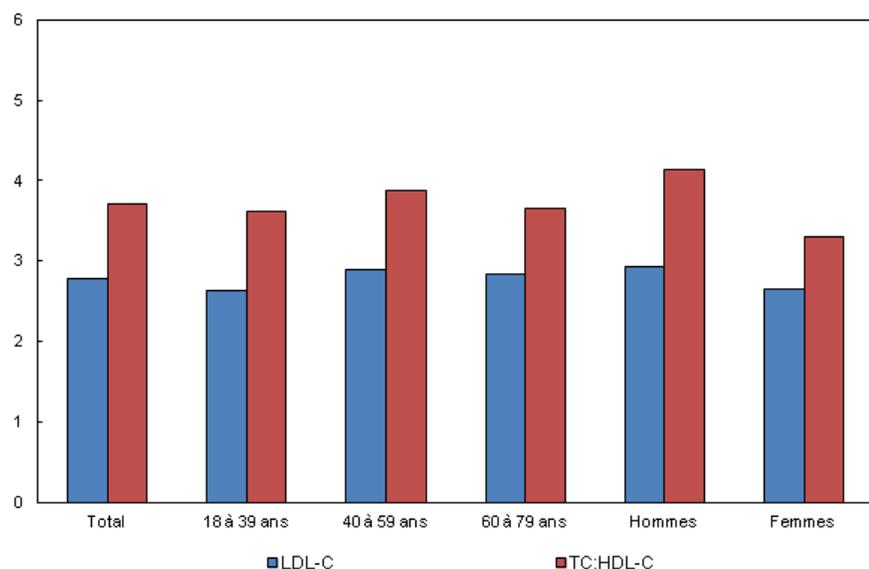


Niveaux moyens de cholestérol

Les résultats de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS) menée de 2012 à 2013 révèlent que chez les adultes de 18 à 79 ans, la concentration moyenne du cholestérol des lipoprotéines de faible densité (cholestérol LDL) dans le sang était de 2,78 mmol/L (voir la rubrique *Au sujet du cholestérol*). Pour le groupe des 18 à 39 ans, la concentration moyenne de cholestérol LDL (lipoprotéines de faible densité) (2,64 mmol/L) était significativement inférieure à celle des 40 à 59 ans (2,89 mmol/L) (graphique 1). En ce qui concerne le cholestérol des lipoprotéines de haute densité (cholestérol HDL), la concentration moyenne dans le sang s'établissait à 1,38 mmol/L pour tous les groupes d'âge (données non présentées). Le ratio moyen du cholestérol total au cholestérol HDL (lipoprotéines de haute densité) (ratio CT: HDL (lipoprotéines de haute densité)) était de 3,7 chez les adultes de 18 à 79 ans. On a constaté un ratio CT: HDL (lipoprotéines de haute densité) significativement plus élevé (3,9) chez les 40 à 59 ans, comparativement aux 60-79 ans (3,7) (graphique 1).

Graphique 1
Concentration moyenne du LDL-C et du TC:HDL-C, chez les adultes
âgés de 18 à 79 ans, selon le sexe et groupe d'âge, population à
domicile, Canada, 2012 à 2013

mmol/L, ratio



LDL-C cholestérol à lipoprotéines de faible densité.

TC:HDL-C ratio du cholestérol total et du cholestérol à lipoprotéines de haute densité.

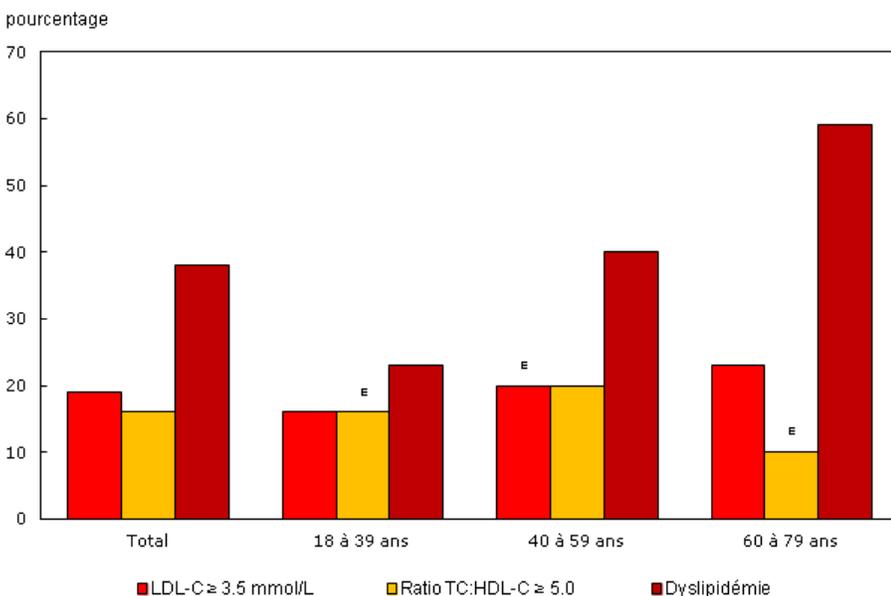
Note: Une concentration de LDL-C saine est <3,5 mmol/L et un ratio TC:HDL-C sain est <5,0.

Source: Enquête canadienne sur les mesures de la santé, 2012 à 2013.

Les profils du cholestérol sanguin des hommes et des femmes différaient de façon significative. Le taux de cholestérol LDL (lipoprotéines de faible densité) et le ratio CT: HDL (lipoprotéines de haute densité) des femmes (2,66 mmol/L et 3,3, respectivement) étaient tous deux inférieurs à ceux des hommes (2,93 mmol/L et 4,1, respectivement) (graphique 1). Le taux de cholestérol HDL (lipoprotéines de haute densité) était plus élevé chez les femmes (1,53 mmol/L) que chez les hommes (1,23 mmol/L) (données non présentées).

Il a été déterminé que 19 % des personnes âgées de 18 à 79 ans avaient un taux de cholestérol LDL (lipoprotéines de faible densité) néfaste pour la santé et que 16 % avaient un ratio CT: HDL (lipoprotéines de haute densité) néfaste pour la santé (graphique 2). Le groupe des 40 à 59 ans comptait une proportion significativement supérieure de personnes ayant un ratio CT: HDL (lipoprotéines de haute densité) néfaste pour la santé (20 %) comparativement au groupe des 60 à 79 ans (10 %) (graphique 2).

Graphique 2
Pourcentage des canadiens âgés de 18 à 79 ans ayant des taux de cholestérol nuisibles à la santé¹ ou faisant de la dyslipidémie², selon le groupe d'âge, population à domicile, Canada, 2012 à 2013



LDL-C cholestérol à lipoprotéines de faible densité.

TC:HDL-C ratio du cholestérol total et du cholestérol à lipoprotéines de haute densité.

^E utiliser avec précaution (données comportant un coefficient de variation (c.v.) de 16,6 % à 33,3 %)

1. Taux de cholestérol nuisibles à la santé basés sur Anderson et coll.

2. Dyslipidémie définie comme ayant une mesure de LDL-C ≥ 3.5 mmol/L, ou un ratio TC:HDL-C ≥ 5.0 ou utilisation de médicaments pour modifier les lipides auto-déclarée.

Source : Enquête canadienne sur les mesures de la santé, 2012 à 2013.

En ce qui concerne la différence entre les sexes, on constate une proportion plus élevée de taux de cholestérol LDL (lipoprotéines de faible densité) néfaste pour la santé chez les hommes (23 %) que chez les femmes (16 %), bien que cette différence ne soit pas significative (données non présentées).

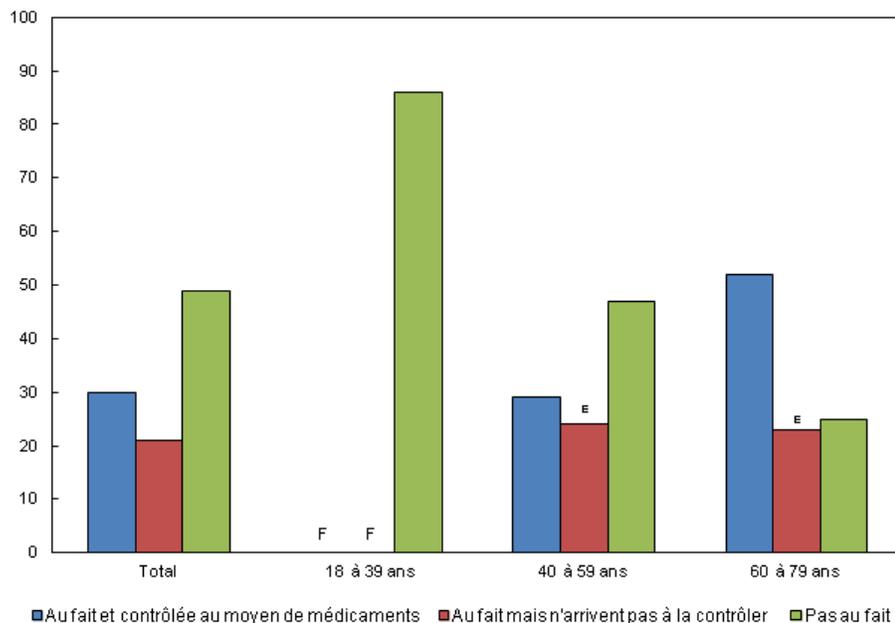
Dyslipidémie

Dans le cadre de l'enquête, la dyslipidémie s'entend d'une concentration sanguine de cholestérol LDL (lipoprotéines de faible densité) néfaste pour la santé (≥3,5 mmol/L) ou d'un ratio CT: HDL (lipoprotéines de haute densité) ≥5,0, ou encore d'une utilisation auto-déclarée d'un médicament régulateur du métabolisme lipidique. Une dyslipidémie a été mesurée ou auto-déclarée pour 38 % des répondants. La prévalence d'une dyslipidémie différait de façon significative selon l'âge. La dyslipidémie était significativement moins prévalente chez les 18 à 39 ans (23 %), comparativement aux 40 à 59 ans (40 %) et aux 60 à 79 ans (59 %). La prévalence de la dyslipidémie chez les 40 à 59 ans était aussi significativement moindre que chez les 60 à 79 ans (graphique 2).

Parmi les personnes dyslipidémiques, 51 % étaient au fait de leur état de santé (c.-à-d. qu'ils ont déclaré avoir reçu un diagnostic de taux de cholestérol néfaste pour la santé de la part d'un professionnel de la santé ou prendre des médicaments régulateurs du métabolisme lipidique). Parmi les personnes qui connaissaient leur état, 30 % contrôlaient leur taux de cholestérol sanguin, alors que pour 21 %, les mesures ont révélé un taux de cholestérol LDL (lipoprotéines de faible densité) ou un ratio CT: HDL (lipoprotéines de haute densité) néfaste pour la santé correspondant à une dyslipidémie (graphique 3). La proportion des répondants âgés de 40 à 59 ans qui connaissaient leur état et contrôlaient leur taux de cholestérol sanguin (29 %) était significativement inférieure à celle des 60 à 79 ans (52 %). La proportion des répondants âgés de 18 à 39 ans qui n'étaient pas au fait de leur état (86 %) était significativement plus élevée que celle des 40 à 59 ans (47 %) et des 60 à 79 ans (25 %). Les répondants du groupe des 40 à 59 ans étaient aussi significativement moins au fait de leur état que ceux du groupe des 60 à 79 ans.

Graphique 3
Pourcentage des adultes âgés de 18 à 79 ans faisant de la
dyslipidémie qui sont au fait ou pas au fait de leur condition, selon
le groupe d'âge, population à domicile, Canada, 2012 à 2013

pourcentage



■ Au fait et contrôlée au moyen de médicaments ■ Au fait mais n'arrivent pas à la contrôler ■ Pas au fait

^E utiliser avec précaution (données comportant un coefficient de variation (c.v.) de 16,6 % à 33,3 %)
^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)

Source : Enquête canadienne sur les mesures de la santé, 2012 à 2013.

Au sujet du cholestérol

Le cholestérol est un élément vital pour la santé de l'humain. Il joue un rôle important dans la structure des cellules, en plus de contribuer à la production de vitamine D et de diverses hormones¹. Le cholestérol se présente sous deux formes moléculaires, chacune ayant des effets très différents sur la santé cardiovasculaire. Les lipoprotéines de faible densité (LDL) transportent le cholestérol dans le sang et le déposent sur les parois des artères, ce qui crée une sorte de plaque. Ces lipoprotéines sont considérées comme étant « mauvaises » parce qu'une accumulation de plaques sur les parois artérielles entraîne un risque accru de maladie cardiovasculaire. Au contraire, les lipoprotéines de haute densité (HDL) sont considérées comme étant « bonnes » parce qu'elles enlèvent le cholestérol du sang et le transportent jusqu'au foie. Elles réduisent la formation de plaques et le risque de maladie cardiovasculaire^{1,3}. Le ratio du cholestérol total au cholestérol des lipoprotéines de haute densité (CT: HDL (lipoprotéines de haute densité)) est aussi souvent utilisé pour évaluer le risque cardiovasculaire, parce qu'il constitue un indicateur de la quantité de « bon » cholestérol par rapport à la quantité totale de cholestérol. Certaines personnes présentent un risque plus élevé de maladie cardiovasculaire et doivent donc surveiller de près leurs taux de cholestérol. Ces personnes comprennent les hommes de plus de 40 ans et les femmes de plus de 50 ans, les femmes ménopausées, les personnes atteintes de diabète, d'athérosclérose, d'obésité abdominale ou d'hypertension, les fumeurs et les personnes ayant des antécédents familiaux de maladie cardiovasculaire². Dans certains cas, les niveaux de cholestérol peuvent être améliorés grâce à un régime d'alimentation et d'exercice physique⁴ approprié, mais il arrive que ce régime doive être complété par certains médicaments⁵.

Dans le cadre de l'ECMS, on a mesuré les concentrations (en millimoles par litre – mmol/L) de cholestérol HDL (lipoprotéines de haute densité) et le cholestérol total dans le sérum, qui est l'un des constituants du sang, sur un échantillon représentatif de la population canadienne. Le taux de cholestérol LDL (lipoprotéines de faible densité) dans le sang (en mmol/L) a été calculé au moyen de l'équation de Friedewald⁶ pour un sous-échantillon sélectionné de répondants à jeun depuis au moins 10 heures au moment de la prise de sang.

On a aussi demandé aux répondants s'ils avaient déjà reçu un diagnostic de cholestérol élevé émis par un professionnel de la santé. Les répondants ont aussi autodéclaré les médicaments pris au cours du mois précédent. Tout médicament autodéclaré déterminé comme étant un « agent régulateur du métabolisme lipidique » (selon le Système de classification anatomique, thérapeutique et chimique) a servi à identifier les répondants traités pour taux de cholestérol néfaste pour la santé.

Notes

- 1 CASTELLI, W.P. 1988. "Cholesterol and lipids in the risk of coronary artery disease – the Framingham Heart Study." *Canadian Journal of Cardiology*. Vol. (volume) 4, Supplement A, p. (page) 5A-10A.
- 2 ANDERSON, T., GRÉGOIRE, J., HEGELE, R., ET COLL. (et les autres) 2013. "2012 update of the Canadian Cardiovascular Society guidelines for the diagnosis and treatment of dyslipidemia for the prevention of cardiovascular disease in the adult." *Canadian Journal of Cardiology*. Vol. (volume) 29, p. (page) 151 to 167.
- 3 TOTH, P.P. 2008. "When high is low: raising low levels of high-density lipoprotein cholesterol." *Current Cardiology Reports*. Vol. (volume) 10.
- 4 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE. 2013. Réduisez votre cholestérol en changeant de mode de vie et de régime. Toronto: Ministère de la santé et des soins de longue durée. <http://www.mhp.gov.on.ca/fr/healthy-eating/cholesterol.asp>. (site consulté: 12 août 2014).
- 5 INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE L'UNIVERSITÉ D'OTTAWA. Clinique des lipides. Ottawa: Institut de cardiologie de l'université d'Ottawa. http://www.ottawaheart.ca/french/patients_familles/clinique-des-lipides.htm. (site consulté: 12 août 2014).
- 6 FRIEDEWALD, W., LEVY, R., et D. FREDRICKSON. 1972. "Estimation of the concentration of low-density lipoprotein cholesterol in plasma, without use of the preparative ultracentrifuge." *Clinical Chemistry*. Vol. (volume) 18.

Références

- ANDERSON, T., GRÉGOIRE, J., HEGELE, R., ET COLL. (et les autres) 2013. "2012 update of the Canadian Cardiovascular Society guidelines for the diagnosis and treatment of dyslipidemia for the prevention of cardiovascular disease in the adult." *Canadian Journal of Cardiology*. Vol. 29, p. 151 to 167.
- CASTELLI, W.P. 1988. "Cholesterol and lipids in the risk of coronary artery disease – the Framingham Heart Study." *Canadian Journal of Cardiology*. Vol. (volume) 4, Supplement A, p. (page) 5A-10A.
- FRIEDEWALD, W., LEVY, R., et D. FREDRICKSON. 1972. "Estimation of the concentration of low-density lipoprotein cholesterol in plasma, without use of the preparative ultracentrifuge." *Clinical Chemistry*. Vol. (volume) 18.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE. 2013. *Réduisez votre cholestérol en changeant de mode de vie et de régime*. Toronto: Ministère de la santé et des soins de longue durée. <http://www.mhp.gov.on.ca/fr/healthy-eating/cholesterol.asp>. (site consulté: 12 août 2014).
- INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE L'UNIVERSITÉ D'OTTAWA. *Clinique des lipides*. Ottawa: Institut de cardiologie de l'université d'Ottawa. http://www.ottawaheart.ca/french/patients_familles/clinique-des-lipides.htm. (site consulté: 12 août 2014).
- TOTH, P.P. 2008. "When high is low: raising low levels of high-density lipoprotein cholesterol." *Current Cardiology Reports*. Vol. (volume) 10.

Données

D'autres données de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé à ce sujet sont disponibles dans le tableau 117-0008 de CANSIM.

Pour plus de renseignements sur l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé, veuillez communiquer avec le Centre de contact national de Statistique Canada (numéro sans frais 1-800-263-1136; 514-283-8300; infostats@statcan.gc.ca).