

Les derniers chiffres de mortalité publiés par l'O.M.S. sont inquiétants : en effet, selon ces données, un mode de vie néfaste pour la santé est cause du décès de 16 millions de personnes chaque année !

38 millions de personnes sont décédées en 2012 par maladies non transmissibles, maladies cardio-vasculaires, diabète, maladies pulmonaires et cancers.

Parmi les principales causes de ces maladies on trouve le tabagisme, l'abus d'alcool et un régime alimentaire déséquilibré (trop de graisses, trop de sel, trop de sucre...).

Chaque année le tabagisme entraîne le décès prématuré de 6 millions de personnes, l'alcoolisme de 3,3 millions de personnes, le manque d'activité physique de 3,2 millions, l'excès de consommation de sel de 1,7 millions.

Dans le monde 42 millions d'enfants de moins de 5 ans sont obèses ! En 2012 on estimait que plus de 32 % des Français étaient en surpoids et que 15 % étaient réellement obèses, l'obésité étant plus fréquentes chez les femmes.

Le mode de vie occidental, caractérisé par une surcharge alimentaire et une baisse de l'activité physique, est responsable d'une obésité abdominale (ou « androïde ») comme nous l'avons vu dans le KALON N°3 de septembre 2008. Cette obésité particulière fait le lit du diabète de type 2 et de l'athérosclérose. Elle se repère facilement en mesurant le tour de taille. Les valeurs de tour de taille considérées comme néfastes pour la santé ont été réévaluées ces dernières années et harmonisées au niveau européen. Il est désormais conseillé aux femmes de ne pas dépasser 80 cm et aux hommes 94 cm de tour de taille.

Cette obésité abdominale s'accompagne fréquemment d'une hypertension artérielle, d'une glycémie un peu élevée, d'une augmentation du taux de triglycérides au dessus de 1,50 g/l et d'une baisse du taux de « bon » cholestérol (HDL) au dessous de 0,45 g/l, cet ensemble constituant ce qu'on appelle le syndrome

métabolique (voir KALON N°3).

L'association triglycérides élevés / HDL cholestérol abaissé est une anomalie des lipides qui favorise l'athérosclérose (on parle de **dyslipidémie athérogène**). Elle peut expliquer que certains patients vasculaires, notamment coronariens, dont les facteurs de risque sont correctement maîtrisés et dont, en particulier, le « mauvais » cholestérol (LDL) est très bien abaissé par une statine (voir KALON N° 25 et N°26) voient leur athérosclérose continuer d'évoluer et se compliquer.

Ce problème, désormais bien connu, **nécessite un traitement spécifique** (association d'un fibraté à la statine ; voir KALON N°19). De plus, pour bien le mettre en évidence, il est désormais conseillé de ne pas doser les triglycérides à jeun (auparavant ce dosage était effectué après 8 voire 12 heures de jeune, mais cela conduit à sous-estimer le risque vasculaire).

L'activité physique insuffisante est cause de mauvaise santé ; elle majore le risque d'obésité, de diabète, de maladies cardio-vasculaires, de cancers, de troubles articulaires... Il faut donc s'astreindre à demeurer physiquement actif. 150 à 300 minutes d'exercices d'intensité modérée chaque semaine sont recommandés soit 30 à 60 minutes par jour 5 jours sur 7. Cet exercice peut être réparti en séances de 8 à 10 minutes. Il n'est pas nécessaire de pratiquer un

sport, **la marche rapide suffit** comme l'ont bien montré des chercheurs américains en comparant 33 000 coureurs à 15 000 marcheurs âgés de 18 à 80 ans. Dans cette étude le taux d'hypertension artérielle était réduit de 4,2 % chez les coureurs (C) et de 7,2 % chez les marcheurs (M), le risque d'excès de cholestérol abaissé de 4,3 % chez C et de 7 % chez M, le risque de diabète de 12,1 % chez C et 12,3 % chez M et le risque de maladie des artères coronaires de 4,5 % chez C et de 9,3 % chez M. Cela dit il faut préciser **qu'une marche rapide de 30 minutes correspond à environ 3 500 pas**. On sait que l'idéal quotidien est de 10 000 pas par jour pour les femmes, 12 000 pour les hommes et que marcher moins de 5 000 pas par jour est considéré comme étant de l'inactivité. Cela signifie que les 30 minutes de marche rapide quotidiennes ne sont **qu'un complément à l'activité habituelle** qui doit faire la part belle à la marche (mais le vélo, sans assistance électrique, c'est très bien aussi...). Il faut éviter de prendre les ascenseurs ou les escaliers mécaniques, de prendre sa voiture pour aller chercher le pain au coin de la rue...

Une alimentation équilibrée est essentielle pour se maintenir en bonne santé. Nous avons eu l'occasion de développer ce point à plusieurs reprises dans KALON (N° 5, N° 13, N°22, N°24). De nombreuses études ont été consacrées ces dernières années au rôle de l'alimentation pour réduire le risque de maladies cardio-vasculaires. Elles aboutissent toutes à la conclusion que **le régime le plus protecteur est le régime dit « crétois » ou « méditerranéen »** (voir KALON N° 24). L'étude « *Lyon Diet Heart Study* » avait montré qu'un tel régime, suivi très scrupuleusement après un infarctus du myocarde, réduisait de manière très significative le risque de récurrence. Mais qu'en est-il chez les patients à haut risque vasculaire (voir à ce sujet KALON N° 33) en prévention primaire (patients n'ayant pas encore de maladie cardio-vasculaire décelable) ? les promoteurs de l'étude précédente s'en sont préoccupés dans une autre étude (PREDIMED) comparant chez ces patients un régime « classique » pauvre en graisses animales (groupe 1) à un régime « méditerranéen » enrichi en huile d'olive vierge extra pour les uns (groupe 2) et enrichi en noix pour les autres (groupe 3). **Les patients des deux derniers groupes ont eu un nombre d'événements cardio-vasculaires majeurs (infarctus...) significativement moindre que ceux du groupe 1.**

Quid des « omégas 3 » ? nous avons vu dans le KALON N°21 l'importance des acides gras insaturés de la « famille oméga » et **la nécessité d'un bon équilibre entre les différents membres de la famille** : pas plus de 30 % de graisses dans l'apport calorique quotidien dont un quart d'acides

gras saturés, un quart de poly-insaturés (cinq sixième d'oméga 6 et un sixième d'oméga 3) et enfin la moitié restante de mono-insaturés (oméga 9). De nombreuses études sont venues confirmer l'effet bénéfique des omégas 3 sur le plan cardio-vasculaire mais aussi cérébral et même en psychiatrie. Toutefois **consommés en excès ils peuvent être nocifs** (altération de l'immunité avec un impact négatif possible en cancérologie et en cas de maladie infectieuse, colites...). Il n'est donc pas souhaitable, sauf cas pathologique particulier, d'en ajouter à l'alimentation habituelle (si celle-ci, bien sûr, est bien équilibrée) sous forme de « compléments alimentaires », un apport excessif de ceux-ci n'apportant aucun avantage et pouvant même être néfaste.

Les 10 règles d'or alimentaires pour le patient coronarien (d'après B. Patois-Vergès). Ces conseils sont bien entendu tout aussi valables pour les patients à risque vasculaire (et les patients « normaux » feraient bien de s'en inspirer...) :

N°1 : je mange trois repas bien équilibrés par jour

N°2 : je ne saute pas un repas

N°3 : je mange lentement dans une atmosphère calme

N°4 : je mange 5 fruits et légumes par jour (riches en fibres et en vitamines anti-oxydantes)

N°5 : je mange 3 plats de poisson par semaine (riches en oméga 3)

N°6 : je choisis une huile saine : colza (riche en acides gras mono-insaturés et en oméga 3), olive (riches en acides gras mono-insaturés), noix (riche en oméga 3) et des margarines riches en oméga 3

N°7 : je cuisine des plats de façon légère (à la vapeur, grillés ou enveloppés pour réduire les graisses)

N°8 : j'évite les plats pré-cuisinés en raison des quantités excessives de graisses saturées et de sucre qu'ils contiennent

N°9 : je prête plus d'attention aux étiquettes nutritionnelles

N°10 : je réduis ma consommation de sel, c'est à dire que je retire la salière de la table et je remplace le sel par des herbes et des épices

Et je n'oublie pas de me faire plaisir...

Docteur J-F. HOUEL (cardiologue)