

PAS DE RÉGIME, MAIS QUELQUES PRINCIPES DIÉTÉTIQUES SIMPLES...

Dr Jean-Yves Hindlet, d'après l'interview du Pr Jean-Paul Thissen*

* Service d'Endocrinologie et de nutrition, Clin. Univ. St-Luc, UCLouvain - BASO (Belgian Association for the Study of Obesity)

L'obésité est une maladie chronique et doit être abordée comme telle. La majorité des patients attribuent leur excès pondéral à un manque d'activité physique. Celle-ci est en effet quasi systématiquement insuffisante mais, en réalité, c'est bien souvent l'assiette qu'il faut changer! Pour obtenir une perte de poids durable, les régimes sont au mieux inefficaces, mais quelques conseils diététiques simples et soutenables dans le temps peuvent être mis en œuvre. Nous les présentons ici, de même que quelques sujets d'actualité fréquemment évoqués.

ÉVALUATION DE L'ALIMENTATION EN 5 POINTS

1) D'abord les **quantités**. Ce point est facile à investiguer. Pour une première approximation, on peut demander au patient de comparer avec les autres, qu'il s'agisse du conjoint, de collègues ou d'amis.

2) On s'intéresse ensuite à ce qui se passe entre les repas et donc aux **grignotages**. Typiquement, ceux-ci ne sont pas planifiés, sont à haute densité calorique et sont appréciés pour leurs vertus hédoniques.

3) Viennent après les **boissons caloriques**, qu'elles soient sucrées (les Belges sont champions d'Europe de la consommation de sodas!) et/ou alcoolisées. Rappelons que les jus de fruits sont de vraies bombes caloriques (même si frais, bio etc.).

4) De plus en plus, nous mangeons à l'extérieur – au restaurant ou chez des amis – et consommons des plats



Pr Jean-Paul Thissen

préparés. Les **repas préparés et consommés à la maison**, en famille, sont à privilégier.

5) Un point crucial est la **densité énergétique** des aliments régulièrement consommés (kcal/g). En pratique, je passe en revue la liste des aliments et je distingue les aliments «riches» (charcuteries, fromages, sauces, fritures, crème glacée...) de ceux qui le sont pas ou peu (essentiellement les légumes).

À l'anamnèse, un élément revenant très fréquemment est la faible consommation de légumes, surtout chez les hommes.

LE PROBLÈME DES ALIMENTS ULTRA-TRANSFORMÉS

Les aliments ultra-transformés sont décrits comme des préparations industrielles, généralement réalisées à partir de nombreux ingrédients. Ils ont pour caractéristiques d'être faciles à consommer et quasi addictifs. D'ailleurs, les aliments ultra-transformés représentent près d'un tiers de l'apport énergétique quotidien des Belges. *Par rapport aux aliments peu ou non transformés, les aliments ultra-transformés affichent généralement une densité nutritionnelle inférieure, une densité énergétique supérieure et un moindre coût par calorie.*

Il a été montré qu'une consommation importante d'aliments ultra-transformés est associée à des régimes alimentaires peu sains, au surpoids et à l'obésité, ainsi qu'à différentes maladies chroniques (cancer, diabète de type 2, maladies cardiovasculaires, syndrome de l'intestin irritable, dépression...), qui se traduisent par une mortalité accrue).

Ils sont évidemment à éviter...

MANGER UNIQUEMENT LORSQUE L'ON A FAIM?

La diététicienne avec laquelle je travaille préconise de ne manger qu'en cas de faim. Elle demande aux patients de distinguer la faim du besoin de récompense ou de gérer un stress. Pour ma part, je pense que l'on mange en cas de faim, mais aussi par anticipation des besoins à venir. Par exemple, je peux manger le midi même si je n'ai pas faim, car je sais que, si je saute ce repas, je risque de me jeter sur un en-cas hautement énergétique en cours d'après-midi.

Par contre, je suis totalement favorable à la «pleine conscience»! Quand on mange, on ne doit faire que ça! Pas question de le faire de manière «automatique», sans éprouver le moindre plaisir, devant la télévision ou l'ordinateur! Beaucoup de grignotages se font de manière automatique. Manger en pleine conscience permet de les éviter, mais aussi de mieux contrôler les quantités ingérées.

IMPORTANCE DE LA TEXTURE DES ALIMENTS

Il faut manger lentement, en mastiquant, de sorte que la satiété intervienne plus rapidement, avec pour conséquence une prise calorique inférieure.

Faire un régime, perdre du poids, en reprendre plus parce que la privation donne de la frustration qui entraîne la transgression, ce yoyo provoque l'obésité.

Les aliments à mastiquer sont à privilégier (vs aliments mous qui s'avalent rapidement). De même les aliments solides sont préférables aux liquides. Ainsi, un verre de jus d'orange contient environ 3 oranges; or on mange rarement 3 oranges d'affilée. (Principe: on prend du liquide pour prendre du poids et du solide pour en perdre).

À ce stade, nous avons évoqué des concepts de pleine conscience, de texture, de densité énergétique ou encore d'aliments ultra-transformés, mais pas de régime! **Le message se veut positif et encourageant.** Tout le monde s'accorde sur le fait que les restrictions entraînent des frustrations, lesquelles accroissent le risque de dérapage alimentaire. Déjà dans les années 70, la psychologue américaine Janet Polivy avait montré que les régimes favorisaient l'obésité. De mon expérience, il est plus facile d'obtenir une réduction de la fréquence que des quantités. Ainsi, si un patient me confie qu'il lui est «impossible» de renoncer aux frites, je lui demande de n'en manger qu'une fois par semaine, plutôt que deux. C'est moins frustrant et même s'il s'en sert une grosse portion, la quantité sera moindre que s'il en prenait au cours de deux repas.

LA RESTRICTION COGNITIVE

La majorité des gens ne pèsent pas leurs aliments. Certains jours, ils mangent plus et d'autres jours moins. In fine, leur poids reste assez stable grâce à des mécanismes inconscients de régulation de la prise alimentaire. Par contre, certains patients exercent un contrôle volontaire de leur prise alimentaire. Or plus de contrôle entraîne plus d'excès, ainsi que l'a montré Gérard Apfeldorfer (psychothérapeute, spécialiste du comportement alimentaire et du traitement des problèmes pondéraux). Ce contrôle



ne peut en effet être permanent, et des dérapages surviennent inmanquablement, de sorte qu'au mieux, leur poids ne diminue pas. Bien entendu, les patients n'évoquent pas ces périodes de désinhibition au cours de l'anamnèse (par culpabilité). La plupart du temps, ces patients ont fait de nombreux régimes. Ces patients doivent réapprendre à être à l'écoute de leurs sensations et à s'alimenter en fonction de ces dernières.

IL NE SUFFIT PAS DE SAVOIR POUR FAIRE

La plupart des fumeurs sont au courant des méfaits du tabac, mais cela ne suffit pas pour leur faire abandonner leurs habitudes. Dans leur célèbre ouvrage «L'entretien motivationnel», les américains Miller & Rollnick expliquent comment amener le patient à changer son comportement. Ils insistent notamment sur le fait qu'au-delà de la formulation, c'est la **motivation** qui importe. La seule recette «miracle» est personnelle. À mes questions introductives «de quoi vous plaignez vous?» et «que puis-je faire pour vous?», les patients se montrent perplexes. Ils s'attendent à des recommandations, et lorsque je les formule, ils déclarent les connaître, au moins dans les grandes lignes. La question n'est donc pas tant «que faire?» que «pourquoi le faire?». Qu'est ce qui les motive? Un problème de santé, une perte de poids requise pour une intervention chirurgicale, la pression de pairs/de la famille, etc. Les motivations apparaissent différentes pour les hommes et les femmes. De manière schématique, elles concernent plutôt la santé pour les premiers et sont d'ordre psycho-social pour les secondes (regard des autres...).

HALTE À LA GROSSOPHOBIE

Il faut évoquer ce fléau qu'est la stigmatisation des personnes obèses, dont les effets délétères sont incontestables et durables. Ils vont de la détresse émotionnelle – symptômes dépressifs, anxiété, faible estime de soi – aux troubles de l'alimentation, aux comportements alimentaires malsains, à la diminution de l'activité physique, à la prise de poids, à l'augmentation du stress physiologique et à l'évitement des soins de santé.

Paresse, manque de motivation, manque d'autodiscipline, manque de volonté... Ce ne sont là que quelques-uns des préjugés largement répandus pour expliquer le surpoids ou la forte corpulence de certaines personnes.

*Le corps médical n'échappe malheureusement pas au phénomène. Combien de patients rapportent qu'un médecin leur a dit qu'«il n'y avait qu'à perdre du poids!» (le fameux «yaka»!). C'est fausement facile! C'est comme de dire à un déprimé qu'il n'a qu'à se sentir mieux parce qu'il fait beau! **L'obésité est une maladie chronique à l'étiologie complexe** mêlant la génétique, l'environnement, l'histoire personnelle et familiale... **L'excès pondéral n'est en aucun cas un choix personnel!***

A contrario, on peut déplorer une campagne un peu malheureuse qui va en sens inverse et pousse les personnes obèses à s'accommoder de leur excès de poids et à trouver le bonheur en dépit de son existence. Certes, il faut se satisfaire de ce que l'on a, mais être heureux et obèse me paraît difficile; l'obèse préférera toujours avoir un poids plus faible. Un compromis est cependant possible. La normalisation du poids est un objectif utopique à l'échelle sociétale et (très) rarement atteint sur le plan individuel. En effet, on observe que lorsque l'excès de poids dure un certain temps, **l'organisme mémorise le poids maximum atteint et fait tout pour le conserver**. À poids égal, un ex-obèse aura plus de difficulté à maintenir son (nouveau) poids que la personne qui a toujours eu ce poids. Cela s'expliquerait par des taux plus bas de leptine («hormone de la satiété»), des taux plus élevés de ghréline («hormone de la faim») et un métabolisme de base inférieur chez l'ex-obèse. Au total, **l'objectif à atteindre est une réduction de poids de (5-)10%**. En effet, il a été montré qu'une réduction de 10% suffisait pour obtenir une «obésité métaboliquement saine» (diabète, stéatose...). Bien sûr, beaucoup espèrent mieux. Je suggère alors d'arriver d'abord à ces 10%, puis d'essayer d'aller plus loin ensuite. Très vite, deux questions se poseront: «qu'avez vous changé?» et «est-ce soutenable dans le temps?». Il est en effet primordial que les patients s'accommodent des changements et de leur nouveau style de vie, sans frustration, sinon les résultats obtenus seront éphémères.

DEUX PORTES DE SORTIE

Comme exposé plus haut, à l'anamnèse, je cherche les erreurs alimentaires et, parfois, je n'en trouve pas. Je pose alors la question suivante: «je n'en vois aucune maintenant, mais pouvez-vous m'assurer que cela a toujours été le cas?». Beaucoup de patients concèdent alors certaines erreurs **par le passé** (nombreux restaurants, grignotages, etc.). Il faut alors expliquer que nous ne sommes pas ce que nous faisons aujourd'hui mais bien le résultat de ce que nous avons fait par le passé. L'excès d'adiposité s'établit sur un temps long.

L'autre élément est la **sous-estimation des ingests**, pas tant du point de vue de leur quantité que de leur contenu calorique.

QUE PENSER DU JEÛNE INTERMITTENT?

Le jeûne intermittent est à la mode. Plusieurs méthodes sont proposées:

- jeûner 1 à 2 jours par semaine (environ un quart de l'apport calorique habituel) et manger à volonté les autres jours;
- alterner un jour de restriction avec un où jour on mange comme on veut;
- s'alimenter sur une période limitée – idéalement 8-10 heures par 24 heures semble-t-il – et rester à jeun le reste du temps (jeûne quotidien limité).

Le principe du jeûne intermittent est donc de restreindre le temps pendant lequel on est autorisé à manger, ce qui réduit l'apport calorique en limitant les occasions de manger. Certains estiment qu'il pourrait avoir des effets métaboliques bénéfiques indépendants de la restriction calorique. C'est du moins la théorie. Ses résultats sont en effet encore discutés.

Templeman et al. ont récemment rapporté que le jeûne alterné sans restriction énergétique (0:200%) était inefficace pour réduire la masse corporelle, mais aussi que le jeûne d'un jour sur deux (0:150%) réduit moins efficacement la masse grasse corporelle qu'un degré équivalent de restriction énergétique quotidienne (75:75%), sans que des effets bénéfiques du jeûne sur la régulation métabolique ou la santé cardiovasculaire soient mis en évidence (1).

En outre, il a été montré que certaines personnes «trichent» de manière inconsciente sur leur régime de jeûne intermittent, en mettant en place des comportements compensatoires, en accroissant les apports caloriques et en réduisant les dépenses physiques (de basse intensité) la veille des périodes de jeûne (2).

Quid de l'activité physique?

L'activité physique régulière et soutenue augmente la dépense énergétique, mais l'impact sur le poids est généralement dérisoire. En pratique, les 2h30/semaine d'activité physique recommandées sont largement insuffisantes pour induire une perte de poids significative, et elles ne sont que rarement atteintes, surtout par les personnes obèses, qui éprouvent des difficultés à se mobiliser et sont très vite essouffées. **Si l'activité physique aide à maintenir le poids, c'est bien l'alimentation qui permet d'en perdre.**

Les meilleurs résultats du jeûne quotidien limité sont obtenus lorsque l'on termine le jeûne nocturne tôt dans la matinée, en permettant à la personne de se nourrir sur une période courte (8 à 10 heures par jour: par exemple entre 8 heures et 16 heures ou 8 heures et 18 heures), mais en observant le jeûne le reste du temps, en ayant seulement le droit de s'hydrater avec de l'eau. Cette façon de procéder est cependant peu compatible avec les heures de bureau et encore moins avec l'habitude du repas familial vespéral. Son impact sur le poids est encore discuté. Par contre, elle améliorerait différents paramètres cardio-métaboliques (glycémie, sensibilité et sécrétion d'insuline, tension artérielle et stress oxydatif, mais pas les lipides sanguins). En outre, le jeûne quotidien limité implique de rester à jeun la nuit – cela peut paraître évident, mais c'est de moins en moins fréquent aujourd'hui – bien que cela rencontre une recommandation de l'AHA (2017). On sait que manger et travailler la nuit est associé à des risques de prise pondérale, de syndrome métabolique et de diabète, ou encore de maladie cardiovasculaire. En outre, la pratique du jeûne quotidien limité évite de grignoter et/ou de consommer de l'alcool en cours de soirée. Sans compter qu'un même aliment n'a pas le même impact métabolique selon qu'il est mangé le matin ou le soir.

Pour certains patients, focaliser son attention sur le rythme alimentaire peut être plus efficace que se concentrer sur le nombre de calories ou sur les aliments interdits/permis. Cette démarche peut amener à améliorer aussi, sans le vivre comme une contrainte, la qualité de son alimentation. Rappelons une chose simple en nutrition: **il faut trouver pour chacun la méthode acceptable qui conduit à manger moins et mieux.** ■

Références

1. Templeman I, et al. Science Translational Medicine 2021;13(598):eabd8034.
2. Clayton D. Intermittent fasting: if you're struggling to lose weight, this might be why. theconversation.com