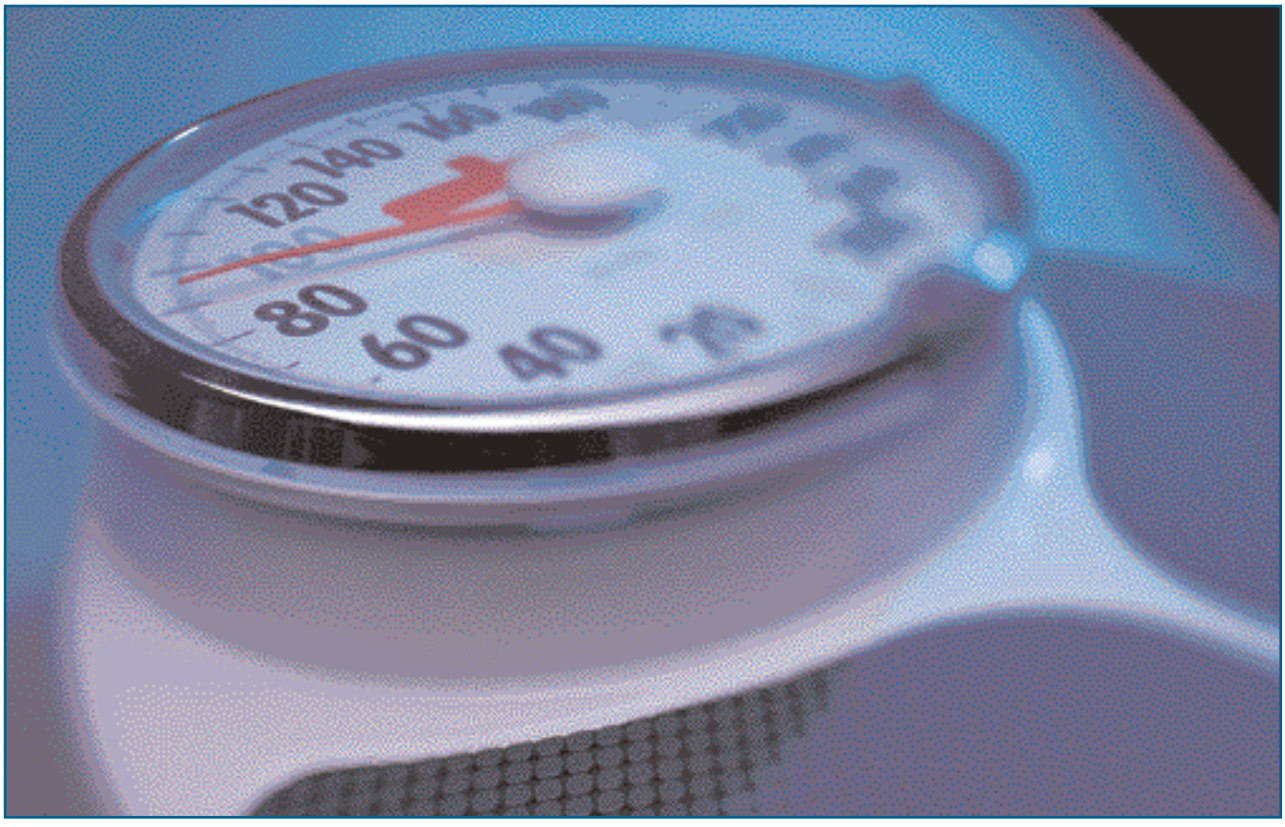
Les régimes miracles

GROSSES PROMESSES, maigres résultats



L'obésité est beaucoup plus qu'un problème cosmétique. Ses multiples comorbidités rendent essentiel son traitement énergique. Toutefois, ce traitement est extrêmement frustrant pour le clinicien, qui voit trop souvent ses patients devenir victimes de l'industrie de la perte de poids et reprendre aussi vite le poids qu'ils perdent. L'auteur donne son opinion sur les différents moyens employés pour perdre du poids.

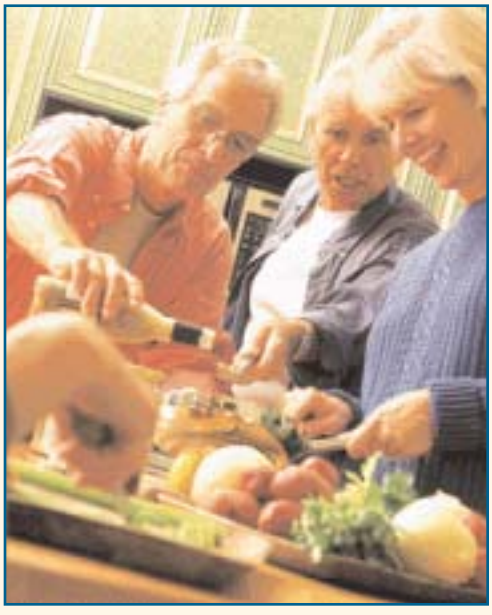
par François Melançon, M.D.

Le **Dr Melançon** est omnipraticien, Clinique Générations médecine familiale, Asbestos.

Comme le mode d'alimentation nord-américain se répand partout dans le monde, l'obésité constitue un problème de santé majeur au plan international dont les implications vont bien au-delà du simple aspect esthétique. Au Canada, 35 % des hommes adultes et 27 % des femmes adultes sont obèses.[1]

Les régimes et la perte de poids

En bref :
Les régimes et la perte de poids
Grosses promesses, maigres résultats



Pourquoi est-il important d'aider nos patients à perdre du poids?

En aidant nos patients à perdre du poids, nous prévenons des comorbidités telles que le diabète de type 2, l'hypertension et la dyslipidémie, les maladies cardiaques et vasculaires, l'apnée du sommeil, les lithiases vésiculaires, la goutte, l'arthrose ainsi que les cancers du côlon et de l'endomètre, et nous aidons nos patients à avoir une meilleure qualité de vie.

Comment peut-on aider nos patients à venir à bout de leur obésité?

Il ne suffit pas de recommander aux patients de perdre du poids et de leur donner de vagues conseils du type « coupez vos portions » et « prenez rendez-vous avec la diététicienne ». Les patients ont alors plutôt tendance à utiliser la dernière méthode à la mode pour perdre du poids sans effort. Or, les régimes alimentaires à la mode sont souvent dangereux pour la santé, font perdre du poids beaucoup trop rapidement et sont souvent déséquilibrés.

Une alimentation riche en fibres et pauvre en cholestérol et en gras saturés, riche en gras végétaux, avec une haute proportion de protéines végétales et une consommation totale très modérée en protéines demeurera toujours une excellente alimentation pour la vie. Cela dit, un régime alimentaire ne fonctionnera vraiment que s'il est associé à une augmentation du métabolisme de base induite par de l'exercice physique modéré.

L'obésité et les maladies métaboliques

L'obésité est associée à une foule de maladies métaboliques :

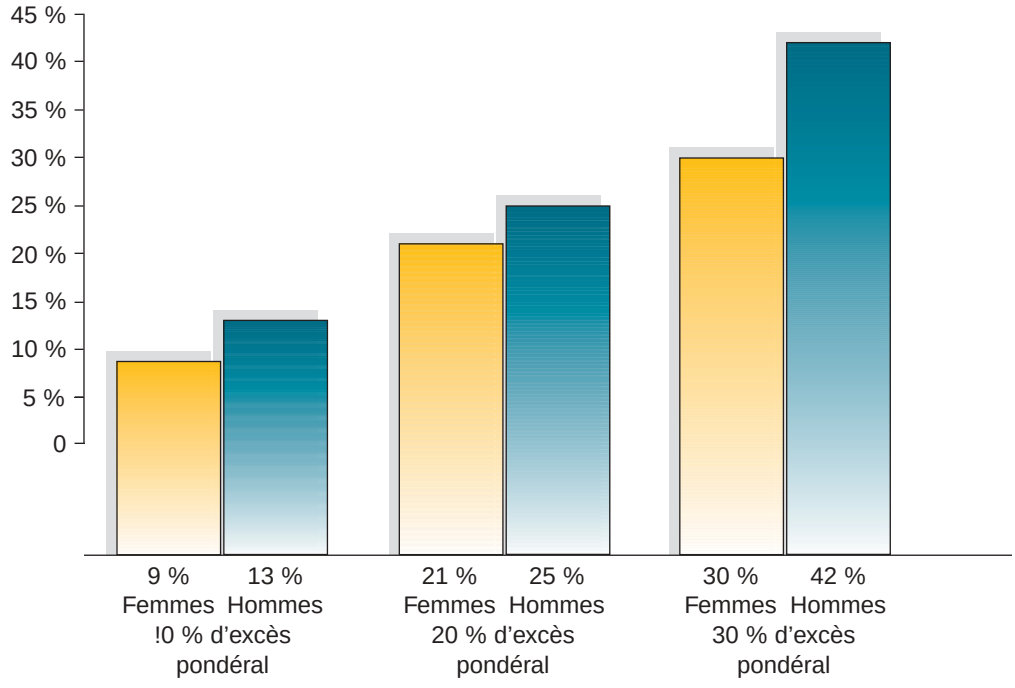
- l'hypertension, la maladie cardiaque, l'hypercholestérolémie et le diabète de type 2 chez les personnes des deux sexes;
- le cancer du côlon et de la prostate chez les hommes;
- les maladies de la vésicule biliaire, le cancer du sein, de l'utérus (endomètre) et de l'ovaire chez la femme.

On a estimé que 7,8 % des coûts de santé aux États-Unis sont reliés directement à l'obésité.[2] Au Canada, on a estimé que les coûts sociaux et économiques de l'obésité s'élèvent approximativement à deux milliards de dollars par année.[2]

En aidant nos patients à perdre du poids, nous agissons à plusieurs niveaux, bien au-delà du simple

Figure 1

La mortalité cardiaque



aspect cosmétique qui motive habituellement les patients :

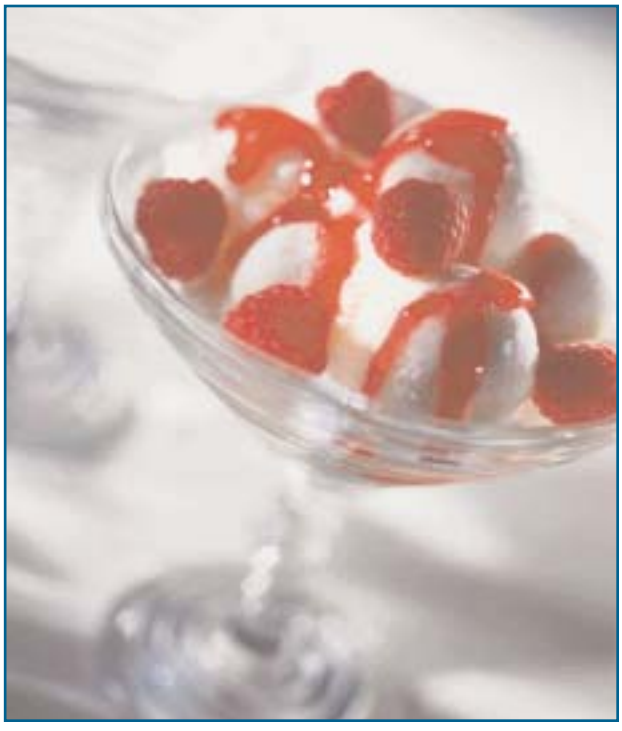
- nous prévenons les comorbidités telles que le diabète de type 2, l'hypertension et la dyslipidémie, les maladies cardiaques et vasculaires, l'apnée du sommeil, les lithiases vésiculaires, la goutte, l'arthrose et les cancers du côlon et de l'endomètre;
- nous aidons ces patients à avoir une meilleure qualité de vie.

L'obésité et la mortalité

Bien des études ont démontré qu'il existe une relation directe entre l'obésité et la mortalité.[3] Plus l'obésité est importante, plus le risque de décès est grand, quelle qu'en soit la cause. Cette relation est plus importante pour les hommes, en raison du type d'obésité dont ils souffrent (obésité abdominale ou androïde). Si l'on regarde plus spécifiquement la mortalité cardiaque, la prévalence devient encore beaucoup plus élevée chez les hommes obèses que chez les femmes obèses.

La mortalité cardiaque

Un chercheur de Québec, le Dr Després, s'est penché sur la question. Il cherchait à comprendre pourquoi certains patients, dont les profils lipidiques



La faim explique l'insuccès du conseil « coupez vos portions ». On peut nier sa faim un certain temps, mais elle refait toujours surface et c'est à ce moment que les résolutions s'envolent devant des plats soudain plus appétissants les uns que les autres.

semblaient peu impressionnants, souffraient quand même de maladie cardiaque.[4-6]

Son analyse lui a permis d'identifier certains nouveaux facteurs de risque de la maladie cardiaque. Il a notamment découvert que le risque cardiaque augmentait de façon importante lorsque le tour de taille (mesuré à mi-chemin entre le bas des côtes et le haut des hanches) atteignait ou dépassait 100 cm chez les gens âgés de 40 ans et moins et 90 cm chez les gens âgés de plus de 40 ans.

Avant cette découverte, on utilisait l'indice de masse corporelle (IMC), un indice qui correspond à la relation entre la taille et le poids pour définir l'obésité (IMC = poids/taille^2 [kg/m^2]). Cet IMC ne permet malheureusement pas de savoir quel est le risque cardiaque d'un patient. Certains patients dont l'IMC est normal courent quand même un risque élevé d'infarctus. Les facteurs découverts par le Dr Després permettent d'identifier ces patients. Il s'agit simplement de savoir où se font les dépôts graisseux. Si le gras se dépose dans les seins, les fesses, les cuisses et les hanches, on parle d'obésité gynoïde (typique de la femme). Cette forme d'obésité n'augmente pas le risque cardiaque.

Si le gras se dépose surtout dans l'abdomen, on parle d'obésité androïde (typique des hommes). Cette forme d'obésité est associée à une élévation importante du risque cardiaque parce qu'elle correspond non seulement à la graisse sur l'abdomen, mais surtout à la graisse dans l'abdomen.

Si l'on compare un homme et une femme obèses ayant un même IMC, l'homme a deux fois plus de graisse intra-abdominale que la femme et est beaucoup plus à risque de souffrir de maladies cardiaques. La femme est relativement protégée jusqu'à sa ménopause, mais elle perd sa protection relative après cette période. En effet, à partir de la ménopause, la taille de la femme prend peu à peu de l'expansion et, même si son IMC ne change pas, sa proportion de graisse abdominale augmente progressivement et elle présente bientôt un risque cardiovasculaire presque aussi élevé que celui de l'homme.

Pourquoi un gros abdomen, quel que soit l'IMC, est-il associé avec un risque élevé d'infarctus? L'équipe du Dr Després a découvert que les patients qui souffraient d'obésité abdominale

importante et qui avaient des triglycérides à jeun élevés (plus de 2 mmol/L) couraient un risque de 80 % de présenter certains marqueurs biochimiques :

- la résistance à l'insuline;
- un taux plasmatique élevé d'apolipoprotéines B;
- l'apparition dans le sang de particules de cholestérol petites et denses ayant un potentiel athéromagène élevé.

Cette triade augmente 20 fois le risque de maladie coronarienne chez les hommes dans la cinquantaine.

Comme on accumule plus de graisse dans l'abdomen en vieillissant, il est de plus en plus important de restreindre le tour de taille. Quelle que soit la taille (hauteur) d'un individu, un tour de taille de 100 cm ou plus pour les patients âgés de moins de 40 ans ou de 90 cm ou plus pour les patients âgés de plus de 40 ans est associé dans 80 % des cas à une résistance à l'insuline et à l'augmentation du taux plasmatique d'apolipoprotéines B.

Les bonnes nouvelles. En perdant du poids, le corps se débarrasse préférablement de la graisse viscérale, ce qui veut dire qu'une perte de 4 ou 5 kg seulement se traduit par une très grande diminution du risque cardiaque.

La meilleure façon de perdre du poids consiste à associer certains changements diététiques mineurs à un exercice d'intensité modéré, car l'exercice fera augmenter les concentrations plasmatiques de lipoprotéïnes de haute densité (HDL pour *high density lipoproteins*) et ramenera le rapport entre le cholestérol total et le cholestérol HDL à 5 ou moins.

Cette nouvelle méthode de détection du risque cardiaque permet d'identifier des patients qui seraient autrement passés au travers des mailles du filet de dépistage : on parle des hommes non fumeurs, non diabétiques, ayant un taux de cholestérol sanguin normal, mais des concentrations plasmatiques de triglycérides élevées et qui présentent un IMC normal, mais un tour de taille élevé.

Les méthodes pour perdre du poids

Il ne suffit pas de recommander aux patients de perdre du poids et de leur donner de vagues conseils du type « coupez vos portions » et « prenez rendez-vous avec la diététicienne ». Ils auront alors plutôt tendance à utiliser la dernière méthode à la mode pour perdre du poids sans effort.

Certains ont vu le potentiel énorme que représentent les 55 % d'obèses en Amérique du Nord. L'industrie de la perte de poids s'en donne à cœur joie, chacun y allant de sa petite théorie et de sa méthode miracle, et les consommateurs, bien intentionnés mais mal informés, dépensent chaque année des milliards de dollars pour perdre un poids qu'ils regagneront en général beaucoup plus rapidement qu'ils ne l'auront perdu. Les méthodes utilisées sont souvent dangereuses pour la santé, font perdre du poids beaucoup trop rapidement et sont souvent déséquilibrées.

Toutes les méthodes de perte de poids (les bonnes comme les mauvaises) sont basées sur le principe de base suivant : pour être efficaces, tous les régimes amaigrissants, sans exception, doivent fournir moins de calories que le corps en brûle. Point.

Il n'existe que trois façons efficaces de perdre du poids avec un régime amaigrissant :

- on peut diminuer les portions;
- on peut avoir une alimentation riche en protéines et pauvre en glucides complexes; ou

On estime que le fait de doubler l'apport en protéines dans l'alimentation augmente le calcium urinaire de 50 %. La consommation d'une quantité excessive de protéines accélère l'ostéoporose.

- on peut avoir une alimentation riche en glucides complexes et basse en lipides.

Les deux premières façons ne réussissent que très rarement à donner les résultats désirables, soit une perte de poids durable sans compromettre la santé.[7]

Couper les portions

On peut bien sûr perdre du poids en coupant ses portions, mais pour que les résultats soient durables, cette méthode demande une volonté de fer que très peu d'individus possèdent. Cette méthode ne s'attaque pas non plus aux carences nutritives majeures de l'alimentation des Nord-Américains. Si l'on considère simplement l'alimentation nécessaire pour faire baisser les taux d'homocystéine dans le sang, la consommation quotidienne recommandée de légumes verts, de haricots, d'agrumes ou de jus de fruits devrait suffire à fournir à l'organisme les 400 microgrammes d'acide folique qui lui sont nécessaires. Malheureusement, en Amérique du Nord, moins de 5 % de la population s'alimente ainsi.

La faim explique l'insuccès du conseil « coupez vos portions ». On peut nier sa faim un certain temps, mais elle refait toujours surface et c'est à ce moment que les résolutions s'envolent devant des plats soudain plus appétissants les uns que les autres.

Les régimes amaigrissants à haute teneur en protéines

Les régimes amaigrissants à haute teneur en protéines et pauvres en glucides complexes comprennent pour la plupart des aliments très riches en lipides et en cholestérol qui ont malheureusement été associés à la maladie cardiaque et au cancer. Ce sont cependant des régimes amaigrissants qui ont été popularisés par plusieurs auteurs, comme le Dr Paul Thomas, dans son livre *L'obésité, une maladie qui s'attrape*, Michel Montignac dans ses nombreux livres dont *Je mange donc je maigris... et je reste mince!* et le Dr Robert Atkins dans ses nombreux volumes dont le désormais célèbre *Dr. Atkins' New Diet Revolution*.[8-10] Ces livres promettent de nous sauver du « danger métabolique » de la consommation de glucides complexes, dénoncés comme étant responsables de la résistance à l'insuline et, par effet rebond, de la maladie cardiovasculaire et du cancer.

Encouragés par les auteurs de ces livres à consommer encore plus de ce qu'ils aiment, les Nord-Américains ont augmenté leur consommation de

viande de façon presque exponentielle : en 1999, les restaurants canadiens ont servi 230 000 repas de steaks de plus que l'année précédente.

Ces régimes amaigrissants à haute teneur en protéines promettent une perte de poids facile en suggérant que 25 % des calories proviennent des protéines, tandis que les recommandations « santé » demandent que cette proportion ne dépasse pas 15 % à 20 %.[7]

Le problème avec cette méthode, c'est que si elle est efficace pour perdre du poids, elle constitue un risque important pour la santé. Les gens qui suivent ces régimes perdront du poids rapidement au début. Ce sera surtout de l'eau et du sel. Cette perte de poids rapide les encourage. Comme ils consomment peu de glucides complexes, ceci augmente les corps cétoniques du corps, ce qui déprime l'appétit et rend le régime amaigrissant plus facile à suivre.

Cependant, bien des gens ne se rendent pas compte que même si manger autant de protéines animales qu'on le veut peut sembler intéressant, cette absence de variété rend la nourriture moins attrayante et les gens perdent du poids simplement parce qu'ils absorbent moins de calories (le premier principe de la perte de poids).

Le problème continue lorsque les gens veulent maintenir leur poids, une fois leur objectif atteint. Un régime de maintien à haute teneur en protéines animales de 1 600 kcal fournit plus de 800 mg par jour de cholestérol, 20 % ou plus des calories proviennent des gras saturés et ce régime amaigrissant contient très peu de fibres.

Ces proportions sont véritablement catastrophiques pour les patients à risque de maladie cardiaque, qui devraient viser des ingestions de cholestérol de moins de 300 mg par jour, avec moins de 10 % des calories provenant des gras saturés et beaucoup de fibres alimentaires, plus de 30 g par jour.[7] Ce sont les mêmes personnes qui ont été attirées par la promesse d'une perte de poids rapide « pour leur santé » qui sont les plus à risque de souffrir d'une maladie cardiaque.

Les patients à risque de présenter une maladie rénale sont aussi en danger : sur une période de 20 ans, 20 % des patients obèses qui souffrent de diabète de type 2 souffriront aussi d'une atteinte rénale significative. Dans ce cas, un régime à haute teneur en protéines est contre-indiqué. On ignore toujours si un régime à haute teneur en protéines animales accélère la progression de la maladie rénale, mais suffisamment d'éléments permettent de le supposer.[7]

Les femmes d'âge moyen post-ménopausées courent bien sûr le risque de souffrir d'obésité, mais aussi d'ostéoporose. Les régimes amaigrissants à haute teneur en protéines augmentent la perte en calcium de l'os parce que le corps a besoin du calcium pour neutraliser les produits acides du métabolisme des protéines excrétées dans l'urine. On estime que le fait de doubler l'apport en protéines dans l'alimentation augmente le calcium urinaire de 50 %.[11,12] La consommation d'une quantité excessive de protéines accélère l'ostéoporose, quoique ce phénomène puisse être ralenti (mais pas renversé) en augmentant l'apport en calcium et en fournissant d'autres sources pour neutraliser l'acide des sous-produits du métabolisme des acides aminés – comme les minéraux trouvés dans les fruits et les légumes – rarement incluses dans un régime amaigrissant à haute teneur en protéines. Il faut définir « excessive » ici. Comme les besoins essentiels en protéines sont de 30 g à 50 g par jour (un volume équivalent à celui d'un quart de tranche de pain commercial), on peut définir

comme « excessive » toute consommation supérieure à 100 g par jour.[13]

Les régimes amaigrissants pauvres en protéines et riches en glucides complexes

Par contraste, une alimentation riche en fibres et pauvre en cholestérol et en gras saturés, riche en gras végétaux, avec une haute proportion de protéines végétales et une consommation totale très modérée en protéines demeurera toujours une excellente alimentation pour la vie.[7] Il s'agit d'une très bonne façon de perdre du poids. Elle ne constitue pas une solution « miracle » — les gens ne perdront certainement pas de poids très rapidement — mais elle donnera des résultats remarquables quant à la santé à long terme.

Pourtant, certains ont beaucoup de difficulté à perdre du poids avec ce type d'alimentation, et les personnes qui choisissent les mauvais glucides complexes augmentent même leur risque de souffrir d'une maladie cardiovasculaire. C'est l'indice glycémique des aliments qui distingue les bons glucides des mauvais glucides. Chaque glucide (sucre, complexe ou non) diffère des autres par sa capacité à élever rapidement la glycémie. Certains glucides, comme ceux qui sont contenus dans le riz et les pommes de terre, ont des indices glycémiques élevés : ils causent une élévation rapide de la glycémie et de l'insuline deux à trois heures après leur consommation. D'autres glucides, comme ceux des fèves et des légumineuses, sont beaucoup plus longs à digérer par l'organisme et produisent donc une élévation beaucoup plus graduelle des taux de glucose et d'insuline dans le sang.[14-16]

Une étude importante menée à l'Université Harvard a montré que les patients qui consommaient le plus d'aliments à indice glycémique élevé étaient les plus à risque de souffrir d'une maladie cardiovasculaire.[17] Cette relation était encore plus forte chez les personnes obèses.

Cette relation est facile à comprendre : les personnes obèses sont très à risque de manifester une résistance à l'insuline. En consommant beaucoup d'aliments à indice glycémique élevé, ils risquent d'accélérer leur passage vers le diabète et ses complications, notamment la maladie cardiovasculaire.

Revenons à la perte de poids : les aliments varient énormément dans leur indice glycémique. En d'autres mots, chaque aliment sera plus ou moins dense en glucides et en calories. Quoique ces deux termes ne soient pas synonymes, nous utiliserons l'une ou l'autre de ces expressions dans le texte, car les aliments les plus riches en glucides sont souvent les plus denses en calories. D'ailleurs, les aliments « allégés » en gras sont souvent plus denses en calories que les versions régulières du même produit.

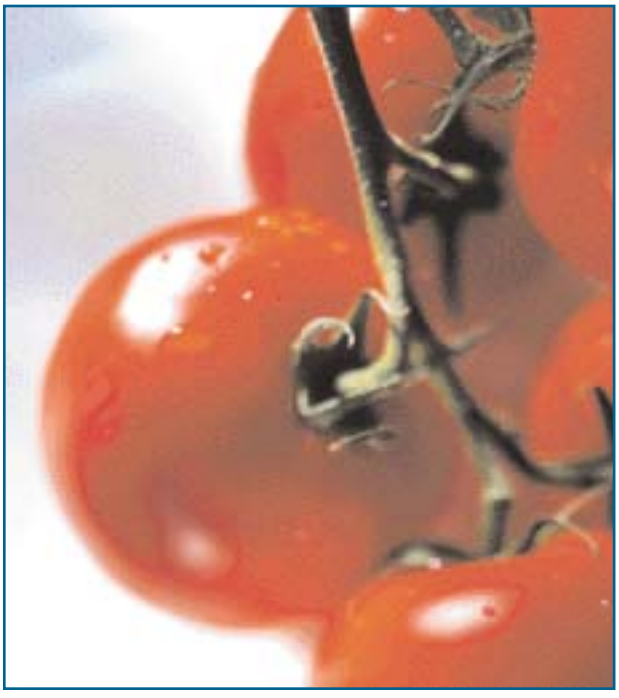
Les fruits, les légumes et les grains entiers possèdent une densité calorique basse. La plupart des aliments préparés par l'industrie alimentaire – surtout ceux qui ont été séchés – ont au contraire une densité calorique très élevée : les calories de ces aliments ont été concentrées durant le séchage et la préparation. La surconsommation de ce type d'aliments, présentés comme étant « santé » parce que bas en lipides, peut expliquer en partie l'épidémie d'obésité qui frappe l'Amérique du Nord. En raison de leur indice calorique élevé, ces aliments préparés apportent au corps beaucoup plus de calories qu'il n'en n'a besoin. À titre d'exemple, les bretzels, qui ne contiennent pourtant pratiquement pas de gras, fournissent 3 750 calories par kilo de nourriture, tandis que le gâteau au fromage en donne « seulement » 3 200.

Comme bien des aliments vendus au supermarché contiennent beaucoup de gras et ont été séchés, le problème est encore plus important : le risque de causer l'obésité double.

Le problème de la faim

Trop de régimes amaigrissants demandent à leurs disciples d'oublier qu'ils ont faim. Il est possible de le faire pendant quelques jours, mais la majorité des gens ne peuvent le faire beaucoup plus longtemps. Le secret d'une perte de poids permanente consiste à trouver une façon de remplir son estomac en satisfaisant sa faim tout en perdant du poids. C'est ici que le choix des aliments devient important. Notre estomac peut contenir de 1 kilo à 1,5 kilo de nourriture. La sensation de satiété est créée par le volume de la nourriture dans l'estomac, pas par son contenu en calories. Chaque repas, on peut augmenter le volume tout en réduisant la densité calorique de ce qu'on mange. C'est exactement l'inverse de ce que la plupart des régimes recommandent, soit couper des aliments et réduire les portions.

Pour diminuer la densité calorique d'un repas, il faut y ajouter des légumes et des fruits. Suggérez, par exemple, à vos patients d'ajouter des tomates, des courgettes, des oignons et des champignons à leurs pâtes alimentaires. Ou d'ajouter des fraises, des bananes ou des pommes à leurs céréales du matin. Ou de mêler de la salsa et de l'humus (purée de pois chiches) et d'utiliser ce mélange en trempette pour les légumes crus. Leur faim sera satisfaite plus vite, avec moins de calories. Il est fort possible et même probable qu'ils aient faim quelques heures après un repas dont la densité calorique est basse. La solution est simple : en manger un autre. Si la plupart des repas contiennent peu de calories, les patients pourront même consommer un repas riche en calories à l'occasion et perdre du poids malgré tout.



Pour diminuer la densité calorique d'un repas, il faut y ajouter des légumes et des fruits. Suggérez, par exemple, à vos patients d'ajouter des tomates, des courgettes, des oignons et des champignons à leurs pâtes alimentaires.

Les régimes à la mode

Au cours des années, on a assisté à l'apparition – puis à la soudaine disparition – d'une foule de régimes miracles.

Un de ces régimes connaît une popularité certaine et il est essentiel d'en connaître au moins les grandes lignes pour pouvoir expliquer à nos patients pourquoi il est nocif pour leur santé. Il s'agit du

« régime des groupes sanguins », du naturopathe Peter D'Adamo, basé sur une fumeuse théorie pseudo-scientifique.[18,19] M. D'Adamo explique (et il a raison sur ce point) que certains aliments contiennent des lectines, c'est-à-dire des protéines qui se lient aux glucides à la surface des cellules. Ces lectines réagiraient selon lui de façon négative avec les globules rouges de certains groupes sanguins. Cette réaction provoquerait plusieurs maux : « inflammation » du tube digestif, « ralentisse-ment » du métabolisme, « altération » dans la sécrétion d'insuline, « rupture » de l'équilibre hormonal.

Selon M. D'Adamo :

- les gens du groupe O devraient éviter l'avoine, le blé et tous les autres grains. Ils devraient – tout comme leurs lointains ancêtres chasseurs (?) – ne consommer que de la viande.
- À l'opposé, les gens du groupe A devraient éviter la viande et ne consommer qu'une alimentation riche en glucides et faible en lipides.
- Les gens du groupe B, les seuls autorisés par M. D'Adamo à consommer des produits laitiers, ont droit à une alimentation plus équilibrée que les malchanceux des groupes A et O.
- Pour les gens du groupe AB, l'auteur combine des principes du groupe A et d'autres du groupe B.

Les preuves de M. D'Adamo se fondent essentiellement sur les rapports anecdotiques de patients qui lui décrivent leurs « grands succès » par courriel sur son site Web. Jamais M. D'Adamo n'a effectué d'étude prospective aléatoire avec groupe témoin et jamais il n'a soumis ses résultats à une revue pour révision par des pairs. Il n'a aucun moyen de vérifier si les internautes qui lui écrivent suivent vraiment son régime et n'a aucune idée des facteurs confondants.

M. D'Adamo est tout de même conscient que ses préceptes sont déséquilibrés et recommande à ses « patients » de consommer certains suppléments pour éviter des carences nutritionnelles et des problèmes de santé importants. Il n'explique cependant pas comment nos ancêtres, qui ne connaissaient rien des groupes sanguins et ne disposaient pas de suppléments nutritifs, auraient pu survivre à des préceptes aussi farfelus.

La découverte des groupes sanguins est très récente. On se souvient de ce pape qui, souffrant d'anémie, s'était fait transfuser le sang d'un agneau pour se fortifier et qui est décédé à la suite d'un choc anaphylactique. Dans toute l'histoire de l'humanité, jamais les gens ne se sont préoccupés de connaître leur groupe sanguin pour manger. Ils consommaient simplement ce qu'ils pouvaient, avec des résultats plus ou moins heureux selon le régime employé.

Les avantages santé de certains régimes amaigrissants (telles que les alimentations méditerranéenne, chinoise et japonaise) bénéficient à tous, quel que soit leur groupe sanguin. Et lectines ou pas, la consommation d'aliments riches en gras saturés est dommageable à tous, sans exception.

L'utilisation des médicaments

De nombreux patients, découragés que les régimes amaigrissants miracles ne fonctionnent pas, se présentent en demandant une prescription pour un coupe-faim. Ce type de médicament est évidemment fortement à déconseiller, car le risque d'accoutumance et de tachyphylaxie est très important, de même que le risque de complications cardiaques par stimulation du métabolisme.[20]

Certains médicaments, aujourd'hui retirés du marché, agissaient selon un principe différent, mais avaient une fâcheuse tendance à causer de l'hypertension pulmonaire.

Le plus récent médicament apparu sur le marché est l'orlistat. L'utilisation de ce médicament ne comporte pas de tels risques parce qu'il n'est pas absorbé. Essentiellement, il fonctionne en bloquant la digestion et l'absorption de 30 % des gras ingérés. Lorsqu'il est combiné à un régime à basse teneur en gras d'environ 1 400 calories, l'utilisation d'orlistat réduit d'un 30 % supplémentaire l'apport en lipides et réduit effectivement ce régime amaigrissant à approximativement 1 000 calories.

L'orlistat a même des vertus pédagogiques : si 30 % d'un peu de gras n'a pas d'incidence majeure sur les selles, 30 % de beaucoup de gras induit une diarrhée grasse particulièrement malodorante et beaucoup de crampes abdominales.[20] Cette utilisation n'affecte malheureusement en rien l'apport calorique induit par les glucides, qu'ils proviennent d'aliments, de boissons gazeuses ou d'alcool.

L'orlistat coûte assez cher et n'est remboursé par les programmes privés d'assurance (mais jamais par le programme provincial) que lorsque le patient présente une obésité morbide ou déjà associée à une comorbidité. L'utilisation d'orlistat devrait être réservée à ces patients.[21] Son efficacité demeure discrète : selon une étude publiée en 1999 dans l'*American Journal of Clinical Nutrition*, la perte de poids moyenne de patients prenant de l'orlistat était de 12 ou 13 livres après 1 an, comparativement à 6 livres dans le groupe témoin.[22]

L'exercice

Un régime alimentaire ne fonctionnera vraiment que s'il est associé à une augmentation du métabolisme de base induite par de l'exercice physique modéré. À cet effet, il est intéressant d'enseigner aux patients une approche de l'exercice basée sur une adaptation de la pyramide alimentaire.[23]

Un régime amaigrissant ne fonctionnera vraiment que s'il est associé à une augmentation du métabolisme de base induite par de l'exercice physique modéré.

Chaque jour. Les patients doivent marcher un peu plus, que ce soit pour promener le chien ou aller chercher le journal à la tabagie du coin. Ils doivent utiliser les escaliers plutôt que l'ascenseur et se stationner de plus en plus loin de leur lieu de travail pour pouvoir marcher.

De trois à cinq fois par semaine. On encourage les patients à débuter un programme d'activités aérobiques : longues marches, bicyclette, nage, tennis, basketball, racketball.

De deux à trois fois par semaine. Les patients peuvent s'adonner au golf (sans voiturette) ou travailler dans leur jardin. Ils peuvent aussi commencer un programme d'entraînement et de musculation (lever des poids légers, tractions sur les bras, etc.).

Presque jamais. Les patients devraient oublier le plus possible leur télévision ainsi que leurs jeux vidéos.

Conclusion

L'obésité a maintenant atteint des proportions épidémiques partout dans les pays industrialisés et dans les pays en voie de développement qui voient leur qualité de vie s'améliorer. En raison des risques de comorbidité qui y sont associés, nous devons adopter à l'égard de l'obésité une attitude proactive et énergique de façon à améliorer à long terme la survie et la qualité de vie de nos patients. Nos conseils pourront aider nos patients à éviter de tomber dans le piège des régimes miracles à la mode et leur permettront de changer une alimentation déficiente, tout en atteignant progressivement un poids santé. *Clin*

Références

1. MacDonald, SM, Reeder, BA, Chen, Y, et coll. : Obesity in Canada: A descriptive analysis. Can Med Assoc J 157(suppl. 1):S3, 1997.
2. Lau, DCW : Call for action: Preventing and managing the expansive and expensive obesity epidemic. Can Med Assoc J 160:503, 1999.
3. Solomon, CG, Manson, JE : Obesity and mortality: A review of the epidemiologic data. Am J Clin Nutr 66(suppl. 4):1044S, 1997.
4. Lamarche, B, Lemieux, S, Dagenais, GR, Després, JP : Visceral obesity and the risk of ischaemic heart disease: Insights from the Quebec Cardiovascular Study. Growth Horm IGF Res 8(suppl. B):1, 1998.
5. Després, JP, Couillard, C, Gagnon, J, et coll. : Race, visceral adipose tissue, plasma lipids and lipoprotein lipase activity in men and women: The Health, Risk factors, Exercise Training, and Genetics (HERITAGE) family study. Arterioscler Thromb Vasc Biol 20(8):1932, 2000.
6. Lemieux, I, Pascot, A, Couillard, C, et coll. : Hypertriglyceridemic waist: A marker of the atherogenic metabolic triad (hyperinsulinemia; hyperapolipoprotein B; small, dense LDL) in men? Circulation 102(2):179, 2000.
7. Jenkins, D : *High-protein diet hype: They're popular – but are they healthy?* Parkhurst exchange, Nutrition and Diet Digest, août 2000.
8. Thomas, P : *L'obésité, une maladie qui s'attrape.* Les éditions Poids-santé inc., Montréal, 2000.
9. Montignac, M : *Je mange donc je maigris... et je reste mince!* Éditions Flammarion, Paris, 1999.
10. Atkins, RC : *Dr. Atkins' New Diet Revolution.* Avon Books, New York, 1998.
11. Margen, S, Chu, JY, et coll. : Studies in calcium metabolism. The calciuretic effect of dietary protein. Am J Clin Nutr 27(6):584, 1974.
12. Sellmeyer, DE, Stone, KL, Sebastian, A, et coll. : A high ratio of dietary animal to vegetable protein increases the rate of bone loss and the risk of fracture in postmenopausal women. Am J Clin Nutr 73(1):118, 2001.
13. Guyton & Hall : Protein Metabolism (chapitre 69). Dans : *Guyton & Hall Textbook of Medical Physiology*. Neuvième édition, W.B. Saunders, Philadelphie, 1996, p. 881.
14. Nestel, PJ, Carroll, KF, et coll. : Plasma triglyceride response to carbohydrates, fats and caloric intake. Metabolism 19:1, 1970.
15. Mancini, M, Mattock, M, et coll. : Studies of the mechanisms of carbohydrate-induced lipaemia in normal man. Atherosclerosis 17:445, 1973.
16. Stampfer, MJ, Krauss, RM, et coll. : A prospective study of triglyceride level, low density lipoprotein particle diameter and risk of myocardial infarction. J Am Med Ass 276:882, 1996.
17. Liu, S, Willett, WC, et coll. : A prospective study of dietary glycemic load, carbohydrate intake, and risk of coronary heart disease in US women. Am J Clin Nutrition 71(6):1455, 2000.
18. Huot, I : Les groupes sanguins dictent-ils notre alimentation? L'Actualité Médicale, 26 juin 2000, p. 30.
19. D'Adamo, PJ : *4 blood types, 4 diets. Eat right for your type.* Putnam Publishing, New York, 1997.
20. Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques. 36e édition, Association des pharmaciens du Canada, Ottawa, 2001.
21. Weiss, D : How to help your patients lose weight: Current therapy for obesity. Cleve Clin J Med 67(10):739, 743-746, 749-754, 2000.
22. Hill, JO, Hauptman, J, Anderson, JW, et coll. : Orlistat, a lipase inhibitor, for weight maintenance after conventional dieting: a 1-y study. Am J Clin Nutr 69(6):1108, 1999.
23. Krake, SM : Exercise prescription as an adjunct to weight loss in obesity. The Canadian Journal of CME 12(9):187, 2000.

Lectures suggérées

1. Pritikin, R : *The Pritikin Principle: The calorie density solution*. Time Life Books, Alexandrie, Virginie, 2000.
2. Décarie, S : Maigrir sans souffrir : trois nouvelles méthodes. Coup de pouce 9:100, 2000.