

MAIGRIR SANS FRUSTRATION

RÉVOLUTION KÉTO

SCIENCE ET PRATIQUE
DE L'ALIMENTATION CÉTOGÈNE



GARY TAUBES

THIERRY
SOUCCAR

ÉDITIONS

MAIGRIR SANS FRUSTRATION

RÉVOLUTION KÉTO

SCIENCE ET PRATIQUE
DE L'ALIMENTATION CÉTOGÈNE

G A R Y T A U B E S

TRADUIT DE L'ANGLAIS (ÉTATS-UNIS)
PAR NELLY AUBAUD DAVIES

Cette édition est publiée en accord avec l'éditeur du livre original Alfred A. Knopf, une marque de The Knopf Doubleday Group, une division de Penguin Random House, LLC.

Copyright © 2020 by Gary Taubes All rights reserved. Published in the United States by Alfred A. Knopf, a division of Penguin Random House LLC, New York, and distributed in Canada by Penguin Random House Canada Limited, Toronto. www.aaknopf.com.

Knopf, Borzoi Books, and the colophon are registered trademarks of Penguin Random House, LLC.

Grateful acknowledgment is made to Oxford University Press and Copyright Clearance Center for permission to reprint previously published material from “The Heritage of Corpulence” by E. B. Astwood, originally published in Endocrinology (August 1962, Volume 71) by Oxford University Press. Copyright © 1962 Oxford University Press. Reprinted by permission of Oxford University Press and Copyright Clearance Center. Library of Congress Cataloging-in-Publication Data.

Names: Taubes, Gary, author.

Title: The case for Keto: rethinking weight control and the science and practice of low-carb/high-fat eating/Gary Taubes. Description: First edition. | New York: Alfred A. Knopf, 2020. | “This is a Borzoi book published by Alfred A. Knopf.”

Photos: © Kirsten Lara Getchell

Conception graphique et mise en pages: Catherine Julia (Montfrin)

ISBN: 978-2-36549-457-1

ISBN ebook: 978-2-36549-458-8

Dépôt légal: 1^{er} trimestre 2021

© Thierry Souccar Éditions

www.thierrysouccar.com

Tous droits réservés

“ J’enseigne l’alimentation cétogène à mes patients depuis 2016. Ceux-ci obtiennent des résultats nettement supérieurs à ce que la médecine moderne a à offrir en matière de prévention et de renversement des maladies chroniques liées au style de vie, comme le diabète de type 2 et l’obésité. Ils perdent aussi du poids, et cela, sans faim ni souffrance physique ou mentale. Gary Taubes explique cela superbement dans ce livre extrêmement bien référencé d’un point de vue clinique et scientifique. Un livre à lire absolument! ”

– DRE ÈVELYNE BOURDUA-ROY, médecin de famille, fondatrice de la Clinique Reversa et autrice du livre *Inverser le surpoids et le diabète avec le protocole cétogène REVERSA*

“ Parmi les personnes qui ont influencé ma manière d’exercer, Gary Taubes est en tête. Brillants, intelligents, accessibles, ainsi sont ses écrits, dont le cœur est la recherche, l’expérience et la finalité, vaincre les maladies de civilisation. *Révolution kéto* devrait être entre les mains de tous les acteurs de la santé, qui abordent l’alimentation avec leurs patients, et de tous ceux qui veulent devenir acteurs de leur santé. ”

– MAGALI WALKOWICZ, diététicienne-nutritionniste, spécialiste française du régime cétogène

“ Enfin un ouvrage qui met à la portée de tous les dernières avancées de la science en matière de nutrition, et qui permettra à ceux qui se heurtent à des recommandations nutritionnelles inefficaces – comme ce fut mon cas – de perdre durablement du poids tout en rééquilibrant leur métabolisme ”

– SOPHIE GIRONI, coach en nutrition céto et low carb, animatrice du blog Les Assiettes de Sophie

Pour Kitty et Larry

*Ce qui nous importe ce n'est pas de distinguer
vaguement ce qui se profile à l'horizon,
mais de voir clairement ce qui se trouve
à portée de main.*

– Aphorisme de THOMAS CARLYLE
sur lequel William Osler fonde sa philosophie
pratique de la médecine

Je me suis dit «Par tous les saints, ça marche!»

– Cri de victoire de la médecin britannique
ASHVY BHARDWAJ lorsqu'elle a réalisé
qu'un simple changement d'alimentation
avait permis à une patiente de se débarrasser
de son diabète de type 2

SOMMAIRE

Introduction

- 1 Les fondamentaux
- 2 Les gros et les minces
- 3 Le poids des petites choses
- 4 Les effets secondaires
- 5 Avec des «si»...
- 6 Les solutions préconisées
- 7 Une révolution passée inaperçue
- 8 L'énergie de notre organisme
- 9 Les matières grasses et l'obésité
- 10 Les principes du régime cétogène
- 11 La faim et son interrupteur
- 12 La voie des certitudes
- 13 La simplicité et ses implications
- 14 Ce que signifie l'abstinence
- 15 Les ajustements nécessaires
- 16 Les leçons à tirer sur l'alimentation
- 17 Le programme
- 18 Les précautions à prendre avec les enfants

Remerciements

Références bibliographiques

INTRODUCTION

Le conflit

e n'écris pas ce livre à l'intention des personnes minces et en bonne santé, même si je suis convaincu que sa lecture leur serait bénéfique. Je l'écris pour ceux qui prennent bien trop facilement du poids, qui se rapprochent inexorablement du surpoids, de l'obésité, du diabète et de l'hypertension, voire d'une combinaison de ces affections, ou qui en souffrent déjà et encourent un risque accru de succomber à une maladie cardiaque, un accident vasculaire cérébral ou toute autre maladie chronique. C'est également pour leurs médecins que je l'écris.

Sous ses airs de livre de développement personnel, cet ouvrage est le fruit d'un travail de journalisme. Il s'intéresse au conflit qui oppose la vision traditionnelle de ce qui constitue une alimentation saine et son incapacité à nous assurer une santé florissante, ainsi qu'à la différence qui existe entre les aliments qui nous ont été présentés comme un bouclier contre les maladies chroniques et la manière dont nous devrions nous alimenter pour recouvrer la santé. Notre alimentation doit-elle nous aider à minimiser les risques de maladies potentielles ou à atteindre et conserver un poids normal? S'agit-il d'une seule et même chose?

Depuis les années 1950, le monde de la nutrition et des maladies chroniques est partagé sur ces questions. Une faction, représentée par les voix autorisées, nous assure savoir ce que s'alimenter sainement veut dire et que nous vivrons plus longtemps en bonne santé si nous suivons scrupuleusement leurs conseils. Consommer de la vraie nourriture, sans doute principalement d'origine végétale, et certainement avec modération, favorisera notre santé. Ce conseil s'aligne sur le consensus très net qui se dégage du monde médical, selon lequel l'excès de nourriture et le manque

d'exercice physique sont à l'origine de la prise de poids. Dompter notre appétit avec l'aide de l'industrie pharmaceutique ou par notre seule volonté constitue donc à la fois un moyen préventif, un traitement et une cure.

Les dernières directives relatives au mode de vie de l'American Heart Association et de l'American College of Cardiology ont été rendues publiques alors même que je rédigeais ce paragraphe. Ces organismes de santé recommandent aux personnes en surpoids ou diabétiques, comme ils le font depuis des décennies, de réduire leur apport calorique, de manger moins (surtout moins de graisses saturées) et, éventuellement, de pratiquer une activité physique régulière (ou plus régulière) pour éviter une mort prématurée due à une maladie cardiaque. Si elles semblent parfaitement raisonnables, de toute évidence ces recommandations ne fonctionnent pas, du moins pas à l'échelle de la population. Si vous lisez ce livre, c'est sans doute qu'elles n'ont pas fonctionné pour vous non plus. Ce principe est pourtant érigé en un véritable dogme depuis un demi-siècle et se propage dans le monde même si, sur la même période, la prévalence de l'obésité aux États-Unis a augmenté de plus de 250% et le diabète de pratiquement 700% (un chiffre qui devrait tous nous effrayer). La question qui se pose reste donc toujours la même: le problème réside-t-il dans l'inadéquation de ce principe et de ces recommandations ou dans notre incapacité à les suivre?

L'autre faction, celle des hérétiques, expose le plus souvent ses plaidoyers dans des livres de «régime à la mode», pour reprendre les termes des experts. Les propositions de ces ouvrages sont très éloignées de la vision traditionnelle des bonnes habitudes alimentaires. D'un côté, les autorités nous assurent que si nous suivons le régime qu'elles préconisent, nous serons épargnés par les maladies chroniques ou en retarderons l'apparition et vivrons ainsi plus longtemps en bonne santé, de l'autre côté, les médecins qui proposent ces livres de régime affirment qu'ils ne se contentent pas de prévenir les maladies chroniques (dont l'obésité), mais qu'ils peuvent les vaincre. Leurs ouvrages nous invitent à mettre leur approche à l'épreuve pour en constater par nous-mêmes l'efficacité: nous permet-elle de retrouver et de conserver une bonne santé et un poids plus équilibré?

Si c'est le cas, nous pouvons raisonnablement supposer qu'elle nous permettra également de vivre plus longtemps en bonne santé, et au diable

l'hérésie.

Si les auteurs de ces ouvrages affirment avoir pleinement confiance en l'efficacité de leur approche, ce n'est pas une raison pour les croire sur parole. (Certains conseils étant contradictoires, il est clair qu'ils ne peuvent pas tous fonctionner.) Néanmoins, si notre santé s'améliore et que nous perdons du poids en suivant leurs conseils, chacun de nous peut tirer ses propres conclusions sur le bien-fondé du consensus du corps médical, voire sur sa totale inadéquation, *en ce qui nous concerne*.

Ces livres ont, pour la plupart, été écrits par des médecins dont un grand nombre continue d'exercer. Ils confient presque toujours avoir eux-mêmes lutté contre leur propre surpoids et avoir pris leurs distances avec la vision traditionnelle depuis suffisamment longtemps pour s'être intéressés aux recherches et avoir apparemment trouvé une solution au problème. Ils ont vécu ce que Malcolm Gladwell, journaliste et auteur à succès, qualifiait d'expérience de «conversion» dans un article sur le sujet publié dans le *New Yorker* en 1998. Ils ont découvert une façon de s'alimenter permettant d'atteindre facilement le poids idéal et de le conserver. Ils ont ensuite testé leur découverte sur leurs patients, elle a fonctionné (selon leurs dires) et ils ont écrit des livres sur le sujet qui sont souvent devenus des best-sellers.

Ces livres reposent généralement sur une même hypothèse fondamentale, tantôt implicite, tantôt explicite: on ne grossit pas parce qu'on mange trop, mais en raison d'une consommation excessive d'aliments et de boissons riches en glucides. Les sucres, les céréales et les féculents sont les principaux responsables. Ces glucides expliquent pourquoi certains grossissent facilement. Le fait que l'obésité *n'est pas* le résultat d'une alimentation excessive, mais d'un déséquilibre hormonal de l'organisme déclenché par ces aliments riches en glucides est un argument développé avec force dans ces livres de régime. Cette perception de l'origine de l'accumulation des graisses est très différente de la perception classique. Elle requiert une tout autre approche en matière de prévention et de traitement. Un grand nombre, voire la plupart, des régimes les plus populaires des quatre dernières décennies (Atkins, céto, paléo, South Beach, Dukan, hyperprotéiné, pauvre en glucides, Whole30, sans gluten et sans céréales) sont plus ou moins des variantes à partir d'un thème simple: certains aliments spécifiques riches en glucides engendrent dans le corps

humain un contexte hormonal qui favorise le stockage des calories sous forme de graisse au lieu de les brûler pour produire de l'énergie. Pour faire simple, nous devons éviter ces aliments pour éviter le surpoids ou retrouver un poids relativement acceptable. Ils favorisent littéralement l'engraissement.

Les médecins désignent désormais couramment ce type d'alimentation sous le nom de régime LCHF (de l'anglais *low-carbohydrate, high-fat*). Poussé à l'extrême, ce régime plus connu sous le nom de régime cétogène (ou céto) exclut pratiquement tous les glucides, hormis ceux présents dans les légumes feuillus verts et en infime quantité dans la viande. De manière générale, j'utiliserai ici l'appellation «régime LCHF/cétogène» afin d'englober les deux concepts qui le sous-tendent. Cette expression présente néanmoins l'inconvénient de n'être ni accrocheuse ni intuitive. Elle offre cependant l'avantage d'être précise et inclusive.

Il y a vingt ans, lorsque j'ai commencé mon enquête journalistique sur le lien entre alimentation, obésité et maladies chroniques, seules quelques dizaines de médecins dans le monde prescrivaient ouvertement à leurs patients un régime LCHF/cétogène. Aujourd'hui, des milliers, voire plusieurs dizaines de milliers de médecins embrassent cette philosophie et préconisent ce régime, un nombre qui ne cesse de croître pour des raisons très simples ¹. Ils sont aux avant-postes des épidémies d'obésité et de diabète; assurer la prise en charge correcte au travers d'une approche diététique et, dans la mesure du possible, la régression de l'obésité et du diabète constitue pour eux un enjeu professionnel. Ils ne peuvent s'offrir le luxe de traiter leurs patients en leur proposant des spéculations, quand bien même elles seraient admises, sur la nature d'un régime statistiquement susceptible de prévenir les infarctus. Ils sont face à des malades et leur seul objectif est de leur faire recouvrer la santé.

Au fil de leur carrière, comme dans le reste du monde, ces médecins ont vu défiler dans leur cabinet un nombre toujours plus grand de patients en surpoids, obèses et diabétiques. Lors de nos entretiens, certains médecins m'ont confié avoir choisi la pratique de la médecine pour soigner les gens et se désolent de devoir passer leur temps à «gérer la maladie» en traitant les symptômes de l'obésité et du diabète ainsi que des maladies associées (ou

«comorbidités» dans le jargon médical). Ils étaient pratiquement au bord du découragement. Ils étaient donc particulièrement motivés pour s'affranchir des idées reçues sur ce qui *devrait* fonctionner, pour abandonner ou du moins remettre en question les dogmes liés à l'alimentation dispensés par les associations professionnelles et par les autres médecins, et pour rechercher des solutions alternatives vraiment efficaces.

Ces médecins étaient en outre presque systématiquement concernés personnellement. Ce point est essentiel et j'y reviendrai: pour accepter la possibilité que la vision traditionnelle de l'alimentation et du poids fasse fausse route et qu'elle soit responsable de l'échec de vos patients, il est important d'être soi-même passé par là. Une partie de ces médecins avaient été végétariens pendant des décennies. Certains avaient été végétans. Il y a parmi eux de nombreux athlètes dont certains pratiquent des sports d'endurance. Ils s'enorgueillissaient de leur alimentation «saine», mais devaient néanmoins constater qu'ils avaient grossi et étaient devenus diabétiques ou prédiabétiques en dépit de leurs efforts pour tout faire «comme il faut». Ils demandaient à leurs patients d'adopter un régime pauvre en graisses, essentiellement végétarien, sans excès (avec des portions minutieusement contrôlées) et de pratiquer une activité physique. Ils suivaient eux-mêmes ces préconisations, mais sans succès.

Leur taux de réussite pour faire perdre à leurs patients obèses un poids significatif grâce à leur régime et à l'exercice physique était «proche de zéro», selon l'aveu de Deborah Gordon, médecin de famille à Ashland, dans l'Oregon. Ces médecins ont donc réagi comme on aimerait voir réagir n'importe quelle personne sensée, en particulier nos soignants, dans de telles circonstances: ils ont fait preuve d'ouverture d'esprit et se sont mis à la recherche d'une meilleure approche. Après avoir enquêté sur le régime LCHF/cétogène (rien de plus simple de nos jours avec Internet et les livres sur le sujet), ils ont décidé d'en faire eux-mêmes l'expérience. Lorsqu'ils ont réalisé que ce type de régime fonctionnait pour eux, qu'il remplissait ses promesses, ils ont eu leur «expérience de conversion». Ils ont ensuite prudemment suggéré la chose à leurs patients. Quand les résultats ont commencé à être au rendez-vous, quand l'expérience leur a appris ce qui fonctionnait et ce qui ne fonctionnait pas, ils se sont passionnés pour le sujet. Ces médecins sont devenus les porte-parole d'une révolution partie de

la base qui œuvre à changer notre perception de l'obésité et du diabète, et par conséquent, leur prévention et leur traitement, tant en Amérique que dans le reste du monde.

Prenons l'exemple de Susan Wolver, médecin de l'air de l'armée américaine reconvertie dans la médecine interne à Richmond, en Virginie, et professeure associée à la Virginia Commonwealth University School of Medicine. Il se trouve que la ville de Richmond dénombre l'une des plus grandes concentrations d'obèses aux États-Unis, classée deuxième par l'institut de sondage Gallup en 2012, juste derrière Memphis. Comme me l'a confié la docteure Wolver, elle passait ses journées à *«soigner des maladies chroniques associées à l'obésité, comme l'hypertension, les maladies cardiaques et le diabète»*. Elle mettait tout son zèle à conseiller à ses patients de consommer une nourriture de qualité en moins grande quantité et de faire de l'exercice physique, sans effet notoire. En 2013, après vingt-trois années consacrées à la médecine, seulement deux de ses patients avaient réussi à perdre du poids de façon significative grâce à ses conseils, l'un d'eux ayant très rapidement repris, par la suite, les kilos perdus.

Pendant toutes ces années, Susan Wolver était convaincue, comme la plupart des médecins, que ses patients ne l'écoutaient pas ou rechignaient à faire les efforts nécessaires. *«Il s'est alors produit quelque chose»,* explique-t-elle. *«Arrivée à l'âge mûr, bien que suivant les conseils que je donnais à tous mes patients, une constatation s'imposait à moi chaque fois que je montais sur une balance, mes conseils ne produisaient plus aucun effet. J'ai alors eu une révélation: peut-être que j'ai tort de penser que mes patients ne suivent pas mes conseils. Ce sont mes conseils qui ne valent rien. J'ai ensuite entrepris des expériences pour voir ce qui fonctionnait.»*

En 2012, la docteure Wolver a commencé à participer à des séminaires sur l'obésité et la perte de poids dans le cadre de conférences médicales, espérant y glaner des techniques plausibles qu'elle pourrait elle-même tester. Eric Westman, professeur à la Duke University School of Medicine, a présenté ses expériences cliniques et ses recherches au cours d'un séminaire d'une journée organisée par The Obesity Society (TOS). Il avait mené plusieurs des premiers essais cliniques visant à comparer les régimes

pauvres en graisses, restreints en calories préconisés par l'American Heart Association au régime Atkins, un régime LCHF/cétogène limitant uniquement les glucides (céréales, féculents comme les pommes de terre et sucres) et très riche en matières grasses.

Eric Westman nous a appris que le régime Atkins permettait à ses patients de perdre du poids sans faire d'efforts particuliers tout en améliorant leur santé, conformément aux affirmations du docteur Atkins. Il a annoncé que l'expérience de ses patients, ses propres essais cliniques et ceux de plus en plus nombreux effectués par d'autres le confirmaient et qu'il s'agissait d'un régime alimentaire sain.

«Les patients [du docteur Westman] ressemblaient beaucoup aux miens», m'a confié Susan Wolver, sauf que ceux d'Eric Westman perdaient du poids sans le reprendre, contrairement aux siens. En mai 2013, elle a pris sa voiture et a fait le voyage de deux heures et demie jusqu'à Durham, en Caroline du Nord, afin de passer deux jours dans la clinique du docteur Westman. Elle a déclaré avec étonnement après avoir assisté à une journée de visites de suivi: «Je n'avais jamais rien vu de tel de toute ma vie: sur les 18 personnes reçues pendant la journée, 17 avaient perdu beaucoup de poids sans le reprendre. Soit 16 de plus que dans ma propre expérience.»

C'est ainsi que des pratiques non conventionnelles, ou non orthodoxes, ont commencé à se répandre au sein du corps médical. Les nouveaux traitements à base de médicaments peuvent devenir ce que les médecins qualifient de «norme de soin» après publication par les revues médicales des résultats des essais cliniques, mais les thérapies plus prosaïques (sans promesse de profit pour le secteur pharmaceutique, celui des équipements médicaux ou pour les médecins) se propagent par le bouche-à-oreille, l'observation et l'expérience clinique. Un médecin est confronté à un patient souffrant d'un trouble apparemment réfractaire à tout traitement et apprend qu'un confrère pourrait avoir une solution. Si celle-ci paraît suffisamment sûre, le médecin évoque les risques et les avantages potentiels avec son patient avant de l'essayer. Si les résultats sont probants, il est susceptible de réitérer l'expérience avec d'autres patients.

Deux jours après sa visite à Durham, Susan Wolver était de retour dans sa clinique de Richmond et commençait à enseigner à ses patients atteints d'obésité et de diabète à se nourrir conformément aux préconisations du

docteur Westman. Depuis lors, elle a donné ces mêmes conseils nutritionnels à plus de 3 000 patients. Comme ceux du docteur Westman, ils perdent beaucoup de poids et les patients diabétiques peuvent arrêter leur traitement, y compris dans de nombreux cas l'insuline et les médicaments contre l'hypertension. Elle affirme qu'il est désormais plus facile de susciter l'adhésion de ses patients, car la résistance à l'approche LCHF/cétogène s'est progressivement atténuée. Le succès engendre le succès. Chaque patient qui perd du poids et qui n'a plus besoin de traitement contre le diabète et l'hypertension constitue pour ses amis, ses voisins, ses collègues et ses proches la preuve vivante qu'ils peuvent en faire autant. D'autres médecins de sa région envoient désormais des patients à la docteure Wolver, y compris des cardiologues qui, dans un passé pas si lointain, auraient craint que le régime qu'elle préconise n'augmente les risques de maladies cardiaques. Ils disposent désormais de raisons convaincantes de penser le contraire. Susan Wolver m'a confié que plus d'un tiers de ses patients travaillent en milieu hospitalier et répandent la bonne parole.

La docteure Wolver permet à ses patients de recouvrer la santé en leur prescrivant un régime que les autorités compétentes en matière de nutrition qualifieraient de régime à la mode, peut-être même le plus décrié de tous: un régime riche en matières grasses et en graisses saturées et limitant tous les glucides considérés par ces autorités comme étant bons pour la santé cardio-vasculaire. Comme le docteur Westman l'a fait avant elle, Susan Wolver prescrit ce régime à ses patients – un acte que Jean Mayer, nutritionniste à Harvard, qualifiait de «meurtre de masse» dans un article du *New York Times* en 1965, et que l'American Medical Association accusait huit années plus tard de s'appuyer sur des «concepts étranges de la nutrition qui ne devraient pas être encouragés auprès du public comme s'il s'agissait de principes scientifiques établis» –, car elle est convaincue que ses bienfaits leur permettront de vivre plus longtemps en bonne santé. Cette pratique non conventionnelle se propage donc parmi les médecins et devient progressivement la norme de soin pour la bonne et simple raison qu'elle donne des résultats.

Au début des années 2000, lorsque j'ai interviewé plus de 600 cliniciens, chercheurs et représentants des services de santé publique pour mon premier ouvrage sur la nutrition, *Good Calories, Bad Calories* (non

traduit en français), certains parmi les plus éminents d'entre eux m'ont avoué suivre eux-mêmes le régime LCHF/cétogène. «*C'est un excellent moyen de perdre du poids*», m'a déclaré Gerald Reaven, un endocrinologue réputé de l'université de Stanford, à propos du régime Atkins. «*Le problème n'est pas là.*» Ces médecins chercheurs refusaient en effet de le prescrire à leurs patients, car ils jugeaient le risque de leur nuire trop important. *C'était ça le problème.* Ils suivaient eux-mêmes le régime cétogène riche en matières grasses du docteur Atkins pour perdre leurs kilos en trop, puis arrêtaient pour reprendre une alimentation «saine». Lorsqu'ils reprenaient du poids, ils suivaient à nouveau le régime².

Il existe une différence notable entre les médecins chercheurs que j'ai interviewés au début des années 2000 et les médecins traitants avec lesquels je me suis entretenu pour cet ouvrage (plus d'une centaine au cours de l'été et de l'automne 2017, ainsi qu'une douzaine de diététiciens et d'infirmiers, quelques chiropraticiens et coachs de santé et un dentiste): les seconds pensent que ces régimes sont fondamentalement sains, peut-être même la meilleure manière de se nourrir pour beaucoup, voire pour tous. Ils en sont ainsi venus à considérer qu'il s'agissait d'un régime alimentaire thérapeutique: il suffit à certains d'entre nous de s'abstenir de consommer des aliments riches en glucides (surtout les sucres, les féculents et les céréales) pour garder la ligne et rester en bonne santé. Comprendre ce simple fait, disent-ils, peut rendre cette façon de s'alimenter éminemment durable. Cette opinion est en partie étayée par leur expérience clinique et en partie par les recherches considérables qui démontrent désormais que ce régime est foncièrement sain. On observe une évolution lente et graduelle de la vision traditionnelle sur l'origine des maladies cardiaques et des déclencheurs diététiques des maladies chroniques.

De nombreux médecins, comme Susan Wolver, peuvent sembler un peu fanatiques lorsqu'ils évoquent ces régimes. Lors de mes entretiens pour ce livre, je les ai souvent entendus répéter qu'ils ne pouvaient pas «feindre d'ignorer» ce dont ils avaient été témoins sur leurs patients et qu'ils avaient expérimenté eux-mêmes. Comme me l'ont confié plusieurs d'entre eux, la découverte d'un procédé diététique facile à mettre en œuvre à même de prévenir et de soigner l'obésité et le diabète (les troubles les plus répandus chez leurs patients) a ranimé en eux le désir d'exercer la médecine.

Le prosélytisme s'avère donc peut-être la réponse appropriée. Ce n'est pas parce qu'un médecin est passionné qu'il fait fausse route. Prenons pour exemple une anecdote que m'a racontée Susan Wolver en juillet 2017. En février de la même année, une consœur l'a appelée pour lui dire qu'elle venait de diagnostiquer un cas de diabète chez une jeune femme célibataire de 24 ans. Son hémoglobine glyquée (qui mesure la capacité à contrôler la glycémie et donc la gravité du diabète) s'élevait à 10,1%. Les médecins considèrent qu'un patient est diabétique si son taux est supérieur à 6,5. Selon les directives de l'American Diabetes Association, ce taux doit être supérieur à 10 pour que ce soit le cas; un traitement rapide à l'insuline s'impose alors.

«Pensez-vous qu'elle pourra un jour se passer d'insuline?», lui a demandé la docteure Wolver, pour la forme. «“Aucune chance”, m'a-t-elle répondu avant de poursuivre, “Je sais que votre carnet de rendez-vous est chargé, mais pourriez-vous malgré tout recevoir cette patiente? Elle est devant moi, en pleurs et terrorisée.” Je l'ai reçue le lendemain matin. J'ai donc expliqué à cette jeune femme ce qu'elle devait faire, comment elle devait s'alimenter, et elle a commencé le jour même. Je ne l'ai revue que pour sa visite de contrôle trois mois plus tard. Son hémoglobine glyquée était repassée à 6,1, sous le seuil du diabète. Elle avait par ailleurs perdu 11,5 kg. Elle s'est mise à pleurer lorsque je lui ai annoncé qu'elle n'était plus diabétique. J'ai appelé ma consœur et elle s'est mise à pleurer. Je pleurais également. Je me sentais littéralement comme si j'avais guéri un cancer. Cette jeune femme a toute sa vie devant elle et elle ne va pas la passer à se faire des injections d'insuline pour contrôler une maladie chronique.»

Ce cas n'est ni unique ni isolé, comme le prétendent les critiques sceptiques qui cherchent à discréditer ces expériences. En octobre 2017, plus de 100 médecins canadiens ont signé une lettre parue dans le *HuffPost* dans laquelle ils reconnaissaient publiquement suivre un régime LCHF/cétogène et qu'ils prescrivaient désormais ce régime à leurs patients. *«Dans nos cliniques, écrivaient-ils, nous constatons une baisse de la glycémie, une chute de la tension artérielle, l'atténuation ou la disparition des douleurs chroniques, l'amélioration des profils lipidiques et des marqueurs d'inflammation, des pertes de poids, l'amélioration du sommeil,*

l'atténuation des syndromes du côlon irritable, etc. Nous réduisons les doses de médicaments, que nous supprimons même parfois, ce qui minimise les effets secondaires chez les patients et les coûts engendrés pour la société. Nous obtenons chez nos patients des résultats impressionnants et durables.»

Les recommandations nutritionnelles traditionnelles n'offrent aucun de ces résultats, ont-ils ajouté: *«Les patients restent diabétiques et ne peuvent pas se passer de médicaments dont le dosage augmente au fil du temps. Ne dit-on pas du diabète de type 2 qu'il s'agit d'une maladie chronique évolutive? Ce n'est pourtant pas une fatalité. Il est possible de le faire régresser ou entrer en rémission. La plupart des patients que nous soignons avec un régime pauvre en glucides pourront arrêter la majeure partie, voire la totalité de leurs traitements.»*

Ces déclarations s'accompagnent bien sûr de quelques réserves, comme le montrent l'anecdote de la docteure Wolver et celles des autres médecins avec leur «expérience de conversion». Il ne s'agit en effet que de simples anecdotes, qui montrent seulement que l'on peut observer de tels résultats chez les personnes qui renoncent à consommer des aliments à forte teneur en glucides, mais qui ne prouvent pas que cela soit toujours ou presque toujours le cas.

Par ailleurs, elles sont incompatibles avec la vision traditionnelle sur l'alimentation et la santé, ce qui explique les procès en charlatanisme qui leur sont faits. Mues par les meilleures intentions du monde, les autorités médicales se montrent non seulement quelque peu nerveuses lorsque de simples médecins (sans compter des journalistes de mon genre) commencent à vouloir contrecarrer des maladies chroniques ou à évoquer une rémission grâce à des approches nutritionnelles peu orthodoxes. Pourtant, le régime alimentaire prescrit par ces médecins, comme celui qui a permis à la jeune patiente de la docteure Wolver de perdre 11,5 kg en trois mois et de mettre un terme à son diabète (et que je vais par ailleurs recommander dans cet ouvrage), contredit étrangement nos croyances largement répandues sur les bonnes habitudes alimentaires.

Le régime LCHF/cétogène repose sur une hypothèse très simple: les aliments riches en glucides que nous consommons nuisent à notre santé en nous rendant gros et malades. Leur introduction dans l'alimentation

humaine est relativement récente et nous ne devrions donc pas nous étonner de constater que leur suppression contribue à l'amélioration de notre santé. Si possible, nous devons éviter de consommer des céréales, complètes ou non, et même des haricots secs et autres légumineuses (soit les bases des recommandations alimentaires «saines» conventionnelles du XXI^e siècle). Si les personnes naturellement minces peuvent le rester sans nuire à leur santé en consommant ces aliments, ce n'est pas le cas de tout un chacun. En ce qui concerne les fruits, seuls les avocats, les baies et les olives peuvent convenir. Quel que soit notre degré de surpoids, ce mode d'alimentation ne nécessite pas de manger moins ou de contrôler nos portions, voire de compter les calories ou de s'interroger sur la limite à ne pas dépasser (ni même de se mettre à faire du jogging ou à suivre des cours de spinning). Nous sommes au contraire invités à nous alimenter lorsque nous avons faim et à manger à satiété. Nous devrions dorénavant pouvoir le faire sans problème.

Plus radical encore, ce régime est particulièrement, voire extrêmement, riche en matières grasses et se compose essentiellement de produits d'origine animale (bien que, comme nous le verrons, ce ne soit pas une obligation). Il autorise et encourage même la consommation de viande rouge, de beurre et de viande transformée comme le bacon et donc les graisses animales et saturées. Il comporte d'importantes quantités de légumes-feuilles verts, sans être à dominance végétarienne ni «équilibré» au sens classique du terme. L'exclusion d'un groupe entier d'aliments constitue un véritable péché capital diététique.

Cette approche nutritionnelle, ou régime LCHF/cétogène, s'apparente en effet à ce que Robert Atkins a commencé à préconiser dans les années 1960. Du «Redux³ Atkins», selon l'expression de Dean Ornish, un défenseur du régime à faible teneur en matières grasses et un opposant de Robert Atkins. Les recommandations de ce dernier ne sont en fait pas très différentes du régime préconisé par Herman Taller, un médecin de Brooklyn, dont le livre *Les Calories ne comptent pas* paru en 1961 s'est vendu à deux millions d'exemplaires⁴ et a été décrit par un nutritionniste sorti de Harvard dans le *Journal of the American Medical Association* comme «une grave insulte au public éclairé». Herman Taller a tout appris

d'Alfred Pennington, qui n'a jamais écrit de livre sur le sujet, mais a eu recours à ce régime pour faire maigrir des cadres obèses de l'entreprise DuPont Corporation du Delaware à partir de la fin des années 1940. Alfred Pennington avait publié ses résultats dans des revues médicales, dont le *New England Journal of Medicine*, et avait donné une conférence plutôt bien reçue sur son travail à Harvard.

Alfred Pennington tenait lui-même ses connaissances de Blake Donaldson, un cardiologue de New York qui avait travaillé dans les années 1920 avec l'un des fondateurs de l'American Heart Association et avait prescrit ce régime à ses patients, soit près de 20 000 sur une période de quarante ans. En tant que cardiologue, Blake Donaldson n'a sans doute pas réalisé qu'il redécouvrait une approche nutritionnelle de l'obésité qui avait été adoptée par les instances médicales européennes à la fin du XIX^e siècle, après la publication du premier livre de régime (ou plus exactement un pamphlet) qui fut un best-seller international, *Lettre sur la corpulence adressée au public* écrit par William Banting, un croque-mort londonien qui affirmait avoir perdu 23 kg en renonçant aux féculents, aux céréales et aux sucres. Monsieur Banting répétait, apparemment sans le savoir, ce qu'avait écrit le gastronome français Jean Anthelme Brillat-Savarin en 1825 dans son ouvrage *Physiologie du goût*, qui deviendra sans doute le livre le plus célèbre jamais écrit sur la nourriture et l'art de manger. Jean Anthelme Brillat-Savarin était arrivé à la conclusion que les céréales et les féculents faisaient grossir, ce qu'empirait encore le sucre, et recommandait de lutter contre l'obésité par une «abstinence plus ou moins rigoureuse» vis-à-vis de ces aliments. Ce même conseil qui suscite encore la controverse aujourd'hui, l'essence de la vague céto et l'idée simple à laquelle ce livre va donner corps.

Le nom change et l'approche connaît de subtiles évolutions au fil du temps et d'un ouvrage à l'autre. En effet, les médecins qui suivent ce conseil et arrivent à la conclusion qu'il fonctionne (ou le redécouvrent par eux-mêmes, ignorant son histoire, voire trouvent de nouvelles façons d'améliorer l'idée de base) finissent par écrire de nouveaux livres de régime pour faire connaître leurs propres variations sur le même thème, tantôt pour répandre la bonne parole tantôt par appât du gain (selon votre degré de cynisme).

Même si cette approche ne date pas d'hier, les autorités académiques et les tenants de l'orthodoxie placent toujours largement le régime LCHF/cétogène et toutes ses variantes à la limite du charlatanisme. En janvier 2018, deux mois seulement après la publication dans le *HuffPost* de la lettre mentionnée précédemment, le magazine *U.S. News & World Report* publiait sa revue annuelle des régimes. Réputée pour son sérieux, elle classait des déclinaisons de ces programmes LCHF/cétogène parmi les régimes les plus nocifs imaginables (35 à 40^e sur les 40 régimes passés au crible). (Ce n'était pas une première pour cette publication.) Seuls les régimes Eco-Atkins (une variante du régime Atkins riche en végétaux, huile végétale et poisson) et South Beach (similaire à Eco-Atkins) ont réussi à se faire une place parmi les 25 premiers du classement, alors que le régime paléo se situait à la 32^e place (avec le régime crudivore et juste après le régime alcalin). En 2019, le classement est plus ou moins identique.

Pour les médecins qui prescrivent désormais le régime LCHF/cétogène à leurs patients, ce que ressentent ces derniers et ce qu'ils constatent eux-mêmes de leurs propres yeux, ce qu'ils ne peuvent pas *feindre d'ignorer*, est beaucoup plus convaincant que l'avis d'organismes de santé et d'autorités conservatrices telles que celles chargées par le magazine *U.S. News* d'évaluer les différents régimes, qui considèrent que le régime LCHF/cétogène risque davantage de provoquer des problèmes à long terme que d'offrir des bienfaits significatifs.

Pour ces médecins et leurs patients, non seulement ces bienfaits sont évidents, mais ils sont faciles à quantifier. L'amélioration de la santé des patients est indéniable. Le nombre d'essais cliniques démontrant les bienfaits de ces régimes frise désormais la centaine, voire plus, ce qui en fait l'un des régimes alimentaires les plus rigoureusement testés de l'histoire. «*Il ne s'agit plus d'un régime marginal. Il est devenu très répandu*», m'a confié Robert Oh, médecin généraliste et médecin du sport, et accessoirement colonel de l'armée américaine. Il travaille auprès du médecin-chef des forces armées sur un programme visant à améliorer la santé et la préparation des troupes et dirige désormais le service de médecine générale du Madigan Army Medical Center, en périphérie de Tacoma, dans l'État de Washington. «*En tant que praticien, il est en outre*

particulièrement intéressant pour moi de pouvoir partager l'histoire de chacun de mes patients avec les autres, déclare le docteur Oh. Je peux dire à un patient atteint de diabète de type 2, "écoute, j'ai d'autres patients exactement comme toi et leurs analyses se sont améliorées, certains ne prennent même plus de médicaments". Et lorsque d'autres médecins verront mes patients, ils se demanderont avec étonnement comment ils font pour avoir une telle forme. Ils pourront ensuite envisager d'en faire autant avec leurs propres patients. La machine est en marche. Même les diététiciens et les autorités qui s'y opposent aveuglément ne peuvent pas l'empêcher, parce que ça fonctionne.»

Chaque fois que l'Organisation mondiale de la santé, le ministère de l'Agriculture des États-Unis, le système de santé britannique ou l'American Heart Association proclame dans les recommandations nutritionnelles qu'une alimentation saine *doit* comporter des fruits, des légumineuses et des céréales (complètes ou non), qu'il faut consommer de la viande maigre, éviter les matières grasses et remplacer les graisses saturées par les huiles végétales polyinsaturées, ces injonctions entrent directement en conflit avec ces essais cliniques et, plus important encore, vont à l'encontre des observations que font chaque jour les médecins, tant dans leur cabinet que sur leur propre personne. Cela ne facilite pas le travail de ces médecins, tel qu'ils le perçoivent désormais, mais ils ne cèdent pas au découragement. Cela complique encore davantage la donne pour ceux d'entre nous qui ne sont pas naturellement minces et en bonne santé et veulent le devenir⁵, mais ne devrait pas nous décourager non plus. Selon ces médecins, éviter les glucides et les remplacer par des matières grasses naturelles constitue le régime alimentaire thérapeutique auquel leurs patients, et bon nombre d'entre nous, ne devraient jamais déroger. Comme le dit Paul Grewal, spécialiste en médecine interne à New York qui avoue avoir lui-même perdu 45 kg sans les avoir repris après huit ans en suivant un régime LCHF/cétogène, *«réussir à faire régresser une maladie et s'entendre dire que nous ne devrions pas le faire ni le conseiller à un patient est le summum de l'absurdité»*.

Ceux d'entre nous qui sont engagés dans ce conflit, en particulier les médecins et les diététiciens qui sont en première ligne, pensent que les conseils dispensés par les autorités de santé publique, médicales et celles

qui sont compétentes en matière de nutrition sont purement et simplement erronés. Ils ne donnent donc aucun résultat, ce qui explique que tant de personnes restent grosses et diabétiques, souvent déprimées et accablées de frais médicaux. Nous sommes parvenus à cette conclusion en nous appuyant sur des preuves que nous jugeons convaincantes. Nous pensons qu'une injustice est commise et qu'elle doit être réparée. Tant que ces idées n'auront pas été comprises et acceptées (et testées dans les meilleures conditions permises par la science), le nombre d'individus pouvant bénéficier des conseils nécessaires pour améliorer leur santé de manière significative et durable restera insuffisant et il sera impossible d'enrayer les épidémies d'obésité et de diabète qui sévissent.

J'aimerais que ce livre serve à la fois de manifeste pour cette révolution nutritionnelle (si je peux m'autoriser ce terme galvaudé, mais toujours d'actualité⁶) et de guide pratique. Le manifeste est une nécessité, car des changements significatifs doivent s'accomplir tant sur le plan sociétal que personnel. C'est pourquoi j'évoquerai les erreurs commises par les autorités médicales et nutritionnelles et les fâcheuses conclusions que nous en avons tous tirées. Il nous faut comprendre cet enchaînement de mauvaises décisions scientifiques tragiques qui ont conduit à la situation dans laquelle nous nous trouvons. C'est ainsi que nous pourrons commencer à remédier à nos maux.

Je présente par ailleurs le guide pratique sous différentes perspectives. Dans un premier temps, je fais la synthèse de tout ce que j'ai appris pendant mes vingt années d'enquêtes journalistiques passées à démonter les idées reçues sur l'alimentation et les maladies chroniques. (Dans un contexte sans précédent d'épidémies d'obésité et de diabète, et l'incapacité absolue de nos autorités nutritionnelles et de nos institutions et organisations de santé publique à les contrôler, ne devient-il pas vraiment pertinent de s'interroger sur cette orthodoxie?) Au début de mon enquête, j'ai eu la chance de pouvoir suivre des chercheurs cliniciens comme le docteur David Ludwig de la Harvard University Medical School, qui soignait des enfants atteints d'obésité à l'hôpital pour enfants de Boston avec ce qu'il appelait un régime glucidique modifié, et le docteur Eric Westman, qui prescrivait un régime LCHF/cétogène à ses patients adultes atteints d'obésité dans sa clinique de Durham, là où s'est rendue la docteure Susan Wolver une

décennie plus tard. Ces médecins chercheurs et leurs expériences m'ont rappelé que ce que «croient la plupart des experts» du monde médical n'est pas toujours vrai, en particulier lorsqu'il s'agit du traitement de l'obésité et de la prévention des maladies chroniques. Par chance, un économiste du MIT m'a par ailleurs soufflé que je ne pouvais pas écrire un livre traitant du poids et de la graisse sans inclure dans mes recherches des expérimentations avec le régime Atkins, grâce auquel il avait lui-même perdu 18 kg (et le père de l'un de ses collègues 90). J'ai suivi son conseil et l'expérience a éclairé (ou biaisé, suivant votre point de vue) tout ce que j'ai pu faire ensuite.

Les conseils et les opinions que j'avance sont par ailleurs étayés par les médecins et les diététiciens que j'ai interviewés pour écrire ce livre (ils sont nommés directement dans le texte ou dans les notes de bas de page). Je n'avance rien qui ne soit corroboré par leur expérience et leurs observations. La docteure Èvelyne Bourdua-Roy, qui compte parmi les chefs de file de ce mouvement au Canada et dont le cabinet se trouve dans la banlieue de Montréal, m'a résumé leur façon de penser en une seule phrase qu'elle répète à ses patients en surpoids, obèses, diabétiques et souffrant d'hypertension: *«Je peux vous donner des médicaments ou je peux vous apprendre à vous alimenter.»*

Je ne peux en outre qu'être influencé par les milliers de personnes qui m'ont contacté depuis que j'ai commencé à écrire sur le sujet en 2002 pour le *New York Times Magazine* afin de me raconter leurs expériences et leurs réflexions concernant ce régime. Ces personnes avaient lutté toute leur vie contre l'obésité, avec succès pour certaines, alors que d'autres poursuivaient leur combat.

Enfin, bien que servant de manuel pratique, cet ouvrage ne propose ni recettes ni programmes alimentaires. J'estime qu'apprendre à réfléchir sur la manière de s'alimenter, apprendre à comprendre ce qui nous fait grossir et ce qui nous rend diabétique, revient de manière implicite à apprendre à cuisiner, à savoir passer une commande au restaurant et à faire ses courses au supermarché. La cuisine n'étant pas mon fort, je vous invite à chercher vous-même les recettes et les conseils culinaires dont vous pourriez avoir besoin; vous en trouverez en abondance sur Internet, notamment sur des sites tels que Dietdoctor.com, Diabetes.co.uk et Ditchthecarbs.com. Ces

sites vous en feront découvrir d'autres, ainsi que de nombreux livres de cuisine⁷ qui vous apprendront beaucoup mieux que moi ce que vous devez cuisiner. Mon objectif est d'aider chacun d'entre nous à se défaire d'un siècle de tragiques idées reçues sur la nature d'une alimentation saine, d'apprendre à ignorer les conseils délétères que nous avons reçus et de leur substituer une façon d'envisager les régimes alimentaires, notre poids et notre santé qui fonctionne. Vous ne devriez ensuite plus avoir aucun problème à vous alimenter et à cuisiner.

.....

- 1* Rien qu'au Canada, un groupe Facebook consacré au régime LCHF/cétogène à destination des femmes médecins ne comptait pas moins de 3 800 membres en septembre 2019.
- 2* Comme nous le verrons, certaines autorités sont contre la prescription du régime Atkins et des autres régimes de même nature qu'elles jugent trop difficiles à suivre. Jean-Pierre Flatt, biochimiste à l'université du Massachusetts, est à l'origine de l'hypothèse thermodynamique de la prise de poids qui a conduit une génération de chercheurs à défendre les régimes pauvres en graisses avec restriction calorique pour lutter contre l'obésité. Il m'a déclaré à plusieurs reprises que «*le régime Atkins surpasse tous les autres pour perdre du poids*», mais ne permet pas de le stabiliser parce que «*les gens ont tendance à se relâcher et à réintroduire des glucides dans leur alimentation*».
- 3* Le Redux est un médicament «coupe-faim» (il a été commercialisé en France, sous le nom d'Isoméride avant d'être retiré du marché) – NDE.
- 4* Il avait en fait été rédigé par le légendaire journaliste sportif Roger Kahn, dont l'ouvrage *The Boys of Summer* a été décrit comme l'un des meilleurs livres sur le sport jamais écrit.
- 5* Il est clair par la façon dont je m'exprime que je m'inclus dans le lot. J'étais en effet un enfant «potelé» et, adulte, mon poids a grimpé jusqu'à 109 kg. Comme je mesure 1,92 m, mon indice de masse corporelle (IMC) était alors de 32 de sorte que techniquement, j'aurais été considéré comme obèse, à l'instar de toute personne dont l'IMC est supérieur à 30. Il n'y a par ailleurs pas un jour de ma vie adulte où je n'ai suivi un régime. Aujourd'hui, je pèse environ 95 kg, un poids normal pour moi.
- 6* Pour ceux qui sont au fait de l'histoire de la nutrition, le docteur Atkins a tenu des propos quasiment identiques il y a cinquante ans, ce qui explique que le terme révolution figure dans le titre de son ouvrage, *La Révolution diététique* du Dr Atkins. Bien qu'en dernière analyse cette

réponse puisse paraître contre-productive, elle était selon moi appropriée à l'époque, même si un peu téméraire de la part d'un médecin isolé comme le docteur Atkins.

- 7• Vous trouverez de nombreux livres de recettes cétogènes aux éditions Thierry Souccar – NDE.

LES FONDAMENTAUX

Bref historique de la recherche sur l'obésité

Le 22 juin 1962, Edwin Astwood, professeur à la faculté de médecine de l'université Tufts (Massachusetts) a vainement tenté de corriger la perception que nous avons des causes de l'obésité. Les conséquences de son échec se font encore sentir aujourd'hui.

Ce jour-là, le professeur Astwood s'est inscrit en faux contre le courant de pensée dominant qui s'est imposé depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale au sein des autorités médicales et parmi les chercheurs sur les raisons de notre prise de poids. Il qualifiait cette manière de penser de «conviction de la primauté de la gloutonnerie» pour dénoncer l'inébranlable certitude selon laquelle tous les cas d'obésité, modérée ou sévère, chez l'enfant comme chez l'adulte, sont systématiquement liés à une consommation excessive de calories: les gens grossissent parce qu'ils mangent trop.

Edwin Astwood reprochait à ce système de croyances (car c'est bien de cela qu'il s'agit) de pécher par un excès délibéré de naïveté et, accessoirement, de constituer le principal obstacle à une meilleure compréhension de l'obésité, à sa prévention et à son traitement. C'est également cette vision qui conduit à tenir pour responsable de leur condition les malheureux qui en souffrent. *«L'obésité est une maladie dont la responsabilité est imputée au patient, comme dans le cas des maladies*

vénériennes», a-t-il déclaré au début de son allocution, la conséquence directe de ses faiblesses.

Endocrinologue de métier, le professeur Astwood était spécialiste des hormones et ses recherches portaient sur les troubles hormonaux. Il intervenait dans le cadre du 44^e congrès annuel de la Société d'endocrinologie qu'il présidait cette année-là. Ce discours, intitulé «L'héritage de la corpulence», était son allocution présidentielle. Le docteur Astwood était par ailleurs membre de la prestigieuse National Academy of Sciences (NAS, Académie nationale des sciences). Selon la biographie que lui consacre cette institution, ses pairs le considéraient comme «un scientifique brillant» qui, mieux que quiconque, nous a permis de comprendre les hormones thyroïdiennes et leur fonctionnement. (Il a reçu le prix Lasker, considéré comme l'antichambre du prix Nobel, pour ses travaux sur la thyroïde.) Parmi les jeunes gens qu'Edwin Astwood avait initiés à la recherche médicale dans son laboratoire situé dans la région de Boston, 35 étaient professeurs titulaires au moment de sa disparition en 1976. Il était «*non seulement animé par une curiosité insatiable*», nous apprend sa biographie du NAS, «*mais également par une volonté obstinée à trouver des réponses*».

Bien que le peu d'intérêt qu'il portait à la nourriture ou à l'alimentation était notoire parmi ses amis et ses collègues (il considérait les repas comme «*un acte nécessaire émaillant les activités quotidiennes, uniquement destiné à nourrir l'organisme*»), il a en grande partie consacré la fin de sa carrière de chercheur à des travaux de laboratoire liés à la compréhension de l'obésité et plus particulièrement au rôle des hormones dans l'accumulation des graisses et l'utilisation de celles-ci comme énergie par notre métabolisme.

Dans le cercle restreint des recherches sur l'obésité des années 1960, le docteur Astwood représentait d'une certaine manière une survivance de l'époque d'avant la Seconde Guerre mondiale. Scientifique sérieux et brillant, il connaissait parfaitement les recherches qui avaient été menées sur l'obésité. Il avait par ailleurs également exercé lui-même la médecine et avait soigné des patients dans sa propre clinique. Sa démarche était identique à celle des médecins chercheurs allemands et autrichiens d'avant-

guerre qui avaient dominé la réflexion sur l'obésité et étaient en outre parvenus à leurs conclusions sur la nature du problème en l'observant attentivement chez leurs patients, en s'intéressant à leurs histoires pour comprendre ce qu'ils traversaient et enduraient. Si les médecins procèdent de cette façon pour toutes les autres pathologies, pourquoi ne le font-ils pas avec un trouble apparemment insurmontable comme l'obésité?

Bon nombre de ces grandes figures européennes d'avant-guerre s'étaient forgé la conviction que l'obésité devait être le résultat d'un dysfonctionnement hormonal ou métabolique, et qu'elle n'était pas le *résultat* d'une suralimentation, un concept qui pour eux relevait de la tautologie. (Comme l'a justement déclaré Jean Mayer, nutritionniste à Harvard, huit ans avant l'allocution du professeur Astwood: «*Attribuer l'obésité à une "suralimentation" n'a pas plus de sens que d'attribuer l'alcoolisme à une "consommation excessive d'alcool"*».» Cela revient à dire la même chose de deux manières différentes pour, au mieux, décrire le processus, sans en expliquer la cause.) Selon les conclusions des chercheurs cliniciens allemands et autrichiens, cela relèverait plutôt de mécanismes biologiques particuliers chez la personne obèse, notamment un dysfonctionnement du métabolisme des graisses et de leur accumulation dans le corps. Ils pensaient, comme Edwin Astwood a fini lui-même par le penser, que l'obésité n'est ni un trouble du comportement ni un trouble alimentaire ni le résultat des quantités de nourriture consciemment ou inconsciemment ingérées.

Le monde de la recherche allemand et autrichien s'est volatilisé à partir de 1933, avec la montée du parti nazi. À la fin de la guerre, la réflexion européenne sur l'obésité fondée sur des décennies d'expériences et d'observations cliniques s'était également évaporée. Si l'allemand était la langue de communication du milieu médical avant-guerre, il a été supplanté par l'anglais après-guerre. La littérature médicale en langue allemande était considérée comme sans grand intérêt, voire illisible par la jeune génération de médecins et de nutritionnistes américains qui s'est emparée de ce champ d'études et a embrassé la vision conventionnelle et simpliste sur l'obésité. À quelques exceptions près, ces nouveaux experts n'avaient pas la lourde charge de devoir aider des patients obèses à retrouver un poids relativement normal. Ils se fiaient uniquement à une théorie (ou plutôt une hypothèse,

techniquement parlant) à laquelle ils vouaient une foi inconditionnelle. Ils pensaient que la vérité était évidente, ce qui constitue toujours un frein au progrès de toute entreprise scientifique.

L'intitulé de la présentation du professeur Astwood, «La conviction de la primauté de la gloutonnerie», ne faisait pour eux aucun doute tant ils étaient convaincus que l'obésité est presque systématiquement due à une suralimentation. Elle consiste à absorber plus de calories que l'on en dépense, ce qui la place au rang des troubles du comportement ou de l'alimentation. Cette conviction sous-entendait que la seule véritable différence entre les personnes minces et celles qui luttaienent contre l'obésité était que les premières pouvaient contrôler leur apport de nourriture, et donc leur appétit (elles ne consommaient pas plus de calories qu'elles n'en dépensaient), alors que les obèses n'y parvenaient pas, tout au moins une fois qu'ils avaient commencé à grossir. L'idée selon laquelle un facteur physiologique pouvait conduire les tissus adipeux des personnes prédisposées à l'obésité à stocker les graisses, contrairement à ceux des personnes minces, soit un léger trouble hormonal, a été balayée par les autorités comme de simples «prétextes futiles» (pour reprendre l'expression du grand spécialiste de l'obésité de la Mayo Clinic dans les années 1960) invoqués par les personnes en surpoids pour ne pas suivre l'exemple des minces: manger avec modération.

En fait, les autorités dites savantes de l'après-guerre ont fini par considérer l'obésité comme la conséquence d'une défaillance psychologique et non physiologique. Elles n'hésitaient pas à déclarer que si les gens devenaient gros, c'était à cause de «conflits émotionnels non résolus» ou parce qu'ils avaient «cherché à soulager par la nourriture certaines tensions nerveuses de leur existence». Ces autorités conseillaient aux personnes atteintes d'obésité de ne pas manger à satiété, de littéralement s'affamer, idéalement après avoir consulté un psychiatre.

C'est cette approche que le docteur Astwood espérait bousculer avec son allocution présidentielle. Ce n'est pas sans élégance et avec une certaine dose d'humour qu'il a énuméré les raisons étayant une possible origine génétique de l'obésité, laissant entendre qu'elle devait être d'ordre hormonal ou endocrinien. C'était selon lui ce que suggéraient les commentaires du type «tout ce que je mange se transforme en graisse»

émanant des personnes souffrant d'obésité. Cela n'avait rien d'un prétexte futile, selon Edwin Astwood, c'était bel et bien une réalité. Pour lui, les cas d'obésité sévère que présentaient certains des patients qu'il recevait dans son cabinet n'étaient pas les seuls concernés, «les cas les plus ordinaires rencontrés quotidiennement» l'étaient également.

Le docteur Astwood trouvait particulièrement déconcertante l'absence de toute subtilité dans les preuves qui plaidaient en faveur de l'incidence génétique, et donc hormonale, sur l'obésité et l'accumulation des graisses. Conformément à l'opinion générale des experts, il déclara que l'obésité était bien une affaire de famille, pas parce que les parents donnaient trop à manger à leurs enfants cependant, mais en raison d'un puissant facteur génétique. La ressemblance des vrais jumeaux ne s'arrête pas à leur apparence, ils ont le même type de morphologie. Si l'un des jumeaux est obèse, c'est pratiquement certainement également le cas de l'autre. La répartition même de l'obésité au sein des familles semble suggérer une origine génétique. Edwin Astwood évoqua devant son auditoire le cas de l'un de ses patients âgé de 24 ans qui mesurait 1,63 m et pesait 207 kg. Ce jeune homme avait sept frères et sœurs, dont trois souffraient également d'obésité sévère. *«Ses frères âgés de 10, 15 et 21 ans pesaient respectivement 124, 172 et 154 kg.»* Les quatre autres enfants *«étaient normalement proportionnés»*.

Cela *«semblait davantage un problème d'ordre génétique»* selon le docteur Astwood, que *«le résultat de bombances familiales»*. *«Nous savons que les gènes déterminent la stature et la couleur des cheveux, a-t-il déclaré, ils déterminent également la taille de nos pieds, ainsi qu'un nombre croissant de désordres métaboliques, alors pourquoi l'hérédité n'aurait-elle aucune incidence sur notre corpulence?»* Si nous avons des doutes sur la question, il suffit d'observer les animaux. *«Prenez le cas du cochon, explique-t-il, sa corpulence et sa gloutonnerie résultent d'une sélection artificielle opérée par l'homme; la reproduction sélective nous a donné ce géant à l'appétit d'ogre dont personne ne pourra me convaincre que la voracité est imputable à l'extrême sollicitude de ses géniteurs.»*

Nous avons depuis les années 1930 une idée assez fiable de la manière dont peuvent s'exprimer ces gènes, a alors indiqué Edwin Astwood. De nombreux chercheurs ont produit en laboratoire d'importants volumes de

données sur la manière dont notre organisme régule la graisse que nous stockons et celle que nous utilisons pour produire de l'énergie. *«Transformer ce que nous mangeons en graisse, utiliser celle-ci et la brûler fait intervenir des dizaines d'enzymes et différentes hormones jouent un rôle important dans ces processus»*, a-t-il expliqué. Les hormones sexuelles ont clairement une incidence sur les zones de stockage de la graisse. Les hommes et les femmes ont tendance à grossir différemment: les hommes au-dessus de la ceinture et les femmes au-dessous. Les hormones thyroïdiennes, l'adrénaline et les hormones de croissance jouent toutes un rôle dans la libération des dépôts de graisse, de même que le glucagon, une hormone sécrétée par le pancréas. *«Le processus inverse, a expliqué le professeur Astwood, soit la reconstitution des stocks de graisse et la conversion des aliments en graisse semble minimisé sous l'effet de ces hormones, mais fortement favorisé par l'insuline.»* Tout cela tend à démontrer *«le rôle complexe que joue le système endocrinien dans la régulation des graisses»*. Et d'ajouter que la grande similitude entre de nombreuses maladies chroniques associées à l'obésité (*«en particulier les maladies artérielles»*) et celles liées au diabète constitue un indice important sur leurs causes possibles et implique *«que ces deux problèmes de santé résultent d'une même anomalie»*.

Edwin Astwood a alors demandé à son auditoire d'imaginer ce qui se produirait si un seul de ces mécanismes présentait un dysfonctionnement et empêchait la libération des graisses des cellules adipeuses ou favorisait leur stockage. On imagine alors aisément leur lente et graduelle accumulation entraînant une obésité sévère au fil des années et des décennies. Cette inexorable accumulation de graisse engendre ce que le docteur Astwood qualifiait de *«famine interne»*: le corps stocke en effet les calories sous forme de graisses dans les cellules adipeuses au lieu de les brûler pour produire de l'énergie, ce qui entraîne une augmentation de son poids qui va donc nécessiter de plus en plus d'énergie pour fonctionner et se déplacer. Autrement dit, une légère perturbation hormonale peut à la fois engendrer une accumulation excessive de graisse et provoquer la faim chez une personne en surpoids. Ce phénomène serait exacerbé par les conseils qu'elle recevait de toutes parts: mangez moins et faites plus d'exercice. Affamez-vous si nécessaire. Si le traitement d'un problème lié à l'accumulation de

graisse provoquant une famine interne, autrement dit la faim, devait contribuer à l'aggravation de celle-ci, il n'est pas difficile de comprendre les raisons de son échec, si ce n'est dans l'immédiat, du moins à long terme.

«Cette théorie, selon le professeur Astwood, permettrait d'expliquer pourquoi les régimes sont si rarement efficaces et pourquoi la plupart des personnes en surpoids sont si malheureuses lorsqu'elles jeûnent. Elle prendrait également en considération nos amis psychiatres, très préoccupés par cette nourriture qui va jusqu'à s'immiscer dans les rêves de leurs patients obèses. Qui ne serait pas obnubilé par la nourriture si son organisme criait famine? Ajoutez à l'inconfort physique le stress émotionnel engendré par le fait d'être gros, les sarcasmes et les moqueries des gens minces, les critiques constantes, les accusations de gloutonnerie et de manque de volonté, ainsi que le sentiment permanent de culpabilité, et vous aurez des raisons plus que suffisantes pour expliquer ces troubles émotionnels qui préoccupent les psychiatres.»

Ce n'était peut-être pas le bon moment ou le bon auditoire, le message a été victime du cloisonnement qui semble prévaloir dans le milieu de la recherche médicale et de la pratique de la médecine. Le docteur Astwood a fait son allocution alors que l'endocrinologie était sur le point de connaître une véritable révolution. L'évocation d'une étroite relation entre l'obésité et le diabète de type 2 (les risques d'en souffrir augmentant avec l'âge et la corpulence) était véritablement visionnaire. Elle impliquait que le traitement et la prévention des deux maladies allaient être très similaires, voire identiques. L'auditoire d'endocrinologues auquel il s'adressait ne traitait toutefois pas la forme courante de l'obésité, «celle que l'on rencontre au quotidien», pour reprendre son expression. Ce n'était pas de leur ressort et cela ne les intéressait peut-être pas, sans oublier qu'au début des années 1960, l'obésité était encore relativement peu fréquente en comparaison de l'épidémie à laquelle nous sommes aujourd'hui confrontés.

À cette époque, comme le laissait entendre Edwin Astwood, le traitement de l'obésité était essentiellement du ressort des psychologues et des psychiatres. C'est à eux qu'incombait la tâche d'enseigner aux personnes en surpoids à mincir et à soi-disant clarifier les mécanismes de la maladie. Sans surprise, un contexte et un point de vue limités au cadre de leur profession les amenaient à voir dans les personnes obèses et en

surpoids l'incontestable manifestation de troubles mentaux, émotionnels et comportementaux. Ils sont tout simplement passés à côté de la révolution qui se jouait en endocrinologie, car ce n'était pas leur domaine de recherche. (Comme nous le verrons, ce fut également le cas des nutritionnistes.) Ils ne lisaient pas les mêmes revues scientifiques, participaient à des congrès différents et ne travaillaient pas dans les mêmes départements au sein des universités et des écoles de médecine. Quand bien même les endocrinologues résoudre le problème, les psychiatres et les psychologues pourraient très bien ne jamais le savoir, voire opposer leur désaccord, car ils s'efforçaient de leur côté de trouver un moyen d'amener les personnes en surpoids à faire face à leurs tensions nerveuses non résolues et à manger moins.

En fait, au moment de l'allocution du docteur Astwood, la conviction de la primauté de la gloutonnerie avait déjà remporté la partie. À l'époque, le milieu de la recherche sur l'obésité était si restreint que quelques individus influents et bien placés pouvaient imposer leurs convictions aux autres (et donc à tous). «*L'obésité est une question d'équilibre – un déséquilibre entre les aliments ingérés et la dépense énergétique*», comme ils se plaisaient à le répéter avec une certitude aveugle. Cela semblait tellement évident, que nous l'avons pratiquement tous cru sans la moindre réserve. Même les meilleurs médecins de l'époque, prompts à l'empathie, comme Bernard Lown, pourtant prix Nobel, se sont laissé convaincre. Dans son ouvrage devenu un classique, *The Lost Art of Healing* (L'Art oublié de soigner, non traduit en français) portant le sous-titre *Practicing Compassion in Medicine* (La compassion en médecine), il écrit que l'obésité résulte «*d'un comportement mésadapté inné*», comparable à «*l'alcoolisme, le tabagisme et l'addiction aux drogues... l'absence d'estime de soi, des habitudes de travail obsessionnelles ou simplement une absence de joie de vivre*». Les victimes de l'obésité en sont elles-mêmes venues à s'estimer responsables de leur condition.

Dans les années 1970, l'idée que l'obésité pouvait être d'origine hormonale avait totalement disparu du discours savant sur le sujet. Les autorités, hormis quelques rares exceptions, n'envisageaient même plus la possibilité que certaines personnes, contrairement à d'autres, puissent grossir en raison d'un dérèglement des hormones et des enzymes qui

régulent l'accumulation de la graisse ainsi que sa dégradation et son utilisation pour produire de l'énergie. Certains d'entre nous grossissent donc facilement en accumulant une graisse excessive dans leurs tissus adipeux et autour de leurs organes, alors que d'autres sont épargnés. Certains passent leur vie dans de vains combats contre ce phénomène hormonal pour garder la ligne, alors que d'autres y parviennent sans effort.

La proposition et la théorie du docteur Astwood, comme les réflexions des experts allemands et autrichiens de l'avant-guerre, ont purement et simplement disparu. Une absence dénoncée en 1973 par Hilde Bruch, l'autorité américaine en matière d'obésité infantile, alors que quatre décennies de recherches avaient mis en lumière le métabolisme et le stockage des graisses. Comme elle l'écrivit, il était *«surprenant de constater combien la documentation clinique sur l'obésité reflète peu cette prise de conscience croissante»*.

Pratiquement un demi-siècle plus tard, c'est aujourd'hui encore le cas. Alors que les manuels de biochimie et d'endocrinologie regorgent de détails sur la régulation du stockage des graisses et sur leur métabolisme par les hormones et les enzymes, suggérant qu'une infime perturbation de ces systèmes (en particulier de l'insuline) pourrait facilement induire l'obésité, exactement comme l'avait suggéré Edwin Astwood, ces mêmes manuels évacuent totalement ces données scientifiques lorsqu'ils abordent la question de l'obésité, au même titre que les manuels dédiés exclusivement à l'obésité. La conviction de la primauté de la gloutonnerie prévaut toujours dans ces discussions: c'est notre cerveau qui nous fait grossir en manipulant notre volonté sur les quantités à ingérer et l'intensité des exercices. Devant les enjeux et l'importance des implications, l'absence de théorie contradictoire est étonnante.

Peut-on concevoir des discours savants sur le cancer – des livres entiers, et même des manuels consacrés aux causes, au traitement et à la prévention – négligeant de mentionner, ne parlons même pas d'explorer en détail, les mécanismes physiologiques qui induisent *directement* le développement d'une tumeur et la division, la multiplication et la propagation des cellules cancéreuses dans l'organisme? C'est purement et simplement inimaginable. C'est pourtant ce qui s'est produit dans les recherches sur l'obésité, ce qui a nui à la réflexion sur la manière de la traiter. Les médecins auxquels on

laisse le soin de traiter des patients toujours plus nombreux souffrant d'obésité et de diabète sont censés décliner les mêmes conseils que ceux qui étaient dispensés à l'époque du docteur Astwood. Les résultats sont à l'avenant.

Les implications directes et virtuellement inévitables que devrait susciter cette vision plaçant les hormones au centre du processus de prise de poids sont également criantes par leur absence: l'idée, ou du moins la possibilité, que les glucides soient particulièrement propices à la prise de poids. Si les diététiciens et les nutritionnistes n'avaient aucun doute sur la question dans les années 1960, ces chercheurs qui croyaient étudier les causes de l'obésité n'ont pas jugé cette information pertinente. En 1963, Sir Stanley Davidson et le docteur Reginald Passmore ont écrit dans leur ouvrage *Human Nutrition and Dietetics* (Diététique et nutrition humaine, non traduit en français), LA référence en matière de nutrition pour une génération de médecins britanniques, qu'«*il faudrait réduire de manière drastique la consommation d'aliments riches en glucides, car leur abus est la cause la plus courante de l'obésité*». S'ils ne comprenaient pas encore les raisons physiologiques du phénomène (les laboratoires y travaillaient), le fait semblait indéniable. La même année, le docteur Passmore participa à la rédaction d'un article dans le *British Journal of Nutrition* commençant par cette déclaration: «*Toutes les femmes savent que les glucides font grossir: c'est de notoriété publique et peu de nutritionnistes diraient le contraire.*»

Cette observation trouvait un écho presque parfait dans les découvertes sur l'orchestration hormonale du stockage et du métabolisme des graisses que faisaient à l'époque les chercheurs dans leurs laboratoires. En excluant ces réflexions et leurs implications de l'exercice conventionnel de la médecine (malgré leur présence dans les manuels de médecine), les autorités ont laissé aux médecins le soin de tirer leurs propres conclusions, ce qu'ils ont fait. Ils ont découvert une façon de s'alimenter permettant d'atteindre facilement le poids idéal et de le conserver. Ce qui nous ramène aux livres de régime «à la mode».

Ces livres, écrits par des médecins, se sont très bien vendus non seulement parce que ceux d'entre nous qui grossissent facilement cherchaient désespérément des réponses, mais aussi parce que ces régimes pauvres en glucides (et riches en lipides) permettent de perdre relativement

rapidement du poids, généralement sans souffrir de la faim. Les solutions qu'ils proposent se sont révélées bien plus souvent correctes que ne le laissent entendre les autorités compétentes en matière de nutrition. Leurs conseils fonctionnent pour des raisons physiologiques et métaboliques qui semblent évidentes. Pourtant, pour des motifs sur lesquels je reviendrai, les autorités ont tout fait pour nous persuader que ces régimes ne fonctionnent pas, que nous ne parviendrions pas à les suivre ou, si nous y parvenions, qu'ils nous entraîneraient vers une mort prématurée. C'est un peu comme si le simple fait d'essayer de vérifier l'efficacité de ce type d'alimentation constituait un affront à leur expertise, ce qui est indéniablement le cas.

LES GROS ET LES MINCES

Les gros ne sont pas des minces qui mangent trop.

A l'automne 2016, j'ai été interviewé pour un documentaire de la BBC sur les régimes à la mode. L'animateur et interviewer n'était pas un médecin, mais un chercheur très respecté de l'université de Cambridge spécialisé dans la génétique de l'obésité. (Les articles académiques qu'il publie ont souvent des titres un peu opaques, du genre «A Deletion in the Canine POMC Gene Is Associated with Weight and Appetite in Obesity-Prone Labrador Retriever Dogs», soit en bon français «Une délétion du gène canin POMC est associée à la prise de poids et à l'appétit des chiens de race du labrador particulièrement sujette à l'obésité».)

Je pensais que les producteurs de la BBC s'intéressaient à mon point de vue, car j'étais à l'époque (et le reste peut-être encore) le seul journaliste, historien ou scientifique à proposer une histoire critique approfondie de la recherche sur l'obésité, et plus particulièrement sur ses liens avec l'alimentation, les campagnes de sensibilisation en matière de santé publique et les recommandations nutritionnelles. Quelques très bons ouvrages avaient été publiés sur l'histoire des régimes et sur les recherches en nutrition, mais sans jamais les resituer dans un contexte plus large. (Veuillez m'excuser pour ce manque d'humilité.) Mon livre *Good Calories, Bad Calories* publié en 2007 (paru sous le titre *The Diet Delusion* au Royaume-Uni, non traduit en français), a été le premier à s'intéresser à ces

liens, à l'évolution de la réflexion des cliniciens et des scientifiques sur les causes de l'obésité et des maladies chroniques qui lui sont associées (en particulier le diabète, les maladies cardiaques, les AVC, le cancer et la maladie d'Alzheimer), ainsi qu'aux implications de leur traitement et de leur prévention à l'aide d'un régime alimentaire.

Ma qualité de journaliste m'offrait un avantage pour écrire cet ouvrage que n'avaient clairement pas les chercheurs: je pouvais interviewer les acteurs qui ont transformé notre façon de nous alimenter et façonné nos convictions sur la nature d'une alimentation saine (pour le meilleur ou pour le pire). Outre la lecture de la littérature disponible sur le sujet, allant d'articles académiques obscurs aux publications d'actes de colloques sur la question, j'ai interviewé des centaines de cliniciens, de chercheurs et de responsables de la santé publique, dont nombre d'octogénaires, voire des personnes encore plus âgées, dont les travaux ou le rôle en la matière remontaient à un demi-siècle.

Je me suis livré à ces recherches de manière obsessionnelle, car je voulais savoir quelles étaient les connaissances fiables dont nous disposions sur la nature d'une alimentation saine. À l'instar du sociologue spécialiste de l'histoire des sciences Robert Merton, je voulais savoir si ce que nous tenions pour acquis l'était bel et bien. J'ai appréhendé cette controverse sous un angle historique, car je suis convaincu qu'il est essentiel de bien saisir le contexte pour jauger et comprendre les arguments et les croyances qui s'opposent. Le concept même de «savoir ce dont on parle» n'exige-t-il pas en effet de connaître l'histoire de nos convictions, de nos hypothèses, ainsi que des systèmes de croyances qui s'affrontent, et donc des éléments sur lesquels ils reposent¹? Grâce à ce travail de fond, les chercheurs et les médecins (une minorité grandissante, comme je l'indique) qui jugeaient mon interprétation des éléments scientifiques susceptible d'être en grande partie correcte en sont venus à me considérer comme une véritable autorité, alors que pour les autres j'étais un provocateur ou la mouche du coche, voire parfois un charlatan. Pour ces derniers, je ne suis rien d'autre qu'un journaliste qui se mêle de problèmes médicaux et scientifiques.

Les questions auxquelles ce généticien de l'université de Cambridge voulait que je réponde pour la BBC tournaient principalement autour de ce

qui incitait les gens à faire des régimes à la mode. Pourquoi les médecins et les livres de régime qui préconisent de nouvelles manières de s'alimenter sont-ils si populaires? Pourquoi sommes-nous si avides de ces lectures? Pendant toutes les années que j'ai consacrées à mes recherches, je n'avais jamais songé à poser cette question, et encore moins à y répondre. La réponse me semblait soudain évidente: et pourquoi pas?

Je fais plus précisément référence à ceux d'entre nous qui sont plus enrobés qu'ils n'aimeraient l'être, en surpoids ou obèses (de nos jours, cela concerne malheureusement la majorité de la population américaine). La plupart de leurs lecteurs ouvrent généralement les livres de régime dans l'espoir d'apprendre à contrôler leur poids, ce qui de nos jours va généralement de pair avec apprendre à contrôler le diabète et l'hypertension qui accompagnent si souvent l'excès de poids.

Les livres qui se vendent le mieux sont ceux qui promettent au lecteur qu'il pourra maigrir et contrôler son poids, de préférence sans faire trop d'efforts – «comme par magie», pour reprendre les propos de Malcolm Gladwell dans un article du *New Yorker* sur l'obésité et les régimes à la mode paru en 1998. Ce concept du «comme par magie» est essentiel, car c'est le Graal des personnes qui grossissent facilement. Au lieu de préconiser une vie vouée à la faim et aux privations, les livres de régime qui ont du succès promettent une perte de poids ou le maintien d'un poids normal avec tous les atouts d'une bonne santé: énergie, clarté mentale, sommeil de meilleure qualité, absence des troubles qui accompagnent généralement le vieillissement et du stress lié au mode de vie du XXI^e siècle. Leurs lecteurs sont le plus souvent ces individus qui ont «une *tendance compulsive à un surpoids important lié à une accumulation anormale de graisse*», comme les décrivait en des termes légèrement plus techniques en 1941 (année funeste pour les sommités européennes) Julius Bauer, endocrinologue de l'université de Vienne et chef de file européen sur l'obésité. Cela semble plutôt clair.

Si au lieu de perdre du poids nous avons tendance à continuer à grossir, pourquoi ne nous tournerions-nous pas vers des solutions alternatives? Ne serait-il pas insensé de ne pas le faire? Si notre alimentation est relativement saine et que nous nous efforçons déjà de limiter la taille de nos

portions, si nous faisons de l'exercice, allant peut-être même jusqu'à compter chaque jour nos pas à l'aide d'un podomètre, et que notre embonpoint persiste ou ne diminue pas autant que nous le souhaiterions (sans oublier les possibles fatigue, manque d'entrain, douleurs, sommeil perturbé et brouillard mental), les livres de régime populaires exercent sur nous une véritable attraction, car l'approche traditionnelle ne nous est d'aucun secours. Pourquoi ne pas essayer des méthodes alternatives? Dans ces circonstances, une personne raisonnable et sensée ne se tournerait-elle pas vers une autre approche pour voir si elle se révélerait plus fructueuse?

Tout porte à croire que ce raisonnement échappe aux personnes minces et en bonne santé. Les parents minces ayant un enfant obèse et devant lutter pour comprendre ce que traverse ce dernier sont peut-être les seules exceptions notables. La perspective n'est pas tout, mais elle joue incontestablement un rôle majeur sur notre compréhension de l'univers qui nous entoure. «Seul compte, ce qui est connu» (ou WYSIATI pour l'anglais *What you see is all there is*), comme le dit si bien Daniel Kahneman, psychologue comportementaliste et lauréat du prix Nobel. Et la perspective des gens minces – ce qui leur est connu – a été le principal facteur qui a conduit les autorités compétentes en matière de nutrition à déterminer la manière dont *l'ensemble de la population* doit s'alimenter. Il est aisé, ou relativement aisé pour les minces de contrôler leur poids. Ils en concluent qu'il en va de même pour tous.

Ou plus exactement, ils pensent que nous le pourrions si nous étions suffisamment motivés et si nous définissions correctement nos priorités. Ce type de raisonnement mène rapidement tout droit à la beaucoup moins subtile humiliation des gros, un puissant courant sous-jacent qui a dominé la réflexion académique et médicale sur l'obésité tout au long du siècle dernier. (Lorsqu'on lit les discussions savantes des années 1930 aux années 1960 sur l'obésité et son traitement, notre sensibilité du XXI^e siècle nous fait frémir devant les propos dégradants empreints d'une partialité et d'un sexisme choquants de ces experts filiformes lorsqu'ils expliquent pourquoi leurs patients qui n'étaient pas minces restaient obstinément sourds à leurs conseils avisés pour le devenir.) On retrouve ce même problème de perspective chez les médecins. Ceux qui sont minces, surtout lorsque leurs patients le sont également, n'ont aucune raison de remettre en cause la

vision traditionnelle des autorités. Si ce qu'ils préconisent semble fonctionner pour eux-mêmes et pour leurs patients sans surpoids, pourquoi n'en serait-il pas ainsi pour tous et partout? Cette supposition, somme toute naturelle, n'en est pas moins erronée.

C'est pourquoi ce sont presque toujours des personnes minces, ou du moins sans embonpoint, qui affirment que pour atteindre ou conserver un poids normal, il suffit de ne pas se «suralimenter» ou de ne «pas trop» manger ou manger avec «modération» (comme l'a si bien conseillé Michael Pollan, un journaliste reconverti dans le militantisme diététique), ou (comme le pensent les minces qui se croient malins) «tout faire avec modération, sauf la modération». Ils sous-entendent, et semblent croire, qu'il suffit de transformer en personnes minces ceux d'entre nous qui grossissent facilement, eux qui sont épargnés par cette affliction. (Il en va de même avec l'exercice physique: présentez-moi un marathonien mince et je vous présenterai un individu probablement convaincu que nous serions tous minces si nous faisions tous des marathons comme lui.)

C'est aussi la raison pour laquelle ce sont des personnes minces et en bonne santé qui nous préconisent de suivre les injonctions diététiques de ces cinquante dernières années, car elles semblent leur avoir réussi. Selon leur logique, les personnes en surpoids seraient minces et en bonne santé ou le deviendraient si elles suivaient leur exemple. Tout au moins, cela nous éviterait de grossir encore davantage. Par conséquent, si nous prenons du poids en nous conformant à leurs injonctions ou si nous avons la malchance de ne pas mincir, la seule explication possible est que nous ne suivons pas leurs conseils avisés ou que nous nous en moquons. Notre motivation et nos priorités seraient en cause, ce dont nous devrions avoir honte.

Au problème du WYSIATI («seul compte ce qui est connu») s'ajoute un manque de curiosité et d'empathie. Ceux qui propagent cette vision traditionnelle du contrôle pondéral ne semblent pas sérieusement s'interroger sur la véracité de leurs présomptions, ni envisager la possibilité que le monde puisse compter une foule (toujours croissante) d'individus en surpoids ou obèses qui mangent *sainement* et avec modération, qui font *régulièrement* des exercices physiques et qui essaient *scrupuleusement* de «ne pas trop» manger. (Tout comme il peut y avoir de nombreux individus minces qui ne font rien de tout cela et n'en restent pas moins résolument et

obstinément minces.) Le manque de curiosité et le manque d'empathie ont de tout temps été des caractéristiques intrinsèques des autorités officielles en charge de l'obésité et du contrôle pondéral, ainsi que de la grande majorité des autorités (minces) autoproclamées.

En fait, ceux d'entre nous qui grossissent facilement doivent redoubler d'efforts pour contrôler leur poids, sans toujours y parvenir, de sorte que leurs journées (et bien souvent leurs rêves, comme le souligne le docteur Astwood) semblent fréquemment empreintes de réflexions sur ce qu'ils mangent ou ne s'autorisent pas à manger, et sur la façon d'exercer la modération. Voilà à quoi ressemble notre réalité. Nombreux sont ceux qui finissent par renoncer à se battre et sombrent dans la culpabilité, le fatalisme, voire les deux. L'apathie peut s'installer en réaction à cette situation apparemment désespérée: nous semblons voués à souffrir d'obésité et de diabète en dépit de notre alimentation pourtant réputée saine, de la modération à laquelle nous nous astreignons, de l'application avec laquelle nous suivons les conseils officiels.

Deux points sont ici d'une importance fondamentale. Le premier, c'est que les autorités académiques et compétentes en matière de nutrition et nous-mêmes devons reconnaître qu'elles ont manqué à leurs devoirs à notre égard. Si ce n'était pas le cas, jamais nous n'en serions arrivés à une épidémie d'obésité de cette envergure. Ce constat tient lieu de cadre à cette discussion et à ce qui va suivre. Il devrait d'ailleurs en être ainsi pour toutes les discussions publiques sur l'obésité et le contrôle pondéral. *Si la vision et les conseils traditionnels fonctionnaient, si manger moins et faire plus d'exercice étaient la solution adéquate au problème de l'obésité et du surpoids, nous n'en serions pas là. Si une consommation de calories supérieure à celles dépensées et le stockage de l'excès sous forme de graisse étaient les véritables raisons de la prise de poids, nous n'en serions pas là.* Il y aurait beaucoup plus de personnes minces et en bonne santé et les livres tels que celui-ci n'auraient pas lieu d'être. La confusion qui règne sur l'alimentation et la santé est directement liée à l'échec de la vision traditionnelle qui a donné lieu à des décennies de controverse que les médias qualifient de «guerre des assiettes», ainsi qu'aux épidémies d'obésité et de diabète qui ravagent le monde («une catastrophe à évolution

lente» pour reprendre l'expression utilisée récemment par l'ancien directeur général de l'Organisation mondiale de la santé).

Le second point est le postulat sur lequel repose le premier. Il s'agit de la conséquence directe de l'idée selon laquelle nous grossissons parce que nous mangeons trop et que, contrairement aux personnes minces, les obèses sont incapables de préserver l'équilibre entre les calories consommées et celles dépensées. Nous touchons là le fond du problème. L'explication est relativement limpide et devrait s'imposer comme une évidence. Il devrait être facile de trouver une solution. En effet, après pratiquement vingt années passées en première ligne à explorer l'histoire de cette controverse, je ne parviens toujours pas à m'expliquer qu'après tout ce temps ce problème n'est pas encore résolu. C'est pourtant le cas et nous devons comprendre pourquoi.

Malgré les décennies de recherches sur l'obésité et les milliards de dollars dépensés dans des laboratoires et dans des essais cliniques, le concept fondamental qui sous-tend les conseils nutritionnels et diététiques demeure que, d'un point de vue purement physiologique, rien ne distingue les minces des gros. Le corps des uns et des autres réagirait de la même manière à ce que nous ingérons, sauf qu'à un moment donné de leur existence, les gros, contrairement aux minces, ont fait des excès alimentaires et trop peu d'exercices, ce qui les a fait grossir. (La journaliste Roxane Gay explique dans *Hunger*, ses mémoires et son expérience de l'obésité extrême, que le terme même d'*obèse* vient du latin *obesus*, qui signifie «gras d'avoir trop mangé».)

Les autorités ont recours à une terminologie médicale savante pour évoquer les raisons qui les poussent à penser que l'obésité est un «trouble complexe multifactoriel». Elles cherchent ainsi, en partie, à se faire pardonner leur incapacité à faire des progrès significatifs dans son traitement et sa prévention au fil des décennies. Leur échec n'en reste pas moins inexcusable, car il repose sur les implications de leurs certitudes. Chaque fois qu'une organisation de santé ou une personnalité déclare que l'obésité est le résultat d'un déséquilibre entre les calories consommées et celles dépensées lié à la suralimentation, elle se base sur cette hypothèse: la *seule différence significative* entre les personnes qui restent minces et celles qui grossissent, c'est que les premières équilibrent leur apport et leurs

dépenses alors que les secondes ne le font pas, ou du moins qu'elles ont omis de le faire pendant la période où elles ont grossi.

Voici comment le généticien de l'université de Cambridge qui m'a interviewé pour la BBC le formulait (sans doute sans même le réaliser) dans les premières lignes d'un article qu'il a écrit en 2016: «*À certains égards, l'obésité est ni plus ni moins un problème de physique, le résultat d'une alimentation excessive et d'une dépense d'énergie insuffisante. Mais la question plus complexe que l'on peut se poser, c'est pourquoi certaines personnes mangent plus que d'autres?*» Cette dernière question est peut-être plus complexe, mais il ne s'interroge pas sur la raison pour laquelle certaines personnes stockent plus de graisse que d'autres. Il ne se demande pas non plus pourquoi certains grossissent plus facilement que d'autres, de la même manière que l'on pourrait chercher à savoir pourquoi certains animaux d'élevage – comme les porcs, les bovins et les ovins (ou même les chiens de race labrador sujets à l'obésité) – engraisent facilement et d'autres pas. Il se demande pourquoi nous mangeons plus, et donc trop, supposant implicitement que c'est le cas, d'où notre surpoids.

À la fin de l'été 2018, *Nutrition Action*, une lettre d'information du Center for Science in the Public Interest (Centre pour la science dans l'intérêt public, organisation à but non lucratif œuvrant pour la défense des consommateurs et une alimentation plus saine – NDT), a publié un entretien sous forme de questions et de réponses avec un chercheur réputé, spécialiste de l'obésité au National Institute of Health (dépendant du département de la santé et des services sociaux des États-Unis). Conformément à la vision traditionnelle, cet expert y expose sa théorie sur les causes de l'obésité et de son épidémie, à savoir l'excès de calories présent dans les aliments que consomment sans méfiance les personnes en surpoids. Comme il le dit si aimablement, «*les personnes qui souffrent d'obésité ingèrent sans doute une grande quantité de calories excédentaires*».

Notons bien que cette figure importante du National Institute of Health évoquait l'aboutissement (à ce jour) d'un siècle de recherches médicales et en nutrition sur l'une des affections chroniques les plus réfractaires que nous connaissons et qui augmente de manière significative le risque d'être victime d'une maladie chronique majeure. On continue de nous faire croire que si cette maladie existe, c'est parce que certains d'entre nous mangent

trop: nous ne serions pas suffisamment vigilants pour éviter ces calories que l'on met en travers de notre chemin.

«*Nous pensons que la régulation de la faim et la satiété sont essentielles*», comme l'écrivait récemment en toute franchise dans un commentaire du *New York Times* Cecilia Lindgren, professeure à l'université d'Oxford spécialisée dans l'étude des aspects génétiques de l'endocrinologie et du métabolisme. «*La nourriture est omniprésente, y déclarait-elle. Si l'on apporte une pleine assiette de donuts pour combler les petits creux pendant une réunion, qui en prendra?*» Sa question sous-entendait que les personnes de constitution mince savent réfréner leurs envies, mais que celles ayant une prédisposition à l'obésité ne peuvent pas résister. Appelons cette théorie de l'obésité la théorie de la «tentation du donut». Selon la proposition de Cecilia Lindgren, les gènes pourraient expliquer que certaines personnes sont incapables de réfréner leur appétit face à l'abondance de donuts du monde moderne, et qu'elles ne sont donc pas à blâmer. Se servir si l'on vous présente des donuts n'en reste pas moins un acte conscient, un comportement. Cela sous-entend qu'un peu de volonté suffirait à le contrôler.

Cette proposition implique tacitement que si les chercheurs parvenaient à trouver un moyen d'aider ceux d'entre nous qui mangent trop à juguler et à limiter leur appétit incontrôlable, à réduire leurs portions et à résister à la tentation du donut, ils perdraient du poids ou ne grossiraient pas en premier lieu. Encore une fois, on y lit un jugement implicite sur les raisons de notre échec si par malheur nous restions gros. Notre organisme n'est en rien responsable de cet échec, le phénomène qui nous conduit à amasser de la graisse (contrairement à nos amis ou à nos frères et sœurs minces) n'est ni hormonal ni physiologique. Cela relèverait plutôt d'un trait de comportement: conduite immorale, manque de volonté et de vigilance, voire péché de gourmandise éventuellement doublé de paresse. C'est ce qui explique que nous restons gros. L'erreur n'est imputable ni à la réflexion ni aux conseils des experts, mais à nous.

Cette manière de penser qui consiste à blâmer les personnes en surpoids, guetter qui succombe à la tentation du donut, porter des jugements moraux et condamner les gros, a toujours eu pour fondement la certitude que l'obésité est provoquée par la suralimentation. Voici l'un des nombreux

aspects de cette controverse où l'histoire gagne à être connue. On observe l'institutionnalisation de la condamnation implicite des gros dès les années 1930 par Louis Newburgh, médecin à l'université du Michigan. Il est en grande partie responsable d'avoir persuadé des générations de médecins et de chercheurs travaillant sur l'obésité que celle-ci était liée à une suralimentation (un «appétit pervers» ou une «baisse du flux d'énergie» selon ses termes) et *non* à une anomalie hormonale ou physiologique. Il écrivit avec sa collègue Margaret Woodwell Johnston en 1930 que l'obésité est «*toujours provoquée par un afflux d'énergie excessif*». Elle n'est jamais due à une «perturbation endocrinienne» (autrement dit aux hormones) qui se traduirait par une tendance à stocker les calories sous forme de graisse au lieu de les brûler pour produire de l'énergie. Selon ce diktat du docteur Newburgh, la cause de l'obésité est toujours liée à une forme de suralimentation.

Cela ne permet toutefois pas de répondre à cette question évidente: à quoi est dû cet afflux excessif? Ou plutôt, pourquoi les personnes en surpoids ne luttent-elles pas délibérément contre leur appétit pour limiter l'afflux et ne pas grossir? S'agit-il uniquement d'une question de volonté? Ceci demande également une explication (comme il reste au National Institute of Health à expliquer dans *Nutrition Action* pourquoi certains d'entre nous mangent trop dans notre environnement d'abondance alimentaire, mais pas d'autres). Louis Newburgh, et tous ceux qui lui ont succédé ont transformé un trouble physiologique en faiblesse de caractère. Cet afflux excessif, selon le docteur Newburgh, résulte de «*différentes faiblesses humaines telles que les abus et l'ignorance*». Je soupçonne son extrême minceur d'avoir lourdement pesé sur ses réflexions, mais j'espère ne pas lui faire de tort, lui qui n'est plus là pour se défendre.

Dans les cas où l'origine hormonale semblait manifeste, comme pour les kilos de graisse accumulés par les femmes après la ménopause ou à la suite d'une hystérectomie (ablation de l'utérus), par exemple, le docteur Newburgh refusait d'admettre qu'il pouvait y avoir une explication autre que la faiblesse et les excès alimentaires. Des endocrinologues ayant étudié ce phénomène «bien connu» chez les animaux, avaient conclu à la fin des années 1920 au rôle déterminant des hormones sexuelles féminines, en particulier les œstrogènes, dans ce processus d'accumulation des graisses.

Une baisse de la sécrétion d'œstrogènes, comme c'est le cas à cette phase de l'existence des femmes ou à la suite d'une hystérectomie, entraîne une accumulation des graisses. Dans le règne animal, on observe ce phénomène chez les femelles. Il n'est donc peut-être pas surprenant de l'observer également chez les femmes. L'origine doit donc être de nature hormonale. Pas du tout, insistait Louis Newburgh. Il s'agit *toujours* d'une alimentation excessive: «*Elle [la femme qui grossit à la ménopause] ne sait pas ou n'a que vaguement conscience que les sucreries qu'elle grignote pendant les parties de bridge auxquelles elle s'adonne dans ses moments de détente participent à sa corpulence.*» Propos on ne peut plus scientifiques.

On retrouve une évocation mémorable de cette vision en 1961 dans le *Time Magazine* avec l'article fondateur du nutritionniste Ancel Keys de l'université du Minnesota, qui fit la couverture lors du lancement de cette terrible erreur qui allait engendrer le mouvement des régimes pauvres en matières grasses. Si le rôle du docteur Newburgh a été déterminant pour populariser la notion que la seule différence entre une personne en surpoids et une personne mince tient à leur capacité respective à contrôler leur appétit, le docteur Keys est parvenu à convaincre les autorités médicales du monde entier que les maladies cardiaques sont dues à une consommation excessive de matières grasses, ou tout au moins de graisses saturées. L'article consacré à Ancel Keys et aux dangers des matières grasses (tant alimentaires que corporelles) du *Time Magazine* citait le manuel *Harrison's Principles of Internal Medicine* en faisant référence à «la forme la plus courante de malnutrition» consistant en un «apport calorique excessif ou obésité» comme s'il s'agissait d'une seule et même chose. Cet article faisait ensuite observer que dans la Nouvelle-Angleterre puritaine, l'obésité était considérée comme un péché, sous-entendant qu'elle devrait peut-être le demeurer, et citait ces propos d'Ancel Keys: «*Peut-être que si l'on popularisait de nouveau le caractère immoral de l'obésité, cela ferait réfléchir les gros.*»

L'implication ridicule étant bien sûr que si nous prenions le temps de méditer la chose (ou si cette ménagère complaisante en pleine crise de la ménopause le faisait au lieu de grignoter des sucreries en jouant au bridge avec ses amies), nous cesserions de manger de façon excessive ou immodérée; nous pourrions contrôler la taille de nos portions et nos envies

et nous serions minces. Notre problème serait résolu. Qu'ils le sachent ou non, chaque médecin, diététicien, préparateur physique, gentil voisin, frère ou sœur, toutes les figures d'autorité qui nous ont un jour conseillé de manger moins et de faire plus d'exercice pour perdre du poids, de compter nos calories afin d'en consommer moins que nous n'en dépensons, sont inféodées à l'idée que les personnes minces et celles vouées à devenir obèses sont identiques sur le plan physiologique et que seul leur comportement les différencie.

Ce système de croyances a dominé nos réflexions sur l'obésité depuis les années 1950 et il est grand temps d'en changer. Il serait difficile d'énumérer les nombreuses erreurs qu'il comporte et que nous connaissions déjà en 1961, voire même en 1931. La logique circulaire qui sous-tend cette vision constitue l'un des problèmes les plus évidents. D'éminents chercheurs cliniciens l'ont répété à plusieurs reprises au milieu du XX^e siècle, mais ces médecins et nutritionnistes férus de morale n'en avaient cure. Si nous devenons plus gros, plus corpulents, c'est manifestement parce que nous consommons plus d'énergie que nous n'en dépensons et que bien évidemment, le surplus est stocké sous forme de graisse (techniquement, il faudrait ajouter les tissus musculaires et les tissus maigres, nécessaires pour la soutenir et la déplacer). Cette prise de poids est donc forcément liée à une alimentation excessive. Cela ne nous apprend pourtant rien sur son origine. C'est là que se situe le raisonnement circulaire:

Pourquoi grossissons-nous? Parce que nous mangeons trop. Comment savons-nous que nous mangeons trop? Parce que nous continuons de grossir. Pourquoi continuons-nous de grossir? Parce que nous mangeons trop.

Les amateurs de logique reconnaîtront qu'il s'agit d'une tautologie. On répète la même chose de deux manières différentes sans jamais offrir d'explication. Si l'on grossit, c'est que notre masse corporelle augmente, tout comme nos réserves d'énergie, et que nous consommons en effet plus d'énergie (calories) que nous en dépensons. C'est entendu, nous mangeons trop. Pourtant, c'est aussi parce que nous consommons plus d'énergie que nous n'en dépensons que nous grandissons. Il ne viendrait cependant à

l'idée de personne de dire que nous grandissons parce que nous mangeons trop. Lorsque nous nous enrichissons, nous gagnons plus d'argent que nous n'en dépensons. Il ne viendrait pourtant à l'idée de personne de dire que nous nous enrichissons parce que nous gagnons trop. L'idée paraît absurde, même si, par définition, c'est bien parce que nous gagnons trop que nous devenons riches. Pourquoi cette tautologie est-elle donc jugée acceptable dans le cas de l'obésité? Elle ne dépasse pas le stade de l'explication et ne donne aucune information sur ce qui la provoque.

En sciences, une hypothèse a pour objectif de proposer une explication aux observations réalisées en milieu naturel ou en laboratoire (idéalement, une hypothèse vérifiable): pourquoi ceci s'est-il produit et pas cela? Plus le nombre d'observations pouvant être expliquées et le nombre de phénomènes pouvant être prévus par une hypothèse sont grands, meilleure est l'explication et meilleure est l'hypothèse. Comme aurait pu le dire le légendaire physicien Wolfgang Pauli, auteur de mémorables critiques lapidaires, cette insistance sur le fait que nous grossissons parce que nous mangeons trop n'est *même pas erronée*. Elle n'explique rien.

La vision du professeur Astwood, selon laquelle les personnes qui grossissent facilement sont fondamentalement différentes de celles qui ne grossissent pas, tant au niveau physiologique que *métabolique*, est le contre-argument que je défends personnellement. Il sous-entend que ceux d'entre nous qui grossissent facilement peuvent grossir en ingérant la même nourriture, en même quantité, que les personnes minces qui, elles, restent minces. Il ne suffit pas de nous conseiller de manger comme les personnes minces et en bonne santé pour résoudre le problème, car nous grossissons lorsque nous le faisons. De plus, nous grossissons *et* nous avons faim lorsque nous adoptons leur régime. Nous devons manger différemment. La véritable question est de savoir comment.

Cette observation sur l'origine physiologique de l'obésité remonte à plusieurs décennies, voire plusieurs siècles. Les animaux nous en offrent des exemples particulièrement frappants (comme l'a rappelé le docteur Astwood avec son «prenez le cas du cochon»), de même que les modèles animaux d'obésité étudiés par les nutritionnistes et les chercheurs spécialistes de l'obésité depuis la fin des années 1930. En effet, les chercheurs concèdent parfois que c'est bien le cas pour les animaux et les

modèles animaux d'obésité (certains animaux grossissent indépendamment des quantités de nourriture qu'ils ingèrent et même lorsqu'ils ne mangent pas plus que des animaux maigres), mais rejettent la pertinence de cette observation pour les humains, car nous savons tous que ces derniers grossissent parce qu'ils mangent trop. Leur allégeance à la notion d'équilibre énergétique et à ses implications était si forte qu'ils ne parvenaient pas à s'en affranchir.

Prenons l'exemple de Jean Mayer, le nutritionniste américain le plus influent des années 1960 et d'une partie des années 1970. Il a commencé ses recherches à Harvard à la fin des années 1940, avant de devenir le doyen de l'université Tufts. L'école de nutrition de cette même université a par la suite pris son nom. En tant que nutritionniste, il a vu juste sur certains points, mais s'est totalement fourvoyé sur de nombreux autres, comme c'est souvent le cas avec les scientifiques, même les plus éminents. Il a passé les dernières années de son existence à affirmer que le manque d'exercice physique était à l'origine de l'obésité. Le prosélytisme dont a fait preuve Jean Mayer dans les années 1970 a engendré notre obsession actuelle pour les activités physiques. Au début de sa carrière, dans les années 1950, il a étudié une souche de souris obèses. *«Ces souris, écrivit-il, produisent de la graisse à partir de leur nourriture dans les circonstances les plus inattendues, même lorsqu'elles sont à moitié affamées.»*

Voilà qui décrit bien la nature du surpoids et de l'obésité. C'est ce que signifie avoir «une tendance compulsive à un surpoids important lié à l'accumulation anormale de graisse». Si les souris de Jean Mayer grossissaient, ce n'est pas parce qu'elles mangeaient trop. Le simple fait de manger les faisait grossir. Les réduire à une quasi-famine ne les faisait pas mincir. Elles avaient juste faim et étaient légèrement moins grasses. Tentons donc de redéfinir ce que nous entendons par obésité. Les personnes qui souffrent d'obésité ne sont pas des personnes minces qui mangent trop parce qu'elles sont incapables de contrôler leur appétit (que ce soit pour des raisons psychologiques ou neurologiques). Leur corps s'efforce d'accumuler un excès de graisse, même lorsqu'elles sont sous-alimentées. Le problème réside dans cette tendance à accumuler la graisse, qui caractérise par ailleurs la différence entre les gros et les minces. Comme le

suggérerait le professeur Astwood, il en résulte faim et fringales, puis les échecs et les péchés.

Quiconque a déjà eu un problème de poids et grossit facilement devrait trouver cette observation parfaitement évidente. Les personnes qui grossissent facilement sont en effet profondément différentes de celles dont ce n'est pas le cas, et peuvent l'avoir été depuis leur conception. Leur physiologie est différente, comme le sont leurs réponses hormonales et métaboliques à la nourriture. Leur corps cherche à stocker des calories sous forme de graisse, ce qui n'est pas le cas chez les personnes minces. Dans sa pièce *Mésalliance* écrite en 1909-1910, George Bernard Shaw fait dire au personnage de John Tarleton: «*C'est une affaire de constitution. Vous avez beau manger peu, vous grossissez si vous êtes fait ainsi.*» Le dramaturge force sans doute un peu le trait, mais c'est une excellente façon de saisir la simplicité de cette idée. Si ces personnes veulent rester relativement minces et en bonne santé, et si c'est possible, elles doivent manger différemment. Elles devront peut-être renoncer à consommer certains aliments. Les denrées qui les font grossir peuvent n'avoir aucun effet sur leurs amis sveltes.

En 1977, au cours de l'un des épisodes les plus pernicioeux de l'histoire du discours actuel sur l'obésité, un sous-comité du congrès des États-Unis a tenu une audition au cours de laquelle ses membres ont écouté les experts académiques les plus en vue de l'époque leur exposer la cause et le traitement de l'obésité et sa relation soi-disant cruciale avec le nombre de calories consommées et dépensées. Henry Bellmon, un sénateur de l'Oklahoma, ne semblait pas convaincu par ce témoignage, sans doute parce que grossir facilement et lutter contre l'embonpoint lui étaient familiers. Et si ce n'était pas pour cette raison, c'est peut-être parce que l'un de ses proches lui avait ouvert les yeux.

«*J'aimerais m'assurer que nous ne simplifions pas les choses à l'extrême*», déclara le sénateur Bellmon. «*Vous laissez entendre que le seul problème de ceux d'entre nous qui ont de l'embonpoint, c'est qu'ils devraient abréger leur repas. Pourtant, j'ai bien observé le sénateur [Robert] Dole au restaurant du Sénat, double ration de glace, une part de tarte aux myrtilles, viande et pommes de terre, et avec tout cela, il reste aussi mince qu'un coyote des hautes plaines du Kansas. D'autres parmi*

nous n'y parviennent pas malgré un régime à base de salade, de fromage blanc et de crackers aux graines. Différents individus utilisent-ils l'énergie de manière différente?»

Les experts présents ont reconnu qu'ils «entendaient constamment des anecdotes de ce type», mais n'ont offert aucune explication. La conviction de la «primauté de la gloutonnerie» ne le leur permettait pas. En fait, si les témoignages ne font aucun doute, ils sont irréconciliables avec l'idée que l'obésité résulte d'une suralimentation et d'un manque d'exercice.

Comme le sénateur Bellmon, ceux d'entre nous qui cherchent à atteindre et conserver un poids normal ne peuvent se résoudre à admettre que l'obésité est un problème d'équilibre énergétique. Cela ne nous aide pas à sortir de l'impasse dans laquelle nous nous trouvons. Nous devons l'envisager comme un problème hormonal, métabolique et physiologique, peut-être comparable au diabète, comme l'a suggéré Edwin Astwood. Si certains parmi nous sont aujourd'hui indemnes, ils en souffriront en vieillissant. D'autres ne connaîtront jamais ce problème. Si certains peuvent manger de la crème glacée, des pâtisseries, de la viande et des pommes de terre à volonté et rester aussi minces qu'un coyote des hautes plaines du Kansas, c'est impossible pour d'autres.

Comme nous le verrons, le type de nourriture que nous ingérons a une forte influence sur les hormones responsables. C'est le b.a.-ba de la médecine. Le conseil omniprésent et apparemment évident de manger «sainement» selon les principes ressassés par les autorités n'est pas pertinent pour tous. L'adverbe *sainement* brandi par ce conseil signifie qu'il faut manger comme le font les personnes minces et en bonne santé, mais nous n'en faisons pas partie. Contrairement à elles, nous grossissons facilement. Bien sûr, il serait sans doute meilleur pour nous d'adopter cette alimentation que de nous en remettre exclusivement à une nourriture à base d'aliments ultratransformés (les «simili aliments», pour reprendre la célèbre expression de Michael Pollan) et aux boissons sucrées (sodas, jus de fruits, boissons énergisantes, moka, latte, cappuccinos), mais ce n'est pas suffisant. Cela peut également nous nuire, ou du moins pérenniser les ravages. Nous devons manger différemment, car nous sommes différents.

.....

- 1* Voici comment le prix Nobel de chimie Hans Krebs a exprimé cette idée dans une biographie qu'il a consacrée à son mentor Otto Warburg, également prix Nobel: «Il est vrai que les étudiants disent parfois manquer de temps pour étudier l'histoire de leur domaine en raison de l'énorme volume de connaissances actuelles qu'ils doivent absorber. Pourtant, la connaissance de l'évolution historique d'un sujet est souvent essentielle pour pleinement en comprendre la situation actuelle.» (Krebs et Schmid, 1981.)

LE POIDS DES PETITES CHOSES

D'infimes quantités de graisse s'accumulent chaque jour dans les cellules adipeuses des personnes qui grossissent, mais pas dans celles des personnes qui restent minces.

Examinons d'un peu plus près ce que grossir facilement veut dire. Comme je l'ai évoqué, les autorités ont fait preuve d'un certain manque de curiosité et d'empathie concernant l'obésité et les maladies chroniques. Cette problématique ne fait pas exception à la règle.

Quelles sont les implications de la vision d'Ansel Keys sur la question: si une personne a de l'embonpoint parce qu'elle mange trop, il serait raisonnable, au moins par curiosité, de tenter de quantifier ce «trop». Les universitaires qui se prévalent de leur qualité d'experts de la science de l'obésité défendent souvent la vision traditionnelle avec des affirmations dogmatiques, sans se donner la peine d'explorer plus avant les conséquences. Prenons cette affirmation de Jerome Groopman, professeur de médecine à Harvard, dans un article qu'il a publié dans *The New Yorker*: «*L'importance des calories – si l'apport énergétique est supérieur à la dépense, l'excès se transforme en graisse – reste l'une des rares certitudes incontestables sur le terrain de la nutrition.*» Même si c'était avéré (et donc incontestable), ne devrions-nous pas nous interroger sur la limite au-delà de laquelle l'énergie devient problématique? Combien de calories consommées ou non dépensées? De quoi parle-t-on exactement?

Calculer ce nombre est simple. Le premier exemple de calcul que j'ai trouvé a été effectué au tout début du XX^e siècle par Carl von Noorden, le spécialiste allemand du diabète dont Louis Newburgh a hérité la certitude que l'obésité est due à une alimentation excessive. Les nutritionnistes étaient alors sous l'emprise de leur nouvelle marotte: ils pouvaient mesurer la quantité de calories qu'une personne dépensait, et non plus seulement celle qu'elle consommait. À la fin des années 1860, les nutritionnistes allemands avaient en effet inventé un nouvel instrument, le *calorimètre*, pour effectuer cette opération. Mesurer le nombre de calories consommées et dépensées est alors devenu la nouvelle mode parmi ces chercheurs et a pris une place centrale dans leur réflexion. À l'époque, ils ne disposaient de quasiment rien d'autre. Selon Carl von Noorden, une surconsommation (ou non-dépense) de 200 calories par jour donnait lieu à l'accumulation de 7,7 kg (17 lb) de graisse en une seule année. Une simple augmentation de notre masse corporelle de 200 calories supplémentaires par jour stockées dans nos tissus adipeux suffisait pour accomplir ce tour de force. C'est l'équivalent des calories d'une pinte de bière.

Autrement dit, boire chaque jour une pinte de bière ou un grand verre de jus de fruits, ou encore manger une poignée de cacahouètes (une trentaine) de trop suffirait pour passer en six années d'un corps svelte à une obésité sévère si ces calories restaient stockées dans nos tissus adipeux. Carl von Noorden semblait peu enclin à accuser d'ignorance ou de gloutonnerie les personnes souffrant d'obésité. Il s'appuyait plutôt sur ce calcul pour suggérer que même les plus vigilants pouvaient laisser s'insinuer subrepticement cette infime quantité de calories dans leurs habitudes alimentaires. Il s'agit de la théorie, plutôt difficile à admettre, de l'«obésité sévère par suralimentation accidentelle».

Accumuler 7,7 kg de graisse sur une année, c'est beaucoup. Une prise de poids aussi spectaculaire est peu fréquente sauf, bien sûr, chez les femmes enceintes. Mais que dire des prises de poids plus subtiles, comme 1 kg par an, que bon nombre d'entre nous connaissent à l'âge adulte? Cela représente 10 kg sur une décennie et 20 kg en autant d'années. On peut alors afficher une relative minceur dans la vingtaine et se retrouver obèse pour la crise de la quarantaine. Cela répond à une arithmétique assez similaire à celle avancée par Carl von Noorden. Au lieu des 200 calories par

jour et 7,7 kg par an (soit 17 lb), il suffit à nos tissus adipeux d'accumuler un peu moins de 20 calories de trop par jour pour gagner pratiquement 0,9 kg (2 lb) de graisse par an. (Sachant que 3 500 calories équivalent plus ou moins à 450 g (1 lb) de graisse, nous pouvons utiliser cette équation: $(3\,500 \times 2)/365 = 19,17$, soit 3 500 calories par livre impériale multipliées par 2 livres et divisées par 365 jours revient à environ 19,2 calories stockées chaque jour sous forme de graisse.)

Nous parlons donc d'un excès ne dépassant pas 20 calories par jour, soit l'équivalent de trois cacahouètes. Le nombre de calories d'une *demi-cuillerée à café* d'huile d'olive. Ainsi, une personne mince qui ingère 2 500 calories par jour et n'en consomme ou n'en évacue que 2 480, la différence de 20 calories ne sortant jamais des tissus adipeux, est vouée à devenir obèse en deux décennies.

Il existe une autre façon d'envisager les choses si l'on en croit les chercheurs qui ont étudié le métabolisme des graisses à l'époque du docteur Astwood (à ne pas confondre avec ceux qui pensaient étudier l'obésité). Au cours d'une journée, nos cellules adipeuses engrangent des centaines, voire un millier ou plus de calories sous forme de graisse. Elles le font après les repas et conservent momentanément ces calories qu'elles libèrent ensuite pour alimenter en énergie les autres cellules de l'organisme. Le stock de graisse est ainsi mobilisé le jour comme la nuit. Pendant votre sommeil, vous consommez la graisse stockée pendant la journée. Imaginons maintenant que pratiquement toutes ces calories absorbées sont ensuite libérées, métabolisées ou évacuées, sauf *une vingtaine qui restent* dans les cellules adipeuses ou qui sont mobilisées, mais jamais utilisées. Le foie les remballage et les renvoie donc chaque jour aux cellules adipeuses. Impossible d'échapper à l'obésité dans de telles conditions. On parle ici de 20 calories réparties sur les *dizaines de milliards de cellules adipeuses* du corps humain, soit des quantités infimes *par cellule adipeuse*¹.

Si l'on retient ce scénario du piégeage de la graisse, on peut facilement comprendre pourquoi certains d'entre nous grossissent en dépit de leurs efforts. Pour des raisons que nous ignorons, les tissus adipeux de certains retiennent quotidiennement 20 calories de graisse en excès. Chaque jour, des centaines, voire des milliers de calories de graisse ou plus sont

temporairement stockées dans les tissus adipeux (soit pratiquement toutes les matières grasses que nous ingérons, sans oublier la graisse intégralement synthétisée – *de novo* – à partir des glucides que nous consommons), mais une vingtaine n'en ressortent pas. Allez savoir pourquoi (j'y reviendrai par la suite), mais quoi qu'il en soit, elles constituent l'excès, la limite à ne pas dépasser. Elles incarnent la différence entre les personnes qui restent minces et les personnes qui grossissent, entre celles prédisposées à la minceur et celles prédisposées au surpoids. *C'est aussi simple que cela*. C'est ce que signifie grossir facilement.

Autre question tout aussi évidente: si les choses se passent bien ainsi, comment savoir quand on atteint les dernières bouchées, les dernières gorgées, les dernières centaines de mètres ou de pas non parcourus sur les milliers faits dans la journée, quand nous franchissons la limite qui amorce le stockage de la graisse, au-delà de laquelle nous mangeons trop ou nous ne nous dépensons pas assez? Comment notre organisme le saurait-il? Si le scénario du piégeage de la graisse est avéré, comment faire pour compenser?

Rien ne garantit que manger moins le permette, en tout cas pas en consommant 2 480 calories par jour au lieu de 2 500, tant la différence entre les deux semble impossible à établir, mais que dire de 2 300 ou 2 000 calories? Nous suffirait-il de sauter notre collation de midi? Comment savoir si nos cellules adipeuses ne vont pas continuer à absorber et à stocker ces 20 calories excédentaires par jour? Elles représentent bien moins de 1% de l'ensemble des calories et moins de 2% des matières grasses susceptibles d'être ingérées dans la journée. Nos cellules adipeuses retiendront peut-être chaque jour cette infime quantité de graisse, même lorsque nous sommes à moitié affamés. C'est en tout cas ce qui ressort des recherches menées sur les animaux.

Si pour Carl von Noorden, cette simple formule arithmétique permettait d'expliquer comment les gens pouvaient inconsciemment se suralimenter, d'autres experts du début du XX^e siècle y ont trouvé matière à s'interroger sur le raisonnement lui-même. Eugene DuBois, par exemple, le chef de file du métabolisme humain aux États-Unis dans les années 1920 et 1930, a suggéré dans son célèbre manuel que ce calcul élémentaire renvoyait le

concept de la régulation de la masse corporelle basée sur l'équilibre énergétique (gourmandise et paresse) dans le royaume de l'absurde. Devant l'équilibre incroyablement précis qu'il faut préserver pour échapper à l'obésité, l'infime excès de calories qui doit être stocké chaque jour sous forme de graisse pour devenir obèse et conduire à des dizaines de livres d'excès de graisse décennie après décennie, il a déclaré: *«Aucun phénomène n'est plus étrange que le maintien d'un poids corporel constant étant donné la forte variation de l'activité physique et de la consommation de nourriture.»* (Les physiciens utilisent l'expression *«spherically senseless»* pour indiquer que quel que soit le point de vue, ce problème reste insensé.)

Devant des chiffres aussi insignifiants, tentons d'adopter une autre perspective et de reformuler la question. Considérant l'abondance de denrées et de boissons disponibles, au lieu de nous interroger sur les raisons pour lesquelles certains d'entre nous deviennent excessivement gros, nous ferions peut-être mieux de nous demander pourquoi ce n'est pas le cas de tous. C'est une chose de se priver et de toujours rester sur sa faim, mais ce n'est pas le cas de la plupart d'entre nous. Nous mangeons à satiété. Alors pourquoi tout le monde ne grossit-il pas? Les animaux ne se détournent de leur gamelle que lorsqu'ils n'ont plus faim. Pourquoi ne grossissent-ils pas tous? C'est précisément la question que posa en 1930 Russell Wilder, éminent spécialiste de l'obésité et du diabète à la Mayo Clinic avant la Seconde Guerre mondiale: *«Comment expliquer dans ces conditions que nous ne devenons pas tous gros?»* Après tout, écrit-il, *«la majorité d'entre nous continue d'échapper à l'obésité malgré les artifices que nous déployons pour tromper notre appétit, comme accompagner nos repas de cocktails et de vin. Tout l'art culinaire vise en fait principalement à nous encourager à manger plus que nous ne le devrions»*. (Cela fait maintenant pratiquement 90 ans que Russell Wilder a déclaré que *«la majorité d'entre nous»* continue d'échapper à l'obésité. Aujourd'hui, il devrait peut-être se contenter de dire *«certains d'entre nous»*, mais cela n'enlève rien à la justesse de sa réflexion.)

Avant toute discussion sur l'obésité et le surpoids, sur l'épidémie et tout ce qui concerne le traitement et la prévention, il faudrait reconnaître l'absurdité de ces chiffres dérisoires et de leurs implications. C'est pourtant rarement le cas des discussions et des directives qui font autorité, de Louis

Newburgh et d'Ancel Keys à aujourd'hui. Elles les ignorent tout simplement. En 1953, l'endocrinologue britannique Raymond Greene, expert dans ce domaine (et frère du romancier Graham Greene), décrivait déjà cette dérobade comme «*une vieille astuce du milieu médical*», à savoir «*l'élimination de preuves gênantes*». Puis il ajouta cette évidence: «*Ignorer les difficultés est une piètre façon de les résoudre.*» Nous devrions tous retenir cette leçon: si nous ne tentons pas de quantifier ce que nous cherchons précisément à expliquer, ne nous étonnons pas que l'explication que nous privilégions ne parvienne pas à le faire.

Les chiffres actuels accentuent encore la problématique. Cette épidémie dont nous entendons tant parler et qui inquiète un certain nombre d'entre nous se traduit pour l'Américain moyen par une prise de poids allant de 9 à 11,5 kg sur une période de trente à quarante ans et par une accumulation moyenne d'un excès de graisse comprise entre 6 et 12 calories par jour. Cela équivaut aux calories d'une seule amande ou d'un malheureux ours en guimauve, voire moins d'un huitième de cuillerée à café d'huile d'olive. Si vous avez pris 13,5 kg de gras entre le lycée et votre 50^e anniversaire, ils correspondent à la quantité de calories stockées chaque jour dans vos tissus adipeux que vous n'avez ni utilisées ni évacuées. C'est ce qui vous distingue au quotidien de vos amis éternellement sveltes que vous enviez tant. Quiconque pense pouvoir équilibrer sa consommation et son activité physique pour empêcher ses tissus adipeux d'accumuler ces 6 à 12 calories par jour a beaucoup plus d'imagination que moi-même ou que les experts en nutrition et en obésité qui esquivent ce dilemme en niant son existence.

J'ai rencontré de nombreuses personnes extraordinaires au cours de mes travaux de recherche, notamment un jeune homme du sud de la Californie ayant souffert d'obésité sévère depuis l'enfance. Enfant, son poids lui a valu de nombreuses moqueries. À 18 ans, il dépassait la capacité maximale de 172 kg de sa balance. Il s'agissait clairement d'un problème génétique, car son père était obèse et l'un de ses oncles avait pratiquement atteint 363 kg avant de subir une opération de chirurgie bariatrique pour perdre du poids. Avec ses 1,90 m, mon ami était plutôt grand et présentait un indice de masse corporelle (IMC) d'au moins 47 à l'âge de 18 ans, largement dans la fourchette qui définit de nos jours l'obésité *morbide*. Si son poids n'avait

pas dépassé les 82 kg, son IMC aurait été de 22,5, ce qui l'aurait placé en plein dans la fourchette considérée comme saine par les experts. On aurait dit de lui que c'était un beau jeune homme svelte et costaud.

La différence entre l'obésité morbide et la vie saine d'une personne mince tenait pour mon ami en ces 90 kg qu'il avait pris en dix-huit ans. Pour simplifier les calculs, supposons que cet excès de poids était entièrement imputable à la graisse. (Ce qui n'aurait pas été le cas; en effet, un tiers aurait été constitué de muscles, qui techniquement sont des tissus maigres, ce qui ne change malheureusement rien à la donne.) Accumuler un tel excès de graisse sur cette période signifie que ses tissus adipeux prélevaient et conservaient en moyenne un excès de 100 calories de matières grasses par jour. C'est l'équivalent de 30 g de beurre ou un peu plus d'une cuillerée à soupe d'huile d'olive. Il faut moins d'un cinquième d'un big mac de chez McDonald's pour arriver à ce taux de calories.

Nous devrions donc croire que ce jeune homme a atteint un état d'obésité morbide parce qu'il a mangé jour après jour un cinquième de cheeseburger de trop, voire peut-être une moitié si l'on tient compte des calories utilisées pour la digestion et l'absorption de la nourriture et du fait qu'étant beaucoup plus lourd que ses camarades, son corps dépense davantage d'énergie. Nous sommes censés croire que s'il avait été plus vigilant et veillé à contrôler ses portions, s'il n'avait pas mangé son big mac jusqu'à la dernière miette, il serait resté mince. Si l'on va au bout de cette logique, non seulement il n'aurait pas souffert d'obésité morbide, mais cela lui aurait en outre épargné les humiliations et le ridicule qui ont accompagné pratiquement toute son enfance et son adolescence.

Il me semble délirant de s'imaginer en toute sincérité qu'il aurait suffi à ce jeune homme de simplement contrôler d'aussi infimes portions pour rester mince. Au lieu de sombrer dans l'obésité morbide et de subir les humiliations qui l'accompagnent, il lui aurait donc suffi de sortir de table sans avoir «trop» mangé, avec encore une petite faim. J'ajoute que mon ami m'a confié n'avoir jamais connu ce qu'était la satiété durant toute son enfance et son adolescence – autrement dit, il sortait *toujours* de table en regrettant de ne pouvoir manger davantage. Ce qui le distinguait de ses amis, c'est qu'il accumulait du gras trop facilement.

Lorsque nous présumons que les personnes qui grossissent ne sont autre que des personnes minces qui mangent trop, nous leur faisons une terrible injustice. Face au fardeau que représente l'obésité pour ceux qui en souffrent, comment s'imaginer qu'ils ne feraient pas les petits gestes nécessaires pour régler le problème si sa solution ne tenait qu'à cela, comme le laisse entendre le modèle de comptage des calories? L'une de mes connaissances qui réside au Texas a déjà culminé à 127 kg. Elle approchait de la cinquantaine quand j'ai fait sa connaissance. *«Je suis instruite, j'ai une carrière florissante et je suis heureuse en mariage»*, selon sa propre description. *«Je ne suis pas censée être une ratée. Pourtant, pratiquement depuis toujours, je n'ai jamais pu me défaire de la honte liée à l'obésité. Pendant la majeure partie de mon existence, si l'on me demandait de faire mon autoportrait, grosse était le premier mot qui me venait à l'esprit. Jamais les termes généralement utilisés par quelqu'un pour se décrire: femme, fille, sœur, Américaine, épouse, professionnelle, grande, blonde, 48 ans, [affiliation politique], etc. Jamais. Ma principale caractéristique, ce qui dénaturait tout et influait sur tant de choses dans mon existence: grosse.»*

Voilà ce qui se produit quand on s' imagine qu'un trouble ou une maladie comme l'obésité est imputable à quelque chose d'aussi dérisoire qu'un déséquilibre énergétique. Au lieu de couvrir de honte les autorités qui n'ont visiblement rien compris à l'obésité, on incrimine la personne qui en souffre alors qu'elle est impuissante, qu'elle ne peut rien faire contre cette accumulation quotidienne d'infimes quantités de graisse.

.....

1* D'après la dernière édition du *Williams Textbook of Endocrinology*, une personne présentant une légère obésité peut avoir 70 milliards de cellules adipeuses dont chacune peut contenir 0,6 millionième de gramme de graisse ou un peu plus du cinq-millionième de calorie de graisse. Si l'on divise les 20 calories d'excès de graisse entre l'ensemble de ces cellules, chacune d'elles doit engranger chaque jour un excès d'environ un tiers de milliardième de calorie ou accroître son stock de graisse d'à peu près 0,006% par jour.

LES EFFETS SECONDAIRES

Courir après un déficit énergétique est un jeu de dupes¹.

Si grossir implique de fait l'accumulation quotidienne dans nos tissus adipeux d'une infime proportion des calories provenant des matières grasses que nous ingérons (sans compter les glucides convertis en graisse), comment *sommes-nous* supposés y remédier? Cette question n'est-elle pas aussi importante qu'elle est évidente et essentielle?

La vision conventionnelle voudrait que nous mangions moins, en contrôlant nos portions, quitte à sortir de table la faim au ventre. S'appuyant sur une variante des calculs utilisés par Carl von Noorden il y a plus d'un siècle, certains diététiciens expliquent patiemment aux personnes en surpoids ou obèses qu'elles perdraient une livre par semaine en mangeant chaque jour environ 500 calories de moins qu'elles ne le souhaiteraient ou qu'elles le font actuellement. Soit pratiquement 1 kg avec 1 000 calories de moins. Ils conseillent aux femmes de ne pas consommer plus de 1 200 à 1 500 calories par jour, et pas plus de 1 500 à 1 800 pour les hommes, à l'instar des préconisations actuelles du site Internet du National Heart, Lung, and Blood Institute.

L'idée étant qu'une diminution adéquate des quantités ingérées devrait nous permettre de nous débarrasser de cet excès de graisse, aussi négligeable que puisse paraître la suralimentation l'ayant engendré. Dans les années 1960 et 1970, il était courant, même dans la littérature

scientifique, d'affubler ces régimes reposant sur la restriction calorique du nom de semi-famine. Je vais moi-même reprendre cette expression parfaitement appropriée.

L'hypothèse selon laquelle les gens perdront du poids si on les affame suffisamment est certainement vraie. C'est l'une des raisons qui confortent certains chercheurs cliniciens et certains médecins depuis l'époque du docteur Newburgh dans l'idée que nous grossissons parce que nous mangeons trop. Réduisez suffisamment l'apport calorique d'une personne en surpoids et vous obtiendrez une personne moins grosse. Toutefois, comme l'a observé le psychologue de Harvard William Sheldon à la fin des années 1940, priver de nourriture une personne qui présente de l'embonpoint (un endomorphe, selon sa terminologie) n'en fait pas plus une personne mince (un ectomorphe) ou un individu athlétique et musclé (un mésomorphe) qu'affamer un mastiff n'en fait un colley ou un lévrier. Dans ce dernier cas, vous obtenez un mastiff amaigri, et une personne en surpoids amaigrie dans le premier cas.

Se prévaloir de cette théorie implique donc également de passer sous silence de sérieux problèmes. Si vous soumettez une personne mince au régime de «semi-famine», il en résulte également une personne moins grasse – plus exactement, une personne mince émaciée. Imposer une famine ou une semi-famine à un enfant en pleine croissance en fera un enfant émacié accusant un retard de croissance, mais aucun expert n'ira jusqu'à conclure ou déclarer publiquement que les enfants grandissent parce qu'ils mangent plus qu'ils ne dépensent. Du moins, je l'espère. La réflexion selon laquelle il faudrait «affamer une personne en surpoids» a pourtant toujours été jugée raisonnable. Une question fondamentale s'impose toutefois: pourquoi certains d'entre nous doivent-ils endurer une famine ou une semi-famine chronique (soumis en permanence au contrôle de la taille de leurs portions et à la faim) pour être minces, ou du moins plus minces, mais pas les autres? Voilà encore une question qui est rarement posée.

Finalement, la question à laquelle on peut aisément répondre et qui devrait absolument être posée à quiconque suggère de nous faire manger moins pour retrouver un poids normal (outre le fait que cela répond aux lois de la physique) est la suivante: à quel prix? Quels sont les effets secondaires?

Quelles sont les séquelles négatives (ou *sequelae*, pour reprendre le jargon des médecins amateurs de latin)?

Nous nous inquiétons des effets secondaires d'un médicament utilisé pour traiter une maladie. Provoque-t-il des maux de tête, une somnolence ou des étourdissements? Entraîne-t-il des douleurs ou des crampes abdominales, la nausée et des vomissements? La diarrhée? Une dysfonction érectile? Si nous prenons un médicament contre le cholestérol qui provoque d'insupportables douleurs musculaires, nous cherchons une autre façon de traiter le problème ou un autre médicament. Qu'en est-il de la thérapie diététique et plus précisément de celle qui consiste à manger moins?

Imaginons que nous décidions volontairement d'adhérer à l'idée suggérée par Ancel Keys et sous-entendue par le docteur Newburgh, selon laquelle manger moins est une nécessité absolue pour perdre du poids, puis le stabiliser. Nous cherchons à réduire suffisamment notre consommation pour devenir relativement minces et le rester toute notre vie. Quelles pourraient être les implications? Quels sont les effets secondaires habituels? Que devons-nous endurer?

Les experts connaissent la réponse à cette question, ce qui explique peut-être qu'ils la posent rarement, voire jamais. L'étude charnière sur la question, celle qui a été érigée en preuve irréfutable pendant des décennies (comme on en trouve dans la recherche sur la nutrition), a été menée au début des années 1940 par Ancel Keys. Il écrivit alors avec ses collègues un ouvrage en deux volumes totalisant pratiquement 1 400 pages et détaillant tout ce qu'ils avaient appris. Son titre, *The Biology of Human Starvation* (La Biologie de la famine humaine, non traduit en français), ne laisse aucun doute sur la nature de l'expérience et sur ce qu'ont dû endurer les sujets impliqués, qui ont démontré ce qui se produit quand on essaie d'adopter les privations caloriques souvent préconisées comme nécessaires par les autorités pour perdre un poids significatif. Pour faire simple, on meurt littéralement de faim. «*La meilleure définition de la carence nutritionnelle, comme l'écrivent Ancel Keys et ses collègues dans *The Biology of Human Starvation*, se trouve dans les conséquences qu'elle engendre*».

Au début de la Seconde Guerre mondiale, Ancel Keys et ses collaborateurs de l'université du Minnesota ont recruté trois douzaines d'objecteurs de conscience pour mener l'expérience. La plupart d'entre eux

étaient minces; certains étaient forts, du moins pour les standards de cette époque où la minceur était beaucoup plus répandue. Ancel Keys et son équipe leur donnaient 1 600 calories par jour composées d'aliments qui seraient aujourd'hui jugés particulièrement sains, mais terriblement monotones: «pain complet, pommes de terre, céréales et des quantités considérables de navets et de choux» avec «des quantités symboliques» de viande et de produits laitiers. Les nutritionnistes auraient qualifié ce régime d'hypolipidique, car pauvre en graisses saturées, conformément aux recommandations nutritionnelles édictées par la plupart des organisations de santé du XXI^e siècle. Son contenu calorique le place dans la fourchette recommandée aujourd'hui pour perdre du poids.

Pendant les douze premières semaines, les participants ont perdu en moyenne 450 g de graisse corporelle par semaine, perte qui a été ramenée à 110 g chacune des douze semaines suivantes malgré la poursuite des privations. Cela représente au total une perte moyenne de 6,8 kg de graisse sur pratiquement la moitié d'une année. Si ces résultats ne sont pas mauvais, ils ne sont pas non plus remarquables (gardons cependant à l'esprit que ces hommes n'avaient pas non plus tellement de poids à perdre). Leurs réactions ne se sont toutefois pas limitées à cette perte de poids. Ils avaient constamment froid. Leur métabolisme a ralenti. Ils perdaient leurs cheveux. Ils ont connu une baisse de libido. Ils souffraient d'accès de colère et étaient jour et nuit obsédés par la nourriture. Les chercheurs du Minnesota qualifiaient ce comportement de «névrose liée à la semi-famine». Quatre participants ont développé une «névrose de caractère» plus sévère. Parmi ces derniers, deux ont fait des dépressions, dont un avec «pleurs, menace de suicide et menaces de violence». Il a été placé en unité psychiatrique. La «dégradation de la personnalité» de l'autre «a donné lieu à deux tentatives d'automutilation». Lors de la première, il a failli se couper l'extrémité d'un doigt avec une hache. Comme cela n'a pas suffi à le libérer de l'étude, il s'est «accidentellement» amputé trois doigts.

C'est cher payé pour se nourrir d'un régime hypolipidique essentiellement végétarien à base d'aliments complets de 1 600 calories par jour. À l'issue de l'étude, lorsque ces hommes furent autorisés à manger à satiété, ils se sont mis à consommer des quantités prodigieuses de nourriture (jusqu'à 10 000 calories par jour). Ils reprirent du poids et reconstituèrent

très rapidement leur masse grasseuse. Après vingt semaines de récupération, ils étaient en moyenne 50% plus gros qu'avant l'expérience – ils souffraient d'«obésité postfamine», pour reprendre l'expression d'Ancel Keys et de ses collègues. Nous sommes nombreux ici à être passés par là. Nous pouvons comprendre.

Nous savons donc que si on leur laisse le choix, les personnes minces et en bonne santé ne peuvent pas s'accommoder de ce type de restriction calorique. Pourquoi attendre d'une personne en surpoids qu'elle le fasse? Vous pouvez d'ailleurs demander le plus sérieusement du monde à vos amis sveltes ce qu'ils feraient s'ils voulaient, à jamais ou juste pour une journée, cultiver leur appétit et faire perdurer une sensation de faim. Demandez-leur d'imaginer qu'ils sont invités à un festin le soir même, où l'on servira d'un bout à l'autre du repas la meilleure nourriture qui leur sera jamais servie. Leur objectif est donc d'arriver en ayant faim et avec de l'appétit. Comment s'y prendront-ils pour s'y préparer? Je suis prêt à parier qu'ils évoqueront la possibilité de manger moins pendant la journée en supprimant les en-cas et en réduisant la taille de leur portion lors des repas et qu'ils décideront probablement également de faire de l'exercice, voire en faire davantage (promenades ou randonnées plus longues, brûler plus de calories sur le vélo elliptique de la salle de sport). En résumé, manger moins et faire plus d'exercice.

La conclusion qui s'impose, c'est que nous devrions reconsidérer notre approche en matière de prévention et de traitement de l'obésité, que nous avons besoin d'un autre paradigme pour comprendre ce qui nous fait grossir et la manière dont nous pourrions nous débarrasser de notre embonpoint. Pour faire perdre du poids aux personnes trop grosses, nous leur demandons d'imiter ce que ferait toute personne relativement mince et en bonne santé pour se donner de l'appétit et le conserver. C'est la conséquence directe de la conviction qu'à la naissance, les personnes souffrant d'obésité ne sont pas différentes des personnes minces, mais qu'elles mangent trop par la suite et que l'obésité est un problème d'équilibre énergétique et non un problème hormonal.

Ceux d'entre nous qui sont gros ont bien essayé de survivre avec, disons, 1 600 calories par jour, mais ont dû renoncer en raison d'une faim tenace qui les aurait fait commettre l'irréparable, comme s'amputer de

plusieurs doigts pour arrêter – un sort auquel n’auraient pas échappé les minces. On nous accusait de manquer de volonté si, contrairement aux attentes, nous ne parvenions pas à contrôler la taille de nos portions et à faire nos exercices quotidiens, et que l’obésité dont nous souffrions avant le régime revenait sous forme d’obésité post-famine. On nous reprochait nos péchés de gourmandise et de paresse, notre ignorance et notre complaisance. On nous opposait notre inconséquence qui nous conduisait ou nous avait conduits à trop manger. De nombreuses réponses me viennent à l’esprit, mais leur publication irait malheureusement à l’encontre de la bienséance.

.....

- 1* Cette façon très imagée de présenter le problème n’est pas de mon cru, nous la devons à Ken Berry, un médecin de famille exerçant en milieu rural dans le Tennessee, auteur de l’ouvrage *Lies My Doctor Told Me* (Les Mensonges de mon docteur, non traduit en français).

AVEC DES «SI...»

C'est dans notre corps que se situe le problème et non dans notre cerveau.

Aussi difficile à concevoir que cela puisse paraître, je serais tenté de suggérer que, de Carl von Noorden dans les années 1900 à Louis Newburgh dans les années 1930 et 1940 et tous leurs successeurs, les autorités, somme toute composées de simples humains, se sont quasiment unanimement fourvoyées. (Encore que, comme l'écrivait en 1998 Malcolm Gladwell dans un article du *New Yorker* sur l'obésité et son épidémie, cela ne demande pas un trop gros effort d'imagination si l'on considère les fréquentes erreurs commises par l'orthodoxie médicale.) La gloutonnerie et la paresse, la suralimentation et les excès, la sédentarité et l'inactivité physique, comme les abus et l'ignorance (ou les tensions nerveuses non réglées) offrent des explications faciles, mais erronées, au surpoids qui accable un si grand nombre d'entre nous¹. Elles paraissent raisonnables, de sorte que nous y souscrivons volontiers, mais elles sont incorrectes. Cela fait des décennies que les auteurs de livres de régime «à la mode» tentent de nous alerter. Si, comme je l'ai expliqué, certains se sont fourvoyés, un grand nombre d'entre eux n'étaient pas loin de la vérité, car leur solution proche de la vérité portait ses fruits.

Il est rétrospectivement plus simple de comprendre pourquoi les autorités ont commis une erreur aussi flagrante que cela n'a pu l'être sur le

moment. En substance, elles examinaient le problème (et continuent de le faire) sous un angle dont l'apparente évidence (lorsque l'on est mince) est plus que trompeuse. Non seulement elles jugeaient pertinent d'affamer les gens jusqu'à l'amaigrissement, mais elles n'avaient aucun mal à imaginer les gros à l'image de Falstaff et son insatiable appétit dont Shakespeare fait dire à l'hôtesse Quickly, dans *Henry IV (Seconde partie)*, «*Il m'a tout mangé, maison et le reste; il a mis toute ma substance dans sa grosse bedaine*» avant de conclure que *si* son manque de modération avait fait grossir Falstaff, ce devait être le cas de tous².

Cependant, le *si* qui sous-tend ce raisonnement est absolument essentiel. Même dans le cas de Falstaff, nous ne savons pas *si* c'est sa gloutonnerie qui a provoqué son obésité ou l'inverse. Les enfants en pleine croissance ont également tendance à «tout manger, maison et le reste». (J'ai des sueurs froides à l'idée de ce que me coûtera l'appétit vorace de mon fils de 11 ans lorsqu'il atteindra la puberté et l'adolescence.) Cela s'explique par le fait qu'ils grandissent. Alors peut-être que les adultes dont la «bedaine» est en pleine croissance le font pour les mêmes raisons.

Lorsque mes deux fils étaient plus jeunes, nous adorions les histoires du Petit Nicolas et de ses camarades de classe. Alceste, l'ami de Nicolas, est «gros et mange tout le temps». Lorsque Alceste ne mange pas, il a faim. Il ne manque jamais d'extirper un reste de croissant ou de gâteau de sa poche, qu'il mange entre les repas ou même entre les en-cas. Il n'hésite pas à abandonner les autres à leurs dernières espiègleries pour être bien à l'heure pour le dîner. Dans ses livres, l'auteur René Goscinny n'émet jamais la possibilité qu'Alceste soit gros *parce qu'il* a faim et mange tout le temps. Peut-être qu'il mange tout le temps parce que son corps a la particularité de stocker la graisse, contrairement à celui de Nicolas et de ses nombreux autres amis qui sont minces. Peut-être que sa faim est le résultat et non la cause d'une «tendance compulsive à un surpoids important et à une accumulation de graisse». C'est en substance ce que disait le docteur Astwood. La faim est une réponse et non une cause.

C'est une façon radicalement différente d'envisager le problème de l'obésité et les raisons pour lesquelles nous stockons la graisse, et nous allons devoir prendre ce problème au sérieux si nous voulons mettre un

terme à l'épidémie d'obésité et résoudre nos propres problèmes de poids. Nous allons par ailleurs devoir apprendre à manger différemment (comme s'ingénient à le répéter les médecins qui préconisent les régimes low carb et céto). Au milieu du XX^e siècle, bon nombre de chefs de file de la recherche sur l'obésité (comme Julius Bauer de l'université de Vienne et Russell Wilder de la Mayo Clinic, qui ont étudié et soigné des patients atteints d'obésité et qui se sont intéressés sans *a priori* au problème du surpoids chez les humains) avaient fini par accepter, ou du moins sérieusement envisager la possibilité que les idées reçues et l'explication apparemment évidente établissant un lien entre la faim, manger et l'excès de graisse, ce dernier résultant des deux autres, inversaient la cause et ses effets.

C'est plutôt la tendance à stocker la graisse au lieu de l'utiliser pour produire de l'énergie qui induit la faim et la consommation apparemment excessive de nourriture qu'elle entraîne. Cette explication leur a paru convaincante. Ces experts ont néanmoins dû batailler avec cette idée, victimes eux aussi de la doctrine des calories et de la conviction de la «primauté de la gloutonnerie».

Ils éprouvaient une curiosité légitime envers le sujet de leur recherche. Ils posaient des questions sur les mécanismes de prise de poids susceptibles d'apporter un éclairage crucial sur le problème. Le docteur Astwood suivait ce raisonnement: pourquoi, par exemple, les hommes et les femmes ne grossissent-ils pas de la même manière et le font à des endroits très différents? Pourquoi, à la puberté, les garçons développent-ils de la masse musculaire au détriment de la graisse alors que les filles stockent de la graisse à des endroits spécifiques (les hanches, les fesses et la poitrine)? Pourquoi les femmes grossissent-elles à la ménopause, un phénomène que le docteur Newburgh et ses partisans attribuaient aux sucreries, aux parties de bridge et à un certain laisser-aller? Pourquoi certaines personnes grossissent-elles à des endroits particuliers (double menton, poignées d'amour) et d'autres non? Qu'en est-il des tumeurs graisseuses bénignes, ou lipomes? Pourquoi ces dépôts de graisse inoffensifs persistent-ils même lorsque l'on se prive de manger?

Ils sont arrivés à la conclusion que les seules réponses rationnelles à ces questions étaient celles qui imputaient le stockage de la graisse et l'obésité

à des raisons d'ordre hormonal ou liées aux enzymes, la quantité de nourriture ingérée et l'activité physique n'offrant pas à leurs yeux une réponse adéquate. Si j'ai une grosse bedaine et des jambes fines comme des bâtons (une situation courante aux États-Unis chez les hommes d'un certain âge), la quantité de calories ingérées et dépensées ne m'offre aucune explication quant aux raisons. Les hormones doivent jouer un rôle essentiel dans le stockage de la graisse, puisqu'elles interviennent dans la plupart des autres fonctions de l'organisme et qu'un changement subtil, global ou local, des mécanismes hormonaux (notamment concernant les enzymes et les récepteurs qui interviennent comme des antennes cellulaires qui captent les signaux hormonaux et y répondent) pourrait expliquer l'obésité humaine et le stockage localisé de la graisse. Ce qui signifie, comme l'avait suggéré le docteur Astwood, que des explications de nature hormonale et enzymatique doivent étayer les réponses à *toutes* les questions ayant trait au stockage de la graisse et à l'obésité.

En définitive, les médecins chercheurs d'avant la Seconde Guerre mondiale considéraient le problème de l'excès de graisse sous l'angle des principes premiers. Plutôt que de se demander pourquoi les personnes en surpoids mangent autant ou font si peu d'exercice (sans disposer la plupart du temps d'informations précises ni dans un cas ni dans l'autre), ils se sont demandé pourquoi ces personnes stockent autant de graisse, et quand et où ces graisses sont accumulées. Qu'est-ce qui régule le processus de stockage de la graisse? Pourquoi s'accumule-t-elle dans les tissus adipeux (voire autour des organes ou dans le foie, ce qui est désormais fréquent et non sans danger) au lieu d'être utilisée pour produire de l'énergie? Les personnes minces puisent leur énergie dans la graisse. Pourquoi les gros en stockent-ils autant? Pourquoi certains d'entre nous grossissent-ils facilement, mais pas d'autres³?

Au début des années 1960, lorsque Ancel Keys espérait culpabiliser les personnes grosses devant le caractère immoral de leur comportement, cela faisait déjà plusieurs décennies que les travaux d'éminents scientifiques apportaient des éléments de réponse à ces questions. Le docteur Astwood, en sa qualité d'endocrinologue, les considérait plutôt pertinents, contrairement à Ancel Keys et à ses collègues nutritionnistes. Les chercheurs (notamment les physiologistes, mais ni les médecins ni les

nutritionnistes et encore moins les psychiatres ou les psychologues) avaient découvert que le stockage de la graisse dans les cellules adipeuses et sa libération sous forme d'énergie (autrement dit, l'oxydation des graisses) ne s'apparentaient en rien au processus simpliste qu'on imaginait jusqu'alors et qui reste le credo des autorités compétentes en matière de nutrition.

Hilde Bruch de l'université Columbia, *l'experte* en obésité infantile du milieu du XX^e siècle, l'a bien compris et ne décolère pas sur le sujet dans son livre *The Importance of Overweight* paru en 1957 (non traduit en français), une lecture qui s'impose aujourd'hui encore pour toute personne cherchant à comprendre l'obésité. Elle y écrit que lorsqu'elle a commencé à étudier l'obésité infantile à la fin des années 1930, ses collègues s'étonnaient souvent qu'elle puisse *«avoir envie de travailler sur des cas aussi ennuyeux et inintéressants»*. Ses patients reprochaient à leurs précédents médecins d'avoir été, au mieux, insensibles à leur cas. *«Les patients ont souvent décelé bien plus qu'un manque d'intérêt, écrit la docteure Bruch, ils se sont sentis offensés par une attitude condescendante, voire franchement punitive et réprobatrice.»*

L'absence d'intérêt des chercheurs (qui s'étaient engagés à comprendre l'obésité) pour ce processus de stockage de la graisse laissait Hilde Bruch particulièrement perplexe. *«Si l'on étudiait l'obésité sans idée préconçue, écrit-elle, on pourrait supposer que l'essentiel des recherches porterait sur l'étude des anomalies du métabolisme des graisses puisque, par définition, un stockage excessif de graisse constitue le problème sous-jacent. Pourtant, ce domaine est celui qui comptabilise le moins de travaux.»* Et d'ajouter: *«Tant qu'on ne connaissait pas la manière dont le corps constituait et utilisait son stock de graisse, on disait simplement pour masquer notre ignorance qu'une fois les besoins de l'organisme satisfaits, l'excès de nourriture était stocké dans les cellules adipeuses, comme on stocke des pommes de terre dans un sac. Ce n'est manifestement pas le cas.»*

Plusieurs raisons avaient permis à la docteure Bruch de le comprendre, mais je serais tenté de croire que c'est sa qualité de pédiatre en activité qui a été déterminante. Non seulement elle étudiait l'obésité infantile (elle avait ouvert à Columbia la première clinique dédiée à l'obésité infantile des États-Unis), mais elle soignait également des enfants obèses, sans grand

succès il est vrai. Pour Hilde Bruch, ces enfants n'étaient pas des statistiques, des chiffres issus d'une enquête ou des réponses à un questionnaire sur leurs habitudes en matière d'alimentation et d'activités physiques. Ils étaient ses patients. Elle échangeait avec eux et leur posait des questions; elle passait du temps avec leurs parents et *leur* posait également des questions. Elle a ainsi découvert la corrélation entre la tendance à grossir et la tendance à manger.

La docteure Bruch a continué de suivre ses jeunes patients à l'âge adulte. Elle s'est dite particulièrement impressionnée par la facilité avec laquelle ces enfants pouvaient perdre du poids une fois leur coopération acquise. En 1957 toutefois, elle était encore plus impressionnée par la rapidité avec laquelle ils le reprenaient, *«leur tendance à garder un poids élevé, à un niveau propre à chacun»*. Elle en a conclu que *«la suralimentation, bien qu'observée très régulièrement, ne constitue pas la cause de l'obésité; ce n'est qu'un symptôme d'une anomalie sous-jacente [...] La nourriture est bien sûr un facteur essentiel de l'obésité, comme elle l'est au maintien de la vie en général. Le besoin de manger en trop grande quantité et les perturbations dans les mécanismes de la régulation du poids et du stockage de la graisse constituent les principales anomalies»*.

En 1957, comme le décrit Hilde Bruch dans son ouvrage, les chercheurs commençaient à comprendre comment les hormones et leurs cibles, les enzymes, orchestrent les mécanismes de gestion des graisses dans notre corps: comment, où et quand elle est stockée, puis libérée dans la circulation sanguine pour être utilisée comme énergie. Pour ceux qui, comme les docteurs Bruch et Astwood, se sont intéressés à ces données, il était facile de concevoir qu'en cas d'obésité ce système biologique complexe pouvait souffrir d'un déséquilibre et se trouver perturbé par certains aspects du monde moderne, avec pour conséquence le stockage de quantités excessives de graisse dans les cellules adipeuses (et parfois dans et autour des organes) sans véritable rapport avec les quantités de nourriture ingérées.

Les chercheurs qui étudient le stockage de la graisse chez les animaux ont observé comment les cellules adipeuses et les animaux eux-mêmes pouvaient stocker, puis mobiliser cette graisse pour l'utiliser comme source d'énergie *«quel que soit l'état de nutrition de l'animal»*, comme si la

quantité de nourriture consommée ou la fréquence à laquelle elle l'était n'avait aucune incidence sur la constitution du stock de graisse ou son utilisation. Comme le disait Jean Mayer, alors nutritionniste à Harvard, à propos de ses rats de laboratoire obèses, ils transformaient la nourriture en graisse même lorsqu'ils étaient à moitié affamés. Pourquoi en irait-il autrement avec les humains?

Et si c'est le cas, une question essentielle se pose: est-il possible de remédier à ce problème du stockage de la graisse? Pouvons-nous changer la façon dont nous nous alimentons pour éviter ce phénomène et faire en sorte que le corps des personnes atteintes d'obésité fonctionne de la même manière que celui des minces?

-
- 1* Certains des meilleurs chercheurs spécialisés dans le domaine étaient parfaitement conscients de n'avoir pas progressé dans leur compréhension de l'obésité. Jules Hirsch de l'université Rockefeller, par exemple, décrit par le *Washington Post* comme ayant «*contribué à redéfinir la conception moderne de l'obésité*», m'a déclaré en 2002, peu de temps avant de prendre sa retraite, qu'il considérait sa carrière comme un échec lamentable. Après pratiquement quarante années de recherche, il restait incapable d'expliquer ni pourquoi les gens grossissaient dans un premier temps ni comment ils parvenaient à perdre du poids sans le reprendre. Ces deux problématiques demeuraient pour lui un mystère. «*Je travaille sur le sujet depuis un sacré bout de temps*, me confia-t-il. *On pourrait penser que j'aurais pu avancer davantage.*» Quatre années plus tard, l'Obesity Society lui décerna un prix pour l'ensemble de ses travaux. Je suis surpris qu'il ne l'ait pas poliment décliné. (Langer, 2015.)
 - 2* Cette vision est si largement partagée que même Peter Singer, philosophe à Princeton et défenseur des droits des animaux, y recourt lorsqu'il affirme que l'obésité est contraire à l'éthique (avec Jim Mason pour coauteur). Il déclare qu'outre le gaspillage de nourriture (et donc le coût en vies animales) résultant dans le stockage de graisse corporelle, «*si je choisis de manger trop et que je développe des problèmes de santé liés à l'obésité nécessitant des soins médicaux, les autres devront probablement payer en partie la facture*» (Singer et Mason, 2006).
 - 3* Pour trouver un sens à l'univers (autrement dit pour faire du bon travail scientifique), il faut savoir que les réponses que nous obtenons dépendent totalement des questions que nous posons. Autrement dit, avant de conclure que des réponses sont adéquates, on a intérêt à poser les bonnes questions.

LES SOLUTIONS PRÉCONISÉES

Le régime idéal fonctionne «comme par magie» parce qu'il corrige notre alimentation.

Il est vain d'évoquer des traitements ou d'imaginer des remèdes sans un examen préalable des causes... faute d'élucider celles-ci, comme le confirme l'expérience des autres, ces traitements se montrent insuffisants, médiocres et inefficaces.

– ROBERT BURTON, citant Galien
dans son *Anatomie de la mélancolie*, 1638

Les autorités et les médecins qui proposent des régimes s'accordent sur le fait que leurs préconisations doivent être viables et suivies à vie pour produire des effets durables. Il est par conséquent inapproprié d'utiliser le terme *régime* pour désigner un changement de notre alimentation et de notre façon de nous nourrir. *Mode de vie* ou *habitudes alimentaires* sont des expressions plus adaptées. C'est pourquoi je préfère parler d'*alimentation* LCHF/cétogène et non de *régime* LCHF/cétogène. La raison en est simple et relève purement de la logique. Les régimes fonctionnent lorsqu'un changement d'alimentation, qu'il s'agisse des quantités ou de la teneur, apporte la guérison. Arrêter un régime revient à reprendre les habitudes alimentaires ayant provoqué ou exacerbé nos problèmes. Il serait illusoire de s'imaginer que les

conséquences de ce retour à l'alimentation d'avant le régime seraient différentes de ce qu'elles furent initialement.

Voici un exemple simple pour illustrer cette logique: je suis allergique au maïs. Sa consommation provoque chez moi différents problèmes gastro-intestinaux. Si je veux éviter ces problèmes, je ne mange pas de maïs et je fais mon possible pour éviter de consommer des aliments industriels ou des plats préparés en contenant. Je m'en tiens à cette stratégie adoptée pendant mon enfance. On pourrait dire que je suis un régime sans maïs, conscient que sa réintroduction dans mon alimentation ferait resurgir le problème. Je n'ai donc aucune difficulté à suivre durablement un mode de vie excluant le maïs. Je le fais, c'est tout. J'ai arrêté pour de bon de consommer du maïs, car il ne peut en être autrement.

Il est tout aussi vrai, même si c'est moins évident, que les approches alimentaires raisonnables reposent toutes, de manière implicite ou explicite, sur une hypothèse sur l'origine du problème que le régime est supposé résoudre. Si les défenseurs de l'alimentation végane et végétarienne ont raison d'affirmer que ces régimes sont bénéfiques pour la santé (il n'est pas question ici des problèmes éthiques, moraux et environnementaux liés à la consommation des animaux), cela voudrait dire que la viande et les produits d'origine animale constituent l'une des principales causes des affections d'origine alimentaire et que l'on serait en bonne ou en meilleure santé en arrêtant d'en consommer. Lorsque les autorités compétentes en matière de nutrition déclarent que la meilleure façon de s'alimenter consiste à consommer des produits d'origine végétale, elles se fondent sur l'hypothèse que ces produits sont plus sains que les produits d'origine animale et que ces derniers sont nocifs en comparaison. Toutefois, si nous restons gros ou diabétiques après avoir adopté un régime végétarien, si nous avons toujours été végétariens ou végétariens, voire flexitariens, et que nous sommes devenus gros ou diabétiques, il est dans notre intérêt de bien identifier notre problème dont l'origine n'est probablement liée ni à la viande ni aux produits d'origine animale.

Comme nous l'avons vu, l'hypothèse qui sous-tend l'approche conventionnelle sur la nourriture et le poids voudrait que la suralimentation soit à l'origine du surpoids et que la voie de la minceur passe par la sous-alimentation. Seuls les régimes qui réduisent l'apport calorique et imposent

de manger moins donnent des résultats, selon les autorités. Si l'on en croit les affirmations péremptoires de l'édition de 2012 (la dernière au moment où j'écris cet ouvrage) du *Textbook of Obesity* (non traduit en français), «*tous les régimes qui se soldent par une perte de poids reposent sur un seul et même principe: ils diminuent l'apport calorique total*». Si nous sommes gros et diabétiques malgré une vigilance constante pour moins manger ou manger sans excès – ce qui est le cas d'un grand nombre d'entre nous – une fois de plus, tout porte à croire que le problème n'est pas lié à la suralimentation et qu'il faut chercher la solution ailleurs. C'est là que commence notre «expérience de conversion».

Voici comment Hafsa Khan, médecin installée dans l'ouest de la Virginie, m'a décrit cette situation déconcertante lorsque je l'ai interviewée à l'automne 2017. Elle m'a confié avoir toujours été au mieux en surpoids, souvent obèse. Même si elle y parvenait sur de courtes périodes, elle avait du mal à perdre du poids et en reprenait inéluctablement davantage. Si elle a pu maîtriser son poids pendant ses études de médecine, elle a pris entre 11 et 14 kg pendant son internat. Elle en a pris davantage encore lorsqu'elle a eu ses enfants. Après la naissance de son deuxième fils, elle a de nouveau essayé de perdre du poids en faisant plus d'exercices et en réduisant son apport calorique. «*Je mange ce que j'estime bon pour la santé*, m'a-t-elle confié. *N'oubliez pas que je suis médecin, je suis censée savoir de quoi il retourne.*» Elle pesait 107 kg lorsqu'elle a sollicité les conseils d'un ami médecin spécialiste de l'obésité: «*Ces douze derniers mois, j'ai eu un mal fou à perdre 3 ou 4 kg quand il me faut en perdre 32*», lui confia-t-elle.

Le journaliste Michael Hobbes raconte des histoires similaires dans un article poignant sur le caractère apparemment insurmontable de l'obésité paru en 2018 dans le *HuffPost*. Les personnes qu'il a interviewées avaient des difficultés à perdre un poids relativement modeste et restaient clairement, voire dans certains cas cruellement, obèses.

«*Elle se réveille, prend une douche et fume une cigarette pour contenir son appétit*, écrit Michael Hobbes au sujet de l'une des femmes qu'il a interviewées. *Elle se rend à son travail dans un magasin de meubles, reste perchée sur des talons de 10 cm toute la journée, mange un pot de yaourt seule dans sa voiture à l'heure de déjeuner. À la fin de sa journée de travail, prise de vertige, les pieds endoloris, elle prend trois crackers Ritz qu'elle*

mange dans sa cuisine avant de consigner les calories dans son journal alimentaire. Un rituel auquel elle déroge parfois, quand épuisée et étourdie par la faim, frissonnant dans la touffeur du Kansas, elle va directement se coucher en rentrant. Elle sort de sa torpeur à l'heure du dîner et boit un jus d'orange ou avale la moitié d'une barre de céréales.»

Michael Hobbes relate ici l'une des nombreuses tentatives de cette jeune femme pour devenir mince en s'affamant littéralement. Il indique que sa dernière tentative remontant à quelques années a duré six mois, jusqu'à ce que sa mère l'emmène à l'hôpital (toujours obèse et s'habillant toujours en taille XXXL), craignant que sa fille ne souffre de troubles de l'alimentation.

En défendant l'idée qu'une perte même minime de poids peut apporter des «bienfaits considérables», pour reprendre la description du site Internet des Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (Centers for Disease Control and Prevention ou CDC), l'orthodoxie médicale accepte cette situation comme étant assez bonne pour l'essentiel et justifiant un effort sans relâche. Selon eux, une perte de poids se limitant à 5% suffirait (soit 5,5 kg dans le cas de Hafsa Khan). Même si cette perte a peu d'effet sur notre corpulence, elle aurait en revanche des bienfaits considérables sur notre santé. Stabiliser un poids légèrement réduit (même si on reste gros), selon cette théorie, est préférable à une vie passée à faire le yo-yo avec des régimes draconiens.

Les résultats d'un vaste essai clinique déterminant, le programme de prévention contre le diabète (Diabetes Prevention Program ou DPP) vont dans ce sens. En 2002, les chercheurs travaillant au DPP ont indiqué qu'en suivant les conseils des experts, c'est-à-dire en diminuant notre apport calorique et en réduisant la taille de nos portions (en sortant de table sans être rassasié), tout en faisant au moins 2 h 30 d'exercices physiques hebdomadaires (30 minutes de marche rapide ou de jogging cinq jours par semaine, par exemple), il est possible de perdre environ 5,5 kg en un an et de ne pas reprendre plus de 2 kg dans les quatre années qui suivent. Selon les résultats du programme DPP, cela permettrait de retarder de deux à trois ans l'apparition du diabète. Le régime doit être suivi à vie, ou du moins

jusqu'à ce que le diabète s'installe et nécessite un traitement, puis de l'insuline pour contrôler la glycémie¹.

Le sacrifice demandé est lourd en regard des résultats à peine visibles que nous n'apprécierons probablement pas. En effet, si je suis atteint de diabète à l'âge de 65 ans au lieu de 62, je ne percevrai pas vraiment un bienfait, d'un point de vue personnel. En effet, ce n'est pas comme si j'allais être conscient de l'absence de diabète pendant ces trois années supplémentaires de bonne santé. C'est beaucoup de travail et beaucoup de sacrifices pour un gain à peine *perceptible*. Peu de personnes obèses ou présentant un surpoids important considéreront que ce type de bienfait mérite une vie d'efforts (à se limiter chaque soir à trois crackers Ritz). Faire valoir les «bienfaits considérables» d'une perte de poids de 5% est l'œuvre d'autorités médicales et de santé publique désespérées. Elles ont perdu tout espoir parce qu'elles s'appuient sur des hypothèses naïves et non fondées quant à l'origine de ces troubles: pourquoi nous sommes gros et pourquoi nous sommes ou devenons diabétiques².

L'exclusion de catégories entières d'aliments, par exemple tous les produits d'origine animale, toutes les céréales, tous les féculents et les sucres, est l'une des critiques les plus fréquentes à l'encontre des «régimes à la mode» (c'est aussi l'une des caractéristiques de ces régimes). Si l'on s'en tient aux critères conventionnels, ils ne sont donc pas équilibrés, probablement impossibles à tenir sur la durée, voire dangereux. (Je reviendrai sur ce point ultérieurement.) Il est cependant impossible d'échapper à la logique selon laquelle un bon régime, autrement dit un régime qui *fonctionne, se doit* de supprimer ou tout au moins de réduire la consommation des aliments qui engendrent ou aggravent les troubles – en particulier ceux qui nous font grossir ou qui exacerbent notre diabète sans possibilité d'amélioration. S'il n'existe aucune relation entre ce qui nous affecte et notre alimentation, un changement de nos habitudes alimentaires n'a guère de chance de donner des résultats. Dans le cas contraire, nous devons identifier l'aliment qui provoque ou accentue le problème et l'éliminer, ou du moins limiter sa consommation. Tant pis s'il s'agit d'un groupe d'aliments dont la suppression entraîne un déséquilibre du régime alimentaire. Il est clairement préférable d'en rester là dès lors que le reste

de notre alimentation contient les vitamines, les minéraux et les autres micronutriments nécessaires pour la santé.

Au milieu du XX^e siècle, les diététiciens ont adopté un système de croyances selon lequel certains aliments seraient «nocifs», ce qui a fini par faire plus de mal que de bien. Comme le stipule un article récent de la BBC au sujet du sucre, rendre un aliment tabou «ne peut que le rendre plus désirable». Mais que faire s'il existe vraiment des aliments «nocifs»? Bien peu défendraient l'idée selon laquelle déclarer les cigarettes taboues inciterait à fumer; personne (du moins je l'espère) n'irait prétendre qu'il existe un quelconque rapport entre l'extrême difficulté d'arrêter de fumer et de renoncer définitivement à la cigarette, et les avantages relatifs qui en découlent. J'ai du mal à imaginer qu'un individu rationnel pourrait prétendre qu'en déclarant «tabous» (et donc «nocifs») les produits à base de maïs, j'aurais davantage envie d'en consommer. Enfant déjà, je rêvais d'une vie à l'abri des maladies gastro-intestinales. S'il fallait pour cela renoncer au maïs (même aux épis de maïs ou au pop-corn au cinéma, mes deux péchés mignons), j'étais prêt à l'accepter et à en payer le prix. Avant de décider si rendre un aliment tabou engendre plus de mal que de bien, il convient d'établir s'il est nocif et, si c'est le cas, comment se manifestent les effets délétères et pourquoi. C'est uniquement après avoir répondu correctement à ces questions qu'il est possible de gérer les aspects psychologiques liés au tabou.

Savoir si les régimes qui excluent des groupes entiers d'aliments sont viables est une question un peu plus complexe. Ce qui semble aujourd'hui viable est susceptible d'évoluer et sera en partie déterminé par les avantages obtenus par l'abstinence. S'il faut se battre comme un diable (et limiter sa consommation de crackers Ritz) pour peu ou pas d'avantages notoires – comme perdre 3 ou 3,5 kg quand on voudrait en perdre 13, ou continuer à s'habiller en XXXL après six mois de quasi-famine – à quoi bon? Il est en revanche probable qu'il sera plus facile de s'astreindre à une alimentation qui permet de perdre un poids significatif sans souffrir de la faim. Des bienfaits supérieurs à un moindre coût vaudront au moins la peine. Préserver notre santé est au centre de nos préoccupations et s'il faut pour cela privilégier un mode d'alimentation particulier, nous nous efforcerons de le faire. Les autorités critiquent souvent les «régimes à la mode»

promettant «une perte de poids rapide» qui s'appuient sur un procédé qu'elles jugent non viable; ces autorités ne comprennent toutefois pas ce que signifie un mode d'alimentation «viable» pour ceux d'entre nous qui grossissent facilement.

Qu'on ne se méprenne pas, une perte de poids rapide n'est pas sans intérêt. «*Rien ne vaut le succès*», pour reprendre les paroles de Michael Snyder, un chirurgien de Denver spécialisé en chirurgie bariatrique. Ce que souhaitent au final ceux qui grossissent facilement, qui sont prédisposés au surpoids et à l'obésité, c'est voir leur corps fonctionner comme celui des personnes naturellement minces. Elles aimeraient pouvoir manger à leur faim sans grossir ou exacerber leur obésité. Serait-ce trop demander? Voici encore une question essentielle à laquelle il faudrait apporter une réponse. Il se pourrait que ce soit impossible. Si c'était possible, cependant, ces personnes souhaiteraient rester relativement minces toute leur vie, sans avoir, jour après jour, à endurer la faim, à compter les calories, à limiter leurs portions, à aller se coucher la faim au ventre, à se réveiller affamées et à supporter la fatigue et l'irritabilité naturellement induites par la privation de nourriture. Il faudra faire des sacrifices, mais il est exclu de vivre sous le sceau de la faim. On ne peut attendre cela de personne.

Une alimentation adéquate ne consiste pas à perdre du poids pendant six à douze mois pour ensuite le reprendre. Cela consiste à résoudre le problème lié à l'excès de poids pour nous permettre de manger à satiété sans stocker de graisse ou vivre avec un excès de graisse significatif. Si c'est possible, ce régime sera viable presque par définition.

Lorsque Malcolm Gladwell a décrit le «récit de conversion» des médecins auteurs de livres de régime dans son article du *New Yorker* relatif à l'obésité paru en 1998, il évoqua une perte de poids «comme par magie». C'est exactement ce qu'affirment avoir vécu ces médecins, au même titre que leurs patients. L'article de Malcolm Gladwell donnait l'impression d'avoir affaire à une arnaque, à un récit uniquement destiné à faire vendre les livres, un vrai discours de charlatan. Pourtant, perdre du poids comme par enchantement se résume à perdre de la graisse, à devenir mince *sans souffrir de la faim* et relativement facilement. La rapidité du processus est un atout supplémentaire. Tout repose sur l'absence des inéluctables conséquences physiologiques liées à la privation de nourriture, à la famine

ou à la semi-famine («fatigue excessive, irritabilité, dépression et faim extrême», pour reprendre la description de Margaret Ohlson, pionnière dans les recherches sur les régimes amincissants et présidente du Food and Nutrition Department de l'université d'État du Michigan, et de ses collègues en 1952).

De toute évidence, de telles expériences sont possibles. Dans son ouvrage *The Importance of Overweight*, Hilde Bruch évoque précisément l'expérience de l'une de ses patientes, une jeune femme de petite taille à l'ossature fine qui *«disparaissait littéralement sous des montagnes de graisse»*. Pourtant, *«le moindre détail de son existence était jaugé selon qu'il était susceptible de la faire grossir ou de lui faire perdre du poids. On la poussait à aller à la plage, faire du vélo, jouer au golf ou danser pour la faire maigrir»*. Cette jeune femme trouvait que sa vie ne valait guère d'être vécue. *«Je me détestais littéralement, confia-t-elle à Hilde Bruch. La situation m'était insupportable. Je refusais de me regarder. Je maudissais les miroirs. Ils me renvoyaient mon obésité.»*

Grâce aux conseils de la docteure Bruch, elle a perdu pratiquement 23 kg en un été en mangeant «trois grosses portions de viande» par jour «accompagnées uniquement d'un peu de fruits et de légumes». Hilde Bruch s'est inspirée des travaux du médecin de la DuPont Corporation, Alfred Pennington, qui avait publié les résultats de ses expériences cliniques des régimes LCHF/cétogènes dans des revues médicales à la fin des années 1940 et au début des années 1950. Ses recherches ont par ailleurs inspiré Herman Taller pour son ouvrage *Les Calories ne comptent pas* et le docteur Atkins pour *La Révolution diététique*, ainsi que tous les régimes LCHF/cétogènes que l'on a connus depuis.

«Les résultats furent spectaculaires, écrit la docteure Bruch, non seulement en raison de la transformation de son apparence, mais aussi pour sa prise de conscience d'un certain affranchissement du contrôle de la moindre bouchée dont elle avait souffert jusqu'ici. Elle commençait par ailleurs à comprendre son rôle dans toutes ces difficultés. Jusque-là, les phrases comme “je n'aime pas ça” ou “je ne l'ai jamais fait” signifiaient son impossibilité ou son refus de faire quelque chose, que cela ait trait à la nourriture ou à toutes autres activités. Ce régime lui donnait l'occasion

d'avoir des repas totalement inhabituels et c'est avec un réel étonnement qu'elle a découvert que ses goûts pouvaient changer.»

Si la docteure Bruch ou sa jeune patiente avaient décidé d'écrire un livre de régime mettant en avant la consommation de viande («trois grosses portions» par jour!) et l'absence de sucres, de céréales et de féculents pour vaincre l'obésité, il leur aurait fallu choisir entre deux options: (1) décrire leur expérience de conversion pour en exposer les bienfaits au risque de passer pour des menteuses; ou (2) évoquer prudemment leurs observations et leurs expériences, même si leurs lecteurs consulteraient leur ouvrage dans l'espoir d'apprendre comment éprouver eux-mêmes une telle expérience de conversion (en espérant des résultats identiques à ceux de la jeune patiente de la docteure Bruch). Hilde Bruch s'est livrée dans son ouvrage à des réflexions approfondies sur de nombreux problèmes liés à l'obésité, mais elle aurait tout aussi bien pu écrire un livre de régime. Elle était clairement convaincue qu'un tel régime fortement carné et pauvre en glucides constituait une solution possible contre l'obésité et que le sucre, les féculents et les céréales pouvaient en être la cause. *«Le grand pas en avant en matière de contrôle diététique de l'obésité, depuis le milieu du XIX^e siècle, écrit-elle, tient à la découverte que la viande, “l'aliment fort”, ne génère pas de graisse; mais que ce sont les denrées innocentes, comme le pain et les mets sucrés, qui conduisent à l'obésité.»*

Au moment où la docteure Bruch écrivait cela, la littérature médicale était déjà truffée de témoignages rapportant le succès remarquable (ou «efficacité clinique» dans le jargon des médecins) des régimes limitant ces «denrées innocentes» et introduisant de grandes quantités de produits d'origine animale. Aux quatre coins du globe, des médecins œuvrant dans des hôpitaux et des cliniques publiaient des rapports corroborant les constatations d'Alfred Pennington: ces régimes déséquilibrés à faible teneur en sucre, en céréales et en féculents, mais riches en matières grasses provoquaient une perte de poids significative *sans sensation de faim*. La même histoire se répétait dans chacun des rapports, indépendamment de l'apport calorique fourni aux patients de ces différentes institutions, inférieur à 500 calories par jour (comme à la Mayo Clinic) ou, le plus souvent, à la discrétion des patients. *«L'absence de récrimination liée à la faim est remarquable»*, écrivait Russell Wilder de la Mayo Clinic en 1933.

Au début des années 1950, des médecins des plus grandes écoles de médecine écrivaient des articles dans les principales revues médicales où ils exposaient leurs déclinaisons de ces régimes à base de viande et pauvres en féculents, en céréales et en sucre. Les graisses ajoutées, comme le beurre et l'huile, étaient par ailleurs souvent limitées dans l'espoir d'inciter les gens à manger moins; les aliments qualifiés de «denrées innocentes» par la docteure Bruch étaient pratiquement systématiquement supprimés. Voici la version de Raymond Greene, endocrinologue britannique, qu'il détaille dans son célèbre manuel *The Practice of Endocrinology* (non traduit en français) paru en 1951:

Les aliments à éviter:

- le pain et tous les aliments à base de farine;
- les céréales, y compris celles du petit déjeuner et le pudding au lait;
- les pommes de terre et tous les autres tubercules de couleur blanche (riches en amidon);
- les aliments riches en sucre;
- tous les desserts.

Les aliments pouvant être consommés à volonté:

- la viande, le poisson, la volaille;
- tous les légumes verts;
- les œufs, frais ou en poudre;
- le fromage;
- les fruits non sucrés ou sucrés à la saccharine, sauf les bananes et le raisin.

Voici la description que donnait Robert Melchionna, professeur à l'école de médecine de l'université Cornell, du régime amaigrissant prescrit à la New York Hospital de Manhattan au début des années 1950: «*Il est nécessaire de limiter les glucides concentrés, tels que les sucres et les produits à base de céréales. Les régimes doivent donc supprimer ou réduire le riz, le pain, les pommes de terre, les pâtes, les tartes, les gâteaux, les*

desserts sucrés, le sucre, les sucreries, la crème, etc. Ils doivent contenir des quantités modérées de viande, de poisson, de volaille, d'œufs, de fromage, de céréales entières et de lait écrémé.» Que dire des «dispositions générales» d'un régime amincissant efficace publiées par un médecin du Memorial Hospital de Chicago en 1950?

- proscrire le sucre, le miel, le sirop, la confiture ou les sucreries;
- proscrire les conserves de fruits au sirop;
- proscrire les gâteaux, les biscuits, les tartes, les puddings, la crème glacée ou les glaces;
- proscrire les produits alimentaires contenant de la maïzena ou de la farine comme les sauces à la crème ou à base de jus de viande;
- proscrire les pommes de terre, les patates douces, les pâtes, les nouilles, les haricots secs et les petits pois;
- proscrire les aliments frits au beurre, au saindoux, à l'huile ou aux margarines;
- proscrire les boissons telles que le Coca-Cola, le ginger ale, les sodas ou la racinette (*root beer*);
- proscrire les aliments interdits par le régime et se limiter aux quantités préconisées des aliments autorisés.

Dans les années 1960, alors que les médecins commençaient à organiser des conférences pour échanger sur les dernières avancées de la recherche sur l'obésité, ils avaient invariablement droit à une seule intervention dévolue à la thérapie nutritionnelle. Cette intervention portait systématiquement sur les remarquables bienfaits cliniques du régime LCHF/cétogène. Les médecins, les psychiatres et les diététiciens assistant à ces conférences savaient que la restriction calorique (le fait de manger moins) était vouée à l'échec et semblaient donc peu enclins à l'envisager. Ce n'était en revanche pas le cas de ces régimes à faible teneur en glucides autorisant des quantités significatives, voire illimitées, de nourriture riche en matières grasses et en protéines.

La conférence qui s'est tenue en octobre 1973 au National Institutes of Health à Bethesda, dans le Maryland, fut la plus influente de toutes. C'était la première conférence sur l'obésité qu'organisait cette institution. Charlotte Young, professeure à l'université Cornell, fit l'unique intervention consacrée à la thérapie nutritionnelle au cours de laquelle elle passa en revue un siècle d'histoire des régimes pauvres en sucre, en féculents et en céréales, ainsi que les résultats des nombreux essais cliniques qui avaient déjà eu lieu, y compris ceux qu'elle avait elle-même menés au sein de son université. Tous ces régimes LCHF, selon la professeure Young, *«ont produit d'excellents résultats cliniques en ce qui concerne l'absence de sensation de faim, l'atténuation de la fatigue excessive, la perte de poids satisfaisante, l'aptitude à une réduction de poids à long terme et le contrôle ultérieur du poids»*. Bref, ils fonctionnaient «comme par magie», pour reprendre l'expression de Malcolm Gladwell. Ils permettaient non seulement de perdre du poids sans être tenaillé par la faim, mais évitaient également les autres conséquences d'un organisme privé de carburant, comme la fatigue ou l'épuisement. Les patients pouvaient manger à satiété et se trouvaient stimulés par l'expérience tout en perdant du poids.

N'est-ce pas là précisément ce à quoi nous aspirons?

.....

- 1* Selon les chercheurs du programme DPP, cette observation montre que cela réduit de 58% l'incidence de diabète sur trois ans, mais ces mêmes données peuvent être interprétées comme retardant de plusieurs années l'émergence de la maladie.
- 2* La conclusion de l'allocution présidentielle du docteur Astwood en 1962 où il évoquait Brillat-Savarin et sa *Physiologie du goût* allait dans le même sens: *«Le labeur auquel s'astreint l'obèse pour tenter de maigrir en suivant un régime ne pourrait être mieux exprimé que par la déclaration que fit un patient à ce médecin en 1825, déclara le docteur Astwood, "Monsieur, j'ai suivi votre prescription comme si ma vie en avait dépendu, et j'ai vérifié que dans le mois, le poids de mon corps a diminué de trois livres, même un peu plus. Mais, pour parvenir à ce résultat, j'ai été obligé de faire à tous mes goûts, à toutes mes habitudes, une telle violence, en un mot, j'ai tant souffert, qu'en vous faisant tous mes remerciements pour vos bons conseils, je*

renonce au bien qui peut m'en provenir, et m'abandonne pour l'avenir à ce que la Providence en ordonnera."» (Astwood, 1962.)

UNE RÉVOLUTION PASSÉE INAPERÇUE

Pour que les régimes vous permettent de perdre du poids sans vous affamer, ils doivent entraîner une baisse du taux d'insuline.

Comment expliquer cette fameuse «magie»? Que nous révèle cette expérience de perte de poids exempte de faim obsessionnelle sur la nature des régimes qui l'induisent et, sans doute, plus important encore, sur la relation entre ce que nous ingérons et le fait de grossir? Autrement dit, le problème tient-il à la composition de notre alimentation ou à sa quantité?

Entre le milieu des années 1950 et les années 1970, ce sont surtout les chercheurs qui tentaient de répondre à ces questions dans leur laboratoire en étudiant le métabolisme des graisses. Les principales avancées eurent lieu après les années 1960, suite à l'invention d'une technique de laboratoire (un dosage) qui permettait pour la première fois aux chercheurs de mesurer avec précision les taux d'hormones dans le sang. La physicienne Rosalyn Yalow et le médecin chercheur Solomon Berson en étaient les inventeurs. La première remporta le prix Nobel pour cette invention en 1977. (Décédé en 1972, Solomon Berson n'a pas pu partager cet honneur.) Le comité Nobel décrivit la technique des docteurs Yalow et Berson comme «une révolution pour la recherche biologique et médicale».

Ce fut bien le cas, mais cette révolution passa pratiquement inaperçue au sein de la communauté des chercheurs travaillant sur l'obésité et de la

plupart des autorités qui nous prodiguaient des conseils sur la manière d'arriver au poids idéal et de le conserver. Ce ne fut cependant pas le cas des médecins auteurs de livres de régime de l'époque, qualifiés sans équivoque de charlatans par ces mêmes autorités. Les révolutions induites par ces recherches vieilles d'un demi-siècle sont plus importantes que les études plus récentes qui prétendent nous révéler en quoi consiste une alimentation saine dont les médias se font l'écho, et je vais vous expliquer pourquoi.

N'oubliez pas, comme le disaient les docteurs Bruch et Astwood, qu'il s'agit d'un trouble lié au stockage excessif de graisse, de sorte que nous devons comprendre les processus physiologiques qui régulent le métabolisme des graisses dans le corps humain – et en particulier, pour reprendre les termes d'Edwin Astwood, le «*rôle complexe que joue le système endocrinien dans la régulation des graisses*». Cela soulève quelques questions quant au mécanisme: nous savons que ce système opère un changement qui favorise le stockage (excessif), mais comment expliquer ce changement? Et en quoi ce changement en faveur du stockage est-il lié à la nature de la nourriture ingérée ou à sa quantité et comment pourrions-nous influencer dessus ou, dans l'idéal, adopter un régime permettant d'inverser la tendance? Le système endocrinien joue en effet un rôle complexe dans ce processus, mais les réponses permettant de traiter efficacement le surpoids et l'obésité au travers de l'alimentation s'avèrent relativement simples (sachant que l'adverbe *relativement* est lui-même on ne peut plus relatif).

Dans les années 1950, les chercheurs qui étudiaient le métabolisme humain (en particulier le prix Nobel Hans Krebs, qui a donné son nom au fameux «cycle de Krebs» qui fournit de l'énergie à nos cellules) comprenaient déjà les systèmes métaboliques de base œuvrant pour fournir un flux d'énergie régulier et fiable aux cellules de notre organisme à partir de la nourriture que nous ingérons. Pour résumer, les centrales des cellules (ou mitochondries) produisent l'énergie que nous utilisons pour vivre à partir des glucides, des protéines ou des lipides, les trois «macronutriments» de notre alimentation.

Le système endocrinien (les hormones et leurs enzymes cibles) joue alors un rôle fondamental pour orchestrer ce que nous faisons de cette

énergie, à quel moment nous le faisons et pour quelle durée. En 1962, quand le docteur Astwood fit son allocution présidentielle devant la Société d'endocrinologie, les endocrinologues savaient que la plupart des hormones qu'ils avaient identifiées permettaient d'accélérer la libération des graisses stockées dans les cellules adipeuses pour fournir de l'énergie aux muscles et aux organes. Ces hormones contribuent en fait à notre minceur, car elles s'appliquent à réduire la taille de chacune de nos cellules adipeuses.

Les hormones dictent certaines actions à notre corps, comme se battre, fuir, grandir, se reproduire. D'un point de vue purement technique, il est logique qu'elles fournissent également l'énergie nécessaire pour donner corps à l'action. Elles libèrent la graisse stockée dans nos cellules adipeuses et préparent les autres cellules de notre organisme à brûler cette graisse pour produire de l'énergie. Lorsque vous avez peur, par exemple, vos glandes surrénales réagissent en sécrétant de l'adrénaline dans le sang. Cette adrénaline vous prépare à vous battre ou à fuir et entraîne la libération d'acides gras stockés dans vos cellules adipeuses pour assurer la présence de graisse dans le sang afin d'alimenter la fuite ou le combat imminent. L'adrénaline et d'autres hormones persistent dans la circulation sanguine afin de pouvoir disposer de ces acides gras en cas de besoin. Ce faisant, elles empêchent les cellules adipeuses de prélever et de stocker la graisse, de sorte qu'elles sont moins volumineuses qu'elles ne le seraient autrement.

On a découvert qu'une seule hormone régit le «processus inverse qui consiste à reconstituer les dépôts de graisse», pour reprendre la formulation du docteur Astwood. Si toutes les autres hormones connues vont à l'encontre du stockage ou du restockage de la graisse dans les cellules adipeuses, l'insuline «favorise fortement» ce processus, comme l'indiquait Edwin Astwood. Certains médecins et spécialistes du diabète (voire certains endocrinologues) en étaient venus à réduire l'insuline à son seul rôle d'hormone permettant de contrôler la glycémie (la plupart en sont encore convaincus), ce qui reviendrait à s'imaginer qu'un chef d'orchestre ne dirige qu'un seul instrument. L'insuline remplit de nombreuses fonctions dans le corps humain. Sa fonction principale consiste bien à contrôler la glycémie, mais ce qui nous intéresse ici, c'est qu'elle le fait en favorisant le stockage de la graisse.

Avant la découverte de l'insuline en 1921, les patients souffrant de ce que nous appelons désormais le diabète de type 1 (la forme aiguë de la maladie qui se déclare généralement pendant l'enfance) finissaient par mourir émaciés et affamés, indépendamment des quantités de nourriture qu'ils consommaient. L'administration d'insuline à ces jeunes patients leur a toutefois permis d'échapper à une mort certaine et de retrouver l'apparence de la santé en quelques semaines. Elle leur a sauvé la vie. Elle s'est en outre avérée faire grossir, à bon escient dans ce cas précis. Charles Best, qui a découvert l'insuline avec le Canadien Frederick Banting, a coécrit par la suite un manuel de médecine où il fait part de cette observation sans équivoque: *«Le rôle de l'insuline en faveur du stockage de la graisse est devenu une évidence dès l'apparition d'une fine couche de tissu adipeux chez le premier chien amaigri ou le premier patient diabétique traité avec cette hormone.»*

Si ces preuves sont insuffisantes, rappelons qu'on avait recours à l'insulinothérapie dans les années 1920 pour faire prendre du poids aux patients amaigris ou présentant une insuffisance pondérale (on parlerait aujourd'hui de patients anorexiques). On l'administrait en outre en thérapie de choc dans les hôpitaux psychiatriques au milieu du XX^e siècle aux patients atteints de schizophrénie. De manière générale, les patients traités de cette manière prenaient du poids, comme le firent John Nash, mathématicien à Princeton et futur prix Nobel, et Sylvia Plath, autrice et poète, pour n'évoquer que les plus connus. Dans le récit romancé de son expérience, Sylvia Plath écrit qu'elle avait pris 9 kg pendant sa thérapie à l'insuline, qu'elle *«ne faisait que devenir de plus en plus grosse»*. La condition des patients atteints de diabète chronique (que l'on appelait alors diabète de l'adulte et connu aujourd'hui sous le nom de diabète de type 2) s'améliorait lorsqu'on leur administrait de l'insuline. C'est toujours le cas.

On pouvait comprendre les chercheurs travaillant sur l'obésité qui ne partageaient pas ces points de vue. Certes, dans de telles situations, l'insuline semblait clairement faire grossir les patients, mais la plupart des diabétiques (ceux atteints de diabète de type 2) étaient déjà en surpoids ou obèses avant d'entamer une insulinothérapie. Jusqu'au début des années 1960 et aux travaux des docteurs Yalow et Berson, les médecins et les spécialistes du diabète s'accordaient pour dire que *tous* les cas de diabète

étaient liés à une carence en insuline dont le niveau trop faible ne permettait pas de contrôler la glycémie. C'était incontestablement le cas du diabète infantile aigu, ou diabète de type 1, mais ces médecins et chercheurs conclurent qu'il en allait ainsi pour tous les types de diabète. Si les personnes atteintes de diabète pouvaient être obèses malgré une carence en insuline (indispensable au contrôle de la glycémie), il fallait un véritable effort d'imagination pour voir dans l'insuline un acteur essentiel de la prise de poids de ces personnes ou de toutes autres personnes.

La possibilité de doser les taux d'hormone dans le sang a donc totalement changé la donne. À partir des années 1960, dès leurs premiers articles consacrés à leur nouvelle technique de dosage de l'insuline, les docteurs Yalow et Berson ont indiqué que les personnes obèses, et en particulier celles qui étaient à la fois obèses et diabétiques, présentaient un taux d'insuline sérique excessif. Pas insuffisant, mais *trop élevé*. Les patients plus âgés souffrant d'obésité et de diabète ne présentaient pas de carence en insuline, mais semblaient résistants à l'insuline qu'ils sécrétaient. On parle aujourd'hui d'insulinorésistance.

L'insulinorésistance s'est avérée fondamentale tant dans le cas de l'obésité que dans celui du diabète de type 2 (ce dernier *constitue* quant à lui *grosso modo* une résistance à l'insuline) et de toutes les maladies chroniques qui leur sont associées. En cas d'insulinorésistance, l'organisme (en particulier le pancréas) produit de plus en plus d'insuline pour tenter de contrôler la glycémie. Parallèlement, comme l'ont suggéré les docteurs Yalow et Berson, l'insuline remplit son rôle en incitant les cellules adipeuses à stocker la graisse. Cela explique que les personnes souffrant d'obésité et de diabète de type 2 sont grosses. Les cellules des tissus maigres et des organes (en particulier le foie) peuvent présenter une insulinorésistance même lorsque les cellules adipeuses restent sensibles à cette hormone.

En 1965, les docteurs Yalow et Berson décrivaient l'insuline comme «le principal régulateur du métabolisme des graisses» et suggéraient que l'insulinorésistance qu'ils observaient chez les personnes atteintes d'obésité et de diabète pouvait fort bien expliquer leur surpoids. Lorsqu'elle est sécrétée, l'insuline invite les cellules du corps à prélever un taux plus élevé de sucre dans le sang afin de le transformer en énergie; les cellules du foie

gènèrent alors de la graisse à partir du glucose, puis la stockent; l'insuline incite enfin les cellules adipeuses à stocker la graisse en prévision du futur. Pour extraire cette graisse des cellules adipeuses, il est fondamental, comme l'ont expliqué les docteurs Yalow et Berson, de faire baisser le taux d'insuline sérique et non de manger moins ou de faire plus d'exercice physique. (Manger moins et faire de l'exercice, comme nous le verrons, peut se révéler inefficace pour faire baisser le taux d'insuline.)

Plus précisément, les docteurs Yalow et Berson ont déclaré qu'extraire la graisse des cellules adipeuses «requiert uniquement le stimulus négatif lié à la carence en insuline». Il est essentiel de comprendre ce concept. Des chercheurs de l'université du Wisconsin travaillant sur l'obésité ont fait une déclaration similaire dans la prestigieuse revue *Journal of the American Medical Association*: on peut affirmer «de manière catégorique», écrivaient-ils en 1963, que l'obésité est impossible *sans* des niveaux d'insuline appropriés et que le stockage d'un *excès* de graisse «*ne peut avoir lieu*» sans la présence d'insuline pour le provoquer et, surtout, sans que le corps absorbe des glucides (glucose) pour stimuler la sécrétion de cette insuline.

Pour faire simple, disons qu'en 1965 deux idées s'opposaient sur l'incidence de la nourriture et des régimes alimentaires sur notre poids et sur la quantité de graisse stockée. L'approche conventionnelle était alors et demeure (si l'on s'en tient à la formulation de 2012 du *Textbook of Obesity*) que *tous les régimes qui se soldent par une perte de poids reposent sur un seul et même principe: ils diminuent l'apport calorique total*. L'autre approche qui repose sur la biologie et non sur la (supposée) physique est la suivante: *tous les régimes qui se soldent par une perte de poids reposent sur un seul et même principe: ils diminuent le taux d'insuline sérique; ils génèrent et prolongent le stimulus négatif lié à la carence en insuline*.

«Je connais les chiffres» écrit Roxane Gay dans son ouvrage autobiographique *Hunger*, comme si cela devait suffire à contrôler son corps indiscipliné et à réduire son excès de graisse. «Pour perdre 450 g de graisse, il faut brûler 3 500 calories.» Elle reconnaît ensuite que cette information ne lui a manifestement pas servi à grand-chose.

Ce que moi-même et d'autres essayons de dire, c'est que connaître les chiffres ne vous aidera en rien. Ce dont vous avez besoin pour prévenir et

traiter, voire inverser l'obésité, ce sont des connaissances en endocrinologie, sur le rôle des hormones et celui de notre alimentation sur ces dernières.

L'ÉNERGIE DE NOTRE ORGANISME

Lorsque vous consommez des glucides, votre taux d'insuline augmente, vous puisez votre énergie dans les glucides et vous stockez de la graisse.

Pour comprendre pourquoi le corps humain stocke des quantités excessives de graisse, il est utile de mieux cerner les objectifs d'un organisme en bonne santé. Nous sommes dotés (comme tous les organismes vivants) d'un système extrêmement complexe qui nous permet de survivre et, dans l'idéal, de prospérer en toutes circonstances (ou du moins dans celles que nous avons traversées au cours des derniers millions d'années). Ce système est capable d'accomplir simultanément un nombre incalculable de tâches. Il cherche notamment à s'assurer que ses innombrables cellules, quel qu'en soit le type, reçoivent l'énergie dont elles ont besoin et continueront de la recevoir à l'avenir malgré la nature imprévisible de ce dernier.

Ce système doit puiser les macronutriments (les carburants qui vont nous apporter de l'énergie) présents dans les aliments que nous ingérons ou stockés dans notre organisme (protéines, lipides et glucides) et en optimiser l'utilisation. Il doit s'assurer que si l'organisme reçoit une quantité excessive d'un type de carburant et pas suffisamment des autres, il s'en accommode et limite les dommages qui pourraient en résulter. Surtout, il doit contrôler notre glycémie après les repas riches en glucides, car l'hyperglycémie est nocive pour les cellules. Les complications les plus

flagrantes du diabète (au niveau des vaisseaux sanguins, des nerfs et des reins) sont principalement dues aux effets toxiques de l'hyperglycémie et nécessitent un diagnostic précoce pour éviter tout dommage irréversible.

Alors que les docteurs Yalow et Berson, entre autres, élucidaient le rôle de l'insuline et d'autres hormones dans le stockage de la graisse, des biochimistes britanniques mettaient en lumière quand et comment les différents carburants étaient utilisés par les cellules, pour assurer un apport efficace d'énergie en lieu et en temps voulus, sans ces hormones. Comme nous le verrons, le système hormonal vient se superposer à l'ensemble pour moduler ces mécanismes biochimiques et faire face aux urgences. Comme l'ont démontré ces biochimistes britanniques, notre organisme puise son énergie dans les glucides (en particulier le glucose présent dans le sang) lorsqu'ils sont disponibles et dans la graisse lorsque les glucides sont épuisés ou stockés (sous forme d'un composé appelé glycogène). C'est parfaitement logique si l'on considère que notre organisme dispose d'un espace de stockage des glucides limité à environ 2 000 calories, alors qu'il peut stocker des quantités relativement importantes de graisse. C'est du moins le cas de la plupart d'entre nous. Les protéines sont nécessaires pour générer ou réparer les cellules et, bien que nous ne voyions généralement pas les choses sous cet angle, elles sont également stockées en grande quantité sous forme de muscles.

Imaginons maintenant que nous prenions un repas varié offrant les trois macronutriments: protéines, glucides et lipides (laissons l'alcool de côté pour le moment). Les glucides se décomposent en glucose et entrent dans la circulation sanguine, ce qui augmente la glycémie (taux de glucose dans le sang). Ce glucose doit être utilisé rapidement pour produire de l'énergie ou bien être stocké afin de minimiser la toxicité liée à l'augmentation rapide de la glycémie. Les lipides peuvent être stockés parallèlement à ce processus et utilisés ultérieurement pour produire de l'énergie et, dans l'idéal, les protéines sont utilisées pour réparer les cellules et les tissus.

L'insuline joue un rôle prépondérant dans la régulation de ce processus. Elle encourage les cellules des tissus maigres et des organes à utiliser les glucides afin d'y puiser leur énergie; elle les empêche de brûler la graisse qu'elle laisse repartir dans la circulation en vue de son stockage. L'insuline provoque simultanément le stockage de la graisse dans les tissus adipeux et

des protéines dans les muscles. La consommation de protéines stimule par ailleurs la sécrétion de deux autres hormones, le glucagon et l'hormone de croissance, la première permettant de limiter le stockage de la graisse et la seconde favorisant la croissance et la réparation.

Lorsque nous avons intégralement brûlé les glucides que nous avons consommés ou que nous les avons stockés (sous forme de glycogène), quand la glycémie est maîtrisée et que son taux diminue, il devrait en aller de même de l'insuline. La baisse de l'insuline va induire dans les tissus adipeux le stimulus négatif lié à la carence en insuline ce qui entraîne la libération par les cellules adipeuses de la graisse stockée (elles la mobilisent) – nous puisons alors notre énergie dans cette graisse. C'est ce que l'on observe ou devrait observer entre les repas; cela se produit également la nuit pendant notre sommeil et en période de famine prolongée ou de jeûne volontaire, ce phénomène peut durer plusieurs jours, plusieurs semaines, voire plus longtemps pour assurer notre survie. Ce cycle pendant lequel les glucides et les lipides fournissent alternativement de l'énergie à nos cellules, tour à tour entrant puis sortant des zones de stockage, est désormais connu sous le nom de cycle de Randle, du nom de Sir Philip Randle, le biochimiste britannique qui a mené ces recherches dans les années 1960.

Les nutritionnistes et les diététiciens fidèles à la vision traditionnelle ont appris et nous répètent que les glucides constituent le carburant *préféré* de notre organisme et de notre cerveau, sous-entendant qu'ils sont indispensables. Leur réflexion est toutefois biaisée. On constate en effet que lorsque notre alimentation contient majoritairement des glucides, nous y puisons notre énergie et nous les utilisons en premier. Quant à une éventuelle préférence de notre organisme et de notre cerveau pour les glucides comme source d'énergie, nous n'avons guère le choix dans ce cas-là. L'espace de stockage des glucides étant très limité, notre organisme dispose de trois options: produire de l'énergie à partir des glucides, ce qui permet de les utiliser; les transformer en graisse, ce dont se charge le foie lorsque nécessaire; ou enfin les éliminer par l'urine, ce qui permettait de diagnostiquer le diabète avant l'invention de tests plus sensibles capables de mesurer directement (ou indirectement) le taux de glucose dans le sang.

Encore une fois, il serait utile de quantifier ce dont nous parlons, d'établir l'ampleur du phénomène afin de le comprendre, en particulier pourquoi le contrôle de ces glucides est si important et semble prendre le pas sur les autres tâches incombant à l'insuline, surtout dans le contexte alimentaire moderne. Ainsi, le sang d'une personne en bonne santé (c'est-à-dire *non* diabétique) qui *ne vient pas* de faire un repas riche en glucides contient environ *l'équivalent d'une cuillerée à café* de glucides (glucose)¹. Il s'agit pour notre organisme d'une glycémie inoffensive. Cela représente environ 4 à 5 g de glucose dans le sang, soit environ 20 calories. Le diagnostic du diabète tombe lorsque le taux de sucre sanguin à jeun (soit le matin, avant le petit déjeuner) dépasse, même légèrement, ce niveau: peut-être *une cuillerée à café et demie* de glucose, l'équivalent d'environ 30 calories totales de glucose en circulation dans l'ensemble de l'organisme. Aussi modeste soit-il, ce chiffre correspond à la glycémie liée au diabète qui provoque tant de dommages et dont le contrôle passe par le déploiement d'un arsenal de médicaments.

Si l'on adhère à la vision traditionnelle de ce qui constitue une alimentation saine, les glucides fournissent la moitié de nos calories journalières, soit entre 1 000 et 1 500, ce qui représente de 50 à 150 fois plus de glucides que le taux présent à tout moment dans notre sang. Cela engendre pour le corps humain un problème d'ingénierie de taille. Ces vagues de glucides entrent dans l'organisme lors des repas et des en-cas ou avec certaines boissons, mais les laisser s'accumuler dans le sang reviendrait à s'exposer à de graves conséquences. La capacité de stockage des glucides sous forme de glycogène est toutefois minime et peut avoir déjà été atteinte. Heureusement, les aliments riches en glucides ont tendance à contenir beaucoup de fibres (ou c'était du moins le cas avant que l'industrie agroalimentaire ne perfectionne l'art de transformer les glucides et d'en supprimer l'intégralité des fibres, sans parler de la production de boissons sucrées ou riches en glucides et dépourvues de fibres, comme la bière). Les fibres ralentissent la digestion et l'absorption des glucides, allongeant d'autant le temps nécessaire pour passer dans la circulation sanguine. Une fois dans le sang toutefois, ils doivent être éliminés rapidement.

Pour traiter ce problème d'ingénierie, notre pancréas sécrète de l'insuline avant même que nous ne mangions. C'est ce que l'on appelle la phase céphalique de sécrétion d'insuline, *céphalique* signifiant «en rapport avec la tête» ou, dans ce cas précis, les actions initiées par la tête et plus précisément le cerveau et non par le reste du corps. L'insuline invite nos cellules adipeuses à garder la graisse et nos tissus maigres à absorber le glucose pour produire de l'énergie, le corps presumant qu'il en recevra davantage. La simple lecture du mot *beignet*, par exemple, vous fait probablement penser à manger, ce qui suffit à déclencher ce processus céphalique. Notez par ailleurs que vous salivez probablement légèrement, une réaction classique observée par Pavlov chez les chiens, qui constitue un autre effet de la phase céphalique. L'ensemble de ces phénomènes prépare l'organisme au déluge de glucides et autres macronutriments qu'il s'apprête à recevoir.

Le pancréas continue de sécréter de l'insuline dont le niveau dans le sang continue d'augmenter lorsque nous commençons à manger, avant même que le déluge n'atteigne l'estomac et que la digestion ne commence et n'expédie le glucose dans la circulation. Lorsque cela se produit et que la glycémie commence à augmenter, le glucose stimule le pancréas pour qu'il sécrète encore plus d'insuline. Pendant tout ce processus, l'insuline incite les cellules des tissus maigres et des organes à absorber le glucose le plus rapidement possible et à le stocker ou à le brûler pour produire de l'énergie. Ces cellules puisent alors leur énergie dans le glucose et non dans la graisse (acides gras). Les cellules adipeuses sont par ailleurs stimulées pour absorber et continuer à stocker la graisse.

En substance, notre corps prend une décision calculée à chacun de nos repas. Il optimise la santé et l'intérêt à court terme en espérant pouvoir minimiser les conséquences à long terme. Notre organisme traite le problème immédiat – à savoir le déluge de glucides et les dommages encourus par nos cellules du fait de l'absorption de volumes importants de glucose *via* les mitochondries et le cycle de Krebs – en partie en mettant de côté les complications potentielles qui seront liées au stockage de la graisse, relativement inoffensive, qui accompagne les glucides ou qui est fabriquée à partir de ces mêmes glucides. Lorsque cette situation d'urgence liée à l'afflux de glucides est maîtrisée, le niveau d'insuline diminue (si vous êtes

en bonne santé); les cellules adipeuses reçoivent le stimulus négatif que déclenche la carence en insuline et libèrent des graisses dans la circulation, permettant aux cellules des tissus maigres et des organes de l'utiliser pour produire de l'énergie. C'est ce même signal de carence en insuline qui indique aux cellules des tissus maigres et des organes de brûler les graisses pour produire de l'énergie.

Lorsque ce système fonctionne correctement chez des individus minces et en bonne santé, il s'adapte de façon remarquable. C'est ce que les chercheurs qui étudient le métabolisme appellent la flexibilité métabolique. Nous passons facilement de la combustion de la graisse à celle des glucides et *vice versa*: lorsque nous ingérons des glucides, nous stockons la graisse. Lorsque les glucides sont épuisés, la graisse est mobilisée et les remplace comme source d'énergie.

Tout cela serait parfait si le bon fonctionnement de ce système remarquablement dynamique n'était pas inféodé à l'insuline et au stimulus négatif lié à sa carence, sachant que ce signal peut être relativement facilement perturbé par l'alimentation et le mode de vie modernes. Sans ce stimulus négatif lié à la carence en insuline (si l'insuline se maintient au-dessus d'un seuil dont on ne connaît pas la valeur), nous stockons la graisse. Notre système, comme l'indique Hilde Bruch, opère un changement en faveur du stockage de la graisse au détriment de son oxydation (c'est-à-dire sa combustion pour produire de l'énergie).

Ce problème est fondamental. Un excès de graisse, en particulier au niveau abdominal, est une manifestation évidente d'une résistance à l'insuline. Le taux d'insuline est alors supérieur à la normale sur de plus longues durées. Les personnes souffrant d'insulinorésistance fonctionnent en mode stockage de la graisse (voilà typiquement le genre de phrase utilisée par les auteurs des livres de régime, mais elle n'en est pas moins appropriée du point de vue biologique) sur des périodes plus longues que la normale et sont prédisposées à retenir cette graisse au lieu de la mobiliser pour produire de l'énergie. Elles grossissent facilement, du moins jusqu'à ce que leurs cellules adipeuses deviennent elles-mêmes résistantes à l'insuline, après quoi leur poids atteint un palier. Comme l'ont noté les docteurs Yalow et Berson, une résistance à l'insuline modérée suffit pour stocker sous forme de graisse les quelques calories excédentaires

consommées au quotidien et finalement devenir obèse. C'est clairement ce qu'ils insinuaient. Hélas, cette hausse de l'insuline peut souvent être si faible qu'aucune méthode de dosage connue ne permet de la mesurer.

.....

- 1* Le calcul est simple. L'humain moyen en bonne santé dispose d'environ 5 L de sang et une glycémie correcte est comprise en moyenne entre 60 et 100 mg/dL. Si vous multipliez 5 L par 100 mg/ dL, vous obtenez 5 g de glucose dans le sang à jeun. Le taux est bien sûr plus élevé après les repas. Je remercie Allen Rader, médecin spécialisé dans l'obésité à Boise, dans l'Idaho, de m'avoir signalé ce point et je suis un peu confus de ne pas y avoir pensé plus tôt.

LES MATIÈRES GRASSES ET L'OBÉSITÉ

Soyez attentif aux explications des manuels sur ce qui fait grossir les cellules adipeuses, mais oubliez celles relatives à l'obésité.

Pendant les années 1960 et le début des années 1970, les questions liées au métabolisme humain et au stockage des graisses firent leur apparition dans les manuels malgré le peu d'intérêt manifesté par les autorités qui nous expliquaient en quoi consistait une alimentation saine (toujours convaincues que l'obésité était causée par un excès de nourriture et les maladies cardiaques par un excès de matières grasses). Ces questions n'ont pas trouvé grand écho en dehors des manuels. Allez au rayon des ouvrages médicaux de votre bibliothèque ou dans une librairie universitaire (ou explorez vos propres étagères si vous êtes médecin) et cherchez un manuel de biochimie ou d'endocrinologie publié avant 1980. Consultez les entrées d'index *métabolisme énergétique* et *insuline*. Dans certains manuels, vous devrez chercher sous *adipocyte* (terme savant pour désigner une cellule adipeuse ou le *tissu adipeux*). Ouvrez ensuite le manuel à la page indiquée où vous trouverez une explication de la régulation hormonale du métabolisme énergétique et, le stockage des carburants étant une partie intégrante du processus, on devrait également vous expliquer pourquoi les cellules adipeuses stockent de la graisse. Le message transmis à grand renfort de terminologie technique indique que l'insuline favorise le stockage de la graisse lorsque la glycémie

est élevée, ce qui se produit après un repas riche en glucides ou en cas de diabète de type 2¹.

Voici par exemple un extrait de la synopsis de la section relative à la régulation hormonale du métabolisme énergétique de l'édition de 2017 de l'ouvrage *Lehninger Principles of Biochemistry (Principes de biochimie)*, de A. Lehninger, D. Nelson et M. Cox), généralement considéré comme le manuel de biochimie de référence:

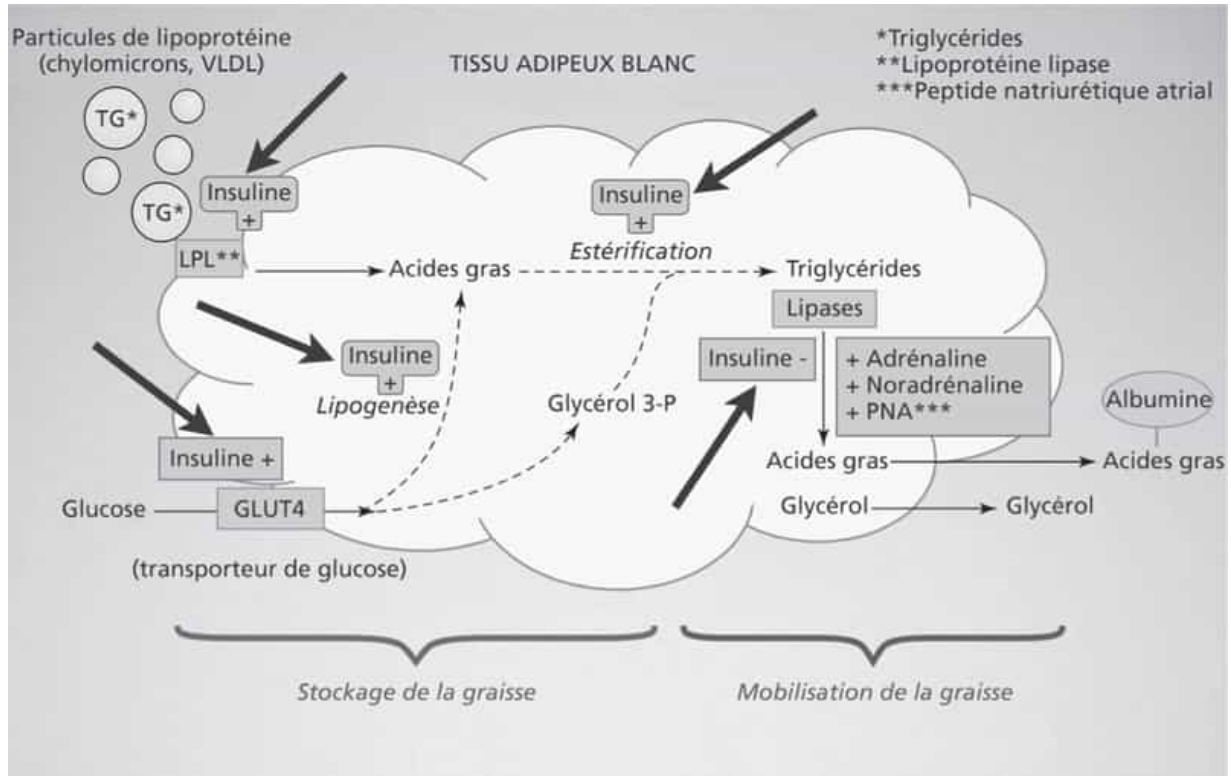
«Une glycémie élevée entraîne la sécrétion d'insuline, ce qui accélère l'entrée du glucose dans les tissus et favorise le stockage de l'énergie sous forme de glycogène et de triglycérides tout en inhibant la mobilisation des acides gras présents dans les tissus adipeux.»

Ce qui, en langage moins technique, signifie que l'hyperglycémie, qui peut se manifester soit en cas de diabète soit après un repas riche en glucides, incite le pancréas à sécréter de l'insuline, qui elle-même incite à produire de l'énergie à partir des glucides, à stocker le glucose sous forme de glycogène et de graisse et pousse les cellules adipeuses à stocker la graisse ingérée au même titre que celle produite à partir du glucose et à ne pas libérer celle qu'elles détiennent déjà.

Dans ce même manuel, sur la même page (page 939 de l'édition originale), une phrase vient nous rappeler le pouvoir des paradigmes et du dogmatisme: *«En première approximation, l'obésité résulte d'un régime alimentaire offrant un apport calorique supérieur aux calories dépensées par l'organisme au travers des activités nécessitant de l'énergie.»* Ce qui implique que nos cellules adipeuses deviennent de plus en plus grosses en raison d'une hausse de la glycémie et d'un taux élevé d'insuline, mais en ce qui nous concerne, nous devenons de plus en plus gros parce que nous mangeons trop. Ces deux mécanismes sont totalement différents, bien que l'on pourrait penser que nos cellules adipeuses et nous-mêmes grossirions pour les mêmes raisons. Après tout, ce sont nos cellules adipeuses qui grossissent.

J'hésite à introduire des schémas provenant de manuels sur le métabolisme humain dans un livre que je voudrais accessible au plus grand nombre, mais je fais ici une exception, car celui-ci illustre clairement ce que nous souhaitons comprendre. Nous cherchons à savoir comment est régulé

le stockage de la graisse dans les cellules adipeuses, car, comme l'a indiqué la docteure Bruch, le surpoids et l'obésité sont liés au stockage excessif de graisse dans ces mêmes cellules.



Ce schéma tiré de l'édition 2019 du manuel *Metabolic Regulation in Humans*, coécrit par Keith Frayn et Rhys Evans de l'université d'Oxford (non traduit en français), explique ces mécanismes. Avant de prendre sa retraite il y a quelques années, Keith Frayn était considéré comme l'un des deux ou trois experts mondiaux du métabolisme et plus particulièrement du métabolisme des graisses. Ne vous attardez pas sur la terminologie technique du schéma, mais observez les flèches en gras que j'ai moi-même ajoutées. Comme vous le constatez, le stockage des graisses par les tissus adipeux est systématiquement favorisé par l'insuline («Insuline +» dans la légende). Lorsque les tissus adipeux mobilisent la graisse en la faisant sortir des cellules vers la circulation sanguine où elle pourra être utilisée comme carburant, l'insuline («Insuline -» dans le schéma) joue un rôle inhibiteur et d'autres hormones (adrénaline, noradrénaline et PNA dans le schéma) un rôle activateur. (Dans *Metabolic Regulation*, Keith Frayn met par ailleurs

l'obésité humaine sur le compte d'une alimentation excessive. La première fois que je l'ai interviewé, en février 2009, et que j'ai mentionné qu'il semblait proposer deux mécanismes distincts régissant le stockage excessif des graisses dans les cellules adipeuses et dans le corps des humains, je me souviens que sa première réaction, et j'espère ne pas lui faire de tort en disant cela, fut de m'avouer qu'il n'avait jamais fait le rapprochement.)

Les chercheurs qui travaillent sur le métabolisme aiment dire que l'insuline est le signal de l'«état nourri», autrement dit, elle indique que nous avons mangé et que nous disposons de carburant que nous pouvons soit stocker soit utiliser pour produire de l'énergie. Il s'agit d'une simplification extrême de la réalité: l'insuline signale que notre organisme a reçu des glucides. La graisse que nous ingérons ne stimule pas la sécrétion d'insuline. (Alors que les acides aminés des protéines sont convertis en glucose et stimulent indirectement la sécrétion d'insuline, les protéines stimulent également, comme je l'ai indiqué, la sécrétion de glucagon et de l'hormone de croissance, de sorte que le signal est beaucoup plus nuancé.) Lorsque nous consommons des glucides et que nous sécrétons de l'insuline, l'énergie est produite à partir des glucides et la graisse est stockée dans les cellules adipeuses. Tant que la consommation de glucides perdure et que le glucose arrive dans la circulation sanguine, tant que le taux d'insuline reste élevé et que les cellules adipeuses demeurent sensibles à l'insuline, le stockage et l'accumulation de la graisse continuent.

Devant cet aspect élémentaire de la physiologie humaine, une conclusion s'impose: le taux d'insuline sanguin doit rester faible si nous voulons brûler la graisse de nos cellules adipeuses d'une manière qui soit efficace sur le plan biologique. Nous devons produire le stimulus négatif lié à la carence en insuline, autrement dit, arrêter de consommer des glucides. Les choses paraissent étonnamment simples lorsque l'on prend pour hypothèse de départ – ce qui semble somme toute parfaitement raisonnable – que la physiologie, la biochimie et l'endocrinologie humaines ont un rôle à jouer dans un problème tel que l'obésité et les raisons qui nous font grossir. Ce n'est toutefois pas la voie choisie par les autorités ces cinquante dernières années.

Ce qui est à la fois fascinant et déconcertant dans tout cela, c'est que quasiment l'ensemble des acteurs du secteur de la santé, des régimes et des solutions minceur depuis les années 1960 se sont fourvoyés sur au moins un facteur important. C'est l'une des nombreuses raisons qui ont contribué à faire passer pour complexe un message pourtant simple. À l'origine, ces personnes échafaudaient des hypothèses reposant sur des idées reçues sur la gloutonnerie et le laisser-aller ou sur le rôle joué par les matières grasses dans les maladies cardiaques. Certaines étaient tout simplement tombées sous le charme de la thermodynamique et ne parvenaient pas à s'affranchir de l'idée que tout excès, quoi qu'on veuille bien entendre par là, devait être stocké sous forme de graisse. Ces biais les ont conduits à commettre d'importantes erreurs dans l'interprétation de ces observations.

L'absence de véritable formation scientifique d'un grand nombre de ces «experts» n'arrangeait pas les choses. Il s'agissait généralement de médecins qui n'avaient guère plus été formés à la démarche scientifique que de simples plombiers ou autres artisans talentueux. Et la plupart de ceux qui avaient pu bénéficier d'une telle formation n'étaient pas particulièrement bons. Remettre en cause ses propres idées et reconnaître la nécessité de vérifier et contre-vérifier ses hypothèses étaient des concepts qui leur échappaient. (*«Le premier principe de la science, comme le dit si justement le physicien Richard Feynman qui fut récompensé par un prix Nobel, c'est que vous ne devez pas vous leurrer, même si rien n'est plus facile.»*) Par conséquent, ces observations sur le rôle de l'insuline et des glucides dans la prise de poids (en particulier chez les sujets prédisposés à grossir facilement), n'ont jamais été prises au sérieux ou considérées comme pertinentes. Elles ne cadraient tout simplement pas avec les notions nutritionnelles erronées de l'époque. Lorsqu'ils en tenaient compte, les chercheurs les interprétaient invariablement de manière simpliste et incorrecte.

En 1965, par exemple, alors que les régimes pauvres en glucides gagnaient du terrain et que les explications scientifiques démontrant pourquoi ils fonctionnaient «comme par magie» avaient pour la plupart été élucidées, les nutritionnistes clamaient quant à eux que les déclarations des médecins les prônant étaient «absurdes» (impossible de perdre du poids sans manger moins) ou que ces régimes eux-mêmes étaient dangereux

(toutes ces graisses saturées!), et que diffuser publiquement ces conseils alimentaires s'apparenterait à un «meurtre de masse», comme le suggéra Jean Mayer de l'université de Harvard dans le *New York Times* la même année.

Un «*meurtre de masse*»! Jean Mayer fit cette déclaration alors que le rôle de l'insuline dans le stockage de la graisse n'avait aucun secret pour lui – l'insuline «*favorise la synthèse de la graisse*», écrivait-il en 1968 dans son livre *Overweight* (non traduit en français) tout en spéculant que différents niveaux d'insuline et d'autres hormones pouvaient produire des «*effets différents quant à la quantité de graisse présente dans l'organisme*». Il ne parvint toutefois pas à s'affranchir de la notion d'équilibre énergétique et finit par se convaincre que les personnes en surpoids le devenaient par manque d'activités physiques. Jean Mayer contribuera à la passion pour l'activité physique qui commença aux États-Unis dans les années 1970 et qui n'a rien perdu de sa vigueur, alors que les taux d'obésité et de diabète ne cessent de croître.

Les diététiciens qui étudiaient et rendaient compte de la remarquable efficacité du régime LCHF/cétogène (qui permettait de perdre du poids sans souffrir de la faim) ne semblaient pas s'intéresser aux mécanismes sous-jacents. S'ils s'arrêtaient sur ces données scientifiques, ils les évoquaient rarement en public, voire jamais, ni n'écrivaient sur le sujet. Les chercheurs qui étudiaient l'obésité nous ont ensuite enjoint à manger moins de matières grasses (et à les remplacer par des glucides) pour éviter de stocker des graisses après s'être ralliés à l'idée que la graisse que nous stockons est la même que celle que nous ingérons (ce qui est en grande partie vrai) et à la notion très répandue que les matières grasses provoquent les maladies cardiaques. (Chez certaines personnes, il est possible que cela porte ses fruits, mais le prix à payer peut s'avérer excessivement lourd dans la durée.) Ils n'ont jamais franchi l'étape suivante du processus, à savoir que les glucides que nous ingérons régulent ce processus de stockage des graisses au travers de l'insuline, et donc la quantité de graisses qui sera stockée dans nos cellules adipeuses et la durée pendant laquelle elle y séjournera. Un éminent chercheur a même émis l'hypothèse selon laquelle, du point de vue de la thermodynamique, le corps préférerait stocker les lipides aux glucides et qu'un aliment ne contenant pas de matières grasses ne pouvait pas nous

faire grossir. Certains en ont conclu que même les boissons sucrées, totalement dépourvues de matières grasses, pouvaient être consommées à l'envi sans incidence sur notre tour de taille. Il s'agissait d'un désastreux malentendu, mais notre monde gangrené par l'obésité et les maladies chroniques liées à l'alimentation n'offrait aux consommateurs aucune protection contre les données scientifiques médiocres et fréquemment utilisées de manière abusive.

Même Robert Atkins, qui devint célèbre à cette époque et qui n'ignorait pas que l'insuline était une hormone qui faisait grossir, affirmait dans son livre de régime au succès retentissant que le régime LCHF/cétogène donnait de si bons résultats parce qu'il stimulait une «*hormone capable de mobiliser la graisse*», une idée avancée par des chercheurs britanniques dans les années 1950, mais qui n'allait jamais aboutir. (Dans les faits, pratiquement toutes les hormones, à l'exception notoire de l'insuline, servent à mobiliser la graisse, mais ne le font pas lorsque le taux d'insuline est élevé. Le signal de l'insuline l'emporte sur celui de ces autres hormones.) Lorsqu'un médecin de la ville de New York et un nutritionniste formé à Harvard se sont associés pour écrire et publier une critique virulente de l'ouvrage de Robert Atkins en 1974 sous l'imprimatur de l'American Medical Association, ils qualifièrent son «*hormone capable de mobiliser la graisse*» de canular et déclarèrent que le régime qu'il préconisait reposait sur des «*concepts bizarres de la nutrition*» qu'il valait mieux ne pas promouvoir auprès du grand public. Ils notèrent en outre en aparté de cette histoire d'hormone capable de mobiliser la graisse que «*la mobilisation de la graisse survient lorsque la sécrétion d'insuline diminue*». L'American Medical Association n'a toutefois pas cru bon de mentionner que le régime Atkins, un régime LCHF/cétogène, était l'un des plus efficaces qui soit pour réduire la sécrétion d'insuline².

.....

1* Les manuels de biochimie et d'endocrinologie ne semblent pas échapper aux nouvelles tendances de la recherche. Certains «truismes» simples sont laissés pour compte. Dans ce cas

précis, alors que la médecine s'aventurait sur le terrain de la biologie moléculaire, puis de la génomique, de la protéomique et d'autres disciplines grâce au concours des dernières innovations technologiques, comme sur celui de la biochimie de nos intestins et de l'étude des bactéries qui colonisent notre tube digestif, les manuels ont commencé à délaisser la science fondamentale.

- 2* Hilde Bruch avait raison pour l'essentiel, mais comme je l'ai dit, elle n'écrivait pas des livres de régime. Voici le résumé qu'elle donna du phénomène dans son ouvrage de 1973: «*La fixation des acides gras dans les tissus adipeux en vue de leur stockage repose sur un apport continu de glucose et, dans la mesure où l'insuline est nécessaire pour utiliser ce glucose, il est évident que le contrôle du métabolisme des graisses est arbitré par le glucose et l'insuline. Cette interdépendance implique que le stockage excessif de la graisse, comme dans le cas de l'obésité, pourrait être associé ou résulter d'une surproduction d'insuline et d'un apport excessif d'aliments glucidiques, voire les deux.*» (Hilde Bruch, 1973.)

LES PRINCIPES DU RÉGIME CÉTOGÈNE

Adopter des habitudes alimentaires qui éliminent un groupe entier d'aliments – comme le régime LCHF/cétogène – peut s'avérer nécessaire et se révéler idéal pour les personnes qui grossissent facilement.

Les attaques à l'encontre de Robert Atkins sont en partie dues à l'immense succès de son livre de régime qui préconisait de consommer de grandes quantités de matières grasses et plus particulièrement de graisses saturées. Si les médecins et les nutritionnistes du sérail ont certes pu jalouser l'homme, ils étaient sincèrement préoccupés par la méthode. Ils craignaient de voir le docteur Atkins tuer des gens en les escroquant au passage. Ils se méfiaient d'un concept auquel Robert Atkins fut le premier auteur de livres de régime à adhérer pleinement: la cétogenèse et le rôle des corps cétoniques (nous parlerons de cétones pour rester sur un registre moins technique) et de la cétose dans le cadre d'un régime amincissant. Ce même concept nutritionnel que l'American Medical Association qualifiait de «bizarre». Cette notion plutôt radicale à l'époque continue de préoccuper des médecins et des diététiciens de *l'establishment*.

Garder la ligne en évitant de consommer des aliments riches en glucides était une idée qui remontait au moins aux années 1820, avec Jean Anthelme Brillat-Savarin. Comme indiqué précédemment, cette notion était largement répandue. Toutes les femmes savaient que les glucides faisaient grossir. Le

docteur Atkins est allé plus loin en suggérant de remplacer les glucides par des lipides (pas de simples matières grasses, mais des plats riches en graisses saturées, «*du homard avec une sauce au beurre, du steak sauce béarnaise*»). Il fit appel ensuite au concept de cétones et de cétose, aujourd'hui appelée cétose nutritionnelle (ou céto), pour vérifier le bon fonctionnement du régime et s'assurer que la graisse stockée dans les cellules adipeuses était utilisée pour produire de l'énergie et ainsi éliminée de l'organisme.

Les cétones sont des molécules synthétisées dans les cellules du foie lorsqu'elles brûlent de la graisse pour produire de l'énergie. Elles sont générées par les sous-produits de la combustion des graisses (oxydation), celles-ci provenant des matières grasses de votre alimentation ou de la graisse stockée dans votre organisme lorsque le taux d'insuline est suffisamment faible pour la mobiliser. Contrairement à la graisse dont elles proviennent, les cétones peuvent facilement traverser la barrière hémato-encéphalique, de sorte que le cerveau peut les utiliser pour produire de l'énergie lorsque les réserves de glucides s'épuisent. Le fonctionnement du cerveau et du cœur serait même plus efficace avec les cétones qu'avec le glucose, ce qui en ferait une source d'énergie idéale pour le corps humain. La cétose se produit lorsque le foie synthétise une quantité de cétones supérieure à un certain taux.

Pour le docteur Atkins, les cétones et la cétose constituaient une preuve manifeste (comme le disait Malcolm Gladwell) de la différence qui existait entre son régime et l'approche conventionnelle que tout le monde considérait comme fondée sur le bon sens. Il a présenté son programme alimentaire comme un régime révolutionnaire et ne s'est pas contenté de simplement constater que les glucides font grossir et que, du point de vue biologique, les régimes qui réduisent les glucides et non les calories (en remplaçant les calories liées aux glucides par des matières grasses) semblent un moyen approprié de perdre du poids. Comme nous l'avons vu, c'est une approche fréquente chez les médecins qui écrivent des livres de régime et qui a contribué à faire paraître comme complexes des faits scientifiques assez simples, tout en ouvrant la voie à la spéculation sur les bienfaits ou les méfaits associés à ce type de régimes. Le docteur Atkins ne se contentait pas d'affirmer que son régime réglait un problème en en

supprimant la cause principale, ce qui est le cas; il offrait une thérapie unique que seules la lecture de son ouvrage et l'adhésion à son protocole permettaient de comprendre. Il préconisait le passage par différentes étapes alimentaires, en augmentant à chaque étape la quantité de glucides, s'ils étaient tolérés.

La «phase de démarrage» du régime Atkins supprime tous les glucides autres que ceux stockés sous forme de glycogène dans la viande et ceux présents en faible quantité dans les légumes verts. La plupart des légumes verts entrent dans la catégorie que les nutritionnistes appelaient autrefois «légumes 5%», car seulement 5% de leur poids est composé de glucides digestibles, le reste étant essentiellement constitué d'eau et de fibres à peine digérées pour la production d'énergie. Un petit bol de brocolis, par exemple, peut contenir 4 g de glucides assimilables (soit l'équivalent de 16 calories); leur digestion et leur assimilation sont par ailleurs lentes, ce qui minimise leur impact sur la glycémie et la sécrétion d'insuline. Les légumes verts ont donc une faible incidence sur le plan endocrinien, alors qu'ils sont bénéfiques du point de vue nutritionnel. Leur consommation avec des viandes et des sauces grasses accroît encore leur innocuité.

Que le docteur Atkins en ait ou non été conscient, cette combinaison de viande grasse, de matières grasses et de légumes verts constituait une approche quasiment parfaite pour maintenir efficacement un taux d'insuline faible et augmenter la durée pendant laquelle la graisse des cellules adipeuses est métabolisée et oxydée pour produire de l'énergie et pendant laquelle les cétones sont générées. Lorsque les personnes qui suivaient son régime perdaient du poids, Robert Atkins leur conseillait de réintroduire graduellement des quantités minimales de glucides susceptibles de leur manquer, dès lors que leur foie continuait de produire des cétones (autrement dit, tant qu'elles restaient en cétose).

Le docteur Atkins appelait le point auquel elles arrêtaient de générer des niveaux détectables de cétones le «seuil d'équilibre glucidique» et son régime visait à rester sous ce seuil. Pour vérifier que c'était le cas, on utilisait les bandelettes disponibles en pharmacie qui permettent aux diabétiques de tester la présence de cétones, car ils doivent impérativement éviter une forme particulièrement sévère de cétose (l'acidocétose diabétique) pour rester en vie. Les cétones ont en effet été observées pour la

première fois au milieu du XIX^e siècle dans les urines des diabétiques qui mouraient de la maladie. Depuis, la communauté médicale perçoit généralement les cétones comme le signe manifeste d'un événement grave, comme s'il s'agissait d'agents pathologiques.

Si cette interprétation par trop simpliste est erronée, elle donne une idée du problème. Comme je l'ai indiqué, certains médecins entretiennent toujours des craintes vis-à-vis des cétones et de la cétose, le plus souvent en raison d'une lecture approximative de la littérature sur le sujet. Steve Phinney de l'université de Californie à Davis et Jeff Volek de l'université d'État de l'Ohio font, tous les deux, partie de la poignée de chercheurs qui ont étudié la physiologie de la cétose en laboratoire et au travers d'essais cliniques, et ont ainsi largement contribué à notre compréhension de ces molécules et de cet état physiologique. Comme ils l'ont écrit, les cétones sont désormais liées «*à un large éventail de bienfaits pour la santé*». Elles sont tout sauf pathologiques, du moins lorsque le corps fonctionne correctement.

Pour comprendre la cétose et les régimes cétogènes (céto), il faut savoir que plusieurs conditions doivent être remplies pour que le foie synthétise des taux de corps cétoniques détectables. Il doit brûler des graisses à un rythme soutenu, ce qui implique un taux d'insuline extrêmement bas, une quasi-absence de glucides dans l'alimentation, et un taux de sucre sanguin compris dans la fourchette basse préconisée. L'une des actions de l'insuline consiste à interrompre la synthèse des cétones par le foie. Une fois de plus, c'est une simple question d'ingénierie: la présence d'insuline dans le sang signifie que le taux de sucre y est élevé, de sorte qu'il est plus pertinent pour les cellules de métaboliser ce glucose en le brûlant pour produire de l'énergie ou en le stockant sous forme de glycogène, voire en le transformant en graisse. Les cétones, comme les matières grasses de notre alimentation, constitueraient alors des sources d'énergie aussi peu nécessaires que désirables pendant une durée se limitant idéalement aux périodes qui suivent les repas.

Cependant, avec la baisse de la glycémie et de l'insuline en circulation (ce qui se produit lorsque l'on est en bonne santé), la graisse présente dans les tissus adipeux est mobilisée et brûlée par les cellules du foie. Au lieu de

«tourner au ralenti» (pour reprendre l'expression de Steve Phinney et de Jeff Volek), la synthèse des corps cétoniques opérée par le foie commence à générer des cétones à même de se substituer au glucose pour fournir l'énergie dont a besoin le cerveau. L'organisme entre alors en «cétose nutritionnelle». Steve Phinney a introduit cette expression pour établir clairement la différence avec l'état d'acidocétose pathologique lié au manque d'insuline, tout en l'éloignant des relents de charlatanisme qui colle à la peau du docteur Atkins, coupable du crime d'avoir été un brillant (et prospère) pionnier de cette approche diététique non conventionnelle.

Les cétones se mesurent en millimoles par litre (mmol/L). Avec un régime classique riche en glucides, le taux de cétones est susceptible d'avoisiner les 0,1 mmol/L, soit le produit d'un mécanisme de synthèse des corps cétoniques du foie tournant au ralenti. Si vous jeûnez pendant 12 heures, ce qui se produit fréquemment (par exemple lorsque vous terminez de dîner à 19 heures et que vous prenez votre petit déjeuner à une heure raisonnable le lendemain matin), votre taux de corps cétoniques avant votre petit déjeuner aura triplé et pourra atteindre 0,3 mmol/L; votre taux d'insuline étant faible, votre foie synthétise en effet des cétones, au moins pour alimenter votre cerveau. En jeûnant plusieurs jours, ce taux peut atteindre entre 5 et 10 mmol/L. Avec le régime Atkins (la cétose nutritionnelle), le taux de cétones peut atteindre 2 ou 3 mmol/L. Il peut même atteindre 5 mmol/L après une session d'exercice physique quand le taux d'insuline est très bas, des chiffres somme toute relativement faibles par rapport à ceux de l'acidocétose diabétique, cet état qui inquiète les médecins et les spécialistes du diabète.

Dans le cas de l'acidocétose diabétique, les cellules adipeuses évacuent leurs stocks de graisse dans la circulation, le foie synthétise des cétones de manière frénétique et les glucides ne sont pas utilisés pour produire de l'énergie au rythme qui conviendrait. Pendant ce temps, le foie produit du glucose pour fournir plus de carburant. Tous ces carburants s'accumulent dans la circulation sanguine et provoquent un véritable enfer pathologique et métabolique: les taux de corps cétoniques liés à l'acidocétose diabétique dépassent généralement 20 mmol/L. Si ce problème de santé est redoutable, il relève d'un état qui n'a rien à voir avec la cétose nutritionnelle. Comme je l'ai répété, certains médecins, même quand ils sont experts du domaine,

pèchent par excès de simplisme, surtout lorsqu'ils craignent des conséquences préjudiciables.

En ce qui nous concerne, les cétones et la cétose nutritionnelle constituent des signaux, un peu comme des marqueurs biologiques, que la graisse est mobilisée et brûlée pour produire de l'énergie au lieu d'être stockée. Dans l'idéal, cela signifie que vous mincissez, ce qui après tout constitue l'objectif d'un régime amincissant. Si vous cherchez à brûler de la graisse sans souffrir de la faim, la cétose nutritionnelle est donc une bonne chose.

Est-il sage d'adopter une approche aussi draconienne? Cette question a nourri un demi-siècle de controverses sur ces régimes. Un régime alimentaire qui n'élimine pas toute une catégorie d'aliments (et qui ne donne pas à votre haleine une odeur d'acétone comme peuvent le faire les cétones) pourrait tout aussi bien éliminer l'excès de graisse, serait plus facile à suivre toute la vie et, qui plus est, serait plus sain. Cela réduirait sans aucun doute les risques sans diminuer les bienfaits et ce serait plus durable, pas vrai?

Dit succinctement, tout dépend de l'individu. Pour une réponse plus explicite, il faut revenir à l'insuline et à la condamnation du docteur Atkins avalisée par l'American Medical Association: «*la mobilisation de la graisse survient lorsque la sécrétion d'insuline diminue*». C'est relativement simple, même si les docteurs Yalow et Berson se sont montrés plus précis lorsqu'ils écrivirent que cette mobilisation de la graisse présente dans les cellules adipeuses nécessitait «*le stimulus négatif lié à la carence en insuline*». Revenons maintenant à la physiologie, au métabolisme et à l'endocrinologie chez l'homme. Il s'avère que ce concept de stimulus négatif lié à une carence en insuline s'accompagne de deux réserves importantes. Les docteurs Yalow et Berson les connaissaient toutes les deux, mais ils ne se préoccupaient pas à l'époque de l'intérêt que cela pouvait avoir pour la mise au point d'un régime amincissant performant (et encore moins à l'écriture de livres de régime). Les autorités qui établissent les recommandations officielles n'en tenaient généralement pas compte non plus, ne les jugeant en rien pertinentes car n'allant pas dans le sens de leur théorie de la gloutonnerie et du laisser-aller.

En premier lieu, nous leur répondons que nous réagissons tous de manière différente aux glucides. Il existe des variations considérables d'une personne à l'autre. Cela explique que malgré un régime alimentaire identique, certains d'entre nous grandissent avec une silhouette de mannequin alors que d'autres deviennent extrêmement obèses. De plus, les différentes cellules et tissus d'une même personne réagissent de manière différente à l'insuline. On observe là aussi des variations considérables. Lorsque les tissus et les cellules deviennent résistants à l'insuline, ils ne le font pas selon le même rythme et avec les mêmes taux d'insuline dans le sang. C'est ce qui poussa les docteurs Berson et Yalow à faire cette mise en garde: *«Il est souhaitable, chaque fois que c'est possible, de faire la distinction entre une résistance généralisée de l'ensemble des tissus et une résistance se limitant à certains tissus spécifiques.»*

Si un médecin vous déclare résistant à l'insuline, ce qui a toutes les chances de se produire si vous grossissez facilement, il est très peu probable que ce médecin ait conscience d'une résistance à l'insuline variable selon les tissus – si, par exemple, vos cellules adipeuses répondent toujours à l'insuline alors que les autres cellules de votre organisme ont cessé de le faire. Quel que soit le sort de l'insuline à un autre endroit de votre organisme, le fait est que tant que vos cellules adipeuses *restent* sensibles à l'insuline et que la sécrétion de celle-ci continue, ces cellules continuent de stocker la graisse qui s'accumule dans votre corps. Autrement dit, comme l'ont souligné les docteurs Yalow et Berson, si vous grossissez, c'est que vos cellules adipeuses réagissent à l'insuline indépendamment de ce qui se produit ailleurs dans votre organisme. Vos cellules adipeuses n'ont probablement pas perdu leur sensibilité à l'insuline. Celle-ci semble une condition préalable au processus de prise de poids.

Cela nous amène à une deuxième mise en garde, regrettable: les cellules adipeuses ont tendance à être «extraordinairement sensibles» (*exquisitely sensitive*) à l'insuline. Les chercheurs utilisent différentes déclinaisons de cette expression pour décrire ce phénomène, même dans leurs articles académiques. Je l'ai souvent entendue lorsque j'interviewais les chercheurs ayant fait l'effort d'étudier le métabolisme des graisses. Cela signifie que les cellules adipeuses détectent la moindre présence d'insuline dans le sang et y réagissent même lorsque le niveau est si faible qu'il n'est pas détecté

par les autres cellules et les autres tissus, et qu'elles continuent de réagir à l'insuline longtemps après que ces cellules et ces tissus y soient devenus résistants.

Une hausse même modérée de l'insuline au-dessus d'un seuil hypothétique fait entrer les cellules adipeuses en mode stockage de graisse. Et plus cette élévation du niveau d'insuline dure longtemps, même si celle-ci est à peine au-dessus du seuil, plus les cellules adipeuses restent longtemps en mode stockage sans mobiliser la graisse. C'est pourquoi certains des plus éminents chercheurs de la planète, experts du diabète (soit les spécialistes qui se sont intéressés au rôle de l'insuline), avaient émis l'hypothèse dans les années 1960 et 1970 qu'un excès d'insuline dans le sang ou une sensibilité excessive des tissus adipeux à l'insuline pouvait être à l'origine de l'obésité. Comme l'a formulé Hilde Bruch, cela pourrait expliquer la prévalence du mode de stockage de la graisse par le métabolisme qui conduit certains d'entre nous à retenir 5, 10, 20 voire 100 calories excessives par jour sous forme de graisse dans nos tissus adipeux, et d'autres pas. Ces chercheurs se contentaient de spéculer sur ce qui semblait une apparente possibilité de cause à effet, une cause majeure du mécanisme qui nous fait grossir.

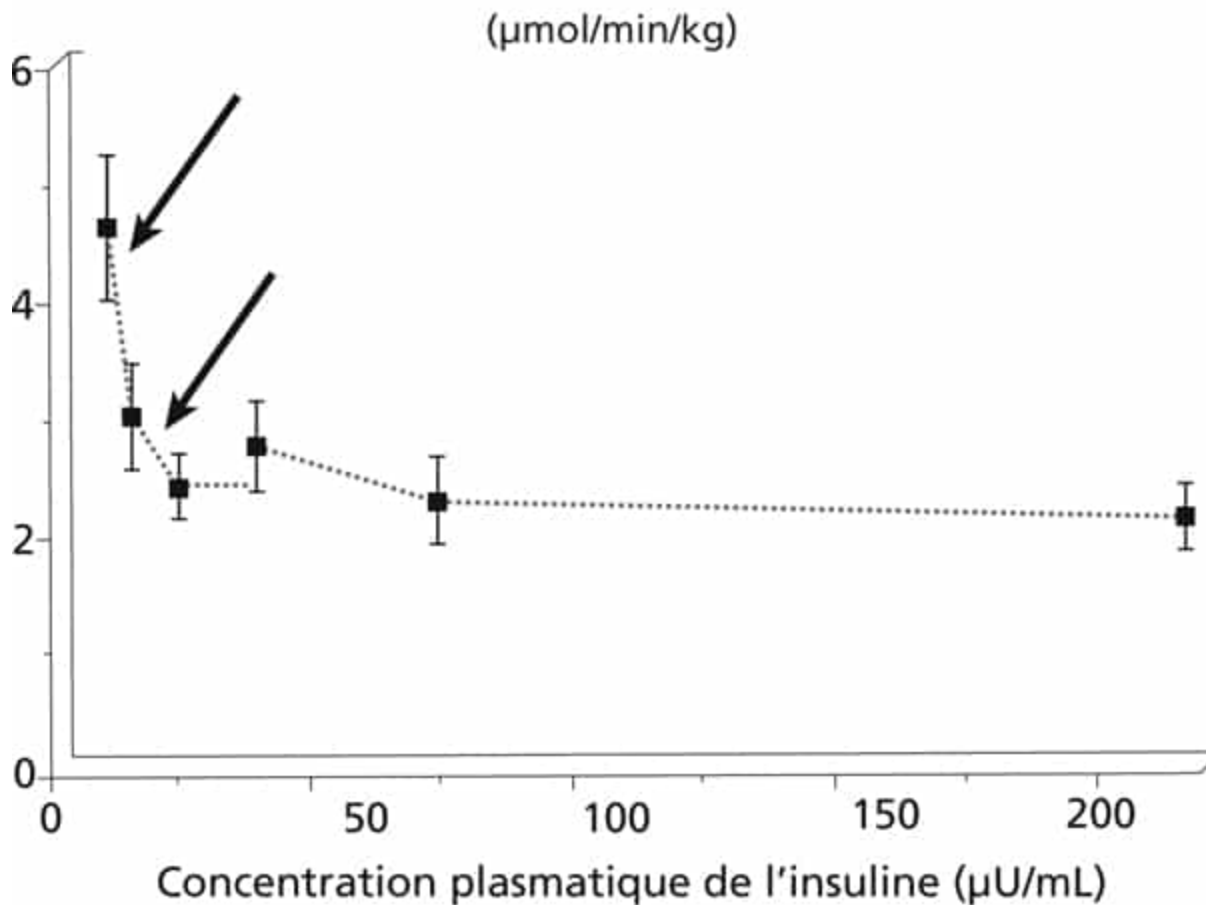
Au début des années 1990, une équipe de chercheurs de l'université du Texas à San Antonio a méthodiquement mesuré ce que signifiait une «extraordinaire sensibilité à l'insuline». Ce faisant, ils ont constaté la manière très différente dont opèrent les cellules adipeuses et le métabolisme des graisses selon que le taux d'insuline dans le sang est au-dessous ou au-dessus d'un certain seuil qu'ils sont parvenus à identifier. L'équipe de chercheurs était dirigée par Ralph DeFronzo, pionnier de la technologie permettant ce dosage chez l'humain. Ses collègues et lui étaient sans doute à l'époque les seuls au monde capables d'effectuer ce dosage. Comme ils l'ont indiqué, l'«extraordinaire sensibilité» des cellules adipeuses à l'insuline fut l'une de leurs «découvertes les plus frappantes» et (avec toutes mes excuses pour le deuxième et dernier schéma technique de cet ouvrage) ils l'ont illustrée avec la figure présentée page suivante. Cette courbe pourrait s'avérer déterminante pour le débat sur les régimes, la perte de poids et l'obésité. Il est impossible de comprendre l'obésité et le

stockage de la graisse, ainsi que leurs effets sur la faim, la satiété et les fringales, sans comprendre les implications de leur recherche.

La figure montre l'effet de l'insuline sur la mobilisation de la graisse (ou des acides gras, techniquement parlant) présente dans les cellules adipeuses et sur son utilisation pour produire de l'énergie en fonction du taux d'insuline sanguin. Suivez la ligne de la courbe de la droite vers la gauche jusqu'à l'axe vertical: des niveaux élevés d'insuline à droite aux niveaux très faibles (le stimulus négatif lié à la carence en insuline) à gauche. Vous observez la manière dont les cellules adipeuses réagissent à l'insuline lorsque sa concentration sanguine s'approche d'une valeur nulle. Au-delà de 200 unités ($\mu\text{U/mL}$) d'insuline jusqu'à environ 25, l'axe horizontal indique pour l'essentiel de cette fourchette que les cellules adipeuses conservent leur sensibilité à l'insuline et stockent la graisse, et que les autres cellules de l'organisme restent réticentes à utiliser ce type de carburant pour produire de l'énergie (par oxydation).

Comme l'ont décrit dans leur langage technique le docteur DeFronzo et ses collègues, l'insuline inhibe la «lipolyse», c'est-à-dire la dégradation de la graisse, sa libération des cellules adipeuses et son utilisation pour produire de l'énergie.

RENOUVELLEMENT DES ACIDES GRAS LIBRES DANS LE PLASMA



La quantité de graisse extraite des cellules adipeuses et utilisée pour produire de l'énergie est relativement faible et reste inchangée sur l'ensemble de cette fourchette de valeurs. Aussi, au-delà d'un certain niveau (que l'écart soit minime ou important), les tissus adipeux restent sensibles à l'insuline et retiennent la graisse qu'ils renferment. Les autres cellules ne métabolisent pas la graisse pour produire de l'énergie. Les cellules adipeuses, comme celles des différents organes et des tissus maigres, réagissent à l'insuline et se comportent ainsi.

Il existe néanmoins ce fameux seuil (indiqué dans la figure à l'aide des flèches que j'ai moi-même ajoutées). Les choses changent lorsque le taux d'insuline est suffisamment faible et le stimulus négatif lié à la carence en insuline suffisamment draconien. C'est un peu comme si l'on actionnait un interrupteur. Au-dessus du seuil, les cellules adipeuses retiennent la graisse. Au-dessous, elles libèrent dans la circulation sanguine la graisse stockée qui

va alors être utilisée par les autres cellules de l'organisme pour produire de l'énergie. Au-dessus de ce seuil, l'organisme brûle des glucides et stocke la graisse. Au-dessous, il brûle de la graisse. Les médecins qui écrivent des livres de régime diraient que nous sommes des machines à brûler de la graisse et c'est ce à quoi nous aspirons lorsque notre stock est excessif.

Malheureusement, ce seuil est *très* bas. Il l'était aussi dans l'étude du docteur DeFronzo en dépit de la minceur et de la bonne santé des sujets jeunes sélectionnés parmi les étudiants. (Dans la langue technique de l'article, cela donne «*l'évacuation [des acides gras libres] des tissus adipeux se produit dans la fourchette physiologique basse des concentrations d'insuline et manifeste une extraordinaire sensibilité aux faibles variations du taux d'insuline dans le plasma*».) Le seuil est très en deçà des taux d'insuline habituellement observés au quotidien chez les individus obèses ou prédisposés à l'obésité (chez les personnes qui grossissent facilement). Il est particulièrement facile de dépasser ce seuil, ce qui signifie qu'il est particulièrement difficile de rester ou de passer dessous. Les personnes qui grossissent facilement (et qui consomment des sucres, des féculents et des céréales) restent presque toute la journée, et sans doute une trop grande partie de la nuit, au-dessus de ce seuil, et certainement peu ou pas suffisamment de temps au-dessous.

Pour ce qui nous concerne, nous pouvons considérer ce seuil de sensibilité à l'insuline sous l'angle du seuil glucidique critique du docteur Atkins. Lorsqu'il conseillait à ses lecteurs de réintroduire des glucides tout en vérifiant s'ils étaient toujours en état de cétose, ce qu'il leur demandait, c'était de vérifier si leurs tissus adipeux restaient en deçà du seuil d'insuline malgré l'ajout des glucides. Lorsque l'on est presque au-dessous, le foie peut ou non synthétiser de grandes quantités de cétones, mais ce qui est sûr, c'est que nous brûlons de la graisse pour produire de l'énergie. Lorsque nous synthétisons *effectivement* de grandes quantités de cétones et que nous sommes en cétose, nous sommes sous ce seuil. Plus nous y restons longtemps jour après jour, plus nous brûlons de graisse et moins nous en stockons.

Même si, minces comme gros, nous *devons tous avoir* un seuil glucidique critique, plus l'on est prédisposé à accumuler de la graisse et plus on grossit facilement, plus le seuil d'insuline risque d'être bas ou, du

moins, plus le temps passé dessous sera bref. Si la méthode Atkins consistant à réintroduire les glucides et à vérifier la présence des cétones fait sens, elle part néanmoins du principe que ce seuil n'évolue pas dans le temps, ce qui n'est pas nécessairement le cas. Elle présume en outre qu'il serait plus facile et plus agréable de maintenir la perte de poids tout au long de la vie en autorisant quelques aliments riches en glucides au lieu de tous les interdire.

C'est peut-être vrai pour beaucoup, voire la majorité. C'est sans doute pourquoi de nombreuses personnes semblent parvenir au poids idéal et le conserver en s'assurant que les glucides qu'elles consomment sont riches en fibres, ce qui en ralentit la digestion et l'assimilation. Le taux d'insuline chez ces personnes (chanceuses) reste ainsi relativement faible et n'excède pas ce seuil, si elles parviennent à garder leur poids idéal.

Il est cependant tout aussi plausible que pour certains d'entre nous il sera plus facile d'éliminer la plupart des aliments riches en glucides que de tenter de les consommer avec modération; cette réalité, encore une fois, tient moins de la force de caractère que de la physiologie humaine. Même si certains parviennent à perdre du poids ou à ne pas en reprendre en consommant des sucres «lents» (pour reprendre la terminologie de l'auteur-entrepreneur Tim Ferriss), nous pouvons considérer qu'il est préférable d'éviter ce terrain glissant en supprimant ces aliments à assimilation lente associant glucides et fibres.

LA FAIM ET SON INTERRUPTEUR

Grossir a une incidence à la fois sur la faim et les fringales, car le cerveau réagit aux besoins du corps.

Deux réalités sont incontournables: les cellules adipeuses montrent une «extraordinaire sensibilité» à l'insuline *et* cette sensibilité s'accompagne d'un effet de seuil. La réunion des deux a des conséquences profondes sur l'incidence des aliments sur notre poids, mais également sur notre appétit (la sensation de faim et les aliments dont nous avons envie). Ces conséquences ont un impact direct sur la question de la pertinence d'un régime draconien, réputé «déséquilibré», qui supprime une catégorie entière d'aliments.

Comme je l'ai suggéré précédemment, vous pouvez considérer le seuil de sensibilité à l'insuline des cellules adipeuses comme un interrupteur pouvant être activé ou désactivé. Lorsqu'il est activé, après dépassement du seuil donc, les cellules adipeuses stockent la graisse; le reste de l'organisme puise son énergie dans les glucides. Lorsque l'interrupteur est désactivé, soit en deçà du seuil, les cellules adipeuses mobilisent la graisse; vous brûlez celle-ci pour produire de l'énergie et vous mincissez ou, du moins, vous ne grossissez pas.

Ces dynamiques restent valables même en cas de résistance à l'insuline. Cependant, le taux d'insuline en circulation dans votre organisme est alors supérieur à la normale et reste élevé plus longtemps qu'il ne le faudrait. Vous passerez donc d'autant plus de temps au-delà du seuil, avec

l'interrupteur activé, à amasser de la graisse. Il est probable que cette situation perdure longtemps après que vous vous êtes restauré, alors que le taux de sucre sanguin est revenu à la normale et que vous avez épuisé vos réserves de glucides (glucose) disponibles pour produire de l'énergie. L'insuline indique à vos cellules qu'elles doivent brûler des glucides, mais le taux de sucre dans le sang est déjà revenu à la normale, dans sa fourchette basse. Tout en enjoignant les mitochondries des cellules de brûler des glucides, l'insuline incite ces mêmes cellules à ne brûler ni graisse ni protéines au travers de la même voie de signalisation (pour reprendre le terme technique). Ailleurs dans l'organisme, l'insuline empêche le déstockage de la graisse par les cellules adipeuses et des protéines par les cellules des tissus maigres.

Pour résumer, lorsque l'insuline outrepassa le seuil et que l'interrupteur est activé, l'organisme puise son énergie dans les glucides. Il est donc normal d'avoir des envies d'aliments riches en glucides. C'est probablement pourquoi la vie peut vous paraître insipide sans votre croissant le matin, sans dessert ou sans pâtes. (Pour ma part, c'était plutôt l'orange pressée au petit déjeuner qui me manquait.) Comme nous le verrons, vous finissez par préférer ces aliments riches en glucides. Le plaisir par lequel votre cerveau a appris à vous récompenser lors de leur consommation explique probablement ce phénomène.

Lorsque l'insuline reste en deçà du seuil, que l'interrupteur est désactivé, votre corps brûle la graisse que vous avez stockée. Il en sera ainsi aussi longtemps que vous restez sous le seuil. Votre corps a alors accès à d'importantes réserves de carburant: 9 kg de graisse corporelle représentent plus de deux mois d'énergie. Même avec ses 56 kg, un marathonien mince comme Eliud Kipchoge, médaillé d'or aux jeux Olympiques et premier à avoir couru un marathon en moins de 2 heures en octobre 2019, dispose de suffisamment de graisse pour alimenter son organisme pendant une semaine en puisant dans ses réserves. Alimenté en permanence par cette réserve de graisse, votre corps est satisfait. Votre appétit est émoussé. Rien n'incite votre cerveau à vouloir un surplus de nourriture. Votre corps n'en a pas besoin et vous n'avez donc pas vraiment, voire pas du tout envie de manger. Vous perdez du poids (avec la combustion de la graisse corporelle stockée) sans souffrir de la faim.

Au contraire, lorsque le seuil d'insuline est dépassé, vous devez fréquemment faire le plein. Votre stock de glucides est limité et l'insuline s'efforce de retenir ceux que vous avez stockés (environ 2 000 calories de glycogène maximum). Lorsque la glycémie baisse, vous avez faim. L'énergie étant par ailleurs puisée dans les glucides lorsque vous dépassez le seuil, vous aurez envie d'aliments riches en glucides.

Ces dynamiques sont presque certainement à l'origine de notre envie irrésistible de manger entre les repas en dépit des jours ou des mois de réserves caloriques engrangées dans nos tissus adipeux. Elles expliquent notre faim quand, en principe, notre graisse devrait suffire à combler nos besoins. Elles expliquent également pourquoi nous n'avons pas faim lorsque notre taux d'insuline est faible et que nous pouvons brûler cette graisse. Un autre angle d'approche consiste à considérer que lorsque vous limitez l'apport glucidique et que l'insuline reste sous le seuil critique, vous n'affamez pas votre organisme pour extraire la graisse des tissus adipeux; vous n'êtes pas en conflit avec votre corps pour perdre du poids et brûler la graisse, vous coopérez avec lui, vous lui permettez de fonctionner d'une manière qui lui sera dorénavant naturelle.

L'absence relative de faim qui caractérise les régimes LCHF/cétogènes est une observation aussi régulière que peuvent l'être les observations en science de la nutrition. Supprimer les glucides et les remplacer par l'équivalent calorique en lipides permet de réduire considérablement le stimulus de la faim (et l'obsession de la nourriture qui accompagne les régimes pauvres en calories). Même les médecins et les chercheurs des années 1960 qui étaient convaincus qu'il n'existait pas d'autre façon de perdre du poids que par privation de nourriture et en affamant les personnes ont souvent précisé dans leurs articles que cela ne signifiait pas qu'il n'était pas plus simple d'y parvenir avec un régime LCHF/cétogène. Comme l'écrivit l'un de ces chercheurs dans l'un des articles les plus célèbres de l'époque, *«la satiété que confèrent ces régimes est supérieure à celle des régimes riches en glucides et pauvres en matières grasses»*. Dire que les régimes sans glucides assouviennent mieux la faim que ceux qui en contiennent revient à dire que ces derniers stimulent davantage la faim ou font manger davantage que les premiers. Il y a une raison très claire à cela.

Mon exemple préféré est celui d'un médecin chercheur, James Sidbury Jr., qui a élaboré un régime prenant en compte le rôle de l'insuline dans le stockage de la graisse et les répercussions sur notre appétit. Au milieu des années 1970, il exerçait comme pédiatre à l'université Duke et il était l'un des experts mondiaux des troubles du métabolisme glucidique et plus particulièrement des maladies rares liées au stockage des glucides (glycogène) dont l'une porte son nom. C'est sans doute pourquoi il lui a paru naturel de considérer l'obésité comme une maladie liée au stockage de la graisse. Sa qualité de pédiatre spécialiste du métabolisme a conduit les médecins du système de santé de Duke à lui envoyer leurs rares cas (à l'époque) d'enfants souffrant d'obésité en espérant qu'il pourrait les aider.

Le docteur Sidbury savait que les glucides stimulent la sécrétion d'insuline et que celle-ci favorise la formation de graisse dont elle induit et favorise le stockage dans les tissus adipeux. Il savait en outre, comme il l'indiqua en 1975 dans le chapitre d'un livre consacré à son travail, que les enfants souffrant d'obésité avaient des envies irrépressibles de nourriture riche en glucides: crackers, chips, frites, biscuits, boissons sucrées et autres. Il se dit qu'en éliminant les glucides et en ne donnant à ces enfants que des lipides et des protéines, leur insuline baisserait et leur métabolisme des graisses fonctionnerait comme chez les enfants minces. Ils brûleraient leur stock de graisse et perdraient du poids sans être tenaillés par la faim et sans constamment grignoter des glucides. Il demanda aux parents de ces enfants obèses de ne leur donner que 300 à 700 calories par jour constituées quasiment exclusivement de protéines et de lipides. Les enfants perdirent du poids comme par magie. *«De nombreux parents doutent que leur enfant puisse être rassasié avec aussi peu de nourriture»*, écrivait le docteur Sidbury. *«Leur opinion change du tout au tout»* cependant, lorsqu'ils constatent les résultats et au final, le *«changement remarquable de la quantité de nourriture à même de satisfaire les enfants»*¹.

Un autre exemple que l'on doit à George Blackburn et Bruce Bistrian, tous les deux de la Harvard Medical School, remonte également aux années 1970. Ils avaient mis au point ce qu'ils appelaient un «jeûne modifié aux protéines» pour soigner les patients souffrant d'obésité: 650 à 800 calories par jour constituées exclusivement de poisson maigre, de viande et de volaille. L'absence de glucides en faisait un régime cétogène, bien que très

pauvre en calories. Comme me le confia Bruce Bistrian lorsque je l'ai interviewé en janvier 2003, ils ont prescrit ce régime à des milliers de patients, dont la moitié a perdu au moins 18 kg. Dans une publication de 1985 concernant pratiquement 700 patients, la perte de poids moyenne tournait autour de 22,5 kg en l'espace de quatre mois. Les patients qui suivaient le régime ressentaient peu la faim. *«Ils ont adoré, me déclara le docteur Bistrian. C'est une façon extraordinairement sûre de perdre beaucoup de poids.»*

Le docteur Bistrian souligna toutefois un point essentiel lors de notre entretien: ces régimes se seraient traduits par un échec si lui-même et le docteur Blackburn avaient tenté de les rendre plus équilibrés en ajoutant, par exemple, des légumes, des céréales complètes et des légumineuses, car les patients auraient clairement consommé plus de calories *et plus de glucides*. On pourrait penser qu'un apport calorique supérieur ferait diminuer la sensation de faim, mais c'est l'inverse. Le docteur Bistrian fut le premier à me faire remarquer la différence de réaction des sujets de l'étude sur la famine d'Ansel Keys – qui étaient affamés en mangeant 1 600 calories par jour – et l'expérience vécue par les patients que le docteur Blackburn et lui-même traitaient, ou ceux traités par le docteur Sidbury, qui se satisfaisaient parfaitement d'un apport calorique journalier très en deçà de 1 000 calories. *«C'est à l'usage que l'on juge de la qualité des choses»*, me confia-t-il.

Malheureusement, les conclusions des docteurs Bistrian, Blackburn et Sidbury étaient erronées. Ils demandaient à leurs patients (des enfants dans le cas du docteur Sidbury et des adultes dans celui des docteurs Bistrian et Blackburn) de considérablement diminuer leur apport calorique, car ils étaient persuadés que c'était nécessaire. Malgré tout ce qu'ils savaient sur le métabolisme des graisses, ils n'étaient pas parvenus à s'affranchir de la notion de balance énergétique. Le faible apport calorique que les docteurs Bistrian et Blackburn accordaient à leurs patients engendra un problème qui leur parut insurmontable. Comment en effet ne pas reprendre le poids perdu.

Pour qu'un régime fonctionne à long terme, il doit être suivi tout au long de la vie et, pour qu'un régime produise des résultats (nous rendre minces ou relativement minces), il doit supprimer ou limiter ce qui nous fait

grossir. Si un apport calorique excessif est en cause, un certain niveau de restriction calorique à long terme est nécessaire. Si un taux d'insuline élevé et un excès de glucides sont en cause, un régime permettant de maintenir à long terme l'insuline à un faible niveau (élimination des glucides au profit des lipides) est nécessaire. La chose paraît inévitable.

Les docteurs Bistrian et Blackburn avaient parfaitement conscience du problème. Ils savaient que si leurs patients revenaient à leurs anciennes habitudes alimentaires, ils reprendraient du poids. S'ils consommaient plus de calories tout en faisant le nécessaire pour ne pas faire monter le taux d'insuline, il leur faudrait éliminer les glucides et les remplacer par des lipides. Ils suivraient alors ce que les docteurs Bistrian et Blackburn considéraient être le régime Atkins. Ce qui était inacceptable, à moins d'être convaincu que la consommation de toutes ces matières grasses était inoffensive, comme le croient aujourd'hui de nombreux médecins. Le docteur Bistrian me confia que ce fut la principale raison qui les poussa à ne pas persévérer dans ce champ d'études. Selon eux, ils avaient le choix entre deux options: soit conseiller à leurs patients anciennement obèses de prendre des coupe-faim et de passer leur vie à lutter contre la faim avec un régime pauvre en calories, mais équilibré, soit leur conseiller d'adopter un régime de type Atkins ou cétogène à base de lipides et de protéines permettant de manger à satiété. Ils considéraient que ni l'une ni l'autre de ces options n'était sûre. «*Toutes ces graisses saturées*», me dit le docteur Bistrian. Ils se sont tous les deux tournés vers d'autres sujets, luxe que nous ne pouvons pas nous payer.

Les autorités officielles en matière de nutrition admettent la relative absence de faim qui caractérise les régimes à faible teneur en glucides, mais elles ont généralement montré peu d'intérêt pour essayer d'en comprendre la raison. Elles n'en ont par conséquent tiré aucun apprentissage. Le comble de l'absurde a sans doute été atteint avec la critique des régimes Atkins et cétogène avalisée par l'American Medical Association en 1973, qui est allée jusqu'à inclure l'«anorexie» (la perte d'appétit, et non l'anorexie nerveuse qui en est la version chronique) parmi les effets secondaires négatifs de ces régimes et, au lieu de le saluer, elles ont jugé le phénomène préoccupant. Lorsqu'elles se sont penchées sur la question, elles ont

naturellement confondu cause et effet pour aller dans le sens de leur hypothèse. Selon elles, la perte de poids d'une personne mangeant des lipides et des protéines à satiété ne pouvait être due qu'à une alimentation moins abondante.

Pour expliquer pourquoi les gens accepteraient de suivre de leur plein gré un régime aussi draconien pendant des semaines, des mois, voire des années, ces autorités avançaient des arguments simplistes destinés à faire taire toute velléité de curiosité. L'une des explications les plus courantes évoquait l'ennui et l'écœurement que provoquaient les régimes alimentaires qui remplaçaient les glucides par une abondance de lipides, enlevant toute envie ou toute volonté de manger à satiété chez les personnes qui les suivaient. Mon exemple préféré illustrant ce courant de pensée me vient de Jane Brody, journaliste spécialiste des questions de santé au *New York Times*, qui s'opposait farouchement, et continue peut-être de le faire, à l'idée même du régime LCHF/cétogène. Voici comment elle expliquait son fonctionnement en 2002 dans l'un de ses nombreux articles cherchant à décourager quiconque de l'adopter, même à titre d'expérimentation: *«Favorise-t-il la perte de poids? Bien sûr que oui. Si vous ne pouvez pas consommer de pain, de bagels, de gâteaux, de biscuits, de crème glacée, de bonbons, de crackers, de muffins, de soda sucré, de pâtes, de riz, la plupart des fruits et de nombreux légumes, votre apport calorique sera très certainement moindre. N'importe quel régime éliminant des calories auparavant consommées résultera dans une perte de poids.»*

Laissez-moi vous offrir une autre version dont la véracité est moins simple à démonter. Lorsque vous supprimez les glucides, vous faites suffisamment baisser le taux d'insuline pour mobiliser et brûler la graisse, de sorte que vous perdez du poids. Comme vous puisez votre énergie dans votre propre graisse, votre organisme est bien nourri et vous n'avez pas faim.

Comme nous l'avons vu, 450 g de graisse contiennent environ 3 500 calories d'énergie. Si vous perdez 450 g de graisse corporelle par semaine, ce qui se révèle relativement aisé lorsque vous éliminez les glucides, cela revient à mobiliser chaque jour 500 calories de graisse à partir de vos tissus adipeux et à les brûler pour produire de l'énergie. Soit 500 calories de graisse qui ne seraient pas mobilisées ou utilisées pour produire de l'énergie

si votre poids était resté stable. C'est comme si votre corps recevait chaque jour 500 calories de graisse supplémentaires. Que le carburant qu'elles reçoivent provienne des réserves de graisse ou des aliments que vous avez ingérés au petit déjeuner, au déjeuner ou lors d'une collation, importe peu à vos cellules qui en ignorent l'origine. Dès lors qu'elles sont bien nourries, vous ne devriez pas éprouver de sensation de faim. Vous ne perdez pas de la graisse parce que vous mangez moins. Vous mangez moins, à votre grande satisfaction, parce que vous perdez de la graisse que vous utilisez pour alimenter votre organisme.

Nous devons évoquer, et ne surtout pas éluder, une seconde conséquence essentielle du seuil de sensibilité à l'insuline et de la tolérance aux glucides: si vous faites quoi que ce soit qui provoque le dépassement de ce seuil, et donc active l'interrupteur du stockage de la graisse, non seulement votre corps se remet à brûler des glucides et à stocker la graisse, mais vous aurez en outre envie de manger des glucides. Déroger au régime et manger un repas ou un aliment riche en glucides a toutes les chances de vous faire dépasser ce seuil et de déclencher l'envie de manger le type d'aliment qui vous conduira à ne pas respecter votre régime. Il vous faudra déployer de gros efforts pour revenir à la situation initiale. C'est pourquoi manger quelques frites ne permettra de satisfaire ni votre faim ni votre envie de frites. Vous risquez de provoquer une irrésistible envie d'en manger plus, un peu comme un ex-fumeur qui réduit ses chances de le demeurer s'il fume une seule cigarette. Les médecins qui prescrivent le régime LCHF/cétogène et qui le suivent eux-mêmes disent qu'il faut des jours pour faire disparaître cette soif de glucides et ce désir d'enfreindre les règles. La pente est glissante.

Il existe une autre complication liée aux conséquences de la phase céphalique de sécrétion d'insuline. Pour rappel, votre pancréas sécrète de l'insuline à la seule pensée de manger. Le simple fait de penser à tricher produit le même effet, en moins dramatique, que si vous trichiez vraiment. Malheureusement, l'industrie agroalimentaire s'ingénie à truffer notre environnement de stimulus conçus (souvent par les meilleures publicitaires qui soient) pour nous faire penser à manger ou à boire des aliments et des boissons riches en glucides. Pratiquement toutes les publicités télévisées

liées à la nourriture et aux boissons ont un seul et même objectif: stimuler la faim ou la soif pour le produit concerné. Ce produit est pratiquement systématiquement riche en glucides: pizzas (la pâte), restauration rapide (le pain, les frites et les boissons et desserts sucrés), bières, sodas et jus de fruits. L'insuline et le métabolisme des graisses sont très probablement à l'origine du succès de cette stratégie. Plus votre prédisposition à grossir facilement est forte, plus vos cellules adipeuses sont susceptibles de se montrer d'une extrême sensibilité à l'insuline, plus le reste de votre organisme est résistant à l'insuline et plus l'effet est profond et conduit à l'impasse.

Pour comprendre la manière dont la résistance à l'insuline et la phase céphalique de sécrétion d'insuline peuvent contrecarrer nos meilleures intentions en matière de diététique, imaginons deux amis passant devant une boulangerie d'où s'échappent des effluves de brioches à la cannelle tout juste sorties du four. L'un d'eux est mince et sensible à l'insuline. Sa phase céphalique de réponse insulinaire est minime lorsqu'il perçoit cet arôme. Elle a peu d'incidence sur la mobilisation de la graisse et sur le mix énergétique (graisse et glucides) brûlé par son organisme à cet instant. Il trouvera l'arôme alléchant, mais pourra passer son chemin sans aucun (ou pratiquement aucun) regret.

Son ami, en revanche, obèse ou en train de le devenir, souffre de résistance à l'insuline. L'odeur des brioches à la cannelle suscitera chez lui une réponse insulinaire plus forte. Elle lui fera franchir le seuil, mettant un terme à la métabolisation des graisses et à leur utilisation pour produire de l'énergie. Elle préparera son corps à brûler des glucides. En l'absence de glucides disponibles dans lesquels puiser son énergie, il aura faim (peut-être instantanément), et plus particulièrement envie de glucides. Son corps réagit à la sécrétion d'insuline stimulée par son cerveau en provoquant une semi-famine (ou famine cellulaire, pour reprendre l'expression du docteur Astwood) et une réaction: *manger!* Les glucides constituent la principale, si ce n'est l'unique source d'énergie dans laquelle puisent ses cellules lorsque le taux d'insuline est élevé.

Mue par un besoin physiologique puissant la poussant à rectifier la situation, la personne résistante à l'insuline entre dans la boulangerie, achète la brioche à la cannelle et la mange. Son ami mince et sensible à

l'insuline n'a aucune idée de ce qui se joue chez son camarade et pense peut-être qu'il n'a pas pu résister au parfum de la brioche. Les observateurs minces pourraient penser que cette grosse personne résistante à l'insuline manque de force de caractère, voire de force morale, et y trouveraient une explication plausible de son obésité. La force de caractère n'entre cependant pas ou peu en ligne de compte. Les personnes minces et sensibles à l'insuline n'ont aucune idée de la soif de glucides que peut induire cet arôme ou l'idée même de la brioche chez les personnes qui grossissent facilement et qui sont résistantes à l'insuline. Elles sont incapables de comprendre cette expérience de nature subjective, car elles ne l'ont jamais vécue. (Évidemment, si l'ami mince entre à son tour dans la boulangerie et mange une brioche à la cannelle, sa minceur lui épargne tout jugement. «*Avant de commencer le programme, écrit Roxane Gay dans *Hunger, ma meilleure amie m'a proposé de manger un paquet de chips, mais je m'y suis refusée. Je lui ai dit "Les personnes comme moi ne peuvent pas manger ce type de nourriture en public", et rien n'est moins vrai.*»*) Pour ceux d'entre nous qui la ressentent, toutefois, cette faim est terriblement réelle. Pour pouvoir la contrer, nous devons comprendre ce qui la suscite.

Ce que nous savons du métabolisme des graisses et du seuil d'insuline signifie que ceux d'entre nous qui grossissent facilement doivent soigner ce trouble comme s'il s'agissait d'une addiction. La transgression (ou y songer) engendre la faim, qui engendre encore plus de transgressions. Que dire d'une brioche à la cannelle quand il suffit de manger une pomme pour déclencher un processus physiologique qui ouvre l'appétit et génère les conditions favorables à la prise de poids. Le cerveau provoque le déclenchement du processus, puis emboîte le pas, habitué à réagir aux besoins de l'organisme.

Ce seuil d'insuline explique en outre les observations isolées de la stagnation immédiate de la perte de poids suite à des écarts. Dans une étude de 1952, Alfred Pennington, médecin à la DuPont Corporation, évoque une anecdote qui illustre parfaitement ce phénomène. Un cadre obèse de son entreprise avait perdu plus de 23 kg sans le moindre effort grâce à son régime à faible teneur en glucides n'excédant pas 3 000 calories par jour constitué de viande et de légumes verts. Il n'a pas repris de poids pendant

deux ans, écrit le docteur Pennington, mais il lui suffisait de manger *un tant soit peu* de glucides, «*ne serait-ce qu'une pomme*», pour recommencer à grossir. Pour certains d'entre nous, corriger le trouble métabolique qui donne lieu à un stockage excessif de graisse nécessite donc d'adopter de façon irrévocable une autre manière de s'alimenter impliquant la suppression d'un groupe entier d'aliments. C'est aussi simple que cela. Comme pour les fumeurs qui arrêtent la cigarette ou les alcooliques qui deviennent abstinents, ce trouble nécessite un renoncement définitif.

Les autorités qui s'entêtent à dire que supprimer les glucides n'est pas un mode de vie viable adoptent une fois de plus le point de vue des personnes minces pour lesquelles les glucides constituent la principale source d'énergie et dont l'organisme tolère les glucides sans pour autant stocker un excès de graisse. Vu sous cet angle, un programme nécessitant une privation totale de glucides semble voué à l'échec. Pourquoi le ferait-on s'il existait une autre méthode permettant de manger occasionnellement (et avec modération) des brioches à la cannelle et des pâtes? Il n'existe toutefois aucune alternative pour un grand nombre d'entre nous. Les personnes minces ne sont pas comme nous. Elles ne grossissent pas lorsqu'elles mangent des glucides; le simple fait d'y penser ne déclenche pas chez elles le besoin d'en manger. Elles peuvent choisir de faire ou non une place aux glucides dans leur vie. Pour nous, il n'en est rien. En tout cas, pas si nous souhaitons être minces et en aussi bonne santé que possible. Comme toutes les autres, il est possible de combattre cette addiction. Les personnes habituées à un autre mode d'alimentation peuvent éprouver une certaine satisfaction et trouver du plaisir dans la vie et, dans ce cas précis, à se nourrir sans flatter leur addiction. L'essentiel de ce que nous avons appris sur la manière d'assurer le succès à vie d'un tel régime repose sur des compétences et des leçons issues du monde de l'addiction.

Pour ce qui est de renoncer aux aliments riches en glucides, nous avons un avantage sur les personnes cherchant à rompre avec la nicotine ou l'alcool: le rôle bénéfique des matières grasses dans ces régimes. Remplacer les glucides par des matières grasses remplit de multiples fonctions. Les quantités de calories restent élevées, mais le niveau d'insuline faible, ce qui permet à l'organisme d'échapper à la semi-famine et à la réponse

physiologique associée. Notre organisme s'habitue par ailleurs à puiser son énergie dans la graisse. Notre faim et notre appétit se reportent alors des aliments riches en glucides sur ceux riches en matières grasses. Les physiologistes connaissent ce phénomène (au moins chez les animaux) depuis les années 1930 où ils ont observé qu'il était possible de mettre un terme aux envies de glucides des rats en leur donnant une alimentation riche en matières grasses. Il existe de nombreuses anecdotes indiquant qu'il en va de même chez les humains. Si votre corps est habitué à puiser son énergie dans la graisse, il y a toutes les chances pour que vos envies portent sur des aliments riches en matières grasses. Ceci explique sans doute pourquoi le beurre et le bacon sont considérés, au-delà de la plaisanterie, comme les piliers du régime LCHF/cétogène. (C'est pourquoi, lorsque je donne des interviews à la radio ou pour des podcasts, je dis souvent que je fais partie de ceux qui sont convaincus que le bacon et le beurre sont des aliments sains, et que j'espère ne pas me tromper. Au chapitre 12, j'évoquerai en détail les raisons qui me poussent à les juger inoffensifs.)

Les aliments dont nous pensons ne pas pouvoir nous passer évoluent au fil du temps. Nous pourrions rester plus minces *et en meilleure santé*, parce que nous pourrions manger à satiété une nourriture qui nous offrira du plaisir, aussi déséquilibrée puisse-t-elle paraître aux yeux des experts.

«*Il n'est pas paradoxal d'affirmer que les animaux et les humains qui deviennent obèses prennent du poids parce qu'ils ne sont plus capables d'en perdre.*» Le brillant physiologiste français Jacques Le Magnen fit cette déclaration en 1984, après plusieurs décennies d'expériences visant à mettre en lumière la relation entre la sensation de faim et le stockage de la graisse, et le rôle crucial que joue l'insuline dans les deux cas. Notre compréhension du rôle que joue l'insuline pour nous empêcher de brûler la graisse, et donc de perdre du poids, repose sur le travail et les réflexions du docteur Le Magnen. Dans cet ouvrage, comme dans mes précédents, je me contente d'établir un lien entre ses travaux sur la physiologie fondamentale de l'alimentation humaine, le renoncement aux aliments riches en glucides, et une façon de s'alimenter qui s'appuie sur l'organisme pour inverser le stockage de la graisse, réduire le taux d'insuline et évacuer la graisse des cellules adipeuses.

Précisons cependant que renoncer aux glucides n'est probablement pas la seule manière de perdre de la graisse et de garder un poids idéal: on pourrait peut-être contourner le système au lieu de s'appuyer dessus. Plutôt que de résoudre le problème en s'attaquant à sa cause principale et en la corrigeant, on pourrait envisager une alternative. L'une des possibilités consiste à suivre un régime particulièrement pauvre en matières grasses. Des années 1970 avec Nathan Pritikin à la période plus récente de Dean Ornish et de John McDougall et son régime à base de féculents, les médecins qui écrivent des livres de régime préconisent une alimentation à très faible teneur en lipides, essentiellement pour prévenir les maladies cardio-vasculaires. Ces régimes autorisent si peu de calories provenant des matières grasses (généralement moins de 10% ou un tiers à un quart de celles normalement consommées) que dans la pratique, ils éliminent pratiquement tous les aliments d'origine animale qui contiennent presque toujours des matières grasses, même les filets de poulet les plus maigres. Une seule portion peut suffire pour dépasser la limite journalière de lipides recommandée par ces approches diététiques. Bien que les régimes très pauvres en lipides remplacent une grande partie des matières grasses par des glucides et constituent de ce fait des régimes riches en glucides, des observations suggèrent qu'ils ont permis à certaines personnes de perdre un poids significatif sans le reprendre. Cela vaut la peine de les essayer si vous adhérez aux arguments invoqués par les auteurs de ces ouvrages ou si rien d'autre n'a fonctionné pour vous.

Il est possible que les personnes qui perdent de la graisse sans la reprendre grâce à ces régimes soient celles qui réussissent à priver leur organisme de lipides. La graisse que nous stockons provenant principalement de celle que nous mangeons, on peut concevoir que certains individus parviennent à pirater ce métabolisme en consommant des quantités de matières grasses insuffisantes pour fournir les tissus adipeux et les organes (en particulier le cœur) qui puisent généralement leur énergie dans la graisse. Il serait surprenant que cette privation de matières grasses n'engendre pas à terme le besoin d'en consommer. Ces régimes contiennent encore moins de matières grasses que ceux utilisés par Ancel Keys pour nourrir ses objecteurs de conscience dans son étude sur la famine, et ne

contiennent pas forcément plus de calories. Une sensation de faim intense ou une reprise de poids pourraient donc s'avérer inéluctables. Comme pour de nombreuses questions liées au contrôle pondéral, les recherches sérieuses à même de faire la lumière sur cette situation sont peu nombreuses. Ce ne sont que des spéculations, mais priver l'organisme de matières grasses reste une possibilité comme l'attestent les «stars du régime McDougall» qui témoignent de leur spectaculaire perte de poids et alimentent les *success-stories* du site Internet de John McDougall.

La limitation des glucides imposée par ces régimes est une autre explication possible de leur réussite. Cette restriction favorise davantage la qualité que la quantité. Même si les personnes qui suivent ces régimes alimentaires sont encouragées à éliminer pratiquement toutes les matières grasses et à ne consommer que des aliments riches en glucides, ces derniers sont toutefois de meilleure qualité que ceux qu'elles consomment habituellement. Il s'agit de glucides ayant subi une transformation minime et contenant des fibres, ce qui a pour effet d'atténuer les réponses glycémique et insulínique. Techniquement, on peut dire qu'elles consomment des glucides à faible index glycémique. (Des «sucres lents», comme les appelle Tim Ferriss, car le glucose est digéré et absorbé lentement.) Ils ne consomment ni sucre, ni boissons sucrées, ni boissons riches en glucides comme la bière et le lait. Ils ne prennent ni dessert en fin de repas ni en-cas entre les repas. Si leur objectif est d'éviter les matières grasses, ils évitent le sucre et les céréales raffinées par la même occasion. Malgré leurs régimes riches en glucides, ces individus parviennent donc à améliorer leur sensibilité à l'insuline en comparaison de ce qu'elle était avec leurs régimes habituels, à mobiliser la graisse et à mincir. Comme le déclara récemment Dean Ornish «*nous reconnaissons qu'il convient de limiter ces glucides raffinés*», en raison de la réponse glycémique et insulínique. «*C'est ce par quoi nous les remplaçons*», le type de matières grasses ou de glucides, «*qui fait la différence*».

En cela, Dean Ornish n'a pas tort. Pratiquement tous les livres de régime à succès de ces cinquante dernières années, qu'il s'agisse de régimes très pauvres en graisses (Ornish et Pritikin), très riches en graisses (Atkins), sans gluten (*Wheat Belly* et *Ces glucides qui menacent notre cerveau* – Les ouvrages dont le titre est en anglais ne sont pas traduits – NDT), sans

lectine (*Les Dangers cachés de l'alimentation saine*), essentiellement végétariens (*Manifeste pour réhabiliter les vrais aliments* et *The TB12 Method*), ou végétaliens (*The Starch Solution* et *Le Rapport Campbell*), conseillent systématiquement de manière explicite ou implicite d'éviter de consommer des sucres et des boissons sucrées, ainsi que des aliments hautement transformés, quels qu'ils soient, autrement dit les glucides hautement raffinés combinés au sucre. Ils peuvent faire porter la responsabilité des problèmes du régime alimentaire occidental moderne sur des caractéristiques diététiques complètement différentes – les aliments transformés en général, les aliments ultratransformés (les «simili aliments» de Michael Pollan), les graisses nocives (quelle qu'en soit la définition), certains aspects de la teneur en glucides, plus particulièrement le blé et les céréales, les matières grasses et les huiles utilisées lors de la transformation des glucides, la viande rouge, la viande en général, tous les produits d'origine animale, etc. – sous-entendant que leurs régimes nous feront mincir et amélioreront notre santé grâce à l'élimination de celui de ces facteurs qu'ils tiennent pour responsable.

Ils s'accordent cependant tous, qu'ils le stipulent ou non de manière explicite, sur le fait qu'il faudrait bannir les céréales hautement transformées, ainsi que le sucre et les boissons sucrées (et donc de manière implicite des boissons alcoolisées telles que la bière), qui constituent les glucides qui font le plus grossir si l'on s'en tient à ce que nous savons de la dynamique de l'insuline. Même les défenseurs des régimes végans et végétariens qui imputent à la viande et aux produits d'origine animale les troubles chroniques liés à l'alimentation, jugent «sain» le régime recommandé dès lors qu'on supprime les glucides, qui ne sont pas pour la plupart des produits d'origine animale.

Il est possible que la consommation de glucides de meilleure qualité induite par ces régimes soit à l'origine de leur succès à l'amélioration de notre santé, ainsi qu'à notre capacité à mincir. Il en découle une sensibilité à l'insuline supérieure, un taux d'insuline plus bas tout au long de la journée et de la nuit et l'augmentation de la durée pendant laquelle nous restons sous le seuil d'insuline qui nous permet de brûler la graisse au lieu de la stocker. Nous pouvons considérer ces régimes comme des variations sur un

même thème ou différentes formes de restriction glucidique, qui contribuent toutes à faire baisser l'insuline.

Les plus courantes de ces approches diététiques, comme le régime méditerranéen, sont équilibrées. Elles proscrivent les glucides hautement raffinés (farine blanche) et les sucres, mais autorisent certains féculents et certaines céréales anciennes, et encouragent la consommation de haricots secs et de légumineuses («sucres lents»). Les régimes les plus extrêmes sont les régimes cétogènes. Cependant, comme nous l'avons vu, plus l'élimination de quasiment tous les glucides est extrême, plus elle est radicale, sans se contenter de combiner glucides et lipides, plus le taux d'insuline est faible et plus vous aurez de chances de perdre du poids et de conserver votre poids idéal sans être tenaillé par la faim.

Le jeûne, c'est-à-dire l'abstinence volontaire de nourriture pendant plusieurs jours, voire plusieurs semaines de suite – le jeûne intermittent (sur de plus courtes périodes) et ce que l'on appelle de nos jours le jeûne intermittent avec un temps d'alimentation restreint (prendre tous ses repas dans une brève fenêtre de six ou sept heures) – augmente la durée que nous passons sous le seuil d'insuline et pendant laquelle nous mobilisons la graisse pour produire de l'énergie. Ce phénomène aura lieu indépendamment des autres bienfaits que le jeûne est susceptible d'offrir. Le jeûne semble un complément efficace au régime LCHF/cétogène et certaines formes de jeûnes peuvent se révéler utiles pour assurer une perte de poids modérée et pour améliorer la santé (dès lors que les céréales raffinées et les sucres sont également supprimés). La plupart des médecins que j'ai interviewés au sujet de leur livre recommandent d'associer le jeûne intermittent ou un régime restreint dans le temps au régime LCHF/cétogène.

Je n'ai pas évoqué l'exercice physique dans cet ouvrage, notamment parce que rien ne permet de conclure qu'il est possible de se débarrasser d'une quantité significative de graisse sans la reprendre en augmentant l'énergie que nous déployons lors de nos exercices et en faisant de l'activité physique.

Nous connaissons cependant sans doute tous des personnes qui affirment avoir perdu du poids rien qu'en faisant plus d'exercices ou en reprenant une activité physique après une longue coupure. Si c'est avéré,

c'est que l'activité physique a dû accroître la durée pendant laquelle leur niveau d'insuline est resté sous le seuil permettant de mobiliser la graisse.

L'augmentation de la sensibilité à l'insuline au niveau des cellules musculaires pourrait expliquer ce phénomène. Comme me l'a expliqué feu John Holloszy, un physiologiste légendaire spécialiste de l'exercice à l'université Washington à Saint-Louis², les exercices d'endurance ou l'activité aérobie améliorent la sensibilité à l'insuline, car ils épuisent les stocks de glycogène présents dans les muscles et les cellules s'astreignent alors à les reconstituer. Selon cette vision, le corps semble sensible à l'insuline en raison du travail accru des cellules pour prélever des glucides, comme elles le font lorsque le taux d'insuline est élevé. Cet effet se prolonge un jour ou deux après un entraînement intense, m'a expliqué John Holloszy, ou jusqu'à ce que nous prenions notre premier repas riche en glucides qui met un terme au processus. (Si vos habitudes ressemblent un tant soit peu à celles que j'avais et que votre premier repas riche en glucides se compose d'une bouteille de Gatorade de pratiquement 1 L ingurgitée juste après vos entraînements, les bienfaits de la sensibilité à l'insuline seront de très courte durée.) L'exercice pourrait donc contribuer au maintien d'un faible niveau d'insuline et à une mobilisation importante de la graisse et ainsi neutraliser les glucides consommés, mais uniquement sur une courte période. Cela laisse penser qu'il serait plus efficace de faire l'impasse sur les glucides.

.....

- 1* Malheureusement pour notre compréhension de l'obésité et des moyens de la prévenir et de la soigner, peu après la publication de ce chapitre, le docteur Sidbury prit la direction du National Institute of Child Health and Human Development au National Institute of Health. Il ne reprit jamais ses travaux sur la thérapie diététique de l'obésité. À l'époque, l'obésité infantile ne semblait pas un sujet d'étude d'une importance cruciale, comme c'est le cas aujourd'hui.
- 2* John Holloszy, décédé en 2018, a commencé à étudier le métabolisme en question au début des années 1960.

LA VOIE DES CERTITUDES

Si vous devez choisir entre une hypothèse et une expérience, optez pour l'expérience.

Il y a peu, quelqu'un m'a demandé comment je m'y prenais pour perdre du poids. J'ai répondu que je ne mangeais pas plus de 20 g de glucides par jour. Mon interlocuteur a commencé à sérieusement paniquer. Il m'a affirmé que c'était très dangereux. (Pas du tout.) Il m'a demandé si mon médecin était au courant. (Oui.) Il m'a déclaré que les glucides étaient essentiels à la survie. Du coup, je lui ai demandé: «Tu penses sérieusement que j'étais en meilleure santé quand j'avais 40 kg de plus?» J'ai la nette impression qu'il avait envie de dire oui, mais qu'il a eu peur de s'en prendre une. Il n'avait pas tort sur ce coup-là.

– RACHELLE PLOETZ,
sur son compte Instagram #eatbaconloseweight

La question posée par Rachel Ploetz, «Tu penses sérieusement que j'étais en meilleure santé quand j'avais 40 kg de plus?», est au cœur d'une intense controverse. La santé est notre objectif ultime. Que l'on perde 40 ou 4,5 kg, on ne peut pas exclure que des habitudes alimentaires entraînant une perte de graisse finissent par nous nuire.

L'expérience de Rachel Ploetz constitue une bonne étude de cas. Elle avait lutté avec son poids toute sa vie malgré ses efforts

pour manger sainement, du moins comme on l'entend habituellement. Lorsqu'elle a commencé son programme LCHF/cétogène, elle pesait 172 kg. Elle a fini par perdre 68 kg et son poids s'est stabilisé à 104 kg. Elle a raconté son expérience sur son compte Instagram. En suivant le même régime que Rachelle, son mari a perdu 34 kg et sa fille adolescente pratiquement 23 kg. Comme moi, ils en sont arrivés à la conclusion que s'ils changeaient leur mode d'alimentation pour de nouveau consommer des glucides, même «sains», à base de céréales complètes, de légumes secs ou de légumineuses (en réduisant bien évidemment leur consommation de beurre et de bacon), ils reprendraient les kilos perdus. Ils considèrent comme une nécessité la poursuite à vie de ce régime. Sont-ils en meilleure santé pour autant?

Lorsque j'ai commencé à écrire (sans encore bien le comprendre) sur le paradoxe que soulevait le régime LCHF/cétogène pour la communauté médicale dans un article qui a fait la couverture du *New York Times Magazine* en juillet 2002, j'ai reconnu avoir expérimenté le régime Atkins et avoir ainsi perdu 11 kg sans le moindre effort. J'ai mené chaque jour une lutte acharnée contre ces 11 kg depuis la trentaine et ni mon addiction au sport pendant pratiquement une décennie dans les années 1990 ni mon régime sain pauvre en graisses et essentiellement végétarien n'y avaient rien fait. J'évitais de manger des avocats et du beurre d'arachide en raison de leur teneur en matières grasses et je considérais la viande rouge – et plus particulièrement le steak et le bacon – comme un vecteur de mort prématurée. Je ne mangeais que le blanc des œufs. Devant mon manque de progrès tangibles, j'en étais venu à accepter ces kilos en trop comme une fatalité. Lorsque j'ai changé mes habitudes alimentaires, sans toucher aux quantités pour autant que je sache, ces kilos ont disparu.

À l'époque, cette expérience m'a fasciné, j'avais l'impression d'avoir appuyé sur un interrupteur (je sais maintenant que c'était bien le cas). J'ai néanmoins avoué dans cet article un sentiment qui allait m'accompagner pendant des années: l'anxiété. Chaque matin, lorsque je contemplais l'assiette d'œufs (avec le jaune) accompagnés de saucisse ou de bacon de mon petit déjeuner, je me demandais comment et quand ils allaient avoir raison de moi. Je ne m'inquiétais pas du manque de légumes verts dans mon régime, car je n'en avais jamais autant mangé. Ce qui m'inquiétait,

c'était les matières grasses, la viande rouge et la charcuterie. Malgré ma longue expérience de journaliste et le scepticisme qui l'accompagne, l'idée que je me faisais d'un régime alimentaire sain était le produit d'un système de croyances sur la nutrition qui s'était solidement ancré lors du passage à l'âge adulte, des théories ou, plus exactement, des hypothèses sur ce qui constituait un régime sain. Le bacon, les saucisses, les œufs (ou du moins le jaune), la viande rouge et les généreuses portions de beurre n'en faisaient pas partie.

«Après avoir mariné vingt ans dans le paradigme de la teneur réduite en matières grasses», comme je l'écrivais dans mon article de 2002, j'ai du mal à envisager le monde de la nutrition sous un autre jour. J'ai appris que les régimes hypolipidiques échouent aussi bien lors des tests cliniques que dans la vraie vie, et je peux même dire que j'en ai fait les frais. J'ai lu les articles indiquant que vingt années de recommandations en faveur des régimes pauvres en matières grasses ne sont pas parvenues à faire baisser l'incidence des maladies cardiaques dans ce pays, mais peuvent en revanche avoir conduit à une forte augmentation de l'obésité et du diabète de type 2. J'ai interviewé des chercheurs dont les modèles informatiques ont calculé qu'une réduction des graisses saturées dans mon alimentation pour les ramener aux niveaux recommandés par l'American Heart Association n'ajouterait au mieux que quelques mois à mon existence. J'ai même perdu un poids considérable relativement facilement en éliminant les glucides de mon régime test, ce qui ne m'empêche pas, lorsque je contemple mes œufs et ma saucisse, d'imaginer la survenue imminente d'une maladie cardiaque et de l'obésité, cette dernière probablement due à un étrange effet de rebond auquel la science ne s'est pas encore intéressée.

Comme je l'indiquais alors, il existait peu de preuves tangibles pour atténuer ces anxiétés. Ce manque de preuves est un élément critique dans le débat et explique qu'il ne tarit pas. Après tout, ce que nous aimerions savoir, c'est si le régime LCHF/cétogène – et non, par exemple, un régime méditerranéen, très pauvre en matières grasses, ou végétarien – nous fera non seulement perdre plus ou moins de poids, mais aussi s'il nous fera mourir prématurément.

Pour avoir une réponse fiable à cette question, il est nécessaire de faire des expériences, les études contrôlées randomisées étant ce que la médecine a de mieux à proposer en la matière. D'un point de vue conceptuel, il n'y a rien de plus simple: il suffit de choisir deux groupes d'individus au hasard, de soumettre l'un d'eux à un régime et l'autre à un autre régime et d'observer ce qui se passe. Lequel de ces groupes de personnes choisies au hasard jouit d'une longévité supérieure ou est plus ou moins affecté par les maladies? Le hic, c'est qu'il faut des décennies à ces maladies chroniques pour se développer et pour connaître notre longévité; par ailleurs, les différences de ce que l'on appelle techniquement la morbidité (maladie) et la mortalité (âge de décès) entre les groupes sont des données subtiles. C'est pourquoi les types d'expériences à même de nous renseigner sur la nature des habitudes alimentaires les plus saines (pour l'ensemble ou une partie de la population) doivent porter au minimum sur plusieurs dizaines de milliers de sujets et doivent durer suffisamment longtemps (sans doute des décennies) pour déterminer de manière fiable si les sujets souffrent davantage ou moins de maladies cardiaques, meurent plus jeunes ou plus vieux pour des raisons incontestablement liées à leur alimentation.

La médecine est une science, de sorte que le concept de l'hypothèse et du test reste valable, ces essais cliniques servant à tester des hypothèses pertinentes sur l'alimentation et la santé. Mener correctement ces essais s'avérerait toutefois très coûteux. Il faudrait en faire un grand nombre, certains uniquement destinés à vérifier que les résultats des autres sont corrects, sans compter qu'ils présentent des défis à peine imaginables. Si le concept est simple, la réalité est tout autre. Les raisons pouvant conduire à l'échec sont si nombreuses que des autorités de santé publique de premier ordre ont récemment déclaré qu'ils *ne devraient pas* être entrepris. Elles affirment que nous devrions avoir confiance dans ce qu'elles *pensent* savoir sur la nature d'une alimentation saine, valable pour chacun d'entre nous, que nous soyons ou non prédisposés à grossir en adhérant à une telle alimentation. Sauf le respect que je leur dois, je ne souscris pas à cette opinion.

Sans ces preuves fiables, on peut spéculer sur les risques de mourir prématurément ou d'être en meilleure santé en suivant un régime alimentaire plutôt qu'un autre (autrement dit, vivre et rester en bonne santé

plus longtemps) en appliquant certaines règles, sans toutefois oublier qu'il s'agit de suppositions. Consommer une nourriture au menu des humains depuis des milliers, voire des centaines de milliers d'années, sous la forme dont elle a toujours été consommée, par exemple, est susceptible de présenter moins de risques et donc de s'avérer moins nocive que la consommation d'aliments entrés plus récemment dans le régime alimentaire humain ou transformés de façon relativement nouvelle. Cet argument célèbre a été avancé par l'épidémiologiste britannique Geoffrey Rose en 1981 dans le cadre de directives de santé publique. Si on cherche à prévenir des maladies, comme l'a fait observer Geoffrey Rose, et c'est bien à cela que servent les directives et recommandations de santé publique, les seules mesures de prévention acceptables sont celles qui éliminent ce qu'il qualifiait de «facteurs non naturels» et restituent la «*“normalité biologique” — c'est-à-dire [...] les conditions auxquelles nous sommes vraisemblablement génétiquement adaptés*».

Éliminer et *non naturel* sont ici les deux termes clés. Éliminer quelque chose qui n'est pas naturel revient à éliminer quelque chose susceptible d'être nocif. Prenons, par exemple, les campagnes antitabac. Il y a peu de raisons de supposer que renoncer à la cigarette pourra nous nuire, car fumer n'a rien de «naturel». La cigarette est une expérience relativement récente pour les humains.

Si nous introduisons dans notre alimentation une nouveauté, donc quelque chose de «non naturel», en pensant que ce sera bénéfique pour notre santé, nous supposons que les bienfaits l'emportent sur la nocivité. Les deux facettes sont certainement présentes. Nous devons traiter cette nouveauté comme s'il s'agissait d'un médicament que nous jugerons bénéfique et que nous devons prendre à vie (comme un traitement contre le cholestérol ou l'hypertension, par exemple). Comment savons-nous que cette nouveauté ne présente aucun risque, même si elle apporte des bienfaits à court terme?

Il s'agit d'une question d'appréciation qui dépend du point de vue. L'une des raisons pour lesquelles l'ensemble des experts de l'alimentation s'accordent désormais plus ou moins sur le fait que nous devrions réduire notre consommation de céréales hautement transformées (farine blanche) et de sucres (saccharose et sirops riches en fructose) tient au fait que ces

céréales et ces sucres raffinés sont relativement nouveaux dans l'alimentation humaine. On part du principe que *ne pas* les consommer ne produira aucun effet néfaste, mais s'accompagnera peut-être au contraire de quelques bienfaits. Ingérer du sucre, par exemple, peut produire des bienfaits à court terme – l'afflux d'énergie peut alimenter nos performances sportives ou nous rendre plus performants lors d'un examen scolaire –, mais nous ignorons si une consommation sur le long terme peut s'avérer nocive. La plupart des autorités de santé publique sont arrivées à la conclusion que c'était bien le cas.

L'opinion selon laquelle nous devrions tous nous nourrir de tubercules, tels que les patates douces, comme le suggère le régime paléo, repose sur l'hypothèse que nos ancêtres chasseurs-cueilleurs en ont consommé pendant deux millions d'années, d'où leur probable innocuité. Certains défenseurs de ce régime franchissent un pas de plus en suggérant que nous serions en meilleure santé en consommant que sans en consommer. Ce ne sont pourtant que des suppositions. C'est peut-être vrai, ou cela l'est pour certains d'entre nous, mais pas pour d'autres. La seule façon de le savoir serait de mener l'un de ces essais cliniques terriblement coûteux et incroyablement exigeants.

Les injonctions à consommer davantage d'acides gras oméga-3 (un type de graisse polyinsaturée issue notamment de l'huile de poisson et des graines de lin) et moins d'oméga-6 (un autre type de graisse) reposent sur la supposition que ce rééquilibrage des matières grasses que nous ingérons nous permettra d'améliorer notre santé et de vivre plus longtemps. Les chercheurs ont mené des essais à long terme pour vérifier cette hypothèse et les résultats sont plutôt mitigés: c'est peut-être bien le cas, mais peut-être pas. On continue pourtant de nous répéter que nous devrions consommer davantage d'oméga-3 et moins d'oméga-6, car notre régime alimentaire actuel contient des quantités importantes d'oméga-6 (de façon significative dans l'huile de maïs et de soja, mais aussi dans la viande d'animaux nourris au maïs et aux graines de soja), ce qui est considéré comme contre-nature. Cela voudrait dire que nous ne sommes pas adaptés génétiquement à absorber une quantité aussi élevée de graisses de type oméga-6. C'est peut-être vrai, mais nous n'en savons rien.

L'une des raisons qui nous poussent, moi-même comme d'autres, à défendre l'idée selon laquelle l'ingestion de graisses saturées d'origine animale est très probablement inoffensive repose sur le fait que l'espèce humaine en a toujours consommé. Les preuves ne sont pas suffisamment probantes pour *nous* convaincre que cette hypothèse puisse être erronée. Nous ne savons pas si nous avons consommé ces graisses saturées en grande quantité ou non, mais nous pouvons supposer que nous sommes adaptés génétiquement pour le faire. Ce sont des «matières grasses ancestrales» (en anglais «*vintage fats*»), pour reprendre l'expression initialement employée par Jennifer Calihan et Adele Hite, infirmière diplômée, dans leur ouvrage *Dinner Plans: Easy Vintage Meals* (non traduit en français); elles intègrent dans cette catégorie certaines huiles végétales comme celles d'olive, de sésame, d'avocat et de coco, ainsi que toutes les matières grasses d'origine animale. Elles les opposent aux «matières grasses modernes» comme la margarine et les graisses solides végétales en général, ainsi que les huiles raffinées industriellement à partir de graines de colza, de maïs, de soja, de coton, de carthame et de pépins de raisin. Vu sous cet angle, l'innocuité de ces matières grasses ancestrales ne fait aucun doute. Ce qui n'est pas le cas des matières grasses modernes.

C'est également ce qui nous amène à penser que la viande provenant d'animaux élevés en plein air et nourris à l'herbe est meilleure pour notre santé que celle provenant d'animaux issus d'élevages industriels et nourris aux céréales: la teneur en matières grasses de cette viande se rapproche davantage de celle des animaux dont se sont nourris nos ancêtres pendant plus ou moins un million d'années. Elle est plus naturelle. (Peut-être plus important encore, ce mode d'alimentation ne cautionne pas le traitement cruel et inhumain fréquemment observé dans les élevages industriels.) Les nouveaux aliments ou les anciens aliments sous des formes non naturelles présentent davantage de risques d'être nocifs que les aliments pour lesquels nous sommes probablement génétiquement adaptés.

Cette pensée vient par ailleurs étayer la vision traditionnelle selon laquelle un régime alimentaire sain doit comporter des céréales anciennes, des céréales complètes de préférence aux céréales hautement raffinées comme le riz blanc et la farine blanche qui pourront être remplacés par du quinoa ou de la semoule de blé complet. Même en ignorant tout des

mécanismes pouvant le justifier, comme la teneur en gluten ou l'index glycémique (la vitesse à laquelle le glucose passe dans le sang), et encore une fois en l'absence de preuve expérimentale significative, on part de l'hypothèse selon laquelle nos ancêtres ont sans doute mangé ces céréales pendant plusieurs milliers d'années sous la même forme que nous. Elles sont donc susceptibles de se révéler inoffensives, en tout cas pour les personnes prédisposées à la minceur qui tolèrent un régime plus riche en glucides.

On peut néanmoins émettre une réserve, sachant que les définitions de ce qui *est* ou *n'est pas naturel* varient selon le point de vue des autorités officielles en matière de nutrition. Lorsqu'on analyse les derniers conseils nutritionnels, on doit se faire une opinion sur la manière dont les partisans de ces conseils définissent les termes *naturel* et *non naturel*. Les céréales anciennes sont-elles naturelles parce que certains peuples (mais pas tous) en consomment depuis des millénaires, soit plus ou moins depuis l'invention de l'agriculture? Ou toutes les céréales sont-elles non naturelles parce que nous n'en consommons que depuis quelques millénaires, depuis l'invention de l'agriculture? Est-il sûr d'ajouter à notre alimentation quelque chose d'apparemment naturel (des céréales anciennes, des tubercules ou des acides gras oméga-3), ou vaut-il mieux se contenter d'éliminer les éléments non naturels (céréales raffinées, sucres, une partie des acides gras oméga-6)? Je pense quant à moi que la deuxième proposition présente moins de risques. Mais cela n'est pas non plus sans complication, car il faut remplacer les sources d'énergie ainsi supprimées de l'alimentation.

L'influence qu'exercent sur nous les médias qui relaient des informations scientifiques vient compliquer la manière dont nous envisageons notre alimentation. Soit par définition tout ce qui est *nouveau* et qui vient soit étayer soit contredire l'approche conventionnelle, ou ce qui évoque le régime à la mode du moment¹.

La meilleure raison pour ignorer les résultats des dernières études et les derniers reportages suggérant que nous devrions manger ceci ou cela est que leur interprétation est très probablement erronée. Actuellement, les médias s'intéressent à ce que les journalistes scientifiques appellent la «crise de la reproductibilité» – un pourcentage élevé des études publiées

arrive à des résultats erronés ou est mal interprété, voire les deux. En tenant compte des études vides de sens, pas plus d'une étude sur dix ou une étude sur vingt (publiée dans la presse ou sur Internet) ne mérite que l'on s'y intéresse. Ce pourcentage peut encore baisser pour les recherches dans les domaines de la nutrition et du mode de vie pour lesquelles les chercheurs manquent si cruellement de formation et qui sont si complexes à mener. C'est l'une des raisons pour lesquelles les comités qui statuent sur les prix Nobel attendent généralement plusieurs décennies avant de décider si des travaux méritent d'être récompensés. Le plus souvent, si l'on attend suffisamment longtemps, on voit arriver la publication de nouvelles études qui contredisent les études actuelles. Nous ne saurons que beaucoup plus tard, voire jamais, laquelle dit vrai.

«Tenter de déterminer ce qui se passe dans le monde en lisant les journaux, comme l'a écrit Ben Hecht, scénariste, réalisateur et journaliste célèbre pour son génie, c'est un peu comme tenter de dire l'heure en regardant la trotteuse d'une horloge.» Il en va de même avec la recherche et la science. Tenter de déceler la vérité en lisant les dernières publications d'une revue scientifique, tout particulièrement sur la nutrition, est également un jeu de dupes. Il est préférable de ne pas trop s'attarder sur les dernières recherches et de plutôt s'intéresser aux tendances à long terme, à l'accumulation des recherches (interprétées de manière objective, avec un peu de chance), même si les tendances à long terme font rarement la une, voire jamais.

Depuis l'âge d'or du régime Atkins dans les années 1970, les experts n'ont jamais voulu reconnaître le régime LCHF/cétogène comme un mode d'alimentation sain. (Ceux qui le font perdent rapidement leur aura d'expert.) Ils sont convaincus que la quantité de matières grasses que doit contenir la nourriture pour remplacer les glucides raffinés et le sucre est trop élevée et donc non naturelle. Ceux d'entre nous qui défendent ce régime peuvent se perdre en conjectures sur l'alimentation vaguement similaire de nombreuses populations de chasseurs-cueilleurs qui étaient peut-être même en état de cétose, notamment les Inuits, les éleveurs nomades comme les guerriers Massai du Kenya, les Amérindiens pendant les mois d'hiver, mais ce ne sont que des spéculations. Le caractère

inhabituel de ces régimes peut conduire à se poser des questions légitimes sur la possibilité de voir les risques l'emporter sur les bienfaits. C'est tout à fait naturel.

Peu importe que ces régimes permettent à des personnes de perdre du poids, parfois même sans difficulté, l'orthodoxie médicale reste convaincue qu'ils causeront notre mort prématurée. On a inculqué à des générations de médecins, de chercheurs en médecine, de diététiciens et de nutritionnistes, la certitude que nous savons en quoi consiste un régime sain (ni moi ni vous ne faisons probablement exception en la matière). C'est tout simplement ce que mangent les personnes en bonne santé: des fruits, des légumes, des céréales complètes, des légumineuses et des légumes secs tels que les lentilles et les pois cassés, soit essentiellement des végétaux et beaucoup de glucides. Ils évitent la viande rouge et la viande transformée, optent plutôt pour les matières grasses insaturées, de préférence d'origine végétale et non animale. Le corps médical déclare unanimement que tout écart significatif par rapport à ce mode d'alimentation, indépendamment de la perte de poids qu'il occasionne, n'est pas durable et pourrait se révéler préjudiciable.

C'est pourquoi les experts que réunit tous les ans le magazine *U.S. News & World Report* pour évaluer les régimes et nous conseiller sur la manière de nous alimenter classent les régimes LCHF/cétogènes parmi les plus nocifs imaginables, en dépit des nombreuses recherches et expériences cliniques qui affirment désormais le contraire. C'est ainsi que deux défenseurs de l'alimentation saine conventionnelle aguerris à la guerre des médias – David Katz, médecin autrefois lié à l'université Yale et l'ancien journaliste du *New York Times* Mark Bittman, par ailleurs auteur de livres de recettes à succès – ont jugé pertinent de suggérer récemment dans le *New York Magazine* que perdre du poids avec le régime LCHF/cétogène (sans parler du fait de le stabiliser à vie) s'apparentait à attraper le choléra, une diarrhée infectieuse souvent fatale. *«Tout ce qui entraîne une perte de poids ou une apparente amélioration du métabolisme à court terme n'est pas forcément une bonne idée, ont-ils écrit. Le choléra, par exemple, entraîne une perte de poids, une baisse du taux de sucre et de lipides dans le sang, ce qui ne le rend pas pour autant désirable!»*

Malgré leur rhétorique pour le moins hyperbolique, David Katz et Mark Bittman ne pensent qu'à notre bien. Leur inquiétude est tout à fait légitime.

Les choses que nous pouvons faire ou prendre (comme des médicaments et des substances dopantes) pour inverser et peut-être même guérir à court terme certains signes de mauvaise santé ne manquent pas, mais elles risquent d'abrèger ou de détruire nos vies si nous les prenons pendant des années ou des décennies. La première règle en médecine n'est pas de faire du bien aux patients, mais de ne pas leur faire de mal. C'est le fondement même du serment d'Hippocrate. Comme le déclarait une récente tribune dans le *New York Times* au sujet d'un médicament qui semblait particulièrement performant pour atténuer rapidement les graves dépressions suicidaires, «*des interrogations subsistent sur l'innocuité d'une utilisation à long terme*».

Il subsistera toujours des doutes sur l'utilisation à long terme de toute chose. Imaginez que vous décidez de vous mettre à la course à pied pour lutter contre le vieillissement. Que vous considériez ou non la question sous cet angle, vous portez un jugement implicite sur les risques et les bienfaits de l'entreprise. Cela fera-t-il plus de bien que de mal à vos articulations, par exemple? Allez-vous vivre plus longtemps en imposant ce stress à votre organisme ou cet exercice vous fera-t-il mourir prématurément? Les marathoniens, même jeunes, ne sont pas à l'abri des infarctus. Jim Fixx, auteur de l'ouvrage *The Complete Book of Running* (non traduit en français), best-seller en 1977, est mort tragiquement d'une crise cardiaque pendant son jogging. Il avait 52 ans. Il est généralement admis qu'il y a peu de choses qui pourraient jouer en notre faveur, mais nous ne le saurons jamais avec certitude. Nous savons que les coureurs de fond ont l'air en pleine forme, mais il n'en serait pas forcément de même pour nous.

Une idée reçue au sujet de la nutrition et la médecine moderne, partagée par de grands experts, des médecins et les journalistes spécialisés dans le domaine, concerne la nécessité de mener des essais cliniques pour guider nos décisions. Il est inutile de recourir à un essai clinique (qui coûte des dizaines de millions de dollars et implique des dizaines de milliers de sujets) pour savoir si le régime LCHF/cétogène, ou tout autre régime, tant végétarien que carnivore, vous permettra de perdre un poids significatif sans souffrir de la faim et de vous sentir en meilleure forme qu'avant. Il vous suffit d'essayer pour le savoir. Peu important les conclusions des essais cliniques. Ce qui compte, c'est votre propre expérience. Essayez de changer

vosre alimentation pour le découvrir, de la même manière que vous pouvez vous faire prescrire un nouveau médicament et savoir relativement rapidement s'il est efficace et vous aide à vous sentir mieux. Les essais cliniques sont nécessaires pour connaître les risques et les bienfaits à long terme d'un mode d'alimentation par rapport à un autre (comparer le régime végan au régime carnivore pour prendre les deux extrêmes, par exemple), mais pas sur le court terme. Nous pouvons les découvrir de manière fiable par nous-mêmes.

«Est-ce sans danger?» est systématiquement l'une des deux questions que l'on se pose lorsqu'on envisage de changer de régime alimentaire ou de mode de vie, surtout lorsque l'on cherche à se prémunir contre les maladies chroniques. La deuxième étant «Est-ce la solution à nos problèmes?». Ces deux questions sont intimement liées et il est impossible d'en traiter une sans tenir compte de l'autre.

C'est l'un des nombreux problèmes évidents de l'argument selon lequel le régime LCHF/cétogène présente trop de risques, peut-être pas à court terme, mais certainement à long terme. Les experts qui avancent cet argument partent du principe, comme nous l'avons évoqué, qu'il existe des alternatives viables et qu'un certain nombre d'approches diététiques permettent d'atteindre et de conserver un poids normal (dès lors que l'on mange moins), comme le régime méditerranéen qu'ils considèrent comme sûr. Selon eux, le fait que des personnes minces et en bonne santé mangent de cette manière (pas toutes, faut-il le rappeler) atteste la validité de leur opinion. Croire qu'il en va ainsi pour tous revient à croire que ceux d'entre nous qui grossissent facilement ne sont pas différents des minces sur le plan physiologique et hormonal, une théorie que j'ai évoquée plus tôt et avec laquelle je suis en total désaccord.

La vision conventionnelle voit le régime LCHF/cétogène comme une autre manière de faire le nécessaire: limiter l'apport calorique et manger moins. Ils estiment qu'il s'agit d'un procédé particulièrement radical pour y parvenir, que tout ce qui est radical est contre-nature et s'accompagne par définition de risques considérables, et donc d'une probabilité relativement élevée de nuire. Une option jugée sûre pour les personnes fortes serait, selon la vision conventionnelle, un régime sain comme celui suivi par les personnes minces et en bonne santé, mais avec des quantités moindres. Ces

experts refusent tout simplement d'envisager la possibilité que des portions moins conséquentes ou limitées d'un régime qu'ils jugent sain ne permettent pas de remédier aux maux de bon nombre d'entre nous. Cet argument ne tient pas si s'alimenter sainement selon la vision conventionnelle, mais en moindre quantité, et ainsi retrouver un poids normal et le conserver n'est pas viable *pour nous*.

Il est en outre essentiel de comprendre sur quoi s'appuie la conviction qui sous-tend ces arguments. Les opinions des autorités qui y souscrivent (qu'il s'agisse des experts réunis par le *U.S. News & World Report*, des recommandations nutritionnelles du ministère de l'Agriculture des États-Unis ou des David Katz et Mark Bittman de ce monde, voire d'amis bien intentionnés qui nous conseillent de lever le pied sur le bacon) ne s'appuient pas sur une expérience personnelle, mais sur des concepts théoriques sur ce qui constitue une alimentation saine. Ils ne font que souscrire, comme nous l'avons quasiment tous fait, aux hypothèses conventionnelles sur la nature d'une alimentation saine. Cette façon de voir les choses paraît évidente de manière intuitive et *semble* donner des résultats dans *leur* cas. En ce sens, il est utile de considérer la controverse vieille d'un demi-siècle sur la nature d'une alimentation saine comme un conflit entre hypothèse et expérience².

Nous avons d'un côté des idées que nous tenons pour vraies, ou qui semblent l'être, sur la meilleure façon de s'alimenter pour être en bonne santé. De l'autre côté, nous disposons des observations cliniques des médecins et de notre propre expérience quand nous nous soumettons à différents régimes. La vision conventionnelle de la nutrition est dominée par l'hypothèse que les graisses saturées augmentent le taux de cholestérol, et plus particulièrement celui du «mauvais cholestérol» avec les LDL (lipoprotéines de basse densité), et provoquent des infarctus. Cette hypothèse a dominé l'approche conventionnelle de l'alimentation et de la santé, un peu comme l'anneau unique qui «*domine tous les autres*» dans *Le Seigneur des anneaux* de Tolkien. Cela implique que nous jouirions d'une longévité supérieure si nous renoncions aux graisses saturées au profit des graisses polyinsaturées présentes dans l'huile de maïs, de soja ou de colza. La notion selon laquelle il faudrait éviter les produits d'origine animale nocifs (viande rouge, œufs et produits laitiers en particulier) et qu'un

régime contenant principalement ou uniquement des végétaux nous permettrait de vivre plus longtemps et en meilleure santé repose également largement sur la peur que suscitent les graisses saturées.

Les médecins et les diététiciens sont censés s'appuyer sur ces hypothèses pour formuler leurs conseils en matière de régime et de mode de vie, mais ils n'ont aucun moyen de savoir si ces conseils font une différence. Lorsqu'un patient meurt, un sort auquel aucun n'échappe, quelle que soit la cause du décès, que son taux de cholestérol ait ou non changé, rien n'indique au médecin si le régime hypolipidique a pu jouer un rôle. De même, si je mourais demain ou centenaire, mes proches ne sauraient jamais si mon régime non conventionnel riche en matières grasses a eu une incidence sur ma longévité. (Les détracteurs de mon travail sur la nutrition insisteront sur la responsabilité des matières grasses dans ma mort prématurée, mais ça ne sera qu'une simple conjecture.) Peut-être que Jim Fixx aurait eu son infarctus tragique une décennie plus tôt s'il ne s'était pas mis à la course à pied. Peut-être serait-il mort au début de la cinquantaine dans un cas comme dans l'autre. On ne saura jamais.

Même si des essais cliniques nous apportaient des preuves tangibles confortant ces hypothèses, ce qui n'est pas le cas, cela ne nous permettrait pas de répondre à ces questions. Les hypothèses et les preuves sur lesquelles se basent les autorités pour tirer ces conclusions (autrement dit pour se ranger derrière ces suppositions) suggèrent simplement que nous sommes susceptibles de vivre plus longtemps en suivant un régime sain conventionnel et en faisant de l'exercice, et non que ce sera le cas. Il nous faut donc peser les risques et les avantages pour déterminer si la possibilité de vivre plus longtemps justifie que l'on s'astreigne au comportement approprié *pour le restant de nos jours*. Cela soulève une autre question évidente: si les autorités ont raison et que, par exemple, la consommation de graisses saturées réduit notre espérance de vie, pouvons-nous déterminer dans quelle proportion? De combien de temps pouvons-nous espérer allonger notre vie en réduisant notre consommation de matières grasses?

Voici une autre question que les autorités semblent esquiver, peut-être parce que la réponse n'est pas à leur goût. Si la vision conventionnelle est avérée et que la consommation de graisses saturées augmente le cholestérol LDL (ce qui sera le cas pour un grand nombre d'entre nous) qui peut nous

faire mourir prématurément d'un infarctus, combien d'années de vie aurions-nous gagnées en renonçant aux aliments riches en matières grasses, et plus particulièrement en graisses saturées (d'origine animale), ou si nous avions remplacé en partie ces dernières par des graisses polyinsaturées provenant d'huiles de graines, conformément aux recommandations des autorités responsables de notre santé cardiaque? Autrement dit, en supposant que les experts aient raison, quels sacrifices culinaires sommes-nous prêts à consentir par peur des graisses saturées?

Comme je l'ai indiqué dans mon article paru en 2002 dans le *New York Times Magazine*, trois groupes de chercheurs ont apporté depuis longtemps une réponse unanime à cette question: à Harvard (en 1987), à l'université McGill à Montréal et à l'université de Californie à San Francisco (en 1994 dans ces deux derniers cas). Ces chercheurs ont évalué les bienfaits sur la longévité d'une réduction de notre consommation de matières grasses d'un quart et de notre consommation de graisses saturées d'un tiers par rapport aux quantités absorbées à cette époque, entraînant une baisse significative du taux de cholestérol: ils ont conclu à l'unanimité qu'en l'absence d'autres facteurs de risque sérieux susceptibles d'entraîner une maladie cardiaque, nous aurions vécu en moyenne de quelques jours à quelques mois de plus.

Comme l'a par ailleurs souligné l'un de ces chercheurs lorsque je l'interviewais, ce sursis ne concerne pas notre prime jeunesse, mais notre fin de vie. Même si cela semble évident, c'est un point qui mérite réflexion. Au lieu de tirer notre révérence en mars de notre soixante-quinzième année, par exemple, nous le ferions en avril ou en mai. Une personne de 90 ans est susceptible de grappiller quelques mois dans sa quatre-vingt-dixième année, voire de fêter ses 91 ans. C'est peut-être une bonne chose lorsque l'on a 90 ans, ou peut-être pas selon la qualité de vie qui est la nôtre. L'allongement ne dépasse probablement pas deux semaines chez une personne de 60 ans. Il n'est même pas évident que ce changement d'alimentation nous prémunisse contre l'infarctus. Même dans le meilleur des cas, il ne serait retardé que de quelques semaines ou quelques mois.

Après la publication de l'étude de Harvard dans la revue *Annals of Internal Medicine* en 1987, Marshall Becker, professeur de santé publique à l'université du Michigan, suggéra qu'éviter les matières grasses et les graisses saturées pour se prémunir contre les maladies cardiaques «revenait

à demander aux stewards de réagencer les transats sur le pont du Titanic». Pourtant, même cette analogie part du principe qu'un régime limitant les matières grasses prévient les maladies cardiaques sans nous nuire par ailleurs (en accentuant notre obésité et notre diabète en raison de sa teneur en glucides, par exemple).

Il existe une autre façon d'analyser ces statistiques des moyennes de population qui semble avoir la faveur des autorités. Il est en effet possible que certains d'entre nous meurent prématurément, à 50 ans au lieu de 80, par exemple, en raison d'un taux de cholestérol élevé. Si ces personnes adoptent un régime anticholestérol, elles vivront nettement plus longtemps. Mais il est impossible de déterminer à l'avance de qui il s'agit, si bien que nous devons tous adopter ce régime anticholestérol pour que ces quelques veinards en tirent les bienfaits. Les autres n'en tireraient aucun avantage. Un tel régime pourrait même s'avérer nocif comme en sont désormais convaincus de nombreux médecins. En 1999, l'un des éminents experts de la recherche sur le cholestérol, Scott Grundy de l'université du Texas, m'a décrit ce scénario en ces termes: «*Je dois suivre un régime hypolipidique à vie pour que mon voisin en bas de la rue n'ait pas un infarctus.*» Sur cent personnes qui se privent de beurre et de bacon toute leur vie, quatre-vingt-dix-neuf pourraient bien n'en tirer aucun bienfait pour leur santé, même si la vision conventionnelle sur les graisses saturées dit vrai.

Les médecins qui souscrivent au régime LCHF/cétogène et le prescrivent sont convaincus que ces *hypothèses* conventionnelles sur ce qui constitue une alimentation saine sont réfutées chaque jour aussi bien dans leur propre vie que dans leur cabinet. Après tout, un grand nombre d'entre eux et de leurs patients sont devenus de plus en plus gros et moins bien portants (j'en ai moi-même fait les frais) en suivant ces directives.

Certains étaient végétariens ou même végétans, mais c'est le régime LCHF/cétogène qui leur a finalement permis de facilement perdre leur embonpoint et d'inverser leur propension à l'hypertension ou au diabète. C'est ce qu'ils ont observé directement sur eux-mêmes, puis c'est ce qu'ont vécu leurs patients. Il n'est pas nécessaire d'avoir la foi pour observer ou ressentir ces bienfaits.

Rappelez-vous ce qu'ont écrit plus d'une centaine de médecins canadiens dans le *Huff Post* à propos de leurs observations et de leurs

expériences lorsque leurs patients ont adopté le régime LCHF/cétogène: *«Dans nos cliniques, nous constatons une baisse de la glycémie, une chute de la tension artérielle, l'atténuation ou la disparition des douleurs chroniques, l'amélioration des profils lipidiques et des marqueurs d'inflammation, des pertes de poids, l'amélioration du sommeil, l'atténuation des syndromes du côlon irritable, etc. Nous réduisons les doses de médicaments, que nous supprimons même parfois, ce qui minimise les effets secondaires chez les patients et les coûts engendrés pour la société. Nous obtenons chez nos patients des résultats impressionnants et durables.»* Les médecins qui prescrivent désormais ces régimes déclarent généralement qu'ils prescrivent rarement, voire jamais de médicaments contre le diabète ou l'hypertension à leurs patients; c'est même le contraire, ils suppriment leurs prescriptions. Ces témoignages sont éloquents.

Une médecin que j'ai interviewée en parle avec un certain réalisme. Caroline Richardson est médecin généraliste à l'université du Michigan et chercheuse en services de santé, elle travaille par ailleurs à l'Institute for Healthcare Policy and Innovation de l'université. Au début de sa carrière, elle faisait des recherches sur l'activité physique, puis s'est progressivement réorientée vers la prévention du diabète. Pendant des années, m'a-t-elle confié, elle a conseillé à ses patients de suivre les préconisations du programme de prévention du diabète, soit un régime pauvre en graisses et en calories et des exercices physiques. La plupart d'entre eux souffraient néanmoins d'obésité sévère et la moitié était diabétique. Peu à peu, elle s'est mise à étudier et à prescrire le régime LCHF/cétogène – après avoir découvert les bienfaits pour elle-même d'un régime relativement pauvre en glucides, comme c'est souvent le cas.

La docteure Richardson recommande désormais à ses patients de lire l'ouvrage *Toujours faim? Reprogrammez vos cellules adipeuses pour perdre du poids sans privation ni fringales* de David Ludwig, médecin et professeur de nutrition à Harvard, et de s'intéresser aux recettes pauvres en glucides qu'il propose. *«L'un des aspects du régime pauvre en glucides et riche en matières grasses que j'apprécie et que je ne cesse de vanter auprès de mes patients, c'est qu'en l'adoptant, on se sent mieux.»* C'est un peu comme avec l'exercice physique, m'a-t-elle confié. Elle conseille à ses patients de faire de l'exercice pour le sentiment de bien-être qu'il procure

sur l'instant et non parce qu'ils seront en meilleure santé dans cinq ans. *«Lorsque mes patients suppriment les glucides, ils me disent tous sans exception "C'est incroyable, j'ai l'impression d'être une nouvelle personne". Ils ne cessent par ailleurs de me répéter "Ça m'est égal si je meurs dans dix ans, là, je me sens minable et je veux que ça s'arrête".»*

L'avis de Daniel Murtagh sur la question est également intéressant. Il est médecin généraliste en Irlande du Nord avec une patientèle constituée principalement de familles populaires et de la classe moyenne. Il m'a confié que lorsqu'il faisait ses études de médecine (il a obtenu son diplôme en 2002), il était très peu question d'épidémie d'obésité ou de diabète. Lorsque nous nous sommes rencontrés quinze ans plus tard, il diagnostiquait un nouveau cas de diabète de type 2 par semaine. Il s'est intéressé à l'alimentation et à la nutrition en 2009, lorsqu'un patient a sollicité son avis sur les éventuels dangers et l'efficacité du régime paléo.

Le docteur Murtagh a fait quelques recherches et a découvert un univers fascinant. Il a commencé par lire *Le Régime paléo* de Loren Cordain, physiologiste du sport à l'université d'État du Colorado, le père des fondements de ce mode d'alimentation. Cela l'a conduit à s'intéresser à des livres sur le régime LCHF/cétogène. Il a trouvé l'argumentation de ces ouvrages (les miens compris) pleine de bon sens et a donc suivi lui-même ce régime avant de l'essayer sur ses patients. *«C'est bien beau les envolées lyriques sur les résultats escomptés avec ces régimes, s'est-il confié, mais arrive un moment où il faut se retrousser les manches et se mettre au travail et voir ce qu'il en est.»*

Lorsque j'ai interviewé Daniel Murtagh, il a évoqué plusieurs patients auxquels il avait conseillé d'éviter les glucides et de remplacer les calories correspondantes par des matières grasses naturelles (ancestrales). Voici ce qu'il m'a confié au sujet de l'un de ses patients diabétiques *«pas particulièrement costaud»*: *«Je ne pense pas que le terme rémission soit exagéré pour décrire ce qui s'est passé avec son diabète.»* Il a utilisé l'expression «obèse typique» pour décrire un autre patient à l'aube de la cinquantaine: 1,86 m et 145 kg, en passe de devenir diabétique et souffrant déjà de stéatose hépatique, de goutte et d'hypertension. Avant de changer de mode d'alimentation, ce patient prenait deux médicaments par jour pour soigner son hypertension, un autre contre la goutte et un dernier pour ses

indigestions chroniques et contre le reflux gastrique. Après un an de régime LCHF/cétogène, il avait perdu environ 50 kg et ne prenait plus de médicaments.

Il était incontestablement en meilleure santé, mais les confrères du docteur Murtagh qui restaient attachés à la vision traditionnelle se montraient peu enthousiastes. *«Je leur parle des mêmes patients qu’avec vous, me confia-t-il en m’expliquant leur résistance, et je songe, “vous essayez de me dire que je devrais demander à ce patient qui a perdu 50 kg et qui n’a plus besoin de médicaments de recommencer à manger du pain et à enlever le gras de son bacon”.»*

Les remarquables résultats obtenus avec le régime LCHF/cétogène au sein de la clinique ont toujours été un défi considérable pour les tenants de la vision traditionnelle de l’alimentation. Il en résulte un conflit de fond, une dissonance cognitive, entre deux définitions, apparemment mutuellement exclusives, de ce que signifie «manger sainement». Au cours des cinquante dernières années, l’alimentation saine a traditionnellement été définie et institutionnalisée comme se composant de fruits, de légumes, de céréales complètes et de légumes secs en grande quantité, avec une abondance de glucides (principalement d’origine végétale) et des quantités infimes de matières grasses d’origine animale et peu, voire pas du tout de viande rouge ou de charcuterie. L’autre définition correspond à ce dont ont besoin de nombreuses personnes pour garder un poids «idéal»: de préférence, peu ou pas de fruits, pas de céréales complètes, pas de légumineuses ou de légumes secs, très peu de glucides et beaucoup de matières grasses, ce qui se traduit souvent par une abondance de viande rouge et de charcuterie. Comment réconcilier cette contradiction? Si atteindre et conserver un poids «idéal» nécessite une alimentation «déséquilibrée», sommes-nous en meilleure santé ou non?

Ces expériences ont donné lieu à une accumulation de données cliniques, comme ont fini par le faire les essais cliniques. Lorsque j’ai abordé le sujet pour la première fois dans mon article du *New York Times Magazine* en 2002, les premiers essais cliniques se mettaient tout juste en place pour évaluer les bienfaits et les risques relatifs liés à ces modes d’alimentation. C’est à la lumière de ces essais que j’ai décidé d’adopter

cette position non orthodoxe dans mon article. Dans les années 1960, lorsque les chercheurs et les autorités ont choisi de croire que l'obésité n'avait d'autres causes que la suralimentation et se sont ralliés à la notion que les graisses saturées constituaient la principale cause des maladies cardiaques, ils ont tout fait pour imposer à la nation entière, puis au reste du monde, des régimes censés prévenir ces maladies. Aucune recherche significative n'a été effectuée, ne serait-ce que sur les effets à court terme du régime LCHF/cétogène. Il en fut ainsi jusqu'à la fin du siècle. (Pendant mes recherches, j'ai interviewé des chercheurs basés en Allemagne qui avaient mené des essais cliniques sur des régimes LCHF/cétogènes au milieu des années 1980, puis les avaient arrêtés après s'être rangés derrière l'opinion générale sur les dangers des matières grasses, alors que leurs propres recherches démontraient le contraire.)

Ce n'est qu'au début de ce siècle que les médecins ont repris les essais cliniques sur le régime LCHF/cétogène, après avoir pris conscience de l'épidémie d'obésité et généralement suite à une «expérience de conversion» personnelle. Dans mon article, j'indiquais que cinq essais cliniques étaient récemment arrivés à leur terme (bien que non encore publiés), comparant le régime LCHF/cétogène Atkins au régime à teneur réduite en matières grasses et en calories (hypocalorique) qui était et qui reste recommandé par l'American Heart Association. Les individus ayant participé à l'essai allaient d'adolescents en surpoids de Long Island qui avaient suivi les régimes pendant douze semaines à des adultes de Philadelphie pesant en moyenne 134 kg qui les avaient suivis pendant six mois.

Les résultats de ces cinq études étaient cohérents. Bien qu'ayant été invités à manger à satiété, les participants qui suivaient le régime LCHF/cétogène riche en matières grasses ont perdu plus de poids que ceux qui suivaient le régime pauvre en graisses et notamment en graisses saturées recommandé par l'American Heart Association. Par ailleurs, leurs facteurs de risque pour les maladies cardiaques s'étaient considérablement améliorés. Autrement dit, les résultats de ces essais allaient à l'encontre de ce qu'auraient prédit les médecins et les chercheurs. C'est ce que j'ai indiqué dans mon article.

Depuis lors, dès le printemps 2019, pratiquement une centaine d'études cliniques, si ce n'est plus, ont été publiées, montrant des résultats qui confirment ces observations avec une remarquable constance. Les essais restent incapables de déterminer si l'adoption du régime LCHF/cétogène nous permettra de vivre plus longtemps (par rapport à d'autres types d'alimentation susceptibles d'être recommandés par les autorités), mais ils continuent sans relâche de bousculer la vision traditionnelle des dangers liés aux régimes à haute teneur en lipides et démontrent qu'à court terme, ce type d'alimentation est bénéfique et inoffensif.

L'adoption du régime LCHF/cétogène pendant la durée des essais cliniques (deux années maximum), ou après se l'être fait prescrire, occasionne une perte de poids égale ou supérieure à tout autre régime auquel il a été comparé, sans imposer aux participants de compter ou de limiter les calories. Les bienfaits pour la santé sont par ailleurs incontestables. Comme avec les cinq premières études et l'expérience clinique, le régime LCHF/cétogène améliore pratiquement toutes les mesures liées à la santé métabolique et tous les facteurs de risques de maladies cardiaques et de diabète. Outre leur poids plus équilibré, les individus qui ont participé aux essais ont vu leur santé générale s'améliorer et surpasser celles des participants soumis à un régime «sain» traditionnel, même dans le cas des régimes avec restriction calorique.

Un essai particulièrement convaincant a récemment été mené à l'université de l'Indiana sous la direction de Sarah Hallberg, en collaboration avec la start-up Virta Health de San Francisco fondée par Steve Phinney et Jeff Volek. La docteure Hallberg et ses collègues ont conseillé à des patients souffrant de diabète de type 2 de suivre un régime LCHF/cétogène. Des coaches en santé et des médecins étaient disponibles 24 h/24, 7 j/7 pour gérer les éventuels problèmes et les aider à garder le cap. Le régime LCHF/cétogène a produit les résultats que nous attendons désormais, même avec les patients atteints de diabète de type 2: on n'a pas demandé à ces personnes de manger moins, ce qui ne les a pas empêchées de perdre beaucoup de poids. Leurs facteurs de risque cardio-vasculaire se sont considérablement améliorés. Sans doute plus important encore, un grand nombre des 262 patients soumis au régime LCHF/cétogène de l'essai mené conjointement par l'université de l'Indiana et Virta Health ont vu leur

diabète entrer en rémission. Leur glycémie s'est améliorée même après avoir arrêté leur traitement pour la contrôler, insuline comprise. («*L'insulinothérapie a été réduite ou éliminée pour 94% des utilisateurs*», a déclaré l'équipe Virta Health.) Leur tension artérielle s'est également améliorée et ils ont par ailleurs pu arrêter leur traitement contre l'hypertension.

En juin 2019 la docteure Hallberg et Virta Health ont publié un article sur l'incidence de deux années de régime LCHF/cétogène sur les facteurs de risque cardio-vasculaire des sujets de l'étude. Ils ont constaté l'amélioration de trente-deux des trente-six facteurs de risque établis (par rapport à ce que ces médecins chercheurs qualifient de «soins habituels»), trois sont restés inchangés et un seul, le cholestérol LDL, s'est globalement empiré. Lorsque les chercheurs de Virta Health ont déterminé le risque cardio-vasculaire (score ASCVD pour *atherosclerotic cardiovascular disease risk score*), une mesure sur dix ans du risque d'être victime d'un infarctus mise au point par l'American College of Cardiology et l'American Heart Association, les patients de Virta Health ont vu leur propre risque baisser de plus de 20% par rapport aux traitements habituels du diabète et toutes les thérapies médicamenteuses habituellement prescrites. Malgré une hausse du cholestérol LDL, la santé, même cardiaque, de ces patients s'est considérablement améliorée.

On peut donc également poser ainsi cette question essentielle: un type d'alimentation qui procure autant de bienfaits peut-il être nocif pour la santé uniquement parce qu'il contient des quantités considérables de graisses saturées ou parce qu'il autorise la consommation de charcuteries comme le bacon³? Dans l'un des posts Instagram de Rachelle Ploetz que je préfère, elle observe que ses amis n'avaient jamais critiqué son alimentation lorsqu'elle pesait 172 kg, mais qu'après avoir adopté le régime LCHF/cétogène et perdu 54 kg, ils s'inquiétaient fréquemment des quantités de bacon qu'elle consommait, comme si les dangers d'une consommation régulière de bacon l'emportaient sur les bienfaits d'une perte relativement indolore de 54 kg.

Il n'existe aucune preuve concluante pour trancher cette question. Il n'y en aura peut-être jamais. Il est néanmoins difficile d'imaginer qu'un régime

alimentaire qui, à court terme, améliore autant la santé des personnes qui le suivent, capable d'inverser le diabète pourtant considéré comme une maladie chronique évolutive (qui empire au fil du temps), pourrait se révéler nocif à long terme. Les autorités s'appuient sur des hypothèses et s'accrochent à leurs croyances bien-aimées. Ces croyances ont déjà montré leurs limites. Nous devons prendre le risque de les laisser de côté.

Il serait plus facile de comprendre la condamnation institutionnelle des matières grasses et la sagesse qui sous-tend la prescription d'un régime en s'appuyant sur des hypothèses si des preuves convaincantes venaient les étayer. Je ne pense pas que ce soit le cas. Alors que les preuves se sont accumulées au fil des ans en faveur des observations attestant d'une meilleure santé avec les régimes LCHF/cétogènes, celles soutenant l'idée que les graisses saturées sont nocives et qu'il faudrait suivre un régime hypolipidique sont en perte de vitesse en dépit des efforts déployés par l'orthodoxie pour les étayer. Plus les recherches sont nombreuses, moins elles sont convaincantes. C'est toujours mauvais signe en sciences et cela incite à penser qu'une théorie ou une croyance est tout simplement erronée. En dehors des mathématiques, il est impossible de prouver quoi que ce soit de manière catégorique dans un sens ou dans l'autre. On trouve toujours des preuves pour étayer des hypothèses raisonnables (voire même celles qui ne le sont pas), car il y aura toujours des études qui aboutiront à un résultat biaisé ou qui seront interprétées de manière erronée. C'est pourquoi je préconise de suivre les tendances.

Les plus grands scientifiques et les meilleurs philosophes des sciences conseillent cette approche depuis que Francis Bacon (son nom étant purement fortuit) a lancé cette méthode il y a quatre siècles: pour juger de la viabilité d'une hypothèse, il faut juger si les preuves se sont considérablement renforcées avec le temps. Comme l'a suggéré Francis Bacon, il est possible de déterminer ce qui n'est *pas* correct en science – la «*science des illusions*», comme il l'appelle, qui repose sur des chimères, des opinions et l'absence de preuves contraires – car ce sont les propositions qui «*sont restées ancrées et dont la position n'a pratiquement pas évolué, et n'a connu aucun développement notoire; ce serait même plutôt l'inverse, elles sont florissantes avec leurs initiateurs, mais déclinent ensuite*».

L'hypothèse selon laquelle les matières grasses sont à l'origine des maladies cardiaques, qui concentre toutes nos angoisses sur la consommation des graisses saturées, devrait servir d'étude de cas pour ce type de déviance. En 1952, tout en reconnaissant qu'il n'avait pas de preuve tangible pour étayer ses dires, Ancel Keys suggéra que pour éviter les maladies cardiaques, les Américains devaient réduire leur consommation de matières grasses d'un tiers. En 1970, toujours sans aucune preuve tangible résultant d'essais cliniques, l'American Heart Association a recommandé que tous les Américains en âge de marcher adoptent un régime hypolipidique. En 1988, après la publication d'essais cliniques ayant coûté plus de deux cents millions de dollars, et dont les résultats se contredisaient, et suite à ce que l'un des administrateurs du National Institute of Health (dépendant du Département de la Santé et des Services sociaux des États-Unis) me décrivit par la suite comme un «acte de foi», le médecin en chef des États-Unis imputait les deux tiers des deux millions de morts annuels aux États-Unis à une surconsommation d'aliments riches en matières grasses en affirmant que «*les preuves scientifiques*» étaient «*encore plus convaincantes que celles de l'incidence du tabac sur la santé*». Ce rapport faisait partie d'une campagne de presse du gouvernement fédéral qui s'efforçait (apparemment avec la meilleure des intentions) d'instiller en nous la crainte de consommer des matières grasses autres que celles d'origine végétale. Cela a fonctionné. C'est pourquoi nous avons adhéré à l'idée qu'il fallait autant que possible éviter de manger des graisses saturées. La consommation de graisses animales aux États-Unis a chuté, alors que celle de l'huile végétale a augmenté.

Aujourd'hui, trente ans plus tard, une revue la plus *impartiale* de ces preuves (que l'on doit à la Collaboration Cochrane, une organisation internationale fondée pour mener ce type de travaux objectifs) a conclu que les essais cliniques ne sont pas parvenus à démontrer un avantage significatif pouvant être imputé à une nourriture hypolipidique et donc, de manière implicite, à démontrer les dangers pouvant résulter d'aliments riches en matières grasses. La revue Cochrane a montré que les preuves «suggèrent» simplement qu'éviter les graisses saturées de manière spécifique pourrait prévenir un infarctus isolé, et qu'il était encore «moins évident» que cela pourrait allonger la vie de quiconque.

Malgré son rôle de premier plan dans la croisade contre les matières grasses, l'American Heart Association a récemment reconnu (dans une évaluation par ailleurs biaisée) que sa conception d'une alimentation saine pauvre en graisses continue d'être étayée principalement par les résultats ambigus d'une poignée d'essais cliniques médiocres datant *tous* des années 1960 et 1970, et que si ces preuves suspectes doivent prévaloir, les résultats d'études ultérieures, dont l'énorme (49 000 participantes) et extraordinairement onéreuse (au moins un demi-milliard de dollars) étude Women's Health Initiative, doivent être ignorés ou rejetés comme inadéquates. La centaine d'essais qui concluent unanimement que le régime LCHF/cétogène améliore la santé en dépit de sa teneur élevée en graisses saturées, réfute bien sûr également l'idée que nous devrions prêter l'oreille aux autorités. Ces cinquante dernières années, les preuves mettant en cause les graisses saturées de notre alimentation dans les maladies cardiaques et la mort prématurée ne cessent de s'éroder.

La notion (c'est-à-dire l'hypothèse) selon laquelle les aliments riches en matières grasses provoquent des cancers a connu les mêmes revers. En 1982, il était si évident que cette proposition soit avérée que l'Académie nationale des sciences a publié un rapport – *Diet, Nutrition, and Cancer* (Alimentation, nutrition et cancer) – recommandant aux Américains de réduire de 10% la part des calories liées aux matières grasses, la ramenant de 40 à 30% selon les proportions d'alors, afin de prévenir le cancer. Il affirmait que les preuves étaient si convaincantes qu'elles «*pourraient justifier une diminution encore plus importante*». C'est aussi ce qu'on enseignait et ce qu'avaient fini par croire les personnes sensibles aux problématiques de santé. Cependant, au milieu des années 1990, les experts qui ont rédigé un rapport de sept cents pages sur la question à l'intention du Fonds mondial de recherche contre le cancer et de l'American Institute for Cancer Research (*Food, Nutrition and the Prevention of Cancer*) n'ont trouvé aucune raison «convaincante» ni même «probable» de croire que les régimes riches en matières grasses étaient cancérigènes. Lorsque j'ai interviewé Arthur Schatzkin, chef de la division d'épidémiologie nutritionnelle de l'Institut national du cancer en 2003, il a déclaré que les preuves offertes par les essais cliniques mis au point pour tester cette hypothèse de la nature cancérigène des matières grasses étaient «en grande

partie inexistantes». Pour résumer, l'argument selon lequel les matières grasses étaient susceptibles de provoquer des cancers était également sérieusement en perte de vitesse à la lumière d'une étude plus approfondie, mais notre crainte des matières grasses n'a pas disparu pour autant.

Quant à la notion qui voudrait qu'une alimentation saine soit constituée essentiellement de végétaux et devrait comporter des fruits, des légumes, des céréales complètes, des légumes secs et des légumineuses, nous n'avons même pas les études ambiguës des années 1960 pour intercéder en sa faveur. Les essais cliniques n'apportent aucune preuve à même d'étayer cette idée, comme le sous-entend Michael Pollan dans son ouvrage *Manifeste pour réhabiliter les vrais aliments* à l'origine du mantra «Mangez de la vraie nourriture. Juste ce qu'il faut. Surtout des végétaux». En fait, indique-t-il, ce qui prévaut est que les personnes qui consomment beaucoup d'aliments d'origine végétale ont tendance à être en meilleure santé que celles qui suivent le régime alimentaire standard américain, autrement dit qui fréquentent les fast-foods et achètent des aliments industriels hautement transformés et sucrés en supermarché, des aliments ultratransformés que Michael Pollan qualifie de «simili aliments», une nourriture que fuient naturellement les personnes soucieuses de leur santé. Pour lui, force est de constater que la quasi-totalité des nutritionnistes estime qu'il est judicieux d'opter pour un régime essentiellement végétarien. Au milieu des querelles qui agitent le monde de la nutrition et ses croyances, il estime qu'ils trouvent là un consensus.

Pourtant, s'ils y croient tous et si Michael Pollan le préconise, ce n'est pas parce qu'il existe des preuves expérimentales convaincantes (comme des résultats d'essais cliniques) en ce sens, ni pour avoir constaté l'amélioration de la santé de patients obèses et diabétiques passés d'un régime omnivore contenant beaucoup de viande (sans sucre ni aliments ultratransformés) à un régime essentiellement ou totalement végétarien (sans sucre ni aliment ultratransformé), mais par simple conviction. Les spécialistes en psychologie cognitive parleraient de «cascades d'information» ou de «pensée de groupe», un phénomène fréquemment observé en sciences humaines. Il n'est pas rare non plus en sciences exactes et le prix Nobel de physique Luis Alvarez évoque également une sorte de blocage de la pensée. Les gens croient en quelque chose, parce que des

personnes qu'ils respectent y croient et, s'ils font des recherches, ils rapportent ce qu'ils sont censés trouver et voient ce qu'ils s'attendent à voir, que ce soit ou non avéré.

Autrement dit, manger surtout des végétaux *semble* la bonne solution à ceux qui nous le recommandent. C'est en partie parce qu'on nous l'a répété toute notre vie que cela nous paraît correct. Soucieuse pour ma santé, ma mère m'enseignait la même chose dans les années 1960 chaque fois qu'elle m'enjoignait à manger mes légumes (selon sa vision des choses, si ce n'était pas du chou-fleur, un légume se devait d'être vert) et suggérait qu'un excès de viande rouge pourrait entraîner un cancer du côlon. C'est à mon tour de harceler mes enfants pour qu'ils mangent leurs légumes verts, même si j'y crois surtout parce que c'est ce que m'a appris ma mère. Un régime essentiellement végétarien est peut-être meilleur pour l'environnement que les autres régimes, et sans aucun doute pour les animaux qui échappent ainsi à une mort prématurée pour satisfaire notre plaisir gustatif⁴. Lorsque des études épidémiologiques s'intéressent à ce que mangent les personnes soucieuses de leur santé, il n'est pas surprenant de constater un penchant pour l'alimentation d'origine végétale. Ces personnes ne s'attablent pas chaque matin devant un petit déjeuner d'œufs et de bacon puisqu'on les a convaincues que cela les amènerait à une mort certaine. Ils prennent des smoothies au chou kale et aux amandes avec leur muesli pauvre en sucre, parce que c'est ce qu'on leur conseille de faire, aussi minces que soient les preuves étayant ces recommandations. Ne devrions-nous pas tous en faire autant?

Une fois de plus, la réponse est probablement non. Les trente dernières années de recherche médicale ont radicalement changé notre compréhension des facteurs de risque des maladies cardiaques et leur relation avec l'obésité, le diabète et la résistance à l'insuline que nous avons évoquée précédemment. L'idée selon laquelle la teneur en graisses animales donnerait lieu à des maladies cardiaques précoces, autrement dit l'argument des graisses saturées «boucheuses d'artères», a toujours été un facteur essentiel dans le rejet du régime LCHF/cétogène. La plupart des gens pensent que le beurre, le bacon et les produits laitiers entiers sont dangereux, car on nous a appris que ces aliments riches en graisses saturées font monter notre taux de cholestérol, en particulier celui lié aux particules

de LDL, aussi appelées «mauvais» cholestérol, ce qui risque de nous faire mourir prématurément d'un infarctus.

La focalisation de toute notre attention sur une pathologie – les maladies cardiaques – et une entité biologique – le cholestérol LDL – est l'un des nombreux problèmes de cette manière de voir les choses. Il s'agit au mieux d'une médecine dévoyée des années 1970. Si les médecins ont appris à le croire avec une certitude toute dogmatique et qu'une grande proportion d'entre eux continue de le faire, les connaissances scientifiques ont évolué au fil du temps, comme elles l'ont toujours fait.

Si le LDL semble bien jouer un rôle dans le processus de l'athérosclérose, la faute n'en revient pas au cholestérol qui contiennent les particules, mais aux particules de LDL elles-mêmes, en particulier leur nombre et peut-être la taille des particules en circulation. Les autorités médicales et de santé publique en sont progressivement venues à accepter ce que la recherche et les médecins iconoclastes n'ont cessé de répéter depuis le début des années 1960, à savoir que les maladies cardiaques constituent l'aboutissement d'un processus complexe lié à un problème métabolique qui se manifeste dans l'ensemble de notre organisme. Il est impossible de savoir avec certitude si nous vivrons longtemps en bonne santé en nous basant sur un seul chiffre et une seule entité biologique. (En tout état de cause, les mesures qui s'y prêtent le mieux sont de bien meilleurs indicateurs que le cholestérol LDL.) Pour la plupart d'entre nous, le premier signe d'un risque élevé de maladie cardiaque ou de mort prématurée causée par une maladie chronique, cancer compris, n'est pas lié à un taux élevé de cholestérol LDL, mais à la présence de différents troubles métaboliques, qu'on regroupe sous le nom de syndrome métabolique. Ce dernier semble lui-même être une conséquence ou une manifestation de la résistance à l'insuline.

Les médecins posent le diagnostic de syndrome métabolique lorsque leurs patients présentent au moins trois des cinq signes caractéristiques. Ils doivent s'intéresser en priorité au plus important d'entre eux, l'embonpoint de leurs patients, en particulier au niveau abdominal. À cet égard, et non sans ironie, le concept de syndrome métabolique est une résultante directe des idées et des observations que fit Ancel Keys dans les années 1960, selon lesquelles les personnes les plus à risque de souffrir d'un infarctus et

de mourir prématurément sont les hommes d'âge moyen en surpoids, ceux-là mêmes auxquels il implorait si ardemment de «réfléchir». Il y a de cela un siècle, certains cardiologues utilisaient déjà la dénomination «gros cardiaques» pour désigner cette population. Ancel Keys et le milieu médical ont développé une véritable obsession envers les matières grasses et le cholestérol et en ont fait la clé du lien «homme en surpoids-infarctus» et ont concentré toute leur attention sur le cholestérol LDL et les matières grasses. Néanmoins, d'autres chercheurs (des universités de Stanford, Yale et Rockefeller aux États-Unis et du Queen Elizabeth College et de l'université Queen's de Belfast, entre autres) se sont intéressés aux glucides et à leur effet notamment sur l'insuline et la glycémie, mais aussi sur la tension artérielle et le bilan lipidique, en particulier le cholestérol HDL (le «bon cholestérol») et les triglycérides (l'une des formes sous lesquelles on retrouve les lipides dans la circulation sanguine). C'est ce à quoi faisait référence Edwin Astwood dans son allocution de 1962, lorsqu'il fit observer que les troubles liés à l'obésité, et *«en particulier ceux affectant les artères»*, ressemblaient beaucoup à ceux du diabète de type 2, sous-entendant que *«ces deux problèmes de santé résultent d'une même anomalie»*.

À la fin des années 1980, alors que le National Institute of Health, l'administrateur de la santé publique des États-Unis, ainsi que l'Académie nationale des sciences des États-Unis (pour ne rien dire du système de santé du Royaume-Uni) tentaient de nous persuader d'éviter les matières grasses et de consommer des glucides, des chercheurs, sous la direction de l'endocrinologue Gerald Reaven (aujourd'hui disparu) de l'université de Stanford sont parvenus à convaincre d'abord des spécialistes du diabète, puis des cardiologues, que leurs patients devraient moins se préoccuper de leur cholestérol LDL et davantage du syndrome métabolique. Ces médecins chercheurs affirmaient que c'était par le syndrome métabolique que se manifestait le problème physiologique fondamental qui coûterait la vie à leurs patients (et la nôtre). C'est ce à quoi font référence les journalistes lorsqu'ils écrivent, comme le fit récemment le correspondant de la NBC, Trymaine Lee, que *«l'obésité et l'hypertension [sont] des contributeurs clés des maladies cardio-vasculaires»*. Trymaine Lee évoquait son propre infarctus, à l'âge de 38 ans, qui faillit lui coûter la vie. L'obésité et

l'hypertension sont des manifestations du syndrome métabolique; elles vont de pair.

Pour comprendre les révélations concernant le syndrome métabolique, il faut considérer l'obésité, le diabète, les maladies cardiaques, l'hypertension et même l'accident vasculaire cérébral comme autant de conséquences d'une même force perturbatrice: troubles de la signalisation de l'insuline, mauvais contrôle de la glycémie et l'ensemble des problèmes métaboliques et physiologiques, notamment l'inflammation systémique, qui en résultent. Tous ces problèmes de santé sont intimement liés. Les personnes qui souffrent d'obésité ont un risque élevé de développer un diabète de type 2 et la plupart des personnes qui en sont déjà atteintes sont obèses ou en surpoids. Elles sont toutes susceptibles d'avoir une maladie cardiaque (comme l'a indiqué le docteur Astwood), mais le risque est plus élevé chez celles qui souffrent de diabète, et elles ont toutes tendance à souffrir d'hypertension. Les manuels de médecine classent l'obésité, le diabète, les maladies cardiaques, la goutte et l'accident vasculaire cérébral (une maladie cardio-vasculaire) avec les troubles liés à l'hypertension, ce qui signifie qu'ils sont tous liés à une pression artérielle élevée. Tous ces troubles sont par ailleurs, associés à des anomalies du bilan lipidique, en particulier à un taux de cholestérol HDL faible et à un taux de triglycérides élevé (ainsi qu'à un nombre élevé de particules de LDL, mais à un taux de cholestérol LDL faible).

Ces facteurs de risque constituent les critères de diagnostic du syndrome métabolique. Pris individuellement, chacun de ces facteurs est associé à un risque accru de développer une maladie cardio-vasculaire: l'augmentation de votre tour de taille accroît votre risque de maladie cardiaque. La hausse de votre tension artérielle augmente le risque de maladie cardiaque et d'accident vasculaire cérébral. Plus votre glycémie est mauvaise (intolérance au glucose), plus vous risquez de devenir diabétique et plus des dépôts de plaques sont susceptibles de s'amasser dans vos artères. En 1930, Elliott Joslin, la référence américaine en matière de diabète, notait que *«un diabétique sur deux meurt désormais d'artériosclérose»*, et la situation n'a pas beaucoup évolué depuis. Les artères d'une personne de 60 ans dont le diabète n'est pas soigné ressemblent à celles d'un nonagénaire non diabétique. Enfin, la communauté médicale sait depuis 1977 (voire vingt

ans avant cela) qu'un faible taux de cholestérol HDL est un bien meilleur indicateur de maladie cardiaque qu'un taux élevé de cholestérol LDL, avec un risque malheureusement beaucoup plus fort de s'avérer exact, et qu'un taux élevé de triglycérides offre des conclusions aussi fiables qu'un taux élevé de cholestérol LDL. Si vous êtes victime d'un infarctus, la raison en incombera très probablement au syndrome métabolique et non à un taux élevé de cholestérol LDL.

Si vous êtes atteint de syndrome métabolique, cela signifie que vous êtes en passe de troquer votre bonne santé pour une maladie chronique dont la prise de poids ou l'hypertension constitue le premier symptôme notoire. Selon les statistiques des Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (Centers for Disease Control and Prevention ou CDC), un Américain sur trois est atteint de syndrome métabolique. Il faut noter que cette proportion inclut les enfants, qui en souffrent rarement. Plus on vieillit et plus on grossit, plus le risque de souffrir de syndrome métabolique et de résistance à l'insuline est important. Un adulte âgé de plus de 50 ans sur deux est atteint. Si vous lisez cet ouvrage pour reprendre le contrôle de votre poids (en particulier si vous êtes un homme), il est probable que vous êtes déjà atteint de syndrome métabolique ou que vous allez l'être.

Toutes ces perturbations physiologiques qui caractérisent le syndrome métabolique, tous les facteurs de risque auxquels doivent faire attention les médecins pour le diagnostiquer, sont directement liés aux glucides et non aux matières grasses que nous ingérons. Si vous êtes atteint de syndrome métabolique, c'est la quantité et la qualité des glucides que vous consommez qui abrègent lentement votre vie. Les graisses saturées n'y sont pour rien. Les résultats des essais cliniques et l'expérience clinique montrent que l'élimination des glucides de l'alimentation et leur remplacement par des matières grasses peuvent rectifier et corriger des problèmes de syndrome métabolique (qui semblent démarrer par la résistance à l'insuline, et donc des taux élevés d'insuline et un mauvais contrôle de la glycémie). Dans l'essai mené par la start-up Virta Health, on a ainsi pu améliorer vingt-deux facteurs de risque sur vingt-six.

Les manuels de médecine expliquent très bien ces phénomènes (l'incidence sur le corps humain d'une glycémie et d'un taux d'insuline compris ou non dans les plages recommandées). J'entends par là que les

effets bénéfiques observés lorsque les patients ou les participants aux essais cliniques limitent leur apport en glucides et les remplacent par des matières grasses correspondent aux effets escomptés décrits dans les manuels de médecine. Consommer moins de glucides, par exemple, entraînera par définition une baisse de la glycémie, au moins à court terme après un repas. Cela doit pour le moins se révéler bénéfique si l'on considère les nombreux effets secondaires délétères du diabète engendrés par une glycémie élevée. Les chercheurs savent au moins depuis les années 1970 que la consommation de glucides au lieu de matières grasses entraîne une baisse du cholestérol HDL apparemment bénéfique, et qu'elle augmente en revanche le taux de triglycérides. Il faut bien comprendre la manière dont le foie transforme ces lipides et ces lipoprotéines pour se l'expliquer.

Dans le cas de la tension artérielle, l'insuline incite les reins à retenir le sodium. (Le sel n'est autre que du chlorure de sodium, l'élément déterminant ici.) Il s'agit de l'un des nombreux rôles de l'insuline. Lorsque votre taux d'insuline est élevé, vos reins retiennent le sodium au lieu de l'évacuer dans l'urine. La tension artérielle augmente alors, car votre organisme retient l'eau pour garder constante la concentration de sodium dans votre circulation. Lorsque les autorités médicales mettent l'hypertension ou une tension artérielle élevée sur le compte d'une alimentation riche en sel, elles se basent sur le même mécanisme (l'augmentation de la concentration de sodium dans la circulation entraîne la rétention d'un volume d'eau plus important, d'où la pression artérielle plus élevée), mais elles le font généralement de manière simpliste. Elles rejettent la faute sur une consommation excessive de sel (un problème comportemental ou imputable à l'industrie agroalimentaire qui sale trop les aliments transformés) et non sur la trop faible élimination due à des taux d'insuline chroniquement élevés et à la résistance à l'insuline. Réduire le taux d'insuline en évitant les glucides et en les remplaçant par des matières grasses inverse le phénomène de rétention du sodium, de sorte que la pression artérielle devrait baisser, comme elle le fait généralement, lorsqu'on suit un régime LCHF/cétogène.

Encore une fois, le fait que la médecine traditionnelle ait ignoré ce lien est d'autant plus inquiétant lorsqu'on connaît l'histoire de la science de la nutrition. Dès 1860, les biochimistes allemands qui ont défriché cette

science ont observé que les régimes riches en glucides faisaient monter la pression artérielle, contrairement aux régimes riches en matières grasses. Dans les années 1970, des chercheurs de Harvard sont parvenus à comprendre le rôle joué par l'insuline dans ce processus. Mais à cette époque, on nous affirmait que l'hypertension était provoquée par une consommation excessive de sel: encore une hypothèse spéculative que fait perdurer l'absence de preuves expérimentales et d'essais cliniques. Cela n'a pas empêché qu'on l'adopte. Elle semblait juste et les autorités y ont cru. Nous y avons cru à notre tour parce qu'ils le faisaient et nous n'avons jamais cessé d'y croire.

Pendant ce temps, le commerce des médicaments contre la tension artérielle a explosé (des dizaines de milliards de dollars par an à l'échelle mondiale) et le lien glucides-insuline-tension artérielle a été relégué aux manuels de médecine. Comme pour pratiquement tout ce qui a trait à l'insuline, on considère que seuls les diabétiques sont concernés. Au milieu des années 1990, les manuels traitant du diabète, comme le *Joslin's Diabetes Mellitus* (non traduit en français), indiquaient que des taux chroniquement élevés d'insuline étaient susceptibles de constituer «*la principale anomalie pathogène à l'origine du processus de l'hypertension*» chez les patients atteints de diabète de type 2. Ces derniers étant simplement plus avancés dans le spectre du syndrome métabolique que les autres, mais cette idée que des taux chroniquement élevés d'insuline puissent constituer une anomalie pathogène à l'origine du processus de l'hypertension chez les non-diabétiques n'a pas été jugée pertinente. Pourtant elle l'est, en tout cas pour ceux d'entre nous qui rêvent de minceur *et* de bonne santé.

Les autorités officielles en matière de nutrition (ou du moins celles citées dans les médias) continuent d'affirmer avec la même assurance dogmatique qu'elles ont toujours eu raison et qu'on ne devrait donc pas douter de leur crédibilité; la vision traditionnelle de la nutrition et de ce qui constitue un régime sain a toutefois clairement considérablement évolué au cours des vingt dernières années. La lente et implacable accumulation des essais cliniques et de leurs preuves en faveur de la vision que je défends dans cet ouvrage, et de ce dont des milliers de médecins sont désormais

convaincus, a produit un effet: c'est bien ainsi que la science est censée fonctionner.

Il y a vingt ans, lorsque j'ai commencé à écrire sur le sujet, selon la vision traditionnelle, *la seule façon* de perdre du poids consistait à limiter rigoureusement son apport calorique (ou à faire plus d'exercice); elle recommandait par ailleurs un régime à faible teneur en matières grasses pour lutter contre les maladies cardiaques et jugeait le régime LCHF/cétogène dangereux. Désormais, à l'exception notable de David Katz et de Mark Bittman avec leurs exagérations et du magazine *U.S. News & World Report* (David Katz y a joué un rôle important au sein du comité scientifique), les partisans du régime «traditionnel» adoptent généralement une position très différente dans les médias: à savoir que les régimes hypocaloriques ou hypolipidiques sont *aussi performants* ou *aussi sains* que le régime LCHF/cétogène qui n'a quant à lui rien de particulier. Ces experts veulent que chacun sache qu'on a encore le choix lorsque l'on veut perdre du poids (voulant dire par là qu'ils n'avaient pas complètement tort). Ils ne disent plus que le régime LCHF/cétogène nous fera mourir prématurément, mais que d'autres manières de s'alimenter peuvent tout aussi bien faire l'affaire. Cela sous-entend que les autres régimes ne sont pas aussi draconiens et donc plus faciles à respecter et certainement moins risqués.

Une poignée de médecins et d'autorités officielles en matière de nutrition continue d'affirmer (comme dans le documentaire Netflix *What the Health*) que la meilleure façon de s'alimenter pour tous est de réduire sa consommation de produits d'origine animale, notamment les matières grasses. Il ne faudrait pas se contenter de consommer *principalement* des végétaux, mais manger *uniquement* de la nourriture d'origine végétale, végétarienne, voire végane. Ces médecins ou ces chercheurs n'ont toutefois pas comparé ces deux approches (que ce soit dans leur propre clinique ou en analysant les essais cliniques) avant de conclure que les régimes faisant la part belle aux végétaux donnent de meilleurs résultats sur leurs patients ou que le régime LCHF/cétogène est nocif. (Petit rappel: il n'existe aucun essai clinique permettant de faire une telle comparaison de manière fiable.) Les médecins, nutritionnistes et même épidémiologistes qui surveillent les populations sont convaincus que les régimes essentiellement ou entièrement végétariens sont bénéfiques, ce qui n'est pas forcément faux. Cependant, ni

eux ni nous ne pouvons tirer de conclusions sur les bienfaits ou les méfaits du régime LCHF/cétogène. En fait, ces médecins ne savent pas si leurs patients se porteraient mieux ou moins bien s'ils renonçaient spécifiquement aux aliments riches en glucides, au lieu de renoncer aux produits d'origine animale. Ce ne sont que des suppositions. Ceux qui affirment avec une telle véhémence que ces régimes sont dangereux ne s'appuient ni sur leur expérience clinique ni sur leurs connaissances de la littérature liée aux recherches cliniques, car ils n'en ont pas.

Ce régime est-il inoffensif? Est-il possible de suivre un programme alimentaire LCHF/cétogène à long terme sans craindre de lentement courir à notre perte? Les données probantes actuelles indiquent que si vous souffrez de syndrome métabolique, si vous prenez du poids ou que vous êtes déjà obèse, si vous êtes prédiabétique ou déjà diabétique, la meilleure chose à faire pour votre santé consiste à remplacer les aliments riches en glucides par des matières grasses. C'est ce qui pousse désormais de si nombreux médecins sur la voie du prosélytisme.

Personne ne peut garantir les résultats à long terme. Comme je l'ai souvent répété, il n'existe et n'existera peut-être jamais aucune preuve permettant de les anticiper. Quiconque donne des garanties formelles sur un mode d'alimentation ou un autre (en affirmant qu'un régime donné vous permettra incontestablement de vivre plus longtemps qu'un autre), comme l'a suggéré Malcolm Gladwell avec lequel je suis plutôt d'accord, est probablement en train d'essayer de vous vendre quelque chose (peut-être avec la meilleure des intentions).

Au fil des ans, l'habitude a été prise tant par les médias que le monde de la recherche de discuter du contenu des régimes sains sous l'angle des bienfaits qu'ils confèrent. Manger de grandes quantités de fruits et de légumes, comme on a pu le lire dans un article récent du *New York Times*, «*peut améliorer la santé*», ces aliments contenant des ingrédients indispensables qui seraient capables d'améliorer et de préserver notre santé. Selon cette logique, plus notre alimentation contient de fruits et de légumes, mieux c'est. C'est peut-être vrai, mais la seule façon de le savoir avec certitude consiste à observer ce qui se passe lorsqu'on les introduit dans notre régime alimentaire ou qu'on les en élimine. Maigrissons-nous?

Sommes-nous en meilleure santé? Nous sentons-nous mieux ou moins bien?

Une façon plus pertinente d'évaluer les avantages et les inconvénients d'un changement de régime alimentaire, évoquée plus haut dans le présent chapitre et conforme aux observations de Geoffrey Rose sur les facteurs naturels et contre-nature, consiste à estimer la capacité du régime à supprimer ce qui nuit à notre santé tout en conservant les lipides, les minéraux et les vitamines essentiels que l'on sait être nécessaires à la santé. (Leur insuffisance dans notre alimentation entraînant en effet des carences.) Selon ces critères, nous savons que les personnes qui renoncent aux glucides (y compris les fruits et les féculents) et qui les remplacent par des matières grasses voient leur santé s'améliorer et qu'elles maigrissent. La simple élimination des éléments non essentiels de leur régime semble suffire à corriger leurs problèmes.

On peut donc considérer que, plutôt que l'améliorer, le régime LCHF/cétogène œuvre pour corriger notre santé. Je propose que nous l'envisagions sous cet angle⁵. Un régime qui limite les glucides et remplace les calories correspondantes par des matières grasses *corrige* votre poids en le faisant baisser. Il *corrige* votre pression artérielle en la réduisant. Il *corrige* votre incapacité à contrôler votre glycémie. Ce n'est pas la même chose que de prendre un médicament pour améliorer votre santé: ici, vous éliminez ce qui y nuit, remplacez les calories correspondantes par un macronutriment inoffensif (des lipides) et trouvez ainsi une solution à vos maux. Ces ajustements sont perceptibles en temps réel par les patients, les médecins et tout individu qui tente cette approche par lui-même.

On parie sur les améliorations de la santé à court terme pour induire des améliorations à long terme. Nous misons sur l'expérimentation de différents régimes afin de déterminer si notre alimentation est responsable en cas de problème futur, si un symptôme de maladie apparaît, et nous sommes prêts à procéder à des ajustements si nécessaire. Nous prenons en main notre propre santé. Il n'existe toutefois aucune garantie formelle. Il n'y en a jamais.

Un autre aspect fondamental doit être pris en compte lorsque l'on s'interroge sur ce qui est sûr et ce qui ne l'est pas. Ce n'est plus seulement

de notre propre santé ou de celle de nos enfants qu'il est question, mais de celle de la planète. Nous devons donc nous demander si le régime LCHF/cétogène peut se justifier s'il induit une «empreinte carbone» plus élevée que les alternatives. Comment décider, si l'on tient compte du compromis à faire entre l'avenir de l'humanité et notre propre santé (et celle de nos enfants)?

Ces dernières années ont vu émerger une vision selon laquelle la consommation de produits d'origine animale contribuerait davantage au réchauffement de la planète lié à l'effet de serre qu'un régime végétarien. Nous nous inquiétons à juste titre de la terrible menace que le réchauffement climatique fait peser sur la santé de la planète et sur le futur de l'humanité, et nous pensons qu'il est du devoir de chacun de faire tout son possible pour atténuer le phénomène. Cela a conduit des journaux à publier des analyses sur *«la manière de faire ses courses, de cuisiner et de manger dans un monde en plein réchauffement»*, comme l'a fait le *New York Times* en avril 2019, et à suggérer que moins nous consommons de produits d'origine animale (en tout cas moins de bœuf, d'agneau et de produits laitiers qui ont apparemment la plus grosse empreinte carbone), mieux se portera la planète.

C'est peut-être le cas. Tout en reconnaissant qu'il est possible d'employer des méthodes relativement respectueuses du climat dans l'élevage, ce qui est déjà en grande partie le cas (davantage aux États-Unis qu'au Brésil, certes), ils suggèrent également que le régime alimentaire le moins nocif pour le climat exclue ces aliments (comme le régime végétarien) et que nous devrions manger ainsi. Le *Times* suggère à ceux qui ne pensent pas pouvoir devenir végétariens, qu'une *«autre approche pourrait consister à simplement manger moins de viande et de produits laitiers et davantage de végétaux riches en protéines comme les légumes secs, les légumineuses, les fruits à coque et les céréales»*.

Cette vision pose évidemment un problème, car elle sous-entend que l'alimentation saine conventionnelle (voire un régime non conventionnel que certains peuvent juger non naturel selon la vision de Geoffrey Rose, comme le régime végétarien) est incontestablement salubre pour tous. Elle repose sur des données scientifiques médiocres produites par les recherches sur la nutrition des cinquante dernières années, et se préoccupe peu de

l'absence d'essais cliniques à même de la mettre à l'épreuve. C'est en outre la vision des minces. Si ceux d'entre nous qui sont prédisposés à souffrir de résistance à l'insuline, d'obésité ou de diabète avec l'alimentation moderne deviennent gros et le restent en mangeant des légumes secs, des légumineuses et des céréales, nous sommes face à une contradiction qu'il nous faut résoudre.

Il est sans doute possible, comme le font de nombreuses personnes, de suivre un régime LCHF/cétogène végétan ou végétarien. Reste à savoir si cette option est plus saine à long terme pour certains d'entre nous (plutôt que pour l'environnement) qu'un régime LCHF/cétogène composé en partie ou essentiellement de produits d'origine animale. Je reste sceptique (je le suis de nature). En l'absence d'essais cliniques, la manière dont notre poids et notre santé fluctuent avec ces régimes alimentaires constitue la seule preuve dont nous disposons pour étayer nos conclusions. Dans nos efforts pour sauver l'environnement, la planète et notre futur, nous allons devoir tenir compte de l'alimentation qui nous permettra de rester en bonne santé et de l'importance que nous y accordons. Tant que nous ne connaissons pas les contreparties, tant personnelles que pour la société, présumer qu'un régime alimentaire plus favorable pour la planète l'est également pour nous peut malheureusement se révéler une erreur coûteuse.

.....

- 1* Après mon article de 2002 dans lequel je défendais le régime Atkins, j'ai été accusé d'adopter un point de vue anticonformiste, non parce que je pensais qu'il était étayé par des preuves, mais parce qu'il était davantage susceptible d'intéresser la presse et pourrait m'aider à décrocher un contrat d'édition juteux. Ça n'aurait pas été le cas si j'avais défendu l'approche conventionnelle. Les éditeurs du *New York Times Magazine* n'auraient peut-être même pas publié un tel article qui n'aurait rien offert de nouveau.
- 2* Je tiens cette façon de considérer le conflit qui oppose régime et santé de Martin Andreae, un médecin qui exerce en Colombie-Britannique et qui a fait cette observation lorsque je l'ai interviewé à l'automne 2017.
- 3* Le bacon ou tout autre type de viande n'est pas indispensable dans un régime LCHF/cétogène, mais comme ces aliments sont très riches en protéines et en matières grasses, ils peuvent être

consommés sans restriction dans ce régime. À l'exception des avocats, des olives et des huiles végétales, les aliments d'origine végétale sont eux très riches en glucides. Un régime végétarien à faible teneur en glucides et plus riche en matières grasses est possible, mais il sera plus difficile et plus long à élaborer et on ne sait pas s'il est aussi efficace. Nous y reviendrons au [chapitre 16](#).

- 4• Sophocle conseille à la fin de sa pièce *Œdipe roi* de ne jamais dire d'un homme qu'il a été heureux avant qu'il ait atteint le terme de sa vie sans avoir souffert. S'il en va de même pour les animaux, ce postulat est alors discutable.
- 5• Encore un concept dont je ne peux pas m'attribuer la paternité. Elle revient à mon ami Bob Kaplan, un amateur et non un chercheur (un peu comme moi). Il possède une chaîne de clubs de remise en forme dans la région de Boston, il a été formé à la physiologie de l'exercice et consacre sa vie à la compréhension des études scientifiques. Il ne s'en est pas plus mal tiré qu'un autre.

LA SIMPLICITÉ ET SES IMPLICATIONS

Rendez les choses aussi simples que possible, mais pas plus simples¹.

Le message devrait être limpide: les aliments riches en glucides font grossir. On peut cependant légèrement complexifier les choses pour permettre aux personnes naturellement minces de comprendre: pour ceux d'entre nous qui grossissent, surtout s'ils grossissent facilement, la faute en revient aux glucides que nous ingérons (tant la quantité que la qualité). Les mécanismes responsables semblent par ailleurs assez simples: les aliments riches en glucides (céréales, féculents et sucres) maintiennent un niveau d'insuline élevé dans le sang, ce qui provoque le stockage des matières grasses que nous consommons dans nos cellules adipeuses et empêche leur utilisation pour produire de l'énergie.

C'est ce que la communauté des chercheurs travaillant sur l'obésité aurait dû tenter de mettre en évidence ou de réfuter de façon rigoureuse ces soixante dernières années. Les raisons et les preuves évoquées dans les pages précédentes me conduisent à supposer qu'il en est bien ainsi. C'est ce que nous devons garder à l'esprit lorsque nous réfléchissons à notre alimentation.

Si cette simple vérité sur la nature des glucides semble si difficile à comprendre, c'est à cause d'une vision conventionnelle dominante naïve

(manger moins ou pas trop, éviter les matières grasses et les graisses saturées, privilégier une alimentation végétarienne) qui a engendré le phénomène des régimes à la mode que j'ai évoqué. En confiant aux praticiens le traitement de l'obésité et du surpoids, les autorités officielles en matière de nutrition ont favorisé une situation dans laquelle les simples étapes nécessaires pour corriger les troubles liés à l'obésité étaient impossibles à discerner.

Lorsque ces médecins ont écrit des guides pratiques à destination du grand public à partir des connaissances acquises pendant leur expérience de conversion et allant à l'encontre de la vision conventionnelle d'une alimentation pauvre en graisses, plus frugale et essentiellement végétarienne, ils ont dû trouver un nouvel angle d'approche pour se démarquer de celui des auteurs médecins qui les avaient précédés. C'est la dure loi du monde de l'édition. Il est difficile de vendre un livre ou un site Internet qui préconise une alimentation rigoureusement identique à celle déjà préconisée par d'autres, même si dans l'ensemble, ces ouvrages sont en grande partie des variations mineures sur le même thème.

Tout nouvel opus venant enrichir le créneau des livres de régime se focalise sur ce qui le différencie des recommandations de base, soit le plus souvent sur ce que nous *devrions* manger pour atteindre un poids idéal au lieu de simplement nous en tenir aux aliments qui (nous) font grossir et que nous devrions éviter. Les discussions opposant le régime paléo au régime céto ou le régime de South Beach (ou régime Miami) au régime Zone, ou Weight Watchers et Jenny Craig, ou la dernière lubie diététique adoptée par Oprah Winfrey pour perdre du poids s'intéressent aux différences subtiles entre chacune des approches et non à ce qu'elles ont en commun: éviter, dans la mesure du possible, les céréales raffinées et les sucres. Devant la difficulté de valoriser et de trouver de nouveaux moyens de vendre un message éculé – mais restant désespérément d'actualité, s'évertuant à vouloir améliorer notre santé jusqu'à une hypothétique perfection ou à augmenter notre espérance de vie en bonne santé physique, ou même cognitive (pour vieillir en restant alerte et en ne souffrant pas de démence) –, les livres de régime s'éloignent des connaissances fiables et flirtent de plus en plus avec des écrits spéculatifs sur des recherches plus ou moins discutables.

Le meilleur conseil, simple et sûr, reste le même depuis quasiment deux siècles. Il remonte au moins à 1825, avec la publication de *La Physiologie du goût* de Jean Anthelme Brillat-Savarin, un ouvrage toujours disponible, une prouesse dont bien peu de livres pratiques peuvent se targuer après près de deux siècles. Brillat-Savarin a compris les choses aussi bien que quiconque. Il a vécu sa propre expérience de conversion, au même titre que les auteurs de livres de régime à la mode, et il l'a racontée dans un livre. Il s'est battu contre son poids pendant trente ans (il qualifiait son ventre d'«ennemi redoutable») avant d'arriver à une situation qu'il jugeait acceptable. Il a dû au préalable digérer le message «*de plus de cinq cent dialogues [...] avec ses voisins de table menacés ou affligés par l'obésité*». Il écrit que le pain, les féculents et les desserts étaient les aliments dont ils avaient systématiquement le plus envie.

Jean Anthelme Brillat-Savarin en a donc conclu que les céréales et les féculents étaient incontestablement la cause principale de l'obésité² – avec une prédisposition génétique ou biologique à grossir facilement, ce qui n'est pas le cas de tous – et que le sucre exacerbaient le processus de prise de poids. Il vivait toutefois à une époque où le sucre restait un luxe réservé aux riches et où les boissons sucrées étaient excessivement rares comparé à leur omniprésence un siècle plus tard. Il a donc concentré son attention sur les féculents et sur la farine, partant du principe que l'absence de cette dernière impliquerait celle du sucre, celui-ci étant à l'époque surtout présent dans les produits de boulangerie, les pâtisseries et les desserts.

Jean Anthelme Brillat-Savarin était conscient que quiconque souhaitant perdre du poids ne peut se contenter d'un conseil l'enjoignant à «manger modérément» et à «faire autant d'exercices qu'il lui est possible». Le régime était selon lui la seule méthode infaillible, et il se devait d'éliminer la cause de l'excès de graisse corporelle:

«De toutes les puissances médicales, le régime est la première, parce qu'il agit sans cesse, le jour, la nuit, pendant la veille, pendant le sommeil; que l'effet s'en rafraîchit à chaque repas, et qu'il finit par subjuguier toutes les parties de l'individu. Or, le régime antiobésique est indiqué par la cause la plus commune et la plus active de l'obésité, et puisqu'il est démontré que ce n'est qu'à force de farines et de féculs que les congestions graisseuses

se forment, tant chez l'homme que chez les animaux; puisque, à l'égard de ces derniers, cet effet se produit chaque jour sous nos yeux, et donne lieu au commerce des animaux engraisés, on peut en déduire, comme conséquence exacte, qu'une abstinence plus ou moins rigide de tout ce qui est farineux ou féculent conduit à la diminution de l'embonpoint.»

Brillat-Savarin alla même jusqu'à imaginer ses lecteurs se plaindre qu'une abstinence plus ou moins stricte de tout ce qui contient des féculents ou de la farine les priverait de leurs mets préférés. Autrement dit, ses lecteurs d'alors n'étaient pas très différents de ceux d'aujourd'hui. *«Voilà que d'un seul mot il [Brillat-Savarin] proscriit tout ce que nous aimons, ces pains si blancs de Limet, ces biscuits d'Achard, ces galettes... et tant de bonnes choses qui se font avec des farines et du beurre, avec des farines et du sucre, avec des farines, du sucre et des œufs! Il ne fait grâce ni aux pommes de terre, ni aux macaronis! Aurait-on dû s'attendre à cela d'un amateur qui paraissait si bon?»* La réponse de Brillat-Savarin fut on ne peut plus simple: *«Eh bien! mangez, engraissez; devenez laids, pesants, asthmatiques, et mourez de gras-fondu.»*

Pour beaucoup ou la plupart d'entre nous, cette logique n'offre aucune échappatoire et, comme le dit Jean Anthelme Brillat-Savarin, on peut tirer la conclusion qui en est l'inéluctable conséquence. Si les aliments riches en glucides nous font grossir, nous devons nous priver du plaisir d'en manger si nous voulons échapper à ce sort, voire l'inverser. Néanmoins, comme l'a également indiqué Brillat-Savarin, nous pouvons malgré ces impératifs continuer de consommer à satiété de nombreux aliments de sorte que l'on peut toujours faire des repas savoureux, mais qui ne nous font pas grossir.

Au début des années 1860, William Banting, un croquemort londonien anciennement obèse, a publié plusieurs éditions du premier livre de régime à pouvoir se targuer du statut de best-seller international. Les livres se sont si bien et si largement vendus que dans certains pays, le terme «régime» correspond à une variation du nom «banting». Comme il le décrit, William Banting est également passé par une expérience de conversion. Il a lutté pendant des décennies contre son surpoids avant de se laisser convaincre par un médecin londonien d'éviter les sucres, les féculents et les céréales, ce qui lui a permis de maigrir sans le moindre effort. Le pamphlet qu'il a

écrit par la suite a suscité un tel tollé que la revue médicale britannique *The Lancet* s'est fendue de deux éditoriaux sur cette approche. Le premier le ridiculisait et l'invitait à s'occuper de ses propres affaires, puisqu'il n'était pas médecin. (Une expérience qui ne m'est pas étrangère.) Le deuxième, publié cinq mois plus tard, adoptait un point de vue plus nuancé et déclarait qu'il faudrait une «*étude honnête et impartiale*» pour savoir si «*les aliments riches en sucre et en amidon constituaient vraiment la principale cause d'une corpulence excessive*».

C'est bien là tout le problème, comme l'a simplement décrit l'éditeur d'une revue médicale il y a un peu plus de cent cinquante ans. Il ne s'agit pas de savoir si un régime fonctionne mieux qu'un autre, ou si toutes les calories se valent (un sujet souvent évoqué et débattu) ou si un régime offre un «avantage métabolique» par rapport à un autre. La question est de savoir si les aliments riches en sucre et en amidon sont les principaux responsables d'une corpulence excessive: la cause de notre prise de poids. Si c'est le cas, comme le laissent entendre les manuels de médecine depuis une cinquantaine d'années, nous devons éviter d'en consommer.

Les implications sont par ailleurs relativement simples. Plus la nourriture est riche en glucides et plus ces glucides sont faciles à digérer, plus les réponses glycémique et insulinique sont importantes et plus ils risquent de nous faire grossir. Comme l'a en outre suggéré Jean Anthelme Brillat-Savarin, plus leur teneur en sucre est importante, plus les aliments font grossir.

Si les féculents et les farines sont essentiellement absorbés dans notre circulation comme le glucose des glucides (qui influe sur la glycémie), le sucre de notre alimentation (le saccharose ou les sirops riches en fructose), présent dans les denrées sucrées, a une composition chimique différente, de sorte que les dommages s'opèrent selon un autre mécanisme. Le saccharose est une molécule de glucose liée à une molécule d'un autre glucide, le fructose. Ce dernier est le plus doux des glucides, ce qui explique la douceur du sucre, mais également celle des fruits mûrs, ces derniers contenant un peu de sucre et un peu de fructose³. Lorsque l'on consomme ces sucres, le glucose entre dans la circulation, fait monter la glycémie et stimule une réponse insulinique, ce qui pour l'essentiel n'est pas le cas du

fructose. Dans un premier temps, le fructose est métabolisé dans l'intestin grêle, puis dans le foie. Ces organes, en particulier le foie, sont ensuite chargés de métaboliser jour après jour une quantité donnée de fructose, une tâche pour laquelle ils sont apparemment peu adaptés.

Notre foie n'aurait aucune peine à métaboliser un faible apport de fructose comme il l'a fait pendant les quelques millions d'années qui ont précédé l'avènement de l'agriculture il y a environ dix mille ans: un peu de sucre et de fructose mêlés aux fibres des fruits à certaines saisons, lents à digérer (et pas forcément très mûrs non plus). Il a probablement dû également gérer le fructose présent dans le miel. Après le XII^e siècle, suivant le lieu de résidence et l'aisance de nos ancêtres, les quantités ont très légèrement augmenté avec les premières importations du Moyen-Orient vers l'Europe de sucre raffiné, alors dépourvu des fibres qui en ralentissaient la digestion et l'absorption. Avec l'avènement de la révolution industrielle et l'industrie du sucre de betterave venant renforcer celle du sucre de canne, le sucre a commencé à couler à flots. À la fin des années 1970, l'industrie du raffinage de maïs a rejoint la danse avec le sirop de maïs à haute teneur en fructose, donnant lieu à un véritable tsunami; différentes formes de sucre ont commencé à être consommées chaque jour en immenses quantités par tous, du petit déjeuner aux desserts en passant par les boissons et les en-cas.

Des prémices du XIX^e siècle à la toute fin du XX^e siècle, la quantité moyenne de sucre disponible par habitant (soit la quantité produite par l'industrie agroalimentaire pour notre consommation) a été multipliée par plus de trente aux États-Unis: elle est donc passée de l'équivalent en sucre d'une canette de 33 cl de Coca-Cola chaque *semaine* à l'équivalent de plus de cinq canettes chaque *jour* par personne, des nouveau-nés aux centenaires.

Comme tout dispositif auquel on demande de faire ce pour quoi il n'est pas conçu, le foie éprouve des difficultés à métaboliser ce torrent de fructose quotidien. Les cellules du foie utilisent autant de fructose qu'elles le peuvent pour produire de l'énergie, puis transforment en graisse le reste, autrement dit l'excès. Une étude plutôt fiable suggère que cette graisse est stockée dans les cellules du foie, ce qui peut provoquer une stéatose

hépatique, une maladie associée à l'obésité et au diabète en phase de devenir épidémique dans le monde moderne. De brillants biochimistes pensent que le stockage de la graisse dans les cellules du foie, qu'il soit temporaire ou chronique, constitue une cause initiale possible de la résistance à l'insuline que nous avons évoquée et que nous essayons de prévenir, voire d'inverser. Pour résumer, la résistance à l'insuline démarre au niveau du foie avant de devenir systémique.

Ce domaine de la science relève encore de la spéculation, au même titre que les désaccords sur le caractère hautement addictif du sucre (sauf que si vous avez des enfants ou un faible pour les sucreries, vous n'avez probablement pas besoin de grandes démonstrations scientifiques pour en être convaincu). Lorsque des adolescents souffrant de stéatose hépatique cessent de consommer des sucres ajoutés (comme l'a montré un essai financé par ma propre association à but non lucratif, la Nutrition Science Initiative, et publié dans la revue médicale *JAMA* en janvier 2019), la graisse accumulée dans le foie a tendance à disparaître. Cela laisse penser que la résistance à l'insuline, au moins chez les enfants, pourrait également être résorbée de cette façon.

Tous les autres glucides de notre alimentation – le glucose, le lactose (dans le lait), le maltose (dans la bière), et d'autres encore – contribuent plus ou moins directement au stockage de la graisse en augmentant la glycémie et en stimulant par la même occasion l'insuline. Le sucre y contribue directement et indirectement: le glucose fait monter la glycémie et stimule la sécrétion d'insuline, le fructose submerge le foie et provoque la stéatose hépatique et la résistance à l'insuline, ce qui augmente d'autant plus la sécrétion d'insuline en réponse à tous les autres glucides.

L'observation de Jean Anthelme Brillat-Savarin selon laquelle le sucre exacerbe la prise de poids tient toujours. Le sucre est incontestablement le mal originel au cœur de l'histoire de la nutrition, et apprendre à l'éviter sans rien perdre de sa joie de vivre et du plaisir de manger est essentiel. Cela ne vous ramènera peut-être ni la santé ni un poids acceptable et nécessitera sans doute par ailleurs une abstinence plus ou moins stricte, comme le préconisait Brillat-Savarin. C'est néanmoins la première étape pour éviter l'aggravation du problème.

Certes je plaide pour l'abstinence, néanmoins il est important de réaliser qu'il ne s'agit pas d'une panacée. Cela ne signifie pas qu'une personne obèse deviendra mince, mais seulement qu'elle deviendra sans doute plus mince et en meilleure santé sans pour autant souffrir de la faim. D'autres hormones, en particulier les hormones sexuelles, influent sur le stockage de la graisse et ne réagissent pas directement à notre alimentation (même si elles peuvent le faire de manière indirecte). L'insuline est la principale connexion directe avec notre alimentation. Bon nombre d'entre nous devront réduire leur sécrétion d'insuline pour susciter et prolonger le stimulus négatif lié à la carence en insuline, pour mobiliser et brûler plus de graisses qu'ils n'en stockent, pour atteindre leur poids idéal et le conserver. Une abstinence plus ou moins stricte se révélera à la fois nécessaire et idéale.

En définitive, votre succès sera à l'aune de votre engagement. Si c'est le cas pour tous les autres régimes, il n'est pas question ici de s'engager à vivre tenaillé par la faim. Certaines personnes qui doivent perdre autour de 6 kg pour atteindre le poids et le niveau de santé dont elles rêvent peuvent y parvenir en supprimant les aliments les plus adipogènes et les glucides qu'ils contiennent, comme les boissons sucrées, la bière (*«fuyez la bière comme la peste»* pour reprendre le conseil de Brillat-Savarin), les desserts et les en-cas sucrés. Une alimentation composée de sucres lents et riche en fibres pour ralentir la digestion et l'absorption et garder un faible taux d'insuline leur conviendra. Une abstinence stricte ne sera pas nécessaire *dans leur cas*.

Pour la plupart de ceux qui, comme moi, se battent avec leur poids depuis des années ou des décennies, cependant, une abstinence stricte serait idéale. Les médecins qui recommandent le régime LCHF/cétogène déclarent qu'ils s'adapteront aux efforts dont sont capables leurs patients, mais restent convaincus que seule une abstinence stricte permettra de déterminer notre état de santé optimal. Les médecins qui soignent des patients obèses depuis longtemps et dont les cliniques cumulent la plus longue expérience, comme Eric Westman de l'université Duke, sont formels. *«On dit de moi, déclare Eric Westman, que je suis trop strict. Mais cette rigueur est peut-être une nécessité.»*

Lors d'une récente conférence sur le diabète à Aspen, dans le Colorado, j'ai pu échanger avec une jeune femme qui avait pris part à l'essai clinique d'un régime qui avait reçu le soutien de mon association à Stanford. Elle m'a confié qu'elle avait toujours été obèse et pesait 109 kg au début de l'essai. Elle faisait partie du groupe de participants devant suivre pendant un an un programme basé sur le régime LCHF/cétogène. Elle a perdu 13,5 kg au cours des trois premiers mois en observant une abstinence stricte, sans être obsédée par la nourriture et la faim, comme c'est le cas avec les régimes pauvres en calories. (Elle m'a montré la courbe de poids qu'elle avait tracée sur une application de son smartphone.)

Les chercheurs de Stanford ont ensuite suggéré aux participants de l'étude soumis au régime LCHF/cétogène, dont elle faisait partie, qu'ils pouvaient, et même devaient, recommencer à consommer des petites quantités des aliments riches en glucides qui leur manquaient le plus. Ils avaient peur qu'un régime trop strict les fasse perdre l'adhésion des participants qui risqueraient alors de renoncer. Cette jeune femme s'est donc remise à manger des baies, un aliment inoffensif pour la plupart d'entre nous, mais qui a eu pour conséquence de ne lui faire perdre qu'un peu plus de 2 kg au cours des trois mois suivants. Au bout de six mois, toujours sur les conseils des chercheurs, elle a légèrement augmenté sa dose de fruits et n'a plus jamais perdu un seul gramme.

Il est tout à fait possible que son poids aurait atteint un palier, même sans les baies, puis les fruits; nul ne le saura jamais.

Elle non plus ne le saura jamais, et c'est là tout le problème. Si cette jeune femme avait persévéré avec une abstinence stricte, elle aurait peut-être perdu beaucoup plus de poids. Dans ce cas, elle aurait pu décider qu'une abstinence stricte valait clairement la peine et qu'une vie sans baies et sans fruits n'était pas vaine. Comme l'affirment fréquemment les livres de développement personnel et de management, il est essentiel de se fixer un objectif et de s'y tenir. Sans cet engagement, il est impossible de savoir si l'objectif est accessible. Minimiser l'implication et autoriser les compromis nous prive de réponse.

Une abstinence plus ou moins stricte de tout aliment sucré, féculent ou farineux nécessite un changement d'approche en matière d'alimentation, de choix des aliments et du degré de réflexion qui accompagne chaque repas.

Comme tout ce qui demande de la discipline, cependant, la pratique finit par faciliter les choses. Ce cas précis présente par ailleurs un avantage par rapport à d'autres pratiques similaires observées à vie: un changement d'alimentation induit un changement physiologique, soit le carburant même dont ont besoin nos cellules pour survivre et produire de l'énergie, qui à son tour influe sur le type d'aliments qui nous font envie. Lorsque notre corps apprend à produire de l'énergie uniquement à partir de la graisse, c'est elle que nous convoitons, autrement dit, le beurre devient plus appétissant que le pain.

Les tentations ne nous lâcheront jamais. Une petite douceur ne perdra jamais de son attrait. Le sucre aura toujours le pouvoir d'exciter nos papilles (et notre foie) et de provoquer une envie irrésistible d'en manger plus. Le secret, c'est de ne pas succomber. Lorsque notre corps produit son énergie en brûlant des graisses, il devient plus facile de renoncer à ces petites douceurs. Nos goûts changent et de nombreux aliments contenant du sucre nous paraissent alors trop sucrés. Ce constat est fréquent. Nous prenons par ailleurs l'habitude de faire disparaître le sucre de notre existence et de notre environnement afin d'éliminer la tentation. Pour parvenir à s'affranchir d'une dépendance, il faut, dans la mesure du possible, apprendre à rendre la source de la dépendance indisponible. Pour réussir, il faut se fixer un objectif, puis se montrer patient et résolu pour l'atteindre et ne jamais le perdre de vue.

Un grand nombre des médecins que j'ai interrogés pour ce livre ont évoqué leur propre santé et leur approche du régime LCHF/cétogène avec des termes généralement réservés à l'addiction. Robert Cywes, un chirurgien-pédiatre qui dirige désormais des programmes de chirurgie bariatrique et de contrôle du poids pour adultes et adolescents en Floride m'a confié: *«Pour faire court, nous menons un programme de désintoxication des glucides et non un programme de perte de poids.»* Martin Andreae, médecin généraliste à Powell River, au nord de Vancouver au Canada, se décrit comme un ancien drogué du sucre.

«Un seul brownie et je suis un homme perdu, déclare Martin Andreae, le bon sens me dit de m'arrêter là, mais dans les actes, c'est autre chose. La dépendance et le sentiment d'impuissance me sont familiers. Et la joie que procure l'addiction à une substance est seulement liée au fait de combler le

vide créé par l'absence de la substance elle-même. On ne guérit pas une addiction par la modération, mais par l'abstinence. C'est ainsi que l'on traite tous les autres types d'addiction. Dans le cas de l'alcool, il est recommandé de ne plus y toucher et de ne pas en avoir chez soi. Même chose avec la cigarette. Avec le diabète et l'obésité, le corps est avant tout dépendant du sucre ou des glucides. Demander à nos patients d'en consommer avec modération revient à leur demander l'impossible du point de vue physiologique et à entretenir l'addiction. Ce que nous combattons, c'est le concept de la modération. Il ne fonctionne pas.»

Mark Cucuzzella, médecin et professeur de médecine à la West Virginia University School of Medicine, s'est qualifié de «prédiabétique en rémission» lors de notre entretien, soit un accro aux glucides en voie de guérison. Marathonien, auteur d'un livre sur la course à pied et la santé (*Run for Your Life*, non traduit en français), il suit un régime LCHF/cétogène qu'il prescrit par ailleurs à ses patients. Un diagnostic de prédiabète malgré son poids de 61 kg (pour 1,73 m) et les 16 km de course à pied journalier auxquels il ne déroge jamais a suscité son expérience de conversion. Il confie qu'il mangeait des glucides littéralement toutes les trois à quatre heures, même en pleine nuit. Il décrit son existence diurne et nocturne en ces termes: *«Faim, manger, faim, manger, faim, manger. J'ai mangé mon dernier bol de céréales et ma dernière tartine il y a six ans. Ils ne me manquent absolument pas.»* Mark Cucuzzella emprunte la terminologie utilisée par Gretchen Rubin dans *Ma vie en mieux* et divise ses patients en «modérés» et en «abstinents». *«Un modéré peut se contenter d'un petit carré de chocolat, explique-t-il, alors qu'un abstinent ne pourra pas se satisfaire de sa première bouchée: il va manger toute la tablette. La possibilité d'agir avec modération est l'un des messages les plus délétères pour les patients atteints d'obésité et de diabète. Si vous souffrez d'une véritable addiction aux glucides, vous demander de ne plus manger que quatre beignets au lieu de dix revient à focaliser votre attention sur ces beignets toute la journée. De rares patients peuvent entrer dans la catégorie des modérés et résister à la tentation de ces délices. La majorité d'entre nous doit toutefois se ranger dans celle des abstinents. Comme les alcooliques, les drogués ou les accros de la cigarette, une abstinence complète augmente nos chances de réussite. Moi qui fréquente chaque jour*

des patients atteints de maladies du métabolisme, je n'arrive pas à comprendre pourquoi ce conseil est jugé "extrême".»

.....

- 1• Je remercie Albert Einstein pour cette pensée, même s'il faisait référence à des théories scientifiques et non à l'alimentation et si, en sortant de son champ d'application, je simplifie ici probablement ses propos.
- 2• Jean Anthelme Brillat-Savarin confondait ici association et causalité.
- 3• La forme la plus courante du sirop de maïs à haute teneur en fructose que nous consommons est un mélange composé à 55% de molécules de fructose et plus de 40% de glucose, ainsi que quelques autres glucides. En ce qui nous concerne, c'est une autre forme de sucre, aussi, lorsque je parle de sucre, au singulier comme au pluriel, c'est du saccharose et des sirops riches en fructose qu'il s'agit.

CE QUE SIGNIFIE L'ABSTINENCE

L'abstinence de tout féculent, farine ou sucre signifie renoncer aux aliments qui en contiennent.

Dans mes échanges sur l'alimentation et la santé, on me rappelle souvent qu'un sujet de réflexion qui hante une personne depuis quasiment vingt ans n'est pas nécessairement évident pour ceux qui découvrent la problématique. Revenons donc aux fondamentaux: les aliments que nous allons éliminer, ceux dont nous nous abstenons et ceux que nous pouvons consommer à volonté.

S'abstenir de consommer des glucides et des aliments riches en glucides revient à renoncer aux aliments de la liste qui suit. Leur forte teneur en glucides fait en effet monter la glycémie, stimule l'insuline et favorise le stockage de la graisse tout en aiguissant la faim.

- Pas de céréales, autrement dit pas de riz, de blé, de maïs, ni de céréales anciennes telles que le millet et l'orge ou de pseudo-céréales comme le quinoa et le sarrasin. Aucun produit fabriqué à partir de ces céréales comme les pâtes, le pain, les beignets et les céréales du petit déjeuner. Pas de sauce épaissie avec de la maïzena, comme c'est souvent le cas.
- Pas de féculents, autrement dit ni légumes racines ni tubercules, ce qui élimine *de facto* les pommes de terre, les patates douces, les panais ou

les carottes. Cela revient à éliminer les légumes qui poussent sous terre et ne garder que ceux qui poussent au-dessus.

- Pas de fruits, à l'exception des avocats, des olives et des tomates (entrant dans la catégorie botanique des fruits), et éventuellement des baies, mais nous reviendrons sur ce point.
- Pas de légumes secs ou de légumineuses, autrement dit pas de petits pois, de lentilles, de pois chiches ou de graines de soja.
- Absolument aucun aliment sucré, en particulier les boissons sucrées, même avec du sucre d'origine naturelle comme celui des fruits: pas de sodas, de jus de fruits, de smoothies, de gâteaux, de crèmes glacées, de confiseries, de sucreries ni de barres diététiques, surtout celles qui sont allégées.
- Pas de lait ou de yaourts sucrés, surtout lorsqu'ils sont allégés (la matière grasse y est éliminée et remplacée généralement par une forme de sucre). Je suis de l'avis de Michael Pollan et je conseille d'éviter les produits dont l'emballage promet des bienfaits pour la santé.

De manière générale, plus un aliment ou un produit alimentaire contient de fibres, plus la proportion de calories imputable aux matières grasses est élevée, moins il a d'incidence sur la glycémie, plus la réponse insulinaire est faible et plus cet aliment a de chance d'être inoffensif. Les recherches suggèrent qu'il existe d'importantes variations individuelles sur la manière dont différents aliments agissent sur notre glycémie, ce qui implique par ailleurs des variations tout aussi importantes de la réponse insulinaire. Les pommes de terre sont peut-être sans conséquence pour certains d'entre nous, mais pas pour d'autres. Le problème, c'est que nous n'en avons aucune idée et qu'être «moins nocif» ne suffit pas toujours. Si nous aspirons à la santé et à la minceur, le meilleur conseil consiste donc à s'abstenir de tous ces aliments.

La liste qui suit indique ce que vous pouvez manger. Il s'agit d'aliments contenant très peu de glucides ou riches en matières grasses.

- Viande: viande de boucherie (bœuf, veau, agneau, mouton, porc) ou volaille (poulet, dinde, canard, oie), la plus grasse possible et, de préférence, provenant d'animaux nourris à l'herbe et élevés en pâturages et non de manière industrielle

- Poissons et coquillages
- Œufs

Vous pouvez cuisiner ces aliments comme bon vous semble (au four, grillés, sautés, rôtis), mais évitez d'utiliser de la farine, de la chapelure ou de la maïzena dans vos préparations. Vous pouvez également consommer les produits suivants:

- Beurre, de préférence à base de lait d'animaux nourris à l'herbe; huile, de préférence extraite de fruits plutôt que de fruits à coque, de graines ou de légumineuses, autrement dit privilégiez l'huile d'olive, de coco ou d'avocat
- Légumes pauvres en glucides, soit tous les légumes à feuilles verts et en particulier le chou kale, les épinards et la laitue, mais également le chou, les brocolis, le chou-fleur, les asperges, les choux de Bruxelles, les tomates (bien qu'il s'agisse en réalité d'un fruit comme nous l'avons indiqué), les champignons, les concombres, les aubergines, les poivrons et les oignons
- Fruits riches en matières grasses comme les olives et les avocats
- Produits laitiers: fromages, crème, yaourts (non sucrés), toujours à base de lait entier

Vous pouvez consommer les aliments qui suivent, mais avec modération. Nous reviendrons sur ce point.

- Chocolat à faible teneur en sucre, moins il y en a, mieux c'est
- Baies
- Oléagineux et beurres d'oléagineux (d'amande, noisette, cacahuète, noix, mais aussi de graines comme le lin et le sésame)

Si je vous demande de consommer ces aliments «avec modération», c'est qu'ils sont à la limite de l'acceptable: l'expérience clinique suggère qu'ils peuvent se révéler problématiques. Une nouvelle fois, les variations individuelles jouent un rôle dans la tolérance à ces aliments par notre organisme. Si les matières grasses constituent l'essentiel des calories des oléagineux, ainsi que des beurres associés, ce qui est une bonne chose en

soi, ils présentent néanmoins le gros inconvénient de parfois contenir suffisamment de glucides pour stimuler l'insuline et donc le stockage de la graisse et susciter l'envie d'en consommer davantage. De manière générale, plus le goût des fruits à coque est agréable, plus ils contiennent de glucides. Les oléagineux ainsi que leurs beurres figurent sur la plupart des listes des aliments autorisés par les régimes cétogènes. Vous pouvez désormais vous procurer de la farine d'oléagineux et l'utiliser en pâtisserie. Vous pouvez acheter pour votre petit déjeuner du muesli contenant principalement ce type d'ingrédients. Il en va bien sûr de même des barres de type snacks. La plupart des médecins que j'ai interviewés pensent que les oléagineux et leurs beurres sont des en-cas riches en matières grasses nécessaires dans un régime LCHF/cétogène. J'aurais quant à moi quelques réserves à émettre.

Le problème de la variation individuelle impose un avertissement clair lorsqu'on autorise les oléagineux et leurs beurres: si vous suivez un régime LCHF/cétogène et que vous ne perdez pas vos kilos en trop, ces aliments peuvent constituer un problème *pour vous* et vous devriez arrêter d'en consommer pour voir si cela change la donne. Eric Westman se montre une fois de plus très strict sur ce point: les oléagineux et les beurres d'oléagineux ne sont pas au nombre des aliments recommandés à ses patients. Son expérience lui a montré que ces derniers peuvent facilement forcer la dose. Ils sont persuadés d'en consommer de petites quantités, mais il n'en est rien. Ils en mangent même lorsqu'ils n'ont pas faim.

En ce qui concerne les fruits, à l'exception des olives et des avocats, dont les calories proviennent principalement des matières grasses, les baies sont à la limite de l'acceptable, et il faut éviter les gros fruits, comme les pommes, les poires, les oranges, les pamplemousses, les ananas et les melons. Si les glucides sont moins concentrés dans ces fruits que dans les féculents en raison de leur teneur en eau, ils produisent malgré tout une réponse glycémique et insulinique et sont susceptibles de faire grossir. La pomme doit précisément sa douceur au fructose et au saccharose qu'elle contient. Ils sont associés aux fibres, ce qui rend leur digestion plus lente qu'ils ne le seraient dans les sodas ou les jus de fruits. Les minces peuvent les tolérer sans peine, ce qui n'est probablement pas le cas pour le reste d'entre nous.

Les baies, cependant, contiennent beaucoup de fibres et ont une teneur en glucides et en sucre relativement faible, peut-être même suffisamment faible pour être acceptables. Mais même là, il y a un hic: si nos ancêtres disposaient de baies et en ont consommé au cours du dernier millénaire, ils ne l'ont fait qu'en saison, quelques mois par an, et ils les mangeaient probablement plutôt acides, avant leur pleine maturité. Même mûres, ces baies auraient été moins sucrées que les variétés commercialisées de nos jours.

Là où j'habite, en Caroline du Nord, la saison des myrtilles dure environ six semaines par an. Elles apparaissent dans de grands bidons sur mon marché local et ont (pour moi) une saveur indescriptible. J'en mange des quantités déraisonnables. Je grossis très probablement un peu pendant cette période, mais la saison passe (en se déplaçant vers le nord), de sorte que je cesse d'en acheter et, du moins je l'espère, je perds le poids qu'elles m'auront fait prendre. (Commence alors la saison des mûres...) Je ne garantis rien si vous en mangez toute l'année.

LES AJUSTEMENTS NÉCESSAIRES

Renoncer aux glucides ne veut pas dire manger moins, mais manger des aliments gras et riches en matières grasses.

Qu'entend-on par durable, lorsqu'on parle d'un régime destiné à stabiliser notre poids? Les journalistes spécialisés dans le domaine de la santé et les autorités officielles en matière de nutrition insistent désormais sur le fait que le meilleur des régimes (à savoir un régime qui «donne des résultats») est un régime que nous pouvons suivre et auquel nous pouvons adhérer toute notre vie. Dans la pratique qu'est-ce que cela signifie? Adhérer à un régime qui ne nous aide en rien à atteindre notre poids idéal et à le stabiliser présente peu d'intérêt et ne fonctionne manifestement pas. Par ailleurs, si nous devons adopter un mode d'alimentation à vie, celui-ci doit, pratiquement par définition, nous permettre de manger à satiété. On ne doit pas sortir de table sans être rassasié. On ne doit pas compter nos calories; on doit tout simplement pouvoir manger, comme le font les personnes minces. Tout ce qui implique une vie marquée par la faim (dans un monde d'abondance alimentaire) est voué à l'échec.

C'est pourquoi lorsqu'on quitte l'univers des recherches académiques pour celui des régimes «à la mode» et des médecins qui sont sur le terrain, il n'est *plus question* de compter les calories ou de manger moins avec le régime LCHF/cétogène. Le terme technique *ad libitum* (manger à volonté)

est de mise. Manger lorsqu'on a faim et jusqu'à satiété. Les médecins qui préconisent ce type d'alimentation, surtout les plus expérimentés d'entre eux, insistent auprès de leurs patients sur la nécessité de manger quand ils ont faim. Ils craignent que dans le cas contraire, nous finissions par renoncer au régime ou par nous gaver en réaction aux privations, ce qui nous ferait perdre tous les bienfaits du régime pour notre santé.

Pour que cela fonctionne dans la pratique, nous devons consommer une quantité significative de matières grasses si nous voulons manger à satiété tout en renonçant aux aliments riches en glucides. Les glucides constituent en effet généralement la moitié des calories que nous consommons. Si nous éliminons les aliments riches en glucides et l'énergie qu'ils procurent, il nous faudra remplacer une grande partie de ces calories en consommant plus de protéines ou plus de lipides, sachant par ailleurs que les sources de protéines issues des vrais aliments s'accompagnent invariablement d'une quantité non négligeable de matières grasses.

Si un régime adéquat sur le plan nutritionnel nécessite un minimum de protéines pour la croissance et la réparation des tissus maigres, les protéines elles-mêmes sont composées d'acides aminés qui peuvent être convertis en glucose dans le foie et ainsi stimuler la sécrétion d'insuline. Ce processus est plus lent que lorsqu'on consomme des céréales raffinées ou des boissons sucrées, mais il n'en reste pas moins susceptible de déclencher un tant soit peu la sécrétion d'insuline. Si vos cellules adipeuses sont d'une «extraordinaire sensibilité» à l'insuline, c'est peut-être déjà trop. Un régime alimentaire qui *minimise* la sécrétion d'insuline n'est pas hyperprotéiné. Cela n'aurait pas été un problème dans les années 1960, lorsque les matières grasses représentaient en général 70% des calories de la viande vendue en supermarché ou en boucherie et que les gens consommaient la volaille avec la peau. Mais depuis, le message antigras a été largement diffusé et l'on s'est tourné vers les morceaux plus maigres (comme les filets de poulet sans peau) et le poisson maigre, aussi lorsqu'on souhaite éviter les aliments riches en glucides, peut-on facilement être amené à consommer trop de protéines.

Imaginons que votre déjeuner ou votre dîner se compose d'un filet de poulet sans peau accompagné de légumes verts ou d'une salade verte. Ce type de repas semble un compromis plus que raisonnable entre les différents

concepts nutritionnels. Il ne comporte pas de féculents, de céréales ou de sucres, ce qui en fait un repas pauvre en glucides qui semble pouvoir convenir au régime cétogène. Le filet de poulet sans peau en réduit en outre la teneur en matières grasses. Il est facile de comprendre qu'au milieu de ces interminables controverses nutritionnelles, nous soyons tentés de pencher dans ce sens. Peut-être que les gens comme moi ont raison d'affirmer que les céréales raffinées et les sucres constituent le problème majeur de l'alimentation moderne, mais il est néanmoins difficile de penser que les autorités en guerre contre les matières grasses se trompent *sur toute la ligne*. Nous avons donc là un bon compromis: consommer moins de matières grasses et puiser les glucides dans des aliments généralement considérés inoffensifs, en particulier les légumes non féculents. Le filet de poulet sans peau est riche en protéines et ne contient pas trop de matières grasses. Les glucides que contient ce repas sont des «bons» glucides, qui ne font pas trop augmenter la glycémie. Ils sont associés aux fibres et seront digérés lentement.

Mais comme toujours, le diable se cache dans les détails. Si les portions sont suffisamment petites et si nous mangeons suffisamment lentement, la sécrétion d'insuline induite par les acides aminés qui contiennent des protéines et par les glucides présents dans les légumes verts pourra rester en deçà du seuil de sensibilité à l'insuline. Nous brûlerons toujours plus de graisses que nous n'en ingérons. L'interrupteur du seuil de sensibilité à l'insuline n'est pas enclenché. Mais une portion généreuse aura un tout autre effet. Si nous optons consciemment pour de petites portions, il y a toutes les chances que nous ayons faim ensuite. Si nous avons faim, il y a toutes les chances que nous dérogeons à notre régime ou que nous le laissions carrément tomber. Tant que nous perdons du poids, nous pourrions nous accommoder d'un tel régime, car nous brûlerons également notre propre graisse, mais qu'en sera-t-il lorsque nous atteindrons un palier et un poids idéal? Néanmoins, si nous augmentons la taille des portions, la réponse insulinaire augmente également. Si la quantité de calories consommées permet la satiété, on peut raisonnablement s'attendre à stocker plus de graisses et à avoir faim entre les repas sans perdre notre fringale pour les glucides. Sous ses airs rationnels, cette solution pourrait nous conduire au désastre.

Ajouter des lipides est la seule façon pour un repas de satisfaire la faim en minimisant la sécrétion d'insuline. C'est le seul macronutriment qui n'entraîne pas de réponse insulinaire. Lorsque des chercheurs australiens de l'université de Sydney ont étudié, sous la direction de Jennie Brand-Miller, les effets d'une alimentation variée sur la sécrétion d'insuline (les seuls à avoir publié une étude aussi complète, au moment où j'écris), la teneur en matières grasses est apparue comme le meilleur indicateur de sécrétion d'insuline. Plus la teneur en matières grasses est élevée, plus *faible* est la réponse insulinaire. *«Les protéines stimulant la sécrétion d'insuline, en particulier lorsqu'elles sont combinées aux glucides, écrivent-ils, les repas dont la teneur en protéines et en glucides est la plus élevée (et par conséquent dont la teneur en lipides est la plus faible) provoquent les plus fortes réponses insulaires.»*

Qu'en est-il des repas riches en lipides et en protéines? C'est une question récurrente que me posent année après année les personnes qui lisent mes livres ou d'autres, et qui pensent appliquer les conseils en faisant trois repas par jour composés de viande grasse (entrecôte au petit déjeuner, au déjeuner et au dîner). Dans un monde où de plus en plus de gens se disent carnivores ou adeptes du *zero carb* (une alimentation sans aucun glucide [surtout en vogue aux États-Unis – NDE]), ils ne mangent même pas un légume vert. Steve Phinney et Jeff Volek, qui ont fait plus de recherches sur les régimes cétogènes que quiconque, pensent qu'il existe une limite à la quantité journalière de protéines à ne pas dépasser pour rester en cétose: moins de 1 g de protéines pour 450 g de masse corporelle.

Quant à savoir si une grosse quantité de protéines nuirait à la mobilisation de la graisse des cellules adipeuses et à long terme à la longévité, nous n'avons pas de réponse à ce jour. Le jeune homme que j'ai évoqué plus tôt et qui pesait pratiquement 180 kg à 18 ans a fini par perdre 54 kg en quatre mois en se nourrissant exclusivement de viande grasse achetée par dizaines de kilos chaque semaine par son père chez Costco. Sa réponse à ce type de régime est peut-être relativement rare, voire bizarre, mais elle pourrait aussi constituer la norme. Elle pourrait par ailleurs très bien changer au fil du temps et avec l'âge. C'est peut-être la réponse d'un jeune homme de 18 ans, prédisposé à l'obésité, mais pas celle d'une

personne de 40 ans ni même d'une jeune femme de 18 ans. Rien ne nous permet pour le moment de le savoir.

L'immense variation individuelle concernant la manière dont nos corps métabolisent les protéines et les glucides signifie que chacun doit mener ses propres expériences pour trouver la solution adaptée à son cas. Aucun essai clinique significatif n'a été fait pour comparer l'alimentation LCHF/cétogène (pauvre en glucides et riche en lipides) à ce que l'on pourrait appeler une alimentation LHP (pauvre en glucides et riche en protéines). Comme nous l'avons vu, la consommation de protéines stimule la sécrétion de deux hormones, le glucagon et l'hormone de croissance, qui œuvrent au déstockage de la graisse des cellules adipeuses. Ces réponses hormonales provoquées par l'alimentation sont moins étudiées que la réponse insulinaire. Ce que les protéines nous font perdre d'un côté avec la sécrétion d'insuline peut être compensé par la réponse du glucagon et de l'hormone de croissance. Néanmoins, même si c'est le cas et que nos repas sont très riches en protéines, remplacer les calories liées aux glucides sur lesquels nous faisons l'impasse va tout de même nécessiter des quantités importantes de lipides et d'aliments riches en matières grasses.

C'est pourquoi Sarah Hallberg, médecin à l'université de l'Indiana, dit à ses patients que les légumes verts sont un vecteur de matières grasses et ne devraient jamais être consommés sans. Elle occupe le poste de directrice médicale au sein de Virta Health et a supervisé l'essai mené par la start-up sur le régime LCHF/cétogène auprès de patients atteints de diabète de type 2. Lors de cet essai, les sujets atteints de diabète ont reçu le même conseil: utiliser de grandes quantités de beurre ou d'huile d'olive pour cuisiner les légumes, puis les manger avec un filet d'huile d'olive ou du beurre fondu. Une salade peut faire l'affaire pour le déjeuner, dès lors qu'elle contient beaucoup de lipides et peu de glucides. Agrémentez-la d'olives ou d'avocat, voire de graines de chanvre. Une bonne sauce pour salade, déclare Sarah Hallberg, doit contenir beaucoup d'huile et moins de 2 g de glucides par portion. Elle recommande de répartir ce type d'assaisonnement dans deux récipients et d'ajouter de l'huile d'olive dans chacun et bien agiter afin d'augmenter la quantité de lipides. En utilisant les légumes comme vecteur de matières grasses, le régime LCHF/cétogène peut être principalement,

voire strictement végétarien. Y parvenir sans aucun produit d'origine animale riche en graisse est plus difficile, mais c'est tout à fait faisable.

À quoi ressemble une alimentation pauvre en glucides, mais riche en matières grasses, que l'on peut consommer à satiété? Cette manière de s'alimenter est-elle aussi radicale qu'on veut bien si souvent le dire? Je vais utiliser quelques photos pour répondre à ces questions. Au passage, j'en profiterai pour démontrer pourquoi le contrôle pondéral repose moins sur les quantités ingérées que sur la composition de nos repas. C'est l'une des principales raisons qui explique qu'il est préférable d'arrêter de faire le décompte des calories ingérées et éliminées au travers de l'activité physique. Au lieu de simplifier les choses, cela les complique si vous cherchez à atteindre un poids idéal et le stabiliser.

Nous allons maintenant voir défiler les images des différents repas de la journée, en commençant par le dîner pour remonter jusqu'au petit déjeuner.





Deux versions différentes d'un dîner d'un peu plus de 600 calories. L'une qui fait grossir (en haut): filet de poulet rôti, brocolis et pommes de terre.

L'autre qui ne fait pas grossir ou permet de perdre du poids (en bas): deux hauts de cuisses de poulet, davantage de brocolis, pas de pommes de terre, beurre.

L'assiette du haut, qui présente un filet de poulet rôti, des brocolis et des pommes de terre, fera grossir ceux qui ont cette prédisposition en raison des glucides que contiennent les pommes de terre. Ce n'est pas le cas de l'assiette du bas, qui contient des hauts de cuisses de poulet dont la viande a une teneur plus élevée en graisse, des brocolis et quelques noisettes de beurre (ou un peu d'huile d'olive comme le recommande Sarah Hallberg). Ce plat entre dans le cadre d'un programme de perte de poids ou de stabilisation. La teneur en calories de ces deux assiettes est foncièrement la même, soit un peu plus de 600 calories. L'une contient les pommes de terre et fait grossir; l'autre n'en contient pas, mais présente une plus grande portion de poulet (en termes de calories en raison de la teneur en graisse plus élevée), davantage de brocolis ainsi que du beurre sur ces derniers. Elle ne fait pas grossir. La quantité plus importante de poulet et de brocolis, ainsi

que le beurre (ou l'huile d'olive) compensent la différence en calories. Si vous commandiez ce plat au restaurant, il vous suffirait de commander le poulet rôti en demandant au serveur ou à la serveuse de remplacer les pommes de terre par plus de brocolis ou par de la salade verte. Rien de plus simple.

David Unwin, médecin généraliste en Angleterre, lauréat du prix de l'innovation du National Health Service en 2016 pour avoir prescrit le régime LCHF/cétogène à ses patients atteints de diabète, décrit cette démarche comme «*remplacer par du vert tout ce qui était blanc dans votre assiette*». Même avec une teneur en calories égale ou supérieure, l'assiette du bas est proposée par un programme de perte de poids (un régime à la mode, le régime Atkins pour ne pas le nommer!); l'assiette du haut représente probablement ce que vous avez toujours mangé et qui vous fait grossir.

Adopter de manière durable des dîners comme celui présenté sur la deuxième photo ne devrait pas poser de problème. *Ne pas manger* de pommes de terre et mettre du beurre ou de l'huile d'olive sur vos légumes verts seront pour vous les seules différences. Du point de vue de la santé cardiaque, pratiquement tous les experts jugeraient le repas du bas aussi sain que celui du haut, surtout si l'apport supplémentaire de calories provient de l'huile d'olive. C'est là que réside le compromis. Si vous optez pour le beurre au lieu de l'huile d'olive, c'est que vous considérez que tout ce que j'ai écrit dans ce livre est correct.

Le déjeuner peut être identique au dîner, avec les mêmes implications en termes de durabilité et de santé, mais donnons-lui plutôt un petit air de fast-food aux allures de régime alimentaire standard américain. L'assiette du haut sur la page suivante, aussi peu appétissante qu'elle puisse paraître, est un repas de fast-food typique: un cheese-burger McDonald's avec son pain, des pickles, de l'oignon, du ketchup et de la moutarde, accompagné d'une petite portion de frites et d'un petit verre de Coca-Cola. Elle équivaut à environ 700 calories (ketchup compris) et fait grossir les personnes qui ont cette prédisposition en raison du pain, des frites, du sucre que contient le soda ainsi que du sucre et des glucides du ketchup. L'assiette du bas

contient un double steak haché avec du fromage (accompagné de laitue, de tomates, d'oignons et de pickles), pas de pain, de la sauce pour salade et de la sauce barbecue, pas de frites et de l'eau à la place du soda. Son apport calorique est identique, mais elle ne contient pas de céréales (le pain), pas de féculents (les frites) ni de sucre (le soda et le ketchup). Elle ne fait pas grossir. Si ces deux repas contiennent un nombre de calories identique, ce n'est pas le cas de leur teneur en glucides; ils produisent en outre des réponses métaboliques et hormonales différentes qui se traduisent par des effets contrastés sur le stockage de la graisse.





Deux versions différentes d'un déjeuner de 700 calories. L'une qui fait grossir (en haut): un petit cheese-burger, des frites, du ketchup et un petit verre de Coca-Cola.

L'autre qui ne fait pas grossir ou permet de perdre du poids (en bas): un double steak haché avec du fromage (sans pain), de la salade verte avec de la sauce barbecue et un verre d'eau avec des glaçons.

Le repas de type fast-food présenté dans la photo du haut fait grossir. Le repas de type fast-food présenté dans la photo du bas permet de perdre du poids. Il est conforme aux préconisations du régime LCHF/cétogène. De nos jours, peu d'experts en santé jugeraient moins sain un repas composé de deux steaks hachés au lieu d'un et accompagné de salade, qu'un repas avec un seul steak haché accompagné de frites et d'une boisson sucrée. Si vous ne montriez à ces experts que la photo du bas, ils émettraient peut-être quelques réserves par rapport à la viande rouge, mais ils reconnaîtraient probablement qu'il s'agit d'un repas sain, même selon leurs critères, dès lors que vous ne mangez pas «trop». Si vous remplaciez les deux steaks hachés par un beau morceau de saumon ou des steaks de saumon (toujours sans pain), voire un steak végétal (sans viande ni pain), tout le monde serait d'accord pour dire qu'il s'agit d'un repas sain.

Le petit déjeuner semble constituer l'ultime poche de résistance, c'est le repas qui s'éloigne le plus radicalement de la vision conventionnelle d'une alimentation saine. On en revient au problème des œufs au bacon. Au cours des cinquante dernières années, les autorités sont parvenues à nous convaincre de manière très efficace qu'il s'agissait de deux substances mortelles. Nous en sommes venus à considérer comme idéal le petit déjeuner d'un peu plus de 700 calories présenté en haut de la page ci-contre (composé de céréales, de lait écrémé, de rondelles de banane, de toasts beurrés et de jus d'orange), alors qu'il fait grossir les personnes qui ont cette prédisposition en raison des glucides que contiennent les différents ingrédients (y compris le lactose du lait). Les personnes résistantes à l'insuline et prédisposées au surpoids éprouveront très vite une sensation de faim après un tel petit déjeuner en raison de ses effets sur la glycémie et sur l'insuline. Nous aurons envie d'un en-cas, probablement riche en glucides, en milieu de matinée. L'assiette du dessous, composée de trois œufs brouillés, de fromage, d'une saucisse, de deux tranches de bacon, de tranches d'avocat, avec de l'eau au lieu du jus de fruits, équivaut au même nombre de calories (environ 700) et ne nous fait pas grossir. Le taux d'insuline restant bas, nous n'aurons pas faim par la suite; nous n'aurons pas envie d'en-cas.





Deux versions différentes d'un petit déjeuner d'un peu plus de 700 calories. L'une qui fait grossir (en haut): céréales, demi-banane, lait écrémé pour les céréales (12 cL), toasts beurrés et jus d'orange (25 cL).

L'autre qui ne fait pas grossir ou permet de perdre du poids (en bas): trois œufs brouillés avec du fromage et de la saucisse, deux tranches de bacon, la moitié d'un avocat (coupé en tranches) et un verre d'eau.

Dans ces trois exemples, les assiettes présentées en premier s'inspirent du régime alimentaire standard américain. À l'exception du déjeuner de type fast-food, les autorités compétentes en matière de nutrition les jugeraient toutes compatibles avec un mode de vie sain. C'est pourtant ce qui a fait grossir bon nombre d'entre nous, tout comme les en-cas entre les repas dont la composition en termes de macronutriments est quasiment identique, sans compter les boissons sucrées ou riches en glucides, les sodas, les bières, etc. Les trois assiettes présentées en deuxième ont un apport calorique identique et font partie d'un régime amincissant de type régime LCHF/cétogène (régime Atkins ou cétogène) permettant d'atteindre un poids idéal et de le conserver.

La question n'est pas leur teneur en calories. Si certains pensent ne pas pouvoir venir à bout de l'assiette contenant le déjeuner LCHF/cétogène (en tout cas pas sans un bon verre de soda), d'autres l'envisagent sans problème. Cela n'empêcherait pas ces derniers de perdre du poids ou de ne pas en prendre, car ce sont les glucides et non les calories qui font grossir.

Ces photos permettent par ailleurs de comprendre la notion de durabilité nécessaire pour assurer le succès de tout changement alimentaire. Il est indéniable que le déjeuner LCHF/cétogène nécessite l'usage d'une fourchette, voire même d'un couteau, et ne peut être consommé au volant de sa voiture sans faire de dégâts, ce qui n'est pas nécessairement le cas de la version conforme au régime alimentaire standard américain. De plus, adopter un régime LCHF/cétogène revient pour l'essentiel à *ne pas* consommer certains aliments, et la possibilité de le faire à long terme détermine sa pérennité. Lorsque les fumeurs renoncent à la cigarette, le renoncement est durable aussi longtemps qu'ils ne fument pas. La même logique s'applique à l'abstinence observée par les personnes qui suivent un régime LCHF/cétogène à l'égard des aliments riches en glucides.

Consommer plus de matières grasses pour compenser les calories habituellement liées aux glucides rend-il ce régime nocif? Dans les années 1960 et 1970, le nutritionniste britannique John Yudkin fit observer qu'une réduction des aliments riches en glucides – en particulier les céréales, les féculents et les sucres – revenait à réduire les aliments dont l'apport en vitamines et en minéraux est le plus faible. Le sucre, par exemple, n'apporte que de l'énergie (d'où l'expression «calories vides») et constitue un fardeau métabolique pour le foie qui pourrait être à l'origine de la résistance à l'insuline. Comme nous l'avons évoqué, les études sur le syndrome métabolique et ses liens avec l'obésité, le diabète et les maladies cardiaques, suggèrent que les aliments riches en glucides qu'il faut éviter pour atteindre un poids idéal sont les mêmes que ceux à éviter pour être et rester en bonne santé. L'implication des matières grasses naturelles dans les maladies cardiaques a fini par être écartée. En vous aidant à atteindre et à conserver un poids idéal, les repas LCHF/cétogènes des photos du bas corrigent également le syndrome métabolique. Nous disposons désormais de preuves significatives indiquant qu'ils peuvent également inverser le

diabète de type 2. Ces aliments, matières grasses comprises, font partie intégrante d'un régime sain.

Nous devons donc également accepter un autre principe, à savoir que ces matières grasses naturelles peuvent à la fois être bénéfiques pour notre santé et constituer la majorité des calories que nous consommons. Ces matières grasses sont d'origine animale (qu'il s'agisse ou non de graisses saturées, même de saindoux, de suif et de graisse de poulet) et d'origine végétale, notamment les huiles que nous consommons depuis des milliers d'années, en particulier l'huile d'olive et celle des avocats. En tant qu'espèce, nous consommons ces matières grasses depuis suffisamment longtemps pour les considérer comme naturelles, comme aurait pu le dire Geoffrey Rose, et nous pouvons donc raisonnablement penser que ces aliments sont inoffensifs. Une telle consommation de matières grasses et de viande rouge aura-t-elle une incidence sur notre longévité? La recherche basée sur les essais cliniques existants suggère que ce n'est pas le cas, même si nous n'avons aucune garantie en ce sens. Cependant, ce qui est sûr, c'est qu'à court terme notre santé s'améliore.

LES LEÇONS À TIRER SUR L'ALIMENTATION

Ni gâteau ni crème glacée en fin de repas.

L'avantage de traiter les domaines de l'obésité, de la nutrition et des maladies chroniques en tant que journaliste et non en tant que médecin ou chercheur (voire même blogueur), comme je l'ai déjà souligné, c'est que nous tirons nos informations de personnes en prise directe avec le sujet en question. Plus l'éventail des personnes auxquelles nous nous adressons est large, plus les enseignements sont vastes. Comme je l'ai également noté précédemment, j'ai passé la moitié d'une année à m'entretenir avec des médecins qui prescrivent désormais le régime LCHF/cétogène dans leur clinique et avec des diététiciens qui en font autant dans leur cabinet et suivent eux-mêmes ce régime, ainsi qu'avec des dizaines d'autres professionnels de la santé.

Certains de ces médecins luttent pour faire passer leur message diététique pendant les quinze minutes que le système de santé les autorise à accorder à chacun de leurs patients, alors que d'autres avaient complètement recentré leur activité autour du contrôle pondéral et la prescription du régime LCHF/cétogène en s'entourant d'infirmières, de diététiciens et de médecins qui adhéraient à ce paradigme. Charles Cavo, par exemple, a commencé sa carrière comme gynécologue obstétricien au centre du Connecticut. En 2012, il a réalisé que pour réussir dans son

travail, il se devait aussi d'offrir à ses patients des conseils sur l'obésité et le diabète. Ses partenaires *«n'ont manifesté aucun intérêt et pensaient qu'il était fou»*, ce qui l'a conduit à commencer ses consultations en lien avec l'obésité en parallèle, en donnant des conseils *«à deux personnes dans sa cuisine»*. Aujourd'hui, il a pu prescrire le régime LCHF/cétogène à plus de 15 000 patients et a dû quitter sa spécialité première et ses partenaires de l'époque pour faire face aux demandes liées à l'obésité. Deux des médecins que j'ai interviewés, Sean Bourke et Garry Kim, installés respectivement au nord et au sud de la Californie, avaient mis sur pied des réseaux de cliniques spécialisées dans la gestion du poids et le traitement du surpoids où ils invitaient initialement leurs patients en surpoids à suivre des régimes reposant sur la restriction calorique, parfois même draconiens, avant d'évoluer au fil du temps vers le régime LCHF/cétogène.

Sean Bourke, médecin-urgentiste formé à Yale, est le cofondateur de la douzaine de cliniques JumpstartMD situées dans la région de la baie de San Francisco. Il m'a confié que depuis l'ouverture du premier établissement en 2007, ils avaient reçu 50 000 patients en quête de conseils pour contrôler leur poids. C'est de là qu'il tire son expérience clinique. (Avec ses collègues de JumpstartMD et un collaborateur du Lawrence Berkeley National Laboratory, le docteur Bourke a récemment publié un article dans la revue *Journal of Obesity* sur les résultats de plus de 24 000 patients pour lesquels il disposait de données cliniques complètes.) Le programme, m'a-t-il expliqué, préconisait initialement une approche reposant largement sur la restriction calorique (*«pauvre en tout»*) et les patients obtenaient ce que le docteur Bourke qualifie d'assez bons résultats en termes de perte de poids. Toutefois, et ce n'est pas surprenant, ses patients étaient perpétuellement tenaillés par la faim et étaient condamnés à le rester s'ils ne voulaient pas reprendre le poids perdu. *«On observait de meilleurs résultats en réduisant les glucides et en augmentant les matières grasses*, déclare Sean Bourke. *Les patients souffraient moins et avaient moins recours aux médicaments pour inhiber leur appétit. Le régime pauvre en glucides et à forte teneur en matières grasses était jugé plus facile à tenir dans le temps par ceux qui y adhéraient; ils le trouvaient par ailleurs plus satisfaisant sur le plan gustatif et mieux à même de satisfaire l'appétit et d'atténuer les fringales. Petit à petit, ils n'avaient plus besoin d'autant de médicaments et ils*

jugeaient ce mode de vie plus facile à tenir dans le temps lorsqu'ils y adhéraient.»

Sean Bourke a répété deux fois la fin de cette phrase qui touche à un point crucial de tout programme alimentaire – *lorsqu'ils* (c'est-à-dire vous ou moi) *y adhèrent, cela fonctionne*. J'ai essayé d'exposer les raisons, tant du point de vue historique que biologique, pour lesquelles le régime LCHF/cétogène mérite qu'on fasse quelques efforts, encore faut-il les faire. Croire en ce que l'on fait et le faire pour les bonnes raisons sont des conditions essentielles pour réussir.

Avant d'offrir quelques conseils pratiques simples que j'ai glanés lors de mes entretiens, j'aimerais partager avec vous six leçons qui renferment la quintessence du régime LCHF/cétogène: l'objectif à atteindre et ce qu'il implique. Bref, j'aimerais vous proposer une réflexion sur la façon de s'alimenter pour être en bonne santé et atteindre et conserver un poids idéal. Cinq de ces leçons émanent des professionnels que j'ai interviewés pour cet ouvrage, mais je dois la première à Michael Pollan et à son best-seller de 2008, *Manifeste pour réhabiliter les vrais aliments*.

Une bonne partie de mon ouvrage rejette de manière le plus souvent implicite la pertinence, pour ceux d'entre nous qui ne sont pas naturellement minces et en bonne santé, du mantra de Michael Pollan «*Manger de la vraie nourriture. Juste ce qu'il faut. Surtout des végétaux.*» Pour nous, «juste ce qu'il faut» n'a aucun sens. «Surtout des végétaux» n'a rien d'idéal et peut nous nuire (même si un tel régime peut se révéler idéal pour le bien-être animal, voire pour l'environnement, bien que là encore les choses ne soient pas aussi simples qu'on veuille bien le dire).

Même le conseil de «manger de la vraie nourriture» de préférence à des simili aliments me hérisse parfois. Je ne doute pas qu'une alimentation saine repose sur des aliments complets¹. Mais supposer qu'un aliment est inoffensif sous prétexte qu'il n'est pas transformé est loin d'être suffisant, du moins pour ceux qui sont prédisposés à stocker la graisse.

Aussi habile que soit cette formulation (et je ne suis moi-même pas avare de l'expression de Pollan «simili aliments» lors des débats avec ma famille sur les avantages et les inconvénients des en-cas), elle sous-entend que cela suffit à faire recouvrer la santé à ceux d'entre nous qui ne sont pas

minces. Il n'en est rien. «*“Consommer exclusivement des vrais aliments” est un excellent conseil de médecine préventive, selon Jennifer Hendrix, médecin à San Antonio et fondatrice du groupe Facebook Women Physicians Weigh In (qui comptait plus de 13 000 membres à l’automne 2019). Toutefois, les choses sont beaucoup plus complexes lorsqu’une personne souffre d’obésité et plus particulièrement lorsque celle-ci s’accompagne de comorbidités comme le diabète et l’hypertension. Je n’ai jamais vu quiconque ayant toujours eu un problème de surpoids réussir à le faire disparaître en adoptant un régime à base de vrais aliments, car celui-ci comporte également des denrées qui font grossir.”*»

- 1• **«Mes conseils peuvent également surprendre parce qu’ils demandent plus de travail. C’est un fait. [...] Si nous voulons manger mieux, nous devons consacrer plus de temps, d’efforts et d’argent à notre subsistance.»**

Michael Pollan et moi-même sommes en désaccord sur de nombreux points, mais pas sur ce message tiré de son *Manifeste pour réhabiliter les vrais aliments*. Retrouver la santé et la conserver, indépendamment du problème de poids, nécessite des efforts et un engagement à vie. Il en va ainsi pour tous les conseils éclairés relatifs à l’alimentation et à la santé. La manière dont nous nous alimentons joue un rôle essentiel. Comme le disent aux sportifs les entraîneurs avisés, il est impossible d’outrepasser une mauvaise alimentation. Manger sainement requiert de la réflexion, une planification et davantage d’efforts que de se contenter des options par défaut facilement accessibles dans notre vie quotidienne. Comme le sous-entend Michael Pollan, ce n’est certainement pas ce à quoi nous aspirons lorsque nous recherchons de la nourriture bon marché, rapide et facile, du type de celle constituant le régime alimentaire standard américain. Toutefois, même dans ce cas, ce n’est pas impossible. Cela nécessite seulement plus d’efforts.

Les professionnels que j’ai interviewés partagent de manière unanime la conviction qu’à part quelques rares exceptions, le régime LCHF/cétogène entraîne une amélioration de la santé et une perte de poids substantielle sans pour autant souffrir de la faim. Il faut toutefois être prêt à l’adopter et à faire l’effort de s’engager à se nourrir conformément aux instructions reçues. Ceux qui réussissent sont ceux qui considèrent qu’il est aussi important

pour leur santé de s'abstenir de consommer des aliments riches en glucides, que cela peut l'être pour les anciens fumeurs de renoncer définitivement à la cigarette et pour les membres des alcooliques anonymes de renoncer à la bouteille. Vous allez donc devoir découvrir comment éviter la tentation dans un monde où vous y serez exposé littéralement *ad nauseam*. *«Nous vivons dans un monde obnubilé par les glucides, m'a déclaré Kathleen Lopez, une diététicienne qui enseigne à la Dominican University dans l'Illinois. Où que l'on aille, on voit partout des gens manger des glaces ou des chips, sauf nous. Pour certains, cela ne pose aucun problème; c'est un juste compromis pour une meilleure santé. Pour d'autres, c'est une véritable torture.»*

Parmi ceux qui adoptent ce nouveau mode d'alimentation, certains verront leur santé s'améliorer davantage que d'autres et perdront plus de poids, mais tous seront en meilleure santé et finiront par s'y conformer sans difficulté. Ce phénomène est caractéristique de la désintoxication. Dans ce cas, substituer des aliments riches en matières grasses aux aliments riches en glucides devrait nous procurer plus de plaisir que les régimes pauvres en graisses avec restriction calorique que l'on nous conseille depuis les années 1970 pour rester mince et éviter les accidents cardiaques. Notre vie n'est ainsi plus vouée à la faim, seulement à l'abstinence d'un groupe d'aliments spécifiques nocifs pour nous (mais pas pour tous).

2• «Il ne s'agit pas de ce que vous allez faire. Il s'agit de ce que vous allez devenir.»

C'est ce que dit à ses patients Ken Berry, médecin en zone rurale dans le Tennessee, lorsqu'ils viennent solliciter ses conseils. Il a débuté en 2003 et, six ans plus tard, il a commencé à prescrire le régime LCHF/cétogène à ses patients obèses, résistants à l'insuline et diabétiques. (Son livre *Lies My Doctor Told Me*, sorti en 2017, traite en grande partie des avantages du régime LCHF/cétogène, en particulier par rapport au régime pauvre en graisses avec restriction calorique généralement conseillé par les médecins.) Cette injonction du docteur Berry, *«Il s'agit de ce que vous allez devenir»*, signifie que ses patients deviendront aussi rigoureux dans leurs choix alimentaires et la manière dont ils s'alimentent qu'ils le sont dans les autres domaines de leur vie professionnelle ou personnelle.

Rien ne distingue l'expérience de conversion de Ken Berry de celle de nombreux autres médecins que j'ai interviewés. Il a commencé à grossir dans la trentaine et pensait (à la lumière des *«quatre heures de cours de nutrition reçues à la faculté de médecine»*) que *«si l'on veut perdre du poids, il faut créer un déficit calorique»*. Il pensait qu'il lui suffirait de suivre religieusement cette philosophie *«à la pointe du progrès»* pour remédier au problème. Il n'en fut rien. *«J'ai donc fini par ressembler à un gros médecin paresseux souffrant de raideurs articulaires, de reflux gastrique et d'allergies, me confiait-il. J'avais tout le temps l'impression d'être une loque et j'étais censé dire à mes patients ce qu'ils devaient faire alors que j'entrais dans leur chambre, précédé de ma bedaine. Où est la logique dans tout ça?»*

Il s'est donc attelé à la lecture de *The South Beach Diet*, ce qui l'a conduit au régime Atkins, puis à l'ouvrage de Loren Cordain sur l'alimentation paléo, et enfin au *Modèle paléo* de Mark Sisson. Il a fini par s'intéresser aux régimes cétogènes et aux bienfaits du jeûne intermittent. Parallèlement, il a modifié son alimentation et a constaté des *«résultats immédiats»*. Il m'a confié que même ses allergies et son reflux gastrique ont disparu, suite à l'abandon des produits laitiers selon lui. *«J'en suis arrivé à la conclusion que toutes les injonctions que je faisais à mes patients sur ce qu'ils devaient faire ou ne devaient pas faire étaient totalement erronées. Pour un professionnel censé savoir ce qu'il dit, une telle prise de conscience n'est ni drôle ni confortable.»*

Maintenant, le docteur Berry reconnaît devant ses patients qu'il *«a des allures de sorcier proposant une solution miracle»* lorsqu'il les conseille sur leur alimentation, mais que son expérience clinique semble indiquer que le régime LCHF/cétogène peut résoudre de nombreux problèmes de santé, notamment l'obésité, le diabète et l'hypertension. Le plus important est bien sûr de faire en sorte que ses patients en soient également convaincus.

Ken Berry fait partie des nombreux médecins et diététiciens que j'ai interviewés qui ont souligné l'importance pour les patients de *«découvrir cet univers fascinant»* ou de *«faire quelques recherches»* comme il l'a lui-même fait, de s'efforcer de comprendre pourquoi ils doivent suivre le régime qu'il leur conseille et ce qu'ils peuvent en attendre. Ces médecins s'accordent sur le fait que les patients qui réussissent sont généralement

ceux qu'ils sont parvenus à convaincre de lire en partie la volumineuse littérature dédiée au régime LCHF/cétogène désormais accessible. Ils devaient se montrer suffisamment intéressés pour se mettre au travail. *«Je leur indique des sites Internet et je leur conseille des livres, confie le docteur Berry. S'ils n'ont pas envie de se prêter au jeu, s'ils ne sont pas prêts à faire ces recherches, c'est probablement qu'ils ne sont pas prêts à changer. Si c'est le cas, ce n'est pas un problème, même s'ils sont en passe de devenir diabétiques, et je ne me prive pas de le leur dire. Mais je leur dis également qu'ils pourront revenir me voir une ou deux années plus tard, lorsqu'ils seront sous insuline pour soigner leur diabète et qu'ils seront un peu plus motivés.»*

3• «Ni gâteau ni crème glacée en fin de repas.»

Je tiens cette petite phrase de Nick Miller, dentiste dans la banlieue de Pittsburgh. C'est ce qu'il dit à ses patients pour bien leur faire saisir l'idée que c'est un engagement à vie.

L'expérience de conversion du docteur Miller est un autre cas classique. À la fin de ses études secondaires, c'était un athlète pesant 86 kg pour 1,88 m. Huit ans après, en sortant de l'école dentaire, son poids avait fait un bond pour atteindre 127 kg. Il confie en être arrivé là en dépit de plus de 50 km de course à pied par semaine et *«en essayant d'éviter les aliments nocifs»*. La *«découverte de cet univers fascinant»* a commencé pour Nick Miller avec un podcast sur le régime LCHF/cétogène de Vinnie Tortorich, coach sportif à Los Angeles et désormais autrice et réalisatrice de documentaires. Il a alors commencé ses lectures: *The Big Fat Surprise* (non traduit en français) de Nina Teicholz, *Les Lois de l'obésité* de Jason Fung et mes propres livres. Ayant étudié la biochimie à l'université, le docteur Miller s'estimait à même de juger ce qui avait du sens et ce qui n'en avait pas, et le régime LCHF/cétogène entraînait pour lui dans la première catégorie. Il a donc essayé. Trois ans plus tard, il était revenu à 95 kg en mangeant des œufs, de la viande et des légumes verts. (Il aimerait revenir à ses 86 kg, même s'il pense qu'il *«se fait des illusions»*.)

Sa qualité de dentiste donne au docteur Miller une perspective unique: il constate les dommages aux dents et aux gencives occasionnés par les glucides raffinés et les sucres. Il déclare qu'un grand nombre de ses patients

sont diabétiques ou prédiabétiques, certains souffrent de la goutte et de l'apnée du sommeil ou de «*tout un tas de troubles métaboliques*» et «*leur cavité buccale se dégrade*». Comme il voit généralement ses patients au moins deux fois par an et qu'il a amplement le temps de leur parler pendant qu'il les soigne, il ne s'en prive pas. Il pense que cette audience captive est plutôt réceptive. Ils remarquent sa perte de poids et lui demandent comment il a fait. Le docteur Miller leur explique alors que ce n'est pas le fruit d'un régime, mais plutôt d'une nouvelle façon de s'alimenter à laquelle il va se tenir pour le restant de ses jours.

Dans l'univers de l'alimentation saine traditionnelle, les gâteaux et la crème glacée *avec modération* ne posent aucun problème, surtout lorsqu'il s'agit de fêter quelque chose. Néanmoins, lorsque notre alimentation doit traiter un problème métabolique, le traitement doit durer à vie. Cet état de rémission, que ce soit de l'obésité, du diabète, de l'hypertension ou de tout autre trouble que le régime LCHF/cétogène semble capable d'éliminer, du moins selon les témoignages, exige une adhésion sans limites. Un peu de gâteau ou de crème glacée ne vous fera aucun mal, là n'est pas la question. Il faut faire des efforts pour ne pas relâcher votre discipline. Vous pourriez mettre en péril vos propres progrès en succombant trop rapidement, quand bien même ce serait à des douceurs jugées «saines», à base d'aliments complets et biologiques et contenant peu d'ingrédients. C'est aussi l'une des raisons pour lesquelles de nombreux médecins que j'ai interviewés et qui exercent dans des cliniques spécialisées dans le contrôle et la perte de poids et soignent le diabète avec le régime LCHF/cétogène évoquent souvent la nécessité de sortir d'une dépendance aux aliments riches en glucides. Comme le déclare le docteur Miller, les alcooliques ont une bonne raison de ne pas célébrer le succès de leur cure de désintoxication de vingt-huit jours avec un verre de champagne.

4• «Quand vous sortez des rails, rappelez-vous que, au moins, vous savez comment vous remettre dessus.»

Ce conseil nous vient également de l'univers de l'alcoolisme et de la toxicomanie. Je le tiens de Katherine Kasha, médecin de famille à Edmonton, au Canada. Elle a toujours été végétarienne, elle ne consomme donc ni viande ni poisson, mais mange en revanche des œufs et des produits

laitiers. Elle concède avoir toujours eu un problème de poids. *«C'est encore le cas»*, m'a-t-elle confié. Elle a déjà réussi à perdre 23 kg en suivant un régime conventionnel avant d'endurer ce qu'elle qualifie de «reprise épique», soit 50 kg en quatre ans. *«Je me souviens de l'incrédulité de mon mari: "Comment est-ce possible avec ce que tu manges?"»*

La docteure Kasha a découvert le régime LCHF/cétogène grâce aux médias sociaux, puis en lisant les ouvrages de Jason Fung. *«Ça a fait tilt, déclare-t-elle. J'ai remplacé mes flocons d'avoine du petit déjeuner par des œufs et une généreuse portion de fromage.»* Le fromage blanc est devenu l'une de ses principales sources de protéines, en plus des produits laitiers riches en matières grasses et du tofu. Elle mange *«beaucoup de légumes verts»*. Elle prépare ses propres yaourts et les *«agrémenté de graines de chia, de graines de courge et de noix de coco non sucrée»*. Elle continue à faire de la pâtisserie, mais a remplacé la farine de blé par de la farine d'amande ou de coco. Pour sucrer, elle utilise une combinaison d'érythritol, de stévia, de xylitol et de monk fruit. *«Si je ne sais pas trop ce qu'il en est de ces produits, confie-t-elle, ce qui est certain, c'est que le sucre est mauvais pour moi.»*

Katherine Kasha ne recommande pas nécessairement un régime végétarien à ses patients. *«Si cela ne vous pose pas de problème éthique, rien ne vous empêche de manger votre fichue viande, déclare-t-elle. C'est mieux si elle provient d'animaux nourris à l'herbe. C'est la manière la plus simple d'avoir un repas riche en nutriments. Il existe néanmoins de nombreuses autres façons d'y parvenir. Il n'y a pas une solution unique.»*

Ce régime pauvre en glucides et riche en lipides a permis à la docteure Kasha de perdre beaucoup de poids, mais elle éprouve encore des difficultés à le stabiliser et se bat continuellement pour ne pas sortir des rails, en particulier pendant les fêtes et les réunions familiales. Elle sait que le régime LCHF/cétogène fonctionne pour elle comme pour d'autres. *«Certains de mes patients ont d'excellents résultats, déclare-t-elle. On peut faire des choses phénoménales.»* Elle souhaite néanmoins qu'ils comprennent que leur engagement ne les empêchera pas occasionnellement de sortir des rails. Ce qui compte, c'est de connaître la marche à suivre pour se remettre sur les rails. C'est-à-dire de nouveau renoncer aux sucres, aux céréales et à la plupart des féculents.

Andrew Samis, médecin en soins intensifs et professeur adjoint en chirurgie à l'université Queen dans l'Ontario, m'a avoué faire passer le même message à ses patients en s'appuyant sur une métaphore liée à la cigarette. *«L'un des sujets évoqués pendant les sessions sur le sevrage du tabac, explique-t-il, concerne ce qu'il faut faire en cas de rechute. La nature humaine est ainsi faite que les gens s'arrêtent de fumer pendant six mois, puis font une entorse et recommencent. L'un des médecins spécialisés dans le sevrage du tabac m'a proposé cette métaphore que je peux désormais utiliser avec mes patients: chaque jour, je vais travailler en voiture et j'essaie de cumuler autant de feux verts d'affilée que possible. Mais si un feu est rouge, ou même si j'en ai cinq à la suite, je ne fais pas demi-tour pour rentrer chez moi. J'essaie de nouveau de là où je suis. Je tente encore de voir combien de feux verts je peux cumuler. Avec le sevrage du tabac, on dit qu'une fois que vous avez eu la volonté de laisser tomber la cigarette et de l'écraser du pied, il suffit de le faire encore et encore jusqu'à devenir non-fumeur. Le problème que nous évoquons ici est du même ordre. Lorsque les gens comprennent que cela se joue entre cognition et envie, ils peuvent de nouveau renoncer à ces aliments.»*

5• «Ce n'est pas une religion, ce qui compte c'est la façon dont on se sent.»

Je dois ce message à Carrie Diulus, chirurgienne du rachis à Akron, dans l'Ohio. *«J'ai gagné le gros lot à la loterie génétique, m'a-t-elle confié en plaisantant. Je suis atteinte de la maladie cœliaque. Je devrais peser 160 kg, être insomniaque et couverte d'acné, mais j'ai trouvé comment exploiter mon patrimoine génétique.»* L'obésité sévère n'est pas rare dans la famille de la docteure Diulus. Elle est devenue végétarienne à l'âge de 12 ans. Ses motivations étaient multiples, en partie liées au bien-être animal et à la conviction qu'un régime très pauvre en matières grasses, comme celui prescrit par le nutritionniste Nathan Pritikin, était pour elle la meilleure option pour préserver sa santé. À partir de là, sa recherche d'une alimentation à même de garantir sa santé et de lui assurer un poids normal l'a conduite à entreprendre une longue série d'expérimentations. L'expérience de la docteure Diulus s'apparente à un véritable parcours du combattant.

Elle m'a expliqué que son poids était normal lorsqu'elle est entrée à l'université, *«mais que ce n'est pas 7 kg de plus [que j'avais pris] en fin de première année, mais plutôt autour de 23 kg»*. Au cours des vingt années qui ont suivi, elle n'a cessé de faire le yo-yo entre obésité et régimes. Lorsqu'elle a quitté l'université pour entrer en faculté de médecine, elle avait un surpoids de 45 kg. Elle est parvenue à perdre du poids grâce à un régime végétarien pauvre en calories et en faisant de l'exercice de manière obsessionnelle, allant même jusqu'à faire des marathons. *«Je faisais environ vingt heures d'exercice par semaine, déclare-t-elle, je réduisais considérablement mon apport calorique, ce qui me permettait alors de garder la ligne, mais au moindre écart, je reprenais très facilement du poids.»* Elle a pris 27 kg lorsqu'elle était enceinte de sa fille et *«pas mal de poids»* en attendant son fils quatre ans plus tard. Elle a suivi un régime végan pauvre en graisses avec restriction calorique, mais elle n'est pas parvenue à maigrir, même en allaitant. *«J'aurais pu être médaillée olympique dans l'art de compter les calories, déclare-t-elle, mais l'allaitement s'accompagne d'un tas de trucs hormonaux. Certaines femmes perdent du poids lorsqu'elles allaitent. Moi pas. Ce n'est pas une question de thermodynamique, mais bien une question hormonale.»*

À la fin de la trentaine, alors qu'elle travaillait à la clinique de Cleveland, la docteure Diulus a reçu un diagnostic de diabète de type 1. Conformément au traitement classique, ses médecins lui ont conseillé des injections d'insuline et de consommer des glucides pour les compenser. Sans ces glucides, sa glycémie aurait chuté, ce qui aurait eu un impact sur sa capacité à fonctionner. Pour une chirurgienne, *«c'est un véritable désastre»*, reconnaît-elle.

Sa parade a été de totalement supprimer les céréales, les féculents et les sucres de son alimentation, d'ajouter des matières grasses à son régime d'alors (qui était un régime pesco-végétarien), d'entrer en cétose et de ne plus en sortir. Elle a ensuite fait la transition vers un régime cétogène plus classique en ajoutant même occasionnellement de la viande. Elle s'est toutefois rendu compte que ses indicateurs de santé s'amélioreraient substantiellement lorsqu'elle évitait la viande et les autres produits d'origine animale au profit d'un régime cétogène végan. Son diabète de type 1 ne l'autorisait pas à arrêter son traitement à l'insuline, mais son

régime lui permettait de minimiser la dose d'insuline nécessaire, ainsi que la fluctuation de la glycémie engendrée par les glucides. Comme Katherine Kasha, elle recommande à ses patients de consommer de la viande si cela ne leur pose pas de problème éthique, mais elle n'en consomme pas elle-même. Son choix est toujours lié à des problèmes éthiques et environnementaux, mais aussi au fait qu'elle se sent en meilleure forme lorsqu'elle ne mange pas de viande. Il en va de même pour les produits laitiers et les œufs.

La docteure Diulus poursuit son régime cétogène végan parce qu'il lui convient. Elle se sent bien ainsi. *«Si je ressens le besoin de manger de la viande ou du poisson, confie-t-elle, je le fais. Mais là, en ce moment, je suis en pleine forme. Mes doses d'insuline n'ont jamais été aussi basses, ma glycémie est le plus souvent normale et mes résultats d'analyse sont tous dans la fourchette souhaitée. Je n'ai aucune raison de changer quoi que ce soit.»*

Comme de nombreux médecins que j'ai interviewés, la docteure Diulus ne prend plus de petit déjeuner. Le matin, elle n'a pas faim et peut très bien s'en passer. Pour déjeuner, elle prend généralement des chips de chou kale ou de chou de Bruxelles maison avec des noix du Brésil et de macadamia ou elle se prépare un smoothie à base de chou kale, de blettes, de pissenlit, de roquette, de graines germées (par ses soins) de tournesol et de brocolis, d'une moitié d'avocat, avec le jus d'un demi-citron, un peu de stévia et une cuillerée à soupe d'huile TCM (huile à base de triglycérides à chaîne moyenne). Elle ajoute occasionnellement des protéines en poudre provenant de graines de sacha inchi moulues ou de protéines de pois. Elle ajoute en outre 20 g de fibres pures (poudre de graines de psyllium) pour ralentir la digestion des glucides. *«Je n'ai plus jamais de fringale pendant le travail, confie-t-elle, je carbure en cétose et je n'ai jamais eu les idées aussi claires. J'ai faim le soir en rentrant, mais je ne suis pas affamée.»*

Le tempeh, le tofu (de soja ou de chanvre), les graines de soja noir, les graines de lupin ou les purées d'oléagineux, surtout la purée d'amandes, constituent généralement la source de protéines de son dîner. Elle utilise de l'huile d'avocat et de l'huile de coco pour cuisiner, et de l'huile d'olive pour les salades et les plats froids. Elle fait du pain à base de tahini et de farine d'amande et confectionne son propre chocolat avec de l'huile de

coco, de la poudre de cacao et des épices chaï. Elle prend des feuilles de nori (algues) avec de l'huile d'olive et du sel en en-cas. Le riz de chou-fleur constitue également l'un de ses aliments de base. Pour la première fois de sa vie, m'a-t-elle confié, elle doit même faire des efforts pour ne pas perdre de poids. *«C'est incroyable pour moi, car je suis en préménopause et en plus j'ai déjà souffert d'obésité morbide. Ça marche donc vraiment, vraiment bien pour moi pour le moment. Si les choses évoluent, je m'adapterai. Ce n'est pas une religion.»*

Un certain nombre des médecins et des diététiciens que j'ai interviewés sont végétariens et sont parvenus à trouver une manière de s'alimenter qui leur convienne, conforme à leur vision de l'éthique ou à leurs préceptes religieux, mais aussi, et c'est important, comme le souligne la docteure Diulus, qui leur permette de se sentir en forme. Ils y sont parvenus en s'informant au sujet de la suppression de certains aliments mais aussi par leur propres expériences. Mes entretiens m'ont permis de découvrir que certains de ces médecins sont devenus carnivores, non pas parce qu'ils pensent que ce régime est le plus sain, mais parce qu'il *leur* permet de se sentir bien. Un régime omnivore ou végétarien ne leur permet pas d'obtenir d'aussi bons résultats. C'est notamment le cas de Georgia Ede, psychiatre ayant travaillé à l'université Harvard et au Smith College. Supprimer les céréales, les féculents et les sucres peut fonctionner à 100% pour certaines personnes, m'a confié la docteure Ede lors de notre entretien, mais seulement à 80 ou 90% pour d'autres, comme ce fut le cas pour elle. *«Ceux d'entre nous qui continuent de lutter doivent apporter quelques modifications supplémentaires.»*

Comme pour la docteure Diulus, l'obésité sévère est courante dans la famille de Georgia Ede. Elle m'a confié que sa grand-mère maternelle pesait 181 kg et que toutes les femmes de son entourage familial proche avaient lutté avec leur poids. Enfant, la docteure Ede était déjà en surpoids et affirme avoir *«toujours suivi un régime hypocalorique, pauvre en graisses et avec beaucoup d'exercices physiques»* jusqu'à l'âge de 40 ans. En vieillissant, elle a eu de plus en plus de mal à maintenir un poids idéal, même en réduisant progressivement ses calories et en courant sur des distances de plus en plus longues. Pendant son internat, elle n'avait ni le

temps ni l'énergie de continuer à courir et de suivre son régime draconien, de sorte que son poids a fini par franchir la barre des 86 kg.

Lorsque sa mère a perdu 41 kg en suivant les conseils du docteur Atkins, Georgia Ede a elle-même commencé à explorer différentes variantes du régime LCHF/cétogène, en commençant par le régime South Beach, qui lui paraissait le plus sain. Elle est arrivée à la conclusion que le régime LCHF/cétogène lui permettait de stabiliser son poids, dès lors qu'elle évitait les produits laitiers. *«J'ai réalisé que les produits laitiers aiguisaient mon appétit et me faisaient prendre du poids, me confie-t-elle. Je ne pouvais pas manger autant que je l'aurais souhaité. Je devais continuer de faire attention et continuer à faire de l'exercice. Néanmoins, en me limitant aux aliments appropriés, j'étais capable de stabiliser mon poids. J'ai trouvé mon bonheur avec le régime low carb.»*

Au début de la quarantaine néanmoins, ce qui avait fonctionné jusque-là cessa de le faire. Son poids restait stable, mais elle a commencé à souffrir de migraine, de fatigue, du syndrome du côlon irritable et à rencontrer des problèmes de concentration. Elle m'a confié que la situation devenait progressivement handicapante. Elle a commencé à tenir un journal de ses symptômes et de son alimentation. Elle travaillait à Harvard à l'époque et pouvait consulter *«des médecins remarquables, des spécialistes en tout genre»*. Toutefois, aucun d'entre eux ne chercha à savoir ce qu'elle mangeait. Elle a donc elle-même commencé à expérimenter une série de régimes en supprimant plusieurs semaines de suite certains aliments qu'elle soupçonnait être à l'origine de ses problèmes et consignait son état. Elle a fini par atteindre un stade où, selon ses propres dires, elle *«se sentait en pleine forme, mieux que jamais, même enfant, sans mal de tête, pleine d'énergie, sans problème de digestion, avec une acuité mentale extraordinaire»*.

Elle ne consommait alors pratiquement que de la viande. *«C'était diamétralement opposé à ce qu'on m'avait demandé de faire, déclare-t-elle. J'étais terrassée. J'avais peur que le régime qui me faisait tant de bien finisse malgré tout par avoir raison de moi. En tant que psychiatre, l'autre pièce du puzzle me fascinait: Pourquoi mon humeur, ma concentration, mon énergie mentale et ma productivité étaient-elles meilleures? Pourquoi ma dépression et mon anxiété avaient-elles disparu? Je n'avais jamais imaginé*

que l'alimentation pouvait affecter le cerveau à ce point, mais de toute évidence, du moins pour moi, c'était le cas.» Ses lectures ont fini par la convaincre que son régime à base de viande ne présentait aucun risque pour la santé.

Au début de la cinquantaine, la docteure Ede a légèrement ajusté son alimentation pour répondre à des changements dans son état de santé. *«Je ressentais quelques symptômes de préménopause, m'indiquait-elle dans un e-mail, et certains symptômes que j'avais bien connus refaisaient surface, notamment la prise de poids. Pour tenter de résoudre ces problèmes, j'ai supprimé tous les aliments d'origine végétale que contenait encore mon alimentation.»* Pour elle, ce régime dépourvu de tous végétaux est jusqu'ici parvenu à résoudre tous ses problèmes de santé et lui a permis de perdre 11 kg, soit un peu plus que le poids qu'elle avait pris. *«Nous sommes tous si différents, déclare Georgia Ede. Certains principes de base s'appliquent à tous, mais de nombreuses personnes sont sensibles à certains aliments. C'est à chacun de nous de les identifier.»*

6• «La perte et la stabilisation de son poids sont des compétences qui s'acquièrent. La pratique est incontournable.»

C'est le message que tente de faire passer Susan Wolver à ses patients. Elle exerce à Richmond, en Virginie et nous l'avons déjà rencontrée au début de cet ouvrage.

C'est le médecin qui a commencé à prescrire le régime LCHF/cétogène à ses patients après avoir constaté ses bienfaits lors de sa visite à la clinique du docteur Eric Westman à l'université Duke. Ce message a le mérite d'être clair. La docteure Wolver m'a expliqué qu'elle demande souvent à ses patients s'ils pensent pouvoir exceller dans quoi que ce soit sans s'entraîner au préalable, et s'ils pensent pouvoir garder leur niveau s'ils cessaient de pratiquer. *«Pour bien faire quelque chose, nous devons nous entraîner, déclare Susan Wolver. Plus nous pratiquons, meilleurs nous devenons et plus c'est facile. Nous devons consacrer du temps et des efforts pour développer les compétences nécessaires pour y exceller tout au long de notre vie.»*

Il n'est pas question de s'entraîner à avoir faim et à le supporter, comme l'a toujours sous-entendu la vision traditionnelle. Il s'agit de mettre en pratique les compétences nécessaires pour cuisiner et nous alimenter d'une manière qui nous satisfait tout en évitant les aliments qui nous font grossir et détériorent notre santé. Il s'agit de mettre en pratique les compétences nécessaires pour identifier les aliments que nous pouvons manger et ceux que nous devons éviter, ceux qui déclenchent des fringales et ceux qui nous font grossir. Il s'agit de mettre en pratique les compétences mentales nécessaires pour se souvenir, lorsque nous avons envie de glucides, des maux dont nous souffrions lorsque nous en mangions, les kilos en plus que nous avons, combien notre santé en pâtissait et si le plaisir que procure un beignet ou une bière vaut vraiment le risque de replonger.

.....

- 1* Je panique à la vue de simili aliments ultratransformés contenant du sucre de coco ou des édulcorants pauvres en calories et soi-disant céto- ou paléo-compatibles que l'on trouve désormais en magasin ou sur Internet. Ils sont peut-être inoffensifs, mais peut-être pas.

LE PROGRAMME

Renoncer aux féculents, aux céréales et aux sucres (et les remplacer par des matières grasses) demande une certaine pratique, une bonne préparation et, dans l'idéal, l'aide d'un bon médecin.

J'aimerais pouvoir vous offrir une recette détaillée bien spécifique sur la manière de renoncer avec plus ou moins de rigueur aux féculents, aux céréales et aux sucres sans ne plus jamais en déroger, comme une suite d'étapes infaillibles, de préférence éprouvées et valables pour tous, mais il n'existe rien de tel. Si nous avons tous beaucoup en commun, nous ne partons pas pour autant des mêmes bases avec nos cultures culinaires et nos pratiques familiales différentes, sans compter nos besoins propres. Chacun d'entre nous devra agir sur différents leviers. Les fondamentaux (les aliments à éviter) sont clairs, mais leur mise en œuvre peut varier. Gardez à l'esprit que l'objectif n'est pas de considérer que vous suivez un régime particulier – «manger» LCHF, ou céto, ou paléo ou une quelconque variante – mais de comprendre comment vous alimenter pour corriger votre poids et améliorer votre santé en vous appuyant sur votre physiologie au lieu de la combattre.

Le régime LCHF/cétogène est aujourd'hui sorti de sa marginalité, ce qui présente pour nous un avantage. Si certains partisans de l'orthodoxie continuent de le considérer comme un régime à la mode, ses résultats probants lui font gagner en popularité. Il est si courant que les grands

classiques du régime LCHF/cétogène, comme le riz de chou-fleur ou les spaghettis de courgette, sont devenus populaires, même dans certains restaurants. Les aliments transformés cétocompatibles comme les boissons, les barres chocolatées et les en-cas paléo et végans, sont également très répandus, même si je reste sceptique sur les bienfaits d'une consommation régulière de tels aliments. Internet a considérablement facilité l'accès aux informations, aux recettes et aux conseils (plus ou moins fiables).

Vous serez nombreux à considérer les concepts liés à ce régime comme une évidence et à facilement modifier votre mode d'alimentation. Vous vous sentirez mieux. Vous aurez la conviction de faire ce qu'il faut et vous parviendrez à le faire toute votre vie, qui promet d'être longue et gratifiante. Si en revanche, vous avez besoin de conseils supplémentaires, voici 6 éléments essentiels pour vous aider à passer au régime céto-gène:

1• La supervision: allez à la recherche d'un médecin capable de vous épauler.

Renoncer aux aliments et aux boissons riches en glucides et adopter un régime LCHF/cétogène provoque un changement radical dans votre organisme dont la principale source d'énergie devient la graisse et non plus les glucides. Cette transformation n'a rien d'anecdotique. Vous modifiez littéralement la manière dont s'alimente votre corps et l'assistance d'un professionnel de la santé averti pourra vous y aider. Avec un peu de chance, vous y parviendrez facilement, mais rien ne le garantit. Il est néanmoins fort probable que votre médecin partage la vision traditionnelle sur l'obésité et le stockage de la graisse (et leurs relations aux maladies chroniques associées). Il est donc préférable de s'adresser à un médecin familiarisé avec le régime LCHF/cétogène, ou suffisamment ouvert d'esprit et prêt à faire les recherches nécessaires.

Vous suivez peut-être un traitement spécifique pour contrôler votre glycémie ou votre tension; vous devrez l'arrêter ou diminuer la dose lorsque vous aurez changé votre alimentation. Si c'est le cas, l'aide d'un médecin vous sera indispensable. Il peut vous prescrire des analyses de sang préliminaires et un bilan de santé approfondi pour évaluer votre résistance à l'insuline, le syndrome métabolique et vos autres problèmes de santé en plus du contrôle du cholestérol LDL. Si vous êtes sujet à la dépression ou

que vous perdez vos cheveux, si vous souffrez d'eczéma ou de mycose des pieds, il est préférable d'en prendre note dès le départ pour mieux évaluer les éventuelles modifications induites par ce changement d'alimentation. Un examen médical approfondi peut vous apporter, à vous et à votre médecin, quelques points de repère pour mieux mesurer vos progrès. Vous pouvez saisir «médecins» et «cétogène» dans un moteur de recherche et voir ce qui en ressort, ou, mieux, vous reporter à la liste des professionnels ouverts à ce changement d'alimentation publiée sur les sites Internet de LaNutrition (<https://www.lanutrition.fr/les-news/referencement-des-professionnels-de-sante>) ou de Eatfat2bfit (<https://eatfat2bfit.com/professionnels-de-sante-lCHF>) [NDE].

Si vous ne parvenez pas à trouver un médecin ou un diététicien compatissant, vous pouvez suivre un programme, comme celui proposé par Sophie Gironi, afin de pouvoir échanger avec un coach spécialisé (<https://www.lesassiettes.fr/>) [NDE].

2• Les objectifs: fixez-vous des objectifs raisonnables.

Pour qu'un projet réussisse, il faut se fixer un objectif raisonnable. Si vous envisagez de changer votre manière de vous alimenter pour le restant de vos jours, il vous sera plus facile d'y parvenir si vous identifiez au préalable votre objectif. Que recherchez-vous et pourquoi? Gardez toujours à l'esprit qu'il s'agit d'une entreprise de toute une vie, vos objectifs doivent donc rester réalistes. Il n'y a pas une corrélation parfaite entre le bonheur, par exemple, et la perte de poids et l'amélioration de sa santé. Ces dernières pourront y contribuer, mais elles ne suffiront pas. Pour les personnes qui souffrent de diabète de type 2, parvenir à contrôler la maladie avec un minimum ou sans traitement peut constituer un objectif valable, même si la perte de poids n'est pas significative. Ne plus avoir à gérer une maladie chronique et tous les traitements et coûts associés, tant humains que financiers, ou rendre la gestion de la maladie aussi simple que possible devrait suffire à justifier un renoncement à vie aux beignets, aux croissants et à la bière. (Comme s'exclamait dans ses mémoires publiées en 1962 sous le titre *Strong Medicine* [non traduit en français] avec sa franchise habituelle Blake Donaldson, cardiologue new-yorkais et grand défenseur du

régime LCHF/cétogène: *«C'est de la folie de prendre de l'insuline pour pouvoir manger des pâtisseries.»*)

Vous devez déterminer à l'avance une durée minimale pendant laquelle vous embrasserez pleinement ce nouveau mode d'alimentation. Vous devez être convaincu que vos renoncements sont largement compensés par les bienfaits pour votre santé et éventuellement la perte de poids. Comme lorsque vous renoncez à la cigarette ou à l'alcool, quelques semaines ne suffisent pas pour savoir si le jeu en vaut la chandelle. Au moins trois mois, idéalement six, me semblent nécessaires, il faut en tout cas persévérer suffisamment longtemps pour être à même de jauger les possibilités de manière réaliste.

Sans essais cliniques pour nous éclairer sur les risques et les bienfaits à long terme, le mieux reste d'essayer et de voir ce qui se passe. J'apprécie tout particulièrement le témoignage de Martin Andreae, un médecin qui exerce en Colombie-Britannique. Il demande à ses patients d'adopter le régime pendant un mois minimum, et plus longtemps de préférence, en leur disant: *«Si c'est mauvais pour vous, un ou deux mois ne suffiront pas à vous causer du tort. Si vous ne mangez pas de chips pendant quelques mois, vous n'en mourrez pas. Si après cette période vous ne constatez aucune amélioration de vos pathologies, arrêtez si vous voulez. Aucun de mes patients ne s'est toutefois plaint d'une détérioration de sa santé. Je suis maintenant convaincu que ce changement d'alimentation sera bénéfique pour tous.»*

Une chose est sûre cependant: si un jour vous décidez que cela n'en vaut pas la peine et que vous recommencez à consommer des sucres, des céréales et des féculents, vous perdrez tous les bienfaits acquis. Une vie de bienfaits s'accompagne nécessairement d'une vie d'engagement.

3• L'abstinence.

Les buts et les objectifs que vous vous fixez déterminent la meilleure façon de commencer. Si vous décidez de traiter comme une addiction votre relation avec les aliments riches en glucides – une option sensée pour bon nombre d'entre nous –, vous aurez alors plusieurs manières de procéder. En 2014, par exemple, j'ai réalisé que mon addiction à la caféine était devenue

contre-productive et j'ai donc décidé d'y mettre un terme. J'aurais pu opter pour un sevrage brutal, mais je ne me sentais pas capable de gérer les symptômes liés au manque de caféine: les maux de tête bien sûr, mais aussi la fatigue et le brouillard mental qui auraient persisté jusqu'à ce que mon cerveau et mon organisme réapprennent à générer la clarté mentale nécessaire sans la caféine.

J'ai donc arrêté progressivement. Une livre de café en grains me faisait généralement une semaine et demie. J'ai donc acheté dix paquets d'une livre en demandant à mon torréfacteur de préparer un mélange de café avec 90% de café classique et 10% de café décaféiné dans le premier paquet, 80 et 20% dans le deuxième et ainsi de suite pour n'avoir que du café décaféiné dans le dernier. J'ai consommé chacun des paquets dans l'ordre et ça a fonctionné. Je n'ai eu aucun problème pendant la période de transition et après, je pouvais passer une journée entière sans caféine et sans en ressentir le besoin. Si ce ne fut pas rose tous les jours, ce fut concluant. Mon processus de sevrage *aurait pu* ne durer que quelques difficiles semaines, mais j'ai opté pour une option moins draconienne en l'étalant sur trois mois et demi. Quelle est la meilleure option? Je ne saurais jamais. J'ai choisi celle qui me convenait.

Même si les médecins et les diététiciens que j'ai interviewés ont tendance à préférer le sevrage brutal des glucides, ils ne sont pas pour autant inflexibles. Un grand nombre d'entre eux déclarent décider en grande partie des préconisations faites à leurs patients en fonction de ce dont ils estiment ces derniers capables de gérer, tant sur le plan émotionnel que psychologique. Peuvent-ils facilement saisir la nécessité du régime LCHF/cétogène et ses principes?

Si vous voulez adopter cette nouvelle alimentation de façon progressive, étape par étape, vous devrez forcément commencer par l'étape incontournable de toute approche ayant pour objectif la perte et la stabilisation du poids, associées à une nourriture saine, et ce quel que soit le système de croyances: arrêter de manger et de boire du sucre. Les jus de fruits, les boissons énergisantes et les boissons soi-disant saines comme le kombucha, le kéfir, le thé glacé et les eaux vitaminées contenant du sucre ajouté sont à éviter. Les médecins et les diététiciens que j'ai interviewés utilisent parfois la formulation «arrêtez de boire vos calories», ce qui

englobe également les boissons alcoolisées, le lait, qu'il s'agisse de lait d'origine animale ou de «lait» d'amande, de soja ou autre.

Si cette première étape est logique, elle n'est pas pour autant facile à accomplir. Le degré de difficulté est directement lié à votre niveau de dépendance à ces boissons sucrées (et à la caféine ou à l'alcool qu'elles peuvent contenir). Raison de plus pour sortir de cette dépendance.

Ces boissons sucrées que nous consommons généralement entre les repas sont des sources d'énergie pour l'organisme. Elles stimulent la sécrétion d'insuline et notre énergie provient alors des glucides (ou de l'alcool) qu'elles contiennent pendant des périodes où, idéalement, nous devrions brûler et métaboliser la graisse de nos cellules adipeuses. Cette simple étape – l'élimination des calories liquides – devrait améliorer notre résistance à l'insuline, notre composition corporelle, voire notre niveau d'énergie et notre humeur. On imagine mal un médecin ou un diététicien qui n'approuverait pas et n'encouragerait pas une telle démarche et ce, quel que soit le système de croyances auquel il adhère.

L'une des personnes que j'ai interviewées, William Curtis, médecin de famille à Corpus Christi, au Texas, recommande fréquemment à ses patients d'arrêter progressivement leur consommation de glucides. Comme il me l'a confié, Corpus Christi détient l'un des taux d'obésité et de diabète les plus élevés du Texas et je n'ai donc pas été surpris d'apprendre qu'un grand nombre de ses patients en sont atteints. Le docteur Curtis a découvert le régime LCHF/cétogène grâce à un ami chiropracteur qui l'avait invité à une conférence sur le sujet, ce qui l'a ensuite conduit à suivre tout un colloque sur la question avant d'être conquis. Il était fasciné à l'idée de pouvoir traiter plusieurs problèmes médicaux par la seule alimentation. *«Au début, je trouvais que tout cela avait des relents de charlatanisme, confie-t-il, mais plus j'écoutais, plus j'essayais, meilleurs étaient les résultats. J'avais des patients qui souffraient de reflux gastrique depuis toujours, par exemple. Quand je leur ai demandé de commencer à réduire leur consommation de céréales et de sucre, le problème s'est résorbé. Certains de mes patients diabétiques ont supprimé les féculents et les sucres de leur alimentation, et leur hémoglobine glyquée est passée en trois mois de 15% (diabète sévère) à moins de 6% (glycémie normale). Comment était-ce possible? Aucun*

médicament ne permet d'obtenir de tels résultats. Je suis donc parti à la découverte de cet univers fascinant.»

Pour commencer, le docteur Curtis applique désormais à ses patients le principe 80–20: 20% de ce que nous mangeons contribuent à 80% du problème. Chez ses patients, ces 20% se composent de sodas, de thé sucré, de jus de fruits et de bière. *«J'ai probablement répété ces mêmes propos une douzaine de fois aujourd'hui, me confiait-il lorsque je l'interviewais en juillet 2017. Ils me demandent “Est-ce que je peux boire ceci? Est-ce que je peux boire cela?” et je réponds “Il suffit de ne boire ni sodas, ni thé sucré, ni jus de fruits, ni bières, sans plus, et revenez me voir dans trois semaines.” L'une de mes patientes a ainsi perdu 4 kg en trois semaines rien qu'en arrêtant de boire ses deux Dr Pepper par jour.»* Lorsque les patients constatent combien ils se sentent mieux sans le flot perpétuel de glucides et de sucres à l'état liquide, ils prennent de l'assurance. *«Nous devons dire aux gens “Arrêtez de faire ceci. Il n'y a ni peut-être ni parfois. Vous devez cesser de le faire.” Et vous leur demandez des comptes. Vous tissez des liens avec eux et vous leur dites “Vous arrêtez ceci, puis notez comment vous vous sentez. Tout le mérite vous revient! Vos choix ont induit ce résultat. Vous avez nourri votre corps différemment et il s'est comporté différemment. Est-ce que cela vous plaît? Oui? Dans ce cas, faites-moi confiance et nous essaierons d'autres choses.”»*

Une autre approche du sevrage consiste à supprimer les féculents, les céréales et les sucres, repas par repas. Le petit déjeuner est la pierre angulaire d'un tel scénario. J'ai très souvent entendu lors de mes interviews qu'un petit déjeuner traditionnel riche en glucides (céréales, tartines avec ou sans confiture, jus de fruits, lait écrémé, yaourt allégé sucré) vous réduit (vous et votre pancréas) à «chasser votre glycémie» tout au long de la journée, ce qui a une incidence sur votre humeur, votre niveau d'énergie et votre fringale pour les en-cas riches en glucides. Remplacez-le par un petit déjeuner composé de protéines et surtout de matières grasses (œufs et bacon ou saumon fumé et avocat ou toute autre combinaison) et cela vous permettra de garder un taux d'insuline et une glycémie relativement peu élevés et de métaboliser votre propre graisse comme vous l'avez fait pendant la nuit et au petit matin. Vous serez surpris de voir durer votre satiété tout au long de la matinée et jusqu'au début de l'après-midi. Lorsque

vous aurez modifié vos habitudes du petit déjeuner et que les bienfaits vous paraîtront à la hauteur de vos sacrifices, vous pourrez vous attaquer au déjeuner, au dîner et aux en-cas. La tâche devrait être relativement simple.

Pour un grand nombre, voire la plupart d'entre nous, cette étape facile ne fait que différer l'inévitable. Elle retarde en outre les bénéfices les plus importants, en particulier une perte de poids significative. Les experts officiels se sont souvent moqués du docteur Atkins qui disait que *«la cétose est encore mieux que le sexe»*, mais il ne faut pas sous-estimer l'énergie que procure la capacité de mobiliser librement la graisse corporelle et de l'utiliser comme carburant. Vous ne saurez jamais avec quelle facilité vous pouvez y parvenir tant que vous n'aurez pas essayé d'éliminer totalement les sucres, les féculents et les céréales (avec un sevrage brutal). *«En fin de compte, m'a confié Laura Reardon, médecin à Halifax et ancienne triathlète de haut niveau, vous voulez que vos patients adoptent un mode de vie qui puisse tenir dans la durée, mais vous voulez également qu'ils éprouvent ce changement de paradigme, ce “Ah d'accord, c'est donc ça être en bonne santé”. Vous leur offrez ainsi à la fois les outils et la motivation pour continuer sans décrocher.»*

4• L'imprévu: faites tout ce qu'il faut et prévoyez l'imprévisible.

Pour qu'une entreprise soit couronnée de succès, il faut s'attendre et se préparer aux situations difficiles. Il est donc souhaitable d'anticiper si possible, ou au moins de minimiser, les effets indésirables du sevrage des glucides susceptibles de nuire à vos progrès ou de vous décourager. Lorsque des médecins et des chercheurs évoquent un régime LCHF/cétogène «bien formulé», un concept qui a été popularisé par Steve Phinney, Jeff Volek, et leur entreprise Virta Health, ils sous-entendent un régime aux effets secondaires minimes et aux bienfaits optimaux. Si vous décidez d'adopter un régime LCHF/cétogène, vous devez vous assurer que vous le faites dans les règles.

Passer d'un mode d'énergie basé principalement sur la combustion des glucides à un mode basé sur celle des graisses s'accompagne d'effets physiologiques qui vont bien au-delà de la simple mobilisation de la graisse de vos cellules adipeuses et de la stimulation de la production de cétones. Par le passé, les autorités officielles ont brandi les effets secondaires

indésirables du régime LCHF/cétogène comme autant de raisons pour éviter cette alimentation, mais ces effets sont essentiellement liés au sevrage des glucides. Ce sont des raisons aussi peu valables de se remettre à consommer des sucres, des féculents et des céréales que le *delirium tremens* n'est pour un alcoolique une raison de se remettre à boire. Seule une minorité de personnes semble les ressentir, mais se préparer à cette éventualité et en comprendre les mécanismes peut aider à y faire face le cas échéant. Il en va du régime LCHF/cétogène comme d'un médicament que vous prescrirait votre médecin et dont il vous informerait des effets secondaires et de la manière de les atténuer (prendre un cachet en mangeant, par exemple).

La «grippe Atkins», plus connue aujourd'hui sous le nom de «grippe céto» est l'effet secondaire le plus connu. Comme je l'ai indiqué précédemment, lorsque le taux d'insuline baisse, les reins éliminent le sodium (sel) par les urines au lieu de le retenir. Il en va de même d'une certaine quantité d'eau associée au glycogène, la forme que prend le glucose lorsqu'il est stocké. On perd ce «poids en eau» en début de régime, qu'il repose sur la restriction calorique ou la restriction glucidique, mais le phénomène est plus marqué lors d'un régime LCHF/cétogène, car l'absence de glucides épuise plus rapidement le stock de glycogène. La perte d'eau et la perte de sodium semblent les principales causes de la plupart, voire de tous ces symptômes qui s'apparentent à la grippe, notamment les maux de tête, la fatigue, la nausée, les étourdissements et la constipation.

Dans le pire des cas, la grippe céto peut s'avérer véritablement invalidante. Barbara Buttin, gynécologue oncologue dans la banlieue de Chicago, m'a confié que la grippe céto l'a rapidement fait abandonner son régime LCHF/cétogène lors de sa première tentative. *«C'était intenable, affirme-t-elle, il m'était impossible de travailler. J'ai réessayé quelques mois plus tard, et j'ai réussi. Lors de cette deuxième tentative, c'était un peu comme se priver de café pendant quelques jours.»* Certains médecins disent que leurs patients se sentent vraiment mal pendant plusieurs jours ou plusieurs semaines, soit la période nécessaire à leur corps pour s'adapter afin de mobiliser la graisse et l'utiliser comme carburant.

En l'absence de données sur la question, il est impossible de prévoir si vous allez ou non ressentir ces symptômes de sevrage. Si certains des médecins que j'ai interviewés m'ont affirmé qu'ils étaient courants chez

leurs patients, d'autres m'ont affirmé le contraire. *«Je n'arrive pas vraiment à comprendre pourquoi certains sont plus gravement atteints que d'autres, m'a écrit dans un message électronique Kelly Clark, infirmière, propriétaire et responsable de deux cliniques spécialisées dans la prise en charge de la perte de poids dans le sud-est du Wisconsin. Personnellement, j'ai eu des maux de tête infernaux pendant trois jours, j'ai fait des cauchemars où je mangeais le dessus croustillant de muffins (je n'aime même pas les muffins) et un jour, j'ai même carrément traversé une route à trois voies pour accéder à une épicerie qui vendait des scones aux pépites de chocolat, mes préférés! Du pur délire!»*

Les témoignages et l'expérience clinique nous apprennent qu'il est possible d'éviter la grippe céto ou d'en minimiser les symptômes en veillant à ingérer suffisamment de matières grasses, et surtout en remplaçant le sodium et l'eau que nous perdons. L'élimination des glucides va donc désormais de pair avec les conseils «buvez de l'eau, mangez du sel», même si ce dernier met en porte-à-faux le régime LCHF/cétogène face à la notion traditionnelle de ce qui constitue une alimentation saine. On n'a cessé de nous répéter ces cinquante dernières années qu'il faut éviter le sel parce que les recommandations nutritionnelles officielles nous disent qu'une alimentation riche en sel entraîne une hausse de la tension et provoque l'hypertension. Encore une hypothèse qui n'a jamais été confirmée en dépit des nombreuses études scientifiques, mais qui n'en a pas moins été admise comme véridique.

L'explication la plus probable du lien entre l'hypertension et l'obésité, le diabète et le syndrome métabolique (autrement dit la résistance à l'insuline) – la raison pour laquelle l'hypertension constitue l'un des critères de diagnostic du syndrome métabolique – tient au rôle de l'insuline et de la résistance à l'insuline dans toutes ces pathologies. Il suffit d'inverser la résistance à l'insuline et de faire baisser le taux d'insuline dans le sang en adoptant un régime LCHF/cétogène pour faire baisser la tension artérielle, indépendamment des quantités de sel consommées. La tension artérielle devrait rester dans la fourchette recommandée lors de la réintroduction du sel et de l'eau pour contrer les symptômes de la grippe céto. La tension artérielle des personnes souffrant d'hypertension diminue

nettement (dans les essais et les observations cliniques) malgré un généreux apport de sel dans l'alimentation.

Les docteurs Phinney et Volek, qui ont fait le plus de recherches dans ce domaine et cumulé la plus longue expérience avec Virta Health, recommandent une consommation journalière de sel comprise entre 4 et 5 g, soit l'équivalent d'environ deux cuillerées à café, ou plus ou moins deux fois plus que la consommation américaine moyenne (provenant généralement des produits alimentaires transformés riches en glucides auxquels nous allons renoncer). Pour y parvenir, vous pouvez saler généreusement vos aliments, selon votre goût, lors de leur préparation ou de leur consommation. Ils recommandent en outre de prendre un complément de magnésium, en commençant par une dose journalière comprise entre 300 et 500 mg, afin d'atténuer les crampes musculaires qui accompagnent fréquemment le régime LCHF/cétogène et dénotent une carence en magnésium.

La perte de sodium est la principale raison qui conduit les médecins et les diététiciens qui prescrivent le régime LCHF/cétogène à suggérer la consommation d'une ou deux tasses par jour de bouillon d'os (d'animaux de boucherie ou de volaille). (C'est également ce qui a poussé un article du *New York Times* publié en 2015 à qualifier le bouillon d'os de «*boisson à la mode, au même titre que le smoothie vert et l'eau de coco, une nouvelle potion magique dans la quête d'une santé parfaite*».) Un cube de bouillon du commerce dissous dans de l'eau chaude fera très bien l'affaire. Pour ceux peu enclins à boire l'un ou l'autre, le jus de pickle (lactofermenté) constitue une autre solution riche en sodium et en électrolytes.

La déplétion sodée peut induire deux autres symptômes de sevrage: l'hypotension orthostatique et une anomalie du rythme cardiaque. L'hypotension orthostatique peut se produire lorsque, quand vous adoptez un régime LCHF/cétogène, votre tension artérielle chute au point de ne plus s'ajuster correctement lorsque vous passez de la position couchée ou assise à la position debout. Il peut en résulter des étourdissements, voire un évanouissement. L'ajout de sel dans votre alimentation, la consommation de bouillon et la prise de compléments de magnésium et de potassium devraient résoudre aussi bien l'hypotension orthostatique que les anomalies du rythme cardiaque. (On trouve désormais des compléments d'électrolytes

céto sous forme de gélules contenant l'ensemble de ces minéraux.) Il n'en reste pas moins essentiel de consulter votre médecin ou votre cardiologue lorsque vous ressentez ces symptômes afin de vous assurer qu'il ne s'agit pas de quelque chose de plus sérieux.

La plupart des médecins recommandent en outre d'accompagner le régime LCHF/cétogène d'un complément de multivitamines couvrant plus ou moins les besoins de base. La viande et les œufs constituent toutefois des sources importantes de vitamines et de minéraux essentiels, de même que les légumes à feuilles verts dont vous consommerez une généreuse portion au moins une fois par jour. (Le mouvement «carnivore» ou «zéro glucide», dont certains représentants comme Georgia Ede et d'autres respirent la santé en dépit d'une alimentation constituée intégralement de produits d'origine animale laisse penser que les légumes à feuilles verts ne sont peut-être pas des composantes indispensables d'un régime alimentaire sain. Ces adeptes des régimes sans produits d'origine végétale suscitent une vive controverse, mais on ne peut pas occulter leur expérience.)

L'exacerbation d'une goutte préexistante, un phénomène relativement rare, est un autre symptôme de sevrage. Les symptômes terriblement douloureux de la goutte sont provoqués par un excès d'acide urique, celle-ci étant stockée dans les cellules adipeuses. La mobilisation de l'acide urique intervient également lorsque le taux d'insuline est faible et son évacuation par l'urine utilise le même système de transport rénal que les cétones. (*«Entrant en concurrence avec l'acide urique pour l'excrétion rénale, un taux élevé de cétones dans le sang peut favoriser l'hyperuricémie»* pour reprendre la description technique de l'American Heart Association dans sa critique du régime Atkins de 1973.) Une hausse du taux de cétones peut entraîner l'accumulation de l'acide urique dans la circulation sanguine et conduire à une crise de goutte. Votre médecin peut la traiter comme il le fait d'habitude. Le taux d'acide urique dans le sang devrait revenir à son niveau normal et la goutte ne devrait pas perdurer.

Souffrir de l'un de ces effets secondaires provoqués par l'état de manque de glucides peut sembler une raison suffisante pour se remettre à manger des féculents et des céréales. Ces symptômes ne devraient néanmoins pas durer. Si l'on en croit Patrick Rohal, médecin à Lancaster en Pennsylvanie, on passe dans le pire des cas *«deux semaines à se sentir en*

petite forme». Pour aller mieux, il faut boire de l'eau et du bouillon, forcer sur la dose de sel, prendre un complément de magnésium (si nécessaire) et faire preuve de patience. Si les symptômes de sevrage persistent, consultez votre médecin pour en déterminer la cause.

L'effet secondaire du régime LCHF/cétogène susceptible de durer est celui qui causera le plus d'inquiétude aux médecins, à savoir son incidence sur le cholestérol LDL (qualifié de «mauvais» dans la vision traditionnelle). Comme nous l'avons évoqué précédemment, un régime alimentaire généralement jugé sain repose de manière totalement disproportionnée sur un seul chiffre, celui du cholestérol LDL, et l'opinion non étayée qu'il s'agit d'un puissant indicateur du risque de maladies cardio-vasculaires. Pendant leurs études, les futurs médecins apprennent qu'ils devront prescrire des statines (médicaments anticholestérol) aux patients qui présentent un taux élevé de cholestérol LDL. Bien sûr, si l'alimentation de ces patients contient un tant soit peu de matières grasses, on les somme d'y renoncer.

Le rôle du cholestérol LDL lui-même suscite toujours la controverse. (Le simple fait de dire qu'il est controversé est sujet à controverse.) Ce qui importe, c'est que d'une façon ou d'une autre, une alimentation riche en matières grasses et dépourvue de céréales raffinées, de sucres et de féculents peut provoquer une hausse du cholestérol LDL et du nombre de particules de LDL, qui, comme nous l'avons déjà indiqué, est un bien meilleur indicateur du risque de maladies cardio-vasculaires. Nous ne disposons d'aucune donnée indiquant la proportion des personnes qui présentent un taux élevé de LDL (cholestérol ou nombre de particules) lorsqu'elles renoncent aux glucides, nous savons seulement que le phénomène n'est pas rare. La teneur en graisses saturées pourrait être responsable, bien que certains adeptes du régime paléo, généralement pauvre en graisses saturées (les produits laitiers et le beurre n'étant pas strictement paléo), présentent également occasionnellement des taux élevés de LDL. Dans l'univers de l'alimentation LCHF/cétogène, on appelle désormais ces personnes des «hyper-répondeurs», et la seule manière fiable de découvrir si vous en faites partie consiste à éliminer les aliments riches en glucides de votre alimentation.

Savoir si c'est nocif, et dans quelle mesure, sont les questions les plus importantes que nous devons nous poser: (1) un taux élevé de LDL (cholestérol ou nombre de particules) signifie-t-il que l'on court un risque élevé de souffrir d'un infarctus même quand on ne consomme pas de glucides, (2) ce risque est-il significatif et (3) les avantages liés à la réduction de l'obésité, du diabète et de tous les troubles métaboliques associés à ces pathologies et à la résistance à l'insuline (et donc au syndrome métabolique) pèsent-ils moins lourd que cette hausse du cholestérol LDL.

Il n'est pas rare pour les médecins confrontés à un patient qui suit un régime LCHF/cétogène dont le taux de cholestérol LDL a augmenté de le persuader de se remettre aux glucides – leur suggérer de renouer avec les pommes de terre et les tartines pour reprendre les termes du médecin irlandais Daniel Murtagh – indépendamment du poids qu'ils ont pu perdre et de l'amélioration de leur tension artérielle et de leur glycémie. Pour plusieurs générations de médecins, garder un taux de cholestérol LDL faible constitue la pierre angulaire de la santé cardiaque. Cependant, les médecins étant désormais mieux informés sur les bienfaits du régime LCHF/cétogène, ou du moins plus ouverts, ce type de réaction conservatrice impulsive devient moins fréquent.

À l'heure actuelle, la question des compromis – perte de poids, contrôle de la glycémie et baisse de la tension artérielle, mais hausse du LDL – est source de polémiques et il n'existe pas d'étude à long terme à même d'apporter une réponse. Les médecins et les chercheurs avertis que j'ai interviewés (par «avertis», je veux dire ceux qui ont fait l'effort de comprendre toutes les facettes de la science) diraient que même dans le pire des scénarios, lorsque le LDL revêt une importance cruciale et qu'il augmente, il est toujours possible de le faire baisser en réduisant la quantité de graisse saturée ingérée et en la remplaçant par de la graisse mono-insaturée (substituer l'huile d'olive au beurre, par exemple) ou à l'aide d'un médicament anticholestérol relativement anodin, voire les deux. Dans un cas comme dans l'autre, vous pouvez conserver tous les autres bienfaits pour la santé qui accompagnent l'élimination des glucides.

Si votre médecin penche du côté de la vision traditionnelle, il vous conseillera de prendre des statines ou un autre médicament anticholestérol

si vous présentez un taux élevé de LDL. S'il ne le fait pas, c'est qu'il considère, comme je le fais moi-même, que les effets secondaires potentiels d'un médicament que vous seriez amené à prendre quotidiennement jusqu'à la fin de vos jours ne justifient pas les modestes bienfaits en termes de longévité et de santé qu'il pourrait vous procurer. (Sarah Hallberg, qui a dirigé l'étude portant sur des personnes atteintes de diabète de type 2 pour Virta Health à l'université de l'Indiana, indique que selon leurs expériences, les «hyper-répondeurs» en état de cétose nutritionnelle peuvent faire baisser leur taux de cholestérol avec des statines faiblement dosées peu coûteuses et ne semblant pas nocives par ailleurs.)

Lors de ma dernière analyse de sang, il y a de cela plusieurs années, mon taux de cholestérol LDL était élevé, de même que le nombre de particules de LDL dans ma circulation sanguine. Ce n'était pas le cas auparavant. Je n'ai toutefois aucun des autres facteurs de risque liés aux maladies cardiaques. J'ai choisi de vivre avec ce taux élevé de LDL et de ne pas prendre à vie des médicaments qui n'auraient présenté aucun bénéfice pour ma santé à court terme. C'est ce que l'on pourrait appeler un choix éclairé. L'idée de dépendre d'un médicament ne me satisfait pas, surtout s'il sert à prévenir une maladie potentielle sans agir sur les symptômes bien réels. C'est un risque que je suis prêt à prendre. Certains de mes amis médecins qui connaissent bien le régime LCHF/cétogène et dont je respecte les opinions prennent des statines faiblement dosées pour contrer leur taux élevé de LDL-P (nombre de particules). C'est une décision que vous devez prendre en fonction de votre appréciation des preuves et de la confiance que vous accordez à votre médecin et à ses conseils.

5• L'adhésion: tenez vos engagements, même dans un monde qui semble déterminé à vous compliquer la tâche.

Lorsque j'ai interviewé Jeff Stanley, un médecin de Portland, dans l'Oregon, qui collabore désormais avec Virta Health, il m'a décrit en ces termes les deux principaux défis qu'il doit relever lorsqu'il prescrit le régime LCHF/cétogène à ses patients: *«Le défi majeur pour réussir à faire adopter ce mode d'alimentation à quelqu'un est de le convaincre d'essayer. Lorsque la personne essaie, elle ressent les bienfaits. Le plus gros défi après cela reste de la faire persévérer.»* Les bienfaits ne diminuent en rien

ni ne disparaissent, les patients continuent de perdre du poids sans souffrir de la faim et se sentent en bonne santé, mais, dit-il, *«l'environnement social des personnes est un obstacle»*. Le docteur Stanley indique que certains de ses patients qui renoncent aux glucides perdent 7 kg en un mois, se sentent «en pleine forme», puis partent en vacances, sortent des rails et ont du mal à s'y remettre. *«L'important, c'est de parvenir à les faire adopter ce régime comme un mode de vie. Les gens doivent réaliser combien ce régime augmente leur bien-être, combien il améliore leur santé, même s'il faut pour cela renoncer au pain et aux cupcakes.»*

Lorsqu'on renonce aux glucides, on est confronté à une conspiration universelle pour rendre l'abstinence terriblement difficile, beaucoup plus en tout cas que lorsqu'on arrête de fumer, par exemple. Il est impossible de sortir de chez soi ou d'allumer la télévision (ou même d'aller sur Internet) sans être en butte à quelques tentations. Les fêtes, les dîners en ville, les rencontres amicales, les réunions et les pauses-café au bureau sont autant d'occasions où il faut décliner les offres d'aliments et de douceurs auxquels vous avez renoncé, contrairement à vos amis, à votre famille et à vos collègues. Nous devons ces tentations au réflexe pavlovien et aux réponses de la phase céphalique de la digestion qui provoquent l'envie de manger ces aliments et se manifestent par la justification «juste pour cette fois».

Lorsque vous arrêtez de fumer, vos amis font probablement tout pour vous aider et vous encouragent dans vos efforts. S'ils fument eux-mêmes, ils essaieront de ne pas le faire en votre présence. Ils ne refuseront pas d'aller fumer dehors (en tout cas pas vos vrais amis). Des mesures gouvernementales facilitent désormais les choses en interdisant la cigarette dans les lieux publics. Même si le but initial est de nous protéger du tabagisme passif, il n'en reste pas moins que cela rend la vie plus facile aux fumeurs qui cherchent à arrêter. Si vous ne consommez pas de glucides, en revanche, vous ne pouvez pas demander à vos amis de ne pas commander de pâtes lorsque vous allez dans un restaurant italien – ils en consomment eux – ou de renoncer à leur dessert parce que vous n'en prenez pas, ni même de ne pas avoir de gâteau d'anniversaire à *leur propre* fête d'anniversaire. Aucun d'entre nous n'aime se distinguer en déclinant douceurs ou gâteaux à une fête, mais c'est un art qu'il nous faut apprendre à maîtriser.

Lorsque j'ai demandé à Garry Kim, médecin à la tête d'une chaîne de centres d'amaigrissement dans la région de Los Angeles, comment il gérait ce défi avec ses patients, il m'a répondu que, n'ayant aucun contrôle sur l'environnement alimentaire, il tente de le diaboliser. *«J'essaie d'insuffler une mentalité de type "nous et eux", m'a-t-il confié. Les gens conspirent pour nous rendre tous gros, et nous devons résister. Nous devons poser des limites et ne pas leur permettre de gagner.»*

C'est une bataille qu'il est bien trop facile de perdre. La rédactrice en chef de l'un des journaux avec lesquels j'ai l'habitude de travailler m'a un jour décrit ce phénomène basé sur son expérience personnelle après avoir commencé un régime LCHF/cétogène. *«Une petite entorse, et c'est retour aux glucides, explique-t-elle. Je peux très bien observer une totale abstinence, mais si je m'autorise le moindre grain de riz, je me retrouve à dévorer un beignet avant même de m'en rendre compte.»*

Nous sommes nombreux à avoir la sensation permanente de nous trouver en terrain glissant. C'est pourquoi je trouve personnellement plus simple d'éviter complètement le sucre plutôt que d'en consommer avec modération. Quelques bouchées d'un savoureux dessert ne me satisfont pas (contrairement à ma femme); elles me donnent au contraire envie de tout manger, voire un peu plus. M'autoriser les céréales et les féculents avec modération me donne également envie d'en manger davantage. Manger des aliments riches en matières grasses *«aide à modérer la boulimie»*, pour reprendre les termes de David Ludwig, pédiatre et nutritionniste à Harvard (auteur de *Toujours faim?*), *«contrairement aux aliments riches en glucides qui l'exacerbent»*. La dynamique de l'insuline dont il a été question précédemment explique ce phénomène.

Indépendamment du mécanisme, si l'on cherche à éviter le type de relâchement qui conduit de «rien que pour cette fois» ou «juste une bouchée» à un comportement boulimique et au retour à une alimentation riche en glucides et en sucres, les techniques éprouvées dans le domaine de la toxicomanie pour éviter les rechutes devraient également faire leurs preuves ici. Ces principes simples se sont affinés au fil des décennies et les spécialistes de l'addiction pensent qu'ils peuvent convenir à quiconque a réussi à se sevrer et ne souhaite pas replonger.

La plupart des principes relèvent du bon sens et s'apparentent aux conseils que nous pourrions donner à nos enfants pour éviter les ennuis. Lorsqu'on cherche à éviter une source de tentation, on fait tout pour qu'elle soit hors de vue, ce qui donne une chance raisonnable de ne pas y penser. *«Les alcooliques qui veulent rester sobres ne vont ni aller travailler dans un bar ni déambuler dans le rayon des alcools d'une épicerie»*, m'a déclaré Laura Schmidt, spécialiste de l'addiction à l'université de Californie à Berkeley lorsque je l'interviewais pour un article sur les moyens de sortir de la dépendance au sucre. Éviter les glucides qui déclenchent nos envies est néanmoins plus difficile en raison de leur omniprésence dans notre environnement, mais nous devons cependant nous efforcer d'y parvenir.

Si vous êtes néophyte en la matière, il est utile de commencer par faire le ménage dans votre environnement immédiat (cuisine et placards, parfois même les tiroirs du bureau) pour éliminer tous les aliments riches en glucides qui vous font envie. En 2013, David Weed, psychologue à Fall River dans le Massachusetts, a lancé un programme de santé communautaire qui a reçu le Culture of Health Prize de la Robert Wood Johnson Foundation. Ce programme comprenait une formation de dix semaines au régime LCHF/cétogène dans le cadre d'un défi de santé annuel et attirait plus de 1 000 personnes chaque année. Plus de 100 personnes ont suivi cette formation pendant les cinq années où elle a été proposée. Il déclare que ceux qui ont le mieux réussi au cours de cette formation (ceux qui *«le font le mieux»*) sont ceux qui se sont d'abord débarrassés de tous les glucides présents chez eux. Ils ont ensuite rempli leur réfrigérateur et leur congélateur d'aliments cétocompatibles qu'ils pouvaient cuisiner et consommer quand bon leur semblait. Il a mis en garde les participants contre le pouvoir de l'environnement: *«Si vous faites entrer de la nourriture chez vous, vous allez la manger, que ce soit ou non approprié. N'allez pas vous imaginer que vous disposez de la force de caractère nécessaire pour ne pas consommer les glucides que vous ramenez chez vous. C'est à l'épicerie que les décisions doivent être prises. Si vous l'achetez, vous l'utilisez.»*

Cela signifie que vous devez anticiper les circonstances et les environnements susceptibles d'ébranler votre détermination. Vous allez devoir adopter et renforcer certaines habitudes, comme prévoir ce que vous

pouvez manger pendant les apéros au bureau, dans les aéroports et en avion, en vacances et lors des repas de fête. Si vous craignez de ne pas trouver de nourriture LCHF/cétocompatible, prévoyez d'apporter la vôtre. Si vous étiez végan ou végétarien, vous n'hésiteriez pas une seconde à le faire dans de telles situations. *Qu'est-ce que je peux manger?* C'est une question bien naturelle que vous pouvez vous poser lorsque ce que vous mangez n'a rien à voir avec ce que les autres sont susceptibles de manger. Carrie Diulus m'a confié qu'elle ne prenait jamais l'avion sans emporter un sachet de noix de macadamia en en-cas. Si les autres passagers mangent et qu'aucune option LCHF/cétogène n'est proposée, il est toujours utile d'avoir la sienne en réserve. Toute tentative pour manger sainement nécessite du temps et des efforts. Il faut seulement renforcer et recentrer ses priorités.

C'est aussi cette forte influence de l'environnement sur vous et votre appétit qui fait que vous aurez plus de chances de réussir si votre famille adopte le même régime alimentaire que vous. Si vous êtes convaincu qu'il n'y a pas de régime plus sain, c'est un atout si vos proches pensent la même chose que vous. Un fumeur est moins à même d'abandonner la cigarette dans un environnement de fumeurs que dans un environnement de non-fumeurs ou lorsque tout le monde arrête de fumer en même temps. Il en va de même avec le régime LCHF/cétogène. *«Les personnes qui opèrent le plus facilement ce changement, déclare David Weed, sont celles dont le ou la conjoint(e) est acquis(e) à la cause. Les personnes qui doivent relever le plus gros défi sont celles dont l'entourage est accro aux glucides, avec des enfants et un conjoint qui ne jurent que par des repas riches en féculents et en sucres. Pour beaucoup, c'est bien trop difficile à gérer et ils abandonnent, non parce que le régime low carb ne porte pas ses fruits, mais parce que le suivre dans un tel environnement est bien trop ardu.»*

Votre cercle social (vos amis et vos collègues) faisant partie de votre environnement, cela vous facilitera les choses s'ils comprennent votre démarche et vous encouragent. Il peut en outre s'avérer nécessaire de repenser à vos réseaux sociaux. En plus de chercher à impliquer votre famille et vos amis dans votre santé, comme ce serait le cas si vous essayiez d'arrêter la cigarette ou l'alcool, il peut être utile de rejoindre un groupe de parole dédié au régime LCHF/cétogène (en ligne, si nécessaire) afin de faire partie d'une communauté qui soutient votre démarche, peut répondre à vos

questions, vous donner des conseils et vous aider à vous remettre sur les rails lorsque nécessaire. C'est pour cette même raison que les alcooliques assistent aux réunions des alcooliques anonymes et les personnes souffrant d'autres problèmes psychologiques ou d'une autre addiction participent à des sessions de thérapie de groupe. *«Aucune des personnes que j'ai encouragées à le faire n'a obtenu des résultats décevants, m'a confié David Weed, pas une seule. J'ai en revanche de nombreuses personnes qui obtiennent de bons résultats, puis laissent tomber. Je leur pose toujours la question "Pourquoi avez-vous arrêté?" Elles me donnent tout un tas de réponses oiseuses, mais c'est essentiellement parce qu'elles n'ont pas reçu assez de soutien. Elles obtiennent de bons résultats lorsqu'elles font partie d'un groupe de personnes partageant le même objectif. C'est une facette vraiment importante de cette pratique: la suivre dans le cadre d'un groupe permet à chacun d'approfondir ses connaissances et, plus important, d'apprendre de ses pairs engagés sur la même voie.»*

C'est une partie intégrante du processus de découverte de cet univers fascinant. Vous pouvez non seulement suivre des discussions sur le régime LCHF/cétogène sur Twitter et sur Instagram, mais aussi consulter des sites Internet comme Dietdoctor.com et Diabetes.co.uk (ou eatfat2benefit.com, lesassiettes.fr et lanutrition.fr en France – NDE) et rejoindre des groupes Facebook. Les personnes qui ne consomment ni viande ni produits d'origine animale peuvent rejoindre différents groupes Facebook constitués de végétariens qui suivent un régime LCHF/cétogène (l'un d'eux [en anglais – NDE] compte plus de 50 000 membres au moment où j'écris ces lignes) et ainsi obtenir du soutien, des conseils, des recettes et de l'aide lorsqu'elles en ont besoin.

6• L'expérimentation: sachez sur quel levier agir lorsque le régime LCHF/cétogène n'améliore pas suffisamment votre santé.

Le régime LCHF/cétogène fonctionne «comme par magie» pour certains d'entre nous, mais c'est loin d'être le cas pour d'autres. Certains perdent intégralement leur excès de graisse et d'autres pas autant qu'ils le souhaiteraient. Certains surmontent tous leurs problèmes de santé, mais d'autres non. Certains deviennent minces et en bonne santé pour une

période, parfois même pendant des années, puis leur poids remonte et leur santé s'altère.

Les variations individuelles constituent ici un facteur essentiel. Certains phénomènes sont clairement imputables à l'action d'hormones autres que l'insuline sur le stockage de la graisse (même si l'insuline demeure le principal lien avec notre alimentation). C'est pourquoi il est plus facile pour les hommes de perdre du poids que pour les femmes, et cela explique que les jeunes des deux sexes s'en tirent mieux que leurs aînés. Le médecin britannique Robert Kemp est le premier à avoir fait cette observation dans une série d'articles sur son expérience clinique liée à la prescription du régime LCHF/cétogène à plus de 1 400 patients entre 1956 et 1972. Un grand nombre des médecins que j'ai interviewés partage cet avis, même s'il ne fait pas l'unanimité. La testostérone et l'œstrogène sont deux hormones qui inhibent la formation de la graisse, juste au-dessus de la taille pour la première et celle juste en dessous pour la seconde. En vieillissant, nous en sécrétons moins, d'où l'atténuation de ce phénomène d'inhibition qui s'accompagne d'un stockage de graisse plus important dans nos cellules adipeuses. Certains d'entre nous ne réussiront à perdre qu'une partie de leur excès de graisse alors que d'autres feront beaucoup mieux. L'insuline est la principale hormone liée au stockage de la graisse, celle sur laquelle nous pouvons le plus facilement agir par un changement d'alimentation, ce qui ne suffit néanmoins pas toujours.

Lors de mes entretiens, lorsque je demandais quand et pourquoi le régime LCHF/cétogène échoue, pourquoi certaines personnes ne perdent pas de poids et peuvent même en prendre, bon nombre de mes interlocuteurs pouvaient me citer une anecdote concernant leurs patients ou eux-mêmes. Carrie Diulus, par exemple, m'a dit qu'elle prend du poids lorsqu'elle consomme trop de beurre. Le beurre étant un aliment pour lequel elle ne connaît pas la modération, elle a appris à s'en passer complètement. Elle limite également son accès aux «petits plaisirs» cétogènes (tout comme moi), notamment les gâteaux, les biscuits et les autres desserts à faible teneur en glucides, et n'en mange qu'occasionnellement. Selon elle, on a vite fait d'en manger trop. L'une de mes interlocutrices, une psychologue (qui m'a demandé l'anonymat) qui mène une série d'essais cliniques comparant le régime LCHF/cétogène à

des régimes dits «sains», plus classiques, m’a avoué que manger quatre fraises par jour suffisait à déclencher son envie de glucides. Elle évite donc les fraises, même si elle continue de consommer d’autres baies lorsqu’elles sont de saison. J’ai constaté pour ma part que lorsque je commence à manger des fruits à coque, j’ai du mal à m’arrêter; j’adopte donc la stratégie de l’évitement, ce qui se révèle par ailleurs bénéfique pour mon poids. Comme je considère que j’ai acquis les capacités et les habitudes nécessaires pour maintenir un poids idéal sur la durée et comme j’aime tout particulièrement les fruits à coque, je m’autorise parfois des écarts.

Ces anecdotes touchent à cette nécessité de «trouver ses leviers» évoquée par les médecins, pas seulement les leviers environnementaux qui font courir le risque de sortir des rails, mais aussi les aliments qui font envie et que certains peuvent consommer en toute impunité, ce qui n’est apparemment pas votre cas. Si les grands principes du régime LCHF/cétogène sont évidents – renoncer aux céréales, aux féculents et aux sucres, et remplacer ces calories par des matières grasses – les variations individuelles nécessitent d’ajuster, de modifier et d’affiner ce que nous mangeons (ou pas).

Sans l’aide d’un médecin ou d’un diététicien expérimenté, nous devons analyser notre propre alimentation et tenter divers correctifs pour parvenir à comprendre le problème et ce qui fonctionne (ou ne fonctionne pas). Pour donner à ces expériences le temps de porter leurs fruits, elles doivent durer au moins plusieurs semaines. Les problèmes se répartissent en trois catégories, ou trois leviers à actionner lorsque le régime LCHF/cétogène cesse de fonctionner ou ne fonctionne pas suffisamment bien.

Commençons par le plus évident, qui consiste à déterminer si votre apport en glucides demeure trop élevé. Lorsque le poids des patients stagne alors qu’ils affirment éviter religieusement les glucides, les médecins leur demandent de tenir un journal alimentaire trois jours de suite afin de savoir si c’est bien le cas (il existe désormais des applications pour simplifier la chose). Selon les médecins, c’est également une excellente occasion de mesurer l’état de cétose des patients, non pas parce que la cétose est nécessaire pour être en bonne santé et atteindre un poids idéal, mais parce qu’elle constitue un indicateur fiable de restriction glucidique. Si le patient

est en cétose, le médecin a la confirmation qu'il ne consomme pas de glucides et peut alors explorer les autres pistes possibles si nécessaire.

Il est important de déterminer la manière dont les glucides pourraient s'immiscer à votre insu dans votre alimentation: la pomme quotidienne que vous continuez de considérer comme un en-cas sain, la maïzena utilisée pour épaissir les sauces, les glucides provenant des fruits à coque et des purées d'oléagineux. (Susan Wolver m'a raconté que l'une de ses patientes souffrant de diabète qui était parvenue à parfaitement contrôler sa glycémie grâce à un régime LCHF/cétogène a soudain complètement déraillé. À un moment donné, cette patiente s'est mise à avaler des comprimés Tums pratiquement toutes les heures pour calmer ses maux d'estomac. Chaque comprimé de cet antiacide contre les brûlures d'estomac contient 1,5 g de glucides (soit 6 calories). Cela a suffi à faire basculer la glycémie de cette femme. Lorsque la docteure Wolver a compris ce qui se passait puis que sa patiente a arrêté de prendre ces comprimés, sa glycémie est redevenue normale.) Un autre problème courant, comme l'explique Ken Berry, tient à la confusion entre les concepts de «moins mauvais» et «bon». *«J'ai des patients, déclare-t-il, qui mangent des patates douces parce qu'ils ont entendu dire qu'elles n'étaient pas aussi nocives que les pommes de terre. Ou ils m'affirment ne pas manger de pain, mais mangent quatre tortillas à la place ou remplacent le pain blanc par du pain complet. C'est peut-être moins mauvais, mais ce n'est pas pour autant que c'est bon.»*

Tout cela relève en grande partie du bon sens. (Ou du moins, c'est le cas lorsque l'obésité est un dérèglement ou un trouble hormonal et que le lien entre le stockage de la graisse et l'alimentation est corrélé à l'insuline et aux glucides.) Si vous achetez des produits à faible teneur en glucides au supermarché, par exemple, et que vous ne perdez pas de poids, ces aliments industriels sont probablement responsables. Brian Sabowitz, médecin spécialiste de l'obésité à Spokane, dans l'État de Washington, précise *«vous êtes convaincu de suivre un régime pauvre en glucides, mais il n'en est rien»*. La salade de thon toute prête achetée en supermarché est son exemple favori. *«Si vous ne lisez pas l'étiquette, vous pensez que votre salade contient du thon, de la mayonnaise et peut-être quelques petits tronçons de céleri. En y regardant de plus près toutefois, vous constatez qu'elle contient également du sirop de maïs à haute teneur en fructose.*

Vous introduisez tout un tas de sucre dans votre alimentation et vous demeurez persuadé que le régime low carb ne fonctionne pas, car vous l'avez essayé sans résultat.»

Les médecins que j'ai interviewés sont peu nombreux à juger utile le concept de «glucides assimilables». Il s'agit d'une mesure qui tient uniquement compte des glucides digérés qui passent dans le sang, sans inclure ceux qui ne sont ni digérés ni métabolisés (les fibres). Les glucides assimilables peuvent se révéler utiles pour s'assurer que notre consommation journalière de glucides reste sous un seuil maximal prédéterminé (comme les 50 g qui constituent souvent la limite dans les régimes cétogènes). Mais si votre perte de poids stagne alors que vous avez toujours un excès de graisse, il peut être judicieux de faire confiance à votre corps plutôt qu'au calcul des glucides assimilables effectué par un fabricant. L'objectif est d'arriver à une abstinence plus ou moins rigide et, si vous vous montrez trop laxiste, votre corps vous le fera savoir.

Dans un deuxième temps, une alimentation trop riche en matières grasses est également ironiquement devenue l'une des raisons possibles de la stagnation de la perte de poids. Maintenant que les régimes LCHF/cétogènes gagnent du terrain, on voit apparaître de nouvelles manières, non naturelles d'un point de vue physiologique, d'«injecter» des matières grasses dans le corps. Jusqu'à récemment, les humains ont rarement, voire jamais eu l'occasion de boire des matières grasses sans qu'elles soient accompagnées d'un minimum de protéines ou de glucides. Les choses ont changé. Le «bulletproof coffee», par exemple, popularisé par Dave Asprey, un entrepreneur de la Silicon Valley, est un mélange de café, de beurre (ou de ghee) et d'huile TCM, généralement un sous-produit de l'huile de coco. Les TCM (triglycérides à chaîne moyenne) étant principalement métabolisés dans le foie, ils peuvent accroître la synthèse de cétones même lorsque l'alimentation contient quelques glucides. Cela explique que le «bulletproof coffee» peut procurer un coup de fouet plus puissant que la caféine d'un simple café, mais il inonde aussi l'organisme de matières grasses ou tout du moins agit comme une perfusion qui en injecterait pendant des heures.

Pour certains, cela ne pose aucun problème. D'autres, en revanche, peuvent brûler la graisse ingérée (ou bue dans ce cas précis) et au final

toujours stocker un excès de graisse dans leurs cellules adipeuses. *«Je peux ingérer une livre d'huile de coco là maintenant, m'a déclaré Ted Naiman, médecin à Seattle et fervent défenseur du régime LCHF/cétogène depuis pratiquement deux décennies, cela ne nuira en rien à mon état de cétose, mais je ne perdrai pas un gramme. Je brûlerai bien de la graisse, mais ce sera celle que j'ai ingérée et non celle que j'ai stockée.»* La combustion par l'organisme de la graisse de ces «perfusions» ou son stockage est quelque chose qui peut aussi être variable dans le temps. De plus, ce que nous pouvons tolérer pendant la phase de perte de poids peut être différent de ce que notre corps pourra tolérer une fois notre poids stabilisé. L'idée selon laquelle nous pouvons consommer autant de matières grasses que nous le souhaitons sans en stocker une partie est peut-être vraie pour certains d'entre nous, mais pas pour tout le monde.

En troisième lieu, vous consommez peut-être trop de protéines. Il est courant, comme nous l'avons évoqué plus tôt, de tenter un compromis entre différents paradigmes en matière de nutrition en suivant un régime à faible teneur en glucides mais également pauvre en matières grasses. (C'est ce que recommandaient de nombreux médecins pour lutter contre l'obésité avant les années 1970, car ils pensaient que l'organisme avait besoin de protéines, mais pouvait se passer des calories issues des matières grasses et des glucides ajoutés.) En plus d'être des repas peu satisfaisants, cela donne lieu à une restriction calorique ou à des portions à forte teneur en protéines. Les acides aminés des protéines peuvent induire une hausse de l'insuline suffisante pour stimuler le stockage de la graisse et la faim, ce qui peut susciter des fringales et des comportements boulimiques. Pour éviter ce problème, il suffit d'augmenter la quantité de matières grasses: beurre ou huile d'olive sur les légumes, hauts de cuisses de poulet avec peau au lieu de filets sans peau, morceaux de viande et poissons gras et non maigres.

L'utilisation d'édulcorants artificiels peut également expliquer les mauvais résultats d'un régime LCHF/cétogène. La plupart des médecins et des diététiciens que j'ai interviewés considèrent, comme je le fais moi-même, que ces édulcorants sont utiles en phase de transition vers un régime LCHF/cétogène et de sevrage du sucre – la *«méthadone du sucre»* comme les appelle Susan Wolver. Les édulcorants artificiels d'origine «naturelle» (comme la stévia, par exemple, extraite d'un arbuste d'Amérique centrale

ou le monk fruit) sont sans doute moins nocifs que ceux inventés ou découverts dans un laboratoire de chimie moderne. Il n'en reste pas moins qu'il s'agit d'une supposition qu'aucune preuve expérimentale ne vient étayer. L'utilisation de la saccharine, un édulcorant initialement découvert dans des dérivés de houille, remonte aux années 1890. Elle a un pouvoir sucrant 300 à 500 fois plus élevé que le sucre, ce qui signifie que pour obtenir le même effet qu'avec une dose de sucre, il en faut de 300 à 500 fois moins. Elle présente par ailleurs l'avantage d'être éliminée sans passer dans le sang. Il n'existe à mon sens aucune preuve convaincante de la nocivité de ces édulcorants artificiels. On sait néanmoins qu'ils peuvent tromper notre organisme qui réagit alors comme s'il s'agissait de sucre, ce qui peut interférer avec le métabolisme des graisses et l'utilisation comme carburant de notre propre stock de graisse. Cela peut se traduire par une plus grande sensation de faim et l'envie de manger des glucides.

Lorsque votre poids stagne alors qu'il vous reste un excès de graisse non négligeable à perdre, vous devez faire preuve de bon sens. Interrogez-vous sur les aliments ou les boissons que vous ingérez qui pourraient interférer avec le métabolisme des graisses. Si vous utilisez un édulcorant artificiel, c'est le suspect le plus évident: observer ce qui se produit lorsque vous l'éliminez semble logique. Arrêtez d'en prendre pendant quelques semaines. Plus la privation est difficile, plus son élimination a des chances d'être pertinente. Si vous constatez une différence dans la manière dont votre corps réagit au régime LCHF/cétogène, si vous recommencez à maigrir, vous saurez que les édulcorants artificiels déclenchent dans *votre corps* une réaction problématique. L'édulcorant sur lequel vous avez jeté votre dévolu convient peut-être parfaitement à certains, mais pas à vous. Vous pouvez également tenter de le réintroduire dans votre alimentation pour voir si votre poids se remet à stagner. Si c'est le cas, c'est un signe que votre corps ne tolère pas ces édulcorants.

La nécessité de vous affranchir de vos fringales et de vos besoins de sucre relève du bon sens. L'idéal serait de tirer du plaisir des plats salés lorsque vous passez au régime LCHF/cétogène. Vous devez toutefois faire preuve de patience, car ces changements de goût et de préférence peuvent prendre un certain temps.

L'alcool présente un problème similaire où le bon sens est un excellent médiateur. Si votre excès de graisse reste substantiel malgré votre régime LCHF/cétogène, la raison en revient peut-être à votre consommation d'alcool. On peut considérer l'alcool comme un quatrième macronutriment. Sa densité calorique (7 calories par gramme) est comprise entre celle des glucides et des protéines (4 calories par gramme) et celle des lipides (9 calories par gramme). Il est fort probable que des cocktails à base de sodas (tonic) ou d'alcools très sucrés (comme le brandy) fassent grossir. Les calories que contient la bière proviennent non seulement de l'alcool, mais aussi des glucides (maltose). La teneur en glucides des bières allégées peut suffire à vous faire dépasser le seuil de sensibilité à l'insuline. Si certains d'entre nous les tolèrent, ce n'est pas le cas de tous. Le vin rouge est préférable au vin blanc, car il contient moins de calories et moins de sucre, mais plusieurs verres de vin rouge par jour (ou même par semaine) peuvent suffire à enrayer la perte de poids. Les témoignages et l'expérience clinique le confirment.

L'alcool est métabolisé dans les cellules du foie, un peu comme le fructose, et peut engendrer des problèmes similaires, en particulier la stéatose hépatique. Le foie brûle l'alcool et génère ainsi de l'énergie, et le muscle cardiaque et les reins brûlent les sous-produits métaboliques générés par le processus (acétate). Pendant ce temps toutefois, la graisse risque de s'accumuler, car ils ne l'utilisent pas comme carburant. Si vous ne cherchez pas à savoir comment fonctionne votre métabolisme sans alcool, vous ne saurez jamais si le jeu en vaut la chandelle.

Être bon vivant peut se définir de bien des façons. Toutefois, si vous consommez de l'alcool, quel qu'il soit, parallèlement à un régime LCHF/cétogène et que vous ne parvenez pas à vous débarrasser d'un excès de graisse ou de votre résistance à l'insuline, il serait judicieux d'essayer d'arrêter l'alcool pendant un ou deux mois. (Si la perspective d'être privé d'alcool un ou deux mois vous paraît intolérable, comme cela peut être le cas avec les édulcorants, s'astreindre à l'abstinence pourrait bien être plus important que vous ne l'imaginez.)

Vous pouvez aussi essayer de faire de l'exercice, mais pas pour chercher à brûler des calories. Comme pour tout ce qui, dans ce monde, implique la graisse et le métabolisme énergétique, nous devons faire évoluer notre

manière de voir les choses. Sous cet angle, l'activité physique est adaptée lorsque nous bénéficions d'une certaine flexibilité métabolique, que nous sommes sensibles à l'insuline et que nous brûlons notre propre graisse. Elle ne permet pas de forcer le corps à réduire son stock de graisse. Comme nous l'avons déjà évoqué, brûler des calories en faisant de l'exercice risque d'aiguiser votre appétit; il est en revanche peu probable que cela vous fasse beaucoup mincir.

Le développement musculaire consécutif à l'activité physique pourrait néanmoins se révéler bénéfique, ce qui implique de faire plutôt des exercices de musculation (avec des poids) que des exercices de cardio. Quelques essais cliniques suggèrent en effet que la musculation accentue la perte de poids lors d'un régime LCHF/cétogène. Une séance de musculation (ou de cardio) épuise votre stock de glycogène et augmente votre sensibilité à l'insuline alors que vos cellules essaient de remplacer le glycogène perdu. Si vous suivez un régime LCHF/cétogène, cette plus grande sensibilité à l'insuline peut se révéler significative. Ted Naiman, médecin à Seattle, signale avoir observé que certains de ses patients – *«des femmes d'un certain âge très sédentaires et dont le poids stagne complètement»* – se remettaient à perdre leur excès de graisse en faisant de la musculation en salle. Cela vaut la peine d'essayer. Vous pouvez aussi simplement faire de l'exercice si cela vous aide à vous sentir mieux. C'est une raison suffisante en soi.

À partir du mois d'août 2017, j'ai aussi essayé le jeûne intermittent, avec un temps d'alimentation restreint. Il serait dans mon cas plus simple de dire que j'ai tout simplement cessé de prendre un petit déjeuner.

Tous mes repas, en-cas compris, se situaient entre le déjeuner que je prenais autour de 13 heures et le dîner qui se terminait généralement vers 20 heures.

Les définitions techniques du jeûne intermittent et du temps d'alimentation restreint se recoupent et peuvent prêter à confusion. Les deux expressions font référence à une pratique qui consiste à ne manger que deux repas par jour, ce que je faisais, et à ne plus prendre d'en-cas après le second: soit prendre un petit déjeuner et un déjeuner et supprimer les en-cas après ce dernier ainsi que le dîner, soit prendre uniquement un déjeuner et un dîner et supprimer les en-cas après ce dernier, ainsi que le petit déjeuner.

L'expression *temps d'alimentation restreint* désigne donc la fenêtre au cours de la journée pendant laquelle vous *mangez*, par exemple, dans mon cas, les sept heures allant du déjeuner à la fin du dîner. L'expression *jeûne intermittent*, quant à elle, désigne la période pendant laquelle vous *ne mangez pas*: dans mon cas, les dix-sept heures comprises entre le dîner et le déjeuner du jour suivant.

Quelle que soit l'expression que vous utilisez, dans les faits vous étendez la durée pendant laquelle vous utilisez votre propre stock de graisse comme carburant. Vous prolongez la durée pendant laquelle vous restez sous le seuil de sensibilité à l'insuline et au cours de laquelle la graisse est mobilisée et oxydée. Les personnes qui s'y adonnent (quel que soit le nom utilisé), comme je l'ai fait moi-même, déclarent n'avoir aucune difficulté à sauter un repas par jour lorsqu'elles suivent déjà un régime LCHF/cétogène, même s'il faut quelques jours pour s'y habituer. Autrement dit, elles n'ont pas plus faim lorsqu'elles sautent le petit déjeuner ou le dîner.

Au début, j'étais un peu sceptique et je pensais que le jeûne intermittent (ou temps d'alimentation restreint) serait une mode passagère. Je pensais qu'après quelques années on se dirait tous «Tu te rappelles autour de 2018 quand tout le monde s'est mis à jeûner, sauter des repas et rester plusieurs jours sans manger?». Puis une occasion parfaite s'est présentée, j'ai en effet dû voyager trois jours de suite avec chaque fois un vol du matin. Tout ce que j'avais à faire, c'était renoncer au plateau-repas dans l'avion, ce qui n'est généralement pas trop difficile. Lorsque je suis rentré chez moi, il a été étonnamment facile de sauter le petit déjeuner. Pendant les quelques mois qui ont suivi, j'ai perdu un peu plus de cinq kilos (je n'avais même pas conscience qu'ils étaient superflus) et ce, sans souffrir de la faim. J'ai continué et je continue encore, car je me sens mieux sans petit déjeuner. J'ai plus d'énergie et une plus grande clarté mentale. Je n'ai plus faim en milieu de matinée et je trouve maintenant normal de prendre mon premier repas en début d'après-midi. Je n'ai pas l'impression de me plier à une mode. Je me passe simplement de petit déjeuner et c'est ainsi que je présente les choses.

Les chercheurs spécialisés dans la nutrition conduisent désormais des essais cliniques pour tester les bienfaits du jeûne intermittent (ou temps d'alimentation restreint) en le comparant à d'autres manières de réduire l'apport calorique. Autrement dit, ils estiment que le jeûne donne des

résultats parce que nous mangeons moins pendant ces périodes, ce qui est un fait, et que c'est la raison pour laquelle nous perdons du poids. Comme je l'ai indiqué, cela permet en outre de prolonger la période pendant laquelle nos cellules adipeuses sont sous le seuil de sensibilité à l'insuline, bénéficient du «stimulus négatif lié à la carence en insuline» et peuvent donc mobiliser la graisse. Dans un cas comme dans l'autre, il est raisonnable de penser que le jeûne intermittent (ou le temps d'alimentation restreint) s'est popularisé parce que, pour beaucoup, il donne de bons résultats, comme il l'a fait pour moi: il permet de perdre du poids et d'améliorer la santé sans souffrir de la faim. Ce n'est pas une religion, pour reprendre les termes de Carrie Diulus, ce qui compte c'est la façon dont nous nous sentons. Vous n'avez pas besoin d'essai clinique pour vous convaincre que le jeûne intermittent (ou temps d'alimentation restreint) vous convient. Il suffit d'essayer pour le découvrir.

L'expression *jeûne intermittent* peut également faire référence au régime 5:2 popularisé par le médecin britannique Michael Mosley, devenu journaliste pour la télévision, qui consiste à réduire l'apport calorique deux jours par semaine pour le ramener sous la barre des 800 calories par jour (et les glucides sous la barre des 400 calories). Cela peut également signifier jeûner régulièrement pendant plusieurs jours, voire une semaine ou plus, comme cela a été popularisé par Jason Fung, médecin néphrologue à Toronto. (De nombreux médecins canadiens que j'ai interviewés pour cet ouvrage ont déclaré avoir découvert le régime LCHF/cétogène grâce à l'ouvrage du docteur Fung publié en 2016, *Les Lois de l'obésité*.)

Lorsque je me suis entretenu avec le docteur Fung, il m'a confié qu'un grand nombre de ses patients étaient atteints d'obésité et/ou de diabète, des pathologies à l'origine de leurs problèmes rénaux. Il a commencé à recommander le régime LCHF/cétogène vers 2012, sans grand succès. Une part importante de ses patients étant originaire des Philippines ou d'Asie du Sud-Est, il avait du mal à leur faire comprendre le principe, sans parler de les convaincre de renoncer au riz ou aux nouilles, les bases de leur alimentation. Il a commencé à réfléchir à d'autres méthodes susceptibles de faire baisser leur taux d'insuline sans recourir à la pharmacothérapie, et c'est ainsi que lui est venue l'idée du jeûne.

«Pourquoi pas le jeûne intermittent ou même le jeûne étendu sur une durée de sept jours? s'interroge Jason Fung. J'ai commencé à faire des recherches et je n'ai rien découvert d'inquiétant. Il est pratiqué depuis des milliers d'années et son objectif est le même que celui des régimes LCHF/cétogènes, à savoir faire baisser l'insuline sur de longues périodes. Tout est réduit au maximum. J'ai lu tout ce qui existe sur le sujet et je n'ai rien trouvé laissant penser que c'était impossible. Il ne s'agit pas de faire jeûner pendant quarante jours des personnes minces, mais de demander à des personnes faisant dans les 140 kg de ne pas manger pendant 24 heures.»

Le docteur Fung a eu moins de difficultés à convaincre ses patients de jeûner régulièrement, par exemple 24 heures du dîner au dîner suivant deux ou trois fois par semaine, comme il le fait désormais lui-même, à une semaine ou plus pour ses patients les plus gros. Il essaie toujours de faire adopter à ses patients un régime *relativement pauvre* en glucides et riche en matières grasses, auquel il adjoint le jeûne. Il m'a raconté que des patients souffrant de diabète de type 2 sévère et prenant 150 unités d'insuline par jour (une dose élevée) ont pu arrêter leur traitement après deux mois. En termes de bilan, il déclare réussir à convaincre la moitié de ses patients d'essayer et la santé de la plupart d'entre eux s'améliore. *«Je traite des patients atteints de diabète de type 2 sévère, confie-t-il, l'alternative serait donc que la santé d'aucun d'eux ne s'améliore.»* Étant donné le contexte, il juge son taux de réussite *«plutôt bon»*.

Le recours au jeûne intermittent comme moyen de contrôler son poids est devenu tellement courant qu'il a pris une bonne longueur d'avance sur les recherches susceptibles d'établir son innocuité au-delà de tout doute raisonnable. Encore une fois, c'est ce que l'on pourrait appeler un pari éclairé. Comme les médecins qui prescrivent désormais le jeûne, les quelques chercheurs qui l'étudient s'accordent pour dire que des jeûnes réguliers allant jusqu'à une journée complète peuvent se révéler bénéfiques et présentent peu de risques. Bon nombre d'entre eux le pratiquent. (Lors d'une rencontre entre chercheurs et médecins étudiant le régime LCHF/cétogène dans le cadre du diabète de type 2 organisée par la compagnie d'assurance Swiss Re en juin 2018 à Zurich, j'ai mené une

petite enquête auprès des cinquante personnes présentes: plus de quarante d'entre elles sautaient au moins un repas par jour.)

Toutefois, si le jeûne dure plus de vingt-quatre heures, les risques associés augmentent graduellement et il ne vous reste plus qu'à espérer qu'ils ne l'emportent pas sur les bienfaits. Jason Fung, dont l'expérience clinique en la matière reste inégalée, pense que les jeûnes plus longs sont des moyens efficaces de lutter contre l'obésité et le diabète de type 2. Steve Phinney et Jeff Volek, les fondateurs de la start-up Virta Health, tous deux chercheurs avertis, sont moins convaincus. Ils s'inquiètent en particulier de la perte de masse maigre (les muscles au lieu de la graisse) lors des jeûnes de plus d'une journée ou deux, ou des jeûnes d'une journée plus d'une ou deux fois par semaine. Pour les diabétiques, les jeûnes plus longs nécessitent un ajustement de leur traitement pour les périodes où ils ne s'alimentent pas, ainsi qu'à la fin du jeûne. *«Une mauvaise gestion du traitement présente des risques graves pour la santé»*, selon eux.

Les médicaments prescrits peuvent également faire stagner la perte de poids lors d'un régime LCHF/cétogène, encore un point qui nécessite l'aide d'un médecin averti. Certains médicaments sont connus pour favoriser la prise de poids et d'autres pourraient avoir les mêmes effets. Les plus connus sont les médicaments contre le diabète, notamment les injections d'insuline, dont vous n'avez néanmoins pas autant besoin lorsque vous réduisez votre consommation de glucides. Certains anxiolytiques et certains antidépresseurs peuvent faire grossir et donc inhiber la perte de poids. Il en va de même des médicaments pour lutter contre l'épilepsie. Certains médicaments pour la tension artérielle sont également concernés, en particulier ceux de la famille des bêtabloquants, ainsi que de nombreux contraceptifs et même les antihistaminiques contre les allergies.

«Vous devez évaluer les bénéfices et les risques liés à l'arrêt d'un traitement ou au changement de médicaments», m'a confié Charles Cavo. Malgré sa vaste expérience auprès de plus de 15 000 patients, il continue de qualifier de véritable «sac de nœuds» la déprescription des médicaments délivrés sur ordonnance. Selon le docteur Cavo, lorsque des patients qui suivent un régime LCHF/cétogène prennent par ailleurs des médicaments, il peut être nécessaire que le médecin qui supervise le régime LCHF/cétogène ait un entretien avec le médecin prescripteur de médicaments afin que ce

dernier comprenne l'efficacité et la philosophie du régime pour envisager la déprescription médicamenteuse. Une analyse et un traitement sérieux de ces problématiques sont indispensables si l'on veut arriver à un poids idéal et le conserver, et avoir une santé aussi florissante que possible.

LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE AVEC LES ENFANTS

Quelle alimentation pour les enfants?

Le régime LCHF/cétogène est-il adapté aux enfants? Est-il efficace? Présente-t-il des risques? Comme pour les autres problématiques traitées dans cet ouvrage, on trouve peu d'études permettant de répondre de manière catégorique à ces questions. Une fois de plus, il faut s'en remettre au bon sens. On peut s'inquiéter avec légitimité des conséquences qu'une attention obsessionnelle portée à l'alimentation des enfants atteints d'obésité pourra avoir sur les risques de troubles alimentaires chez ces derniers. La définition traditionnelle des troubles alimentaires fait état d'une «alimentation hautement restrictive», ce qui est incontestablement le cas lorsqu'on élimine la quasi-totalité d'un groupe d'aliments. Les raisons qui conduisent les autorités à déconseiller aux adultes de renoncer aux glucides valent également pour les enfants et les adolescents: selon elles, il est préférable de rester obèse ou en surpoids en suivant un régime alimentaire équilibré classique, mais inefficace – avec une légère restriction calorique et des exercices – que de s'obstiner à suivre un régime alimentaire pouvant se révéler efficace.

La plus grande prudence est donc de rigueur. Je suggère aux enfants et aux adolescents qui souhaitent changer leur alimentation pour atteindre un

poids plus équilibré et le stabiliser de s'appuyer sur la physiologie humaine pour y parvenir et non sur les lois de la physique (apports et dépenses énergétiques) s'ils veulent mettre toutes les chances de leur côté.

Les travaux menés par James Sidbury Jr. à l'université Duke en 1975 ont clairement démontré que le régime LCHF/cétogène est tout aussi adapté aux enfants atteints d'obésité qu'aux adultes. Les enfants peuvent perdre du poids en mangeant à satiété et sans souffrir de la faim. Les données issues des recherches académiques démontrent par ailleurs que le régime LCHF/cétogène entraîne une perte de poids sans aucune sensation de faim chez les enfants souffrant de maladies génétiques telles que le syndrome de Prader-Willi, qui se caractérise à la fois par un stockage excessif de la graisse et une faim insatiable. («La nourriture est une condamnation à mort pour ces enfants», pour reprendre le titre d'un article consacré au problème publié en 2015 dans le *New York Times Magazine*.) Dès 1989, William Dietz, alors chercheur en nutrition au MIT, devenu par la suite directeur de la nutrition et de l'activité physique des Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (Centers for Disease Control and Prevention ou CDC, en anglais), indiquait qu'un régime cétogène hypocalorique s'avérait «particulièrement efficace» pour les patients souffrant du syndrome de Prader-Willi auxquels il permettait de perdre beaucoup de poids et «d'inhiber l'appétit vorace qui les caractérise».

Néanmoins, tout comme les adultes, ces enfants doivent adopter le régime LCHF/cétogène et le suivre à vie pour qu'il porte ses fruits. Quiconque s'engage sur cette voie doit impérativement saisir les principes de base. C'est beaucoup demander à des enfants, surtout lorsque ces principes sont controversés et que les autorités affirment que l'élimination des glucides cause plus de mal que de bien. L'adoption du régime LCHF/cétogène par les parents et la fratrie de ces enfants facilite par ailleurs les choses.

Parmi les cliniciens et autres professionnels que j'ai interviewés, très peu sont spécialisés dans le traitement de l'obésité infantile. Jenny Favret, une diététicienne, a travaillé au sein du Healthy Lifestyles Program de la Duke University School of Medicine dès 2006, date à laquelle il fut fondé par la pédiatre spécialiste de l'obésité, Sarah Armstrong. À quelques exceptions près, ce programme n'admet que les enfants dont l'indice de

masse corporelle correspond aux critères de l'obésité (IMC > 30) et qui souffrent souvent de problèmes liés au poids (comorbidités) comme le diabète ou la stéatose hépatique.

En quatorze ans, le programme a suivi plus de 13 000 enfants et leurs familles (plus de 100 000 consultations) et l'équipe s'est étoffée en accueillant plusieurs pédiatres, assistants, infirmiers, kinésithérapeutes, diététiciens, ainsi qu'un spécialiste du comportement.

Pendant les cinq premières années, m'a confié Jenny Favret, le programme apportait aux familles des conseils diététiques classiques: repas structurés, portions contrôlées, aliments à teneur réduite en matières grasses, pas de sucre. Quelques années plus tard, après avoir entendu Eric Westman, elle a fini par comprendre en dépit de son scepticisme initial – «*Mais qu'est-ce que ce type raconte?*». Elle a lu la littérature disponible avant de reconnaître la logique des principes sous-jacents du régime LCHF/cétogène.

En 2011, Jenny Favret, la docteure Armstrong et leurs collègues ont introduit le régime LCHF/cétogène dans la panoplie des traitements destinés aux enfants. Selon Jenny Favret, ce programme alimentaire a été élaboré avec le plus grand soin pour apporter de la vraie nourriture en faisant la part belle aux légumes pauvres en glucides (c'est-à-dire des légumes à feuilles verts), avec de généreuses portions de protéines et beaucoup de matières grasses comme le beurre, l'huile d'olive, l'huile de coco, la crème épaisse, le fromage gras, les fruits à coque, les beurres d'oléagineux et les avocats. Il préconise des sources de protéines riches en matières grasses de préférence à celles plus maigres: poissons d'eau froide, volaille avec peau, tofu et viande de bœuf persillée. (Lorsqu'elle se souvient des recommandations qu'elle a faites par le passé aux familles de privilégier une alimentation pauvre en graisses, Jenny Favret a l'envie de rentrer sous terre.) Tous les aliments riches en glucides sont initialement éliminés, y compris le lait et les jus de fruits. «*Pour aider à gérer les envies d'aliments appréciés, mais riches en glucides (et minimiser la lassitude), déclare Jenny Favret, nous proposons aux familles des recettes pour leur permettre de confectionner de délicieuses alternatives comme la purée de chou-fleur à la crème, les spaghettis de courgette, les pizzas cheesy crust et même différentes variantes de fat bombs à base de beurre de coco.*»

Le régime cétogène peut se poursuivre aussi longtemps qu'on le souhaite avant de progressivement réintroduire certains glucides comme les légumineuses, l'avoine complète et les fruits. Le programme alimentaire reste centré sur de généreuses portions de légumes à faible teneur en glucides, une quantité adéquate de protéines et beaucoup de matières grasses. Jenny Favret, la docteure Armstrong et leurs collègues éduquent en outre à l'alimentation en pleine conscience: ne manger que lorsqu'on a faim et le faire en prenant son temps pour que l'enfant puisse sentir lorsque sa faim est satisfaite. Les familles qui choisissent d'adopter le programme alimentaire basé sur le régime LCHF/cétogène, comme celles qui choisissent ce que Jenny Favret décrit comme *«un régime à teneur limitée en glucides à base de (vrais) aliments riches en matières grasses»*, sont encouragées à apprécier leur nourriture et à la manger avec attention.

Comme me l'a expliqué Jenny Favret, la simple élimination des aliments et des boissons riches en glucides permet à de nombreuses familles et à de nombreux enfants qui suivent le programme de perdre beaucoup de poids. Néanmoins, les résultats de ceux qui adoptent le programme LCHF/cétogène sont les meilleurs. Il est alors inutile de conseiller aux enfants et à leurs familles de limiter les quantités ingérées ni de leur imposer des restrictions caloriques. *«Ces enfants ont tout simplement moins faim, explique Jenny Favret, un phénomène sans doute nouveau pour eux. On nous signale qu'ils ont plus d'énergie. Nous constatons une baisse de l'indice de masse corporelle chez de nombreux enfants, ce qui constitue pour nous un point positif. Les tests contrôlant les fonctions hépatiques d'un grand nombre d'enfants tendent à se normaliser. C'est formidable. On observe une amélioration des anomalies lipidiques du sang chez certains enfants. Non seulement ils perdent du poids, mais leur santé s'améliore.»*

Cette expérience de l'université Duke n'est pas isolée. David Ludwig, qui a dirigé pendant vingt ans la clinique Optimal Weight for Life à l'hôpital pour enfants de Boston, a connu le même succès. Parmi tous les patients que lui-même et ses collègues ont vu passer à la clinique, confie le docteur Ludwig, environ un tiers se montre peu ou pas intéressé par un changement d'alimentation. Un autre tiers prend au sérieux leurs conseils et évite les sucres, les céréales et les féculents, *«perd du poids, déclare le docteur Ludwig, puis en reprend un peu. Leurs facteurs de risque ont*

tendance à s'améliorer, mais c'est pour eux un combat de chaque instant». Le dernier tiers montre «des améliorations substantielles et durables et leurs résultats sont spectaculaires. Lorsqu'on revoit ces enfants une année plus tard, on dirait d'autres personnes».

Qu'il s'agisse d'enfants ou d'adultes, la clé du succès semble tenir à leur niveau d'engagement vis-à-vis du régime LCHF/cétogène, leur niveau de confiance dans cette approche et leur capacité à agir sur différents leviers lorsque les résultats ne sont pas au rendez-vous. Comme avec les thérapies familiales classiques pour les enfants, les chances de réussite augmentent lorsque l'ensemble de la famille, y compris les autres enfants, adopte le régime et qu'on a éliminé toutes les sources de tentation de la maison. Un enfant qui voit son frère ou sa sœur manger une assiette de pâtes et prendre un dessert sans pouvoir en faire autant trouvera probablement l'abstinence quasi impossible. *«S'il y a du Coca-Cola dans le frigo, déclare Rob Cywes, l'enfant en boira.»*

Le docteur Cywes est spécialisé dans la chirurgie bariatrique pour adultes et adolescents et a souvent été confronté à des enfants pouvant peser jusqu'à 114 kg. Il pense que la chirurgie est souvent nécessaire pour contrôler le poids de ces enfants, mais qu'ils doivent apprendre à éviter les glucides pour ensuite rester minces. Lorsque je lui ai demandé comment il réussissait à faire accepter à ses jeunes patients de renoncer aux glucides, il m'a répondu par une question: *«Comment vous y prenez-vous pour manger un éléphant?»* Devant mon mutisme, il m'a lui-même donné la réponse: *«Morceau par morceau.»* Dans un premier temps, il conseille de ne pas boire de calories, en particulier les boissons sucrées, puis passe à ce qu'il appelle les «aliments-véhicules»: les aliments riches en glucides qui accompagnent les autres aliments. Ainsi, il conseille de manger des sashimis, plutôt que des sushis qui contiennent du riz, de remplacer le hamburger par un steak haché tout simple, de manger les boulettes de viande sans les spaghettis et la garniture d'un burrito en laissant la galette. L'étape suivante consiste à renoncer aux sucreries et aux en-cas. S'il parvient à aller jusque-là avec ses patients, il en fait alors un jeu. *«Voyons jusqu'où peut aller ta cétose?»*, leur demande-t-il. Selon lui, sans surprise, les choses deviennent plus faciles lorsque les enfants commencent à constater et à ressentir la différence.

En fin de compte, la société dans laquelle nous vivons représente le plus gros défi. La mère d'une fillette souffrant d'obésité, qui me demande l'anonymat, m'a confié que le défi ne se limite pas à refuser les bonbons et les biscuits de la maîtresse de CE2 qui récompense les bons résultats, ou les jus de fruits et la pression sociale lors des fêtes d'anniversaire mensuelles ou bimensuelles, mais aussi à aller à l'encontre du désir parfaitement légitime de sa fille d'être comme les autres dans un monde où manger de tout, en particulier des sucreries, constitue la norme. *«Nous devons même faire attention à notre vocabulaire, m'a-t-elle confié. Si nous disons que nous suivons un régime pauvre en glucides, c'est comme si nous faisons l'aveu d'une horrible chose interdite. En revanche, si nous disons que nous mangeons des légumes, de la viande et des matières grasses saines, on nous répond que c'est merveilleux.»*

Pour finir, j'aimerais vous parler d'une jeune médecin et de sa fille dont je tairai les noms. Lorsque j'ai demandé à cette médecin, qui aura le dernier mot dans cet ouvrage, ce qui l'a incitée à changer sa manière de traiter ses patients, elle m'a répondu *«pour être honnête, ma fille souffre d'obésité. Je l'ai vue année après année prendre du poids, lutter contre ce problème et tenter de le comprendre. J'ai appris à faire preuve d'empathie, car c'est ma fille. Je n'avais auparavant jamais eu d'expérience directe. Voir ainsi mon enfant atteinte d'obésité et tenter de comprendre ce qui se passait m'a incitée à réfléchir au problème de manière plus critique»*. La minceur est de rigueur dans sa propre famille, mais celle de son mari connaît des cas d'obésité. Ils ont un fils qu'elle décrit comme une «grande perche» qui peut se permettre de manger n'importe quoi. Sa fille, en revanche, a commencé à prendre 14 kg par an à partir de la classe de CM1.

«Je ne savais pas comment réagir, dit-elle, à part lui répéter “ne mange pas ceci” ou “contente-toi d'un seul beignet à la fête de l'école”, car même si vous avez la main sur ce que vous préparez à la maison, même lorsque vos enfants vivent avec vous, comme tout le monde, dès qu'ils sortent de la maison, ils ont de multiples occasions de manger n'importe quoi, en particulier les cochonneries sucrées. À ce stade, je l'ai emmenée voir un médecin, une expérience désastreuse, car les médecins ne savent pas non plus ce qu'ils font. Ils ne savent que conseiller de “manger moins et faire plus d'exercice”. Personne ne veut cependant trop insister, de peur de

provoquer des troubles de l'alimentation chez ces jeunes filles. On est confronté à une modération extrême et à une inefficacité absolue.»

En diminuant les glucides et en adoptant une alimentation «saine», sa fille a réussi à stabiliser son poids, mais il lui faudrait diminuer davantage les glucides pour voir si le régime LCHF/cétogène peut vraiment lui permettre de perdre une partie de son excès de graisse. Cette médecin m'a confié que sa fille *«ne voulait pas le faire»* et qu'elle n'allait pas la forcer. Entre-temps, elle a tout fait pour comprendre la physiologie et le métabolisme et la raison pour laquelle sa fille prenait du poids et avait tout le temps faim. Elle a trouvé un médecin disposé à les aider. Elle a dorénavant elle-même changé sa manière d'approcher l'obésité et le diabète de type 2 chez ses patients. *«Je m'efforce désormais de faire en sorte que les gens soient en bonne santé»* m'a-t-elle confié, et ses patients qui suivent le régime LCHF/cétogène obtiennent des résultats.

«Parvenir à faire perdre du poids aux gens sans qu'ils souffrent de la faim est essentiel pour arriver à ses fins, et seule une alimentation pauvre en glucides et à forte teneur en matières grasses le permet vraiment, dit-elle. Les gens s'imaginent que c'est très compliqué, mais il n'en est rien. Mon rôle consiste essentiellement à obtenir l'adhésion des gens, à leur faire comprendre ce dont il s'agit, à faire en sorte qu'ils cessent de culpabiliser et de s'affamer, à faire le nécessaire et à réussir.»

REMERCIEMENTS

F in Octobre 2016, j'ai retrouvé la journaliste Catherine Price lors d'un petit déjeuner à l'occasion du congrès de la National Association of Science Writers (l'Association nationale des auteurs scientifiques) à San Antonio, au Texas. Catherine souffre de diabète de type 1, ce qui l'a conduite à s'intéresser de près, tant à des fins personnelles que professionnelles, à l'influence sur sa glycémie des macronutriments qu'elle consomme et, par conséquent, à la façon de gérer son diabète. Lors de cette rencontre, elle a poliment insisté pour que j'écrive un livre afin de transmettre les enseignements de mes recherches et de mes travaux antérieurs et expliquer aux personnes qui grossissent facilement ou qui souffrent de diabète et d'hypertension, comment elles doivent s'alimenter et avec quoi. Comme toujours, ses arguments étaient particulièrement persuasifs. Ce livre découle directement de cette rencontre. Pendant mes recherches et lors de son écriture, il a pris une tournure différente de celle que nous avions initialement envisagée (pour le meilleur ou pour le pire), mais sans l'impulsion initiale de Catherine, il n'aurait jamais vu le jour. Je lui en suis infiniment reconnaissant.

Ce livre est l'aboutissement (à ce jour) de vingt ans de recherche, d'écriture, de collaboration et de révolution. Une section de remerciements de longueur raisonnable est forcément insuffisante. Mes principaux contributeurs, sans lesquels rien n'aurait été possible, sont les médecins et les autres praticiens qui ont tenté de résoudre le problème de l'obésité alors même que le monde de la recherche et les autorités officielles avaient si manifestement échoué. Ces personnes concentrent toutes les qualités que l'on s'attend à trouver tant chez les médecins que chez les scientifiques. Elles font preuve de compassion et de curiosité, elles sont ouvertes d'esprit et ont le courage de leurs convictions. Elles n'ont pas, comme aurait dit Winston Churchill, trébuché sur la vérité avant de se redresser et passer rapidement leur chemin comme si de rien n'était. Elles ont au contraire

observé sans préjugés, elles ont formulé des hypothèses avant de les tester au mieux de leur capacité. Ce qui les intéressait, ce n'était pas ce que leurs collègues et leurs pairs allaient bien penser d'eux, mais l'accumulation de connaissances fiables afin d'aider leurs patients.

Selon mes estimations, on dénombre désormais plusieurs dizaines de milliers de médecins de cette trempe dans le monde et leur nombre ne cesse de croître. Je leur adresse à tous mes remerciements, mais ma gratitude va tout particulièrement aux précurseurs, à ceux qui m'ont assisté dans les débuts de mes recherches alors qu'ils étaient encore peu nombreux et que s'entretenir avec un journaliste risquait davantage de nuire à leur réputation que d'y contribuer. C'est notamment le cas de Robert Atkins (avec toute la controverse liée à son nom), Mary Vernon, David Ludwig, Mary Dan et Michael Eades, Eric Westman, Steve Phinney et Jeff Volek (qui n'est pas médecin, mais qui est diététicien et titulaire d'un doctorat).

Pour cet ouvrage, plus de 140 médecins, diététiciens, coaches en santé et parents d'enfants souffrant d'obésité du monde entier ont généreusement donné de leur temps pour me confier les défis auxquels sont confrontés leurs patients, leurs clients ou leurs enfants lorsqu'ils adoptent le régime LCHF/cétogène (ou lorsque leur tentative échoue). Voici leurs noms par ordre alphabétique:

Pedro Aceves-Casillas, Riyad Alghamdi, Richard Amerling, Ahmad Ammous, Martin Andrae, Matt Armstrong, Lisa Bailey, Janethy Balakrishnan, Enrica Basilico, Susan Baumgaertel, Hannah Berry, Ken Berry, Ashvy Bhardwaj, Kathleen Blizzard, Shari Boone, Èvelyne Bourdua-Roy, Sean Bourke, Coen Brink, Barbara Buttin, Patrick Carone, Charles Cavo, Aamir Cheema, Kelly Clark, Jonathan Clarke, Zsafia Clemens, Brian Connelly, Kym Connolly, Mark Cucuzzella, William Curtis, Rob Cywes, Joseph Dirr, Carrie Diulus, Susan Dopart, Georgia Ede, Barry Erdman, Vicki Espiritu, Jenny Favret, Sarah Flower, Peter Foley, Gary Foresman, Kyra Fowler, Carolynn Francavilla, Jason Fung, Jeff Gerber, Becky Gomez, Deborah Gordon, Mike Green, James Greenfield, Paul Grewal, Glen Hagemann, Sarah Hallberg, David Harper, Jennifer Hendrix, Jim Hershey, Birgit Houston, Mark Hyman, Aglaée Jacobs, Rimas Janusonis, Peter Jensen, Bec Johnson, Marques Johnson, Lois Jovanovic, Mirian Kalamian, Katherine Kasha, Fern Katzman, Christy Kesslering, Hafsa Khan, Garry

Kim, Kelsey Kozoriz, Janine Kyrillos, Ryan Lee, Dawn Lemanne, Brian Lenzkes, Kjartan Hrafn Loftsson, Andrea Lombardi, Tracey Long, David Ludwig, Unjali Malhotra, Mark McColl, Joanne McCormack, Sean Mckelvey, Nick Miller, Victor Miranda, Jasmine Moghissi, Campbell Murdoch, Daniel Murtagh, Toni Muzzonigro, Ted Naiman, Mark Nelson, Lily Nichols, Brett Nowlan, Robert Oh, Stephanie Oltmann, Sean O'Mara, Randy Pardue, Claire Parkes, Rocky Patel, Charles Pruchno, Lara Pullen, Christina Quinlan, Allen Rader, John Raiss, Sundeep Ram, Deborah Rappaport, Michelle Rappaport, Deb Ravasia, Laura Reardon, Caroline Richardson, Patrick Rohal, Jonathan Rudiger, Amy Rush, Jennifer Rustad, Brian Sabowitz, Andrew Samis, Laura Saslow, Laura Schmidt, Robert Schulman, Cate Shanahan, Ferro Silvio, Michael Snyder, Eric Sodicoff, Sarah Sollars, José Carlos Souto, Alexandra Sowa, Franziska Spritzler, Monica Spurek, Jeff Stanley, Erin Sullivan, Bridget Surtees, Mihaela Telecan, Wendy Thomas, Maria Tulpan, David Unwin, Priyanka Wali, Robert Weatherax, Donna Webb, David Weed, John Wegryn, Eric Westman, Eliana Witchell, Susan Wolver, Miki Wong, Rick Zabradoski et Carin Zinn.

Je suis extrêmement reconnaissant à mes amis, aux chercheurs et aux médecins qui se sont donné la peine de lire mon manuscrit: Mike Eades, Andreas Eenfeldt, Mark Friedman, Sarah Hallberg, Bob Kaplan, David Ludwig, Naomi Norwood, Steve Phinney, Catherine Price, Laura Saslow, Carol Tavis et Susan Wolver. Leurs commentaires et leurs critiques ont été précieux et m'ont évité à maintes reprises de graves erreurs. Leurs contributions et leurs avis ont considérablement amélioré la qualité du manuscrit. Je suis seul responsable des erreurs et des lacunes qui subsistent. J'ai en particulier la chance de pouvoir échanger régulièrement avec David Ludwig et Mark Friedman sur ces questions, et ainsi de toujours mieux les comprendre et récuser mes *a priori*.

J'aimerais remercier mon extraordinaire agent, Kris Dahl de chez ICM, qui me suit depuis mes débuts. Je suis profondément redevable et à jamais reconnaissant envers Jon Segal de chez Knopf, qui a supervisé la publication de mes quatre ouvrages sur la nutrition et qui m'a donné l'assurance de pouvoir dire ce qui devait l'être (ni plus ni moins). Au fil du temps, nous sommes devenus de bons amis. Je remercie également Erin

Sellers, Victoria Pearson, Maggie Hinders, Lisa Montebello et Josefine Kals de la maison d'édition Knopf.

Trois institutions ont rendu ce travail possible au fil des ans: la Robert Wood Johnson Foundation (pour *The Case Against Sugar*), la Laura and John Arnold Foundation (pour son financement de l'association Nutrition Science Initiative) et CrossFit Health, et plus particulièrement Greg Glassman, Jeff Cain et Karen Thompson. Je leur suis profondément reconnaissant. Je dois également remercier mes collègues actuels, mais aussi du passé, au sein de l'association Nutrition Science Initiative et plus particulièrement les autres membres du conseil d'administration, Victoria Bjorklund et John Schilling, pour leur soutien, leur assistance et leur amitié sans faille.

C'est avec amour que je remercie pour tout ma famille, Sloane, Nick et Harry. Tout est dit.

À PROPOS DE L'AUTEUR

Gary Taubes est cofondateur de l'association à but non lucratif Nutrition Science Initiative (NuSI). Journaliste scientifique d'investigation spécialisé dans le domaine de la santé, il est l'auteur de *The Case Against Sugar, Why We Get Fat* (traduit en français sous le titre *Pourquoi on grossit*) et *Good Calories, Bad Calories*. Il est rédacteur auprès du magazine *Discover* et correspondant pour la revue *Science*. Il a par ailleurs collaboré avec le *New York Times Magazine*, *The Atlantic* et *Esquire*, et figure dans de nombreuses anthologies, notamment *A Literary Companion to Science* (1989) et *The Best of the Best American Science Writing* (2010). Il a reçu trois fois le prix Science in Society Journalism Awards de la National Association of Science Writers (Association des auteurs scientifiques), et une fois le prix Investigator Award in Health Policy Research de la Robert Wood Johnson Foundation. Il habite à Oakland, en Californie, avec sa femme, l'autrice Sloane Tanen, et leurs deux fils.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Alvarez, L. *Adventures of a Physicist*. Basic Books, New York, 1987.

American Heart Association. *American Heart Association Healthy Diet Guidelines*. 6 décembre 2017. <https://www.cigna.com/individuals-families/health-wellness/hw/medical-topics/american-heart-association-healthy-diet-guidelines-ue4637>

Arnett, D.K., *et al.* ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2019, March 17: CIR00000000000000678.

Astwood, E.B. The Heritage of Corpulence. *Endocrinology*. 1962; 71: 337-41.

Athinarayanan, S.J., *et al.* Long-Term Effects of a Novel Continuous Remote Care Intervention Including Nutritional Ketosis for the Management of Type 2 Diabetes: A 2-Year Non-randomized Clinical Trial. *Frontiers in Endocrinology*, 5 juin 2019. <https://doi.org/10.3389/fendo.2019.00348>

Atkins, R. *Dr. Atkins' Diet Revolution: The High Calorie Way to Stay Thin Forever*. David McKay, New York, 1972.

Bacon, F. *Novum Organum*, 1620. Introduction, traduction et notes par Michel Malherbe et Jean-Marie Pousseur. Puf, Paris, 2010.

Banting, W. *Letter on Corpulence, Addressed to the Public*. 3^e éd. Harrison, London, 1864.

Bao, J., *et al.* Food Insulin Index: Physiologic Basis for Predicting Insulin Demand Evoked by Composite Meals. *American Journal of Clinical Nutrition*. 2009; 90(4): 986-92.

Bauer, J. Obesity: Its Pathogenesis, Etiology, and Treatment. *Archives of Internal Medicine*. 1941; 67(5): 968-94.

Becker, M.H. The Cholesterol Saga: Whither Health Promotion? *Annals of Internal Medicine*. 1987; 106(4): 623-26.

Berry, K.D. *Lies My Doctor Told Me*. Berry Clinic, The, 2017.

Berson, S.A., Yalow, R.S. Some Current Controversies in Diabetes Research. *Diabetes*. 1965; 14(9): 549-72.

Bittman, M., Katz, D. *The Last Conversation You'll Ever Need to Have About Eating Right*. 2018. <http://www.grubstreet.com/2018/03/ultimate-conversation-on-healthy-eating-and-nutrition.html>

Bonadonna, R.C., *et al.* Dose-dependent Effect of Insulin on Plasma Free Fatty Acid Turnover and Oxidation in Humans. *American Journal of Physiology*. 1990; 259(5, pt. 1): E736-50.

Borders, W. New Diet Decried by Nutritionists; Dangers Are Seen in Low Carbohydrate Intake. *New York Times*, 7 juillet 1965.

Bourdrea-Roy, E., *et al.* Low-Carb, High-Fat Is What We Physicians Eat. You Should, Too. *HuffPost*. 4 octobre 2017. https://www.huffingtonpost.ca/evelyn-bourdrea-roy/low-carb-high-fat-is-what-we-physicians-eat-you-should-too_a_23232610/

Brehm, B.J., *et al.* A Randomized Trial Comparing a Very Low Carbohydrate Diet and a Calorie-Restricted Low Fat Diet on Body Weight and Cardiovascular Risk Factors in Healthy Women. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*. 2003; 88(4): 1617-23.

Brillat-Savarin, J. A. *La Physiologie du goût*. 1825. Flammarion, Paris, 2017.

Brody, J.E. High-Fat Diet: Count Calories and Think Twice. *New York Times*, 10 septembre 2002.

Brown, J. Is Sugar Really Bad for You? *BBC Future*, 19 septembre 2018. <http://www.bbc.com/future/story/20180918-is-sugar-really-bad-for-you>

Browner, W.S., Westenhouse, J., Tice, J.A. What If Americans Ate Less Fat? A Quantitative Estimate of the Effect on Mortality. *JAMA*. 1991; 265(24): 3285-91.

Bruch, H. *The Importance of Overweight*. W.W. Norton, New York, 1957.

Bruch, H. *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa, and the Person Within*. Basic Books, New York, 1973.

Burton, R. *The Anatomy of Melancholy*, 1638. Sheldon, New York, 1862.

Cahill, G. F., Jr., *et al.* Effects of Insulin on Adipose Tissue. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1959; 82: 4303-11.

Calihan, J., Hite, A. *Dinner Plans: Easy Vintage Meals*. Eat the Butter, Pittsburgh, 2018.

Cederquist, D.C., *et al.* Weight Reduction on Low-Fat and Low-Carbohydrate Diets. *Journal of the American Dietetic Association*. 1952; 28(2): 113-16.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Long-Term Trends in Diabetes*. Octobre 2014. <http://www.cdc.gov/diabetes/statistics>

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Losing Weight*. 2018. https://www.cdc.gov/healthyweight/losing_weight/index.html

Challenges in Irreproducible Research. *Nature*, 18 octobre 2018; special issue. <https://www.nature.com/collections/prbfkwmwvz>

Chan, M. *Obesity and Diabetes: The Slow-Motion Disaster*. Keynote address at the 47th meeting of the National Academy of Medicine, 2016. [https://www.who.int/director-general/speeches/detail/obesity-and-diabetes-the-slow\[...\].address-at-the-47th-meeting-of-the-national-academy-of-medicine](https://www.who.int/director-general/speeches/detail/obesity-and-diabetes-the-slow[...].address-at-the-47th-meeting-of-the-national-academy-of-medicine)

Christlieb, A.R., Krolweski, A.S., Warram, J.H. Hypertension. In Kahn C.R., Weir G.C. *Joslin's Diabetes Mellitus*, 13^e éd. Lippincott Williams & Wilkins, Media, Penn., 1994: 817-35.

Davidson, S., Passmore, R. *Human Nutrition and Dietetics*. 2^e éd. E. & S. Livingstone, Edinburgh, 1963.

Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the Incidence of Type 2 Diabetes with Lifestyle Intervention or Metformin. *New England Journal of Medicine*. 2002; 346(6): 393-403.

Dietz, W.H. Obesity. *Journal of the American College of Nutrition*. 1989; 8(1): 13S-21S.

Donaldson, B.F. *Strong Medicine*. Doubleday, Garden City, N.Y., 1962.

[DrMcDougall.com](https://www.drmcDougall.com). *Success Stories: Star McDougallers in Their Own Words*. Dr. McDougall's Health and Medical Center. <https://www.drmcDougall.com/health/education/health-science/stars/>

DuBois, E.F. *Basal Metabolism in Health and Disease*. 2^e éd. Lea & Febiger, Philadelphia, 1936.

Feynman, R. *Cargo Cult Science*. 1974. <http://calteches.library.caltech.edu/51/2/CargoCult.htm>

Foster, G.D., et al. A Randomized Trial of a Low-Carbohydrate Diet for Obesity. *New England Journal of Medicine*. 2003; 348(21): 2082-90.

Frayn, K.N., Evans, R. *Metabolic Regulation: A Human Perspective*. 4^e éd. Wiley-Blackwell, Oxford, 2019.

Fung, J. *Les Lois de l'obésité*. Eyrolles, Paris, 2019.

Gardner, C.D., *et al.* Effect of Low-Fat vs Low-Carbohydrate Diet on 12-Month Weight Loss in Overweight Adults and the Association With Genotype Pattern or Insulin Secretion: The DIETFITS Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2018; 319(7): 667-79.

Gay, R. *Hunger: A Memoir of (My) Body*. HarperCollins, New York, 2017.

Gladwell, M. The Pima Paradox. *New Yorker*, 2 février 1998.

Gordon, E.S., Goldberg, M., Chosy, G.J. A New Concept in the Treatment of Obesity. *JAMA*. 1963; 186: 50-60.

Goscinnny, R., Sempé, J.-J. *Le Petit Nicolas*. Gallimard, 1973.

Greene, R. Obesity. *Lancet*. 1953; 262(6770): 253.

Greene, R. *The Practice of Endocrinology*. J.B. Lippincott, Philadelphia, 1951.

Greep, R.O., Greer, M.A. *Edwin Bennett Astwood, 1909-1976: A Biographical Memoir*. National Academy of Sciences, Washington, D.C., 1985.

Groopman, J. Is Fat Killing You, or Is Sugar? *New Yorker*, 27 mars 2017.

Grover, S.A., *et al.* Life Expectancy Following Dietary Modification or Smoking Cessation: Estimating the Benefits of a Prudent Lifestyle. *Archives of Internal Medicine*. 1994; 154(15): 1697-704.

Haist, R.E., Best, C.H. Carbohydrate Metabolism and Insulin. In Best C.H., Taylor, N.M. *The Physiological Basis of Medical Practice*, 8^e éd. Williams & Wilkins, Baltimore, 1966: 1329-67.

Hallberg, S.J., *et al.* Effectiveness and Safety of a Novel Care Model for the Management of Type 2 Diabetes at 1 Year: An Open-Label, Non-Randomized, Controlled Study. *Diabetes Therapy*. 2018; 9(2): 583-612.

Hanssen, P. Treatment of Obesity by a Diet Relatively Poor in Carbohydrates. *Acta Medica Scandinavica*. 1936; 88: 97-106.

Hecht, B. *A Child of the Century*. Simon & Schuster, New York, 1954.

Hobbes, M. Everything You Know About Obesity Is Wrong. *HuffPost*, 19 septembre 2018., <https://highline.huffingtonpost.com/articles/en/everything-you-know-about-obesity-is-wrong/>

Holloszy, J.O. Exercise-Induced Increase in Muscle Insulin Sensitivity. *Journal of Applied Physiology*. 2005; 99(1): 338-43.

Hooper, L., *et al.* Reduction in Saturated Fat Intake for Cardiovascular Disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015; 6: CD011737.

Inter-Society Commission for Heart Disease Resources. Prevention of Cardiovascular Disease—Primary Prevention of the Atherosclerotic Diseases. *Circulation*. 1970; 42(6): A55-95.

JAMA. A Critique of Low-Carbohydrate Ketogenic Weight Reduction Regimens: A Review of *Dr. Atkins' Diet Revolution*. *JAMA*. 1973; 224(10): 1415-19.

Joslin, E.P. Arteriosclerosis in Diabetes. *Annals of Internal Medicine*. 1930; 4(1): 54-66.

Kahneman, D. *Thinking, Fast and Slow*. Farrar, Straus and Giroux, New York, 2011.

Karolinska Institute. The 1977 Nobel Prize in Physiology or Medicine, 1977. <https://www.nobelprize.org/prizes/medicine/1977/press-release>

Kemp, R. Carbohydrate Addiction. *Practitioner*. 1963; 190: 358-64.

Kemp, R. Obesity as a Disease. *Practitioner*. 1966; 196(173): 404-9.

Kemp, R. The Over-All Picture of Obesity. *Practitioner*. 1972; 209(253): 654-60.

Keys, A. Human Atherosclerosis and the Diet. *Circulation*. 1952; 5(1): 115-18.

Keys, A., et al. *The Biology of Human Starvation*, 2 vols. University of Minnesota Press, Minneapolis, 1950.

Kinsell, L.W. Dietary Composition–Weight Loss: Calories Do Count. In Wilson, N.L. *Obesity*. F.A. Davis, Philadelphia, 1969: 177-84.

Kolata, G. What We Know About Diet and Weight Loss. *New York Times*, 10 décembre 2018.

Kolata, G. This Genetic Mutation Makes People Feel Full–All the Time. *New York Times*, 18 avril 2019.

Koop, C.E. Message from the Surgeon General. In U.S. Department of Health and Human Services, *The Surgeon General's Report on Nutrition and Health*. U.S. Government Printing Office, Washington, D.C., 1988.

Krasny, M. UCSF's Dean Ornish on How to Reverse Chronic Diseases. 2019. <https://www.kqed.org/forum/2010101869165/ucsfs-dean-ornish-on-how-to-undo-chronic-diseases>

Krebs, H., Schmid, R. *Otto Warburg: Cell Physiologist, Biochemist, and Eccentric*, traduction par H. Krebs et A. Martin. Clarendon Press, Oxford, 1981.

Lancet. Bantingism. *Lancet*. 1864a; 83(2123): 520.

Lancet. Bantingism. *Lancet*. 1864b; 84(2144): 387-88.

Langer, E. Jules Hirsch, Physician-scientist Who Reframed Obesity, Dies at 88. *Washington Post*, 2 août 2015.

Lee, T. My Life After a Heart Attack at 38. *New York Times*, 19 janvier 2019.

Leith, W. Experiences with the Pennington Diet in the Management of Obesity. *Canadian Medical Association Journal*. 1961; 84: 1411-14.

Le Magnen, J. Is Regulation of Body Weight Elucidated? *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 1984; 8(4): 515-22.

Lown, B. *The Lost Art of Healing: Practicing Compassion in Medicine*. Ballantine Books, New York, 1999.

Ludwig, D. *Toujours faim?* Marabout, Paris, 2017.

Mayer, J. Multiple Causative Factors in Obesity. In Najjar, V.A. *Fat Metabolism*. Johns Hopkins University Press, Baltimore: 1954: 22-43.

Mayer, J. *Overweight: Causes, Cost, and Control*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N.J., 1968.

Milch, L.J., Walker, W.J., Weiner, N. Differential Effect of Dietary Fat and Weight Reduction on Serum Levels of Beta-Lipoproteins. *Circulation*. 1957; 15(1): 31-34.

Moskin, J. Bones, Broth, Bliss. *New York Times*, 6 janvier 2015.

Moskin, J., *et al.* Your Questions About Food and Climate Change, Answered. *New York Times*, 30 avril 2019.

National Health Service. *The Eatwell Guide*, 2019. <https://www.nhs.uk/live-well/eat-well/the-eatwell-guide/>

National Research Council. *Diet, Nutrition, and Cancer*. National Academy Press, Washington, D.C., 1982.

Nelson, D. L., Cox, M.M. *Lehninger Principles of Biochemistry*. 7^e éd. W. H. Freeman, New York, 2017.

Newburgh, L.H. Obesity. *Archives of Internal Medicine*. 1942; 70: 1033-96.

Newburgh, L.H., Johnston, M.W. Endogenous Obesity—A Misconception. *Annals of Internal Medicine*. 1930a; 8(3): 815-25.

Newburgh, L.H. The Nature of Obesity. *Journal of Clinical Investigation*. 1930b; 8(2): 197-213.

Nonas, C.A., Dolins, K.R. Dietary Intervention Approaches to the Treatment of Obesity. In Akabas, S.R., Lederman, S.A., Moore, B.J. *Textbook of Obesity: Biological, Psychological and Cultural Influences*. Wiley-Blackwell, Oxford, 2012: 295-309.

Nutrition Action. A Leading Researcher Explains the Obesity Epidemic (editorial). *Nutrition Action*, 1^{er} août 2018. <https://www.nutritionaction.com/daily/diet-and-weight-loss/a-leading-researcher-explains-the-obesity-epidemic/>

Ohlson, M.A., *et al.* Weight Control Through Nutritionally Adequate Diets. In Eppright, E.S., Swanson, P., Iverson, C.A. *Weight Control: A Collection of Papers Presented at the Weight Control Colloquium*. Iowa State College Press, Ames, 1955: 170-87.

Palgi, A., *et al.* Multidisciplinary Treatment of Obesity with a Protein-Sparing Modified Fast: Results in 668 Outpatients. *American Journal of Public Health*. 1985; 75(10): 1190-94.

Palmgren, B., Sjövall, B. Studier Rörande Fetma: IV, Forsök Med Pennington-Diet. *Nordisk Medicin*. 1957; 28(iii): 457-58.

Passmore, R., Swindells, Y.E. Observations on the Respiratory Quotients and Weight Gain of Man After Eating Large Quantities of Carbohydrate. *British Journal of Nutrition*. 1963; 17: 331-39.

Pennington, A.W. Obesity in Industry—The Problem and Its Solution. *Industrial Medicine*. 1949; 18(6): 259-60.

Pennington, A.W. The Use of Fat in a Weight Reducing Diet. *Delaware State Medical Journal*. 1951a; 23(4): 79-86.

Pennington, A.W. Caloric Requirements of the Obese. *Industrial Medicine and Surgery*. 1951b; 20(6): 267-71.

Pennington, A.W. Obesity. *Medical Times*. 1952; 80(7): 389-98.

Pennington, A.W. A Reorientation on Obesity. *New England Journal of Medicine*. 1953; 248(23): 959-64.

Pennington, A.W. Treatment of Obesity: Developments of the Past 150 Years. *American Journal of Digestive Diseases*. 1954; 21(3): 65-69.

Phinney, S., Volek, J. *To Fast or Not to Fast: What Are the Risks of Fasting?* 5 décembre 2017. <https://blog.virtahealth.com/science-of-intermittent-fasting/>

Phinney, S., Volek, J. *Ketones and Nutritional Ketosis: Basic Terms and Concepts*. 2018. <https://blog.virtahealth.com/ketone-ketosis-basics/>

Plath, S. *La Cloche de détresse*. Gallimard, Paris, 1988.

Pollan, M. *Manifeste pour réhabiliter les vrais aliments*. Thierry Souccar Éditions, Vergèze, 2013.

Reader, G., *et al.* Treatment of Obesity. *American Journal of Medicine*. 1952; 13(4): 478-86.

Reaven, G.M. Banting Lecture 1988: Role of Insulin Resistance in Human Disease. *Diabetes*. 1988; 37(12): 1595-607.

Richter, C.P. Total Self-Regulatory Functions in Animal and Human Beings. In Blass E.M. *The Psychobiology of Curt Richter*. Baltimore, York Press, 1976: 194-226.

Rilliet, B. Treatment of Obesity by a Low-calorie Diet: Hanssen-Boller Pennington Diet. *Praxis*. 1954; 43(36): 761-63.

Rony, H.R. *Obesity and Leanness*. Lea & Febiger, Philadelphia, 1940.

Rose, G. Strategy of Prevention: Lessons from Cardiovascular Disease. *British Medical Journal (Clinical Research and Education)*. 1981; 282(6279): 1847-51.

Rynearson, E.H. Do Glands Affect Weight? In Fishbein M. *Your Weight and How to Control It*. Doubleday, Garden City, N.Y., 1963: 69-77.

Sacks, F.M., *et al.* Dietary Fats and Cardiovascular Disease: A Presidential Advisory from the American Heart Association. *Circulation*. 2017; 136(3): e1-e23.

Samaha, F.F., *et al.* A Low- Carbohydrate as Compared with a Low-Fat Diet in Severe Obesity. *New England Journal of Medicine*. 2003; 348(21): 2074-81.

Schwimmer, J.B., *et al.* Effect of a Low Free Sugar Diet vs. Usual Diet on Nonalcoholic Fatty Liver Disease in Adolescent Boys: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2019; 321(3): 258-65.

Shaw, G.B. *Mésalliance*. Aubier, Paris, 1950.
<http://www.gutenberg.org/files/943/943-h/943-h.htm>

Sheldon, W.H., Stevens, S.S. *The Varieties of Temperament: A Psychology of Constitutional Differences*. Harper & Brothers, New York, 1942.

Sidbury, J.B., Jr., Schwartz, R.P. A Program for Weight Reduction in Children. In Collip P.J. *Childhood Obesity*. Publishing Sciences Group, Acton, Mass., 1975: 65-74.

Singer, P., Mason, J. *L'Éthique à table*. L'Âge d'homme, Paris, 2015.

Sondike, S.B., Copperman, N., Jacobson, M.S. Effects of a Low-Carbohydrate Diet on Weight Loss and Cardiovascular Risk Factor in Overweight Adolescents. *Journal of Pediatrics*. 2003; 142(3): 253-58.

Steiner, M.M. The Management of Obesity in Childhood. *Medical Clinics of North America*. 1950; 34(1): 223-34.

Stockard, C.R. 1929. Hormones of the Sex Glands—What They Mean for Growth and Development. In Stieglitz, J. *Chemistry in Medicine*. Chemical Foundation, New York, 256-71.

Taller, H. *Calories Don't Count*. Simon & Schuster, New York, 1961.

Taubes, G. What if It's All Been a Big Fat Lie? *New York Times*, 7 juillet 2002.

Taubes, G. Are You a Carboholic? Why Cutting Carbs Is So Tough. *New York Times*, 19 juillet 2017.

Taylor, W.C., *et al.* Cholesterol Reduction and Life Expectancy: A Model Incorporating Multiple Risk Factors. *Annals of Internal Medicine*. 1987; 106(4): 605-14.

Teicholz, N. *The Big Fat Surprise*. Simon & Schuster, 2015.

Time. The Fat of the Land. *Time*. 1961; 67(3): 48-52.

Tingley, K. Food Is a Death Sentence to These Kids. *New York Times Magazine*, 21 janvier 2015.

U.S. Department of Health and Human Services and U.S. Department of Agriculture. *Dietary Guidelines for Americans 2015–2020*. 8^e éd., 2015. <http://health.gov/dietaryguidelines/2015/guidelines/>

U.S. National Heart, Lung, and Blood Institute. *Healthy Eating Plan*. https://www.nhlbi.nih.gov/health/educational/lose_wt/eat/calories.htm

U.S. News. U.S. News Reveals Best Diet Rankings for 2018. *US News & World Report*, 3 Janvier 2018. <https://www.usnews.com/info/blogs/press-room/articles/2018-01-03/us-news-reveals-best-diets-rankings-for-2018>

U.S. Senate, Select Committee on Nutrition and Human Needs. *Dietary Goals for the United States—Supplemental Views*. U.S. Government Printing Office, Washington, D.C., 1977.

Velasquez-Manoff, M. Can We Stop Suicides? *New York Times*, 30 novembre 2018.

Von Noorden, C. Obesity. Traduit par D. Spence. In C. Von Noorden, I.W. Hall. *The Pathology of Metabolism*, vol. 3 de *Metabolism and Practical Medicine*, T. Keener & Co, Chicago, 1907: 693-715.

Wertheimer, E., Shapiro, R. The Physiology of Adipose Tissue. *Physiology Reviews*. 1948; 28: 451-64.

White, P.L. Calories Don't Count. *JAMA*. 1962; 179(10): 184.

Wilder, R.M. The Treatment of Obesity. *International Clinics*. 1933; 4: 1-21.

Wilson, G.W. Overweight and Underweight: The Psychosomatic Aspects. In Morris Fishbein. *Your Weight and How to Control It*. Doubleday, Garden City, N.Y., 1963: 113-26.

World Cancer Research Fund and American Institute for Cancer Research. *Food, Nutrition and the Prevention of Cancer: A Global Perspective*. American Institute for Cancer Research, Washington, D.C., 1997.

World Health Organization. *Healthy Diet*. 23 octobre 2018. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>

Yancy, W.S., Jr., *et al.* A Low-Carbohydrate, Ketogenic Diet Versus a Low-Fat Diet to Treat Obesity and Hyperlipidemia: A Randomized, Controlled Trial. *Annals of Internal Medicine* 2004; 140(10): 769-77.

Yeo, G.S.H. Genetics of Obesity: Can an Old Dog Teach Us New Tricks? *Diabetologia*. 2017; 60(5): 778-83.

Young, C.M. Dietary Treatment of Obesity. *In* G. Bray. *Obesity in Perspective*. Government Printing Office, Washington, 1976: 361-66.

Yudkin, J. The Low-Carbohydrate Diet in the Treatment of Obesity. *Postgraduate Medical Journal*. 1972; 51(5): 151-54.