

L'hypercholestérolémie en Guadeloupe en 2013



L'hypercholestérolémie, définie comme l'augmentation anormale du taux de cholestérol dans le sang, est un des facteurs de risque majeurs des maladies cardiovasculaires, principales causes de mortalité en Guadeloupe. L'hypercholestérolémie peut généralement être prévenue ou traitée. La réduction de la cholestérolémie chez les adultes est donc un enjeu majeur en santé publique.

« KANNARI : Santé, nutrition et exposition au chlordécone aux Antilles » est une enquête réalisée en partenariat, entre l'InVS, l'Anses, les ARS, les observatoires régionaux de santé de Guadeloupe et de Martinique et l'Insee¹.

Un de ses objectifs était d'évaluer l'état de santé de la population guadeloupéenne en 2013 en termes de prévalences du surpoids, de l'obésité et de certaines maladies d'intérêt (diabète, hypertension artérielle, hypercholestérolémie et asthme).

En Guadeloupe, 2 514 foyers ont été tirés au sort. Au final, 974 ont finalement été enquêtés lors de KANNARI : 851 adultes âgés de 16 ans ou plus et 266 enfants âgés de 3 à 15 ans ont été interrogés en Guadeloupe.

L'étude de l'hypercholestérolémie en Guadeloupe concerne les adultes âgés de 16 ans ou plus.

Contrôle lipidique

A l'issue de l'enquête KANNARI, 851 adultes âgés de 16 ans ou plus ont répondu au questionnaire santé.

Ainsi, plus de la moitié (53 %) de la population guadeloupéenne âgée de 16 ans ou plus déclare avoir déjà eu un dosage du taux de cholestérol sanguin (cholestérolémie). Près de six femmes guadeloupéennes sur dix (59 %) ont déjà réalisé ce dosage, contre moins de cinq hommes sur dix (44 %).

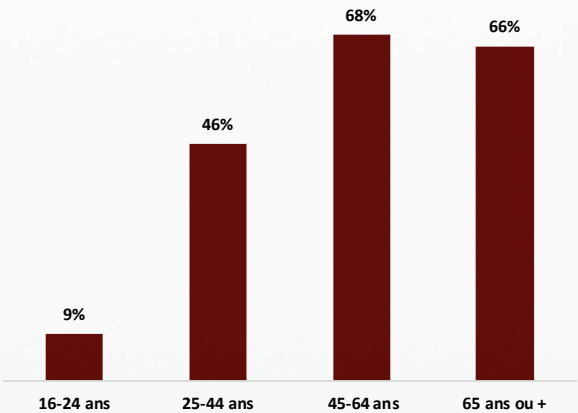
La recherche d'une hypercholestérolémie varie en fonction de l'âge : peu fréquente chez les jeunes, elle concerne plus de six adultes sur dix chez les 45 ans ou plus (Figure 1).

Définitions

Hypercholestérolémie : signalement d'un taux trop élevé de cholestérol dans le sang par un professionnel de santé.

Traitement hypocholestérolémiant renvoie à la prescription au cours des 12 mois précédant l'enquête KANNARI, d'un traitement médicamenteux afin de diminuer le taux de cholestérol par un professionnel de santé.

Figure 1 – Proportion des adultes ayant déjà eu une cholestérolémie selon l'âge. 2013



Champ : adultes âgés de 16 ans ou plus (n = 851)

¹ InVS : Institut de Veille Sanitaire devenue depuis 2016 Santé publique France, Anses : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, ARS : Agences Régionales de Santé, Insee : Institut national de la statistique et des études économiques

Pour sept personnes concernées sur dix, la dernière mesure de la cholestérolémie a été réalisée dans les douze mois précédant l'enquête. Pour une faible part (4 %), ce dosage date de plus de 5 ans (Figure 2).

Prévalence de l'hypercholestérolémie

Moins de deux personnes sur dix (14 %) ont déclaré qu'un médecin leur a déjà signalé une hypercholestérolémie. Cette proportion ne diffère pas selon le sexe. Les personnes âgées de 65 ans ou plus sont davantage concernées par ce signalement que les plus jeunes.

Pour près de trois quarts des personnes ayant une hypercholestérolémie signalée (72 %), le dernier dosage de cholestérol date de moins d'un an. Il n'y a pas de différence significative avec le reste de la population (hypercholestérolémie non signalée).

Prescription d'un traitement hypocholestérolémiant

Parmi les personnes ayant une hypercholestérolémie signalée par un médecin, plus de quatre sur dix (44 %) ont répondu que ce dernier leur a prescrit un traitement médicamenteux afin de diminuer leur taux de cholestérol (traitement hypocholestérolémiant) au cours des douze mois précédant l'enquête.

Six pour cent des adultes enquêtés ont eu une prescription d'un traitement hypocholestérolémiant : les femmes deux fois plus souvent que les hommes (8 % vs 4 %). La prescription de ce type de traitement croît avec l'âge jusqu'à 74 ans passant ainsi de 1 % chez les adultes de moins de 55 ans à 20 % pour les individus âgés de 65 à 74 ans. Parmi les seniors âgés de 75 ans ou plus, la fréquence est de 10 %.

Près de deux retraités sur dix ont eu ce type de prescription (17 %). Cette fréquence est de 4 % parmi les adultes ayant un emploi.

Au regard des autres maladies, la prescription de ce traitement est plus fréquente chez les diabétiques déclarés (20 % vs 4 % des non-diabétiques), chez les personnes hypertendues² : (12 % vs 2 %) et en situation d'obésité abdominale³ (9 % vs 1 % des adultes non concernés) (Figure 3).

Réalisée sur l'ensemble de la population enquêtée, l'analyse multivariée indique une probabilité d'avoir une prescription de traitement diminuant le taux de cholestérol plus importante chez les femmes, les personnes âgées de 55 à 74 ans et les sujets hypertendus (Tableau I).

Figure 2 – Répartition des adultes en fonction de l'ancienneté de leur dernière cholestérolémie. 2013

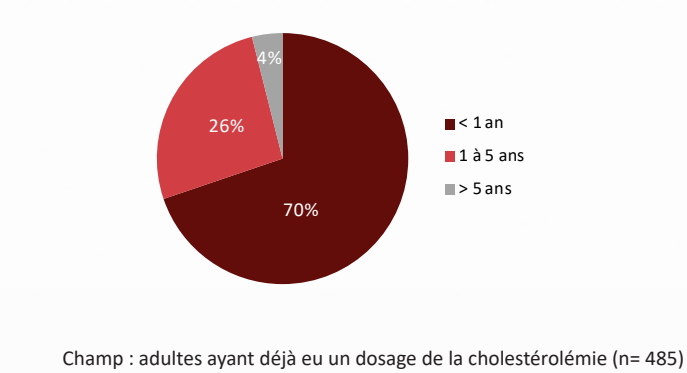


Figure 3 – Fréquence de prescription d'un traitement hypocholestérolémiant selon les caractéristiques de santé des enquêtés. 2013

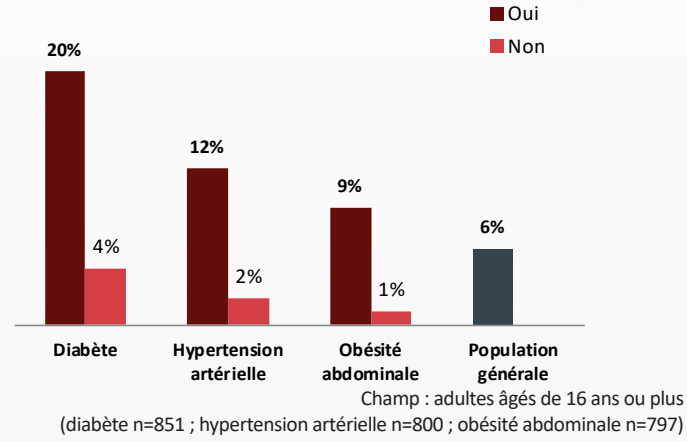


Tableau I – Etude des facteurs associés à la prescription d'un traitement hypocholestérolémiant (régression logistique). 2013

	% Prescription d'un hypocholestérolémiant	OR ajusté	IC à 95%	p-value
Sexe				
Femmes (réf.)	8%	1		
Hommes	4%	0,4	[0,2 ; 0,9]	<0,05
Age				
Moins de 55 ans (réf.)	1%	1		
55-64 ans	13%	8,2	[2,4 ; 28,1]	<0,01
65-74 ans	20%	10,2	[2,9 ; 35,5]	<0,001
75 ans ou plus	10%	3,3	[0,8 ; 13,7]	ns
Hypertension artérielle				
Non (réf.)	2%	1		
Oui	12%	3,8	[1,5 ; 9,6]	<0,01

Champ : adultes âgés de 16 ans ou plus (n=800) ; ns : non significative

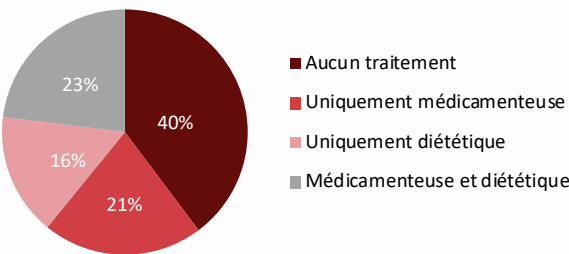
² Personnes hypertendues : sont concernées toutes les personnes sous traitement antihypertenseur au moment de l'enquête KANNARI ou celles dont la pression artérielle moyenne lors des mesures était supérieure ou égale à 140/90 mm Hg.
³ Obésité abdominale : excès de masse grasse au niveau abdominal. Le seuil édicté par l'International Diabetes Federation définit une obésité abdominale pour un tour de taille supérieur ou égal à 94 cm et 80 cm respectivement chez l'homme et la femme.

Recommandations nutritionnelles

Parmi les enquêtés ayant une hypercholestérolémie signalée par leur médecin, 21 % se sont vu prescrire uniquement un traitement médicamenteux, 16 % ont reçu uniquement des recommandations nutritionnelles. Pour quatre adultes sur dix, aucun traitement n’a été préconisé au cours des douze mois précédant l’enquête (Figure 4).

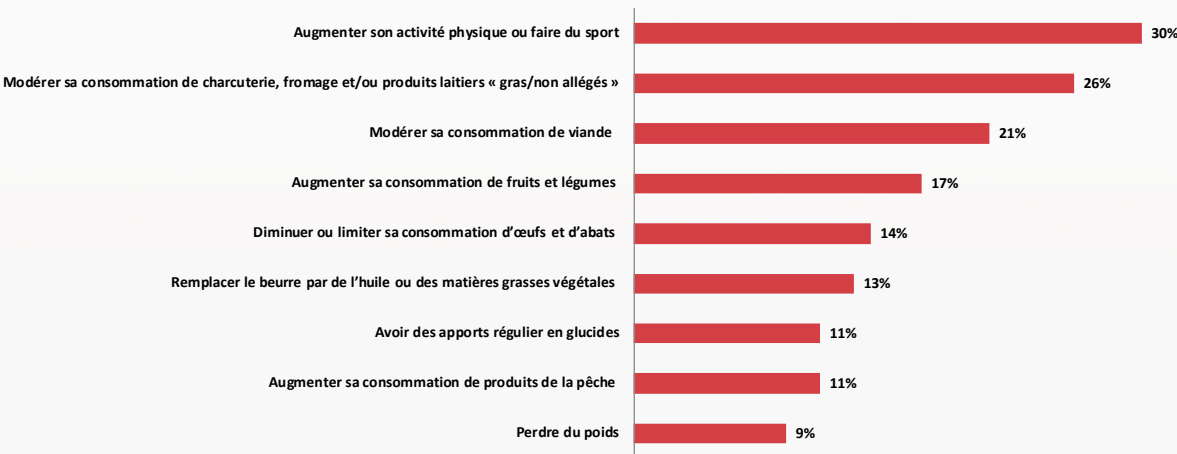
Ainsi, 39 % de ces adultes ont reçu des recommandations alimentaires, de la part d’un médecin, afin de diminuer leur taux de cholestérol dans le sang. Modérer la consommation de charcuterie, fromage ou produits laitiers « gras/non allégés » (26 %), modérer la consommation de viande (21 %) et augmenter la consommation de fruits et légumes (17 %) sont les principales recommandations. Pour trois personnes sur dix, l’augmentation de l’activité physique a été recommandée (Figure 5).

Figure 4 – Répartition des stratégies thérapeutiques pour diminuer le taux de cholestérol. 2013



Champ : adultes ayant une hypercholestérolémie signalée par un médecin (n=127)

Figure 5 – Fréquence des recommandations nutritionnelles faites par un médecin pour diminuer le taux de cholestérol. 2013



Champ : adultes ayant une hypercholestérolémie signalée par un médecin (n=127)

Dosage du cholestérol sanguin

Les adultes âgés de 18 ans ou plus ayant accepté de participer au volet imprégnation de l'enquête, ont bénéficié d'un prélèvement biologique à jeun. Le cholestérol total, le HDL -cholestérol (HDL-c) et le LDL -cholestérol (LDL-c)* présents dans le sang ont été mesurés dans les laboratoires d'analyses biomédicales de Guadeloupe participant à l'étude.

Des taux élevés en cholestérol total ou en LDL-c sont considérés comme facteurs de risque cardiovasculaire. Le HDL-c communément appelé « bon cholestérol » est inversement associé au risque vasculaire lorsque son taux est élevé mais il accroît ce risque quand son taux est bas. Selon les seuils définis par les recommandations de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) en vigueur durant l'enquête, un taux de LDL-c supérieur à 1,6 g/l** dans le sang est considéré comme élevé. Le HDL-c est dit faible pour un taux inférieur à 0,40 g/l et élevé pour une valeur supérieure ou égale à 0,60 g/l.

Dans le cadre de cette analyse, le terme d'hypercholestérolémie-LDL est introduit et correspond à des taux de LDL-c supérieurs à 1,6 g/l.

Au total, 244 adultes ont bénéficié d'un dosage de leur cholestérolémie.

Lors de l'enquête, 9 % des adultes prélevés présentent une hypercholestérolémie-LDL. Cette dernière est plus fréquente chez les sujets présentant une obésité abdominale que ceux qui n'en ont pas (10 % contre 5 %).

Quatorze pour cent des personnes prélevées ont un taux de HDL-c bas (<0,40 g/l), associé à un risque cardiovasculaire accru. Cette proportion est plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Plus de quatre femmes sur dix (41 %) ont une valeur de HDL-c considérée comme protectrice (≥ 0,60 g/l). Chez les hommes, cette proportion est moindre (18 %).

* HDL : High Density Lipoproteins; LDL : Low Density Lipoproteins
**g/l : gramme par litre

Conclusion

L'enquête KANNARI a permis de faire un focus sur l'état de santé de la population guadeloupéenne, en abordant la surcharge pondérale et d'autres maladies d'intérêt telles que l'hypercholestérolémie.

En Guadeloupe, en 2013, moins de deux adultes sur dix âgés de 16 ans ou plus déclarent s'être déjà vu indiquer par un médecin une hypercholestérolémie. Pour près de trois quarts d'entre eux, le dernier dosage date de moins d'un an.

Dans l'ensemble de la population enquêtée, 6 % des adultes ont eu une prescription d'un médicament afin de diminuer leur cholestérol au cours de l'année précédant l'enquête. L'âge, le sexe et le statut hypertensif sont des facteurs associés à une probabilité de prescription d'un traitement médicamenteux plus élevée. Les recommandations nutritionnelles constituent une part importante dans la stratégie thérapeutique. Un taux de HDL-c élevé ($\geq 0,60$ g/l) considéré comme protecteur du risque cardiovasculaire est retrouvé plus fréquemment dans la population féminine que dans la population masculine guadeloupéenne.

4

Réalisée également en Martinique, l'enquête KANNARI a montré des résultats équivalents à ceux de la Guadeloupe : une fréquence d'hypercholestérolémie signalée par un médecin de 14 % et une fréquence de prescription d'un traitement médicamenteux de 7 %.

L'hypercholestérolémie, bien que présente dans notre région, reste encore peu étudiée. Elle est un facteur de risque de nombreuses maladies cardiovasculaires, première cause de mortalité en Guadeloupe. Induite notamment par des comportements à risque (sédentarité, alimentation inadaptée, consommation excessive d'alcool), l'hypercholestérolémie peut être anticipée et traitée grâce à un suivi régulier et une stratégie thérapeutique adaptée.

Méthodologie

L'échantillonnage a été placé sous la responsabilité de l'Insee. L'échantillon a été constitué par tirage au sort d'un foyer puis d'un adulte et éventuellement d'enfants de chaque foyer sélectionné (sondage à deux degrés). L'unité statistique est l'individu. KANNARI a été conduite en population générale, auprès de deux échantillons de personnes âgées de 3 ans ou plus résidant respectivement en Guadeloupe et en Martinique au moment de l'enquête.

Le questionnaire « santé » a permis de recueillir les données sociodémographiques (âge, sexe, niveau d'études, profession), les paramètres anthropométriques des sujets, ainsi que des informations concernant la santé des participants. Ce questionnaire « santé » comportait une version « adulte » pour les personnes âgées de 16 ans ou plus et une version « enfant » pour les participants âgés de 3 à 15 ans. Il a été administré en face à face. La taille, le poids, le tour de taille et le tour de hanches ont été mesurés au domicile de l'enquêté. A ce questionnaire, se rajoutait un volet imprégnation comprenant un bref questionnaire « examen biologique » et un prélèvement sanguin pour les adultes majeurs ayant consenti à participer au volet imprégnation de l'enquête.

La phase de terrain de cette étude transversale en population générale s'est déroulée de septembre à décembre 2013. Une vingtaine de binômes d'enquêteurs se sont rendus dans les foyers guadeloupéens.

Finalisé par l'Insee en décembre 2014, un calage sur marge a permis de redresser l'échantillon obtenu à l'issue de la phase de terrain afin de retrouver les caractéristiques de la population générale. Les pondérations utilisées dans le traitement des données biologiques ont été calculées en utilisant les variables du questionnaire santé pour lesquelles un biais de participation au volet biologique a été identifié de façon statistiquement significative. L'analyse des données a été effectuée sous STATA® version 9.0 en tenant compte du redressement. Le degré de significativité des tests statistiques a été fixé au seuil de 5 %. Le Chi2 de Pearson a été utilisé pour les analyses bivariées et la régression logistique pour les analyses multivariées.

Pour en savoir plus retrouver l'intégralité de l'étude ou sa synthèse sur www.orsag.fr

ORSaG. L'hypercholestérolémie en Guadeloupe en 2013.
KANNARI, Santé, nutrition et exposition au chlordécone aux Antilles.
Observatoire régional de la santé de Guadeloupe; 2016. 16 p.

Disponible sur https://www.orsag.fr/hypercholesterolemie_guadeloupe_2013_enquete_kannari/