



# GROUPE LORRAIN D'AUDIT MEDICAL RESEAU EPIDEMIOLOGIQUE LORRAIN

SITE INTERNET : <http://www.glam.fr.st>



---

## Audit hypercholestérolémie : prise en charge diététique et résultats

---

Responsables : Dr J. Birgé 1 A place du marché 57 220 Boulay  
tel. : 03 87 57 33 66 fax : 03 87 79 32 23 email : [jbirge@wanadoo.fr](mailto:jbirge@wanadoo.fr)  
O. Fuant 908 route de Maron 54 230 Chaligny  
tel. : 03 83 47 90 94 port. : 06 81 30 50 54 email : [olivier.fuant@laposte.net](mailto:olivier.fuant@laposte.net)

### Rappel sur l'audit médical

L'audit médical est une méthode d'évaluation qui permet, à l'aide de critères déterminés, de comparer la pratique du médecin à des références admises, pour améliorer la qualité des soins délivrés aux patients. Il s'agit d'une démarche volontaire qui respecte l'anonymat des participants. [1]

Deux étapes se succèdent :

? La préparation :

Un groupe de médecins choisit un thème de travail (ici : la prise en charge diététique de l'hypercholestérolémie et les résultats biologiques), recherche l'existence de références auxquelles il adhère. Il conçoit le protocole de recueil de données.

? La réalisation :

Le recueil de données est effectué par les médecins qui le souhaitent, appartenant ou non au groupe de préparation. L'analyse de ce premier recueil permet d'apporter une réponse à la question que posait le travail d'évaluation : la pratique est-elle en accord avec le référentiel ? Si non, quel est l'écart entre les données recueillies et l'objectif souhaité ? Si le niveau souhaité n'est pas atteint, les membres du groupe vont tenter d'analyser les raisons de cet écart puis de déterminer le type d'action à mener pour modifier les pratiques.

Une nouvelle enquête de pratique est réalisée après un certain délai, afin de vérifier la progression des participants.

## Argumentaire

### Définition

L'hypercholestérolémie est un facteur de risque majeur de développement de maladie cardiovasculaire, et représente donc un problème important de santé publique. Ce problème est mal connu par les patients.

Il n'est pas possible de définir individuellement une valeur de cholestérol total ou de LDL-cholestérol en dessous duquel le risque coronarien est nul ou au-dessus duquel le risque coronarien serait majeur. La maladie coronaire est multifactorielle et la valeur de la cholestérolémie est à interpréter en fonction de l'ensemble des facteurs de risque vasculaire.

Le taux moyen de cholestérolémie dans la population française tous âges confondus est de 2,1 g/l [2]. Le LDL cholestérol est supérieur à 1,90 g/l chez 8,7 % de la population et supérieur à 1,60 chez 29,6 % [3].

Les études diététiques de prévention primaire [\*] sont peu nombreuses du fait de difficultés méthodologiques mais ont été en faveur dans l'ensemble d'une diminution des coronaropathies ischémiques.

La diététique a montré son efficacité en prévention secondaire : une étude Lyonnaise [4, 5] a montré qu'un régime méditerranéen (crétois) chez des patients ayant eu un premier infarctus du myocarde a diminué l'incidence de décès cardiovasculaire (incidence de 0,41% versus 1,37% pour le groupe témoin). Les fractions lipidiques, dont le LDL-cholestérol, du groupe régime méditerranéen étaient comparables au groupe témoin.

La diminution de la cholestérolémie par un traitement médicamenteux dans les études de préventions primaires [\*\*] ou secondaires [\*\*\*] a permis une diminution de la mortalité (de 20 à 42% selon les études). Néanmoins, ces études ne concernent pas une population française mais des populations écossaises, américaines, scandinaves, australiennes qui présentent des risques de maladie coronarienne supérieurs à la population française.

Ces essais thérapeutiques sont en faveur d'une participation importante de la prise en charge diététique et médicamenteuse quant à la survie des patients hypercholestérolémiques.

**Nous vous proposons d'explorer deux axes de la prise en charge de l'hypercholestérolémie dans le cadre de votre activité médicale :**

**-Prise en charge diététique :** que savent nos patients traités par hypocholestérolémiant des règles diététiques du régime hypocholestérolémiant ?

**-Objectifs biologiques :** la valeur du LDL-cholestérol est-elle inférieure au seuil d'intervention proposé par l'AFSSAPS ?

## Référentiels

Les recommandations de l'AFSSAPS [6] et de l'ANAES [7] préconisent :

? l'instauration de mesures diététiques pendant 3 à 6 mois avant toute intervention médicamenteuse,

? et la poursuite de celles-ci après la mise en place d'un traitement hypolipémiant.

### -Prise en charge diététique

Selon les recommandations de bonne pratique de septembre 2000 de AFSSAPS [6], au niveau diététique, il est conseillé aux patients hypercholestérolémiques :

- de remplacer le beurre par des huiles végétales (mono et poly-insaturées essentielles) ou par des margarines «molles» qui ne sont pas en emballage papier (car saturées),
- d'éviter la charcuterie, à l'exception du jambon maigre,
- de privilégier le poisson aux dépens de la viande,
- de limiter la consommation des produits laitiers les plus riches en graisses,
- de ne pas consommer plus de deux oeufs par semaine,
- d'assurer un apport suffisant en fibres, en privilégiant la consommation de fruits, de légumes, de pain, céréales et de féculents,
- la consommation d'alcool est acceptable (inférieur à 30 g/j). Toutefois l'apport d'alcool doit être contrôlé dans les hypertriglycéridémies (et le surpoids).

### -Objectifs biologiques

Selon les recommandations de bonne pratique de septembre 2000 de AFSSAPS [6], le seuil d'intervention thérapeutique de LDL-cholestérol varie en fonction :

? de facteurs aggravants :

- Age :
  - homme de 45 ans ou plus,
  - femme de 55 ans ou plus ou ménopausée,
- Antécédents familiaux de maladie coronaire précoce :
  - infarctus du myocarde ou mort subite avant l'âge de 55 ans chez le père ou chez un parent du premier degré de sexe masculin,
  - infarctus du myocarde ou mort subite avant l'âge de 65 ans chez la mère ou chez un parent du premier degré de sexe féminin,
- Tabagisme actuel,
- Hypertension artérielle permanente,
- Diabète sucré,
- HDL-cholestérol inférieur à 0,35 g/l (0,9 mmol/l) quel que soit le sexe,

? et d'un facteur protecteur :

- HDL-cholestérol supérieur ou égal à 0,60 g/l (1,5 mmol/l) : soustraire alors "un risque" au score de niveau de risque.

Les valeurs du LDL cholestérol sont-elles situées au-dessous des valeurs seuils d'intervention ?

**Ces valeurs sont :?**

? **en prévention primaire :**

- **LDL inférieur à 2,20 g/l (5,7 mmol/l) pour les sujets sans autre facteur de risque,**
- **LDL inférieur à 1,90 g/l (4,9 mmol/l) pour les sujets ayant un autre facteur de risque,**
- **LDL inférieur à 1,60 g/l (4,1 mmol/l) pour les sujets ayant deux autres facteurs de risque,**
- **LDL inférieur à 1,30 g/l (3,4 mmol/l) pour les sujets ayant plus de deux autres facteurs de risque,**

? **en prévention secondaire :**

- **LDL inférieur à 1,30 g/l (3,4 mmol/l) pour les sujets ayant une maladie coronaire.**

## Justification de l'audit

### -Prise en charge diététique :

Une étude sur une population française de salariés (EDF-GDF) [8] a montré que 40 % des sujets traités par hypocholestérolémiant ne suivaient pas de régime.

Une enquête alimentaire [9] auprès de 337 sujets hypercholestérolémiques a mis en évidence que 93 % des sujets dépassent l'apport d'acide gras saturé recommandé et que 48 % consomment trop de cholestérol alimentaire.

Nous pouvons nous demander si nos patients ont reçu l'information sur la diététique en cas d'hypercholestérolémie et ce qu'ils en ont retenu.

### -Objectifs biologiques :

Dans l'étude d'Epernon [3], 7 % de la population recrutée était traitée par hypolipidémiant ; 21 % d'entre eux gardent un cholestérol supérieur à 2,50 g/l et 9 % gardent un cholestérol supérieur à 3,00 g/l. Qu'en est-il chez nos patients ?

Le questionnaire qui vous est proposé a pour but de répondre à ces deux questions.

Nous remercions Monsieur le Professeur ZIEGLER qui a bien voulu valider cet argumentaire.

[\*] Etudes Los Angeles Veterans Administration Study [10], Finnish Diet Study [11], Minnesota Coronary Survey [12]

[\*\*] Etudes WOSCOPS [13], AFCAPS/TexCAPS [14]

[\*\*\*] Etudes 4S [15], CARE [16], LIPID [17], VA-HIT [18]

1. L'audit médical ; ANDEM 1973, 33 p.
2. Dubois G. La cholestérolémie en France. Le concours médical, 1991, 113 – 114, 14 : pp 1162 – 1663.
3. Bruckert E., Emmerich J., Thomas D., Charpak Y., Bichon L., Clergeot A. Influence d'une campagne d'information sur les facteurs de risque cardiovasculaire dans une ville française Epernon, ville d'étude. Revue d'épidémiologie et de santé publique, 1994, 42 : pp 128 – 137.
4. Promouvoir le régime méditerranéen. La revue prescrire, 2000, 20, 208 : pp 539 – 540.
5. De Lorgeril M., Salen P., Martin J.L., Monjaud I., Delaye J., Mamelle N. Mediterranean diet, traditional risk factors, and the rate of cardiovascular complications after myocardial infarction ; final report of the Lyon diet heart study. Circulation, 1999, 99, 6 : pp 779 – 785.
6. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Prise en charge thérapeutique du patient dyslipidémique. Septembre 2000.
7. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Hypolipidémiantes Recommandations et Références Médicales. Concours Médical, 1996, 41, supplément.
8. Boumendil EF. Descriptive study of lipid-modulating drug use in a french professional population. J Clin Epidemiol 1994 ; 10 : 1173-71.
9. Bernard M. C., Renucci J. F., Tosello N., Gouvernet J., Vague P. L'alimentation des patients traités par hypolipémiants. La presse médicale, 1997, 26, 13 : pp 598 – 602.
10. Dayton S., Pearce M.L., Hashimoto S., Dixon W.J., Tomiyasu U. A controlled clinical trial of a diet high in unsaturated fat in preventing complications of atherosclerosis. Circulation, 1969, 40(supplément II) : III – II63.
11. Miettinen M., Turpeinen O., Karvonen M.J., Elosuo R., Paavilainen E. Effect of cholesterol-lowering diet on mortality from coronary heart-disease and other causes. The lancet, 1972, 2 : pp 835 – 838.
12. Frantz I.D., Dawson E.A., Ashman P.L., Gatewood L.C., Bartsh G.E., Kuba K., Brewer E.R. Test of effect of lipid lowering by diet on cardiovascular risk. The Minnesota coronary survey. Arteriosclerosis, 1989, 9 : pp 129 – 135.
13. Shepherd J., Cobbe S.M., Ford L. Isles C.G. Prevention of coronary heart disease with pravastatin in men with hypercholesterolemia. West of Scotland coronary prevention study group. The new England journal of medicine. 1995, 333 : pp 1301 – 1307.
14. Downs J.R., Clearfield M., Weis S. et al. Primary prevention of acute coronary events with Lovastatin in men and women with average cholesterol levels. Jama, 1998, 279, 20 : pp 1615 – 1622.
15. Scandinavian Simvastatin Survival Study Group. Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease : the Scandinavian simvastatin survival study (4S). The lancet, 1994, 344 : pp 1383 – 1389.
16. Sacks F.M., Pfeffer M.A., Moye L.A. The effects of pravastatin on coronary events after myocardial infarction in patients with average cholesterol level. The New England journal of medicine. 1996, 335 : pp 1001 – 1009.
17. Long Term Intervention with Pravastatin in Ischaemic Disease The new England journal of medicine 1998, 339 : 1349 - 1357.
18. Rubins H.B., Robins S.J., Collins D., Fye C.L., Anderson J.W., Elam M.B., Faas F.H., Linares E., Schaefer E.J., Schectman G., Wild T.J., Wittes J. Gemfibrozil for the secondary prevention of coronary heart disease in men with low levels of high-density lipoprotein cholesterol. The new England journal of medicine, 1999, 341 : pp 410 – 418.