



STATINES, HYPOLIPÉMIANTS ET  
DIMINUTION DU RISQUE  
CARDIOVASCULAIRE

RECOMMANDATIONS  
POUR LA PRATIQUE  
*(extrait de l'avis)*

Septembre 2017

---

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).

Il s'agit d'un extrait de l'avis intitulé :

*Statines, hypolipéminants et diminution du risque cardiovasculaire*

La version complète de l'avis est disponible sur notre site à l'adresse suivante: Avis statine.

**Auteurs**

Alain Prémont, B. Pharm, MBA  
Karine Lejeune, B. Pharm., M. Sc.  
Michel Rossignol, M.D., M. Sc.  
Éric Tremblay, B. Pharm., M. Sc.

**Collaborateurs**

Caroline Bourgault  
Justine Dolbec  
Philippe Gillard  
Steve Roy

**Coordonnatrice scientifique**

Mélanie Tardif, Ph. D.

**Direction scientifique**

Sylvie Bouchard, B. Pharm., D.P.H., M. Sc., M.B.A

**Transfert de connaissances**

Claude Boutin, M. Ps., professionnel scientifique  
Renée Latulippe, M.A., coordonnatrice scientifique

## RECOMMANDATIONS CLINIQUES

### POURQUOI UN AVIS SUR LES STATINES ET AUTRES HYPOLIPÉMIANTS QUANT À LA DIMINUTION DU RISQUE CARDIOVASCULAIRE?

Les maladies cardiovasculaires demeuraient en 2011 l'une des principales causes de décès au Canada. Ces maladies se déclinent en plusieurs types dont :

- la cardiopathie ischémique, qui peut se manifester par une angine ou un infarctus du myocarde;
- la maladie cérébrovasculaire, qui peut se manifester par un accident vasculaire cérébral;
- et les maladies ischémiques périphériques ou maladies vasculaires athérosclérotiques.

Dans l'optique d'améliorer la santé cardiovasculaire et d'assurer un usage optimal des statines et des autres hypolipémiants, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a mandaté l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) afin de réaliser un avis de pertinence clinique de ces médicaments en prévention primaire, dont celui chez les personnes âgées de plus de 75 ans.

Dans le cadre de cet avis, l'INESSS a réalisé :

- une revue systématique des guides de pratique clinique;
- une revue de revues systématiques sur l'efficacité de l'activité physique sur les maladies cardiovasculaires;
- une revue de revues systématiques sur l'efficacité de l'alimentation de type méditerranéenne sur les maladies cardiovasculaires;
- une revue narrative sur la physiopathologie et les facteurs de risque de l'athérosclérose;
- une revue narrative sur les modalités de remboursement des statines et des autres hypolipémiants au Canada et à l'international;

- un état des pratiques vient décrire l'usage des hypolipémiants chez les adultes couverts par le régime public d'assurance médicaments de 2010 à 2015.

À la lumière de l'ensemble de ces données, l'INESSS a formulé **onze recommandations de pratique clinique** et **dix recommandations de mise en œuvre** de ces recommandations par lesquelles l'INESSS interpelle différents acteurs du milieu de la santé au Québec dont le MSSS, les ordres, fédérations et associations professionnels, les milieux cliniques, les facultés de médecine, de pharmacie, de soins infirmiers, de kinésiologie et de nutrition ainsi que les fournisseurs de dossiers médicaux électroniques et d'aviseurs thérapeutiques.

L'INESSS a aussi développé :

- un outil d'aide à la décision clinique portant sur la prévention du risque cardiovasculaire pour les patients [sans conditions cliniques](#) particulières ou [avec conditions cliniques](#) particulières
- des [tableaux comparatifs des hypolipémiants](#).

Deux autres outils seront bientôt disponibles, un *outil d'aide à la décision partagée – une calculatrice sur le risque cardiovasculaire* ainsi qu'une fiche intitulée *Ma feuille de suivi pour la prévention de mon risque cardiovasculaire* que le professionnel de la santé pourra remettre au patient une fois remplie avec ce dernier et dans laquelle y sera résumé son risque cardiovasculaire, l'intervention choisie pour diminuer ce risque et les objectifs ciblés.

Le présent document présente une synthèse des recommandations cliniques tirées de l'[Avis statines](#).

<b>Recommandations cliniques</b>	
<b>Repérage</b>	I. Repérer les femmes et les hommes de 40 à 75 ans ou les femmes ménopausées, qui ont au moins un facteur augmentant leur risque cardiovasculaire (par exemple l'hypertension, des LDL au-dessus des valeurs seuils, le diabète, l'insuffisance rénale chronique, le tabagisme, des antécédents familiaux d'événements cardiovasculaires précoces, l'obésité), avec qui il serait approprié d'amorcer une discussion éclairée sur l'évaluation globale de leur risque CV.
	II. Entamer une discussion avec le patient présentant au moins un facteur de risque concernant l'option d'évaluer globalement son risque cardiovasculaire en précisant qu'il peut choisir de ne pas le faire, et ce, dans un contexte de décision partagée. La décision du patient devra être consignée à son dossier médical.
<b>Mise en garde relative aux recommandations cliniques I et II</b> <i>Les antécédents de maladies cardiovasculaires et de taux élevé de cholestérol dans l'histoire familiale sont des facteurs de risque et ils n'établissent pas automatiquement le diagnostic d'hypercholestérolémie familiale.</i>	
<b>Évaluation globale du risque CV et bilan lipidique</b>	III. Ne prescrire le dosage de cholestérol que si cette mesure est intégrée à une évaluation globale du risque cardiovasculaire chez les femmes et les hommes de 40 à 75 ans. Chez les individus plus jeunes, le dosage du cholestérol ne devrait être fait qu'en présence de facteurs de risque personnels ou familiaux importants de maladies cardiovasculaires.
	<b>Mise en garde relative à la recommandation clinique III</b> <i>Lorsque le facteur de risque d'hypercholestérolémie est détecté, il est recommandé d'en évaluer la cause, par exemple une cause secondaire médicale comme l'hypothyroïdie, l'anorexie, un syndrome néphrotique, une maladie obstructive du foie, l'usage de médicaments<sup>1</sup> ou de mauvaises habitudes de vie.</i>  <i>Une hypercholestérolémie avec les LDL &gt; 5,0 mmol/L devrait entraîner la recherche d'une hypercholestérolémie familiale. Ce diagnostic doit être établi à partir des critères du registre de Simon Broome ou du Dutch Lipid Clinic Network tel que recommandé dans le Position Paper 2014 de la Société canadienne de cardiologie.</i>
	IV. Évaluer globalement le risque cardiovasculaire en interprétant le résultat obtenu avec le calcul du risque de Framingham, tout en tenant compte de l'ensemble des facteurs de risque du patient dont l'histoire familiale, le niveau d'activité physique, la capacité aérobie et le type d'alimentation. Le résultat du calcul et l'interprétation du risque cardiovasculaire global devront être consignés au dossier du patient.
<b>Mise en garde relative à la recommandation clinique IV</b> <i>Le calcul du risque cardiovasculaire est fait à l'aide d'un outil validé chez la population canadienne, soit le calculateur de risque de Framingham. Ce calculateur n'est pas validé chez les patients &gt; 75 ans et le résultat demeure, quel que soit l'âge, une estimation imparfaite qui doit être nuancée en tenant compte des autres facteurs de risque cardiovasculaire.</i>  <i>L'évaluation globale du risque cardiovasculaire et la mesure systématique des lipides sont déconseillées chez les patients âgés de plus de 75 ans (qui n'ont pas eu d'événement cardiovasculaire), à moins qu'ils ne soient actifs et présentent une bonne espérance de vie. Les données scientifiques concernant cette population sont peu nombreuses pour appuyer le jugement clinique.</i>  <i>Le calcul du risque cardiovasculaire requiert les valeurs de lipides avant l'amorce du traitement hypolipémiant parce que les calculateurs ne sont pas conçus pour s'ajuster en fonction des changements obtenus avec une telle thérapie.</i>  <i>À ce stade-ci de l'évaluation du risque, la mesure des lipides n'est qu'un facteur de risque inclus dans le calcul du risque, qui doit servir d'élément de discussion avec le patient au même titre que le calcul de l'âge cardiovasculaire, lequel inclut le tabagisme.</i>  <i>Le patient n'a pas besoin d'être à jeun pour la mesure des lipides.</i>  <i>Sauf pour les personnes atteintes d'hypercholestérolémie familiale, une concentration élevée de LDL ne doit pas être considérée comme une maladie à traiter, mais plutôt comme un facteur de risque cardiovasculaire, objectivé à même le calcul du risque cardiovasculaire.</i>	

<sup>1</sup> Diurétiques, cyclosporine, glucocorticoïdes, amiodarone, estrogènes, séquestrants de l'acide biliaire, inhibiteurs de la protéase, acide rétinoïque, stéroïdes anabolisants, sirolimus, raloxifène, tamoxifène, bêta-bloquants (sauf carvedilol), thiazides [Stone et al., 2014].

<b>Recommandations cliniques</b>	
Stratégie d'accompagnement et suivi	V. Présenter au patient l'impact des différents facteurs de risque sur le risque cardiovasculaire au moyen d'un outil, tel que la calculatrice des bénéfices et des risques absolues de maladies cardiovasculaires <sup>2</sup> ou la calculatrice de calcul de l'âge cardiovasculaire <sup>3</sup> , outils pour lesquels des hyperliens sont disponibles directement dans le DME et Vigilance Santé, démontrant ainsi les avantages qu'il y a à modifier les facteurs de risque.
	VI. Choisir avec le patient l'approche préventive (non pharmacologique ou pharmacologique) la plus appropriée pour lui en considérant ses valeurs et ses préférences, et ce, dans un contexte de décision informée/partagée.
	VII. Déterminer avec le patient, lors d'une première rencontre d'accompagnement pour changer ses habitudes de vie, les facteurs de risque cardiovasculaire qui peuvent être modifiés. Par la suite, prioriser avec lui les changements souhaités et établir un plan d'action.
	VIII. Optimiser les saines habitudes de vie avant d'envisager un traitement pharmacologique en prévention primaire. Pour ce faire, orienter le patient vers une équipe interprofessionnelle, si disponible, ou des professionnels de la santé spécialisés en modification des habitudes de vie, accessibles dans le milieu.
	<b>Mise en garde relative à la recommandation clinique VIII</b> <i>L'optimisation des saines habitudes de vie peut nécessiter un temps variable selon les objectifs fixés avec le patient. Pour permettre l'atteinte de ces objectifs, il faut lui allouer suffisamment de temps (minimalement entre 6 et 12 mois) et l'accompagner adéquatement dans sa démarche avant de réévaluer et possiblement d'introduire un traitement pharmacologique.</i>
	IX. Prescrire une statine lorsque l'option de traitement pharmacologique en prévention primaire a été retenue dans un processus de prise de décision partagée.
	<b>Mise en garde relative à la recommandation clinique IX</b> <i>En prévention primaire, l'usage d'un traitement d'intensité élevée par statines, ou en association, est déconseillé quel que soit l'âge du patient (à l'exception des cas d'hypercholestérolémie familiale).  Le patient doit être sensibilisé à la nécessité d'adhérer à sa thérapie médicamenteuse et de persister pendant plusieurs années, voire à vie, afin d'obtenir les avantages escomptés.</i>
	X. Éviter généralement l'usage des classes suivantes en prévention primaire et secondaire, sauf pour les personnes atteintes d'hypercholestérolémie familiale, les patients chez qui on a reconnu une intolérance objectivée aux statines et les patients avec une dyslipidémie complexe : fibrates, chélateurs de l'acide biliaire, niacine tant en association qu'en monothérapie, en prévention primaire et secondaire, sauf pour les personnes atteintes d'hypercholestérolémie familiale.
	XI. Inclure à la stratégie de suivi : <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'accompagnement par une équipe interprofessionnelle formée du médecin, d'une infirmière et d'un pharmacien, et à laquelle devrait s'ajouter un diététiste/nutritionniste et un kinésologue;</li> <li>• l'évaluation de l'adhésion aux saines habitudes de vie par la mesure de cibles adéquates en fonction des indicateurs retenus (par exemple la capacité à l'effort, le temps de sédentarité, la perte de poids, le tour de taille, etc.);</li> <li>• après le début du traitement avec un hypolipémiant : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ recenser de façon systématique, lors des visites de suivi, tous les effets indésirables rapportés par le patient depuis l'amorce du traitement, qui pourraient être liés à la prise de statines et interférer avec le traitement en empêchant son optimisation ou en entraînant son arrêt par le patient;</li> <li>○ valider objectivement les symptômes musculaires ou hépatiques, en mesurant la CK et l'ALT et en tentant un court arrêt suivi d'une réintroduction, une diminution de la dose ou une substitution pour établir un lien de causalité entre la prise de statines et la manifestation des symptômes.</li> <li>○ évaluer l'adhésion aux saines habitudes de vie ou les raisons de l'inobservance; et</li> <li>○ évaluer l'équilibre entre les risques et les avantages du traitement dans le but de décider, avec le patient, de la poursuite, de l'ajustement, du changement ou de l'arrêt du traitement pharmacologique.</li> </ul> </li> </ul>

<sup>2</sup> Calculatrice des bénéfices et des risques absolus de maladies cardiovasculaires. Disponible à : <http://chd.bestsciencemedicine.com/cal2.html>.

<sup>3</sup> Connaissez-vous votre âge cardiovasculaire ? Disponible à : <http://monbilansante.com/cvd/?lang=fr>.

## Recommandations cliniques

### Mise en garde relative aux recommandations cliniques X et XI

*La modification des habitudes de vie a des retombées sur la santé globale, qui vont au-delà de celles obtenues par l'usage des statines ou d'autres hypolipémiants. Il est donc préférable de cibler des résultats selon les objectifs établis avec le patient dans le plan d'action et non en fonction d'une valeur cible de LDL.*

*Le suivi des cibles de cholestérol peut éventuellement mener à la prescription d'un hypolipémiant ou à l'augmentation des doses ainsi qu'à l'ajout d'une autre classe d'hypolipémiant pour laquelle les données ne montrent pas d'avantages en prévention primaire.*

*Bien qu'il ne soit pas nécessaire de suivre systématiquement les valeurs de LDL pour réduire les maladies cardiovasculaires, ces valeurs peuvent s'intégrer, au besoin, au suivi de l'adhésion au même titre que le calcul du risque cardiovasculaire et de l'âge cardiovasculaire.*

*Les patients âgés de plus de 75 ans ou atteints de comorbidités importantes sont plus susceptibles de subir des effets indésirables des statines, et les doses devraient être réévaluées régulièrement chez ces personnes. Les douleurs musculaires ne sont pas toujours associées à une élévation de la CK.*

*Bien qu'un arrêt d'une semaine de la prise de statines permette généralement d'objectiver le lien de causalité, il est parfois nécessaire de poursuivre cet arrêt au-delà de cette période, ou quelquefois de refaire des arrêts-réintroductions, pour voir disparaître les effets indésirables.*



### Siège social

2535, boulevard Laurier, 5<sup>e</sup> étage  
Québec (Québec) G1V 4M3  
418 643-1339

### Bureau de Montréal

2021, avenue Union, bureau 10.083  
Montréal (Québec) H3A 2S9  
514 873-2563

[inesss.qc.ca](http://inesss.qc.ca)

