

## Régimes anti-obésité, anti-cholestérol, anti-vieillesse

### Régime anti-cholestérol.

par

**Marian Apfelbaum**

On sait depuis un demi-siècle qu'il y a une relation entre le taux de cholestérol sanguin et la prévalence des maladies coronariennes : l'exemple le plus spectaculaire est celui de l'hypercholestérolémie familiale, maladie génétique au cours de laquelle, dans sa forme homozygote (l'individu a reçu le gène défectueux de chacun de ses deux parents), le taux de cholestérol sanguin dépasse trois grammes par litre, et parfois cinq. La maladie coronarienne s'exprime, sous forme d'infarctus du myocarde, très tôt, parfois dès la grande enfance.

Le raisonnement selon lequel « le cholestérol sanguin se dépose dans les coronaires et les bouche, ce qui provoque l'infarctus ; une alimentation riche en graisses et en cholestérol augmente le taux de cholestérol sanguin ; donc, une alimentation pauvre en graisses et en cholestérol préviendra l'infarctus » fut irrésistiblement efficace. Il a été rapidement raffiné par les connaissances sur les effets de la nature des graisses : les graisses « saturées », c'est-à-dire celles composées des acides gras sans doubles liaisons, augmentent le taux de cholestérol et donc sont mauvaises ; celles dites « poly-insaturées », c'est à dire riches en acides gras comportant plusieurs doubles liaisons diminuent le taux de cholestérol et sont donc bonnes. On trouve les graisses saturées dans les aliments d'origine animale, viandes et laitages ainsi que dans des graisses d'origine végétale, les graisses poly-insaturées dans certaines huiles, telles celles de maïs, de colza, de tournesol, de soja. On trouve le cholestérol dans les produits animaux gras.

Ce raisonnement, cette classification des aliments en bons et mauvais, eut un succès prodigieux, surtout aux Etats- Unis, qui avaient déjà le précédent de la prohibition de l'alcool, mais aussi dans le reste du monde. Le gouvernement des Etats-Unis l'a épousé au point de le recommander à tous les Américains et de conditionner les subventions aux cantines à l'observance des règles. Les industriels en ont fait le cheval de bataille de la vente de margarines; on a fabriqué des petits pots de crème à l'huile de soja garantis sans crème, que les Américains consomment par milliards; on a obtenu des œufs dont le jaune ne contient pas de cholestérol (par malchance ils sont verts, ce qui a gêné leur succès) Le comble du zèle des croisés de la lutte contre le cholestérol fut de proclamer que le lait maternel est trop riche en graisses animales et doit être remplacé !

En fait, on a progressivement appris que le raisonnement princeps est si simpliste que la plupart des prescriptions qu'on en a tirées sont inutiles, et certaines même nocives pour la santé. Nous en donnerons cinq exemples : le « bon » cholestérol, le rôle du sexe, le « paradoxe français », les acides « trans », le rôle de l'âge.

#### **Le « bon cholestérol »**

Le qualificatif a l'avantage de la simplicité : évidemment, le cholestérol n'est ni « bon » ni « mauvais » ...

Le cholestérol provient pour partie de l'alimentation, pour partie de la synthèse hépatique. Comme il est insoluble dans l'eau, il est transporté dans des protéines spécialisées qui ont une face lipophile pour le cholestérol et une face hydrophile pour le plasma. Du foie, où il se trouve après digestion ou synthèse, il est transporté vers tous les organes, qui en ont tous besoin, alors que seul le foie en fabrique, par les LDL ou les protéines de basse densité : il

est dit « mauvais » car, transporté en excès, il facilitera la plaque d'athérome coronarienne et le risque de l'accident. Le cholestérol en excès dans les tissus retournera au foie transporté par les HDL, ou protéines denses : il est dit « bon » car, transporté en grande quantité, il mettra le sujet à l'abri d'un excès de cholestérol LDL et des autres facteurs de risque.

Les taux respectifs du LDL et du HDL dépendent de la génétique et de l'alimentation. Aux extrêmes, il y a :

- d'une part, les sujets ayant des hypercholestérolémies familiales, en fait des hyperLDLémies, en très grand danger, et ce même s'ils sont d'une sagesse ascétique : il faut les soigner par médicaments, ou par chirurgie, ou par manipulation génétique ;
- d'autre part, les syndromes de longévité, des hyperHDLémies, ceux qui ne feront jamais un infarctus même si, à la fois, ils se goinfrent de graisses, sont obèses, sédentaires, hypertendus et fumeurs.

Entre ces deux extrêmes, le reste du peuple pour qui :

- un régime pauvre en graisses, ou pauvre en graisses saturées, ou enrichi en graisses poly-insaturées, fera baisser le cholestérol total et abaissera à la fois et le LDL et le HDL;
- un régime riche en graisses saturées augmentera le taux de cholestérol, à la fois LDL et HDL.

Selon la nature du sujet, l'un ou l'autre de ces deux effets prédominera et, selon cette nature, le régime dit « prudent », c'est à dire pauvre en graisses saturées, aura des effets peut-être bénéfiques, peut-être nuls, et même peut-être néfastes. Il faut des examens plus complets que le seul dosage de cholestérol pour décider si le sujet a besoin d'un régime et lequel.

### **Le sexe**

L'infarctus du myocarde est une maladie d'homme. Les femmes en sont protégées, sauf celles qui sont victimes de l'exceptionnelle malédiction génétique : celles-ci doivent être dépistées et traitées. La protection dont bénéficient les femmes est due aux oestrogènes et disparaît à la ménopause. Mais, pour la rétablir alors, il suffit d'un traitement hormonal substitutif. Citons, pour être plus complet, les rares femmes qui ont dû subir une ablation d'ovaires et auxquelles, pour des raisons médicales, on ne peut pas donner des oestrogènes : elles, et elles seules, partagent avec les hommes le danger coronarien.

Pour les autres femmes, l'immense majorité, les dosages répétés du cholestérol, les régimes, les consultations et les publicités, ne peuvent s'expliquer que par un mélange, en proportions variables, de connerie et d'escroquerie.

### **Le « paradoxe français »**

Si le raisonnement cité au début de cet article était vrai, un pays où, en moyenne, l'alimentation est grasse, la part des graisses saturées forte, les produits diététiques peu répandus, une politique nutritionnelle nationale absente, et le cholestérol sanguin plutôt élevé, devrait avoir une morbidité et une mortalité coronariennes fortes. Or, avec ces facteurs de risques nutritionnels défavorables, comparativement aux Etats-Unis, les maladies coronariennes sont, en France, deux fois moins fréquentes. Les tentatives d'explication sont nombreuses. La seule démontrée, mais elle est insuffisante à elle seule, est l'effet favorable de la consommation régulière de boissons alcoolisées ...

### **Acides gras « trans »**

Pour éviter les effets néfastes du beurre, riche en acides gras saturés, on nous a proposé les margarines, plus riches en acides gras poly-insaturés. On les fabrique en mélangeant des matières grasses, en particulier des huiles. Pour rendre le mélange non liquide, mais onctueux à point, on « sature » industriellement les huiles, c'est-à-dire on ferme une partie de leurs doubles liaisons par de l'hydrogène. La configuration naturelle, chez les végétaux et les animaux, est presque exclusivement « cis »; celle qu'on obtient par saturation industrielle est moitié « cis », moitié « trans ». Or, on a découvert que les « trans » sont particulièrement défavorables en termes de maladie coronarienne.

Certes, l'industrie margarinière offre depuis des produits pauvres en «trans ». Mais la morale de cette histoire est que, lorsqu'on abandonne un mode alimentaire traditionnel pour un mode alimentaire ou un produit moderne censé être particulièrement bon pour la santé, le remède est parfois (souvent ?) pire que le mal.

### **Age**

Chez les femmes, sauf familles à haut risque, rien jusqu'à la ménopause. Et, après la ménopause, encore rien si un traitement substitutif est utilisé.

Chez les hommes, une détermination du cholestérol et surtout, de ses formes de transport, est nécessaire dès l'âge de trente ans. Si un régime a été prescrit, il faut vérifier s'il a été utile, inefficace, voire nocif.

Chez l'enfant, aucun régime ne doit être prescrit : si l'excès de cholestérol est patent, mieux vaut utiliser d'emblée les médicaments.

Chez les gens âgés, jamais de régime anti-cholestérol pour deux raisons :

- un taux de cholestérol élevé n'est plus un facteur de risque coronarien ( les sujets à haut risque ne sont- ils pas déjà morts ?);
- la dénutrition étant le principal danger de la vieillesse, tout régime d'interdit est dangereux.

En conclusion, lorsque le régime anti-cholestérol est prescrit chez les sujets à risque et que son efficacité est surveillée, il est - seul ou accompagné de médicaments - de nature à normaliser l'espérance de vie. Conseiller à tous ce régime est au minimum idiot, au pire nocif. Le mode alimentaire français traditionnel offre une sécurité plus grande, sauf chez les individus porteurs de certaines anomalies génétiques, que les régimes.