

DR JASON FUNG

LES LOIS DE L'OBÉSITÉ

TOUT CE QUE VOUS SAVEZ SUR
LA PERTE DE POIDS EST **FAUX**

Et pourquoi l'insuline est la clé
pour enfin réussir à maigrir



BEST-SELLER TRADUIT À TRAVERS LE MONDE,
PAR L'EXPERT MONDIAL DU JEÛNE INTERMITTENT

● Éditions
EYROLLES

Prendre un bon petit-déjeuner, ne jamais sauter de repas, faire des collations, limiter au maximum les matières grasses... Voici quelques-uns des conseils que nous entendons régulièrement pour maigrir. Et s'ils étaient totalement erronés ?

Dans ce livre choc et remarquablement vulgarisé, le Dr Jason Fung pourfend les idées reçues au sujet de l'obésité: il s'agit en réalité de phénomènes d'ordre hormonal, autant chez les femmes que chez les hommes. S'appuyant sur des centaines d'études scientifiques, il démontre que l'insuline est la grande responsable du dérèglement de l'organisme qui mène à la prise de poids et au développement du syndrome métabolique. Et ce n'est qu'en comprenant le rôle joué par l'insuline dans la prise de poids que nous arriverons à briser le cycle de l'insulino-résistance pour atteindre et maintenir un poids santé.

À l'aide d'une démarche en cinq étapes simples (par exemple, réduire sa consommation de sucre), et la pratique du jeûne intermittent, essentielle pour lutter contre l'insulino-résistance, le Dr Fung nous invite à prendre en main notre santé en repensant notre façon de nous alimenter.

Traduit dans de nombreuses langues, ce best-seller international s'est déjà vendu à plus de 250 000 exemplaires en Amérique du Nord.

Le **Dr Jason Fung** est médecin néphrologue à Toronto, au Canada. Il a mis en place un programme nutritionnel intensif destiné à soigner le surpoids et le diabète avec la pratique du jeûne intermittent. Il est notamment l'auteur du *Guide complet du jeûne*, paru aux éditions Thierry Souccar.

LES LOIS DE
L'OBÉSITÉ

Éditions Eyrolles
61, boulevard Saint-Germain
75240 Paris Cedex 05
www.editions-eyrolles.com

Traduit de l'anglais (Canada) par Virginie Dansereau

© 2016 by Jason Fung
Cet ouvrage est paru au Canada en 2016
aux éditions Greystone Books Ltd. sous le titre *The Obesity Code*.

En application de la loi du 11 mars 1957, il est interdit de reproduire intégralement ou partiellement le présent ouvrage, sur quelque support que ce soit, sans autorisation de l'éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris.

© Éditions Eyrolles, 2019
ISBN : 978-2-212-57136-3

Dr **JASON FUNG**

Préface de Timothy Noakes

LES LOIS DE **L'OBÉSITÉ**

Tout ce que vous savez sur
la perte de poids est **FAUX**

● Éditions
EYROLLES

Du même auteur

Le Guide complet du jeûne (avec Jimmy Moore), éditions
Thierry Souccar, 2017.

*Ce livre est dédié à ma belle femme, Mina.
Merci de l'amour et de la force que tu me donnes.
Je ne pourrais faire ce que je fais sans toi,
ni ne le voudrais jamais.*

SOMMAIRE

Préface de Timothy Noakes.....	9
Introduction.....	15
PREMIÈRE PARTIE -	
L'ÉPIDÉMIE.....	23
1. Comment l'obésité est devenue une épidémie.....	25
2. L'obésité en héritage.....	41
DEUXIÈME PARTIE -	
LA SUPERCHERIE DES CALORIES.....	49
3. La réduction calorique: une erreur.....	51
4. Le mythe de l'exercice.....	79
5. Le paradoxe de la suralimentation.....	91
TROISIÈME PARTIE -	
UN NOUVEAU MODÈLE	
POUR COMPRENDRE L'OBÉSITÉ.....	105
6. Un nouvel espoir.....	107
7. L'insuline.....	119
8. Le cortisol.....	133
9. L'offensive Atkins.....	143
10. La résistance à l'insuline: l'acteur principal.....	157

QUATRIÈME PARTIE – L'OBÉSITÉ : UN PHÉNOMÈNE SOCIAL	181
11. Les géants de l'alimentation et la nouvelle science de l'obésité	183
12. Pauvreté et obésité	195
13. L'obésité infantile	207
CINQUIÈME PARTIE – QU'EST-CE QUI CLOCHE DANS NOTRE ALIMENTATION ?	221
14. Les effets meurtriers du fructose	223
15. L'illusion des boissons light	239
16. Les glucides et les fibres protectrices	249
17. Les protéines	267
18. La phobie du gras	285
SIXIÈME PARTIE – LA SOLUTION	303
19. Quoi manger	305
20. Quand manger	333
Annexe A – Exemples de menus (avec protocole de jeûne)	357
Annexe B – Le jeûne, guide pratique	361
Annexe C – La méditation et l'hygiène du sommeil pour réduire le cortisol	375
Références bibliographiques	381
Index	405

PRÉFACE DE TIMOTHY NOAKES

Le Dr Jason Fung est un médecin de Toronto spécialisé en néphrologie. Sa principale responsabilité est de superviser la gestion des patients atteints de maladies rénales au stade terminal qui nécessitent une dialyse rénale.

Ses qualifications n'expliquent pas de façon évidente pourquoi il a écrit un livre intitulé *Les Lois de l'obésité* ou pourquoi il tient un blog sur le traitement diététique intensif de l'obésité et du diabète de type 2. Afin de comprendre cette apparente anomalie, nous devons tout d'abord apprendre à connaître cet homme et ce qui le rend si spécial.

En traitant des patients atteints de maladies rénales au stade terminal, le Dr Fung a retenu deux importantes leçons. Premièrement, le diabète de type 2 est la cause la plus courante de l'insuffisance rénale. Deuxièmement, la dialyse rénale, malgré sa sophistication et le fait qu'elle prolonge la vie, ne traite que les symptômes ultimes d'une maladie sous-jacente, une maladie présente depuis vingt, trente, quarante ou même cinquante ans. Peu à peu, le Dr Fung s'est rendu compte qu'il pratiquait la médecine exactement comme on la

lui avait enseignée : en traitant de façon réactive des symptômes de maladies complexes sans avoir d'abord tenté d'en comprendre ou d'en corriger les causes.

Il a compris que, pour changer les choses dans la vie de ses patients, il devait commencer par reconnaître une vérité amère : notre vénérée profession ne s'intéresse plus aux causes des maladies ; elle perd plutôt son temps et ses ressources à tenter d'en traiter des symptômes.

Il a décidé de réellement changer les choses pour ses patients (et pour sa profession) en s'efforçant de comprendre les vraies causes de la maladie.

Avant décembre 2014, j'ignorais l'existence du Dr Fung. Puis, un jour, j'ai découvert par hasard ses deux conférences, intitulées *Les deux grands mensonges sur le diabète de type 2* et *Comment renverser naturellement le diabète de type 2*, sur YouTube. Ayant un intérêt particulier pour le diabète, ne fût-ce que parce que j'en suis moi-même atteint, j'ai immédiatement été intrigué, je me suis demandé qui était ce brillant jeune homme. D'où lui venait la certitude que le diabète de type 2 peut être renversé «naturellement»? Comment pouvait-il être assez courageux pour accuser sa noble profession de mentir? Il me semblait qu'il allait devoir présenter des arguments forts.

Il ne m'a fallu que quelques minutes pour m'apercevoir que l'argument du Dr Fung était fondé et qu'il était largement capable de se défendre dans une bagarre médicale. L'argument qu'il avançait me trottait dans la tête, irrésolu, depuis au moins trois ans. Mais je n'avais jamais été capable de le voir avec la même clarté ou de l'expliquer avec la même simplicité catégorique que le Dr Fung. Au terme des deux conférences, je savais que j'avais vu un jeune maître à l'œuvre. Finalement, je comprenais ce que j'avais manqué.

Durant ces deux conférences, le Dr Fung a réussi à démolir le modèle courant de la gestion du diabète de

type 2, soit le modèle imposé par toutes les associations du diabète au monde. Pire encore, il a expliqué pourquoi ce modèle de traitement erroné nuit inévitablement à la santé des patients qui, par malheur, le reçoivent.

Selon Jason Fung, le premier grand mensonge dans la gestion du diabète de type 2 est l'affirmation selon laquelle il s'agit d'une maladie chronique progressive qui s'aggrave avec le temps, même chez les patients qui suivent les meilleurs traitements que la médecine moderne puisse offrir. Le Dr Fung soutient que c'est tout simplement faux. La moitié des patients qui suivent le programme intensif, qui combine une restriction des glucides alimentaires et le jeûne, peuvent arrêter de prendre de l'insuline après quelques mois.

Pourquoi sommes-nous donc incapables de reconnaître la vérité? La réponse du Dr Fung est simple : nous, les médecins, nous mentons à nous-mêmes. Si le diabète de type 2 est une maladie guérissable, mais que l'état de tous nos patients se détériore malgré les traitements que nous prescrivons, nous devons être de mauvais médecins. Et puisque nous n'avons pas étudié aussi longtemps et à si grands frais pour devenir de mauvais médecins, nous ne pouvons être responsables de cet échec. Nous devons plutôt croire que nous travaillons du mieux que nous le pouvons pour nos patients, qui doivent malheureusement souffrir d'une maladie chronique progressive et incurable. Il ne s'agit pas d'un mensonge délibéré, conclut le Dr Fung, mais d'une dissonance cognitive, c'est-à-dire l'incapacité d'accepter une vérité pourtant criante parce que l'accepter serait dévastateur sur le plan émotionnel.

Le second mensonge, selon le Dr Fung, est notre croyance que le diabète de type 2 est une maladie qui consiste en un taux anormal de glucose sanguin et dont le seul traitement approprié est d'augmenter progressivement les doses d'insuline. Il soutient plutôt que le diabète de type 2 est une

maladie qui provoque une résistance à l'insuline, accompagnée d'une sécrétion excessive d'insuline, contrairement au diabète de type 1, qui est un véritable manque d'insuline. Il est illogique de traiter les deux maladies de la même manière, soit en injectant de l'insuline. Pourquoi traiter le surplus d'insuline avec plus d'insuline? demande-t-il. L'équivalent serait de prescrire de l'alcool pour le traitement de l'alcoolisme.

La contribution inédite du Dr Fung est la perspective selon laquelle le traitement du diabète de type 2 se focalise sur le symptôme de la maladie, la concentration élevée de glucose dans le sang, plutôt que sur la cause principale: la résistance à l'insuline. Et le traitement initial pour la résistance à l'insuline est de limiter l'apport en glucides. En comprenant ce simple principe biologique, on peut expliquer pourquoi cette maladie peut être réversible dans certains cas et, inversement, pourquoi le traitement moderne du diabète de type 2, qui ne limite pas l'apport en glucides, aggrave la situation.

Mais comment le Dr Fung est-il arrivé à ces conclusions incroyables? Et comment ces dernières ont-elles mené à l'écriture de ce livre?

En plus de la prise de conscience, décrite plus haut, de la nature à long terme de la maladie et de l'illogisme de traiter les symptômes plutôt que d'éliminer les causes, il a découvert, presque par chance, au début des années 2000, une littérature florissante sur les bienfaits des régimes à faible teneur en glucides pour les gens souffrant d'obésité ou d'autres formes de résistance à l'insuline. On lui avait appris à penser qu'une alimentation à faible teneur en glucides et riche en matières grasses tue. Il était donc surpris de découvrir tout le contraire: ce choix alimentaire produit une variété de résultats métaboliques très positifs, surtout chez ceux qui souffrent de la pire forme de résistance à l'insuline.

Et finalement est venue la cerise sur le gâteau : une légion d'études cachées qui démontraient que, dans le cadre de la diminution du poids corporel chez les individus obèses (et résistants à l'insuline), ce régime alimentaire riche en matières grasses était aussi efficace, et habituellement beaucoup plus efficace, que les autres régimes conventionnels.

Il ne pouvait plus le supporter. Si tout le monde sait (mais n'admet pas) qu'une alimentation pauvre en matières grasses et en calories est totalement inefficace pour contrôler le poids ou traiter l'obésité, le moment est venu de dévoiler la vérité : la meilleure façon de traiter et de prévenir l'obésité, une maladie qui cause une résistance à l'insuline et une production excessive d'insuline, est nécessairement le régime alimentaire faible en glucides et riche en matières grasses utilisé pour la gestion de la maladie de résistance à l'insuline par excellence, le diabète de type 2. C'est ainsi que ce livre a vu le jour.

Avec *Les Lois de l'obésité*, le Dr Jason Fung a conçu le livre sur l'obésité destiné au grand public le plus important à ce jour.

La force de cet ouvrage est qu'il se base sur des principes biologiques irréfutables, dont la preuve documentaire est d'ailleurs soigneusement répertoriée. Écrit avec l'aisance et la confiance d'un communicateur hors pair, ce livre est accessible et présenté dans un ordre raisonné de sorte que les chapitres lèvent le voile, couche par couche, sur un modèle biologique basé sur des données probantes tout à fait sensé, simple et logique. Il inclut juste assez de science pour convaincre les scientifiques sceptiques, tout en restant compréhensible pour ceux qui n'ont pas une connaissance approfondie de la biologie. Cet exploit est une réussite dont peu de rédacteurs scientifiques peuvent se vanter.

À la fin de ce livre, le lecteur attentif comprendra les causes de l'épidémie d'obésité, pourquoi nos tentatives de prévenir à la fois les épidémies d'obésité et de diabète étaient vouées à l'échec, mais plus important encore, il comprendra les étapes simples que les personnes présentant des problèmes de poids doivent suivre pour renverser leur obésité.

La solution est celle du Dr Fung: «L'obésité est... une maladie multifactorielle. Ce dont nous avons besoin, c'est d'un cadre, d'une structure, d'une théorie cohérente pour comprendre de quelle façon tous ces facteurs s'imbriquent. Trop souvent, notre modèle actuel de compréhension de l'obésité présume qu'il n'y a qu'une seule vraie cause et que toutes les autres sont des prétendantes au trône. Des débats sans fin s'ensuivent... Toutes les hypothèses sont partiellement correctes.»

En fournissant un cadre cohérent qui tient compte de la majorité des connaissances actuelles sur les causes réelles de l'obésité, le Dr Fung apporte une contribution encore plus importante.

Il fournit un plan pour renverser les plus graves épidémies médicales de notre ère: des épidémies qui, comme il le démontre, sont tout à fait évitables et potentiellement réversibles, mais seulement si nous comprenons vraiment leurs causes biologiques, pas seulement les symptômes.

La vérité qu'il exprime sera un jour reconnue comme une évidence.

Le plus tôt sera le mieux... pour nous tous.

Timothy Noakes
Professeur émérite
Université de Cape Town,
Cape Town, Afrique du Sud

INTRODUCTION

L'art de la médecine est assez curieux. De temps à autre, des traitements médicaux deviennent la norme, mais ne fonctionnent pas vraiment. Par pure inertie, ces traitements sont transmis de génération en génération de médecins et survivent sur une période étonnamment longue malgré leur manque d'efficacité. Pensons à l'utilisation de sangsues (saignement) ou l'amygdalectomie de routine.

Malheureusement, le traitement de l'obésité fait partie de ces exemples. L'obésité est définie en termes d'indice de masse corporelle, calculé en divisant le poids d'une personne en kilogrammes par le carré de sa taille en mètres. Une personne dont l'indice de masse corporelle est supérieur à 30 est considérée comme obèse. Pendant plus de trente ans, les médecins ont recommandé un régime pauvre en graisses et en calories comme traitement de choix pour l'obésité. Pourtant, l'épidémie d'obésité s'accélère. Entre 1985 et 2011, la prévalence de l'obésité au Canada a triplé, passant de 6 % à 18 %¹. Ce phénomène n'est pas propre à l'Amérique du Nord ; il concerne la plupart des pays du monde.

Pratiquement chaque personne ayant utilisé la réduction de l'apport calorique comme méthode de perte de poids a échoué. Et soyons honnêtes, qui n'a pas essayé? Selon toute mesure objective, ce traitement est totalement inefficace. Pourtant, il demeure le traitement de choix et il est vigoureusement défendu par les autorités dans le domaine de la nutrition.

En tant que néphrologue, je me spécialise dans le traitement des maladies des reins, dont la cause la plus fréquente est le diabète de type 2, associé à l'obésité. J'ai souvent vu des patients commencer un traitement à l'insuline pour contrôler leur diabète tout en sachant que la plupart d'entre eux allaient prendre du poids. Les patients sont inquiets, à juste titre. «Docteur, disent-ils, vous m'avez toujours dit de perdre du poids. Mais l'insuline que vous me donnez me fait prendre tellement de poids... Comment est-ce utile?» Longtemps, je n'ai pas eu de réponse à leur offrir.

Cette inquiétude tenace grandissait. Comme beaucoup de médecins, je croyais qu'un gain de poids était dû à un déséquilibre calorique: manger trop et bouger peu. Mais si tel était le cas, pourquoi la prise du médicament que je prescrivais, l'insuline, entraînait-elle un gain de poids continu?

Tout le monde, professionnels de la santé et patients inclus, comprenait que la principale cause du diabète de type 2 était le gain de poids. Il y avait de rares cas où les patients étaient très motivés et parvenaient à perdre une quantité importante de poids. Leur diabète de type 2 faisait également marche arrière. En toute logique, puisque le poids était le problème de fond, il méritait une attention particulière. Pourtant, il semblait que la profession de la santé n'était pas intéressée le moins du monde par le traitement de ce problème. J'étais coupable sur toute la ligne.

Même si j'avais travaillé plus de vingt ans en médecine, mes connaissances dans le domaine de la nutrition étaient plutôt rudimentaires.

Le traitement de cette terrible maladie, l'obésité, était l'affaire de grandes sociétés comme Weight Watchers ainsi que de profiteurs et de charlatans, surtout soucieux de vendre le dernier « miracle » en matière de perte de poids. Les médecins ne s'intéressaient pas le moins du monde à la nutrition. La profession médicale s'évertuait plutôt à trouver et à prescrire le prochain nouveau médicament.

- Vous avez le diabète de type 2 ? Tenez, voici un comprimé.
- Vous souffrez d'hypertension artérielle ? Tenez, voici un comprimé.
- Votre taux de cholestérol est élevé ? Tenez, voici un comprimé.
- Vous souffrez d'une maladie des reins ? Tenez, voici un comprimé.

Mais pendant tout ce temps, *nous devions traiter l'obésité*. Nous tentions de traiter les problèmes causés par l'obésité plutôt que l'obésité elle-même. En essayant de comprendre les causes fondamentales de l'obésité, j'ai fondé l'Intensive Dietary Management Clinic à Toronto, en Ontario.

Le point de vue conventionnel selon lequel l'obésité est un déséquilibre calorique était insensé. La réduction de l'apport calorique avait été prescrite au cours des cinquante dernières années avec une inefficacité alarmante.

Lire des livres sur la nutrition n'a pas aidé. Chacun ajoutait sa voix au chapitre et beaucoup citaient des médecins « qui font autorité ». Par exemple, le Dr Dean Ornish affirme que les graisses alimentaires sont néfastes et que les glucides sont bénéfiques. Il s'agit d'un médecin respecté, nous devrions donc l'écouter. Mais le Dr Robert Atkins,

lui, soutenait que les graisses alimentaires sont bénéfiques et que les glucides sont néfastes. Il était également un médecin respecté, nous devrions donc l'écouter. Qui a raison ? Qui a tort ? En science de la nutrition, il y a rarement consensus sur quoi que ce soit.

- Les graisses alimentaires sont néfastes. Non, les graisses alimentaires sont bénéfiques. Il existe de bons et de mauvais gras.
- Les glucides sont néfastes. Non, les glucides sont bénéfiques. Il existe de bons et de mauvais glucides.
- Vous devriez manger plus de repas par jour. Non, vous devriez manger moins de repas par jour.
- Comptez les calories. Non, les calories ne comptent pas.
- Le lait est bon pour vous. Non, le lait est mauvais pour vous.
- La viande est bonne pour vous. Non, la viande est mauvaise pour vous.

Pour découvrir les réponses, nous devons nous tourner vers la médecine factuelle plutôt que de vagues opinions.

Il existe littéralement des milliers de livres sur les régimes et la perte de poids, habituellement écrits par des médecins, des nutritionnistes, des coachs personnels et autres « experts de la santé ». En revanche, à quelques exceptions près, on ne fait qu'effleurer les véritables causes de l'obésité. Qu'est-ce qui nous fait prendre du poids ? Pourquoi devenons-nous gros ?

Le problème fondamental est l'absence de cadre théorique pour comprendre l'obésité. Les théories actuelles sont ridiculement simplistes et ne prennent en considération qu'un seul facteur.

- Les calories excédentaires causent l'obésité.
- Les glucides excédentaires causent l'obésité.
- La consommation excessive de viande cause l'obésité.

- L'excès de graisses alimentaires cause l'obésité.
- Le manque d'exercice cause l'obésité.

Mais toutes les maladies chroniques sont multifactorielles, et ces facteurs ne sont pas mutuellement exclusifs. Ils peuvent tous contribuer à divers degrés à des problèmes de santé. Par exemple, de nombreux facteurs peuvent contribuer à une maladie du cœur : l'historique familial, le sexe, le tabagisme, le diabète, un taux élevé de cholestérol, l'hypertension artérielle et le manque d'activité physique en sont quelques exemples. Ce fait est bien accepté, mais ce n'est pas le cas dans les recherches sur l'obésité.

L'autre obstacle est l'accent mis sur les études à court terme. L'obésité peut prendre des décennies avant de se développer complètement. Pourtant, on se fie à des études d'une durée de quelques semaines seulement. Si nous étudions comment la rouille se développe, nous devons observer du métal pendant des semaines, des mois et non des heures. De la même manière, l'obésité est une maladie de longue durée. Les études à court terme ne sont pas instructives.

Je comprends que la recherche ne soit pas toujours concluante ; j'espère néanmoins que ce livre, qui met à contribution les connaissances que j'ai acquises dans les vingt dernières années passées à aider des patients atteints de diabète de type 2 à perdre du poids de façon permanente pour gérer leur maladie, fournira une structure sur laquelle s'appuyer.

La médecine factuelle ne signifie pas de prendre toutes les preuves de piètre qualité comme argent comptant. Je lis souvent des affirmations telles que : « Prouvé : un régime faible en gras fait régresser complètement les maladies du cœur. » La référence est une étude menée sur cinq rats. On ne peut guère considérer cela comme une preuve. Je

ne ferai référence qu'à des études menées sur des humains et surtout des études qui sont parues dans des publications de bonne qualité, révisées par les pairs. Il ne sera question d'aucune étude sur les animaux dans ce livre. La raison de cette décision peut être illustrée par la « parabole de la vache ».

Deux vaches discutaient des dernières recherches dans le domaine de la nutrition, qui avaient été menées sur des lions. Une vache dit à l'autre : « Savais-tu qu'on a tort depuis deux cents ans ? Les dernières recherches démontrent que manger de l'herbe est néfaste, tandis que manger de la viande est bénéfique. » Les deux vaches commencèrent donc à manger de la viande. Peu après, elles tombèrent malades et moururent.

Un an plus tard, deux lions discutaient des dernières recherches dans le domaine de la nutrition, qui avaient été menées sur des vaches. Un lion dit à l'autre que les recherches démontraient que manger de la viande tue, alors que manger de l'herbe est bénéfique. Les deux lions commencèrent alors à manger de l'herbe, puis ils moururent.

La morale de cette histoire ? Nous ne sommes pas des souris. Nous ne sommes pas des rats. Nous ne sommes pas des chimpanzés ou des singes-araignées. Nous sommes des êtres humains. Par conséquent, nous devons seulement prendre en compte les recherches sur les humains. Je m'intéresse à l'obésité chez l'humain et non chez les souris. Autant que possible, j'essaie de me concentrer sur les facteurs déterminants et non sur des études d'association. Il est dangereux de présumer qu'il existe un lien de causalité parce que deux facteurs sont associés. Prenez par exemple le désastre causé par le traitement hormonal de substitution chez les femmes postménopausées. On associait le traitement hormonal

de substitution à une diminution des maladies du cœur, mais cela ne signifiait pas qu'il s'agissait de la *cause* de la diminution des maladies du cœur. Néanmoins, dans le domaine de la recherche nutritionnelle, il n'est pas toujours possible d'éviter les études d'association puisqu'elles offrent souvent les meilleures données probantes disponibles.

La première partie de ce livre, «L'épidémie», examine la chronologie de l'épidémie d'obésité et le rôle des antécédents familiaux afin de démontrer comment ces deux facteurs peuvent faire la lumière sur les causes fondamentales de l'obésité.

La deuxième partie, «La supercherie des calories», examine en profondeur la théorie des calories, y compris les études sur l'activité physique et la suralimentation. L'accent est mis sur les lacunes de la compréhension actuelle de l'obésité.

La troisième partie, «Un nouveau modèle pour comprendre l'obésité», aborde la théorie hormonale, une solide explication de l'obésité comme problème médical. Ces chapitres expliquent le rôle crucial de l'insuline dans la régulation du poids et décrivent le rôle fondamental de la résistance à l'insuline.

La quatrième partie, «L'obésité : un phénomène social», examine comment la théorie hormonale explique certains facteurs associés à l'obésité. Pourquoi l'obésité est-elle associée à la pauvreté? Que pouvons-nous faire pour contrer l'obésité infantile?

La cinquième partie, «Qu'est-ce qui cloche dans notre alimentation?», examine le rôle des lipides, des protéines et des glucides, les trois macronutriments, dans le gain de poids. En outre, nous étudierons le fructose, l'un des principaux coupables du gain de poids, et les effets des édulcorants artificiels.

La sixième partie, « La solution », fournit un guide pour le traitement permanent de l'obésité en abordant le déséquilibre hormonal qu'est le taux élevé d'insuline dans le sang. Les recommandations alimentaires pour réduire le taux d'insuline comprennent une réduction du sucre ajouté et des céréales raffinées, une consommation de protéines modérée et l'ajout de bons gras et de fibres. Le jeûne intermittent est un moyen efficace de traiter la résistance à l'insuline sans encourir les conséquences négatives des régimes alimentaires à calories réduites. Une bonne gestion du stress et une amélioration du sommeil peuvent réduire le taux de cortisol et contrôler l'insuline.

Les Lois de l'obésité présente un cadre pour comprendre la maladie qu'est l'obésité chez les humains. Bien qu'il existe des différences et des ressemblances entre l'obésité et le diabète de type 2, ce livre se concentre essentiellement sur l'obésité.

Défier les dogmes actuels dans le domaine de la nutrition est parfois déconcertant, mais les conséquences sur la santé sont trop importantes pour ne pas en tenir compte. Qu'est-ce qui cause le gain de poids et que pouvons-nous faire? Ces questions sont le thème général de ce livre. Un cadre original pour comprendre et traiter l'obésité représente un nouvel espoir pour un avenir plus sain.

Dr Jason Fung

PREMIÈRE PARTIE
L'ÉPIDÉMIE

1. COMMENT L'OBÉSITÉ EST DEVENUE UNE ÉPIDÉMIE

*De toutes les infirmités auxquelles l'espèce humaine
est sujette, je n'en connais pas ni ne peux
en imaginer de plus affligeante que l'obésité.*

William Banting

Voici la question qui m'a toujours embêté: pourquoi y a-t-il des médecins qui font de l'embonpoint? Faisant autorité dans le domaine de la physiologie humaine, les médecins devraient être les vrais experts du traitement de l'obésité. La plupart d'entre eux travaillent dur et font preuve d'autodiscipline. Puisque personne ne veut être en surpoids, les médecins en particulier devraient avoir les connaissances et le dévouement pour demeurer minces et en bonne santé.

Alors pourquoi y a-t-il des médecins qui font de l'embonpoint?

La prescription classique pour la perte de poids se formule ainsi: «Mangez moins, bougez plus.» Cela *semble* parfaitement raisonnable. Alors pourquoi cette recette ne fonctionne-t-elle pas? Peut-être que les personnes qui veulent perdre du poids ne suivent pas ce conseil. L'esprit est ardent, mais la chair est faible. Pourtant, réfléchissez à l'autodiscipline et au dévouement nécessaires pour terminer les premières années de médecine, l'internat, le

clincat et les formations complémentaires. Il est difficilement concevable que les médecins en surpoids n'aient pas la volonté de suivre leurs propres conseils.

Il reste la possibilité que les conseils conventionnels soient erronés. Et si tel est le cas, notre façon de comprendre l'obésité est fondamentalement imparfaite. Étant donné la présente épidémie d'obésité, je soupçonne qu'il s'agit du scénario le plus probable. Nous devons donc commencer par le début, en nous basant sur une compréhension approfondie de la maladie qu'est l'obésité chez les humains.

Nous devons commencer par la question la plus importante à propos de l'obésité, ou toute autre maladie: «Quelle en est la cause?» Nous ne prenons pas le temps d'examiner cette question primordiale parce que nous croyons déjà connaître la réponse. Cela paraît si évident: c'est une question de calories consommées et de calories dépensées.

Une calorie est une unité d'énergie provenant des aliments et qui est utilisée par le corps pour diverses fonctions comme respirer, construire de nouveaux tissus musculaires et des os, pomper le sang et autres fonctions métaboliques.

Quand le nombre de calories que nous consommons excède le nombre de calories que nous dépensons, il en découle un gain de poids, dit-on. Manger trop et bouger peu causent un gain de poids, dit-on. Consommer trop de calories cause un gain de poids, dit-on. Ces «vérités» semblent tellement aller de soi qu'on ne demande pas si elles sont vraies. Mais le sont-elles?

CAUSE IMMÉDIATE VERSUS CAUSE ULTIME

Un excès de calories peut certainement être la cause *immédiate* du gain de poids, mais il ne s'agit pas de la cause

ultime. Quelle est la différence entre immédiate et ultime? La cause immédiate est immédiatement responsable tandis que la cause ultime est ce qui est à la base d'une série d'événements.

Prenez l'alcoolisme, par exemple. Qu'est-ce qui cause l'alcoolisme? La cause immédiate est une consommation soutenue et trop importante d'alcool, ce qui est indéniable, mais pas particulièrement utile. Dans ce cas, la question et la cause se confondent puisque «alcoolisme» signifie boire trop d'alcool. Le conseil de traitement pour contrer la cause immédiate, soit cesser de boire trop d'alcool, est inutile.

Or, la question cruciale, celle à laquelle on s'intéresse rarement, est plutôt celle-ci : quelle est la cause ultime de l'alcoolisme et pourquoi le phénomène de l'alcoolisme se produit-il? La cause ultime comprend :

- la nature addictive de l'alcool ;
- des antécédents familiaux d'alcoolisme ;
- un stress excessif à la maison et (ou) ;
- une propension à la dépendance.

Voilà donc la vraie maladie. Le traitement doit s'attaquer aux causes ultimes plutôt qu'aux causes immédiates. Une bonne compréhension de la cause ultime mène à des traitements efficaces comme (dans ce cas) la réadaptation et un réseau social de soutien.

Prenons un autre exemple. Pourquoi un avion s'écrase-t-il? La cause immédiate est qu'il n'y avait pas assez de portance pour vaincre la gravité. Encore une fois, cette affirmation est vraie, mais inutile. La cause ultime peut être :

- l'erreur humaine ;
- une défaillance mécanique et (ou) ;
- des intempéries.

Le fait de comprendre la cause ultime mène à des solutions, comme une meilleure formation des pilotes ou un programme d'entretien plus serré. Le conseil de « générer plus de portance » (ailes plus larges, moteurs plus puissants) ne réduira pas le nombre d'écrasements.

Cette façon de voir les choses s'applique à tout. Par exemple, pourquoi fait-il aussi chaud dans cette pièce ?

Cause immédiate : l'énergie thermique qui entre dans la pièce est plus grande que l'énergie thermique qui en sort.

Solution : allumer les ventilateurs pour augmenter la quantité d'énergie thermique qui sort de la pièce.

Cause ultime : la température sélectionnée sur le thermostat est trop élevée.

Solution : baisser la température du thermostat.

Pourquoi le bateau coule-t-il ?

Cause immédiate : la gravité est plus forte que la flottabilité.

Solution : réduire la gravité en allégeant le bateau.

Cause ultime : il y a un gros trou dans la coque du bateau.

Solution : colmater le trou.

Dans chaque cas, la solution à la cause immédiate du problème n'est ni durable ni significative. En revanche, le traitement de la cause ultime est beaucoup plus efficace.

Il en est de même pour l'obésité : qu'est-ce qui cause le gain de poids ?

Cause immédiate : consommer plus de calories qu'on en dépense.

Si la cause immédiate est le fait de consommer plus de calories qu'on en dépense, la réponse non formulée est que la cause ultime est le choix personnel. Nous choisissons de manger des frites plutôt que du brocoli. Nous choisissons de regarder la télévision plutôt que de faire de l'exercice. D'après ce raisonnement, l'obésité, loin d'être une maladie

qu'il faut étudier et comprendre, se réduit plutôt à une faiblesse personnelle, à un défaut de caractère. Plutôt que de chercher la cause ultime de l'obésité, nous tombons rapidement dans les explications suivantes :

- avoir trop mangé (gloutonnerie) et (ou) ;
- avoir fait trop peu d'exercice physique (paresse).

La gloutonnerie et la paresse sont deux des sept péchés capitaux. Nous disons donc des personnes obèses qu'elles sont les seules responsables. *Elles se sont laissées aller*. Cela nous donne l'illusion de comprendre la cause ultime du problème. En 2012, un sondage en ligne¹ a révélé que 61 % des adultes aux États-Unis croyaient que « des choix personnels sur le plan de l'alimentation et de l'exercice physique » étaient responsables de l'épidémie d'obésité. Nous faisons de la discrimination à l'égard des personnes atteintes d'obésité. Nous les prenons en pitié et nous les avons en horreur.

Néanmoins, après réflexion, on constate que cette idée ne peut tout simplement pas être vraie. Avant la puberté, les garçons et les filles ont en moyenne le même taux de graisse corporelle. Après la puberté, les femmes ont en moyenne un taux de graisse corporelle de près de 50 % plus élevé que les hommes. Ce changement survient malgré le fait que les hommes consomment en moyenne plus de calories que les femmes. Mais pourquoi cela est-il vrai ?

Quelle est la cause ultime ? Elle n'a rien à voir avec les choix personnels. Il ne s'agit pas d'un défaut de caractère. Les femmes ne sont pas plus gloutonnes ni plus paresseuses que les hommes. Le cocktail hormonal qui différencie les hommes des femmes contribue à une plus grande possibilité que les femmes accumulent les calories excédentaires sous forme de gras plutôt que de les brûler.

Une grossesse provoque également un gain de poids significatif. Quelle est la cause ultime de ce gain de poids? Encore une fois, il est clair que ce sont plutôt les changements hormonaux causés par la grossesse, et non des choix personnels, qui provoquent la prise de poids.

Ayant failli à comprendre les causes immédiates et ultimes, nous croyons que la solution à l'obésité est de consommer moins de calories.

Toutes les « autorités » sont d'accord. Les conseils nutritionnels officiels publiés par le département de l'Agriculture des États-Unis, mis à jour en 2010, proclament avec force leur recommandation clé: « Limiter l'apport calorique total pour gérer le poids. » Les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies² exhortent les patients à équilibrer leur apport en calories. Le conseil apparaissant dans la brochure des National Institutes of Health (instituts américains de la santé) pour « viser un poids santé » est de « réduire le nombre de calories consommées dans les aliments et les boissons et augmenter l'activité physique³ ».

Tous ces conseils reviennent au fameux « Mangez moins, bougez plus », adulé par les « experts » de l'obésité. Mais voici une idée singulière: si nous comprenons déjà les causes de l'obésité, comment la traiter, et que nous avons dépensé des millions de dollars en programmes éducatifs, pourquoi engraissons-nous encore?

ANATOMIE D'UNE ÉPIDÉMIE

Nous n'avons pas toujours été aussi obsédés par les calories. Au fil de l'histoire de l'humanité, l'obésité a été rare. Les individus vivant dans des sociétés traditionnelles et suivant une alimentation traditionnelle étaient rarement obèses, même quand la nourriture était abondante. Avec

le développement des civilisations est venue l'obésité. En spéculant sur sa cause, beaucoup ont accusé les glucides raffinés provenant du sucre et des produits d'amidon. Parfois considéré comme le père des régimes faibles en glucides, le Français Jean Anthelme Brillat-Savarin (1755-1826) a publié en 1825 sa *Physiologie du goût*. Il y écrit : «La seconde des principales causes de l'obésité est dans les farines et féculés dont l'homme fait la base de sa nourriture journalière. Nous l'avons déjà dit, tous les animaux qui vivent de farineux s'engraissent de gré ou de force ; l'homme suit la loi commune⁴.»

Tous les aliments peuvent être divisés en trois groupes de macronutriments : les lipides, les protéines et les glucides. Le préfixe «macro» dans «macronutriments» renvoie au fait que la majorité des aliments que nous mangeons est formé de ces trois groupes. Les micronutriments, qui ne sont qu'une petite proportion des aliments, comprennent des vitamines et des minéraux comme les vitamines A, B, C, D, E et K, ainsi que des minéraux comme le fer et le calcium. Les féculents et les sucres sont tous des glucides.

Plusieurs décennies plus tard, William Banting (1796-1878), un thanatologue anglais, a redécouvert les propriétés des glucides raffinés qui causent un gain de poids. En 1863, il a publié un pamphlet, *Letter on Corpulence, Addressed to the Public* («Lettre sur la corpulence, visant le public»), qui est souvent considéré comme le premier livre sur les régimes. L'histoire de Banting est plutôt ordinaire. Enfant, il n'était pas obèse et il n'y avait pas d'antécédents familiaux d'obésité. Au milieu de la trentaine, néanmoins, il a commencé à prendre du poids. Pas beaucoup, peut-être deux ou trois kilos par année. À l'âge de soixante-deux ans, il mesurait 1,65 m et pesait 92 kg. Il était donc considéré comme assez corpulent. Ébranlé, il est allé demander des conseils sur la perte de poids à ses médecins.

Il a d'abord tenté de manger moins, avec pour seul résultat qu'il était affamé. Pire, il n'a pas réussi à perdre du poids. Ensuite, il a augmenté son niveau d'activité physique en faisant de l'aviron sur la Tamise, près de son domicile londonien. Alors que sa forme physique s'améliorait, il a développé «un appétit prodigieux qu'[il] étai[t] contraint d'assouvir⁵». Encore une fois, il a échoué dans sa perte de poids.

Finalement, sur les conseils de son chirurgien, Banting a essayé une nouvelle approche. En tenant compte de l'idée que les aliments sucrés et les féculents provoquent un gain de poids, il a rigoureusement évité tous les pains, le lait, la bière, les sucreries et les pommes de terre, qui constituaient une grande partie de son alimentation. (De nos jours, on dirait que ce régime est pauvre en glucides raffinés.) Non seulement William Banting a perdu du poids sans le reprendre, mais il se sentait si bien qu'il s'est cru contraint d'écrire son fameux pamphlet. Le gain de poids, croyait-il, était dû à une trop grande consommation de «glucides qui font grossir».

Durant presque tout le siècle suivant, un régime pauvre en glucides raffinés était reconnu comme le traitement standard de l'obésité. Dans les années 1950 encore, ce conseil était relativement courant. Si vous demandiez à vos grands-parents ce qui cause l'obésité, ils ne parlaient pas de calories. Ils vous disaient plutôt d'éviter les aliments sucrés et les féculents. Le bon sens et l'observation empirique ont permis de confirmer la vérité. Pas besoin de l'opinion des «experts» de la nutrition ou du gouvernement.

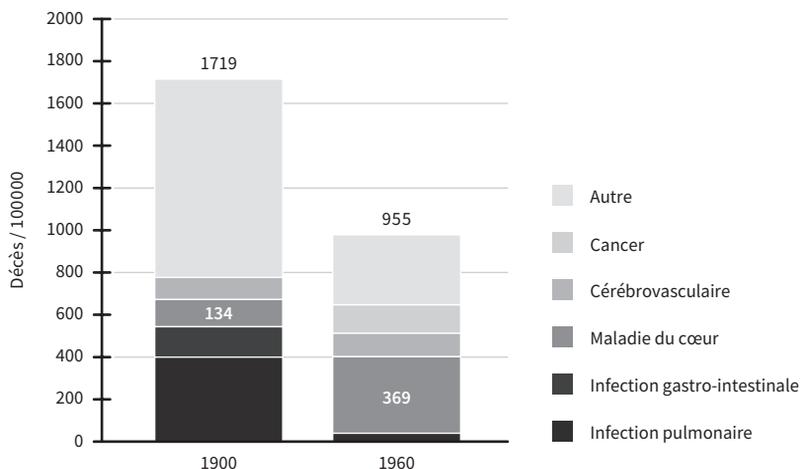
Le décompte des calories avait commencé au début des années 1900 avec le livre *Eat Your Way to Health* («Mangez pour être en bonne santé»), écrit par le Dr Robert Hugh Rose comme «système scientifique de contrôle du poids». Celui-ci a été suivi en 1918 du best-seller *Diet and Health*,

with Key to the Calories (« Régime et Santé, la solution des calories »), écrit par la Dre Lulu Hunt Peters, une médecin et chroniqueuse américaine. Le futur président Herbert Hoover, qui était alors à la tête de la Food Administration des États-Unis, s'est converti au décompte des calories. La Dre Peters conseillait à ses patients de commencer par un jeûne, une ou deux journées sans manger de nourriture, et de s'en tenir par la suite à 1 200 calories par jour. Si la recommandation sur le jeûne est rapidement tombée dans l'oubli, les programmes modernes de décompte des calories ne sont pas très différents de ce que proposait la Dre Peters.

Dans les années 1950, un phénomène perçu comme une « importante épidémie » de maladies du cœur est devenu une préoccupation publique grandissante. Des Américains apparemment en bonne santé étaient terrassés par des crises cardiaques de plus en plus régulièrement. Rétrospectivement, il aurait dû être évident qu'il n'y avait pas de telle épidémie.

La découverte des vaccins et des antibiotiques, combinée à une amélioration de l'hygiène publique, avait remodelé le paysage médical. Des infections autrefois mortelles, comme la pneumonie, la tuberculose ou des infections gastro-intestinales, pouvaient maintenant être guéries. Les maladies du cœur et le cancer représentaient un pourcentage relativement supérieur de décès, ce qui a engendré une fausse perception du public quant à une épidémie (voir la figure 1.1⁶).

L'augmentation de l'espérance de vie entre 1900 et 1950 a renforcé la perception qu'il y avait une épidémie de maladies coronariennes. Pour un homme blanc, l'espérance de vie en 1900 était de cinquante ans⁷. En 1950, elle avait atteint soixante-six ans, et en 1970, presque soixante-huit ans. Si les gens ne mouraient pas de la tuberculose, ils

Figure 1.1 Causes des décès aux États-Unis en 1900 et en 1960

vivaient assez longtemps pour subir une crise cardiaque. En ce moment, l'âge moyen lors de la première crise cardiaque est soixante-six ans⁸. Le risque de crise cardiaque est nettement inférieur chez un homme de cinquante ans que chez un homme de soixante-huit ans. La conséquence logique d'une espérance de vie plus longue est un taux accru de maladies coronariennes.

Mais toutes les grandes histoires ont besoin d'un méchant et la graisse alimentaire a hérité de ce rôle. On pensait que la graisse alimentaire faisait augmenter le cholestérol, un corps gras contribuant supposément aux maladies du cœur, dans le sang. Bientôt, les médecins ont commencé à recommander un régime alimentaire moins gras. Avec de l'enthousiasme et des théories scientifiques chancelantes, la diabolisation de la graisse alimentaire a alors véritablement commencé.

Il y avait pourtant un problème que nous n'avions pas vu à l'époque. Les trois macronutriments sont les lipides, les protéines et les glucides : substituer les graisses alimentaires signifiait les remplacer par des protéines ou des

glucides. Puisque beaucoup d'aliments riches en protéines, comme la viande et les produits laitiers, sont riches en matières grasses, il est difficile de réduire les matières grasses sans réduire du même coup l'apport en protéines.

Donc, si l'on restreint la consommation de matières grasses, on doit augmenter la consommation de glucides et vice versa. Dans les pays développés, ces glucides ont tendance à être très raffinés.

Faible en gras = riche en glucides.

Ce dilemme a créé une importante dissonance cognitive. Les glucides raffinés ne peuvent être à la fois bons (parce qu'ils sont faibles en gras) et mauvais (parce qu'ils font prendre du poids). La solution adoptée par la plupart des experts dans le domaine de la nutrition a été de suggérer que les glucides ne provoquaient plus un gain de poids. Ce serait plutôt les calories. Sans preuve, sans précédent historique, il a été décidé de façon arbitraire qu'un excès de calories, et non des aliments spécifiques, cause un gain de poids. Le gras, le méchant, était maintenant considéré comme un élément qui fait prendre du poids ; un concept jusque-là inconnu. Le modèle calories absorbées/calories dépensées a commencé à supplanter le modèle dominant selon lequel les glucides sont responsables de la prise de poids.

Mais ce modèle ne faisait pas l'unanimité. L'un des dissidents les plus connus était le nutritionniste anglais John Yudkin (1910-1995). En examinant l'alimentation et les maladies du cœur, il n'a pu établir aucun lien entre la graisse alimentaire et ces maladies. Il croyait que le principal responsable de l'obésité et des maladies du cœur était le sucre^{9,10}. Publié en 1972, son livre, *Pure, White and Deadly: How Sugar is Killing Us* (« Pur, blanc et mortel : comment le sucre est en train de nous tuer »), était sinistrement visionnaire (et devrait certainement gagner le prix

du meilleur titre de tous les temps). Le débat scientifique faisait rage ; le coupable était-il le gras ou le sucre ?

LES RECOMMANDATIONS ALIMENTAIRES

La question a finalement été réglée en 1977, pas dans le cadre d'un débat scientifique et de découvertes, mais par décret gouvernemental. George McGovern, alors président du Comité sénatorial spécial des États-Unis sur la nutrition et les besoins humains, a convoqué le tribunal, et après plusieurs jours de délibérations, les graisses alimentaires ont été reconnues coupables de toutes les charges retenues contre elles.

La déclaration subséquente est devenue le *Dietary Goals for the United States*, des objectifs alimentaires. Tout un pays, et bientôt le monde entier, devait maintenant suivre les conseils alimentaires d'un politicien. Il s'agissait là d'une rupture avec la tradition. Pour la première fois, le gouvernement s'invitait dans les cuisines. Maman avait l'habitude de nous dire quoi manger. Mais dorénavant, ce serait la responsabilité de « Big Brother ». Et celui-ci nous disait : « Mangez moins de gras et plus de glucides. »

Des objectifs alimentaires spécifiques ont été établis, dont :

- augmenter la consommation de glucides pour qu'ils constituent entre 55 % et 60 % des calories, et
- diminuer la consommation de matières grasses de 40 % des calories à 30 %. Pas plus d'un tiers de la consommation de matières grasses devrait provenir des graisses saturées.

Sans preuve scientifique, on a fait subir aux glucides, autrefois « engraisants », une stupéfiante transformation.

Tandis que les recommandations reconnaissaient que le sucre était néfaste, les céréales raffinées étaient innocentes telle une colombe. Leurs péchés alimentaires ont été pardonnés et ils étaient maintenant ressuscités et baptisés céréales complètes saines.

Existait-il des preuves ? Peu importe. Les objectifs constituaient l'orthodoxie alimentaire. Tout le reste, c'était de l'hérésie. Ceux qui ne rentraient pas dans le rang étaient ridiculisés. Paru en 1980 dans un objectif de diffusion publique, le rapport *Dietary Guidelines for Americans* (directives alimentaires) suivait étroitement les recommandations formulées dans le rapport McGovern. Le contexte alimentaire du monde entier a alors changé à jamais.

Les directives alimentaires officielles des États-Unis, maintenant mises à jour tous les cinq ans, ont donné naissance à l'infâme pyramide alimentaire, dans toute sa splendeur contrefactuelle. Les aliments qui forment la base de la pyramide, ceux que nous devrions consommer tous les jours, étaient des pains, des pâtes alimentaires et des pommes de terre. Il s'agissait des aliments que nous avions jusque-là évités pour rester minces. Par exemple, dans une brochure de l'American Heart Association (Association américaine du cœur) de 1995, *The American Heart Association Diet: An Eating Plan for Healthy Americans* (« Le régime de l'Association américaine du cœur : un programme alimentaire pour des Américains en bonne santé »), on déclarait que nous devrions consommer au moins six portions de « pains, céréales, pâtes alimentaires et légumes farineux faibles en gras et en cholestérol ». À boire, « optez pour des punchs aux fruits, des boissons gazeuses ». Ahhh. Du pain blanc et des boissons gazeuses : le repas des champions. Merci, American Heart Association (AHA).

Dans ce splendide nouveau monde, les Américains tentaient de se conformer aux instructions des autorités de

l'époque et ont fait un effort conscient pour manger moins de gras, moins de viandes rouges, moins d'œufs et plus de glucides. Quand les médecins ont conseillé aux gens d'arrêter de fumer, les taux de tabagisme ont chuté de 33 % en 1979 à 25 % en 1994. Quand les médecins ont dit qu'il fallait contrôler la pression artérielle et le cholestérol, il y a eu une chute de 40 % de l'hypertension et 28 % moins de cas de cholestérol élevé. Quand l'AHA nous a conseillé de manger plus de pain et de boire plus de jus, nous avons mangé plus de pain et bu plus de jus.

Immanquablement, la consommation de sucre a augmenté. De 1820 à 1920, de nouvelles plantations sucrières dans les Caraïbes et dans le sud des États-Unis ont accru la disponibilité du sucre aux États-Unis. La consommation de sucre a atteint un sommet de 1920 à 1977. Même si le fait « d'éviter de consommer trop de sucre » était un objectif explicite des directives alimentaires officielles des États-Unis de 1977, sa consommation a continué d'augmenter jusqu'en 2000, en Amérique mais aussi dans de nombreux pays dans le monde. En prêtant autant attention au gras, nous avons détourné les yeux de la balle. Tout était « faible en gras » ou « faible en cholestérol », et personne ne prêtait attention au sucre. Se rendant compte de cette situation, les entreprises de transformation d'aliments ont augmenté la quantité de sucre ajouté dans les aliments transformés pour ajouter de la saveur.

La consommation de céréales raffinées s'est accrue de près de 45 %. Puisque les glucides ont tendance à être raffinés, nous mangions de plus en plus de pain et de pâtes alimentaires faibles en gras et non du chou-fleur et du chou kale¹¹.

Succès ! Entre 1976 et 1996, l'apport quotidien moyen en matières grasses est passé de 45 % des calories à 35 %.

La consommation de beurre a chuté de 38 %. La consommation d'aliments riches en protéines animales a diminué de 13 %. La consommation d'œufs a diminué de 18 %. La consommation de céréales et de sucres a augmenté.

Jusqu'alors, l'adoption généralisée d'un régime alimentaire faible en gras était inéprouvée. Nous n'avions aucune idée des effets que ce régime allait avoir sur la santé. Mais nous avons la vaniteuse idée que nous étions plus intelligents que deux cent mille ans de dame nature. Tournant le dos aux matières grasses naturelles, nous avons adopté les glucides raffinés faibles en gras comme le pain et les pâtes alimentaires. Paradoxalement, l'American Heart Association, même jusqu'en 2000, jugeait que les régimes alimentaires faibles en glucides étaient une mode dangereuse, malgré le fait que ces régimes avaient été utilisés de manière presque continuelle depuis 1863.

Quel a donc été le résultat ? L'incidence des maladies du cœur n'a certainement pas diminué comme on s'y attendait. Mais il y avait sans aucun doute une conséquence à cette manipulation, bien qu'elle n'ait pas été intentionnelle. Les

Figure 1.2 Augmentation du nombre d'adultes américains obèses et extrêmement obèses âgés de 20 à 74 ans

