

Nutrition et santé à la ménopause au-delà du poids et des calories

Simone Lemieux

Louise, 53 ans, a pris 5 kg depuis trois ans et a actuellement un indice de masse corporelle (IMC) de 27 kg/m². Elle est découragée, car elle a l'impression de ne plus avoir la maîtrise de son poids. Elle vous confie qu'elle a déjà tenté de maigrir au cours des dernières années et qu'à chaque occasion, elle avait l'impression d'avoir perdu son temps plutôt que des kilos. Que peut-on lui dire ? Louise doit-elle absolument entreprendre une démarche de perte de poids ?

Ma patiente engraisse : Que se passe-t-il ?

La préoccupation des femmes à l'égard de leur poids corporel est un phénomène bien connu dans tous les groupes d'âge. En effet, 73 % des Québécoises souhaiteraient maigrir et 37 % éprouvent de l'anxiété en pensant à leur poids¹. On peut ainsi facilement comprendre pourquoi les femmes craignent d'engraisser au moment de la ménopause et se sentent souvent vulnérables lorsque leur masse corporelle s'emballe vers des sommets encore inexplorés !

On pourrait croire que la relation entre l'arrêt de la fonction ovarienne et la prise de poids est un phénomène accepté, une affaire classée. En fait, selon les experts du domaine, la relation entre la ménopause et le gain de poids est loin d'être simple et bien comprise. Une étude menée sur une période de dix ans a révélé que le passage à la ménopause n'était pas sys-

tématiquement associé à des kilos en plus². En fait, ce sont plutôt les changements des habitudes de vie, comme la diminution de la pratique de l'activité physique et l'augmentation de la consommation d'alcool, qui sont au banc des accusés. La ménopause en soi est-elle exempte de tout blâme ? Pas nécessairement... En effet, selon une étude plus récente³ ayant suivi des femmes sur une période de quatre ans, les femmes ménopausées gagnaient davantage de masse grasse que celles qui demeuraient préménopausées, malgré des changements similaires sur le plan de la pratique de l'activité physique et de l'alimentation. Ainsi, les résultats des diverses études s'avèrent contradictoires quant au rôle direct des changements hormonaux dus à la ménopause sur le gain pondéral.

La diminution du métabolisme de base est un des facteurs pouvant contribuer à la prise de poids à la ménopause. Alors que certains auteurs font valoir que la modification des concentrations des hormones sexuelles à la ménopause serait associée à une légère diminution du métabolisme de base^{3,4}, d'autres nous rappellent que celui-ci diminue avec l'âge autant chez l'homme que chez la femme⁵. En fait, le métabolisme de base correspond à l'énergie quotidienne nécessaire

M^{me} Simone Lemieux, nutritionniste, est professeure titulaire au Département des sciences des aliments et de nutrition à l'Université Laval. Elle est titulaire d'un doctorat en physiologie.

La diminution du métabolisme de base est un des facteurs pouvant contribuer au gain de poids à la ménopause.

Repère

Tableau I**Dépense énergétique totale quotidienne (kilocalories) en fonction de l'âge, du sexe et du niveau d'activité physique**

Âge	Personne sédentaire*	Personne peu active†	Personne active‡
Femmes			
19-30 ans	1900	2100	2350
31-50 ans	1800	2000	2250
51-70 ans	1650	1850	2100
71 ans +	1550	1750	2000
Hommes			
19-30 ans	2500	2700	3000
31-50 ans	2350	2600	2900
51-70 ans	2150	2350	2650
71 ans +	2000	2200	2500

Source : *Bien manger avec le Guide alimentaire canadien*. Santé Canada 2007 © Reproduit avec la permission du ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2009.

Les valeurs présentées ci-dessus sont approximatives et sont calculées à partir de la taille et du poids médians au Canada, correspondant à la médiane de l'IMC normal pour différents degrés d'activité physique. Ces valeurs ne s'appliquent pas aux femmes enceintes ni à celles qui allaitent.

* Activités quotidiennes types : tâches ménagères, marche jusqu'à l'autobus, etc.
 † Activités quotidiennes types PLUS de 30 à 60 minutes d'activités quotidiennes modérées : marche à une vitesse de 5 km/h à 7 km/h, etc. ‡ Activités quotidiennes types PLUS au moins 60 minutes d'activités quotidiennes modérées.

pour permettre à l'organisme de conserver ses fonctions vitales (cœur, cerveau, respiration, digestion et maintien de la température corporelle). La dépense énergétique associée au métabolisme de base correspond à une fraction importante de la dépense énergétique totale, si bien que cette dernière décroît généralement avec l'âge (*tableau I*). Or, on peut facilement comprendre que si les apports caloriques ne sont pas abaissés en présence d'une réduction de la dépense énergétique, une prise de poids s'ensuivra. Ainsi, une femme qui « mange les mêmes quantités de nourriture qu'auparavant » pourrait engraisser si son métabolisme de base diminue légèrement. Que cette baisse s'explique par les changements hormonaux ou par l'âge ne change rien à la situation. En effet, la femme doit composer avec une dépense énergétique plus faible.

Tableau II**Risque pour la santé en fonction du tour de taille des adultes dont l'IMC se situe entre 18,5 kg/m² et 35 kg/m²**

Seuils du tour de taille	Risque pour la santé comparativement à un tour de taille inférieur
Hommes : ≥ 102 cm Femmes : ≥ 88 cm	Risque accru de diabète de type 2, d'hypertension et de maladies coronariennes

Pour les gens dont l'indice de masse corporelle est supérieur à 35 kg/m², la mesure du tour de taille ne fournit pas d'information utile pour déterminer le degré de risque.

Source : *Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes*. Santé Canada 2007 © Reproduit avec la permission du ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2009.

De petits changements graduels de l'alimentation, qui passent parfois inaperçus, peuvent aussi entraîner un gain pondéral au moment de la ménopause. Les femmes auront toutefois l'impression de manger les mêmes quantités qu'avant. L'augmentation de la consommation d'alcool est aussi un facteur pouvant contribuer à la prise de poids à la ménopause². Par exemple, si une femme prend trois consommations supplémentaires d'alcool par semaine, elle absorbe un surplus calorique d'environ 500 kilocalories par semaine. Après un an, un tel excédent peut mener à un gain de 3 kg, ce qui n'est pas négligeable!

Bien que la prise de poids constitue un sujet d'inquiétude pour les femmes au moment de la ménopause, rappelons que ce sont les changements dans la distribution régionale de la graisse corporelle qui sont les plus préoccupants pour la santé des femmes. Avant la ménopause, les femmes ont tendance à accumuler la graisse corporelle au niveau glutéofémoral (forme de poire). Les changements hormonaux survenant à la ménopause favorisent une plus grande accumulation de graisse au niveau abdominal (forme de pomme)³. Par ailleurs, les risques pour la santé des femmes seraient plus élevés lorsque le tour de taille est supérieur à 88 cm (*tableau II*). Ainsi, des chercheurs ont suggéré que le ruban à mesurer serait plus utile que le pèse-personne pour repérer les risques pour la santé associés à l'obésité.

Y a-t-il des régimes amaigrissants qui fonctionnent ?

On estime qu'une diminution de 5 % à 10 % du poids initial est suffisante pour procurer certains effets bénéfiques sur la santé. Cette valeur peut paraître peu importante, mais maintenir le poids perdu, même si minime, est un défi colossal. On estime que seulement de 20 % à 30 % des gens ayant perdu 5 % ou plus de leur poids corporel réussissent sur une période de trois ans à ne pas le reprendre⁶.

Il demeure essentiel de se rappeler qu'à long terme, aucun régime miracle ne permet de maintenir le poids perdu sans effort. Plusieurs études ont comparé l'efficacité de différents régimes amaigrissants populaires. Les résultats sont éloquentes. Tous ces régimes fonctionnent... à condition qu'on les suive. En effet, l'observance des recommandations est LE facteur le plus étroitement associé à l'amaigrissement⁷. Le problème, et ici tous sont unanimes, est que l'observance à long terme est extrêmement difficile. Les régimes amaigrissants nécessitent souvent des changements importants des habitudes alimentaires et contraignent également à redoubler de vigilance devant les assauts de l'environnement obésogène qui incite à consommer davantage qu'on ne le souhaiterait ! Les recommandations actuelles en matière d'amaigrissement ne doivent donc pas être perçues comme des garanties de succès, mais plutôt comme un ensemble de mesures augmentant les chances de réussite et favorisant une démarche de perte de poids saine. C'est d'ailleurs dans cette optique que les *Lignes directrices canadiennes de 2006 sur la prise en charge et la prévention de l'obésité chez les adultes et les enfants* ont été produites⁸. Brièvement, ces lignes directrices constituent un cadre général proposant entre autres des recommandations de traitement reposant sur des données probantes (www.cmaj.ca/cgi/content/full/176/8/S1/DC1). Pour la mise en pratique de ces recommandations, certains conseils s'avèrent nécessaires.

Pour donner des résultats, un régime amaigrissant

doit provoquer un déficit calorique. Ce critère est incontournable. On suggère de viser une restriction calorique modérée (500-1000 kilocalories par jour) qui facilite l'atteinte des apports nutritionnels de référence et diminue également les risques d'excès alimentaires causés par une privation trop importante de certains produits⁹. Certaines stratégies nutritionnelles ont été suggérées pour faciliter la restriction calorique et la rendre plus acceptable. Peut-on passer une telle restriction en douce ? La diminution de la densité calorique de l'alimentation est une stratégie qui va en ce sens et qui a également attiré l'attention des chercheurs au cours des dernières années.

La densité énergétique d'un aliment correspond au nombre de kilocalories fourni par gramme. Il est important de savoir que les différents macronutriments ne présentent pas tous la même densité énergétique. Ainsi, un gramme de lipides procure neuf kilocalories, contre quatre pour les glucides et les protéines. Des personnes dont l'alimentation comporte des produits de faible densité énergétique absorbent spontanément moins d'énergie que celles dont l'alimentation est composée de denrées de densité énergétique élevée, tout en étant autant rassasiées^{10,11}. Le lien entre la densité énergétique des aliments et l'apport énergétique s'explique en partie par le fait que les gens semblent ingurgiter un poids constant de nourriture jour après jour, plutôt qu'un nombre constant de kilocalories. Une alimentation à faible densité énergétique s'avère ainsi une méthode saine pour favoriser une restriction calorique sans que les gens aient trop l'impression de se restreindre, en raison de la quantité de nourriture qui peut tout de même être appréciable.

Les légumes, les fruits et les produits céréaliers à grains entiers sont, pour la plupart, des aliments à faible densité énergétique (*figure 1*). Par ailleurs, certains nutriments contenus dans ces aliments, tels que les fibres alimentaires et les protéines, peuvent accroître le sentiment de satiété¹² et sont donc propices à la régulation du poids corporel.

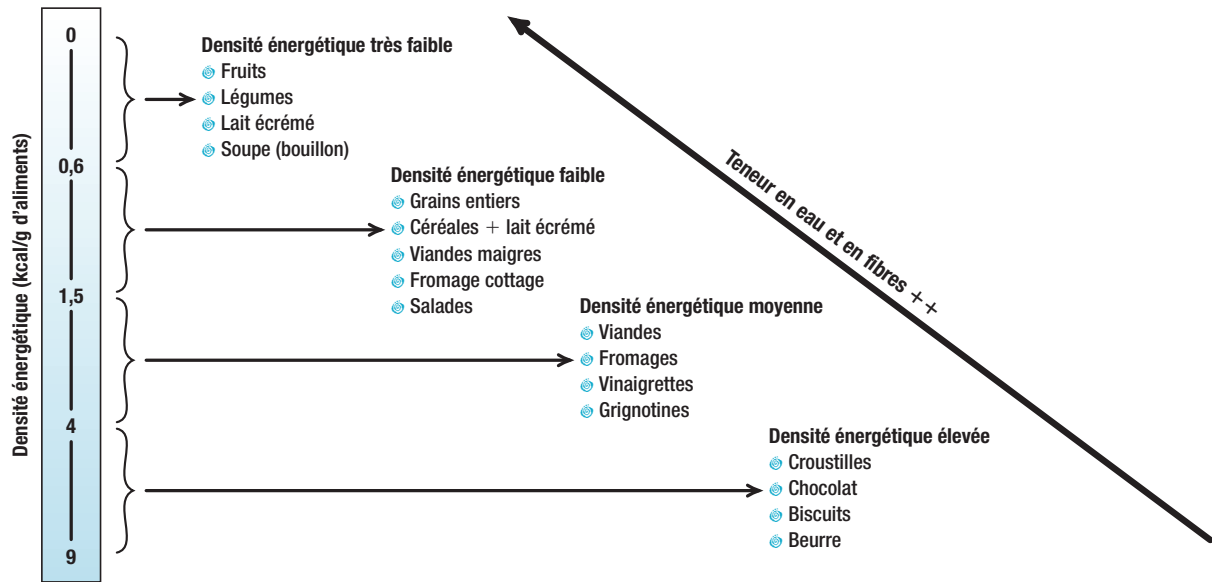
Un outil simple pour favoriser une alimentation à

Pour donner des résultats, un régime amaigrissant doit provoquer un déficit calorique. Ce critère est incontournable. On suggère de viser une restriction calorique modérée (500-1000 kilocalories par jour) qui facilite l'atteinte des apports nutritionnels de référence.

Repère

Figure 1

Densité énergétique de certains aliments usuels



faible densité calorique est celui du modèle de l'assiette santé (figure 2). Selon ce modèle, un repas, comme le souper, devrait contenir 50 % de légumes, 25 % de protéines (viande, poisson ou substituts) et 25 % de féculents (riz ou pâtes, par exemple).

Devant la panoplie de régimes amaigrissants proposés sur le marché, on doit garder la tête froide et retenir qu'une démarche de perte de poids ne devrait pas déroger aux principes de base d'une saine alimentation et que les aliments consommés devraient permettre de respecter les apports nutritionnels de référence et les recommandations du *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*. Il est également utile de rappeler aux personnes qui entreprennent une démarche d'amaigrissement qu'elles ne pourront retourner à leurs anciennes habitudes une fois les kilos envolés, en consommant la même quantité d'énergie qu'auparavant et que ce phénomène est tout à fait normal puisque les besoins énergétiques du corps s'adaptent à la masse à « entretenir ». Ainsi, une per-

sonne dont la masse (c'est-à-dire le poids corporel) est plus faible a besoin de moins d'énergie pour ses dépenses quotidiennes. Et après une perte pondérale, les besoins sont moindres. Or, en consommant la même quantité d'énergie qu'avant l'amaigrissement, un bilan énergétique positif s'établira, ce qui mènera à une reprise des kilos.

Quelles sont les options de rechange aux régimes amaigrissants traditionnels ?

Bien que la perte de poids soit associée à une amélioration de plusieurs facteurs de risque de maladies chroniques, il est possible d'améliorer le profil de santé sans avoir recours à l'amaigrissement. Par exemple, des études ont montré que les personnes sédentaires qui incorporaient l'activité physique à leur mode de vie connaissaient une optimisation de leur tolérance au glucose, de leur profil lipidique et de leur pression artérielle même si elles n'avaient pas perdu de poids¹³.

Des changements d'habitudes alimentaires peuvent améliorer le profil de santé de façon considérable sans avoir d'effets sur la masse corporelle. « Saines habitudes de vie » n'a pas besoin de rimer avec « nombre de calories » !

Repère

Des changements d'habitudes alimentaires peuvent également améliorer le profil de santé de façon considérable sans avoir d'effets sur la masse corporelle¹⁴. Ainsi, compte tenu des difficultés associées à l'amaigrissement et surtout au maintien du poids, il pourrait être plus pertinent pour certaines femmes de miser sur des changements d'habitudes de vie plutôt que sur une perte pondérale à tout prix. « Saines habitudes de vie » n'a pas besoin de rimer avec « nombre de calories » !

Par ailleurs, le succès mitigé de la plupart des méthodes d'amaigrissement courantes a mené au « nouveau paradigme en matière de gestion du poids ». Les approches découlant de ce nouveau paradigme s'inspirent d'une vision différente de celles misant sur la régulation de la masse corporelle et visent à remettre en question la volonté de maigrir à tout prix. Le résultat recherché est l'amélioration de la santé globale.

Le programme *Choisir de maigrir?* constitue une méthode reposant sur le nouveau paradigme en matière de gestion de poids (www.equilibre.ca). Ce programme comporte deux objectifs principaux : mieux comprendre le problème de poids et trouver des moyens permettant de parvenir à une saine maîtrise du poids. Divers thèmes sont abordés en cours d'intervention, comme les motivations à maigrir, l'écoute des signaux de faim et de satiété, l'exploration de l'image corporelle et le développement d'un esprit critique en ce qui a trait aux régimes amaigrissants.

Ce programme se distingue des approches habituelles par le fait qu'aucun régime reposant sur une restriction calorique, une diminution de la grosseur des portions ou l'évitement de certains aliments n'est proposé. Même son de cloche du côté de l'exercice. Aucun n'est prescrit. Les participants sont plutôt amenés à expérimenter différentes activités physiques et à choisir celles qu'ils apprécient. De façon globale, l'accent est donc plutôt mis sur la capacité de chaque personne à se fixer ses propres objectifs. Le programme *Choisir de maigrir?* est actuellement offert dans certains CLSC, hôpitaux, centres de femmes, centres communautaires et certaines cliniques privées et constitue la méthode de régulation du poids ciblée par le Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 intitulé : *Investir pour l'avenir*¹⁵.

Figure 2

Modèle d'assiette santé favorisant une alimentation à faible densité énergétique

L'assiette santé doit contenir 50 % de légumes, 25 % de féculents et 25 % de viande, de poisson ou de substituts.



Source : Élaborée par les nutritionnistes du Groupe Harmonie Santé. Site Internet : <http://harmoniesante.com>. Reproduction autorisée.

REVENONS À LOUISE. On devrait discuter avec elle des différents phénomènes qui peuvent entraîner un gain de poids à la ménopause. Il est difficile de déterminer si une perte pondérale est indiquée et réaliste dans son cas. Conformément aux lignes directrices canadiennes, il faudra faire une analyse approfondie de son profil de risque métabolique, de sa santé psychologique ainsi que de sa motivation et des barrières perçues en ce qui a trait à la perte de poids. Étant donné les échecs répétés de Louise pour maigrir au cours des dernières années, une stratégie visant plutôt une modification des habitudes de vie sans accent sur l'amaigrissement, pourrait être une première intervention à prendre en compte. ☞

Date de réception : le 14 juillet 2009

Date d'acceptation : le 3 août 2009

M^{me} Simone Lemieux n'a déclaré aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

1. Les producteurs laitiers du Canada et Ipsos Reid. Managing a Healthy Weight: Canadian Women Speak Out Largest. Study of Women's

Summary

Nutrition and health at menopause: beyond the scale and calorie count.

Menopausal transition is often accompanied by weight gain, potentially attributable to a decrease of resting metabolic rates and of physical activity, and a small increase of energy intake. Although it is unclear whether hormonal changes, typical of menopausal transition, are responsible for factors inducing body weight gain, they are likely to explain body fat distribution towards the abdomen. In order to achieve weight loss through dietary changes, energy restriction must be induced. A decrease in diet energy density, corresponding to the amount of kilocalories per gram of food, has been shown to facilitate energy restriction, namely because of the high satiating value of a low energy density diet. Weight loss corresponding to five to ten percent of initial weight is sufficient to provide health benefits. Many people engaged in weight loss are not quite as successful at maintaining it. As an alternate strategy, lifestyle intervention aiming towards an improvement of diet quality and an increase of physical activity can be envisaged as they can yield other health benefits.

- Attitudes on Managing Their Weight Ever Released in Canada; 2008.
2. Crawford SL, Casey VA, Avis NE et coll. A longitudinal study of weight and the menopause transition: Results from the Massachusetts Women's Health Study. *Menopause* 2000; 7 (2) : 96-104.
 3. Lovejoy JC, Champagne CM, de Jonge L et coll. Increased visceral fat and decreased energy expenditure during the menopausal transition. *Int J Obes (Lond)* 2008; 32 (6) : 949-58.
 4. Day DS, Gozansky WS, Van Pelt RE et coll. Sex hormone suppression reduces resting energy expenditure and beta-adrenergic support of resting energy expenditure. *J Clin Endocrinol Metab* 2005; 90 (6) : 3312-7.
 5. Lührmann PM, Bender R, Edelmann-Schäfer B et coll. Longitudinal changes in energy expenditure in an elderly German population: a 12-year follow-up. *Eur J Clin Nutr* 2009; Feb 4; [Epub avant la version papier].
 6. Wing RR, Hill JO. Successful weight loss maintenance. *Annu Rev Nutr* 2001; 21 : 323-41.
 7. Dansinger ML, Gleason JA, Griffith JL et coll. Comparison of the Atkins, Ornish, Weight Watchers, and Zone diets for weight loss and heart disease risk reduction: a randomized trial. *JAMA* 2005; 293 (1) : 43-53.
 8. Lau DC, Douketis JT, Morrison KM et coll. 2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children. *CMAJ* 2007; 176 (8) : S1-S13.
 9. Hart KE, Chiovari P. Inhibition of eating behavior: Negative cognitive effects of dieting. *J Clin Psychol* 1998; 54 (4) : 427-30.
 10. Ello-Martin JA, Ledikwe JH, Rolls BJ. The influence of food portion size and energy density on energy intake: implications for weight management. *Am J Clin Nutr* 2005; 82 (1 Suppl.) : 236S-41S.
 11. Ello-Martin JA, Roe LS, Ledikwe JH et coll. Dietary energy density in the treatment of obesity: a year-long trial comparing 2 weight-loss diets. *Am J Clin Nutr* 2007; 85 (6) : 1465-77.
 12. Gerstein DE, Woodward-Lopez G, Evans AE et coll. Clarifying concepts about macronutrients' effects on satiation and satiety. *J Am Diet Assoc* 2004; 104 (7) : 1151-3.
 13. Ross R, Bradshaw AJ. The future of obesity reduction: beyond weight loss. *Nat Rev Endocrinol* 2009; 5 (6) : 319-25.
 14. Esposito K, Marfella R, Ciotola M et coll. Effect of a mediterranean-style diet on endothelial dysfunction and markers of vascular inflammation in the metabolic syndrome: a randomized trial. *J Am Med Assoc* 2004; 292 (12) : 1440-6.
 15. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 – Investir pour l'avenir*. Québec : Le Ministère; 2006.