

La diète prudente Est-elle bien raisonnable

Marian Apfelbaum

Abondance alimentaire et pléthore de prescriptions savantes : voici un environnement nouveau pour Homo sapiens, cet omnivore, tenu d'apprendre à faire les bons choix pour se nourrir. Les savoirs collectifs composent désormais avec une rhétorique de la magie.

J' en veux un peu à la prudence humaine ; je me souviens de quelques tours qu' elle a faits, dignes de risée ; la voilà décriée pour jamais.

Madame de Sévigné, *Lettres*

Notre comportement alimentaire a, depuis l'origine de l'espèce, des déterminants multiples. L'appétit et les appétits spécifiques, tels par exemple ceux pour les protéines et le sel, sont biologiquement préprogrammés.

Mais le déterminisme biologique, parfaitement suffisant chez les monovores - un veau n' a pas à apprendre que l' herbe est la nourriture qui lui convient - ne l' est guère chez les omnivores. Et les rats, et les cochons, et les hommes ont besoin d' apprendre les bons choix alimentaires. Or ils les apprennent non par une méthode individuelle des essais et des erreurs, mais à partir d' un savoir collectif, celui-ci se constituant, le long des générations, sous la forme d' un corpus de croyances, certaines confirmées par l' expérience, d' autres entièrement symboliques ou magiques, tels le jeûne à l' approche du Sacré, ou les interdits religieux ; elles peuvent concerner parfois des aliments même parfaitement « sains », et toucher une collectivité entière ou, sous la forme d' un tabou, un sous-groupe. Nous sommes biologiquement construits pour croire, en termes finalistes, que les interdits alimentaires sont nécessaires à la survie de l' espèce. Et nous continuons à les respecter, identiques en cela à nos ancêtres et fidèles à notre destin d' omnivores, dans

un environnement nouveau, caractérisé et par l'abondance des choix, et par un langage scientifique devenu dominant. Mais le lien magique entre l'interdit et l'espoir de la récompense (ou de la punition), ici ou ailleurs, demeure.

En cela, la « diète prudente » est exemplaire, car elle porte en elle la promesse d'une longévité presque infinie, substitut moderne de l'immortalité.

Définissons d'abord la diète prudente et son objectif. Il est conseillé de diminuer la consommation du cholestérol alimentaire en dessous de 300 mg par jour, de réduire la part des lipides à moins de 30 % des calories totales, celle des acides gras saturés à moins du tiers de tous les acides gras, en compensant cette dernière diminution par une augmentation des acides gras mono et poly-insaturés. En pratique, pour satisfaire en même temps à ces trois conditions, il serait nécessaire de supprimer les œufs et les abats, riches en cholestérol, de bannir la charcuterie, trop grasse, ainsi que le beurre, le lait entier et les fromages faits à partir de ce lait, de remplacer la viande de bœuf et de porc par le poisson et la volaille, plus maigres, et d'augmenter l'usage des huiles végétales et de la margarine, riches en acides gras mono et poly-insaturés.

L'objectif est de diminuer le taux de cholestérol sanguin, afin de diminuer le risque de maladie coronarienne et d'augmenter ainsi, en fin de compte, l'espérance de vie.

Le concept vient des Etats-Unis, où il est né dans les années 60. À l'origine, deux séries d'arguments, l'une tirée de l'épidémiologie, l'autre de la pathologie. Dans le domaine de l'épidémiologie nutritionnelle, Ancel Keys, le fondateur de cette discipline, a d'abord constaté que, dans les pays du tiers monde, l'alimentation est à la fois maigre et très pauvre en graisses d'origine animale. Le taux de cholestérol sanguin est bas, et la morbidité (ainsi que la mortalité) coronarienne, très basse ; et, en contraste point par point, aux États-Unis, la consommation de lipides est forte (40 % des calories totales) ; le taux moyen de cholestérol sanguin est très élevé ; la maladie coronarienne est la première cause de mortalité, comptant pour plus de 30 % de la mortalité globale. D'où il a été tiré ce raisonnement simple et convaincant : le cholestérol alimentaire et les graisses saturées alimentaires sont causes du taux de cholestérol élevé, et celui-ci à son tour est cause de la

maladie coronarienne. Donc, en poursuivant le raisonnement en forme de syllogisme, on obtient la séquence suivante : en majeure, si on diminue la cause première, en mineure on diminuera la cause secondaire, et en conclusion on diminue la prévalence de la maladie¹.

Ce raisonnement est-il raisonnable ? Oui et non. *Oui*, car il est vrai que les changements alimentaires proposés dans le cadre de la diète prudente diminuent le taux de cholestérol total, et qu'un taux de cholestérol très élevé est un grand risque coronarien. *Non*, car pour la plupart d'entre nous, suivre de tels conseils aurait en termes d'espérance de vie un effet global nul et, pour d'autres, un effet global néfaste.

Des facteurs et des hommes

Mais comment un syllogisme dont la majeure et la mineure sont justes peut-il aboutir à une conclusion fautive ou partiellement fautive ? Tout simplement parce que les termes utilisés peuvent ne pas avoir l'universalité nécessaire. L'exemple le plus classique est : les chevaux bon marché sont rares ; tout ce qui est rare est cher ; donc les chevaux bon marché sont chers. Le défaut du raisonnement est dans la mineure : l'affirmation que tous les objets rares sont chers est une extrapolation non légitime à partir d'une observation plus modeste : certains objets rares sont chers, mais d'autres ne le sont pas. Dans le cadre de notre sujet, c'est aussi surtout la mineure qui a été extrapolée : la diminution du taux de cholestérol est préventive pour certains, mais pas pour tous (d'ailleurs, la majeure et la conclusion sont elles-mêmes quelque peu imparfaites).

Choisissons deux des arguments en faveur de notre thèse parmi le grand nombre d'arguments disponibles².

Oui. - Soit un sujet, qu'importent son âge et son sexe, atteint d'une hypercholestérolémie familiale, maladie génétique très fréquente (1/500). Ou encore un autre sujet, homme de la quaran-

1. En toute rigueur, le syllogisme classique se décompose ainsi :
 majeure : un taux de cholestérol bas réduit les risques de maladies coronariennes ;
 mineure : une « diète prudente » diminue le taux de cholestérol ;
 conclusion : grâce à une « diète prudente », on réduit la prévalence de la maladie.

2. Voir M. Apfelbaum, *Vivre avec son cholestérol*, Paris, Le Rocher, 1993.

taine, chez qui l'on découvre un taux de cholestérol modérément élevé, mais de plus d'autres facteurs de risque coronarien, outre son sexe et son taux de cholestérol (il est diabétique et/ou obèse, et/ou hypertendu, et/ou rumeur, et sédentaire de surcroît). Ils ont tous deux une forte chance d'être victimes d'un infarctus du myocarde. Pour tous deux il est raisonnable de suivre une diète « prudente », accompagnée pour le premier de médicaments hypolipémifiants, et pour le deuxième d'autres mesures adéquates à chacun de ses facteurs de risque. Car il est scientifiquement démontré qu'ainsi pour tous deux le danger coronarien aura diminué.

Non. - Considérons maintenant une jeune femme française ayant un taux de cholestérol bas ou moyen ou modérément élevé. On sait qu'entre vingt-cinq ans et quarante-quatre ans la mortalité des femmes par maladie coronarienne est d'un petit nombre de dizaines, pour une population de l'ordre de grandeur de 15 millions. Puisque notre femme n'est pas porteuse d'une maladie génétique grave, son risque coronarien jusqu'à la ménopause est nul, et pour elle la diète prudente ne saurait être efficace puisqu'elle ne peut diminuer le risque en dessous de zéro. De plus, une très attentive étude de tous les essais publiés dans le monde permet de conclure qu'il n'y a chez les femmes (mais les femmes âgées ont été très peu étudiées) aucun bénéfice, en termes de maladie coronarienne, à avoir un taux de cholestérol bas ou abaissé³. Cette même étude montre également, toutefois, que le quart des femmes dont le cholestérol est le plus bas sont atteintes d'une surmortalité, toutes causes confondues, par augmentation de la mortalité due au cancer et à d'autres causes non médicales. Ce qui est vrai aussi pour les hommes, mais chez eux il y a bénéfice coronarien par abaissement du cholestérol, de telle sorte qu'à droite de la courbe, dans la zone du cholestérol élevé, il y a danger coronarien ; à gauche, dans la zone du cholestérol bas, il y a danger de mort pour cause non coronarienne ; c'est donc au milieu qu'ils sont statistiquement le plus en sûreté.

Ainsi, nous venons de démontrer que la mineure est non universelle : affirmer que la diminution du cholestérol sanguin diminue et la mortalité coronarienne et la mortalité générale est vrai pour certains, faux pour d'autres. Or les études prospectives

3. Voir *Cholédoc*, n° 15, janvier 1993.

confirment ce raisonnement : l'ensemble de telles études au cours desquelles le cholestérol sanguin a été abaissé par diète prudente ou par l'association d'une diète prudente et de médicaments hypolipémifiants, ou bien encore par des médicaments hypolipémifiants sans diète, dans des groupes de sujets tirés au sort et comparés à des groupes de sujets témoins, a abouti, en termes de mortalité totale, à des résultats qui s'annulent parfaitement les uns les autres.

En pratique, la « diète prudente », comme toute action en elle-même, est dépourvue de raison. C'est l'homme agissant qui peut être - ou ne pas être - raisonnable. Lorsque cet homme est une femme, il est déraisonnable qu'il observe une diète prudente. Et lorsqu'il est vieux, il est dangereux qu'il change de diète. Et lorsqu'il est en danger coronarien dûment et individuellement constaté, pour lui, et lui seul, l'usage de la diète prudente est vraiment prudent.

Marian Apfelbaum