



ALIMENTATION MEDITERRANEENNE

Dossier de synthèse documentaire

Réalisé par Jean-Luc LEJEUNE, Aikaterini LIVYDIKOU et Maria TEREKHINA

Etudiants en Master 1 Gestion de l'Information et du Document, Université Paris 8

Cours de Recherche d'Information – Année universitaire 2008/2009

Présentation du dossier

La ressource intitulée "Alimentation méditerranéenne" est **un dossier de synthèse documentaire** réalisé par un groupe d'étudiants en **Master 1 Gestion de l'Information et du Document à l'Université Paris 8**, dans le cadre du cours "**Recherche d'information**".

Ce travail est commandité par le **COMité Départemental d'Education à la Santé de l'Essonne (CODES 91)** en vue d'une formation dédiée aux professionnels socio-éducatifs et bénévoles en lien avec les populations en situation précaire, principalement des migrants.

Ce dossier contient les parties suivantes:

Alimentation méditerranéenne en bref : courte présentation de la notion de l'alimentation méditerranéenne qui retrace brièvement l'histoire du concept et l'état actuel des pratiques alimentaires dans la région méditerranéenne et en occident.

Alimentation méditerranéenne: caractéristiques et ingrédients : l'alimentation méditerranéenne dans sa façon d'associer, de préparer et de consommer les aliments ; les ingrédients qui la constituent (céréales et légumineuses, légumes, fruits, huile d'olive, ail, aromates, condiments, épices, viande et poisson, vin rouge), leurs bienfaits et des conseils de préparation.

Alimentation méditerranéenne et santé : les relations entre ce type d'alimentation et les maladies chroniques, telles que le cancer, les maladies cardiovasculaires et l'obésité, leurs causes, les catégories de personnes et les zones géographiques concernées et enfin les conseils préventifs pour les éviter.

Alimentation: comportements et habitudes : divers facteurs d'ordre psychologique, social et économique déterminants les comportements alimentaires de l'homme aujourd'hui, le lien entre l'alimentation et la migration à travers le cas spécifique des populations migrantes en situation précaire en France, et enfin les freins à la consommation de fruits et légumes.

Recettes : quelques recettes de la cuisine méditerranéenne issues de différents pays.

Vocabulaire : les explications des termes techniques et médicaux du domaine de la nutrition.

Bibliographie : les références bibliographiques des ressources exploitées ; les références sont regroupées par parties, chacune des parties ayant sa propre numérotation ; les sources sont citées à l'aide de numéros entre crochets.

Bibliographie générale : les références bibliographiques des ressources annexes.

Liens utiles : une sélection de ressources pouvant aider à approfondir la réflexion.

Table des matières

1. Alimentation méditerranéenne en bref	4
1.1. Histoire du concept.....	5
1.2. Etat actuel	6
2. Alimentation méditerranéenne: caractéristiques et ingrédients.....	8
2.1. Céréales et légumineuses	10
2.2. Légumes	11
2.3. Fruits.....	12
2.4. Huile d'olive	13
2.5. Ail.....	16
2.6. Aromates	20
2.7. Condiments.....	21
2.8. Epices	22
2.9. Fromages frais et yaourts de chèvre et de brebis	23
2.10. Viande et poisson	23
2.11. Vin rouge.....	24
3. Alimentation méditerranéenne et santé	25
3.1. Cancer.....	26
3.2. Maladies cardiovasculaires.....	32
3.3. Obésité.....	39
4. Alimentation: comportements et habitudes	46
4.1. Alimentation et migration	49
4.2. Freins à la consommation : exemple des fruits et légumes	53
5. Recettes.....	56
6. Vocabulaire	67
7. Bibliographie.....	74
8. Bibliographie générale	84
9. Liens utiles	88

1. Alimentation méditerranéenne en bref

La notion d'alimentation méditerranéenne ne se résume pas à un mode d'alimentation propre à un pays ou une population en particulier, mais englobe un très grand nombre de cuisines différentes.

Du point de vue géographique, les limites du bassin méditerranéen sont celles de la culture de l'olivier, autrement dit, la France, l'Espagne, l'Italie, la Grèce, la Turquie, mais aussi la Syrie, l'Israël, le Liban, la Jordanie, l'Égypte et des pays du Maghreb. Ces pays ne partagent pas les mêmes modes de vie, cultures et religions mais certaines caractéristiques communes rapprochent leurs cuisines, notamment une forte consommation de légumes et de fruits variés, frais et secs, de céréales et de légumes secs ; l'emploi de l'huile d'olive comme source principale de matières grasses ; une consommation modérée de viande rouge, compensée par celle des produits de la mer ; une faible consommation de lait et de beurre au profit de fromages frais et de yaourts ; une consommation modérée de vin rouge au cours des repas ; l'utilisation d'herbes et d'aromates.

Sur le plan historique, aucun aliment considéré aujourd'hui comme typiquement méditerranéen n'est issu de la région. A titre d'exemple, les aliments tels que le basilic, le melon, la tomate, le piment et le poivron, sur lesquels repose l'image la plus populaire de la cuisine méditerranéenne, ont été diffusés en Méditerranée seulement au 16^{ème} siècle. La Méditerranée a beaucoup emprunté aux autres régions du monde grâce à une grande diversité de populations qui ont l'ont occupée ou traversée aux cours des siècles [\[13\]](#)

Origine des produits dits méditerranéens [16]	
Amérique	mais, pomme de terre, tomate, poivron, courge
Inde et Asie	sésame, aubergine, concombre, pois chiche, riz, pêche, abricot, agrumes
Proche et Moyen Orient	blé, froment, oignon, ail, vigne, olivier, figuier, agrumes, pois, fèves, mouton, chèvre
Afrique	melon, pastèque

Diversifiée et hétérogène grâce à son histoire, l'alimentation méditerranéenne connaît des variations entre le nord, le sud et l'est et entre les différents pays composant chaque sous-région. Dans le sud, l'alimentation est avant tout végétale (10%, voir moins, de calories d'origine animale), avec les céréales comme base, complétées par des légumineuses. Dans le nord, la ration alimentaire, avec beaucoup de produits animaux, a une structure très proche de celle du modèle occidental, avec seulement plus de poissons et de légumineuses et moins de sucre. La ration des pays balkaniques a une structure intermédiaire entre le nord et le sud : relativement plus riche en produits animaux qu'au sud, elle contient relativement plus de céréales et légumineuses qu'au nord.

Aujourd'hui le terme « alimentation méditerranéenne » est utilisé aussi bien dans les milieux scientifiques que dans le langage courant, avec une connotation toujours positive. Cependant, sa définition peut poser des problèmes car un « concept » sous-entend une unité et une permanence. Certains chercheurs préfèrent parler des « alimentations en Méditerranée », pour souligner la diversité des usages et des pratiques de ce vaste ensemble géographique [\[5\]](#).

1.1. Histoire du concept

L'intérêt pour les effets bénéfiques de l'alimentation méditerranéenne sur la santé remonte aux années 50 avec les observations épidémiologiques réalisées par Ancel Keys, chercheur américain, dans le Sud de l'Italie et en Grèce. Il a remarqué, pour la première fois, une relation entre l'alimentation traditionnelle de ces régions et une espérance de vie parmi les plus fortes au monde et des taux de maladies chroniques, en particulier de maladies coronariennes, parmi les plus faibles.

Une série d'études menées par des nutritionnistes et des épidémiologistes, a été réalisée. Parmi les plus connues, « l'étude des sept pays » initié par Ancel Keys au début des années 60 et qui s'est poursuivie pendant plus de vingt ans en donnant lieu à de nombreuses publications. Cette étude qui concernait la Finlande, la Grèce, l'Italie, le Japon, les Pays-Bas, les Etats-Unis et la Yougoslavie, visait à mettre en relation les caractéristiques alimentaires des rations avec les fréquences de maladies cardiovasculaires. Les résultats de l'étude ont donné des arguments épidémiologiques confirmant cette relation et c'est ainsi que le concept d'alimentation méditerranéenne a fait son apparition.

Dans les années 90, le régime traditionnel observé au début des années 60 dans le Sud de l'Italie, en Crète et dans la plupart des régions de la Grèce (là où étaient enregistrés l'espérance de vie la plus élevée et le taux de maladies chroniques le plus faible) a été choisi parmi les nombreuses variantes de l'alimentation méditerranéenne comme le plus favorable à la santé.

En 1994 les bénéfices de l'alimentation méditerranéenne ont été officiellement reconnus par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Depuis plusieurs années, l'alimentation méditerranéenne suscite un intérêt international et des débats dans les milieux scientifiques. Plusieurs chercheurs travaillent à démontrer la réalité de son lien avec la prévention de la santé. D'autre côté, il y a ceux qui parlent « d'effet de mode »

L'alimentation méditerranéenne fait également l'objet d'un questionnement politique sur la promotion de ce type d'alimentation afin de limiter le coût social des grandes endémies (maladies cardio-vasculaires, certains cancers pour lesquels une forte liaison avec l'alimentation a été démontrée).

1.2. Etat actuel

Aujourd'hui, le régime méditerranéen, devenu une référence mondiale en termes de bénéfices pour la santé et de longévité, est en pleine mutation dans sa zone d'origine. Ce modèle d'alimentation perd son équilibre nutritionnel en se dégradant vers un modèle d'excès avec l'accroissement des quantités consommées et la consommation immodérée de produits animaux [\[7, 16\]](#).

Une étude de FAO (The Food and Agriculture Organization, l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture) montre qu'en espace de 40 ans, la Grèce, l'Italie, l'Espagne, le Portugal, Chypre et Malte ont accru leur apport de calories de 30%. Ces pays, qui étaient plus pauvres que les pays plus au nord, ont utilisé leurs revenus plus élevés pour ajouter un grand nombre de calories issues de la viande et des graisses à un régime alimentaire qui était traditionnellement léger en protéines animales.

D'après la recommandation de l'OMS-FAO les lipides ne doivent pas représenter plus de 30 % de l'apport énergétique journalier total. Mais l'Espagne, la Grèce et l'Italie sont toutes bien au-dessus de cette limite. L'Espagne a enregistré l'augmentation la plus spectaculaire en passant de 25% seulement il y a 40 ans à 40% aujourd'hui.

Une prise plus élevée et une dépense inférieure de calorie ont fait que plus de la moitié des populations italiennes, espagnoles et portugaises sont en surpoids. Les trois quarts de la population grecque sont en surpoids ou obèses ce qui fait de la Grèce le pays membre de l'Union européenne avec l'indice de masse corporelle moyen le plus élevé. Une forte augmentation des calories est également observée dans les régimes alimentaires au Proche-Orient et en Afrique du Nord [\[11\]](#).

Raisons des changements

Ces bouleversements des habitudes de consommation sont dues au changement de l'environnement économique et social des pays méditerranéens .

Le phénomène d'imitation a joué son rôle dans la diffusion du mode de consommation septentrional [\[16\]](#). Dans les années 70 et 80, l'alimentation américaine était considérée comme un modèle, ce qui a bouleversé les comportements alimentaires en Méditerranée. L'entrée des pays méditerranéens dans l'Union Européenne a accéléré ces changements en amenant la transformation des modes de vie et de consommation ainsi que l'industrialisation de la consommation; on en aperçoit les premiers signes en 1975, début de la période probatoire des pays méditerranéens candidats à l'adhésion de la CEE : l'Espagne, la Grèce, le Portugal.

Les changements des modes de vie sont décelables à plusieurs niveaux [\[14\]](#) :

- une décohabitation des membres des foyers : une diminution rapide de la taille des ménages et une augmentation du nombre de personnes vivant seules, or la décohabitation favorise la consommation d'aliments préparés ou servis ;
- la féminisation de la vie économique : le travail des femmes leur laisse moins de temps pour cuisiner (traditionnellement la femme méditerranéenne donne son temps pour assurer une alimentation de qualité à sa famille) ;

- l'aménagement du temps de travail : la généralisation de la journée continue implique la restauration collective ou la restauration rapide qui reproduisent davantage le mode de consommation anglo-saxon que méditerranéen ;
- le développement des supermarchés et le changement des systèmes de commercialisation ;
- l'augmentation des revenus et en réaction un excessif désir d'abondance, en rejetant des produits qui rappellent la période de pauvreté.
- un style de vie beaucoup plus sédentaire, avec moins d'exercice ce qui diminue les besoins en calorie.

Regain du terrain perdu

On peut toutefois espérer un renversement de tendance grâce au phénomène de diffusion au niveau international du mode de consommation méditerranéen. De façon paradoxale, c'est par les pays septentrionaux que le modèle méditerranéen regagne le terrain perdu [12]. En effet, sous l'impulsion du corps médical, plusieurs pays ont multiplié les campagnes d'information donnant le mode de consommation méditerranéen comme modèle. Les Etats-Unis qui ont les plus fortes fréquences des maladies endémiques, présentent la « pyramide méditerranéenne » (des recommandations basées sur la diète des années 1960-70 en Crète et en Italie du Sud) comme modèle de la ration équilibrée. L'Angleterre, l'Australie, la Nouvelle-Zélande ont aussi inscrit la pyramide méditerranéenne dans leurs recommandations alimentaires officielles.

En France, les conseils dispensés par le Programme National Nutrition Santé (PNNS) s'accordent avec la composition de l'alimentation méditerranéenne, en particulier au niveau de la part importante des fruits, des légumes et des céréales.

Au-delà de la promotion des produits, on diffuse surtout des règles de comportements alimentaires : structure de la ration, équilibre entre les composants, fréquence de consommation de chaque type de produits, prises alimentaires et association d'aliments [17].

En attendant, plusieurs pays méditerranéens veulent inscrire le régime méditerranéen sur la liste du Patrimoine Culturel Immatériel de l'UNESCO. En mars 2008, les Ministres espagnols et italiens de l'Agriculture, ont lancé cette initiative dans une déclaration commune. Fin septembre 2008, les délégués permanents devant l'UNESCO d'Espagne, d'Italie, de Grèce et du Maroc ont remis le document final de la candidature de la diète méditerranéenne comme Patrimoine Culturel Immatériel de l'Humanité. L'objectif est de préserver le régime méditerranéen et d'obtenir sa reconnaissance internationale en tant qu'héritage social et culturel, étroitement lié au style de vie des peuples méditerranéens tout au long de leur histoire [3, 4].

Le résultat de l'évaluation de la candidature par l'UNESCO sera connu au cours du second semestre de 2009 [2].

2. Alimentation méditerranéenne: caractéristiques et ingrédients

L'alimentation méditerranéenne est traditionnellement frugale. Cette frugalité n'était pas un choix de sagesse mais plutôt le fruit de la pauvreté résultant des conditions agro-écologiques et économiques défavorables ; jusqu'à la seconde guerre mondiale, la sous-alimentation est restée un phénomène fréquent dans les pays du pourtour méditerranéen.

Un second aspect de l'alimentation méditerranéenne est sa grande diversité : elle est assurée par la variété d'aliments d'un milieu géographique très hétérogène mais aussi par différentes façons de les préparer selon les pratiques culinaires du pays. Les dix aliments communs les plus utilisés sont : les olives, **l'huile d'olive**, **l'ail**, le citron, l'orange, la tomate, le pois chiche, l'aubergine, le fenouil et les poivrons doux.

Les ingrédients de cette alimentation majoritairement d'origine végétale comme **les céréales et les légumineuses**, **les légumes**, et **les fruits** et la manière de les préparer apportent l'essentiel des substances dont le corps a besoin pour se maintenir en bonne santé et donc de prévenir de nombreuses maladies

Vantée par les médias et commercialisée par les acteurs de la filière alimentaire, l'alimentation méditerranéenne peut subir des simplifications outrancières parfois allant jusqu'à la réduire à la seule consommation d'**huile d'olive**. Cependant, les avantages nutritionnels de ce type d'alimentation sont dans une combinaison d'aliments qui constituent la ration alimentaire mais aussi dans une certaine façon de manger, une "culture alimentaire" particulière.

Les caractéristiques fondamentales de l'alimentation méditerranéenne :

- **l'équilibre de la ration énergétique** : avec des disponibilités de 2 700 à 3 500 kcal/jour, la ration est nutritionnellement bien équilibrée car limitée en énergie primaire : 20 % seulement est constituée de produits animaux (contre 40% dans les pays anglo-saxons) ;
- **les céréales et les légumineuses comme l'aliment de base** auquel est associé l'élément qualitatif du repas qui forme l'accompagnement ; l'élément de base connaît des variations selon le pays: les pâtes, le riz et le maïs en Italie; les pois chiche, le riz, les pâtes en Espagne ; les haricots et les châtaignes en Corse; le pain et les pommes de terre en France; les pommes de terre, les pains de seigle et le maïs au Portugal; le blé dur et l'orge en Afrique du nord et au Moyen-Orient; le riz, le froment et les fèves en Egypte ;
- **la domination des végétaux** : de nombreux plats sont composés uniquement de légumes qui sont appréciés pour eux-mêmes et constituent le cœur du repas (tomates, poivrons, courgettes, aubergines, concombres, ...) ; **les légumes** constituent également la base de sauces enrichies à l'huile d'olive et de condiments ; les salades assaisonnées à l'huile d'olive et les fruits sont présents à tous les repas principaux ;
- **une faible consommation de viande rouge** (à l'exception de la viande ovine et caprine) au profit du **poisson** ;
- le lait frais est peu utilisé, mais **les fromages frais et les yaourts de chèvre ou de brebis**, lait fermenté (labneh, raieb, ayran...) sont très présents ; les fromages sont fréquemment mêlés aux plats végétaux ;

- des matières grasses ajoutées sous forme d'**huile d'olive** essentiellement ;
- **les boissons** consommées au cours des repas sont composées de **vin rouge**, souvent coupé d'eau ou de boissons anisées ;
- **une alimentation du plaisir :**
- plaisir gustatif et olfactif à travers des arômes et des saveurs particulières : l'appréciation des goûts acides avec un usage abondant de vinaigre ou de citron ; une large utilisation de **condiments** (l'ail, l'oignon, le persil, le thym, le romarin, la sauge, le laurier, l'olive, la menthe, le basilic, la coriandre fraîche, l'anis, ...), **aromates** et **épices** (le safran, la cannelle, le cumin, la graine de coriandre, le girofle, la muscade ou le gingembre, ...) ;
- plaisir visuel par la composition colorée de l'assiette,
- plaisir de manger sainement pour rester en bonne santé tout en pratiquant les activités les plus difficiles comme l'étaient traditionnellement les travaux dans l'agriculture
- **le respect de la saisonnalité dans le choix des produits :** préférence donnée aux aliments de saison, frais et produits localement ;
- les tomates ne pouvaient être consommés fraîches qu'à la belle saison car en hivers, il n'y en avait plus dans les jardins et les champs,
- le gaspacho en Espagne est consommé froid en été et chaud en hivers,
- les tisanes d'hivers sucrées et épicées s'opposent aux jus de fruits ou boissons à base de lait aigre (leben, labneh) d'été,
- **une grande diversité des techniques culinaires** (bouillir, mijoter, rôtir, griller, frire, à la vapeur) ainsi qu'**une grande diversité des techniques de conservation** (séchage au soleil, salage, fermentation, vinaigre, huile, confits) ;
- **des repas structurés et conviviaux :** le repas jouant un rôle social essentiel, la journée est structurée autour de trois repas principaux obéissant à un certain rituel et consommés sans précipitation et dans la convivialité.

2.1. Céréales et légumineuses

Les vertus des céréales

Aliments	Contient	Recommandations	conseils,
		Bienfaits	cuisine
Céréales complètes	fibres, protéines, vitamines B, minéraux (magnésium mais aussi phosphore, potassium, calcium), oligo-éléments (en particulier le fer) glucides, vitamines B et E,	très pauvres en lipides , les céréales produisent un effet de satiété et permettent d'éviter le grignotage.	Leur pauvreté en lysine (acide aminé essentiel) est facilement compensée par la consommation de légumineuses riches en acides aminés soufrés (cystine, méthionine

Les vertus des légumineuses

Aliments	Contient	Recommandations	conseils,
		Bienfaits	cuisine
Haricot frais	Fibres (pectine, cellulose, lignine), minéraux (potassium calcium et magnésium), oligo-éléments (manganèse, zinc, bore, cuivre, fluor, nickel, iode, cobalt, sélénium), vitamines C, E et B , pro vitamine A.		
légumineuses	protéines (entre 20 et 25%), fibres, minéraux (potassium, calcium, magnésium) et oligo-éléments (fer)	apport moindre en lipides par rapport à la viande ou aux œufs.	Leur déficience en acides aminés soufrés (cystine, méthionine) est facilement compensée par la consommation de céréales
Pois chiche	Protéines, fibres, potassium, magnésium, sels minéraux, vitamine D	qualités énergétiques	Faire tremper plus de douze heures avant une cuisson de 2 heures
Lentille	Fer, sels minéraux , fibres, vitamines B6, B9 , phosphore	Qualités nutritives, Facilite le transit intestinal, facile à digérer, bénéfique en cas d'anémie	Ne pas faire tremper, ne pas cuire trop longtemps

2.2. Légumes

Aliments	Contient	Recommandations	conseils, cuisine
Artichaut	Glucides, potassium, magnésium	Diurétique, fait baisser le taux d'urée, en cas d'insuffisance hépatique	Cuire le moins longtemps possible au four ou à la vapeur. Jeune et frais, peut être consommé cru
Aubergine	Potassium	Anticholesthérol, contient peu de lipides, action diurétique	Les choisir fermes et lourdes, d'une belle couleur
Carotte	Béta carotène, fibres, potassium	Bon pour la vision, régularise le transit, rafraîchit le teint, Lutte contre les entérites, de l'adulte comme du nourrisson, et la constipation	
Champignon	Fibres, minéraux (potassium), oligo-éléments, vitamines B(B2 : riboflavine), D et K	Pauvre en sodium, peut être largement utilisé dans un régime hyposodé	mieux toléré avec une préparation sans trop de matières grasses, une cuisson pas trop longue et un bon mastiquage
Courgette	Potassium, Vitamine C, magnésium	hypocalorique	Les choisir fermes et frais à la peau brillante
Navet	Vitamine C, potassium, fibres	Peu calorique, diurétique, les fanes sont riches en vitamine C, en bêta-carotène et folates, régularise le transit intestinal	Le choisir lisse et lourd, cuire le moins possible, peut être consommé cru ou cuit
Oignon	minéraux et oligo-éléments (soufre), oligo-éléments (sélénium, manganèse, cobalt, fluor, molybdène), vitamine C , fibres (celluloses, hémicelluloses, pectines et autres substances colloïdales)	L'équilibre, entre des fibres de nature différente, rend l'oignon, cuit doucement laxatif, et bien supporté par les intestins. relativement rare, le sélénium, favorise les défenses immunitaires et s'avère essentiel dans la lutte contre le vieillissement cellulaire; le manganèse est un activateur de nombreuses enzymes et un régulateur des neuro-transmetteurs cérébraux, le cobalt est un anti-anémique le fluor,	Le soufre est notamment responsable de la saveur et de l'odeur typiques de l'oignon. Sa teneur en Vitamine C explique son rôle d'aliment anti-scorbutique joué autrefois pour les marins

Aliments	Contient	Recommandations	conseils, cuisine
		Bienfaits nécessaire au bon état des dents et des os	
Tomate	Potassium, caroténoïde, vitamine A, B, C, E, fibres, sels minéraux	Facilite le transit intestinal, action sur les radicaux libres, faible apport calorique, alcalinisant,	Consommer bien mures, fermes avec une belle couleur

2.3. Fruits

Aliment	Contient	Recommandations
		Bienfaits
Abricot	Fibres (pectine, cellulose, hémicellulose), acide malique (70%), acide citrique, provitamine A, minéraux (potassium, fer, phosphore, magnésium, calcium), oligo-éléments (cuivre, manganèse, zinc, molybdène)	
Amande	Protéines, lipides surtout insaturés	Lutte contre le mauvais cholestérol, régularise le transit intestinal
Datte sèche	Minéraux (potassium, calcium, magnésium, fer) et oligo-éléments (cuivre, zinc, manganèse), de fibres insolubles, (cellulose et hémicelluloses).	fruit hautement énergétique
Figue	Fibres (57%de fibres insolubles) minéraux (Potassium surtout), oligo-élément (fer)	
Grenade	Vitamine C, B3, B5, B6 minéraux (potassium, phosphore, calcium), oligo-éléments (fer, zinc, manganèse et cuivre), acide citrique et malique	équilibre harmonieux entre glucides et acides ,
Melon	Vitamine C, A	Maladies dégénératives, stimule les fonctions rénales
Orange et autres agrumes	Vitamine C, A, potassium, calcium	Pallier les carences vitaminiques l'hivers, peu calorique, tonique, reminéralisant, digeste, légèrement laxatif et diurétique
pastèque	Eau, sels minéraux, Vitamine C	Qualités rafraîchissantes et désaltérantes, dépurative , favorise l'élimination des déchets de l'organisme
pêche	Acide citrique, acide malique (à maturité), vitamine B3, B5, E, provitamine A, minéraux (potassium, fer phosphore,	

Aliment	Contient	Recommandations
	magnésium, calcium), Fibres (pectine, cellulose, hémicellulose),	Bienfaits
Raisin	Glucides, potassium, sels minéraux, flavoïdes	Propriétés énergétiques et reminéralisantes, neutralise les radicaux libres,

2.4. Huile d'olive

Les vertus de l'huile d'olive

L'huile d'olive est la principale source de graisses de la cuisine méditerranéenne.

Les premiers oliviers sont apparus sur le sol de la Turquie.

L'huile d'olive est depuis longtemps l'ingrédient le plus commun, le plus connu et le plus reconnu de l'alimentation méditerranéenne.

Plus de 750 millions d'oliviers sont cultivés dans le monde entier, dont 95% dans la seule région méditerranéenne. La majeure partie de la production mondiale est en Europe du sud, en Afrique du Nord et au Moyen-Orient. 93% de la production européenne, vient d'Espagne, d'Italie et de Grèce. La Grèce consacre 60% de son territoire à la culture des oliviers. C'est le premier pays pour la production d'olives noires et pour la variété de type d'olives. La Grèce est aussi le premier pays consommateur d'huile d'olive par habitant : plus de 26 litres par an. Ce fait peut justifier les chiffres beaucoup plus faibles en Grèce concernant les effets des maladies cardiovasculaires et cérébrales.

Il est d'usage de classer l'huile d'olive en deux grandes catégories :

- l'huile d'olive vierge, c'est-à-dire, l'huile produit par des moyens naturels sans traitement chimique.
- l'huile d'olive raffinée, c'est-à-dire, une huile qui a été modifiée chimiquement pour neutraliser sa goût fort ainsi que son acidité. Du fait qu'elle est raffinée, elle est généralement considérée comme une huile de moindre qualité.

Histoire de l'huile d'olive

L'histoire de l'olivier se confond avec celle de la Méditerranée, le peuple grec lui ayant par le passé attribué une origine divine. Retour sur l'histoire d'un arbre aux cent variétés, vieux de plusieurs milliers d'années :

La légende raconte que l'olivier n'est autre que le fruit d'une querelle entre Athéna, déesse de la sagesse et Poséidon, dieu de la mer, voulant tous deux être placés à la tête de la plus grande ville de Grèce. Afin de les départager, Zeus leur demanda de faire chacun le cadeau qu'ils pensaient le plus utile à l'humanité et les hommes les départageraient en choisissant le don le plus utile. Poséidon brandit son trident et fit jaillir d'un rocher un cheval magnifique pouvant

porter cavalier et armes, traîner des chars et faire gagner des batailles. De son côté, Athéna se pencha sur un morceau de terre et, en le touchant, fit sortir un arbre à la vie éternelle permettant de nourrir, soigner les blessures et les rhumes. Cet arbre ainsi sorti du sol, l'olivier, fut déclaré " le don le plus utile à l'humanité " et Athéna obtint ainsi la protection de la ville qui porte encore son nom : " Athènes ".

Homère l'appelait " l'or liquide ". En Grèce ancienne, les athlètes l'appliquaient comme un onguent sur leur corps comme rituel. L'huile d'olive était plus qu'un aliment pour les peuples de la Méditerranée : c'était un médicament et une source infinie de fascination et de merveille, une fontaine de richesse et de pouvoir. L'olivier, symbole d'abondance, de gloire et de paix, a fourni ses branches foliées pour couronner les victorieux de jeux pacifiques ou de guerres atroces et l'huile de son fruit a huilé les caractères les plus nobles de l'histoire. Des couronnes faites de branches d'oliviers chargés d'olives, comme emblème de bénédiction et de purification, étaient offerts aux dieux et aux personnages puissants.

La culture de l'olive a des racines anciennes. Des vestiges fossilisés de l'ancêtre de l'olivier datant de vingt millions d'années, furent trouvés près de Livourne en Italie. La culture actuelle n'a probablement été mise en place que dans le 5ème siècle avant J-C. Les olives furent d'abord cultivées dans l'est de la Méditerranée puis ils se sont répandus progressivement vers l'ouest. Depuis 5000 avant J-C jusqu'au 1400 avant J-C, la culture de l'olive s'est répandue en Crète, en Syrie, en Palestine et en Israël. Dès lors, la collaboration commerciale et l'application de nouvelles connaissances, l'ont emportée au sud de la Turquie, en Chypre et en Égypte. Jusqu'en 1500 avant J-C, la Grèce (et notamment Mycènes) était la zone la plus cultivée. Avec l'expansion des colonies grecques, la culture de l'olivier s'est étendue jusqu'au sud de l'Italie et au nord de l'Afrique pendant le huitième siècle avant J-C, et a atteint ensuite le sud de la France. Des oliviers furent plantés dans l'ensemble du bassin méditerranéen pendant l'invasion romaine. Par leur comportement très colonisateur les romains ont modifié les techniques de production des pays colonisés : tout territoire conquis devait cultiver la vigne et l'olivier, Ils ont ainsi marqué ainsi les limites de leur pouvoir. Sur le territoire des Juifs, le roi Salomon et le roi David ont imposé massivement la culture de l'olivier : le roi David avait même des gardiens qui surveillaient les lieux de manutention d'olives, en assurant ainsi la sécurité des oliviers et leur huile précieuse.

Les oliviers dominaient dans la campagne grecque rocailleuse et ils sont devenus les colonnes de la société grecque ; ils étaient si sacrés que si quelqu'un en coupait un, il était condamné à mort ou il était exilé. Dans la Grèce antique et dans la Rome ancienne, l'huile d'olive était une matière première de grande importance : des bateaux sophistiqués étaient spécialement construits afin de la transporter de la Grèce vers des ports de commerce de la Méditerranée.

La croyance selon laquelle l'huile d'olive attribuait de la force et de la jeunesse était à l'époque très répandue. En Égypte, Grèce et Rome anciennes, on l'infusait avec des fleurs et des herbes pour produire aussi bien des médicaments que des cosmétiques ; une liste fut découverte à Mycènes, qui énumérait les aromatiques (du fenouil, du sésame, de la capucine, de la menthe, de la sauge, de la rose) qui étaient ajoutés pour la préparation des onguents.

Les oliviers ont une résistance titanique et une puissance qui les rend presque immortels. Malgré des hivers rudes et des étés brûlants, malgré les mutilations, ils continuent à grandir. Un climat tempéré, caractérisé par des étés chauds et des hivers pluvieux, favorise plusieurs récoltes.

Production et consommation mondiale

Pays	Production (2005)	Consommation (2005)	Consommation par habitant par an (kg)
Espagne	36%	20%	13.62
Italie	25%	30%	12.35
Grèce	18%	9%	23.7
Tunisie	8%	2%	11.1
Turquie	5%	2%	1.2
Syrie	4%	3%	6
Maroc	3%	2%	1.8
Portugal	1%	2%	7.1
États Unis	0%	8%	0.56
France	0%	4%	1.34
Liban	0%	3%	1.18

Espagne, Italie et Grèce sont les premiers producteurs et les plus gros consommateurs mondiaux.. La France en produit très peu à l'échelle mondiale.

Composition

L'huile d'olive est principalement constituée d'acide oléique , d'acide palmitique et d'autres acides dits acides gras (dont saturés 8-14%, monoinsaturés 55-83% et polyinsaturés 4-20%). Cet aliment est riche aussi en composés phénoliques. L'huile d'olive contient naturellement un ensemble de composés dont la Vitamine E et la bêta-carotène aux propriétés puissantes antioxydantes, ce qui lui donne un goût amer. Sa composition varie selon le processus agricole utilisé, la région, l'altitude, la période de moissonnage et le processus d'extraction.

Effet sur la santé humaine

Des indices issus d'études épidémiologiques suggèrent qu'une proportion élevée de lipides mono-in saturés dans l'alimentation réduit le risque de maladies cardiovasculaires. L'huile d'olive, qui est très riche en acides gras insaturés notamment en acide oléique, présente cet intérêt majeur,. Les maladies cardiovasculaires ont plusieurs causes : le tabagisme, le cholestérol élevé, le diabète, l'hypertension artérielle. En ce qui concerne les trois dernières, les acides gras saturés en sont la cause la plus importante. Les acides gras saturés sont étroitement liés à l'artériosclérose et donc aux problèmes circulatoires qui aboutissent finalement aux maladies cardiovasculaires. Certaines études ont montré que les régimes alimentaires riches en acides gras saturés (lait, fromage, beurre, viande, lard, etc.) augmentent les possibilités de contracter les maladies du cœur et les maladies cérébrales. En 2003 une méta-analyse publiée dans *American Journal of Clinical Nutrition* a conclu que le fait que les régimes riches en acides gras saturés, affectent négativement le cholestérol sont avant-coureur d'un attaque cardiaque ou d'autres maladies cardiovasculaires.

L'huile d'olive est une huile plus conseillée pour la friture au même titre que les autres huiles comme les huiles de tournesol, soja et maïs. La friture est une technique de cuisine caractéristique des pays méditerranéens. Dès l'antiquité, elle a été utilisée. Selon des études récentes, la consommation des aliments frits est bénéfique pour l'organisme notamment du point de vue physiologique. Ainsi la friture s'est répandue dans des pays où cette façon de

cuisiner n'était pas connue. De la température de l'huile ainsi que de la façon avec laquelle l'huile a été frite dépend que les aliments frits seront ou non facilement digérés. Des études réalisées d'une part sur des individus sains et d'autre part sur des individus ayant des problèmes gastriques (maladie de la gastrite, de l'ulcère, du foie et de la bile) ont montré qu'il n'y a aucune relation entre les aliments frits à l'huile d'olive et ces maladies : l'huile d'olive dans des conditions adéquates de température, ne subit aucune modification substantielle dans sa structure et conserve mieux que les autres huiles ses propriétés diététiques, non seulement grâce à la présence des antioxydants mais également pour sa richesse en acide oléique. Elle a un point de fumée élevé (210°), nettement supérieur à la température idéale de friture des aliments (180°). Les graisses comme l'huile de maïs et le beurre, caractérisées par des points critiques inférieurs, se dégradent à cette température et produisent alors des substances toxiques.

Autre avantage de l'huile d'olive : la formation d'une couche à la surface de l'aliment qui empêche l'huile de pénétrer dans l'aliment et lui donne un goût meilleur. Les aliments frits dans l'huile d'olive ont donc une teneur en graisse inférieure à celle des aliments frits avec d'autres huiles, ce qui en fait la matière grasse la plus recommandée pour le contrôle de l'obésité. L'huile d'olive est ainsi la plus adéquate et la plus légère pour les fritures. Elle peut être aussi utilisée plusieurs fois sans perdre ses valeurs nutritionnelles. Sa digestibilité ne subit aucune modification, même lorsque l'on fait plusieurs fritures.

2.5. Ail

L'ail, un aliment médicament

Récolté en France de juin à juillet selon les régions, l'ail est une plante bulbeuse vivace de la famille des liliacées. L'ail est cultivé dans le monde entier en raison de sa faible sensibilité au climat. En 2004, la production mondiale était d'environ 4, 5 millions de tonnes, la chine et l'Inde étant les premiers producteurs mondiaux.

Description et utilisation

Formée d'une douzaine de gousses (ou caïeux), le bulbe est recouvert d'une pelure blanche. Commercialisée sous forme de filet, de tresse ou de botte, les bulbes de 40 à 140 g, de couleur violette, blanche ou rose, se conservent plusieurs mois dans un milieu sombre et sec.

Traditionnellement utilisée surtout dans les pays méditerranéens, l'ail est cuisinée crue ou cuite pour ses vertus culinaires et notamment son goût piquant, alliacé et relevé ainsi que son odeur.

Ses propriétés *dépuratives, digestives, expectorantes, diurétiques* sont traditionnellement utilisées par ces peuples méditerranéens.

Origine et utilisation dans l'histoire

L'ail (ou *Allium Sativum*) est originaire, il y a plus de 5000 ans, des plaines à l'est de la mer Caspienne. Appelé. Selon les pays, Aglio, Ahlo, Ajo, Allium, Garlic, Knoblanck, Tsoum, ou Vitoolk, il tient son nom de l'anglais gar-leac qui signifie plante douce.

Les égyptiens l'utilisaient comme remède *roboratif* et il faisait partie de la ration quotidienne des ouvriers qui ont construit la pyramide de Gizeh

Pour se doper, les lutteurs grecs mâchaient des gousses crues avant leurs combats.

Les soldats romains, eux aussi, l'utilisaient comme fortifiant pendant leur campagne.

Il servait d'*antiseptique* et de *vermifuge* au Moyen Age.

Pendant la première guerre mondiale, l'Angleterre l'utilisait comme cataplasme pour prévenir l'infection des plaies et pendant la deuxième guerre mondiale, on l'appelait la pénicilline russe en raison du choix du gouvernement russe qui l'utilisait pour soigner ses soldats.

Après la deuxième guerre mondiale les laboratoires Sandoz ont fabriqué un composé d'ail pour les spasmes intestinaux.

Les rôles *prophylactiques* et *curatifs* de l'ail

Les travaux scientifiques sur ce thème sont nombreux mais les mécanismes mis en jeu dans les effets protecteurs sont encore mal connus.

L'ail est, avec l'oignon, une des rares plantes qui contient du sélénium, un *oligoélément* dont la teneur est non négligeable. Sa présence ainsi que celle du zinc et du cuivre font de l'ail un antidote naturel. En effet, l'organisme utilise ces oligoéléments comme *antioxydants* pour combattre les *radicaux libres*, ces dangereuses molécules impliquées dans les maladies les plus graves

Prévention contre les infections

Une étude sur 146 personnes en 2001 a apporté les preuves préliminaires que l'ail possédait le pouvoir de lutter contre le rhume. Cette étude a montré pour la moitié des participants ayant absorbé un extrait d'ail, le risque d'attraper un rhume était moindre. De plus quand ils attrapaient un rhume, ils se rétablissaient plus rapidement par rapport au groupe placebo.

Plusieurs études ont montré que l'ail pouvait jouer un rôle stimulant sur le système immunitaire par l'augmentation de la production des cellules tueuses qui détruisent les cellules invasives et cancéreuses. Des maladies bénignes comme le rhume mais aussi plus graves comme le cancer pourraient être ainsi évitées.

Des patients atteints du SIDA ont du fait de leur maladie, de graves carences en cellules tueuses. Une **étude** a montré que après avoir reçu régulièrement de l'extrait d'ail vieilli, la teneur en ces cellules tueuses était revenue à un niveau normal

- **Rôle diurétique**

Le rapport Sodium/potassium étant élevé ainsi que la présence de *fructosane* font de l'ail un aliment ayant des vertus *diurétiques*.

- **Amélioration des problèmes respiratoires**

La présence dans l'ail de 33 composés soufrés confère à cet aliment une action contre les maladies respiratoires par réduction des *mucosités*. De plus le principal composé bioactif de l'ail est *l'allicine*. Elle apparaît seulement quand il est écrasé, par transformation de *l'alliine*. Or *l'allicine* contient de la silice, du soufre et de l'iode qui sont d'excellents désinfectants surtout au niveau pulmonaire

- **Role anti allergique**

Selon de récentes études japonaises, l'ail possède un effet antiallergique particulièrement puissant : des extraits d'ail diminuent de plus de 90 % la réponse cellulaire après exposition à un *allergène*.

- **Rôle anti-inflammatoire**

Une **étude** menée sur les joueurs d'une équipe de football a permis de démontrer que la consommation d'ail avait permis une réduction de l'utilisation des *anti-inflammatoires*

- **Protection du foie**

Une étude a montré que l'ail pouvait protéger les tissus du foie des lésions causées par une dangereuse toxine présente dans la fumée de cigarette, la viande grillée, les gaz d'échappement des voitures, le **benz-(a)-pyrène**.

Des chercheurs de **l'université John Moore de Liverpool** ont montré qu'un extrait d'ail vieilli protégeait les cellules du foie des effets néfastes de l'exposition à un *sédatif*, le **phénobarbitol** et un solvant industriel le **bromobenzène**. Ensemble, ils provoquent la génération d'une puissante toxine du foie qui cause des lésions sur ses tissus. Ainsi ces chercheurs ont constaté que l'ail pouvait être *hépatoprotecteur* face à des produits chimiques et/ou des médicaments.

D'autres études scientifiques ont montré que l'extrait d'ail vieilli pouvait protéger les tissus du foie des effets néfastes des *alfatoxines*.

- **Rôle préventif sur le système cardio-vasculaire**

Rôle sur l'hypertension

La **prostaglandine PGA 1**, contenue dans l'ail, est capable d'abaisser la pression sanguine de l'animal de laboratoire. Des résultats analogues sont attendus, chez l'homme par une consommation quotidienne d'ail.

Rôle sur le cholestérol et l'athérosclérose

Selon les études les plus récentes, la consommation d'une gousse d'ail cru par jour (soit environ 3 grammes) permettrait d'obtenir un abaissement significatif -de l'ordre de 20 %- du taux du *cholestérol* sanguin, et particulièrement du «mauvais» cholestérol LDL. L'ail inhibe ainsi la prolifération cellulaire à l'origine des premières lésions limitant, par là même, l'agrégation *plaquettaire* et les risques d'*athérosclérose* et la formation de caillots indésirables.

Une étude sur des sujets ayant consommés de l'extrait d'ail vieilli pendant 16 semaines a montré une réduction significative des *triglycérides* eux aussi responsables des maladies cardiovasculaires lorsqu'ils sont trop nombreux.

Une autre étude n'aboutit toutefois pas à une conclusion favorable au traitement à base d'ail,

- **Rôle anti cancer**

Les *radicaux libres* s'exercent aussi sur les protéines des chromosomes, sanctuaire du code génétique dont la dégradation fait le nid de nombreux cancers. 12 études épidémiologiques réalisées en Chine, Italie et États Unis ont montré les effets anticancéreux de l'ail. Une alimentation riche en ail diminue le risque du cancer du colon.

Les habitants de la province de Gang Shang en Chine, qui consommaient 20g ou plus d'ail par jour ont un taux de cancer 13 fois plus faible que celui des habitants d'une autre province qui n'en absorbaient qu'1 g par jour. L'étude des femmes de l'Iowa a mis en évidence les effets protecteurs de l'ail contre le cancer du colon: 41387 femmes âgées de 55 à 69 ans ont mangé une à plusieurs portions d'ail par semaine pendant 5 ans. On a constaté une baisse de 35% du risque de cancer du colon par rapport à un groupe placebo.

Des études expérimentales sur cultures cellulaires montrent que l'ail bloque la croissance des tumeurs.

- **Rôle anti vieillissement**

Les radicaux libres sont aussi impliqués dans le vieillissement prématuré de l'organisme : vieillissement des articulations (*l'arthrose*), de l'aorte (durcissement des parois réduit), du cerveau (*Alzheimer*), de l'œil (cataracte), de l'appareil respiratoire (emphysème). L'action préventive de l'ail est là encore reconnue.

- **Quelques effets négatifs**

les appareils digestifs fragiles peuvent rencontrés des difficultés lors de la digestion :

- brûlures d'estomac
- vomissement,
- diarrhée,
- éruption cutanée,
- toux.

L'absorption d'ail cru induit une forte haleine qui peut être mal supportée dans l'environnement familial ou professionnel. C'est le germe du bulbe qui en est le principal responsable.

Toutefois des études ont montré que l'ail ne doit pas forcément être mangé cru ou frais pour être efficace et son odeur puissante n'est pas indispensable à son activité bénéfique.

Conclusion

Les études scientifiques menées sur l'ail sont très prometteuses du point de vue des effets bénéfiques pour la santé. Ainsi, ces effets sont généralement prouvés in vitro ou chez l'animal. Toutefois, il est toujours hasardeux d'extrapoler des résultats obtenus in vitro à l'organisme entier.

Une abondante littérature en atteste, aussi bien chez l'animal que chez l'homme, il ne fait pratiquement aucun doute que l'ail a des propriétés *antioxydantes*. Il reste à déterminer quels sont les composés spécifiques à l'origine de ces effets et à comprendre comment les mettre à profit dans diverses situations physio pathologiques.

Toutefois, bien des propriétés thérapeutiques bien connues de la plupart des utilisateurs méditerranéens, sont en cours d'étude.

La consommation régulière d'ail constitue, de toute façon, une excellente prévention pour de nombreuses maladies et notamment les maladies cardiovasculaires.

2.6. Aromates

Les vertus des aromates

Aromates	Vertus	Cuisine, appétit, digestion
Romarin	Diurétique. En gargarisme, il soulage les aphtes, les maux de gorge et gencives irritées	Digestif, Excellent aromate de l'agneau, du porc du poissons ou des pommes de terre, fait partie du « bouquet garni »
Thym	Antiseptique, tonifiant, anti-inflammatoire, prévention des rhumes, allergies. En inhalation, il dégage les voies respiratoires, En gargarisme, il combat la mauvaise haleine.	Parfume les plats, facilite la digestion des plats lourds et copieux. Utiliser le matin à jeun, il prévient les infections, fait partie du « bouquet garni »
Sauge	Anti-inflammatoire, cicatrisante, antiseptique. En décoction, il soulage les aphtes, les maux de gorge et gencives irritées	Se marie très bien avec les poissons, les farces, le rôti de porc. Vin de sauge

2.7. Condiments

Les vertus des condiments

Aromates, condiments, épices	Vertus	Cuisine, appétit, digestion
Ail	Voir partie Ail	Voir recette Ail
Anis	anti-spasmodique. diurétique	Soigne les digestions difficiles (aérophagie, ballonnements, nausées), utilisé dans les potages, salades crudités, confiseries,
Basilic	Tranquillisant naturel	Propriétés digestives, aromate reconnu pour relever les tomates et les pâtes alimentaires
Coriandre fraîche	Stimulant stomachique et carminatif et digestive	Parfume les bouillons les salades et les sauces. Relents d'écorce d'oranger, saveur douce, un peu sucrée
Laurier	L'huile de laurier possède une action antiseptique , antibactérienne. A une action anti-spasmodique.	Stimule l'appétit, elle peut être associée à des soupes, aux ratatouilles, pommes de terre, ragoûts,
Menthe	antiseptique	Apporte une fraîcheur, Parfume le thé, propriétés digestives
Oignon	Voir légumes et ail	
Origan	drainant	Très bon digestif, il est utilisé dans les plats à la tomate, les pizzas, les soupes, salades ou tisanes.
Persil *	Riche en vitamine C (action antiscorbutique) et A, riche en calcium, fer et phosphore, diurétique , contre les troubles menstruels, tonifiant, améliore la mauvaise haleine	Stimulent digestif, ouvre l'appétit, fait partie du « bouquet garni »
Piment *	Antiseptique, dilate les vaisseaux sanguins et diminue la pression sanguine, Utilisable en	Favorise l'augmentation de salive et améliore la digestion, brûlant, âcre

	cataplasme contre les contusions, anti-parasitaire, expectorant, échauffant	
Poivre *	Diurétique, , tonique, stimulant, antibactérien, active la sécrétion gastrique et aide à la digestion	Rehausseur de goût, ouvre l'appétit, saveur piquante

2.8. Epices

Les vertus des épices

épices	Vertus	Cuisine, appétit, digestion
Cannelle	Anti- diarrhétique, astringente	Stimulante, utilisée dans les desserts et le vin chaud
coriandre en graine	Stimulant stomachique et carminatif et digestive	Parfume les bouillons les salades et les sauces. Relents d'écorce d'oranger, saveur douce, un peu sucrée
Cumin	Carminatif , combat la paresse intestinale	Stimulante et digestive, saveur amer et piquante, parfume les grillages d'agneau, couscous, ras-el-hanout
Gingembre	Riche en vitamine A et B. Action contre les maux d'estomac, soulage les nausées matinales, calmant	Propriétés digestives, aphrodisiaques, saveur légèrement sucrée, citronnée et piquante, utilisé dans certaines boissons (thé, bière, boissons gazeuses) incorporer aux viandes, dans les mets sucrés,
Girofle (clou de)	Antiseptique, analgésique, tonique gastro-intestinal, anti-inflammatoire et antalgique , anesthésiant local (Soins dentaires), son huile est recommandée contre les infections urinaires pour ses vertus antibactériennes	Combat la mauvaise haleine et prévient les infections dentaires
Muscade	Puissant tonique, combat toutes les manifestations d'atonie physique Analgésique, Antiseptique,	Propriétés digestives et stimulantes, utilisée dans les purées, les soufflés, saveur sucrée, léger goût un peu camphré

épices	Vertus	Cuisine, appétit, digestion
	Aphrodisiaque, Carminatif,	
Safran	sédatif	Propriétés digestives, saveur un peu amer

2.9. Fromages frais et yaourts de chèvre et de brebis

Les vertus des fromages frais et yaourts de chèvre et de brebis

Aliments	Contient	Recommandations
Fromages et yaourts de chèvre et de brebis	plus du double de vitamine A que le lait de vache, davantage de vitamine C et quatre fois plus de vitamine D. protéines, calcium et phosphore	les protéines doivent être pauvres en graisses, ce qui implique la limitation de la consommation des produits laitiers de vache qui contiennent trop de graisses.

2.10. Viande et poisson

Les apports et les inconvénients de la viande

Aliment	Contient	Recommandations
viande	protéines, des lipides, vitamines B et des minéraux (fer, zinc, sélénium), riche en acides gras saturés	L'excès de consommation de protéines et de lipides de la viande favorisent l'apparition de maladies cardiovasculaires comme l'artériosclérose, hyperlipémie , l'infarctus ou les thromboses mais aussi de surpoids et d'obésités. Les protéines doivent être pauvres en graisses, ce qui implique la consommation réduite de viandes rouges et de charcuterie et la limitation des produits laitiers de vache qui contiennent trop de graisses.

Les vertus du poisson

Aliment	Contient	Recommandations
poisson	protéines, riche en phosphore, potassium, vitamine A, D et B et en iode , pauvre en graisse Certains poissons gras renforcent l'organisme en oméga 3	pour la même quantité de protéines apportée par la viande, le poisson contient moins de lipides. Par contre, il est pauvre en calcium et en vitamine C.

2.11. Vin rouge

Les vertus du vin rouge

Aliment	Contient	Recommandations
Vin rouge	antioxydants naturels : tanins , flavonoïdes , mais surtout OPC (Oligomères ProCyanolidiques), polyphénols (en particulier par le resvératol)	Les antioxydants protègent les parois des vaisseaux, diminuent leur perméabilité et ont une action favorable sur le taux de cholestérol Le paradoxe français : une faible consommation de vin rouge est suffisante pour obtenir une protection contre les maladies coronariennes. L'alcool doit être consommé avec modération.

3. Alimentation méditerranéenne et santé

L'évolution déjà rapide des pratiques alimentaires, due à l'industrialisation, à l'urbanisation, au développement économique et à la globalisation du marché, s'est encore accélérée pendant la dernière décennie. Ceci a eu un impact significatif sur la santé et le statut nutritionnel des populations, en particulier dans les pays en voie de développement. Tandis que les standards de vie évoluaient, la disponibilité des aliments s'est répandue et est devenue plus diversifiée du fait de l'augmentation de l'accès aux services. Les conséquences négatives de ces modes de vie ont été des habitudes alimentaires inappropriées, une activité physique très insuffisante, un usage croissant du tabac et une augmentation des maladies chroniques notamment dans les milieux socialement défavorisés.

Les changements dans l'économie de la nourriture mondiale ont eu des répercussions sur les habitudes alimentaires comme la consommation croissante de produits alimentaires gras et notamment en acide gras saturé.

Ces mauvaises habitudes associées à des activités plus sédentaires, à l'utilisation croissante de la voiture pour le moindre déplacement, les gadgets qui aident toujours à ne pas dépenser de l'énergie chez soi, les tâches au travail qui sont toujours manuelles et le temps libre qui est notamment consacré en activités qui ne demandent pas un effort physique.

A cause de ces changements, des maladies chroniques telles l'obésité, les diabètes, les maladies cardiovasculaires, l'hypertension artérielle et les attaques cérébrales, sont devenues les causes d'une mortalité prématurée beaucoup plus dans les pays développés que dans les pays en voie de développement, imposant encore plus aux sociétés une augmentation des budgets nationaux pour la santé, déjà surchargés.

Le nombre des maladies chroniques est en augmentation autour du globe. Il a été en effet calculé que en 2001, les maladies chroniques ont contribué pour presque 60% d'un total de 56,5 millions des cas de décès recensés dans le monde et presque 46% des maladies globalement. Malheureusement cette proportion devrait encore augmenter pour atteindre 57% jusqu'en 2020. Presque la moitié de la totalité des maladies chroniques sont dues aux maladies cardiovasculaires. Les chiffres sur l'obésité et le diabète sont aussi tout à fait inquiétants, non seulement parce qu'ils affectent déjà une large proportion de la population, mais aussi parce qu'ils apparaissent désormais plus tôt en âge dans la vie humaine.

En ce qui concerne la recherche effectuée dans cette partie, elle a été effectuée en utilisant des mots clés "neutres" comme par exemple "obésité et nutrition" ou bien "cancer et prévention". Dans les résultats obtenus, il y avait toujours des articles qui parlaient et recommandaient une alimentation de type méditerranéen pour prévenir ces maladies. En effectuant une petite recherche sur le sujet, on peut voir que l'alimentation méditerranéenne est beaucoup consultée par les scientifiques. Il n'est pas par hasard qu'elle a été reconnue officiellement par l'OMS comme la meilleure pour garder une bonne santé. C'est vrai que d'autres cuisines aussi ont les mêmes résultats que celle méditerranéenne comme c'est la cuisine chinoise et celle japonaise. Ici on a choisi de traiter la cuisine méditerranéenne parce que elle est beaucoup plus proche à nos cultures, vu qu'elle partage des ingrédients pareilles que les cuisines de l'Europe, un fait qui se passe pas avec la cuisine chinoise ou celle japonaise pour lesquelles, on a d'habitude du mal à trouver les aliments pertinents.

3.1. Cancer

Cancer est un terme général appliqué à un grand groupe de maladies qui peuvent toucher n'importe quelle partie de l'organisme. L'une de ses caractéristiques est la prolifération rapide de cellules anormales qui peuvent essaimer dans d'autres organes, formant ce qu'on appelle des métastases. De nombreux cancers peuvent être prévenus en évitant les principaux facteurs de risque, comme le tabagisme. Un nombre significatif de cancers peuvent être soignés par la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie surtout s'ils sont détectés suffisamment tôt. [12] Plus de 70% des décès à cause du cancer, ont lieu dans les pays à revenus bas et moyens. Les 5 types de cancer les plus communs globalement chez l'homme sont (dans l'ordre de fréquence) : cancer des poumons, de l'estomac, du foie, du rectum et de l'oesophage. Chez la femme les 5 types de cancer les plus communs sont : du sein, des poumons, de l'estomac, du rectum et le cancer cervical.

Causes

Plus de 30% des cancers pourraient être prévenus, par l'abstention du tabac, en suivant un régime sain, en étant actif physiquement et en prévenant des infections qui peuvent causer le cancer. La consommation de tabac, d'alcool, la consommation faible de fruits et des légumes et les infections chroniques originaires de l'hépatite B et de l'hépatite C, sont les causes primordiales d'incidence de cancer aux pays à revenus bas et moyens. Dans les pays développés, la consommation d'alcool, de tabac et l'obésité ou le surpoids, sont les majeurs facteurs de risque. Selon une étude internationale du 2005 effectuée par une collaboration entre des cancer experts, plus d'un 30% des cancer pourraient être prévenus en modifiant ou en évitant des facteurs de risque qui sont considérés les plus importants :

- le tabagisme
- être obèse ou avoir de surpoids
- faible consommation de fruits et de légumes
- inactivité physique
- consommation d'alcool
- infections sexuellement transmissibles
- pollution de l'air urbaine

(OMS), [40], [41], [42]

Pendant les derniers 30 ans, 250 études ont été réalisées pour examiner la relation entre le cancer et la consommation de végétaux : le 80% d'elles ont trouvé un effet protecteur important. Les fruits et les légumes ne sont pas une source très riche d'énergie mais ils peuvent contribuer généreusement en fibres, plusieurs vitamines et autre agents actifs. [63]

La consommation chronique d'alcool est un facteur de risque très important pour le cancer du pharynx, du larynx et de l'oesophage. En plus, l'alcool augmente le risque du cancer du rectum et du sein. Des études montrent clairement que l'ingestion de tout type de boisson alcoolique, est associée avec un risque de cancer élevé. Mais l'association entre l'éthanol et le cancer n'est pas encore bien établie parce que l'éthanol lui même, n'est pas cancérigène. La cirrhose du foie est aussi une condition precancérogène. [49]

C'est aussi l'équilibre entre l'énergie dépensée et l'énergie stockée qui est un facteur de risque clé pour lutter contre le cancer. La consommation de la restauration rapide a augmenté 15 fois dans les dernières 2 décennies aux E.U. Le type des aliments offerts aux fast-foods (les grandes portions, les plats denses en énergie, cuits avec des températures trop élevées, les graisses contenues dans la viande et les frites, les boissons sucrées et les desserts) sont recommandés par le [9]/[10] comme un type de nutrition à absolument éviter pour prévenir les cancers qui ont une relation avec la nutrition. [44]

Une association positive a été trouvée entre une grande consommation de viande rouge et le cancer du colon et une association inverse a été trouvée entre une grande consommation de poisson et du même type de cancer. Mais il est très intéressant de souligner que le cancer du colon et du rectum n'était pas associé avec la consommation de volaille. L'association était aussi plus forte entre la consommation de viande rouge procédée que la viande rouge non procédée. [40]

Un 50% de l'incidence de cancer et un 35% des cas de décès à cause du cancer aux E.U., représentés par le cancer du sein, du prostate, du pancréas, de l'endométriite et du colon, sont associés avec la nutrition de type «occidentale». Pour achever une diminution des chiffres de cancer il faut réduire les calories et la graisse. La dernière devrait occuper le 20% ou moins des calories par jour et les fibres devraient toucher 25-35 g par jour. Mais l'Europe n'est pas la seule à devoir lutter massivement contre le cancer : en Asie le cancer de l'estomac est une maladie très répandue à cause des aliments trop salés quand les habitudes alimentaires du Japon donnent leur place à un type d'alimentation plutôt occidentale, un fait qui a provoqué aussi une épidémie de cancers de type occidental. C'est une forte preuve que l'alimentation occidentale est fortement liée avec les types de cancer qu'on trouve à l'Amérique du Nord. [45]

Le cancer aux poumons est la première raison de mortalité à cause du cancer en Europe en 2006 et la majorité écrasante est due au tabagisme. Le cancer du colon est le deuxième type de cancer le plus mortel pour les deux sexes. La modification diététique, l'activité physique augmentée et l'évitement de l'obésité peuvent réduire la mortalité à cause du cancer du colon. [46] Un exemple très représentatif c'est la comparaison des esquimaux et des japonais avec le reste du monde : les esquimaux qui consomment du poisson et de la viande provenant de mammifères marins riches en omega-3, et les pêcheurs japonais, qui ont la consommation de poisson la plus élevée per capita au monde, ont des taux de cancer du sein et du colon très modérés, malgré le fait qu'ils consomment aussi des grandes quantités de graisses. [47]

Un autre exemple assez représentatif qui prouve l'importance de la modification nutritionnelle est la comparaison des Islandais avec les Hongrois : l'Hongrie et l'Islande sont deux pays qui présentent des taux de tabagisme très élevés. Mais les hongrois sont beaucoup plus touchés par le cancer aux poumons (3,4 fois en plus) que les islandais probablement grâce au fait que les derniers consomment beaucoup plus de poisson. [48] Des études épidémiologiques pendant les deux dernières décennies ont démontré le rôle protecteur du poisson contre le développement du cancer du sein aussi. [56]

Le cancer du sein est la première cause de décès chez la femme en Europe. Une diminution importante avait été constatée au début des années '90 grâce à la détection rapide et au traitement pertinent, mais cette diminution a été constatée plutôt chez la femme jeune et à cause du vieillissement de la population européenne, les chiffres de mortalité à cause du cancer du sein sont encore en augmentation. Des incidences et une mortalité plus élevée est

observée à l'Europe de l'Est, probablement à cause d'une faible aisance et d'une alimentation pauvre en fruits et en légumes frais. [\[46\]](#)

Dans l'Europe on voit des différents gradients de cancers : En Italie et en Espagne, l'incidence de cancer du sein est plus atténuée que dans le Nord Amérique et le Nord Europe. Les grecques, dont le 42% de la consommation quotidienne d'énergie est constituée de gras provenant notamment de l'huile d'olive, ont beaucoup moins de possibilités d'être touchées par le cancer du sein que les femmes aux Etats Unis. [\[47\]](#)

Comme pour toutes les autres maladies, pour le cancer aussi, les couches sociales les plus faibles sont le plus touchées. Des études ont montré la variation socioéconomique d'incidence de cancer. Les couches sociales les moins aisées ont un accès aux services médicaux plus restreint, une connaissance faible pour la prévention du cancer, ils sont stigmatisés par la société dans laquelle ils vivent à cause du cancer et ils ont une communication pas efficace avec les médecins. Des autres études ont aussi montré que les femmes des couches sociales les plus faibles ont du mal à reconnaître les signes du cancer du sein quand les femmes qui vivent dans des quartiers plus aisés, peuvent les reconnaître plus facilement grâce à l'éducation qu'elles ont reçu de spécialistes. Les plus aisés, sont aussi mieux guidés vers une alimentation plus saine pour leur corps que les moins aisés. [\[50\]](#)

En fait le tabagisme, la consommation excessive d'alcool et la sédentarité sont plutôt observés chez les couches sociales moyennes et basses [\[51\]](#) quand les personnes qui consomment plus de fruits et de légumes sont généralement plus âgées, plus prospères, consomment plus de suppléments de vitamines et sont plus actives physiquement. [\[52\]](#) Selon une étude effectuée en Europe, les personnes qui consommaient plus de viande rouge étaient aussi plus probables de fumer quand les personnes qui en consommaient moins, fumaient plus rarement. Aussi les personnes qui consommaient plus de viande rouge élaborée, consommaient moins de fruits et de légumes que les personnes qui ne consommaient pas ce type de viande. [\[53\]](#) [\[54\]](#)

Selon une étude effectuée au Canada, les obèses et ceux qui ont de surpoids, ont un risque plus élevé de 34 et 9% respectivement de présenter tout type de cancer en comparaison avec des individus avec un IMC* inférieur à 25 kg/m². L'obésité est un problème très répandu mais aussi modifiable. La prévention ou la réduction de cette maladie aurait un impacte très grand pour la santé publique. [\[55\]](#) Il faut aussi donner de l'importance au fait que les premières expériences dans la vie d'une personne lui accompagnent pendant le reste de sa vie. Il est crucial donc d'éduquer les enfants à garder leur poids, à être actifs physiquement et à manger sainement pour qu'ils continuent à agir de la même manière dans l'avenir. [\[44\]](#)

Conseils

Les quatre règles de **la Ligue Nationale Contre le Cancer** [\[11\]](#) (LNCC) :

1. plus de fruits et de légumes !
2. moins de viande et moins de graisses animales, mais plus de poisson
3. moins de sel
4. moins d'alcool

Notre profil génétique n'a pas changé pendant les derniers 10.000 ans quand des changements importants ont eu lieu en ce qui concerne le stockage de la nourriture, l'activité physique et la dépense d'énergie. [\[56\]](#) Les résultats de Seven Countries Study et de Lyon Heart Study

montrent qu'une nutrition « paléolithique » comme celle crétoise qui est équilibrée en [oméga-6](#) et en [omega-3](#) et riche en [vitamine C](#) et [E](#) est plus associée avec des taux diminués de maladies cardiovasculaires et de cancer que quelconque type de nutrition ou d'intervention pharmaceutique. [\[56\]](#)

Des études épidémiologiques sur la consommation de viande rouge et le cancer supportent l'association avec le risque de développer du cancer au colon ou au rectum. Cette association a été plus forte pour la consommation de viande rouge et de viande élaborée ; pour une consommation de 80 g par jour le risque est augmenté de 25 et de 67% respectivement. En plus, l'huile d'olive, dans le contexte d'un régime Méditerranéen est associé avec un risque plus faible de développer ce type de cancer. [\[63\]](#)

Les preuves sont probantes : les régimes riches en légumes et fruits, protègent contre les cancers de la bouche et du pharynx, de l'oesophage, de l'estomac, du colon et du rectum, du pancréas, des poumons, du cou et du sein. Une consommation de 400-600 g ou plus par jour de fruits et de légumes, peuvent eux mêmes, affaiblir l'incidence de cancer par, au moins, 20% [\[42\]](#) avec les fruits ayant une puissance encore plus forte que les légumes. Les scientifiques recommandent d'augmenter la consommation de fruits et de légumes pour une diminution du cancer du colon. Même une augmentation modérée de ces aliments chez les personnes qui ne consomment que 2 portions par jour, peut avoir des avantages importants. [\[62\]](#)

Les ingrédients clés des fruits et des légumes sont les phytochimiques lesquels agissent dans différents niveaux contre la formation de tumeurs malignes et qui se trouvent dans des aliments comme l'ail, le gingembre, le soja, l'oignon, les tomates, les végétaux crucifères, le chillie, le thé vert, le vin rouge et l'huile d'olive. Ces phytochimiques sont largement présents dans la nutrition des populations qui présentent des taux de cancers très faibles. [\[57\]](#) L'ail, l'oignon, et la ciboulette, sont particulièrement puissants et peuvent protéger du cancer de l'estomac, du colon et du rectum et de la prostate. [\[43\]](#) La consommation modérée d'oignon peut protéger contre le cancer du colon et du rectum, du larynx et de l'ovaire. Mais la consommation exagérée d'un aliment n'est jamais conseillée : la consommation exagérée d'oignon a des résultats inverses : ça peut causer du cancer de la bouche et de l'oesophage. En ce qui concerne l'ail, une consommation aussi modérée peut aider à la lutte contre le cancer du rectum et du colon. L'oignon et l'ail devraient être considérés comme des marqueurs d'une alimentation saine. En fait, dans la cuisine italienne, l'oignon et l'ail sont d'habitude cuisinés en combinaison avec des tomates et de l'huile d'olive pour préparer des salades et des sauces pour les pâtes ; certaines études ont montré que la « collaboration » de l'ail avec la tomate pourraient avoir une action préventive contre le cancer. [\[58\]](#)

L'alimentation méditerranéenne est connue pour sa richesse en aliments végétaux. La cuisine grecque et notamment celle crétoise, est basée sur les plantes sauvages. Les plantes sauvages sont riches en [omega-3](#) et en [antioxydants](#). Le pourpier est une plante largement consommée : elle est riche en [vitamine E](#), [vitamine C](#) et en autres ingrédients. En Grèce le pourpier est consommé frais ou dans des soupes et dans des omelettes avec de la volaille pendant les mois d'hiver. Le pourpier sec est utilisé dans des tartes de légumes ou comme une boisson chaude pour le mal à la gorge ou aux oreilles. Il est fortement recommandé pour les femmes enceintes et pour les personnes diabétiques. [\[56\]](#)

Des éléments aussi reconnus comme protecteurs sont le vin rouge et le thé. En ce qui concerne le thé, les scientifiques soutiennent que ses [polyphénols](#) ont une activité

anticancérogène (soit pour le thé noir que vert). [45] En ce qui concerne le vin rouge, sa consommation modérée est conseillée par les nutritionnistes. Les français, en comparaison avec les américains, présentent des taux de cancer beaucoup plus atténués même s'ils consomment beaucoup de fromage, du beurre, des sauces à la base de la crème fraîche et d'autres aliments riches en énergie et en graisses. Il paraît que l'élément protecteur dans leur alimentation est le vin rouge d'habitude consommé avec les repas. [57]

La [vitamine D](#) joue aussi un rôle protecteur : elle est formée principalement avec l'exposition au soleil. Même une exposition occasionnelle du visage, des mains et des bras peut créer une grande quantité de [vitamine D](#). L'exposition au soleil a été constatée d'avoir un effet protecteur contre le cancer de la prostate et du sein. Mais il faut rappeler aussi que l'exposition excessive au soleil est nuisible pour la peau et peut très bien causer d'autres types de cancer comme le cancer de la peau.

Les divers [caroténoïdes](#), et notamment la [lycopène](#) peut protéger particulièrement du cancer de la prostate. La source principale de [lycopène](#) est la tomate, cuite ou crue. [43]

C'est vrai que les légumes et les fruits ne sont pas le premier choix de gens et notamment des enfants quand on parle de goût. Mais il est très important pour l'éducation nutritionnelle d'une personne de la guider dès son enfance à apprécier une grande gamme d'aliments et de goûts et de la guider loin des aliments salés, sucrés et de la viande de type « fast-food ». La sélection de bons aliments et la fréquence des repas pendant la journée, sont des habitudes alimentaires qui peuvent être apprises très tôt dans la vie par la routine de la famille et qui accompagneront l'enfant dans sa vie adulte. Il faut aussi lui encourager à adopter une activité physique intense pendant son temps libre. [44] Les personnes qui n'ont pas été actives pendant leur enfance, ont continué à être sédentaires pendant leur vie adulte aussi et l'obésité et le surpoids ont été constamment associés avec plusieurs types de cancer. La consommation excessive d'aliments est un des facteurs de risque les plus importants pour développer une tumeur maligne. Il a été estimé que l'obésité et le surpoids sont responsables pour le 14% des décès causés par le cancer chez l'homme et pour le 20% chez la femme. Plus de 90.000 de décès à cause du cancer par an pourraient être évités si la population adulte gardait une pesance normale (IMC* <25). [43]

Il est donc important que la prévention de cancer à vie commence même avant la conception : les mères devraient garder une grosseur pas excessive et les pratiques alimentaires introduites tôt dans la vie, comme l'absence d'allaitement et la consommation des aliments solides à sa place, peuvent signaler une obésité dans la vie adulte. Le respect pour la cuisine traditionnelle et ses combinaisons des aliments, est un coefficient essentiel pour garder une diététique salubre. [44]

Les graisses diététiques jouent aussi un rôle important et indépendant pour le cancer et notamment pour celui du sein. Il a été suggéré que les [acides gras poly-insaturés](#) peuvent être nuisibles. Des études ont montré que les graisses monoinsaturées sous la forme d'huile d'olive peuvent être protecteurs pour la santé. Selon une étude effectuée en Espagne, un pays où l'huile d'olive est largement consommée, les cas de cancer du sein sont relativement faibles. Des associations similaires ont été constatées pour la Grèce et l'Italie aussi. [60]

La consommation de céréales, de soja, et de noix, et de poisson, a été prouvée comme protectrice contre le cancer de la prostate. La mortalité à cause du cancer de la prostate est augmentée par la consommation de graisses d'animaux mais pas par ceux végétaux.

L'alimentation occidentale est riche en énergie, graisses d'animaux et de viande mais faible en légumes, produits de soja et autre noix. [\[61\]](#)

En fin on pourrait conclure, basés sur les données qu'on a, en proposant une alimentation avec les caractéristiques suivantes :

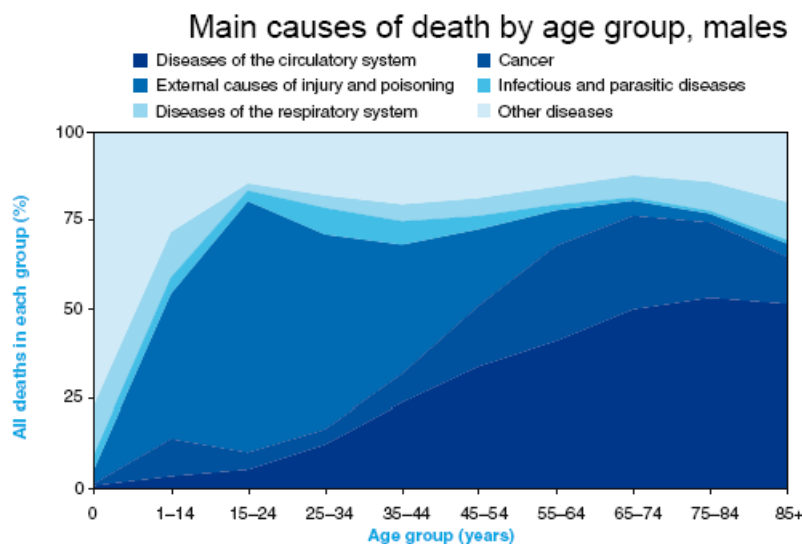
- 10 ou plus portions de légumes par jour,
- 4 ou plus de portions de fruits par jour,
- riche en fibres,
- pas de sucre raffiné,
- pas de farine raffinée,
- faible en graisses mais ayant les acides gras nécessaires,
- pas de viande rouge,
- un équilibre en [omega 3](#) et [omega 6](#),
- riche en [acide folique](#) (légumes verts),
- exposition au soleil adéquate pour la vitamine D,
- très riche en [antioxydants](#) et [phytochimiques](#) ([carotène](#), [vitamine C](#), [vitamine E](#)),
- très riche en chlorophylle. [\[43\]](#)

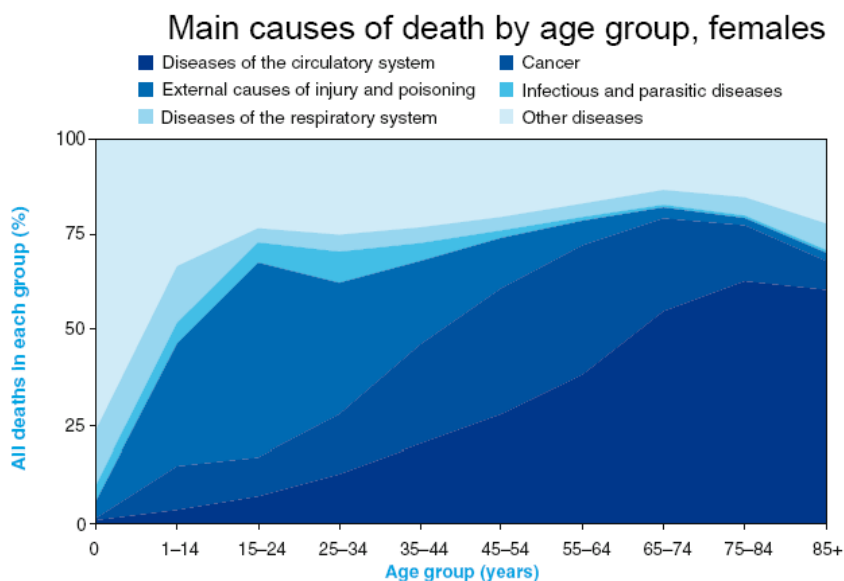
3.2. Maladies cardiovasculaires

Les maladies cardiovasculaires sont causées par des désordres du sang et des vaisseaux sanguins et elles incluent les attaques cardiaques, les attaques cérébraux. Les causes les plus répandues des maladies cardiovasculaires sont le tabagisme, la sédentarité et l'alimentation insalubre. [4]

Selon l'OMS, les maladies du système circulatoire sont la raison principale des décès globalement. C'est important de mentionner qu'aux Etats-Unis, l'ischémie myocardique tue une plus grande partie de la population que les divers types de cancer. Le rapport de l'OMS "World Health Statistics 2008" [64], présente des statistiques inquiétantes pour le prochains 30 ans : en 2004 l'ischémie myocardique était la première cause des décès globalement, occupant le 12.2%. Dans les prochains 3 décennies elle continuera à en être la première raison mais avec un pourcentage encore plus élevé qui touchera le 14.2%.

C'était dans les années '60 que la remarquable longévité des peuples méditerranéens a déclenché l'intérêt des médecins à étudier leurs habitudes alimentaires. Aujourd'hui, les maladies cardiovasculaires et notamment l'athérosclérose, sont strictement liées aux habitudes alimentaires de l'individu. L'athérosclérose est caractérisée par le rétrécissement et le durcissement progressif des artères. Ca se passe naturellement en vieillissant, mais pour le 80%-90% des cas il y a d'autres raisons qui aident au progrès plus rapide de cette maladie comme c'est le tabagisme, la consommation d'alcool, le pression élevée, le cholestérol, l'obésité, la sédentarité, les régimes qui sont nuisibles pour la santé et les facteurs socio-économiques [65]. C'est pas nécessaire de développer une maladie cardiovasculaire si on pratique une des ces raisons qui aident au développement de ces maladies, mais le plus on les pratique, le plus les probabilités s'augmentent. [6]



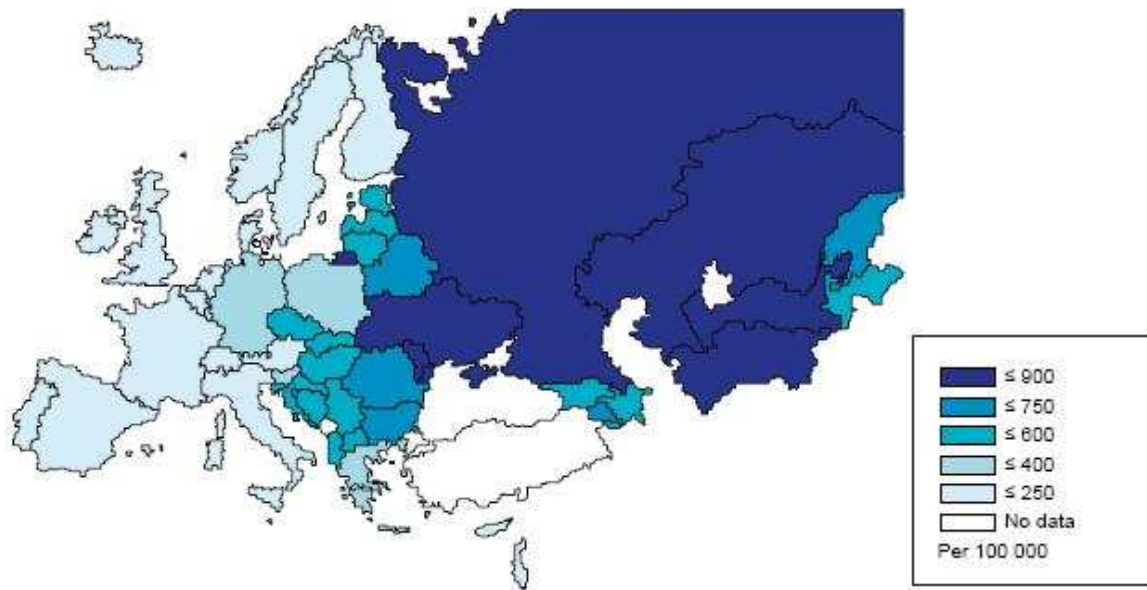


[66]

De ces deux graphiques, on constate tout d'abord que les maladies du système circulatoire sont la cause primaire de décès même pour les hommes (premier graphique) que pour les femmes (deuxième graphique). La seule différence entre les hommes et les femmes c'est le fait que les hommes affrontent cette maladie plus tôt dans la vie, mais les femmes marquent une mortalité plus élevée que les hommes. Selon ces deux graphiques, la première cause de décès ce sont les maladies du système circulatoire, la deuxième c'est le cancer et les autres causes qui suivent sont les blessures et les empoisonnements, les maladies infectieuses et parasitiques, les maladies du système respiratoire et autres.

En Europe, le 55% des décès des femmes est dû aux maladies cardiovasculaires. Malheureusement, ce fait est sous-estimé à cause de la conviction répandue que les femmes ont une protection contre les maladies cardiovasculaires plus forte que les hommes. Ce qui n'est pas bien clarifié c'est que dans la période pendant laquelle les femmes sont fertiles, elles ont un risque de maladies cardiaques, plus atténué que les hommes. Mais cette protection, recule après la ménopause, laissant les femmes vulnérables au développement de diverses maladies du système circulatoire. [18]

Le graphique suivant, nous donne une idée du quels pays européens sont les plus influencés par les maladies du système circulatoire



[66]

De ce graphique on constate que les pays de l'Europe de l'est, sont les pays les plus influencés par cette maladie "moderne". On peut aussi constater que ce ne sont pas seulement les pays méditerranéens qui sont les moins influencés, mais ce sont plutôt les pays "occidentales". On voit par exemple que la Grèce présente plus de cas de cette maladie que la Suède ou la Grande Bretagne qui ne sont pas des pays méditerranéens. Selon l'Atlas des Maladies Cardiovasculaires et des Attaques Cardiaques de l'OMS [65] les trois pays qui présentent les chiffres les plus élevés des maladies cardiovasculaires sont l'Inde en première place, la Chine à la deuxième et la Fédération Russe à la troisième. Le 60% des cas globalement sont observés dans les pays qui sont en voie de développement.

Les causes

Un problème très répandu aujourd'hui est le syndrome métabolique (ou syndrome X) : il est strictement lié à l'athérosclérose et constitue un risque élevé de développer des maladies cardiovasculaires. Ses origines sont diverses : l'obésité, la sédentarité en combinaison avec une alimentation nuisible. L'adoption d'une alimentation de type méditerranéen peut prévenir des maladies cardiovasculaires chez les souffrants du syndrome métabolique. [21] Notamment l'obésité et le surpoids ont des conséquences graves sur la santé. En fait, plus une personne prend du poids plus il est probable qu'elle souffrira de maladies cardiovasculaires et d'attaques cérébrales. Si chacun gardait son poids optimal, les maladies cardiovasculaires baisseraient de 25% et les attaques cérébrales de 35%. [22] La consommation exagérée de sel aussi est un des facteurs de risque pour développer une maladie cardiovasculaire. En 1985 l'OMS a recommandé que la quantité journalière de sel ne devrait pas dépasser les 5 grammes. Malgré cette recommandation, trop peu de pays ont adopté des politiques incitant à une baisse de la consommation de sel. Dans les pays de culture occidentale, le sel consommé pendant la journée vient du pain et d'aliments raffinés et seulement une proportion très petite vient d'un ajout dans la cuisine ou dans l'assiette. [23]

Mais outre que les causes nutritionnelles de développement d'une maladie cardiaque, il y a aussi la sédentarité et le stress psychologique. En ce qui concerne la sédentarité, des études épidémiologiques ont montré qu'une activité physique réduite est concomitante avec des

possibilités plus nombreuses de développer des maladies cardiaques. L'activité physique réduit la lourdeur, la tension sanguine, améliore le fonctionnement cardiaque et la santé cardiorespiratoire. Un bénéfice crucial aussi de l'activité physique est le renforcement du système immunitaire : les "cellules tueuses naturelles" se prolifèrent avec l'activité physique et leurs capacités à lutter contre le cancer sont augmentées. [24]

Les personnes concernées

Il est bien connu que dans plusieurs pays industrialisés la mortalité due aux maladies cardiovasculaires est plus élevée dans les couches sociales les moins favorisées (les couches sociales se déterminent par rapport au niveau d'éducation, la classe d'occupation et le niveau des revenus). Il semble que les inégalités en ce qui concerne la mortalité due aux maladies cardiovasculaires, sont plus marquées dans les pays nordiques que dans les pays du Sud Europe. Ces inégalités sont plus évidentes encore dans les pays où les inégalités dues au tabagisme et à la consommation d'alcool excessive sont elles aussi élevées. La consommation d'alcool et le tabagisme sont plus élevés dans les couches socioéconomiques les plus faibles au Nord d'Europe que dans celles du Sud. [19]

Des études relativement récentes ont montré que les taux des maladies cardiovasculaires chez les 35-44 ans, sont encore relativement bas au Sud d'Europe et notamment en France, en Italie et en Espagne. Mais ils sont aussi relativement bas dans des pays avec des taux de maladies cardiovasculaires traditionnellement élevés comme la Finlande. [20]

Le diabète touche davantage les femmes que les hommes quand l'obésité est plus rependue chez les hommes de moins de 45 ans. Les femmes sont généralement touchées par l'obésité après cette âge. [18]

Conseils

Qu'est-ce qui rend l'alimentation méditerranéenne si unique et pourquoi est-elle fréquemment conseillée par les scientifiques aux patients qui souffrent des maladies cardiovasculaires?

La majorité écrasante des études réalisées sur les maladies cardiovasculaires indiquent l'exigence d'un retour vers une alimentation qui comprend une grande consommation de fruits et de légumes, une consommation modérée de viande et d'alcool et vers une activité physique. Ainsi, une modification de la nutrition est cruciale pour la prévention des maladies cardiovasculaires en diminuant les gras consommés et en augmentant l'activité physique. [27] Aujourd'hui la nutrition comme un moyen de thérapie médicale, est considérée comme un traitement de haut qualité. De plus, il est moins coûteux. Des recherches ont indiqué que ce type de thérapie pratiquée par un diététicien professionnel, diminue généralement les visites chez le docteur et les admissions aux hôpitaux. [28]

Beaucoup d'études épidémiologiques ont démontré le rôle protecteur d'un régime riche en fruits et légumes, contre le développement et le progrès des maladies cardiovasculaires, la raison primordiale des décès globalement. L'inactivité physique et les régimes nocifs pour la santé, contribuent à ces conditions. Aujourd'hui on connaît bien que les fruits et les légumes sont des aliments salubres qu'il faut consommer plusieurs fois par jour, mais les scientifiques ne connaissent pas encore exactement comment leurs ingrédients (les [phytochimiques](#)) agissent sur le corps. [25] On peut seulement dire avec sûreté que la consommation journalière de plusieurs portions de produits végétales, est une façon pour prévenir et pour

confronter les maladies cardiaques ([American Heart Association](#)). Il y a des preuves disponibles qui indiquent que les individus qui consomment plus de fruits et des légumes, ont d'habitude un risque atténué de développer des maladies cardiovasculaires, inclusivement l'hypertension, l'obésité et le diabète de type 2 [26] Quelques phytochimiques très connus pour leur bénéfices pour la santé humaine sont la [lycopène](#), le [β-carotène](#), la [vitamine C](#), les acides gras essentiels. Ce sont les [phytochimiques](#) qui amènent les scientifiques à toujours conseiller de consommer des fruits et des légumes pour prévenir une maladie cardiaque.

Malheureusement, d'habitude les personnes qui veulent maigrir ou garder leur poids au lieu de suivre une alimentation équilibrée, essaient de diminuer, voir supprimer, les produits gras de leur alimentation. L'idée que les produits gras (en général) sont mauvais pour la santé et qu'ils font grossir, est très répandue. Mais la vérité c'est qu'il y a plusieurs types d'acides gras et certains d'entre eux sont même indispensables pour une alimentation équilibrée. Un régime sain et recommandé est caractérisé par : une petite consommation d'[acides gras saturés](#) (moins de 10% de l'énergie journalière), une petite consommation d'[acides gras trans](#) (moins de 2% de l'énergie journalière), au moins 4% d'énergie en [acide linoléique](#) (2 grammes par jour) et 200 mg par jour d'[oméga 3](#). Une huile idéale pour la prise de gras indispensable, est l'huile de colza. Grâce au fait que l'huile de colza a une concentration basse en [acides gras saturés](#), elle est considérée comme l'huile la plus efficace pour la réduction du cholestérol. Des études au Canada, en Finlande, en Suède et aux Etats-Unis ont montré que l'huile de colza est bien l'huile la plus efficace. L'huile d'olive a aussi été présentée comme une huile qui réduit le cholestérol, mais la réduction était plus faible. [29] Comme mentionné précédemment, les [oméga 3](#) sont des éléments toujours proposés par les nutritionnistes et les médecins pour maintenir la bonne santé du coeur. Le consensus entre les scientifiques est que même une consommation très modérée de poisson apporte des bénéfices sur la santé et ces bénéfices sont dépendants de la quantité d'acides gras du poisson. [30]

Le poisson donc, est une source naturelle importante d'acides gras [oméga 3](#) qui aident au bon fonctionnement du coeur. Par ailleurs, le mécanisme exact de ces acides n'est pas encore bien connu mais ils ont des actions bien connus au niveau du coeur comme les effets antiarythmique, antithrombine, antiathérosclérotique, anti-inflammatoire, ils baissent la pression sanguine et la concentration des triglycérides. Selon l'[American Heart Association](#) les personnes qui n'ont jamais souffert d'une maladie cardiaque, consomment une variété de poissons (notamment de poissons gras) au moins deux fois par semaine et des aliments et des huiles riches en acide linoléique. [31]

Cette recommandation provient des résultats de la recherche DART (Diet and Reinfarction Trial) lesquels ont montré une diminution de 30% de mortalité causée par des maladies cardiovasculaires chez les personnes qui consommaient du poisson au moins 2 fois par semaine. L'[acide gras polyinsaturé](#) rend la membrane des cellules du muscle cardiaque plus résistant aux arythmies. La cuisine asiatique végétarienne et celle méditerranéenne ont une abondance en poisson et ainsi une grand quantité en [acides linoléiques](#) et en acides gras n-3. [32], [33]

Un autre point auquel les scientifiques sont en accord est la consommation élevée de grains, de fruits et de légumes, la consommation faible d'acides gras saturés, un exercice physique modéré et une consommation discrète de vin rouge avec le repas. L'ensemble de ces pratiques semblent être associées à un risque diminué de développer des maladies cardiaques, certains types de cancer et peut être la maladie d'Alzheimer. [34] Une grande étude réalisée aux Etats-Unis de 1971-1975 (First Nation Health and Nutrition Examinaion Survey Epidemiologic

Follow-up Study) sur 9608 adultes âgés de 25-74 ans a montré qu'une consommation égale ou supérieure à 3 portions de fruits et légumes par jour est concomitante avec une atténuation de 27% d'attaques cérébrales, en comparaison avec une consommation égale ou inférieure à une portion. [35] Ce sont les [antioxydants](#) naturels présents dans les fruits et légumes qui jouent en rôle protecteur : ils peuvent atténuer la dégradation oxydative des molécules LDL et ralentir la progression de l'athérosclérose. C'est une variété d'[antioxydants](#) qui ont ces attributs : le carotène, la [vitamine C](#) et la [vitamine E](#). [36]

Un régime riche en aliments végétaux n'offre pas seulement des vitamines et des minéraux essentiels pour le corps, mais il offre aussi 25000 [composés phytochimiques](#) qui ne peuvent pas être fournis par un régime typique occidental qui d'habitude est basé sur des grains raffinés, des huiles ajoutées, du sucre et du sel. Malheureusement, aujourd'hui il n'existe aucune loi d'étiquetage permettant aux agriculteurs/fabriquants de fruits et légumes d'apposer sur leurs produits des étiquettes concernant les qualités nutritionnelles des [composés phytochimiques](#) présents.

Selon les scientifiques, une méthode très efficace pour la promotion de ces composés est de choisir des produits végétales de couleurs diverses : la couleur de chaque végétale représente le type de phytochimiques présents. Ainsi, en choisissant de fruits et de légumes de toutes les couleurs on peut être sûr que l'on consomme une grande variété de substances bénéfiques que ces produits offrent. Cette méthode peut aussi aider à changer la façon de se nourrir en incluant dans l'alimentation une portion de chaque couleur tous les jours.

Rouge	Lycopène	Tomates et produits de tomates
Rouge/pourpre	Anthocyanines et polyphénols	Mûrs, raisins, vin rouge
Orange	Carotène alpha et bêta	Carottes, mangues, courges
Orange/Jaune	Bêta-cryptoxanthine et flavonoïdes	Melons, pêches, oranges, papaye
Jaune/Vert	Lutéine et zéaxantine	Epinards, avocats
Vert	Glucosinolates et indole	Brocoli, choux, chou-fleurs
Vert/Blanc	Disulfures de diallyle	Ail, oignon, ciboulette, poireaux

[37]

Le thé est aussi un produit riche en micronutriments. C'est la boisson la plus consommée au monde et peut être la source majeure d'[antioxydants](#). Le thé assure une consommation de flavonoïdes lesquels sont concomitants avec une possibilité de maladies cardiovasculaires atténuée (le thé est une boisson largement consommée dans les pays arabes de la Méditerranée). [25] Les mécanismes en action grâce aux [polyphénols](#) (antioxydants présents dans le thé) ne sont pas encore très bien compris non plus. Mais leur action au coeur est évidente notamment au Japon où la mortalité par maladies cardiovasculaires est très faible grâce à la consommation de thé. [38] ([American Heart Association](#))

Une autre source naturelle de [polyphénols](#) est le vin rouge, répandu dans le bassin Méditerranéen dès l'antiquité. Les scientifiques proposent de consommer une quantité modérée de vin pendant les repas (un verre). Dans une large étude effectuée au Danemark sur 13000 personnes pendant 12 ans (The Copenhagen Heart Study) les scientifiques ont constaté qu'une consommation de 5-30 gr par jour de vin a réduit de ¼ le risque de développer une maladie cardiovasculaire. Cette réduction de risque a été constatée seulement chez les consommateurs de vin mais pas chez les consommateurs d'autres boissons alcooliques comme la bière ou d'autres boissons spiritueuses. Mais il doit être à l'attention du lecteur que les scientifiques parlent toujours d'une consommation modérée! Il ne faut jamais oublier que la consommation élevée de vin (et d'alcool en général) est la cause de cirrhose et par conséquent du cancer du foie. [39] D'autres maladies causées aussi par une consommation excessive de vin sont la gastrite, la pancréatite, l'hypertension, la cardiomyopathie, les désordres dégénératifs du système nerveux et des cancers, pour ne pas mentionner les décès qui ont une relation avec la consommation de l'alcool comme sont les accidents routiers ou les crimes violents. [25]

Beaucoup d'études épidémiologiques ont démontré le rôle protecteur d'un régime riche en fruits et légumes, contre le développement et le progrès des maladies cardiovasculaires, la raison primordiale des décès globalement. L'inactivité physique et les régimes nocifs pour la santé, contribuent à ces conditions. Aujourd'hui on connaît bien que les fruits et les légumes sont des aliments salubres qu'il faut consommer plusieurs fois par jour, mais les scientifiques ne connaissent pas encore exactement comment leurs ingrédients (les [phytochimiques](#)) agissent sur le corps. [25] On peut seulement dire avec sûreté que la consommation journalière de plusieurs portions de produits végétales, est une façon pour prévenir et pour affronter les maladies cardiaques ([American Heart Association](#)). Il y a des preuves disponibles qui indiquent que les individus qui consomment plus de fruits et des légumes, ont d'habitude un risque atténué de développer des maladies cardiovasculaires, inclusivement l'hypertension, l'obésité et le diabète de type 2 [26] Quelques phytochimiques très connus pour leur bénéfices pour la santé humaine sont la [lycopène](#), le [β-carotène](#), la [vitamine C](#), les acides gras essentiels. Ce sont les [phytochimiques](#) qui amènent les scientifiques à toujours conseiller de consommer des fruits et des légumes pour prévenir une maladie cardiaque.

Il est une idée très répandue selon laquelle tous les bénéfices d'une alimentation saine mentionnés jusqu'ici, pourrait être remplacés par des médicaments mais cette idée est tout à fait illusoire. Des études ont montré que la consommation de médicaments seule n'a pas d'incidences sur les maladies cardiaques malgré les bénéfices très bien connues de ces produits pharmaceutiques. D'après une étude comparative sur des patients dont certains suivaient seulement les prescriptions pharmaceutiques de leur docteur et d'autres qui, en plus, ont adopté une activité physique et une alimentation plus saine, les scientifiques ont remarqué que le deuxième groupe présentaient des risques beaucoup plus faibles d'une incidence cardiaque. Ces résultats suggèrent que les médicaments ne devraient pas être considérés comme un substitut des habitudes saines, mais qu'ils devraient être consommés en plus. Même si les habitudes alimentaires saines et l'exercice physique devraient être encouragés très tôt dans la vie d'un individu, de gros progrès sont aussi constatés chez les personnes âgées de 50 ans ou plus qui ont adopté une façon de vivre plus saine. Cette remarque nous permet à constater qu'il n'est jamais trop tard pour se tourner vers une vie sans problèmes de santé. [39 bis]

3.3. Obésité

Le surpoids et l'obésité sont définis comme une accumulation anormale ou excessive de gras. Cet excès présente des risques pour la santé. (<http://www.who.org>)

Le combat contre l'obésité est un des défis du 21ème siècle. Depuis les années 80, dans les régions du monde surveillé par l'OMS, cette maladie a eu pour conséquence un triplement des cas et les chiffres continuent à croître, notamment chez l'enfant. Aujourd'hui les pourcentages d'obèses dans la plupart des pays varient entre 30% et 80%.

On constate des différences importantes entre et dans les pays eux mêmes, mais aussi entre régions, couches sociales, sexe et âges. Les enfants sont particulièrement en danger : l'obésité est le désordre le plus commun de l'enfance dans la zone européenne. Pour le moment, presque 20% des enfants sont en surpoids, et 1/3 d'entre eux sont obèses. Dès l'enfance, les mauvaises habitudes diététiques et physiques sont prises et s'installent pendant le reste de la vie.

L'étude de l'évolution du nombre de personnes obèses jusqu'à aujourd'hui permet de prévoir le nombre de malades dans l'avenir. Ce sont des maladies chroniques qui ont aussi un répercussions sur l'économie des états. L'impact de l'obésité sur les sociétés est énorme : c'est environ 6% des dépenses pour la santé dans la zone de l'OMS qui est due à l'obésité des adultes. De plus, il y a un coût indirect à cause de la mortalité et du rythme de productivité diminué. Les obèses ont aussi une plus grande probabilité d'être absents de leur travail à cause de leur santé. En fin, d'autres coûts sociaux doivent être pris en considération comme la discrimination à l'école ou au travail. [1]

L'Indice de Masse Corporelle (IMC) est l'outil générique établi par l'OMS pour indiquer quand un individu est obèse ou a des surpoids. Il est défini par la pesanteur en Kg divisée avec le carré de la hauteur en mètres. (kg/m^2). Pour les adultes de plus de 20 ans, le tableau suivant est utilisé :

Classification IMC (kg/m^2)

IMC ($\text{kg}\cdot\text{m}^{-2}$)	Interprétation
moins de 16,5	dénutrition
16,5 à 18,5	maigreur
18,5 à 25	corpulence normale
25 à 30	surpoids
30 à 35	obésité modérée
35 à 40	obésité sévère
plus de 40	obésité morbide ou massive

Les causes

1) Exercice physique

L'exercice physique joue un rôle primordial contre l'obésité : en l'Europe de l'ouest, au moins 2/3 des adultes ne sont pas suffisamment physiquement actifs. Les recommandations de

l'OMS pour les adultes sont d'effectuer une activité physique pendant au moins 30 minutes chaque jour. Cette activité peut être réalisée sous forme de marche, cyclisme, jeux, ménages, jardinage, danse ou montée des escaliers mais aussi du sport. Les stratégies pour endiguer l'augmentation des cas d'obésité devraient aussi inclure un régime sain, en réduisant la consommation de gras et de sucre. L'option « aliments sains » devrait être moins cher et plus disponible dans les magasins, les lieux de travail et les cantines des écoles. [1] La sédentarité peut agir sur l'équilibre de l'énergie non seulement en diminuant la quantité d'énergie dépensée, mais aussi en favorisant le grignotage d'aliments riches en calories ou en consommant des boissons sucrées. Il a été constaté aussi que le tabagisme chez la femme est un facteur relatif et constant favorisant le surpoids et l'obésité. Ce phénomène ne présente pas de différences entre les pays ou les nations. [2]

2) La nutrition pendant la première année de la vie

La nutrition dans les premières années de la vie influence les choix de la nutrition dans la vie adulte, en commençant même par la vie prénatale. Le fait qu'un de deux parents ou les deux soient obèses eux mêmes est un facteur très aggravant. [3] De plus, d'autres causes persistantes de l'obésité infantile sont des habitudes alimentaires peu variées, l'absence de la surveillance parentale et le style de vie sédentaire dominé par l'utilisation des ordinateurs, de la télévision et l'accès facile à la restauration rapide. De plus, il paraît étonnant que les patients sont généralement bien informés en ce qui concerne les conséquences de l'obésité, c'est à dire des maladies physiques, sociales ou psychologiques. [4]

3) Le statut socioéconomique

Un autre facteur très important est le milieu socioéconomique de l'obèse. Les milieux les plus défavorisés sont en effet plus fortement touchés par l'obésité chez l'enfant et chez l'adulte. [3] Il y a plusieurs indices de nombreux pays (Europe, Etats-Unis, Australie et Canada) d'un gradient socioéconomique de la diète suivie où les individus appartenant aux couches sociales les plus aisées tendent à suivre un régime plus sain, caractérisé par une consommation plus riche en fruits, légumes et plus pauvre en graisses. Ces aliments étant plus chers, ce sont les revenus des consommateurs et leur capacité économique à acheter qui déterminent leur capacité à réduire les aliments gras. [5] [6]

4) Environnement obésogénique

Les causes de l'épidémie d'obésité sont complexes. La structure de la société moderne et les politiques sociales et économiques, ont été décrites comme un environnement «obésogénique». Ces études montrent qu'en ayant accès à des aliments riches en énergie le risque d'obésité est augmenté par une hypersuffisance d'aliments dont on n'a pas vraiment besoin. Il est donc inutile et inapproprié de mettre en accusation les individus pour leur surpoids ou leur obésité. La raison première de l'expansion de l'obésité que l'on a jamais rencontrée dans l'histoire humaine c'est l'environnement obésogénique de l'humanité. L'environnement obésogénique est partout : dans les écoles, les universités, les lieux de travail, dans le métro etc. Ce n'est pas seulement le fait qu'on est envahis par des aliments pauvres en valeur nutritionnelle mais c'est aussi le fait qu'ils coûtent beaucoup moins chers que les aliments « sains ». [1]

Les endroits où l'on observe

La prolifération des maladies chroniques ou non transmissibles est beaucoup plus rapide dans les pays en voie de développement que dans les pays développés. L'obésité est un facteur de risque très important pour le développement de plusieurs maladies chroniques comme sont le maladies cardiovasculaires, le diabète de type 2. Dans les sociétés occidentales, l'incidence de l'obésité chez l'enfant a plus que doublé dans la dernière génération. Les pays à revenus bas et moyens, rencontrent les mêmes problèmes concernant leurs populations mal nourries que les populations hypernourries des sociétés occidentales avec plus d'enfants obèses dans les régions urbaines. Dans les pays en voie de développement, le progrès rapide de l'urbanisation et les tendances démographiques, est associés à un ensemble de maladies non transmissibles et de modes de vie nuisibles pour la santé décrites comme le « life style syndrome » (syndrome de mode de vie). [7]

Parmi les pays en voie de développement, ce sont les pays de l'est de la Méditerranée et de l'Europe centrale et de l'est, qui marquent les taux les plus élevés. Dans les 3-4 prochaines années 1 enfant sur 10 vivant dans l'est de la méditerranée et dans les régions européennes risque d'être en surpoids. L'estimation pour les Etats-Unis est pour 1 enfant sur 7. [7] Selon une estimation récente, 20% des écoliers européens sont un excès de poids (¼ d'entre eux étant obèses). En Europe, en 2006, ce sont presque 22 millions d'enfants qui sont obèses ou sont en surpoids (presque un 30% de l'ensemble des enfants), et ce chiffre continue à augmenter de 1,2 millions par année. De ces enfants, 5.1 millions sont obèses et cette figure continue à augmenter de 300000 enfants par année. [8]

Il y a des épreuves constantes qui montrent que l'obésité infantine devient toujours plus dominante dans les pays les plus pauvres et les pays à revenus moyens. Une prévalence exacerbée d'obésité, signale des fréquences de malnutrition augmentées. Dans certains pays, comme ce sont l'Egypte, l'Argentine, le Malawi, la Nigeria, l'Ouzbékistan, le Pérou, le Qatar et le Jamaïque le pourcentage de surpoids chez l'enfant excédait celui des Etats-Unis. Après une étude dans 38 pays, 16 ont montré de chiffres augmentantes d'obésité, 14 étaient stables et seulement 8 montraient des chiffres en train de diminution. Les statistiques les plus inquiétantes ont été remarquées dans les pays de l'Afrique du Nord comme le Maroc et l'Egypte mais aussi dans quelques autres pays du Caraïbe et de l'Amérique latine. [7] Les pays de l'Afrique du Nord sont considérés comme des pays ayant des revenus moyens. Cependant ils luttent encore avec le problème de la malnutrition. Les changements dans le mode de vie, l'augmentation de la disponibilité d'aliments et la diversification diététique, ont certainement protégé une grande partie de la population de l'insuffisance nutritionnelle mais pas du déséquilibre nutritionnel. L'accélération de l'urbanisation et la migration vers les grandes villes, ont apportés de nouvelles maladies.

Les influences culinaires changent les façons de consommer et affectent la tradition d'équilibre diététique mais aussi le rythme de consommation. Ces nouvelles habitudes alimentaires sont les causes de maladies chroniques comme l'obésité et le diabète de type 2. Mais le problème de l'obésité est aussi une question de culture : le surpoids et l'obésité dans certains pays comme les pays de l'Afrique du nord, sont encore perçus comme un symbole de bien-être et de prospérité notamment chez la femme. Au Maroc et à la Tunisie, la prévalence de mortalité due aux maladies cardiovasculaires et aux diabètes est très élevée. Les pays du nord de l'Afrique ont des habitudes alimentaires, le mode de vie, la religion et la culture communes. La différence entre eux se trouve dans le rythme du développement économique

de chacun de ces pays ce qui a des implications sur le mode de vie, les habitudes alimentaires et les conditions sanitaires concernées.

Au moins la moitié de la population de ces pays habite dans des régions urbaines. C'est un signe qui montre que ces populations sont en train de subir des changements par rapport à leurs racines rurales. L'analphabétisme est encore très élevé dans les pays de l'Afrique du nord et notamment chez les femmes au Maroc, où presque 70% sont illettrées. L'opinion publique des ces pays ne reconnaît pas l'obésité comme facteur de risque menaçant la qualité de vie. Les effets de l'urbanisation sont plus évidents en Tunisie qui a une prévalence élevée d'obésité chez les femmes en comparaison avec les celles du Maroc qui est un pays moins urbanisé. Le niveau bas d'éducation est un facteur qui exacerbe le problème de l'obésité. Les femmes qui n'ont pas eu un niveau d'éducation satisfaisant, ne reconnaissent pas les risques et les conséquences sanitaires que l'obésité implique. Ce qui est encore plus inquiétant est le fait que ces femmes (et leurs époux) considèrent le surpoids et l'obésité comme un aspect désirable de l'individu parce que il est associé à un plus haut statut social, la fertilité et la prospérité. [9]

Des différences sont aussi constatées entre les populations qui habitent près des épiceries tenues par un résident local (qui d'habitude stocke des aliments riches en calories) et les populations qui ont accès à des supermarchés avec une variété plus large d'aliments. Selon une étude réalisée aux États-Unis, les femmes de provenance africaine qui vivaient dans des banlieues près d'un supermarché, consommaient plus de fruits et de légumes que celles qui n'avaient accès qu'à des épiceries locales. Une absence de supermarchés a été constatée dans les régions rurales. Les épiceries locales d'habitude vendent des aliments « sains » plus chers à cause de la distance du centre de la ville. En plus, les résidents dans ces régions ont du mal à accéder aux villes pour aller au supermarché. [10]

Les personnes concernées

Des études aux États-Unis et au Royaume Uni ont montré que la nationalité est une constante de l'obésité infantine, avec des filles d'origine africaine plus vulnérables que les autres. Les originaires de l'Asie du sud généralement consomment une quantité de gras plus élevée que les Blanches d'Amérique, même de naissance. De plus, le diabète de type 2 et les maladies cardiovasculaires sont plus courantes chez les Noirs Africains et les originaires de l'Asie du Sud. La réaction aux stimulants obésogéniques de l'environnement varie chez les individus mais l'augmentation de l'obésité aussi bien dans les pays développés que dans ceux en voie de développement et les niveaux d'obésité et de maladies chroniques sont relativement plus bas chez les populations Africaines dans le ouest de l'Afrique que dans celles au Caraïbe et aux États-Unis, et indiquent que ces facteurs sont plus environnementaux que génétiques et amènent à ces différences ethniques. Les enfants des émigrés ont tendance à être plus influencés par l'environnement obésogénique dans lequel ils vivent, parce que ils essaient de s'intégrer à un nouveau mode de vie. Les enfants qui ne prennent pas un petit-déjeuner ont un risque plus grand d'être en surpoids à cause du fait que la prise d'un petit-déjeuner incite au grignotage plus tard dans la journée. Il est probable que des facteurs de mode de vie familial sont importants parce que les adolescents qui ne prennent pas leur petit-déjeuner ont une probabilité plus élevée d'avoir une mère qui fume que ceux qui prennent leur petit-déjeuner chaque jour. [2]

Les taux d'obésité aux États-Unis sont toujours en fonction du statut socioéconomique. Des taux plus élevés sont marqués parmi des groupes avec un niveau d'éducation et de revenus atténués, parmi des minorités raciales et ethniques et dans des régions très pauvres. Les céréales raffinées, les sucres et les gras ajoutés sont à bon marché, savoureux et avantageux. Le fait que les aliments qui sont riches en calories coûtent moins chers, signifie que les modes de consommation riches en énergie sont choisis par les personnes qui ont des bas revenus. Des analyses de taux d'obésité par localisation géographique, indiquent que les pourcentages

sont plus élevés dans les pays les plus pauvres, en comparaison avec d'autres au niveau de vie plus aisé. Les personnes qui ont des revenus plus élevés, sont souvent plus maigres et ont plus d'opportunités d'acheter des aliments plus « sains » ou de suivre un exercice physique régulier. Dans les pays les plus pauvres, ce sont les personnes en surpoids ou obèses, c'est le contraire que dans les pays riches. Les populations ayant un niveau de revenus et d'éducation plus élevé, tendent à suivre des régimes alimentaires de haute qualité diététique. Ces groupes fréquentent moins de restaurations rapides et boivent moins de boissons sucrées, ils consomment plus de fruits, de légumes et d'eau. Les populations les plus aisées avec un niveau d'éducation plus haut, ont donc moins de risques de devenir obèses. Selon plusieurs scientifiques, le facteur obésogénique d'un produit n'est pas sa haute densité en calories elle-même, mais son prix bas.

[6]

Les consommateurs qui consomment plus de fruits et de légumes sont d'habitude plus âgés, mieux informés et plus aisés. Les ménages avec des revenus plus bas, économisent en achetant des produits pas marqués, des produits moins chers dans une catégorie spécifique. Une des interprétations concernant les habitudes alimentaires aux États-Unis est que les consommateurs achètent plus d'aliments de basse qualité. En effet, la proportion de graines raffinées, de sucres et de gras ajoutés, continue à augmenter. Le fait que les produits de plus mauvaise qualité sont d'habitude achetés par des gens appartenant aux couches sociales les plus faibles, rend difficile l'accusation d'un seul aliment, boisson ou nutriment indépendamment du statut socioéconomique du consommateur. [6]

Les pourcentages de décès dus au cancer et aux maladies cardiovasculaires sont beaucoup plus atténués chez les Marocains que chez la population française. Dans la communauté Marocaine en France, la consommation d'alcool est très faible, et ça pourrait jouer un rôle très important. De tous les pays européens, la France est celle dont le pourcentage de consommation d'alcool est le plus haut. Elle est aussi liée avec une mortalité précoce due à la consommation d'alcool. Le rôle que l'alcool joue sur le cancer du poumon, a été indiqué par plusieurs études. Les Grecs en Australie sont un autre groupe d'émigrés qui a une espérance de vie remarquable malgré leur grande consommation de tabac : les scientifiques attribuent cet état de fait aux bénéfices de l'alimentation méditerranéenne. Le même phénomène a été constaté parmi les émigrés Hispaniques aux États-Unis qui ont une tendance à jouir d'un statut sanitaire meilleur que les Blancs Américains. C'est quelque chose qui peut être rattaché à leurs caractéristiques culturelles. [11]

L'obésité est un facteur de risque de maladies chroniques et joue un rôle pivot pour la « résistance à l'insuline » ou pour le syndrome « métabolique », lequel inclut l'hyperinsulinemia, l'hypertension, l'hyperlipidémie, le diabète de type 2 et un risque augmenté d'athérosclérose. Un problème de santé publique qui peut émerger pour les pays en voie de développement, c'est l'incidence augmentante de l'obésité infantile et comme une conséquence, de nouvelles incidences du syndrome métabolique chez l'enfant, lequel peut créer des problèmes très graves en termes socioéconomiques pour les pays les moins aisés dans le proche avenir. [7]

Une forte relation entre l'obésité pendant l'enfance et des problèmes lors de la grossesse a été prouvée par plusieurs études. L'âge pendant laquelle une fille commence à devenir obèse, joue un rôle très important pour la régularité du cycle. Similairement, il y a aussi plusieurs preuves que l'obésité est fortement liée à un risque augmenté de fausse couche. D'autres problèmes causés aussi par l'obésité sont l'anovulation, une possibilité réduite de conception et des possibilités de morbidité chez les femmes enceintes. [12]

Une forte association entre l'obésité et le diabète de type 2 a été constaté pour les 2 sexes et pour tous les groupes ethniques. Il y a aussi une autre relation entre l'obésité et les maladies cérébrovasculaires. Le « [International Agency for Research on Cancer](#) » (Centre International

de Recherche sur le Cancer) de l'OMS a estimé que le surpoids et la sédentarité sont à accuser pour le ¼ de cas des cancers du sein, du colon, de l'endomètre, des reins et de l'oesophage. L'obésité augmente aussi les possibilités de mortalité à cause du cancer. [13]

Conseils

Malgré les statistiques inquiétantes présentées jusqu'à maintenant, la prévention de l'obésité est une question assez simple. En ce qui concerne l'obésité infantile, qui est la forme la plus inquiétante selon les scientifiques, une méthode pour la réduire c'est simplement de limiter les portions des aliments riches en énergie. Les parents peuvent agir en préparant et en servant des quantités plus petites d'aliments de ce type ou en encourageant la consommation de fruits et de légumes de façon que la densité de l'énergie soit réduite sans avoir besoin d'imposer un régime restrictive. Une autre façon de réduire l'énergie consommée par les enfants est de limiter notamment les aliments qui sont riches en gras : la restauration rapide et les plats préparés, constituent de plus en plus la plus grande partie de la consommation d'énergie particulièrement riche en gras, par les enfants et les adultes dans les pays industrialisés. Une activité physique régulière devrait être aussi pratiquée pour la lutte contre l'obésité : les enfants devraient être encouragés à être plus actifs. En fait, le but premier serait d'encourager la consommation d'énergie avec une activité physique générale et en jouant plutôt qu'en pratiquant en sport compétitif ou un exercice structuré. Le rôle de la sédentarité a commencé à attirer l'attention du monde scientifique ; l'environnement familial peut très bien influencer le risque d'un enfant de devenir obèse. L'attitude parentale, l'acquisition et la présentation des aliments, le modèle parental de manger et les habitudes d'exercice physique, peuvent affecter les habitudes alimentaires de l'enfant. Un traitement de l'obésité sans avoir besoin de médicaments, c'est aussi la définition de buts, le contrôle de stimulus, la modification des habitudes alimentaires, le renforcement des attitudes saines, une éducation nutritionnelle, une activité physique modérée et une restructuration cognitive qui inclut le management du stress, des exercices de relaxe, la méditation et un entraînement pour prévenir une rechute. Ces approches ont plutôt des résultats avec des personnes qui ont un BMI entre 27 et 30 (obésité légère). [14]

Des ouvrages Européens et Américains suggèrent que les possibilités d'une prévention efficace, au niveau de la communauté, sont augmentées si les mesures de précaution sont étendues et bien intégrées dans les vies des enfants :

- politiques saines qui regardent les cafétérias aux écoles, les distributeurs automatiques, plusieurs cours basés sur l'activité physique et des activités pendant la pause
- éducation santé dans la classe liée à l'alimentation à l'école et aux activités physiques
- liens entre la formation de l'école et les activités à la maison et à la communauté
- interventions prolongées plutôt que à court terme, en incluant les adultes et les enfants à l'école et à la maison
- l'implication de tous les enfants et pas seulement de certains, en utilisant des techniques sensibles aux caractéristiques culturelles, ethniques et du sexe des enfants.

La plupart des pays développés ont créé un environnement conduisant à un déséquilibre d'énergie. Des aliments riches en gras, denses en énergie et toujours plus attractifs sont plus disponibles que jamais. Ils exigent peu ou pas du tout de préparation, ils sont régulièrement mis en publicité en utilisant des tactiques contestables et ils ne coûtent relativement peu chers.

[\[17\]](#)

Il est clair que le marketing commercial pour les enfants est dominé par des aliments nuisibles pour la santé. Les créateurs de ces aliments utilisent de plus en plus des stratégies intégrées et sophistiquées pour promouvoir leurs produits directement ou indirectement aux enfants. Selon une étude de Consumers International entre 1996 et 1999, la publicité des aliments est constituée notamment par la promotion de produits alimentaires pendant les heures des programmes pour les enfants : avec une fréquence variable entre une (en Suède) et huit (en France) publicités par heure. 95% des produits de publicité étaient riches en gras, sucre ou sel. Une étude de l'OMS de 2002 a noté que les enfants ont une sorte de pouvoir sur les décisions que leurs parents prennent quand ils font leurs achats, avec un harcèlement continu. Donc ce sont les enfants qui sont devenus les « formateurs du marché » pour les sociétés internationales. Dans plusieurs pays européens comme la Grèce, la Suède, le Royaume Uni, l'Allemagne, les Pays Bas les dépenses pour la promotion des aliments ont augmenté de plusieurs millions de dollars en seulement quelques années. Les industries qui promeuvent cette publicité, investissent en première partie de soirée pour les enfants : de 7h à 8h du matin et de 17h à 20h. En plus, les écoles sont devenues un passage obligé pour les industries d'aliments dans les pays européens. Des stratégies, incluent des événements sponsorisés et la vente d'aliments nuisibles pour la santé par les distributeurs automatiques. [\[17\]](#)

On voit que le harcèlement des enfants ainsi que des adultes par les compagnies est constant. L'obésité est présente partout autour de nous et c'est pour ça qu'il est crucial de manger sain et de bouger. Mais la chose la plus importante à faire c'est de combattre le harcèlement continu des industries et les stimulus de l'environnement obésogénique dans lequel on vit. Il faut comprendre que l'obésité est intimement liée à plusieurs autres maladies graves et qu'elle ne se limite pas seulement à nous mêmes, mais elle accentue sa présence chez nos enfants aussi.

4. Alimentation: comportements et habitudes

Face au développement des maladies chroniques, telles que l'obésité, les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète de type 2, les pouvoirs publics de plusieurs pays ont pris conscience de la nécessité d'agir sur l'alimentation, un des principaux déterminants de l'état de santé des populations à long terme [26]. En réaction, ils ont mis en place des politiques de prévention visant à informer le grand public des comportements à adopter pour éviter ces risques.

Dans ce contexte de forte médiatisation des pathologies d'origine nutritionnelle, la diffusion des messages de santé et des recommandations nutritionnelles s'est fortement accrue. En France, les slogans « La santé vient en mangeant et en bougeant », « Pour votre santé, mangez moins gras, moins sucré, moins salé », « Pour votre santé, évitez le grignotage », « Cinq fruits et légumes par jour », etc., sont devenus quotidiens et montrent la place que la société donne désormais à la santé dans ses liens avec l'alimentation [31].

Cependant, il ne suffit pas d'informer pour orienter les comportements car la connaissance des recommandations nutritionnelles ne se traduit pas directement en règles de comportements [25]. L'information ne saurait être le seul moteur du comportement alimentaire [20].

Le modèle naïf [24] serait responsable de l'échec de nombreux régimes alimentaires et de campagnes de santé publique. Selon ce modèle, les comportements alimentaires résultent de la volonté consciente du sujet. Il suffirait de lui faire comprendre le comportement qu'il doit adopter et de renforcer ensuite sa motivation pour obtenir des changements positifs. Si le résultat n'est pas atteint, il faudrait redoubler d'effort car le sujet est coupable soit d'ignorance, soit d'un manque de volonté.

Finalement, même si le sujet est convaincu du bienfait des changements, la seule volonté ne suffit pas car les comportements alimentaires sont déterminés à plusieurs niveaux (physiologique, psychologique, technique, social, économique, ...) et se limiter à un seul aspect est insuffisant pour prévoir et expliquer le comportement réel [23].

Les déterminants technico-matériels

Le processus de consommation alimentaire est le résultat de l'adaptation du ménage à son environnement en fonction de ses besoins particuliers (famille, couple, personne vivant seul, etc.) et des contraintes matérielles (lieux d'approvisionnement, ressources financières, équipements de la cuisine, capacités culinaires, organisation du temps, etc.).

Au quotidien, les ménages cherchent à retenir les solutions « qui marchent », découvertes par eux-mêmes ou apprises par les autres, pour en faire ensuite des « routines », c'est-à-dire des actions que l'on effectue mécaniquement, sans y réfléchir. Les solutions ainsi trouvées ne sont peut-être pas optimales sur le plan nutritionnel mais offre une gestion optimale de la consommation alimentaire [24].

Dans cette optique, deux obstacles peuvent se poser face à une proposition de changement. Le premier, d'ordre cognitif, consiste en l'absence de motivation d'essayer autre chose si la solution actuelle est efficace. Le deuxième touche à la faisabilité au niveau de l'approvisionnement, du stockage, de la préparation, etc. Par exemple, pour une famille en

situation précaire, hébergée dans un hôtel, la recommandation de consommer des produits laitiers, alors que leur chambre n'a même pas de réfrigérateur, n'aura pas sens [4]. De cela, le changement de comportement doit se faire avec les personnes concernées, pour vérifier sa faisabilité matérielle et élaborer ensemble les nouvelles stratégies à mettre en œuvre [24].

Contraintes domestiques ou technico-culinaires

L'individu qui ne cuisine pas lui-même n'a pas la possibilité de changer ses habitudes alimentaires. Par exemple, c'est le cas des enfants ou encore des hommes dans les familles où c'est toujours la femme qui prépare les repas. Le fait de cuisiner peut aider à adopter des règles hygiéno-diététiques recommandées [20].

Déterminants psychologiques

Sur le plan psychologique, l'aliment est une source de plaisir. Produire du plaisir (ou réduire le déplaisir) joue un rôle primordial dans la constitution des habitudes alimentaires [23]. Le plaisir provient en particulier du goût qui est fortement liée aux sucres et aux graisses ; cette préférence est d'origine génétique (la préférence pour les aliments à haute densité énergétique durant les périodes de famine). De nombreux arômes n'étant solubles que dans les graisses, une alimentation pauvre en graisse et en sucres est par nature moins savoureuse, or il est difficile de modifier le comportement vers un régime moins savoureux [24].

L'aliment a aussi une charge symbolique. Selon le principe d'incorporation [19], l'homme devient ce qu'il mange en absorbant les propriétés de la chose mangée. Par exemple, la viande rouge est considérée comme le symbole de la force.

Pour obtenir un changement de comportement, il faut étudier avec le mangeur ce que lui disent les aliments qu'on lui propose, leurs connotations positives ou négatives. Jouer sur ces aspects permettra au mangeur de mieux vivre le changement et de le voir comme un moyen de s'enrichir au lieu de s'appauvrir [24].

Alimentation comme acte social

L'alimentation joue un rôle important dans la création et l'entretien des liens sociaux [20]. Les déterminants sociaux). Un événement festif ou social est toujours une occasion de partager la convivialité d'un repas. Dans ce contexte, changer l'alimentation d'un individu c'est l'éloigner du réseau social avec lequel il partage des habitudes alimentaires [24].

Les manières d'identifier et d'utiliser les produits sont également déterminées par les représentations et les pratiques sociales. Un individu « éduqué » et habitué à valoriser certains produits ou à cuisiner d'une certaine manière aura du mal à abandonner ses habitudes car elles font partie de son identité du mangeur (ex.: « Je mange du fromage parce que je suis d'une région de fromage ») [20].

Les pratiques sociales sont celles validées par la collectivité, c'est pourquoi l'effet de groupe est important lorsque l'on cherche à apporter un changement. A l'instar des groupes d'alcooliques anonymes, une discussion collective autour du changement et de ses obstacles permet d'y mieux impliquer l'individu [24].

Appartenance à un groupe social [\[31\]](#)

Plus les messages nutritionnels sont proches des pratiques alimentaires, plus facilement ils seront mis en application. Si les pratiques réelles sont proches de la « norme », le message est perçu comme une simple modification des pratiques déjà existantes et donc facilement intégré. C'est le cas des catégories sociales aisées qui portent une attention constante à l'alimentation et à l'image du corps et qui ont par conséquent l'habitude des contraintes diététiques.

Chez des catégories modestes, les recommandations nutritionnelles sont également connues mais influencent peu les pratiques alimentaires. Dans le milieu où le quotidien est difficile (travail pénible ou chômage, précarité, maladies, ...), les préoccupations sanitaires n'existent pas et le repas est le seul moment de la journée qui échappe à toute forme de contrainte. De ce fait, les messages nutritionnels sont perçus comme une imposition extérieure, non adoptée au style de vie, et qui est rejeté, soit avec violence, soit avec culpabilité.

Facteur prix

Aujourd'hui, le paradoxe suivant est observé : la densité énergétique d'un aliment est inversement proportionnelle à ses bénéfices nutritionnels et à son prix [\[30\]](#).

Selon le mécanisme de la concurrence par les prix, c'est toujours les produits dont le prix relatif baisse qui se développent le plus. En France, depuis le début des années 1950 le prix des fruits et légumes frais a augmenté beaucoup plus que le niveau général des prix tandis que le prix des corps gras et du sucre n'a cessé de diminuer. Les consommations ont changé en sens inverse. Ainsi des inégalités de consommation se creusent, c'est pourquoi dans les pays riches l'obésité touche avant tout les catégories sociales les plus pauvres [\[17\]](#).

4.1. Alimentation et migration

L'immigration entraîne toujours un bouleversement des pratiques de la vie quotidienne et demande un effort considérable d'adaptation au pays d'accueil, en particulier pour ce qui concerne l'alimentation. L'organisation familiale et les modèles établis sont remis en question, surtout pour les migrations contraintes, et le processus d'adaptation, progressif et souvent difficile, passe par des acquis, des ruptures et des abandons.

Face à une offre alimentaire différente, les populations migrantes adoptent de nouveaux comportements alimentaires en ce qui concerne les formes d'approvisionnement, de préparation culinaire ainsi que les systèmes d'organisation socioculturelle de l'alimentation et des logiques pratiques et symboliques. Dans un contexte nouveau, plusieurs questions se posent : qui décide du budget et fait les choix, qui fait les courses, qui a l'autorité d'introduire les innovations et les imposer aux enfants, etc. [30].

Les changements ne sont pas sans conséquence sur la santé. La perte des repères alimentaires, l'abandon de la cuisine traditionnelle, le développement de nouvelles habitudes moins organisées et l'occidentalisation de l'alimentation, le manque d'activité physique et les conditions de vie parfois très précaires amènent un déséquilibre alimentaire et des problèmes de surpoids et d'obésité.

Occidentalisation de l'alimentation

Les enfants, scolarisés dans le pays d'accueil, font évoluer l'alimentation de la famille vers un mode plus occidental. Au début, les femmes ont du mal à intégrer dans leur alimentation des produits qu'elles ne connaissent pas, par exemple, le fromage qui n'est pas consommé dans certains pays africains et asiatiques. Ce sont les enfants qui les aideront à passer ces premières réticences. Par la suite, il semblerait même que les mères accorderont une grande confiance envers les produits occidentaux [9].

Ainsi, les nouvelles pratiques permettent de découvrir des aliments inconnus mais pourtant importants pour un bon équilibre alimentaire. A l'inverse, elles peuvent aussi abandonner des régimes équilibrés au profit d'une alimentation trop riche en graisses et en sucres. Cela est souvent le cas et on constate un nombre croissant de migrants en surpoids ou obèses ce qui est le plus souvent liés à une consommation excessive de graisses et de sucres rapides (sodas, friandises) et à la sédentarité [11].

Pour la plupart des immigrés, la France est un pays d'abondance et de diversité alimentaire. Assouvir leurs besoins quantitatifs en nourriture passe avant la qualité nutritionnelle qui, dans un premier temps, n'est même pas envisagée [8].

Cependant, l'offre alimentaire du pays d'origine a son rôle à jouer. Par exemple, les familles venant des grandes zones urbaines d'Afrique centrale, ont plus d'expérience de la vie à l'occidentale et donc souffrent moins de déséquilibres alimentaires. Ceci s'explique par le fait qu'elles alternent une alimentation proche de celle française avec des plats africains plus typiques. Par contre les populations africaines venant des zones rurales (essentiellement des zones sahéliennes d'Afrique de l'Ouest) où il y a peu de sucre, de viande et de poisson, ont davantage de problèmes en France. En découvrant une abondance de l'offre alimentaire, ils sont très tentés de manger gras et sucré [30].

Pour les populations migrantes, l'occidentalisation de l'alimentation se traduit par une forte consommation de produits issus de la restauration rapide. Manger des frites et boire du coca sont perçus comme les vrais symboles de l'alimentation occidentale et donc des signes d'adaptation. La tendance est la même pour les plats cuisinés : les légumes proposés dans le cadre de l'aide alimentaire sont souvent refusés car les bénéficiaires préfèrent les plats tout faits, pour « faire comme les Français » [30].

Parfois, la cuisine traditionnelle devient même une source de honte. Les enfants affirment très rapidement leur goût pour une cuisine française simplifiée (à base de poulets rôtis, pommes de terre, pâtes, laitages...) et la préfère parfois au repas du pays [9]. Le poids de la publicité et les habitudes acquises en dehors du domicile remettent en cause l'héritage de l'alimentation traditionnelle [29].

Mais paradoxalement, les parents achètent à leurs enfants les friandises vantées par la publicité, malgré leur prix élevé, et n'achètent pas de fruits parce que « c'est trop cher » [2]. Dans les milieux modestes, la valorisation des produits issus de l'industrie agro-alimentaire ou de la restauration rapide est une façon de prouver que l'on a les moyens de s'offrir ce que propose la société de consommation [31].

Modes d'approvisionnement

Les modes d'approvisionnement peuvent être aussi à l'origine du déséquilibre alimentaire. Les femmes d'origine africaine, venues en France via le regroupement familial, parlent souvent très peu français et ont une faible connaissance du réseau commercial. Ce sont donc les hommes qui se chargent des courses. Chaque semaine, ils achètent les mêmes ingrédients de base avec lesquels les femmes préparent des plats inspirés des plats traditionnels. Cette alimentation monotone et trop riche amène des problèmes de poids et des carences dues à la sous-consommation de légumes et de produits laitiers [30].

Les zones de chalandises doivent aussi être prises en compte [16]. L'absence de voiture, les réseaux de transport insuffisants ou un manque de moyens financiers pour payer le trajet rend les ménages pauvres contraints d'utiliser des commerces de proximité aux choix souvent plus limités.

Une offre alimentaire différente

Les populations migrantes font face aussi à une offre alimentaire différente.

Ainsi, les femmes venant d'Afrique ne connaissent pas certains légumes que l'on trouve couramment en France comme les poireaux, les carottes, les navets ou les courgettes et ne savent donc pas les préparer (laver, éplucher, etc.) et les cuisiner [8]. Il est de même pour certains produits distribués dans les colis de l'aide alimentaires (« Les spaghettis, on les fait cuire dans une poêle ? ») [30].

Par contre, afin de garder certaines traditions culinaires, les femmes vont remplacer des ingrédients par d'autres qu'elles trouvent sur place. Par exemple, les africaines d'Afrique de l'Ouest, remplace le manioc par la féculé de pomme de terre pour préparer leur plat traditionnel. Les maghrébins remplacent l'huile d'olive par d'autres matières grasses. Mais ces ingrédients de remplacement n'ont pas les mêmes apports nutritionnels [9].

Précarité et difficultés de la vie courante

Les revenus et le niveau d'éducation sont des facteurs qui conditionnent les nouvelles pratiques alimentaires et favorisent plus au moins rapidement l'adaptation [30]. La migration forcée, économique ou politique, provoque une rupture brutale avec la société d'origine et une confrontation avec une autre société dont les migrants ne possèdent pas les codes culturels. Un déclassement socioprofessionnel et les conditions de vie souvent très précaires imposent une alimentation « de survie » qui n'est pas sans conséquence sur la santé de ces populations [11].

D'après l'étude ABENA, il faut au moins 3,50 € par jour et par personne pour avoir l'alimentation respectueuses des Apports Nutritionnels Conseillés. Cependant, ce seuil suppose une parfaite connaissance de la valeur nutritionnelle des aliments pour pouvoir optimiser les rations et éloigne le consommateur d'une alimentation socialement partagée et tenable. La même étude montre que les populations défavorisées se nourrissent généralement avec moins de 3 € par jour [16]

Certaines familles de migrants vivent hébergées à l'hôtel, dans une chambre qui n'a pas de cuisine ni de réfrigérateur. Le manque de place et d'équipement pour stocker, conserver et cuisiner rend donc la gestion de l'alimentation très compliquée [4].

Dans un contexte pareil, la question de l'équilibre alimentaire ne se pose même pas, l'objectif étant d'éviter le sentiment de faim au moindre coût possible avec des aliments à haute densité énergétique (riz, pâtes, produits gras et sucrés) [16].

Désorganisation de l'alimentation

Le repas est une « institution », un événement quotidien qui contribue à structurer et rythmer la journée et à entretenir des liens sociaux. L'inactivité et le chômage, très fréquents dans le milieu migrant, font perdre des rythmes quotidiens et amènent la déstructuration de l'alimentation. Les repas sautés incitent le grignotage : si aucun menu n'est prévu à l'heure du repas, la famille grignote ce qu'elle trouve, généralement des aliments prêts à l'emploi, gras, salé ou sucré [30]. De plus, beaucoup de femmes absorbées par les soucis familiaux, l'absence de travail ou le manque de ressources perdent la motivation de cuisiner [2].

Le manque de dépense physique et la télévision omniprésente dans les foyers, sont aussi responsables de la prise du poids [9].

Absence de notion d'équilibre alimentaire

L'insensibilité aux messages nutritionnels peut avoir une explication culturelle. Dans les sociétés africaines, loin d'être réduite à la seule fonction nutritive, l'alimentation est avant tout porteuse de symboles, de plaisir et le lieu d'expression et de transmission de rôles familiaux. Les africains ont du mal à comprendre le modèle alimentaire axé presque exclusivement sur l'aspect nutritionnel [8].

Il peut y avoir aussi une explication sociale. Dans les catégories modestes, la préoccupation principale n'est pas une alimentation équilibrée mais une alimentation abondante, pour que les enfants mangent bien et aient un corps solide. C'est aussi une façon de montrer aux autres leur capacité de bien nourrir et même gâter leurs enfants malgré les contraintes financières [31].

Education alimentaire

Sensibiliser des populations déracinées à l'équilibre nutritionnel est important mais la tâche s'avère délicate [9]. Confrontés déjà à de multiples difficultés, les familles peuvent percevoir les recommandations nutritionnelles comme une nouvelle contrainte. L'alimentation des enfants est un sujet particulièrement douloureux. Les mères y voient un jugement porté sur l'hygiène de vie de la famille et une remise en question de leur capacité à être de bonnes mères, comme si on leur enlevait la responsabilité de l'éducation de leurs enfants [31].

Avant de tenter de modifier ces habitudes, il est important de comprendre et de respecter les pratiques et les différences dont certaines ont une fonction de repère et assurent le lien avec la culture du pays et la tradition [8]. L'apprentissage de nouvelles habitudes passe par le partage des diverses expériences et par le plaisir et la convivialité de l'alimentation [11]. Valoriser l'acte de cuisiner, redonner envie de rassembler la famille autour d'un bon repas, montrer qu'un repas peut être agréable - l'apprentissage se fait par plaisir, pas par une obéissance [29].

4.2. Freins à la consommation : exemple des fruits et légumes

Depuis plusieurs années, les autorités de santé publique de presque tous les pays développés ont lancé des campagnes pour promouvoir les effets bénéfiques des fruits et légumes et augmenter leur consommation [18]. L'intérêt d'une consommation élevée de fruits et légumes est lié aux politiques de prévention de surpoids et d'obésité. Substitués à d'autres aliments, plus riches en calories mais moins denses en micronutriments, ils permettent un meilleur contrôle du poids (INPES, 2008)

Malgré ces efforts, les comportements évoluent lentement. D'après les résultats de [l'Étude Nationale Nutrition Santé](#), évaluant la situation nutritionnelle en France en 2006-2007 selon les indicateurs d'objectif et les repères du PNNS, seuls 42,8 % des adultes et 20 % des enfants de 3 à 17 ans consomment au moins 5 fruits et légumes par jour [5]. Chez les personnes en situation de précarité économique, cette consommation est encore plus faible.

Ainsi, on observe une contradiction entre une faible consommation de fruits et de légumes et la bonne image qu'ils ont auprès des consommateurs, y compris dans les milieux défavorisés [29]. Les consommateurs savent qu'il faut manger davantage de fruits et légumes mais l'image d'un produit « santé » par excellence, ne rend pas les consommateurs plus motivés [18]. Les messages nutritionnels sur les fruits et légumes frais, efficaces auprès des populations de niveau d'études supérieur, ont peu d'impact auprès des populations défavorisées qui perçoivent ces messages comme contraignants et même anxiogènes [30].

Consommer des fruits et des légumes devrait être un geste naturel et pourtant ce n'est pas si simple [18]. Pour les populations défavorisées, l'objectif est de manger suffisamment pour ne pas avoir faim, tout en privilégiant les produits les moins chers [1]. Pour avoir une sensation de « ventre plein », il est plus facile de manger des pâtes ou un sandwich que des légumes qui ont la réputation de ne pas être assez nourrissants. Les problèmes du quotidien difficile, la désorganisation des repas, le fait de manger devant la télévision, la fatigue, la déprime et l'isolement ne favorisent pas la préparation des repas, perçue comme une corvée, d'autant plus quand il s'agit des légumes qui demandent un minimum d'organisation (conservation, préparation, etc.) [29].

Les freins qui empêchent le passage à l'acte, surtout pour les légumes, sont divers :

1. Préférence aux aliments à haute densité énergétique

Les pratiques alimentaires des personnes à faibles ressources sont guidées par une rationalité économique d'atteindre la satiété pour le moindre coût. Un calcul simple montre que la kilocalorie coûte 15 à 20 fois moins chère avec des biscuits fourrés au chocolat qu'avec des tomates, ce qui explique une consommation importante de produits gras et sucrés au détriment des légumes [16].

D'autre part, lorsque les difficultés de la vie sont nombreuses, on privilégie spontanément les aliments gras et sucrés. Réconfortants et nourrissants, ils calment l'angoisse et apparaissent comme une « récompense » face aux duretés de la vie [30].

2. Prix

Les achats en fruits et légumes frais sont très liés au revenu du foyer. Ainsi, les foyers à faibles revenus vont en acheter moins de produits frais et vont consacrer moins d'argent pour l'achat des fruits et légumes transformés (conserves et surgelés excepté les plats cuisinés) (INPES, 2008)

3. Conservation et préparation

Le temps et le savoir-faire nécessaire pour la préparation des légumes sont des facteurs très influents. Les légumes sont associés à une longue préparation tandis que pour les fruits, la nécessité de les éplucher est considérée comme un obstacle à la consommation [6].

Le caractère périssable des produits frais peut poser des problèmes de stockage lorsque les foyers réalisent leurs achats de manière hebdomadaire [6]. Les produits frais doivent être stockés dans les bonnes conditions et consommés dans un temps relativement rapide ce qui demande une certaine organisation dans le temps, souvent absente chez les personnes en situation précaire qui préfèrent les plats déjà préparés [18].

4. Goût

Un des principaux reproches que les consommateurs font aux légumes concerne leur qualité gustative insuffisante. On les trouve fades et peu réconfortants. Courgettes, carottes ou brocolis cuits à l'eau ou à la vapeur, haricots verts ou épinards sont des plats recommandés sur le plan diététique mais ne sont pas toujours au goût de tous [1]. De plus, les enfants qui n'aiment généralement pas les légumes, ont une influence aussi sur le choix du menu [18].

5. Absence de produits connus et méconnaissance de l'offre local

L'absence de produits habituels ou une connaissance insuffisante de l'offre alimentaire du pays d'accueil peut être un frein à la consommation de légumes pour un public d'origine étrangère.

Par exemple, les femmes d'origine africaine souvent ne connaissent pas les légumes que l'on peut trouver en France, en particulier des légumes d'hiver (endives, betteraves, salades d'hiver) et ne savent pas les préparer [29]. Ainsi, ne trouvant pas de fruits et légumes familiers, les populations d'immigration peuvent délaisser les plats traditionnels équilibrés [18].

Il faut remarquer que certains migrants sont peu portés vers la nouveauté et ne cherchent pas spécialement à modifier leurs habitudes. Ainsi, des stratégies pédagogiques favorisant la découverte peuvent aider à lutter contre le refus de l'inconnu [29].

Quelques conseils pour aider à manger plus de fruits et légumes

Les recommandations nutritionnelles du PNNS "cinq par jour" sont les mêmes pour tous, quels que soient le niveau de revenu, les moyens et les habitudes alimentaires. Si elles sont en décalage avec les pratiques réelles, cela risque de provoquer un sentiment de culpabilité ou de rejet [31]. Il faudrait être plus souple et dire « il faut tendre vers » ou plus généralement « il faut manger de tout », sans se fixer sur les seuls produits frais [18].

Pour consommer assez de fruits et légumes, les professionnels de la nutrition [21, 27, 28] proposent un repère simple : les fruits et légumes doivent représenter la moitié des aliments consommés au cours d'un repas, qu'il s'agisse d'un repas principal ou d'une collation (« la moitié de mon assiette en fruits et légumes »).

Ainsi, les plats traditionnels mijotés, tels que le couscous, le minestrone, les légumes farcis crétois, les tians provençaux sont bien équilibrés et apportent des légumes variés, des féculents, une petite quantité de viande et/ou de fromage et peu de matière grasse [28].

Cependant, il ne faut pas oublier l'importance sensorielle des graisses qui facilitent une consommation importante de végétaux [21].

Les légumes en conserves ou surgelés peuvent aussi aider à manger plus de fruits et de légumes.

Les fruits et légumes en conserve (haricots verts, tomates pelées, petits pois, flageolets, salsifis, ratatouille, poivrons, coeurs de palmiers, asperges ; fruits au sirop ou en compote), ont l'avantage d'être disponible toute l'année, sont faciles à stocker et sont souvent moins chers [6, 10].

Pour les produits surgelés, il faut choisir les plus « naturels » comme les légumes prêts à cuire : haricots verts, épinards en branches (et non « à la crème »), rondelles de carottes ou de courgettes, poireaux en tronçons, fleurettes de brocolis ou de chou-fleur ou des mélanges de légumes pour ratatouille, pour potage, pour couscous [3]. Les plats cuisinés à base de légumes sont souvent plus riches en matière grasse, sel et sucre et sont plus chers que les légumes naturels. Il est donc préférable de consommer des fruits et légumes préparés à la maison ; c'est plus économique et cela permet de contrôler ce que l'on y ajoute [18].

Utilisés pour l'agrément ou l'assaisonnement, les légumes-condiments (oignon, ail ou échalote) et les herbes aromatiques (persil, basilic, menthe, estragon) permettent d'améliorer le goût de toutes les préparations sans y ajouter de calories supplémentaires [3, 28].

5. Recettes

** Les recettes avec l'astérisque ont été ajoutées grace aux connaissances culinaires personnelles.*

Soupe de lentilles (Grèce) *

Ingrédients :

1 l d'eau
150 g de lentilles
1 tomate
1 carotte
1 gousse d'ail
1 oignon
1 feuille de laurier
gros sel
2 càs d'huile d'olive

Préparation :

Laver les lentilles et les égoutter. Les mettre dans l'eau froide sur le feu. Aux premiers bouillons ajouter la tomate et l'oignon en petits morceaux, la carotte en rondelles, la gousse d'ail et la feuille de laurier. Laisser cuire à petits bouillons 30 à 40 minutes. Saler et verser l'huile d'olive en fin de cuisson.

Tomatokeftes (Grèce) *

Ingrédients :

(Pour une vingtaine de keftes)
500 gr de tomates
2 oignons moyens
10 cl de bière
5 grosses cuillères à soupe de farine
menthe sèche (ou persil, basilique)
sel, poivre

Préparation :

Couper les tomates et les oignons en petits morceaux. Verser la bière. Saler, poivrer, ajouter la menthe. Mélanger avec la farine. Faire chauffer de l'huile dans la poêle. Déposer la pâte à la cuillère. Retourner pour faire dorer des 2 côtés.

Gratin grec de légumes (Grèce) [1]

Ingrédients :

500 g de tomates
250 g de patates
250 g d'aubergines

250 g de courgettes
1 oignon hâché
huile d'olive
persil
1 belle gousse d'ail
1 poivron vert finement coupé
sel, poivre

Préparation :

Nettoyer tous les légumes et les couper en fines tranches. Les mettre dans un récipient, saler et mélanger. Les mettre dans un plat à gratin. Couper finement les tomates, l'ail et le persil. Mélanger dans un récipient avec l'oignon hâché et le poivron. Saler et poivrer. Verser sur les légumes. Ajouter de l'huile et un verre d'eau. Pendant la cuisson, il sera peut-être nécessaire de rajouter de l'eau. Mettre au four à 180° jusqu'à ce que les légumes soient cuits. Les liquides doivent s'être évaporés.

Sauce au concombre (Grèce) [1]

Ingrédients :

1 gros concombre
2 yaourts nature
2 ou 3 gousses d'ail
2 cuillères à soupe d'huile d'olive
1 cuillère à café de sel
pain grillé (facultatif)

Préparation :

Peler, râper et faire dégorger au sel le concombre. Dans un saladier, mélanger les yaourts, le sel, l'ail écrasé, l'huile d'olive et incorporer les concombres. Servir frais sur les tranches de pain grillé ou comme accompagnement avec de la viande. Cette sauce accompagne, traditionnellement, des plats à base de légumes.

Moussaka (Grèce) [1]

Ingrédients :

500 g de viande hachée de boeuf
1 kg d'aubergines
1 kg de tomates concassées en conserve
50 g de parmesan
1 brique de coulis de tomates
1 oignon
15 brins de persil
2 cuillères à soupe d'huile d'olive

sel
poivre

Préparation :

Laver et peler les aubergines, les couper en rondelles, les saler et les laisser dégorger 15 minutes. Les faire dorer au four à 180 °C, 8 minutes de chaque côté. Dans une cocotte, faire revenir à l'huile la viande, l'oignon émincé, les tomates concassées. Laisser mijoter à couvert 20 minutes. Dans un plat à gratin, alterner les couches d'aubergines et la sauce et couvrir de parmesan. Cuire au four à 170 °C pendant 30 minutes.

Salade grecque (Grèce) *

Ingrédients :

2 grandes tomates
1 oignon
1 petit concombre
1 poivron vert
150 g de feta (ou fromage de brebis)
olives (à volonté)
câpre
huile d'olive
origan

Préparation :

Mélanger tous les ingrédients dans un saladier. Mettre la feta à la fin, au dessus de la salade.

Stifado (ragoût grec) (Grèce) [13]

Ingrédients :

1/4 tasse d'huile d'olive
465 g de boeuf maigre, coupé en cubes de 1 pouce (2,5 cm)
2 tasses d'oignons tranchés
2 gousses d'ail, pelées et hachées
1/2 c. à thé de sel
1/2 c. à thé de poivre
1/2 c. à thé de sucre
1 bâton de cannelle de 2 pouces (5cm)
3/4 tasse de vin rouge sec
1/4 tasse de purée de tomate

Préparation :

Chauffer l'huile dans une poêle en fonte. bien brunir la viande. enlever et placer dans la mijoteuse. brunir légèrement les oignons et l'ail dans la même poêle. verser dans la mijoteuse. ajouter le reste des ingrédients et bien mélanger. couvrir et cuire à bas pendant 8-10 heures ou jusqu'à ce que la viande soit tendre. servir le stifado avec du macaroni cuit, mélangé de beurre et de cheddar fort râpé. une salade verte complète le repas.

Côtelettes d'agneau et feuilles de vigne farcies (Grèce) [13]

Ingrédients :

Feuilles de Vigne en conserve
Riz rond 1/2 verre
Viande de bœuf hachée 150 g
Côtelette d'agneau 6
Tomates 2
Bouillon de viande 1 litre
Sel 5 g
Poivre noir 3 g

Préparation :

Disposer les côtelettes dans le fond de la casserole. Préparer la farce en mélangeant la viande hachée, le riz préalablement trempé, le beurre ramolli, le sel et le poivre. Rincer les feuilles de vigne à l'eau courante. Disposer sur chaque feuille un peu de farce. Replier les bords et les extrémités pour constituer des sortes de petits cylindres "cigarettes" bien fermés. Dans le fond d'une casserole, disposer les côtelettes et les cylindres de feuilles de vigne en forme de cercle. Découper les tomates en rondelles et les disposer sur les feuilles de vignes. Ajouter le bouillon de viande. Maintenir les feuilles de vigne à l'aide d'une assiette. Faire cuire pendant une heure à feu doux. Servir chaud.

Bagna caudo (Italie) [1]

Ingrédients :

Le blanc de 2 céleris branches
1 coeur de chou frisé
2 petites têtes d'ail
3 anchois
3 cuillères à soupe d'huile d'olive
pain
1 cuillère à café de vinaigre

Préparation :

Faire tremper le coeur du chou et le blanc du céleri. Eplucher et couper l'ail en petits morceaux. Faire fondre à feu doux, 2 minutes, les anchois rincés et coupés en petits morceaux dans le vinaigre avant d'ajouter l'huile. Hors du feu, ajouter l'ail coupé et faire chauffer la sauce 5 minutes à feu doux. Déguster le céleri et le chou coupé en lamelles en les trempant dans cette sauce, accompagnés d'une tranche de pain. (Cette sauce chaude peut accompagner différentes crudités : radis, chou-fleur, artichauts, tomates, carottes...)

Artichauts aux patates (Italie) [1]

Ingrédients :

500 g de fonds d'artichauts surgelés
400 g de pommes de terre
200 g de petit salé fumé ou de pancetta maigre
2 cuillères à soupe d'huile d'olive
1 gousse d'ail
1 pincée de sel
1 pincée de poivre

Préparation :

Dans une cocotte, faire revenir à l'huile d'olive les fonds d'artichauts. Couper les tranches de pancetta en lanières, les poser sur les artichauts. Peler les pommes de terre, les laver, les couper dans le sens de la longueur, puis dans l'autre sens en petites lamelles. Couvrir les artichauts avec les pommes de terre. Ajouter l'ail écrasé, le sel, le poivre et un verre d'eau. Laisser cuire à l'étouffée 40 minutes.

Haricots blancs aux légumes (Maroc) [1]

Ingrédients :

250 g de haricots blancs secs trempés la veille
2 carottes
1 tomate
1 petite courgette
1 oignon jaune
1/2 poivron rouge
1/2 poivron vert
10 brins de persil frais et de coriandre fraîche
1 gousse d'ail
4 cuillères à soupe d'huile d'olive
1 cuillère à café de sel, de poivre, de cumin, de gingembre
1 pincée de piment doux en poudre
1 sachet de safran (facultatif)
1 cuillère à soupe de concentré de tomates

Préparation :

Ebouillanter les tomates pendant 1 minute afin de pouvoir les peler plus facilement. Peler tous les légumes, sauf la courgette, puis les couper tous en petits dés. Mettre tous les légumes dans un faitout, ajouter les haricots blancs égouttés, les condiments et faire revenir dans l'huile d'olive. Couvrir largement les légumes d'eau et mélanger avec le concentré de tomates. Laisser cuire une heure, en remuant de temps à autre. Saler et poivrer.

Fricot d'asperges (sud de la France) [1]

Ingrédients :

1 kg de pointes d'asperges
1 kg de pommes de terre
3 cuillères à soupe d'huile d'olive
1 pincée de poivre et de sel
1 verre d'eau

Préparation :

Eplucher les asperges, les laver, les couper en tronçons de 2 cm. Peler les pommes de terre, les laver et les couper en quatre dans le sens de la longueur, puis en fines lamelles. Dans une cocotte, faire revenir les asperges dans l'huile d'olive. Saler, poivrer. Ajouter les pommes de terre et 1 verre d'eau. Couvrir. Laisser cuire 25 minutes à l'étouffée.

Ratatouille (sud de la France) [1]

Ingrédients :

4 courgettes
2 aubergines
4 tomates mûres
1 poivron vert et 1 rouge
1 oignon
4 gousses d'ail
4 brins de basilic et de persil plat
4 cuillères à soupe d'huile d'olive
une pincée de sel et de poivre

Préparation :

Emincer l'oignon, écraser l'ail. Epépiner les poivrons et les couper en dés. Peler et couper les aubergines, les courgettes et les tomates. Ciseler le persil et le basilic. Dans une poêle, faire revenir 10 minutes, dans 1 cuillère à soupe d'huile d'olive, l'oignon, l'ail et les poivrons jusqu'à ce que les poivrons soient presque cuits, saler, poivrer, les retirer et les réserver. Répéter l'opération avec les aubergines jusqu'à ce qu'elles soient bien dorées. Dans une cocotte, faire colorer les courgettes 5 minutes dans le reste d'huile. Ajouter les dés de tomates, le persil

cisé et cuire encore 5 minutes. Incorporer les poivrons et les aubergines préalablement dorés, mélanger, rectifier l'assaisonnement. Laisser cuire 10 minutes puis ajouter le basilic.

Paella (Espagne) [1]

Ingrédients :

500 g de poulet
500 g de lapin
250 g de cocktail de fruits de mer surgelés
500 g de riz
150 g de haricots blancs
150 g de petits pois
1 oignon
3 gousses d'ail
1/2 poivron rouge
6 cuillères à soupe d'huile d'olive
1 sachet de safran
sel, eau

Préparation :

Couper les morceaux de lapin et de poulet. Emincer l'oignon. Couper le poivron en petits dés. Equeuter les haricots et les couper en morceaux. Egoutter les fruits de mer. Dans la poêle à paella, faire revenir à l'huile d'olive les gousses d'ail entières, l'oignon et les morceaux de viande, saler. Ajouter les poivrons, les haricots, les petits pois, le safran et mélanger. Remplir d'eau bouillante à un doigt du bord de la poêle pour éviter que l'eau ne déborde, vérifier si la paella est assez salée. Jeter le riz en pluie, surtout sans remuer, et ajouter les fruits de mer. Une fois que l'eau est évaporée, arrêter le feu et laisser reposer 10 minutes avant de servir.

Risotto aux fruits de mer (Italie) [1]

Ingrédients :

500 g de cocktail de fruits de mer surgelés
2 grosses tomates
2 bols d'eau
1 bol de riz
3 cuillères à soupe d'huile d'olive
1 gros oignon
2 sachets de colorant alimentaire (Spigol)
6 gousses d'ail
1 pincée de sel, de poivre
1 feuille de laurier
1 brin de thym

Préparation :

Faire revenir l'oignon émincé et l'ail écrasé dans une sauteuse. Ajouter le riz, les tomates préalablement pelées et coupées en petits morceaux. Au bout de 10 minutes, ajouter les fruits de mer, l'eau, le thym, le sel, le poivre, le laurier et le colorant. Laisser cuire à couvert et à feu doux pendant 20 minutes.

Ragoût de seiche (Portugal) [1]

Ingrédients :

1 kg de blancs de seiche
4 grosses carottes
4 pommes de terre
3 gros oignons
10 brins de persil
10 cuillères à soupe d'huile d'olive
1 oeuf
5 gousses d'ail
poivre et sel

Préparation :

Dans une cocotte, faire cuire à feu doux pendant 10 minutes les blancs de seiche coupés en morceaux pour qu'ils rendent leur eau. Les égoutter. Emincer très finement les oignons et les faire revenir dans une sauteuse avec une cuillère d'huile d'olive, les carottes pelées et coupées en petits morceaux et le persil haché. Ajouter les morceaux de seiches et les pommes de terre pelées et coupées en dés, le sel, le poivre et 2 gousses d'ail écrasées. Réduire le feu et faire cuire 30 minutes. Dans un bol, préparer l'aioli avec 3 gousses d'ail pilées, le jaune d'oeuf, le sel, le poivre. Incorporer l'huile petit à petit pour monter l'aioli comme une mayonnaise. Au dernier moment, ajouter à l'aioli 2 cuillères à soupe de jus de seiche. Servir l'aioli avec le ragoût chaud.

Morue à la provençale (sud de la France) [1]

Ingrédients :

1 kg de morue salée, coupée en morceaux et dessalée la veille
600 g de pommes de terre et de tomates bien mûres
100 g d'olives noires de Nyons
5 cuillères à soupe d'huile d'olive
3 cuillères à soupe de farine
1 poivron rouge
1 oignon

Préparation :

Egoutter les morceaux de morue, les éponger avec du papier absorbant et les fariner. Dans une sauteuse, mettre 3 cuillères à soupe d'huile, faire revenir les morceaux de morue et les retirer après qu'ils soient dorés. Remplacer par l'oignon émincé et le poivron finement coupé pendant 8 à 10 minutes. Peler, laver et couper en morceaux les pommes de terre et les tomates, les ajouter aux oignons et les laisser cuire 20 minutes. Remettre les morceaux de morue à mijoter, avec les olives dénoyautées et les légumes pendant 10 minutes. Servir chaud.

Sardines farcies (Algérie) [1]

Ingrédients :

3 kg de sardines bien fraîches
15 brins de persil et de coriandre
10 gousses d'ail
2 cuillères à soupe de sel
1 cuillère à soupe de cumin en poudre, de piment doux
1/2 cuillère à soupe de ras el hanout

Préparation :

Sous un filet d'eau, écailler, nettoyer, évider et rincer les sardines. Le poissonnier peut vous les préparer. Egoutter les sardines ouvertes sur du papier absorbant. Pour la farce, trier les gousses d'ail, laver le persil et la coriandre et les hacher finement, ajouter le sel, le cumin, le piment doux, le ras el hanout et bien mélanger. Entre deux sardines ouvertes, mettre 1 cuillère à café de farce. Bien aplatir entre les mains et faire griller au barbecue.

Poisson grillé (Grèce) *

Ingrédients :

1 poisson gros (dorade, truite, daurade...) pour chaque personne
jus de 2 citrons
5 cuillères à soupe d'huile d'olive
persil
1 gousse d'ail
sel, poivre

Préparation :

Faire griller les poissons. Mélanger le jus de citron avec l'huile d'olive, l'ail écrasé, le sel et le poivre. Etaler la sauce sur les poissons. Servir chaud. (Traditionnellement, ce plat est accompagné par une salade grecque, ou par des herbes sauvages cuites)

Ragoût de poulpe (sud de la France) [1]

Ingrédients :

1 kg de poulpes frais
1 kg de pommes de terre
50 g d'olives noires
6 cuillères à soupe d'huile d'olive
4 carottes
3 gousses d'ail
3 tomates
4 cuillères à soupe de vin blanc sec (facultatif)
2 oignons
1 aubergine
3 brins de thym
1 pincée de cumin
1 cuillère à soupe de persil haché
1/2 piment de Cayenne
1 clou de girofle
sel, poivre

Préparation :

Nettoyer les poulpes, les faire tremper 1 heure dans l'eau froide, les égoutter et les battre fortement pour les attendrir. Cuire à feu vif, 5 minutes environ, les poulpes préalablement coupés en morceaux. Les égoutter et les réserver. Faire revenir dans 3 cuillères à soupe d'huile d'olive les oignons émincés, l'ail haché, l'aubergine pelée et coupée très finement. Ajouter le vin blanc, les carottes coupées en rondelles, les tomates pelées, épépinées et coupées en morceaux. Après 20 minutes de cuisson à couvert, ajouter les poulpes, les olives noires, le thym, la feuille de laurier, le persil haché, le clou de girofle. Saler et poivrer. Faire mijoter à feu doux pendant 30 minutes à couvert, puis incorporer les pommes de terre coupées en quartier. Laisser cuire 15 minutes à couvert.

Agneau aux courgettes (Maroc) [14]

Ingrédients:

1/2 kilo d'agneau
1 oignon
1 tomate
1 gousse d'ail
2 c. à soupe de persil haché
1/4 c. à thé de safran
1/2 knorr au poulet
1 c. à thé de poivre
1/2 c. à thé de sel (au goût)
1 c. à thé de cumin
1/2 c. à thé de gingembre
1 c. à soupe d'huile végétale ou canola

1 verre - 1 verre 1/2 d'eau
3 courgettes (zucchini)

Préparation

Couper l'oignon et tomate en petits morceaux et mettre dans un chaudron. Hacher l'ail et le persil et ajouter au reste. Mettre le safran, cumin, knorr émietté, sel, poivre, gingembre et le mélanger avec une cuillère en bois. Ajouter le ou les morceaux d'agneau au chaudron en mélangeant le tout. Ajouter un 1/2 verre d'eau, et ajouter un peu d'eau pendant la cuisson si il n'y a pas assez d'eau. Faire cuire la viande et retirer lorsque tendre. Retirer du chaudron et placer dans un plastique fermé. Éplucher le zucchini et couper en deux, et par la suite couper chaque morceau en 2. Faire cuire le zucchini. Servir chaud en plaçant l'agneau dans l'assiette et le zucchini par dessus et la sauce autour.

6. Vocabulaire

Acide folique : L'acide folique (ou vitamine B9) joue un rôle essentiel dans la production du matériel génétique (ADN, ARN) et des acides aminés nécessaires à la croissance cellulaire. Elle joue notamment un rôle important dans la formation des globules rouges, le fonctionnement du système nerveux et du système immunitaire, ainsi que dans la cicatrisation des blessures et des plaies. Elle est nécessaire à la production de nouvelles cellules, ce qui la rend particulièrement importante durant les périodes de croissance rapide comme l'enfance, l'adolescence, la grossesse (développement du fœtus). Plusieurs aliments constituent une source intéressante de folate, notamment les abats, les légumineuses et les légumes à feuilles vert foncé. Dans le cas des légumes, la cuisson, la mise en conserve et la congélation diminuent leur teneur en cette vitamine. La plupart des céréales à déjeuner sont enrichies en différentes vitamines et constituent une excellente source d'acide folique. [[Passeport Santé](#)]

Acide gras insaturé : Un acide gras insaturé est un acide gras qui comporte une ou plusieurs doubles liaisons carbone-carbone. On parle d'acide gras *mono*-insaturé lorsqu'il n'y a *qu'une* seule double liaison et d'acide gras *poly*-insaturé lorsqu'il y en a *plusieurs*. Les acides gras poly-insaturés sont notamment d'origine végétale. Certains acides gras mono-insaturés *cis* exerceraient une action préventive sur les maladies cardio-vasculaires, surtout avec les huiles de première pression à froid. Cela inclut les acides gras de la série oméga-9, dont le principal est l'acide oléique, constituant principal de l'huile d'olive, qui expliquerait en partie les bénéfices santé du régime méditerranéen.

Acide gras linoléique : l'acide linoléique ne peut être synthétisé par l'organisme et doit donc être apporté par l'alimentation. On dit pour cela que c'est un acide gras essentiel. [[Wikipédia](#)]

Acides gras poly-insaturés : la plupart des acides gras poly-insaturés peuvent être synthétisés par l'organisme, à l'exception de 2 acides gras poly-insaturés qui doivent être obligatoirement apportés par l'alimentation : les oméga-3 et les oméga-6. Les acides gras poly-insaturés jouent de nombreux rôles dans : la construction et le maintien des membranes des cellules, de la peau, des cellules nerveuses et de la rétine, la synthèse des hormones et les différents processus enzymatiques, le système immunitaire, la pression artérielle... L'apport recommandé en acides gras poly-insaturés est de 1/4 des graisses totales. De plus, il existe des besoins spécifiques en acides gras essentiels. Pour couvrir vos besoins journaliers en acides gras essentiels, vous pouvez consommer : 1 à 2 cuillères à soupe d'huile végétale riche en acide gras poly-insaturés (l'huile de tournesol, de colza ou de soja) par jour, et 100 à 150 g de poisson gras par semaine. Une carence en acides gras poly-insaturés entraîne une carence en acides gras essentiels, d'où des troubles : cardiovasculaires et neurologiques, cutanés (sécheresse de la peau, vieillissement prématurés des cellules), de la vision, de la coagulation sanguine, de la reproduction, de cancer... [[Femme Actuelle](#)]

Acide gras saturé : parmi les graisses, il est important de distinguer les corps gras saturés et insaturés. Les corps gras saturés sont les plus nocifs pour la santé puisqu'ils sont responsables d'une élévation importante du taux de cholestérol dans le sang. En revanche, la consommation alimentaire de graisses poly-insaturées favorise la baisse du mauvais cholestérol (le plus léger, celui qui génère les plaques d'athérome, le LDL) et augmente le bon cholestérol (le plus lourd, le HDL). Certes la consommation de corps gras doit préférentiellement être limitée mais cette consommation doit néanmoins être maintenue car les graisses contiennent des vitamines

indispensables à la vie, les vitamines A, D, E, et K (vitamines solubles dans les graisses).
[mangermaigrir.fr]

Acide gras trans : les acides gras trans font partie des acides gras insaturés. La plus grande quantité consommée par les êtres humains se trouve dans les produits industriels, par suite d'hydrogénation partielle des huiles végétales insaturées. La consommation d'acides gras *trans* n'est pas nécessaire, ni bénéfique à la santé, contrairement à celle des autres acides gras naturels (saturés, ou insaturés). Leur consommation régulière augmente notamment les risques de maladies cardio-vasculaires, même à faibles doses ; ainsi que les risques de cancer du sein. Pour ces raisons, de nombreuses organisations pour la santé recommandent de réduire le plus possible leur absorption. Sources alimentaires : produits laitiers (beurre, crème, fromages, lait) et les viandes (bœuf, mouton, etc.), huiles raffinées, non vierges, lors d'une friture des huiles, ou d'un chauffage, même à assez basse température (huile de lin par exemple). [Wikipédia]

Acide oléique : l'acide oléique vient du latin *oleum* et veut dire huile. C'est le plus abondant des acides gras monoinsaturés à chaîne longue dans notre organisme. Son nom vient de l'huile d'olive dont il constitue 55 % à 80 %, mais il est abondant dans toutes les huiles animales ou végétales, par exemple dans l'huile de pépins de raisin (15 % à 20 %) ou le beurre de karité (40% à 60%). C'est un excellent aliment énergétique.

Acide palmitique : l'acide palmitique, du latin *palmus* (palme), également appelé acide hexadécanoïque ou acide cétylique est l'un des acides gras saturés les plus courants chez les animaux et les plantes. C'est un solide blanc qui fond à 63,1 °C. Comme son nom l'indique, on en trouve dans l'huile de palme, mais aussi dans toutes les graisses et huiles animales ou végétales (beurre, fromage, lait et viande). L'acide palmitique est le premier acide gras produit au cours de la lipogenèse ; à partir de lui, les acides gras plus longs peuvent être produits. C'est un excellent aliment énergétique, mais sa consommation augmente le risque de maladie cardio-vasculaire. Industriellement on utilise l'acide palmitique pour la fabrication des margarines, des savons durs. Des dérivés de l'acide palmitique furent utilisés pour produire le napalm.

alfatoxines : Les alfatoxines sont des éléments carcinogènes présents à l'état naturel dans les moisissures. Elles ne se contentent pas de menacer la santé des êtres humains et des animaux d'élevage, mais peuvent également avoir des répercussions économiques importantes sur l'industrie alimentaire et pour les négociants en produits alimentaires.

allicine : L'allicine est le thiosulfate prédominant dans l'ail (*Allium sativum*). L'allicine est le responsable chimique de l'odeur typique et agressive de l'ail. L'allicine est la défense mécanique de l'ail contre les attaques des facteurs nuisibles. Quand l'ail est attaqué ou blessé, il produit de l'allicine par une réaction enzymatique, qui est toxique pour les insectes et les micro-organismes

alliine : c'est un acide aminé à partir duquel l'enzyme alliinase le convertit en allicine,

Alzheimer : La maladie d'Alzheimer est une maladie cérébrale dégénérative primitive . La démence de la maladie d'Alzheimer est classée parmi les troubles mentaux et du comportement dans la CIM-10. Elle se caractérise par un déclin progressif des fonctions cognitives telles que la mémoire, l'idéation, la compréhension, le calcul, le langage, la

capacité d'apprendre et le jugement. On pose le diagnostic de démence lorsque ces perturbations sont telles qu'elles constituent une entrave aux activités de la vie quotidienne...

Acide gras trans : les acides gras trans font partie des acides gras insaturés. La plus grande quantité consommée par les êtres humains se trouve dans les produits industriels, par suite d'hydrogénation partielle des huiles végétales insaturées. La consommation d'acides gras *trans* n'est pas nécessaire, ni bénéfique à la santé, contrairement à celle des autres acides gras naturels (saturés, ou insaturés). Leur consommation régulière augmente notamment les risques de maladies cardio-vasculaires, même à faibles doses ; ainsi que les risques de cancer du sein. Pour ces raisons, de nombreuses organisations pour la santé recommandent de réduire le plus possible leur absorption. Sources alimentaires : produits laitiers (beurre, crème, fromages, lait) et les viandes (bœuf, mouton, etc.), huiles raffinées, non vierges, lors d'une friture des huiles, ou d'un chauffage, même à assez basse température (huile de lin par exemple. [[Wikipédia](#)])

Acide oléique : l'acide oléique vient du latin *oleum* et veut dire huile. C'est le plus abondant des acides gras monoinsaturés à chaîne longue dans notre organisme. Son nom vient de l'huile d'olive dont il constitue 55 % à 80 %, mais il est abondant dans toutes les huiles animales ou végétales, par exemple dans l'huile de pépins de raisin (15 % à 20 %) ou le beurre de karité (40% à 60%). C'est un excellent aliment énergétique.

Acide palmitique : l'acide palmitique, du latin *palmus* (palme), également appelé acide hexadécanoïque ou acide cétylique est l'un des acides gras saturés les plus courants chez les animaux et les plantes. C'est un solide blanc qui fond à 63,1 °C. Comme son nom l'indique, on en trouve dans l'huile de palme, mais aussi dans toutes les graisses et huiles animales ou végétales (beurre, fromage, lait et viande). L'acide palmitique est le premier acide gras produit au cours de la lipogenèse ; à partir de lui, les acides gras plus longs peuvent être produits. C'est un excellent aliment énergétique, mais sa consommation augmente le risque de maladie cardio-vasculaire. Industriellement on utilise l'acide palmitique pour la fabrication des margarines, des savons durs. Des dérivés de l'acide palmitique furent utilisés pour produire le napalm.

alfatoxines : Les alfatoxines sont des éléments carcinogènes présents à l'état naturel dans les moisissures. Elles ne se contentent pas de menacer la santé des êtres humains et des animaux d'élevage, mais peuvent également avoir des répercussions économiques importantes sur l'industrie alimentaire et pour les négociants en produits alimentaires.

allicine : L'allicine est le thiosulfate prédominant dans l'ail (*Allium sativum*). L'allicine est le responsable chimique de l'odeur typique et agressive de l'ail. L'allicine est la défense mécanique de l'ail contre les attaques des facteurs nuisibles. Quand l'ail est attaqué ou blessé, il produit de l'allicine par une réaction enzymatique, qui est toxique pour les insectes et les micro-organismes

alliine : c'est un acide aminé à partir duquel l'enzyme alliinase le convertit en allicine,

Alzheimer : La maladie d'Alzheimer est une maladie cérébrale dégénérative primitive . La démence de la maladie d'Alzheimer est classée parmi les troubles mentaux et du comportement dans la CIM-10. Elle se caractérise par un déclin progressif des fonctions cognitives telles que la mémoire, l'idéation, la compréhension, le calcul, le langage, la

capacité d'apprendre et le jugement. On pose le diagnostic de démence lorsque ces perturbations sont telles qu'elles constituent une entrave aux activités de la vie quotidienne...

Antibactérien : antiinfectieux

Antioxydant : substance naturelle ou chimique capable de neutraliser, ou de réduire les dommages causés par les radicaux libres dans l'organisme. Bien que les réactions d'oxydation soient nécessaires à la vie, elles peuvent aussi être destructrices : les plantes et les animaux utilisent et produisent de nombreux antioxydants pour se protéger

β -carotène : Le β -carotène se trouve dans certains fruits et végétaux : poivron, carotte, épinard, laitue, tomate, patate douce, brocoli, cantaloup, courge, abricot. En première approximation, plus le fruit (ou la feuille) est coloré, plus il y a de β -carotène. Le β -carotène est utilisé dans le domaine alimentaire comme colorant pour la préparation de la margarine, pour les produits de boulangerie, les boissons gazeuses et les sucreries. Il peut être utilisé comme provitamine A en tant que complément vitaminé. C'est un antioxydant qui a un effet bénéfique dans la lutte contre les radicaux libres néanmoins son utilité comme complément alimentaire est débattue. [[Wikipédia](#)]

Caroténoïdes : on regroupe sous le terme de *caroténoïde* les carotènes et les xanthophylles. Les caroténoïdes sont des pigments plutôt orange et jaunes répandus chez de très nombreux organismes vivants. Ils sont en général facilement assimilables par les organismes. Ils sont synthétisés par toutes les algues, toutes les plantes vertes et par de nombreux champignons et bactéries (dont les cyanobactéries). Ils sont absorbés par les animaux dans leur nourriture. Les caroténoïdes jouent un rôle important dans la nutrition et la santé, car plusieurs sont des provitamines A, et certains présentent aussi des activités anti-cancer et antioxydantes. Ils stimulent aussi la synthèse d'anticorps. [[Wikipédia](#)]

Cholestérol : substance grasse (stérol) qui se trouve dans le sang et dans la bile

Dépuratif : qui purifie l'organisme, qui élimine les toxines ou les poisons.

Diurétique : substance permettant une élimination d'eau par les reins et donc qui favorise, stimule l'excrétion urinaire

Escherichia coli : *Escherichia coli* (*E. coli*) est une bactérie fréquente du tube digestif de l'homme et des animaux à sang chaud

Expectorante : qui aide à expectorer, à tousser, expulser, cracher

Fibres alimentaires : les constituants des aliments qui ne sont pas dégradés dans l'estomac et l'intestin grêle chez l'homme. Ils couvrent une grande gamme de couleur du rouge à l'ultraviolet en passant par le jaune. Leur couleur dépend de leur structure mais aussi de l'acidité du milieu (pH). On en retrouve dans le rouge des pommes et des poires, dans les baies de genièvre, le miel, le raisin et le vin... [[Wikipédia](#)]

Flavonoïdes : les flavonoïdes sont connus principalement pour leur activité antioxydante.

fructosane : polymère du fructose

hépatoprotecteur : protecteur du foie

Hyperlipémie : augmentation des taux de graisse dans le sang (idem hyperlipémie)

Lycopène : la lycopène est un pigment caroténoïde rouge qui se trouve dans les tomates et dans d'autres fruits rouges. Dans les plantes, les algues et autres organismes photosynthétiques, la lycopène est un intermédiaire important pour la biosynthèse de plusieurs caroténoïdes, inclusivement la bêta carotène, qui est responsable pour la pigmentation jaune, orange et rouge, la photosynthèse et la photo-protection. Les doubles liens lui donnent son activité antioxydante. Grâce à sa couleur et sa non-toxicité, la lycopène est un colorant pour les aliments. Grâce au fait que des chercheurs ont prouvé une relation inverse entre la consommation de tomates et le risque de développer un cancer, la lycopène a été considérée comme un facteur potentiel de prévention de certains types de cancers, et du cancer du prostate en particulier.

Mucosité : humeur visqueuse sécrétée par les muqueuses

oligo-éléments : éléments minéraux présents dans l'organisme en très faible quantité, mais jouant un rôle important pour le métabolisme cellulaire, et dont la carence peut créer des troubles, comme l'iode, le magnésium, le zinc

Oméga 3 : les acides gras omega 3 appartiennent à la famille des acides gras (lipides) polyinsaturés. Ils sont dits «essentiels» car utiles au bon fonctionnement des cellules. Le précurseur de cette famille, l'acide alpha-linolénique (ALA), est dit «indispensable» car il est nécessaire au développement et au bon fonctionnement du corps humain, mais que notre corps ne sait pas le fabriquer. Il doit donc obligatoirement être apporté par notre alimentation. Les aliments les plus riches en omega 3 proviennent des végétaux terrestres et de certains animaux

· la noix, le colza, le soja, le lin, etc.
· les poissons gras comme le saumon, le thon, le maquereau, le hareng, la sardine et l'anchois.

[[Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments](#)]

Oméga 6 : Le groupe d'acides gras omega-6 sont des acides gras polyinsaturés que l'on trouve dans la plupart des huiles végétales, graines et les céréales. On les retrouve dans les œufs ou certaines viandes en quantités variables selon l'alimentation des animaux. Ces acides gras sont dits *essentiels* car l'organisme en a absolument besoin. Toutefois, les oméga-6 ne sont pas strictement indispensables. Le corps peut les synthétiser à partir de l'omega-3. Les apports nécessaires recommandés en oméga-3 et 6 sont de 2 grammes/jour alors que la consommation moyenne est de 0,8 g. On les trouve principalement dans les huiles alimentaires comme l'acide linoléique (huile de carthame linoléique, pépins de raisin, de tournesol, de germe de blé, de maïs, de noix, de soja et, de façon générale, dans les huiles végétales). [[Wikipédia](#)]

Phytochimiques (Composés) : les composés phytochimiques sont des composés chimiques organiques qu'on peut trouver dans des aliments d'origine végétale. Ces composés ne font pas partie des nutriments essentiels, mais qui ont des effets positifs sur la santé. [[Wikipédia](#)]

Plaquettes : Les *plaquettes* sanguines sont de petites cellules anuclées qui prennent naissance dans la moelle hématopoïétique (moelle des os plats). Elles jouent un rôle dans la coagulation.

Polymère: macromolécule, organique ou inorganique, constituée de l'enchaînement répété d'un même motif, le monomère

Polyphénol : Les polyphénols prennent une importance croissante, notamment à cause de leurs effets bénéfiques sur la santé. En effet, leur rôle d'antioxydants naturels suscite de plus en plus d'intérêt pour la prévention et le traitement du cancer, des maladies inflammatoires, cardiovasculaires et neurodégénératives. Ils sont également utilisés comme additifs pour l'industrie agroalimentaire, pharmaceutique et cosmétique. Les polyphénols sont présents dans diverses substances naturelles : dans les fruits rouges, le vin rouge (en relation avec les tanins), dans les agrumes, dans le thé vert, dans les pommes, les oignons, le vin rouge, etc. [[Wikipédia](#)]

Prophylaxie : méthode de protection ou de prévention

Radicaux libres (RL): depuis 1960, les preuves s'accumulent pour démontrer l'implication des RL dans les 3 fléaux pour la santé que sont le cancer, les affections cardiaques et vasculaires, le vieillissement prématuré. Un RL est une molécule rendue agressive par la possession d'un électron libre supplémentaire dit «célibataire». L'agressivité de cette molécule consiste en la recherche d'un autre électron permettant de créer un couple stabilisateur d'électrons .Elle s'exerce principalement sur les membranes des cellules ou sur les protéines sensibles des chromosomes que les RL fouillent et oxydent pour obtenir l'électron manquant.

Les conséquences pour l'organisme sont importantes puisque les RL oxydent le mauvais cholestérol (LDL), celui altère les parois des artères et les obstrue conduisant notamment à l'infarctus. Les RL s'attaquent aussi aux protéines des chromosomes sanctuaires du code génétique dont la dégradation fait le nid de nombreux cancers. Les RL sont aussi impliqués dans vieillissement de articulations avec l'arthrose, du cerveau (Alzheimer) ou de l'oeil (cataracte).

Salmonelles : bactéries causant des maladies intestinales (salmonellose) chez l'humain. En général, elles se transmettent à l'humain qui consomme un aliment contaminé.

Sédatif : calmant

Triglycérides :Les triglycérides sont des « graisses » présentes dans le sang. Leur augmentation anormale, appelée hypertriglycéridémie, accroît le risque athérogène (infarctus, etc...). Ces « graisses » proviennent de la dégradation par le foie des sucres absorbés en excès

Vermifuge: c'est un médicament pour humain ou pour animaux de compagnie tels que les chiens. Il permet d'éradiquer les parasites intestinaux ou vers

Vitamine C : Même si la plupart des mammifères peuvent synthétiser cette vitamine, l'organisme humain en a perdu la capacité au cours de l'évolution. Il doit donc la puiser chaque jour dans les aliments. La vitamine C est absorbée en petite quantité dans la bouche et l'estomac et, principalement, dans l'intestin grêle; elle est éliminée par l'urine. Dans l'organisme, elle est surtout présente dans le cristallin, les globules blancs, l'hypophyse, les glandes surrénales et le cerveau. La vitamine C intervient dans des centaines de processus métaboliques. Une de ces principales fonctions est d'aider le corps à fabriquer le collagène, une protéine essentielle à la formation du tissu conjonctif de la peau, des ligaments et des os.

Entre autres choses, elle contribue au maintien de la fonction immunitaire, elle active la cicatrisation des plaies, participe à la formation des globules rouges et augmente l'absorption du fer contenu dans les végétaux. Un des autres rôles importants de la vitamine C est son effet antioxydant qui protège les cellules contre les dommages infligés par les radicaux libres. Sources alimentaires : goyave, poivron rouge (cuit ou cru), papaye, kiwi, orange, jus d'orange, poivron vert (cuit ou cru), jus d'ananas et pamplemousse, mangue, brocoli (cuit ou cru) [[Passeport Santé](#)]

Vitamine D : À la fois vitamine et pro-hormone, la vitamine D (ou calciférol) est vitale pour la santé des os et des dents, car elle joue un rôle essentiel dans le métabolisme du calcium dans l'organisme. Elle régularise le taux de calcium sanguin en améliorant l'absorption intestinale de ce minéral tout en minimisant son élimination par l'urine. Elle participe aussi à la déposition et au retrait de calcium des os selon les besoins de l'organisme. L'organisme peut en outre synthétiser directement la vitamine D par la peau, ce qui explique pourquoi on ne peut la considérer strictement ou purement comme une vitamine. Sous l'effet des rayons ultraviolets du soleil elle peut être fabriquée par le corps humain. Pour cette raison, on l'a souvent nommée la «vitamine soleil». Source alimentaires : saumon grillé ou poché, thon, huître crue ou cuite à la vapeur, hareng de l'Atlantique, champignons shiitakes séchés, saumon fumé, truite grillée... [[Passeport Santé](#)]

Vitamine E : la vitamine E ou tocophérol est une vitamine liposoluble. Elle est reconnue comme étant essentiellement un antioxydant, elle freine le vieillissement cutané et assure la stabilité des structures cellulaires. Elle est présente en grande quantité dans les huiles végétales, et possédant une activité antioxydante, en conjugaison avec la vitamine C.

7. Bibliographie

ALIMENTATION MEDITERRANEENNE EN BREF

Articles et ouvrages consultés

1. BIRLOUEZ, Eric. « L'alimentation méditerranéenne : un art du bien manger, favorable à la santé ». In *Aprifel. Agence fruits et légumes frais*, [En ligne]. <http://www.aprifel.com/articles-sante.detail.php?m=0&rub=20&a=1127> (Page consultée le 26 fév. 2009)
2. BOUCHON, Gaëlle. « La Diète Méditerranéenne officiellement présentée à l'UNESCO ». *Messages d'Espagne : politiques agricoles et halieutiques* [En ligne]. no 80 (oct. 2008), p. 2-3. http://www.dgtpe.fr/se/espagne/documents_new.asp?V=10_PDF_147739 (Page consultée le 12 avril 2009)
3. CIHEAM [Centre International de Hautes Etudes Agronomiques Méditerranéennes]. « L'Espagne et l'Italie s'associent pour promouvoir la diète méditerranéenne à l'Unesco ». *La lettre de veille du CIHEAM* [En ligne]. no 5 (printemps 2008), p. 12. <http://www.cread-dz.com/cread/images/LettreCIHEAM.pdf> (Page consultée le 3 avril 2009)
4. CIHEAM [Centre International de Hautes Etudes Agronomiques Méditerranéennes]. « L'Espagne et l'Italie s'associent pour promouvoir la diète méditerranéenne à l'Unesco ». *Les notes d'analyse du CIHEAM : L'actualité agricole en Méditerranée de janvier à avril 2008* [En ligne]. no 33 (mai 2008), p. 17. <http://portail2.reseau-concept.net/Upload/ciheam/fichiers/nan33.pdf> (Page consultée le 2 mars 2009)
5. COLLIN BOUFFIER, Sophie, SAUNER, Marie-Hélène, et al. *Substitution de nourritures / Nourritures de substitution en Méditerranée : actes du colloque tenu à Aix-en-Provence les 14 et 15 mars 2003*. Aix-en-Provence : Publications de l'Université de Provence, 2006. 184 p. ISBN 978-2-85399-650-1
6. DELPEUCH, Francis. Préserver et promouvoir l'alimentation méditerranéenne pour la santé : vers des politiques nutritionnelles intégrées. In Agropolis international (Montpellier). *Alimentation méditerranéenne et santé : actualités et perspectives*. Montrouge (Hauts-de-Seine) : John Libbey Eurotext, 2000, p.155-167. ISBN 2-7420-0315-0
7. HERVIEU, Bertrand. « Dix enjeux pour l'agriculture en Méditerranée ». *Cahiers Agricultures* [En ligne]. vol 16 (no 4) (juillet-août 2007), p. 247-250. http://www.jle.com/e-docs/00/04/33/96/vers_alt/VersionPDF.pdf (Page consultée le 14 mars 2009)
8. LAIRON, Denis. Fibres alimentaires : intérêt nutritionnel en alimentation humaine. In Agropolis international (Montpellier). *Alimentation méditerranéenne et santé : actualités et perspectives*. Montrouge (Hauts-de-Seine) : John Libbey Eurotext, 2000, p.115-116. ISBN 2-7420-0315-0
9. LE BIHAN, Geneviève. « Baromètre Santé Nutrition Languedoc-Roussillon 2002. Alimentation méditerranéenne : connaissances, perceptions, pratiques ». In ORS Languedoc-Roussillon. *Site de l'Observatoire régional de la santé du Languedoc-Roussillon*, [En ligne] <http://www.ors-lr.org/travauxetudes/pdf/Barometrenutritionalimed.pdf> (Page consultée le 21 déc. 2008)
10. LEGER, Claude-Louis, DESCOMPS, Bernard. Huile d'olive, coproduits de l'huilerie d'olive et olive-fruit : donnée actuelles et perspectives concernant la relation aliment et santé. In Agropolis international (Montpellier). *Alimentation méditerranéenne et santé : actualités et perspectives*. Montrouge (Hauts-de-Seine) : John Libbey Eurotext, 2000, p.55-73. ISBN 2-7420-0315-0
11. MATTHEWS, Christopher. « Le régime alimentaire méditerranéen? De plus en plus ignoré dans la région ... ». In FAO. *Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture*, [En ligne]. <http://www.fao.org/Newsroom/fr/news/2008/1000871/index.html> (Page consultée le 15 décembre 2008)
12. PADILLA, Martine, et al. « Consommation et sécurité alimentaire en Méditerranéenne ». In CIHEAM [Centre International de Hautes Etudes Agronomiques Méditerranéennes]. *Agri.Med. Agriculture, pêche,*

alimentation et développement rural durable dans la région méditerranéenne : rapport annuel 2005 [En ligne] http://news.reseau-concept.net/images/ciheam/Client/Rapport_2005.pdf (Page consultée le 14 mars 2009)

13. PADILLA, Martine. « Alimentation méditerranéenne et héritage ». In IAMM [Institut Agronomique Méditerranéen de Montpellier]. *CIHEAM IAMM. Institut Agronomique Méditerranéen de Montpellier*, [En ligne]. http://www.iamm.fr/bn/pdf/publi/padilla-2003-alim_heritage.pdf (Page consultée le 2 février 2009)

14. PADILLA, Martine. « Evolution des modèles de consommation méditerranéens : faits, causes, effets ». In Akdeniz Üniversitesi. *İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, [En ligne]. <http://www.akdeniz.edu.tr/iibf/dergi/Sayi01/Padilla.pdf> (Page consultée le 8 mars 2009)

15. PADILLA, Martine. « Les caractéristiques de l'alimentation méditerranéenne ». *Les notes d'alertes du CIHEAM* [En ligne]. no 45 (avril 2008), p. 1-3. http://portail2.reseau-concept.net/Upload/ciheam/fichiers/Nal_45.pdf (Page consultée le 15 mars 2009)

16. PADILLA, Martine. L'alimentation méditerranéenne : une et plurielle. In PADILLA, Martine, OBERTI, Bénédicte. *Alimentation et nourritures autour de la Méditerranée*. Paris : Éd. Karthala ; Montpellier : CIHEAM-IAM, 2000. 264 p. (Economie et développement). ISBN 2 84586 075 7

17. PADILLA, Martine, OBERTI, Bénédicte. *Alimentation et nourritures autour de la Méditerranée*. Paris : Éd. Karthala ; Montpellier : CIHEAM-IAM, 2000. 264 p. (Economie et développement). ISBN 2 84586 075 7

18. TLATLI, Rafik. Aux origines de la cuisine tunisienne: la Méditerranée. In Groupe d'études et de recherches interdisciplinaires sur la Méditerranée Sfax. Colloque 02 1999 Sfax. *Alimentation et pratiques de table en méditerranée : colloque du GERIM, Sfax, 8 et 9 mars 1999*. Sfax : GERIM Paris : Maisonneuve et Larose, 2000, p.287-291.

ALIMENTATION MÉDITERRANÉENNE: INGRÉDIENTS ET CARACTÉRISTIQUES

LAMBOLEY, Denis, *Les bienfaits des légumes, fruits et céréales*, édition Marabout, 1998, 128p. ISBN 2-501-03091-5

DUKAN, Pierre, *Dictionnaire de diététique et de nutrition*, Paris, Le cherche Midi éditeur, 1998, 401 p. ISBN 2-86274-573-1

« Alimentation méditerranéenne ». in Encyclopaedia Universalis[cédérom]. Paris : Encyclopaedia Universalis France S.A, 2009

e-Mazarine. *Aprifel a pour mission*. [en ligne]. <http://www.aprifel.com/fiches.produits.liste.php>(page consultée le 1 avril 2009)

Information approfondie et actualisée sur les fruits et légumes et leurs effets sur la santé auprès des professionnels de la santé

GLOUCHKOFF, Alexandre. *Toute la diététique*, [en ligne], <http://www.i-dietetique.com/> (consulté le 1 avril 2009)

<http://phythotherapie.free.fr/>

Un descriptif des vertus des fruits et légumes courants

Fondation Lucie et André Chagnon, *Passeportsanté.net*, [en ligne], http://www.passeportsante.net/fr/Solutions/PlantesSupplements/Fiche.aspx?doc=acides_gras_essentiels_ps#P50_2170 (consulté le 1 avril 2009)

Portail santé publié par une société philanthropique canadienne active dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention de la maladie.

DUN GIFFORD, K, *What's New at Oldways ?*, [en ligne], http://www.oldwayspt.org/med_pyramid.html (consulté le 1 avril 2009)

les plus belles pyramides alimentaires

Observatoire Régional de la Santé et du Social, *Tableau de bord*

transfrontalier de la santé : comportement de santé, [en ligne], http://www.hainaut.be/sante/osh/medias_user/TBTS-6-Comportements_de_sante.pdf (consulté le 1 avril 2009)

Compte rendu des comportements alimentaires des régions frontalières du nord de la France avec celles de la Belgique

GRENIER, Ronald, *Un mot de Ronald Grenier*, [en ligne], <http://www.phytocure.ca/FRBienfaitsVin.asp> (consulté le 1 avril 2009)

http://www.etsgenerauxalcool.fr/les-fiches/pdf/Paradoxe_Francais.pdf

SevenMice, *Médecine et santé*, [en ligne], <http://www.medecine-et-sante.com/lexique.html> (consulté le 1 avril 2009)

Lexique des termes médicaux

<http://jn.nutrition.org/cgi/content/abstract/130/11/2662>

Effet bénéfique de l'ail pour la protection contre les maladies cardiovasculaires par la réduction de la concentration en cholestérol, de la pression sanguine et de l'inhibition de l'agrégation des plaquettes.

<http://www.circ.ahajournals.org/cgi/content/abstract/96/8/2649>

Effet positif de l'ail contre la perte d'élasticité de l'aorte chez des personnes âgées,

<http://jama.ama-assn.org/cgi/content/abstract/279/23/1900>

Étude contradictoire pour un traitement à base d'ail de l'hypercholestérolémie

<http://www.springerlink.com/content/fkwy6wgihpa0xtpb/>

Efficacité de l'extrait d'ail contre certaines bactéries pathogènes

<http://www.fao.org/agris/search/display.do?f=../1991/v1712/US9128654.xml;US9128654>

Effet de l'ail sur les salmonelles; l'ail en tant que substance antimutagène, potentiellement anticancéreuse

<http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Prevention/garlic-and-cancer-prevention#r2>

Questions réponses sur le cancer et les effets protecteurs de l'ail

http://www.nutranews.org/article.php3?id_rubrique=24&id_article=322

Site scientifique sur la nutrition, la prévention et la santé

http://fr.wikipedia.org/wiki/Huile_d%27olive

Histoire de l'huile d'olive" :

<http://www.oliveoilsource.com/history.htm>

Histoire de l'huile d'olive

http://en.wikipedia.org/wiki/Olive_oil

Histoire de l'huile d'olive

ALIMENTATION MEDITERRANEENNE ET SANTE

Obésité: articles consultés

1. WHO European Ministerial Conference on Counteracting Obesity. Ten things you need to know about obesity. (15-17 November 2006 ; Istanbul)
2. HARDING, Seeromanie et al. Ethnic differences in overweight and obesity in early adolescence in the MRC DASH study : the role of adolescent and parental lifestyle. *International Journal of Epidemiology*, 2008, vol. 37, p. 162-172
3. HOLM, Soren. Parental responsibility and obesity in children. *Public Health Ethics*, 2008, vol. 1, n° 1, p. 21-29
4. COVIC, Tania, ROUFEIL Louise, DZIURAWIEC Suzanne. Community beliefs about childhood obesity: its causes, consequences and potential solutions. *Journal of Public Health*, 2007, vol. 29, n°2, p. 123-131
5. MCLAREN, Lindsay. Socioeconomic status and obesity. *Epidemiologic Reviews*, 2007, vol. 29, p. 29-48
6. DREWNOWSKI, Adam. The real contribution of added sugars and fats to obesity. *Epidemiologic Reviews*, 2007, vol. 29, p. 160-171
7. KELISHADI, Roya. Childhood overweight, obesity and the metabolic syndrome in developing countries. *Epidemiologic Reviews*, 2007, vol. 29, p. 62-76
8. MATTHEWS, Anne E. Children and obesity: a pan-European project examining the role of food marketing. *European Journal of Public Health*, 2008, vol. 18, n° 1, p. 7-11
9. MOKHTAR, Najat et al. Diet culture and obesity in Northern Africa. *The journal of nutrition*, 2001, vol. 131, p. 887-892
10. CUMMINS, Steven, MACINTYRE, Sally. Food environments and obesity - neighborhood or nation?. *International journal of epidemiology*, 2006, vol. 35, p. 100-104
11. KHLAT, M., DARMON, N. Is there a Mediterranean migrants mortality paradox in Europe?. *International journal of epidemiology*, 2003, vol. 32, p. 1112-1120
12. PASQUALI, Renato. Obesity and reproductive disorders in women. *Human Reproduction Update*, 2003, vol. 9, n° 4, p. 359-372
13. MALNICK, S.D.H., KNOBLER, H. The medical complications of obesity. *Q J Med.*, 2006, vol. 99, p. 565-579
14. KRAUSS, Ronald M. et al. Obesity: impact on cardiovascular disease. *Circulation*, 1998, vol. 98, p. 1472-1476

15. LOBSTEIN, T., BAUR, L.A. Policies to prevent childhood obesity in the European Union. *European Journal of Public Health*, 2005, vol. 15, p. 576-579

16. GILL, Timothy P. Key issues in the prevention of obesity. *British Medical Bulletin*, 1997, vol. 53, n° 2, p. 359-388

17. SKIDMORE, P.M.L., YARNELL, J.W.G. The obesity epidemic: prospects for prevention, in *Q J Med*, 2004, vol. 97, p. 817-825

Maladies cardiovasculaires: articles consultés

18. STRAMBA-BADIALE, Marco et al. Cardiovascular diseases in women: a statement from the policy conference of the European Society of Cardiology. *European Heart Journal*, 2006, vol. 27, p. 994-1005

19. MACKENBACH, J.P. et al. Socioeconomic inequalities in cardiovascular disease mortality. *European Heart Journal*, 2000, vol. 21, p. 1141-1151

20. KULLER, Lewis H. Prevention of cardiovascular disease and the future of cardiovascular disease epidemiology. *International Journal of Epidemiology*, 2001, vol. 30, p. 66-72

21. PITSAVOS, Christos. The adoption of Mediterranean diet attenuates the development of acute coronary syndromes in people with the metabolic syndrome. *Nutrition Journal*, 2003, vol. 2, n°1, (7 p.)

22. KANNEL, William B., D'AGOSTINO, Ralph B., COBB, Janet L. Effect of weight on cardiovascular disease. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 1996, vol. 63, p. 419-422

23. CAPPuccio, Francesco P. Salt and cardiovascular disease. *British Medical Journal*, 2007, vol. 334, p. 859-860

24. BARENGO, Noeli C. et al. Low physical activity as a predictor for total and cardiovascular disease mortality in middle-aged men and women in Finland. *European Heart Journal*, 2004, vol. 25, p. 2204-2211

25. VISIOLI, Francesco, BORSANI, Luisa, GALLI, Claudio. Diet and prevention of coronary heart disease: the potential role of phytochemicals. *Cardiovascular Research*, 2000, vol. 47, p. 419-425

26. IGNARRO, Louis J., BALESTRIERI, Maria Luisa, NAPOLI, Claudio. Nutrition, physical activity and cardiovascular disease: an update. *Cardiovascular Research*, 2007, vol. 73 pp. 326-340

27. SCHAEFER, Ernst J. Lipoproteins, nutrition and heart disease. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 2002, vol. 75, p. 191-212

28. SANDOVAL, Wendy, BROWN, Tommy, BROUSSARD, Brenda A. Medical nutrition therapy works, saves money and makes money. *The IHS primary care provider*, 2007, vol. 32, n° 3

29. RATNAYAKE, W. M. Nimal, GILANI, G. Sarwar. Nutritional health effects of dietary fats. *Pakistan Journal of Nutrition*, 2004, vol. 3, n° 3, p. 205-212

30. NESTEL, Paul J. Fish oil and cardiovascular disease: lipids and arterial function. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 2000, vol. 71, p. 228-231

31. DIN, Jehangir N., NEWBY, David E., FLAPAN, Andrew D. Omega 3 fatty acids and cardiovascular disease - fishing for a natural treatment. *British Medical Journal*, 2004, vol. 328, p. 30-35

32. SISKOVICK, D.S. et al. Dietary intake and cell membrane levels of long-chain n-3 polyunsaturated fatty acids and the risk of primary cardiac arrest. *The Journal of the American Medical Association*, 1995, vol. 27, p. 1363-1367

33. ALBERT, C.M. Fish consumption and the risk of sudden cardiac death. *Journal of American Medical Association*, 1998, vol. 279, p. 23-28
34. HALLIWELL, Barry. Dietary polyphenols: good, bad or indifferent for your health?. *Cardiovascular Research*, 2007, vol. 73, p. 341-347
35. BAZZANO, Lydia A. et al. Fruit and vegetable intake and risk of cardiovascular diseases in US adults: the first National Health and Nutrition Examination Survey Epidemiologic Follow-up Study. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 2002, vol. 76, p. 93-99
36. KOHLEIMER, Lenore et al. Lycopene and myocardial infarction risk in the EURAMIC study. *American Journal of Epidemiology*, vol. 146, n° 8, p. 618-626
37. HEBER, D. Vegetables, fruits and phytochemicals in the prevention of diseases. *Journal of Postgraduate Medicine*, 2004, vol. 50, p. 145-149
38. YAMADA, Hiroshi, WATANABE, Hiroshi. The polyphenols in preventing cardiovascular diseases. *Cardiovascular Research*, 2007, vol. 73, p. 439-440
39. BOHM, Michael, ROSENKRANZ, Stephan, LAUFS, Ulrich. Alcohol and red wine: impact on cardiovascular risk. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 2004, vol. 19, p. 11-16
- 39 bis. CHIUVE, Stephanie E., RIMM, Eric B. Health lifestyle factors and prevention of coronary heart disease. *Cardiology Review*, January 2007

Cancer: articles consultés

40. NORAT, Teresa et al. Meat, fish and colorectal cancer risk: the european prospective investigation into cancer and nutrition. *Journal of the National Cancer Institute*, 2005, vol. 97, n° 12
42. GO, Vay Liang W., WONG, Debra A., BUTRUM, Ritva. Diet, nutrition and cancer prevention: where are we going from here?. *The Journal of Nutrition*, 2001, vol. 131, p. 3121-3126
43. DONALDSON, Michael S.. Nutrition and cancer: a review of the evidence for an anti-cancer diet. *Nutrition Journal*, 2004, vol. 3
44. UAUY, Ricardo, SOLOMONS, Noel. Diet, nutrition and life-course approach to cancer prevention. *The Journal of Nutrition*, 2005, vol. 135, p. 2934-2945
45. WILLIAMS, Gary M., WILLIAMS, Christine L., WEISBURGER, John H. Diet and cancer prevention: the fiber first diet. *Toxicological sciences*, 1999, vol. 52, p. 72-86
46. FERLAY, J. Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. *Annals of oncology*, 2007, vol. 18, p. 581-592
47. BARTSCH, Helmut, NAIR, Jagadeesan, OWEN, Robert Wyn. Dietary polyunsaturated fatty acids and cancers of the breast and colorectum: emerging evidence for their role as risk modifiers. *Carcinogenesis*, 1999, vol. 20, n° 12, p. 2209-2218
48. ZHANG, Jianjun, TEMME, Elisabeth, KESTELOOT, Hugo. Fish consumption is inversely associated with male lung cancer mortality in countries with high levels of cigarette smoking or animal fat consumption. *International Journal of Epidemiology*, 2000, vol. 29, p. 615-621
49. POSCHL, G., SEITZ, H.K. Alcohol and cancer. *Alcohol & alcoholism*, 2004, vol. 39, n° 3, p. 155-165

50. WOODS, L.M., RACHET B., COLEMAN M.P. Origins of socio-economic inequalities in cancer survival: a review. *Annals of Oncology*, 2006, vol. 17, p. 5-19
51. VAN LENTHE, Frank J. et al. Investigating explanations of socio-economic inequalities in health. *European Journal of Public Health*, 2004, vol. 14, p. 62-70
52. MICHELS, Karin B. et al. Prospective study of fruit and vegetable consumption and incidence of colon and rectal cancers. *Journal of the National Cancer Institute*, 2000, vol. 92, n° 21, p. 1740-1752
53. GONZALEZ, Carlos E. et al. Meat intake and risk of stomach and esophageal adenocarcinoma within the European Prospective Investigation Into Cancer and Nutrition (EPIC). *Journal of the National Cancer Institute*, 2006, vol. 98, n° 5, p. 345-354
54. NORRISH, Alan E. et al. Prostate cancer and dietary caretonoids. *American Journal of Epidemiology*, 2000, vol. 151, n° 2, p. 119-123
55. PAN, Sai Yi et al. Association of obesity and cancer risk in Canada. *American Journal of Epidemiology*, 2004, vol. 159, n° 3, p. 259-268
56. SIMOPOULOS, Artemis P. The Mediterranean diets: what is so special about the diet of Greece? The scientific evidence. *American Society for Nutritional Sciences*, 2001, vol. 131, p. 3065-3073
57. MARCHETTI, Paolo. Natural medicine: a 'new frontier' in oncology?. *Annals of Oncology*, 2005, vol. 16, p. 339-340
58. GALEONE, Carlotta et al. Onion and garlic use and human cancer. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2006, vol. 84, p. 1027-1032
59. WILLETT, Walter C. Dietary fat and breast cancer. *Toxicological Sciences*, 1999, vol. 52, p. 127-146
60. McCULLOUGH, Marjorie L. et al. A prospective study of fruits, vegetables, and risk of endometrial cancer. *American Journal of Epidemiology*, 2007, vol. 166. n° 8, p. 902-911
61. HEBERT J.R. et al. Nutritional and socioeconomic factors in relation to prostate cancer mortality: a cross-national study. *Journal of the National Cancer Institute*, 1999, vol. 91, n° 8, p. 1637-1647
62. TERRY, Paul et al. Fruit, vegetables, dietary fiber and risk of colorectal cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 2001, vol. 93, n° 7, p.525-533

Alimentation méditerranéenne et santé: ouvrages consultés

63. World cancer report / World Health Organization, International Agency for Research on Cancer. - Lyon : IARC, 2003. - 342 p. ; pdf. ISBN: 92 832 0411 5
64. World health statistics 2008 / World Health Organization. - [Geneva] : WHO, 2008. - 110 p. ; pdf. ISBN : 978 92 4 068 2740
65. The atlas of heart disease and stroke / World Health Organization. - [Geneva] : WHO, 2004. - 112 p. ; pdf. ISBN : 9241562765
66. Atlas of health in Europe 2008 / World Health Organization. - 2e éd. - Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2008. - 128 p. ; pdf. ISBN : 978 92 890 1411 3

ALIMENTATION: COMPORTEMENTS ET HABITUDES

Articles et ouvrages consultés

1. « Alimentation économique et équilibrée : l'apport des produits laitiers pour manger plus de légumes ». *Alimentation et précarité : bulletin édité par le CERIN [Centre de Recherche et d'Information Nutritionnelles]* [En ligne]. no 24 (2004, janv.), p. 17-20.
<http://www.cerin.org/upload/372FCE1B2E369A61C24FA8D38620F5CA/ALIM%20ET%20PR%C3%89CA%2024.pdf> (Page consultée le 3 mars 2009)
2. « Comment apprendre à bien se nourrir avec 3 euros par jour? ». *Alimentation et précarité : bulletin édité par le CERIN [Centre de Recherche et d'Information Nutritionnelles]* [En ligne]. no 35 (2006, oct.), p. 5-9.
http://www.cerin.org/upload/B949B3DD396161AD191AC1ECBD24DF17/ALIMetPRECA_N35.pdf (Page consultée le 11 février 2009)
3. « Cuisiner : ne pas en faire une montagne ». *Alimentation, Société & Précarité : bulletin édité par le CERIN [Centre de Recherche et d'Information Nutritionnelles]* [En ligne]. no 38 (2007, juillet), p. 6-7.
http://www.cerin.org/upload/B12FF2D88CB2A17BF8E80F02CBA60FEB/ALIMetPRECA_N38.pdf (Page consultée le 11 février 2009)
4. « Cuisiner et manger dans une chambre d'hôtel : un défi quotidien ». *Alimentation, Société & Précarité : bulletin édité par le CERIN [Centre de Recherche et d'Information Nutritionnelles]* [En ligne]. no 42 (2008, juillet), p. 3-5.
http://www.cerin.org/upload/151E7B16BB700E89D30AB95D0555EDB2/ALIMetPRECA_N42.pdf (Page consultée le 11 février 2009)
5. « Étude nationale nutrition santé, ENNS, 2006 : situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectif et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS) ». In INVS [Institut de veille sanitaire]. *Institut de veille sanitaire*, [En ligne].
http://www.invs.sante.fr/publications/2007/nutrition_enns/RAPP_INST_ENNS_Web.pdf (Page consultée le 25 janvier 2009)
6. « Fruits, légumes et féculents : mettre fin aux idées reçues : dossier de presse, juin 2008 ». In INPES [Institut national de prévention et d'éducation pour la santé]. *Institut national de prévention et d'éducation pour la santé*, [En ligne]. <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/08/dp080606.pdf> (Page consultée le 25 février 2009)
7. « L'équilibre alimentaire, ça veut dire quoi ? » In INPES. *Mangerbouger.fr, le site de la nutrition santé et plaisir*, [En ligne]. <http://www.mangerbouger.fr/menu-secondaire/manger-mieux-c-est-possible/l-equilibre-alimentaire/> (Page consultée le 25 janvier 2009)
8. « L'alimentation des Africains vivant en France : des repères culturels à la cuisine familiale ». *Alimentation et précarité : bulletin édité par le CERIN [Centre de Recherche et d'Information Nutritionnelles]* [En ligne]. no 24 (2004, janv.), p. 2-12.
<http://www.cerin.org/upload/372FCE1B2E369A61C24FA8D38620F5CA/ALIM%20ET%20PR%C3%89CA%2024.pdf> (Page consulté le 11 février 2009)
9. « L'alimentation des populations migrantes : une adaptation délicate ». *Alimentation et précarité : bulletin édité par le CERIN [Centre de Recherche et d'Information Nutritionnelles]* [En ligne]. no 22 (2003, juillet), p. 2-9.
<http://www.cerin.org/upload/931DE7C602C04CB9CFFC00F8AD8C2E48/ALIM%20ET%20PRECA%2022.pdf> (Page consulté le 11 février 2009)
10. « Manger équilibré ne coûte pas plus cher ». *Alimentation, Société & Précarité : bulletin édité par le CERIN [Centre de Recherche et d'Information Nutritionnelles]* [En ligne]. no 42 (2008, juillet), p. 6-7.
http://www.cerin.org/upload/151E7B16BB700E89D30AB95D0555EDB2/ALIMetPRECA_N42.pdf (Page consultée le 11 février 2009)

11. « Migrants / étrangers en situations précaires : prise en charge médico-psycho-sociale : guide pratique destiné aux professionnels ». In COMEDE [Comité médical pour les exilés]. *COMEDE : Comité médical pour les exilés*, [En ligne]. http://www.comede.org/spip.php?page=rubrique&id_rubrique=157 (Page consultée le 30 mars 2009)
12. « Une alimentation équilibrée, c'est possible, même avec de faibles revenus ». *Alimentation et Précarité : bulletin édité par le CERIN [Centre de Recherche et d'Information Nutritionnelles]* [En ligne]. no 18 (2002, juillet), p. 11-12.
<http://www.cerin.org/upload/F3C826AA27CA43A101B8124B38BD39ED/ALIM%20ET%20PRECA%2018.pdf>
(Page consultée le 11 février)
13. BACLET, Nadine, ROMAND, Dorothée. Alimentation et migration. « Respecter les habitudes du pays d'origine pour favoriser l'adaptation : l'exemple du diabète ». *Alimentation et précarité : bulletin édité par le CERIN [Centre de Recherche et d'Information Nutritionnelles]* [En ligne]. no 28 (2005, janv.), p. 16-17.
<http://www.cerin.org/upload/35829082BE02183A58E83608B85DE3E6/A%20et%20P%20N28.pdf> (Page consultée le 11 février 2009)
14. BARTHELEMY, Lucette. « Comment parler d'équilibre alimentaire? ». *Alimentation et Précarité : bulletin édité par le CERIN [Centre de Recherche et d'Information Nutritionnelles]* [En ligne]. no 16 (2002, janvier), p. 32-35.
<http://www.cerin.org/upload/C85E9136BCCFFAD730ADF534425C49A1/ALIM%20ET%20PRECA%2016.pdf>
(Page consultée le 11 février 2009)
15. BOULY DE LESDAIN, Sophie. « Alimentation et migration, une définition spatiale ». In HAL. *Hyper Articles en Ligne*, [En ligne].
http://hal.archives-ouvertes.fr/docs/00/12/07/62/PDF/Alimentation_et_migration.pdf (Page consultée le 30 mars 2009)
16. CESAR, Christine. « Comportements alimentaires et situations de pauvreté. Aspects socio-anthropologiques de l'alimentation des personnes recourant à l'aide alimentaire en France. Étude Abena, 2004-2005 ». In INVS [Institut de veille sanitaire]. *Institut de veille sanitaire*, [En ligne].
http://www.invs.sante.fr/publications/2007/abena2_2007/abena_2.pdf (Page consultée le 30 mars 2009)
17. COMBRIS, Pierre. Le poids des contraintes économiques dans les choix alimentaires. *Cahiers de nutrition et de diététique*, oct. 2006, vol. 41, n°5, p. 279-284.
18. « Dossier fruits & légumes ». *Alimentation et précarité : bulletin édité par le CERIN [Centre de Recherche et d'Information Nutritionnelles]* [En ligne]. no 23 (2003, oct.), p. 2-10.
<http://www.cerin.org/upload/EB7E195BB59848D093D9D4BCDF19A62E/ALIM%20ET%20PR%C3%89CA%2023.pdf> (Page consultée le 2 mars 2009)
19. FISCHLER, Claude. *L'omnivore : le goût, la cuisine et le corps*. Paris : Odile Jacob, 1990. 414 p. ISBN 2-7381-0101-1
20. FOURNIER, Tristan, POULAIN, Jean-Pierre. Les déterminants sociaux de non-suivi des régimes alimentaires : le cas des patients hypercholestérolémiques. *Cahiers de nutrition et de diététique*, avr. 2008, vol. 43, n° 2, p. 97-104.
21. GIBAUT, Thierry. « Le régime méditerranéen "sur mesure" ». In *Aprifel. Agence fruits et légumes frais*, [En ligne]. http://www.aprifel.com/articles-sante_detail.php?m=0&rub=20&a=1128 (Page consultée le 26 février 2009)
22. HEBEL, Pascal, RECOURS, Fanette. Effets d'âge et de génération : transformation du modèle alimentaire. *Cahiers de nutrition et de diététique*, déc. 2007, vol. 42, n° 6, p. 297-303.
23. LAHLOU, Saadi. Les systèmes et niveaux de détermination du comportement alimentaire. *Cahiers de nutrition et de diététique*, oct. 2006, vol. 41, n° 5, p. 273-278.

24. LAHLOU, Saadi. Peut-on changer les comportements alimentaires ?. *Cahiers de nutrition et de diététique*, avr. 2005, vol. 40, n° 2, p. 91-96.
25. LE BIHAN, Geneviève. « Baromètre Santé Nutrition Languedoc-Roussillon 2002 : représentations et connaissances en matière d'alimentation et de santé ». In IAMM [Institut Agronomique Méditerranéen de Montpellier]. *CIHEAM IAMM. Institut Agronomique Méditerranéen de Montpellier*, [En ligne]. http://www.iamm.fr/bn/pdf/publi/barometre_sante_2002_fiche_repr.pdf (age consultée le 20 février 2009)
26. Le Programme national nutrition santé : positif mais insuffisant. *La revue Prescrire : mensuel publié par l'Association Mieux Prescrire*, sept. 2007, vol. 27, n° 287, p. 704-707.
27. LIEGEOIS, Véronique. « "La moitié de mon repas en fruits et légumes" ou "comment relooker votre assiette ?" ». In *Aprifel. Agence fruits et légumes frais*, [En ligne]. <http://www.aprifel.com/articles-sante.detail.php?m=0&rub=69&a=1114> (Page consultée le 26 février 2009)
28. LIEGEOIS, Véronique. « Mangez méditerranéen ! ». In *Aprifel. Agence fruits et légumes frais*, [En ligne]. <http://www.aprifel.com/articles-sante.detail.php?m=0&rub=20&a=1129> (Page consultée le 26 février 2009)
29. MOISSETTE, Annie. « Des légumes en ligne de mire : dossier ». *Alimentation, Société & Précarité : bulletin édité par le CERIN [Centre de Recherche et d'Information Nutritionnelles]* [En ligne]. no 37 (2007, avr.), p. 1-10. http://www.cerim.org/upload/B44597F1A6DB25960EC1C49528489ED6/ALIMetPRECA_N37.pdf (Page consultée le 2 mars 2009)
30. POISSON, Dominique. « L'alimentation des populations modestes et défavorisées : état des lieux dans un contexte de pouvoir d'achat difficile ». In OCHA [Observatoire Cniel des habitudes Alimentaires]. *Lemangeur-ocha.com* [En ligne]. http://www.lemangeur-ocha.com/fileadmin/images/sciences_humaines/DP-aliment-pop-defavorisees.pdf (Page consultée le 9 février 2009)
31. REGNIER, Faustine, MASULLO, Ana. « Une affaire de goût ? Réception et mise en pratique des recommandations nutritionnelles : working paper ALISS juillet 2008 ». In INRA [Institut national de la recherche agronomique]: *INRA*, [En ligne]. <https://www.paris.inra.fr/aliss/content/download/2973/29389/version/2/file/ALISSWP2008-06RegnierMasullo.pdf> (Page consultée le 26 mars 2009)
32. REMESY, Christian. « Les 7 péchés capitaux de l'alimentation occidentale... ». In *Aprifel. Agence fruits et légumes frais*, [En ligne]. <http://www.aprifel.com/articles-sante.detail.php?m=0&rub=20&a=1126> (Page consultée le 26 fév. 2009)

RECETTES:

1. Alimentation méditerranéenne et santé : 250 recettes et 150 auteurs. Le Pontet : A. Barthélemy, 2005. 318 p. ISBN : 978-2-87923-251-5

8. Bibliographie générale

Articles consultés pour l'obésité

BANWELL, Cathy. Reflections on expert consensus: a case study of the social trends contributing to obesity. *European Journal of Public Health*, 2005, vol. 15, n°6, p. 564-568

CARMINA, Enrico. Difference in body weight between American and Italian women with polycystic ovary syndrome: influence of the diet. *Human Reproduction*, 2003, vol. 18, n°11, p. 2289-2293

GIBSON, Lorna J. et al. Lack of evidence on diets for obesity for children: a systematic review. *International Journal of Epidemiology*, 2006, vol. 35, p. 1544-1552

JOHNSON-DOWN, Louise. High Prevalence of Obesity in Low Income and Multiethnic Schoolchildren: A Diet and Physical Activity Assessment. *The Journal of Nutrition*, 1997, vol. 127, n°12, p. 2310-2315

LAWLOR, Debbie A., CHATURVEDI, Nish. Treatment and prevention of obesity—are there critical periods for intervention?. *International Journal of Epidemiology*, 2006, vol. 35, p. 3-9

POWER, Chris. The contribution of childhood and adult socioeconomic position to adult obesity and smoking behaviour: an international comparison. *International Journal of Epidemiology*, 2005, vol. 34, p. 335-344

PRENTICE, Andrew M. The emerging epidemic of obesity in developing countries. *International Journal of Epidemiology*, 2006, vol. 35, p. 93-99

SHAI, Iris et al. Weight loss with a low-carbohydrate, Mediterranean, or low-fat diet. *The New England Journal of Medicine*, 2008, vol. 359, n°3, p. 229-241

SKIDMORE, P. D. L., YARNELL, J. W. G. The obesity epidemic: prospects for prevention. *Q J Med*, 2004, vol. 97, p. 817-825

SOFI, Francesco et al. Adherence to Mediterranean diet and health status: meta-analysis. *British Medical Journal*, 2007, n° 337, 7 p.

SOWERS, James R. Obesity and cardiovascular disease. *Clinical Chemistry*, 1998, vol. 44, p. 1821-1825

VINER, Russell M., COLE, Tim J. Adult socioeconomic, educational, social and psychological outcomes of childhood obesity: a national health cohort study. *British Medical Journal*, 2005, n° 330, 5 p.

WANG, Youfa. Cross-national comparison of childhood obesity: the epidemic and the relationship between obesity and socioeconomic status. *International Journal of Epidemiology*, 2001, vol. 30, p. 1129-1136

WILDMAN, Rachel P. Are waist circumference and body mass index independently associated with cardiovascular disease risk in Chinese adults?. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 2005, vol. 82, p. 1195-1202

The marketing of unhealthy food to children in Europe: A report of Phase 1 of the 'Children, obesity and associated avoidable chronic diseases' project / European Heart Networ. - Brussels: European Heart Network, 2005. - 16 p. ; pdf

Articles consultés pour les maladies cardiovasculaires

ANAND, Sonia S. et al. Social disadvantage and cardiovascular disease: development of an index and analysis of age, sex, and ethnicity effects. *International Journal of Epidemiology*, 2006, vol. 35, p. 1239–1245

BORDIA, Arun. Effect of garlic on blood lipids in patients with coronary heart disease. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 1981, vol. 34, p. 2100-2103

BUHLIN, Karen et al. Risk factors for cardiovascular disease in patients with periodontitis. *European Heart Journal*, 2003, vol. 24, p. 2099–2107

COOPER, Richard S. Social inequality, ethnicity and cardiovascular disease. *International Journal of Epidemiology*, 2006, vol. 35, p. 1239–1245

DELL'AGLI, Mario, BUSCIALA, Alessandra, BOSISIO, Enrica. Vascular effects of wine polyphenols. *Cardiovascular Research*, 2004, vol. 63, p. 593-602

DWYER, Johanna. Starting down the right path: nutrition connections with chronic diseases of later life. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 2006, vol. 83 (suppl.), p. 415-420

EL-SABBAN, F., ABOUAZRA, H. Effect of garlic on atherosclerosis and its factors. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 2008, vol. 14, n°1, p. 195-205

FERNANDEZ-JARNE, E. et al. Risk of non-fatal myocardial infarction negatively associated with olive oil consumption: a case control study in Spain. *European Heart Journal*, 2003, vol. 24, p. 2099–2107

FLEISCHAUER, Aaron T., POOLE, Charles, ARAB, Lenore. Garlic consumption and cancer prevention: meta-analyses of colorectal and stomach cancers. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 2000, vol. 72, p. 1047-1052

NIC GABHAINN, S. Socio-demographic variations in perspectives of cardiovascular disease and associated risk factors. *Health Education Research*, 1999, vol. 14, n°5, p. 619-628

PEREZ-GUISADO, Joaquin, MUNOZ-SERRANO, Andres, ALONSO-MORAGA, Angeles. Spanish ketogenic Mediterranean diet: a healthy cardiovascular diet for weight loss. *Nutrition Journal*, 2008, vol. 7, n° 30, (7 p.)

POUNIS, G. et al. Dietary patterns and hypercholesterolemia, in remote Greek rural populations: The “ARGO” study. *Archives of Hellenic Medicine*, 2008, vol. 25, n°1, p.83-88

SHUBAIR, Mamdouh M., McCOLL, Stephen R., HANNING, Rhona M. Mediterranean dietary components and body mass index in adults: The Peel Nutrition and Heart Health Survey. *Chronic Diseases in Canada*, 2005, vol. 26, n° 2/3, p. 43-51

VISIOLI, Francesco, GALLI, Claudio. Olive oil: more than just oleic acid. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 2000, vol. 72, p. 853-856

WANG, Lu et al. Plasma lycopene, other carotenoids, and the risk of type 2 diabetes in women. *American Journal of Epidemiology*, 2006, vol. 164, n° 6, p. 576-585

WEINBRENNER, Tanja et al. Olive oils high in phenolic compounds modulate oxidative/antioxidative status in men. *The Journal of Nutrition*, 2004, vol. 134, p. 2314-2321

Articles consultés pour le cancer

ALGUACIL, Juan et al. Occupation and pancreatic cancer in Spain. *International Journal of Epidemiology*, 2000, vol. 29, p. 1004-1013

BOSETTI C. et al. Trends in cancer mortality in the Americas, 1970-2000. *Annals of Oncology*, 2005, vol. 16, p. 489-511

FIELDING, Jonathan E. Preventing colon cancer: yet another reason not to smoke, 1994, vol. 86(3), p. 162-164

HURTIG, Anna-Karin, SAN SEBASTIAN, Miguel. Geographical differences in cancer incidence in the Amazon basin of Ecuador in relation to residence near oil fields. *International Journal of Epidemiology*, 2002, vol. 31, p. 1021-1027

KANAVOS P. The rising burden of cancer in the developing world. *Annals of Oncology*, 2006, vol. 17 (suppl. 8), p. viii15-viii23

LEVI, F. et al. Trends in cancer mortality in the European Union and accession countries, 1980-2000. *Annals of Oncology*, 2004, vol. 15, p. 1425-1431

LUTZ, J.M. et al. Cancer prevalence in central Europe: the EUROPREVAL Study. *Annals of Oncology*, 2003, vol. 14, p. 313-322

MICHELI, A. et al. Cancer prevalence in European registry areas. *Annals of Oncology*, 2002, vol. 13, p. 840-865

MOLLER, T. et al. Cancer prevalence in Northern Europe: the EUROPREVAL Study. *Annals of Oncology*, 2003, vol. 14, p. 946-957

NAGATA, Chisato, TAKATSUKA, Naoyoshi, SHIMIZU, Hiroyuki. Soy and fish oil intake and mortality in a Japanese community. *American Journal of Epidemiology*, 2002, vol. 156, n° 6, p. 824-831

ROCK, Cheryl, DEMARK-WAHNEFRIED, Wendy. Can lifestyle modification increase survival in women diagnosed with breast cancer?. *The Journal of Nutrition*, 2002, vol. 132, p. 3504-3509

TAYLOR, Richard, NAJAFI, Farid, DOBSON, Annette. Meta-analysis of studies of passive smoking and lung cancer: effects of study type and continent. *International Journal of Epidemiology*, 2007, vol. 36, p. 1048-1059

VINEIS, P., XUN, W. The emerging epidemic of environmental cancers in developing countries. *Annals of Oncology*, 2009, vol. 20, p. 205-212

Ouvrages consultés pour les habitudes et comportements alimentaires

ANDRIEU, Elise, CAILLAVET, France. « Inégalités et consommation alimentaire en France : document de travail n°05-08 ». In INRA. *Site de l'unité ALISS. Alimentation et sciences sociales*, [En ligne]. <https://www.paris.inra.fr/aliss/content/download/2935/29013/version/1/file/WP05-10.pdf> (Page consultée le 10 avril 2009)

BIEULAC-SCOTT, Maggy. *La question alimentaire : mondialisation, uniformisation, modernité du modèle alimentaire français*. CNIEL : Paris, 2008, 48 pages.

CAILLAVET, France, et al. « L'alimentation des populations défavorisées en France : une revue de la littérature dans les domaines économique, sociologique et nutritionnel ». In INRA. *Site de l'unité ALISS. Alimentation et sciences sociales*, [En ligne]. <https://www.paris.inra.fr/aliss/content/download/2921/28971/version/1/file/WP04-09.pdf> (Page consultée le 10 avril 2009)

ETILE, Fabrice. « Consommation alimentaire et nutrition : une analyse économique : document de travail n°05-01 ». In INRA. *Site de l'unité ALISS. Alimentation et sciences sociales*, [En ligne]. <https://www.paris.inra.fr/aliss/content/download/2927/28989/version/1/file/WP05-01.pdf> (Page consultée le 10 avril 2009)

FISCHLER, Claude. « Pensée magique et utopie dans la science : de l'incorporation à la « diète méditerranéenne ». In Observatoire Cniel des Habitudes Alimentaires. *OCHA* [En ligne]. http://www.lemangeur-ocha.com/fileadmin/contenusocha/14_C_Fischler.pdf (Page consultée le 29 novembre 2009)

FISCHLER, Claude. *Manger magique. Aliments sorcières, croyances comestibles*. Paris : Autrement, 1994. 201 pages. (Coll. Mutations/Mangeurs N°149).

POULAIN, Jean-Pierre. *Manger Aujourd'hui : attitudes, normes et pratiques*. Toulouse : Privat, 2001. 236 p.

RECOURS, Fanette, et al. « Exercice d'anticipation des comportements alimentaires des Français : modèle âge - période - cohorte ». In CREDOC [Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de Vie]. *CREDOC*, [En ligne]. <http://www.credoc.fr/pdf/Rech/C222.pdf> (Page consultée le 14 mars 2009)

9. Liens utiles

Périodiques scientifiques :

[American Heart Association Journals](http://www.ahajournals.org/) : <http://www.ahajournals.org/>

[Annals of Internal Medicine](http://www.annals.org/) : <http://www.annals.org/>

[Anthropology of Food](http://aof.revues.org/index.html) : <http://aof.revues.org/index.html>

[Archives of Internal Medicine](http://archinte.ama-assn.org/) : <http://archinte.ama-assn.org/>

[Biomed Central](http://www.biomedcentral.com/browse/bysubject/) : <http://www.biomedcentral.com/browse/bysubject/>

[British Journal of Cancer](http://www.nature.com/bjc/index.html) : <http://www.nature.com/bjc/index.html>

[British Medical Journal](http://www.bmj.com/) : <http://www.bmj.com/>

[Cancer Cell](http://www.cell.com/cancer-cell/) : <http://www.cell.com/cancer-cell/>

[Cancer Research](http://cancerres.aacrjournals.org/) : <http://cancerres.aacrjournals.org/>

[Food and Nutrition Research](http://journals.sfu.ca/coaction/index.php/fnr/index) : <http://journals.sfu.ca/coaction/index.php/fnr/index>

[International Journal of Obesity](http://www.nature.com/ijo/journal/v33/n1/index.html) : <http://www.nature.com/ijo/journal/v33/n1/index.html>

[International Journal of Sociology of Agriculture and Food](http://www.ijsaf.org/) : <http://www.ijsaf.org/>

[Journal of Cancer Research and Therapeutics](http://www.cancerjournal.net/) : <http://www.cancerjournal.net/>

[Nutrition Journal](http://www.nutritionj.com/) : <http://www.nutritionj.com/>

[Oxford Journals](http://www.oxfordjournals.org/) : <http://www.oxfordjournals.org/>

[Periodika - Journals](http://www.oncology.gr/1/periodika.htm) : <http://www.oncology.gr/1/periodika.htm>

[The American Journal of Clinical Nutrition](http://www.ajcn.org/) : <http://www.ajcn.org/>

[The American Journal of Medicine](http://www.amjmed.com/home) : <http://www.amjmed.com/home>

[The Journal of Nutrition](http://jn.nutrition.org/) : <http://jn.nutrition.org/>

[The Journal of the American Medical Association](http://jama.ama-assn.org/) : <http://jama.ama-assn.org/>

[The New England Journal of Medicine](http://content.nejm.org/) : <http://content.nejm.org/>

Moteurs de recherche et bases de données des périodiques scientifiques :

[Banque de données en santé publique \(BDSP\)](http://www.bdsp.ehesp.fr/) : <http://www.bdsp.ehesp.fr/>

[Bibliothèque de l'Université Laval](http://www.bibl.ulaval.ca/mieux/) : <http://www.bibl.ulaval.ca/mieux/>

[Directory of Open Access Journals](http://www.doaj.org/doaj?func=home) : <http://www.doaj.org/doaj?func=home>

[EM-Consulte](http://www.em-consulte.com/) : <http://www.em-consulte.com/>

[HAL - Archives ouvertes](http://hal.archives-ouvertes.fr/) : <http://hal.archives-ouvertes.fr/>

[Internet Scientific Publications](http://www.ispub.com/) : <http://www.ispub.com/>

[Project Muse](http://muse.jhu.edu/search) : <http://muse.jhu.edu/search>

[Revues.org](http://www.revues.org/) : <http://www.revues.org/>

[Science Direct](http://www.sciencedirect.com/science/referenceworks/012227055X) : <http://www.sciencedirect.com/science/referenceworks/012227055X>

[Wiley InterScience](http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/home) : <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/home>

Organisations / Associations de santé :

[American Dietetic Association](http://www.eatright.org/cps/rde/xchg/ada/hs.xsl/index.html) : <http://www.eatright.org/cps/rde/xchg/ada/hs.xsl/index.html>

[British Nutrition Foundation](http://www.nutrition.org.uk/home.asp?siteId=43§ionId=s) : <http://www.nutrition.org.uk/home.asp?siteId=43§ionId=s>

[Centre de Recherche et d'Information Nutritionnelles \(CERIN\)](http://www.cerin.org/) : <http://www.cerin.org/>

[CIHEAM-IAMM \(Institut Agronomique Méditerranéen de Montpellier\)](http://www.iamm.fr/) :
<http://www.iamm.fr/>

[European Public Health Alliance](http://www.eph.org/a/2344) : <http://www.eph.org/a/2344>

[European Public Health Association](http://www.eupha.org/index.php) : <http://www.eupha.org/index.php>

[Eurostat](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1090,30070682,1090_33076576&_dad=portal&_schema=PORTAL) :
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1090,30070682,1090_33076576&_dad=portal&_schema=PORTAL

[Food and Drink Federation](http://www.fdf.org.uk/home.aspx) : <http://www.fdf.org.uk/home.aspx>

[Haut Conseil de la Santé Publique \(HCSP\)](http://www.hcsp.fr/) : <http://www.hcsp.fr/>

[Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé \(INPES\)](http://www.inpes.sante.fr/) :
<http://www.inpes.sante.fr/>

[Institut national de la statistique et des études économiques \(INSEE\)](http://www.insee.fr/) : http://www.insee.fr/

[Institut de veille sanitaire \(INVS\)](http://www.invs.sante.fr/) : http://www.invs.sante.fr/

[Institut Français pour la nutrition \(IFN\)](http://www.ifn.asso.fr/) : http://www.ifn.asso.fr/

[International Organization of Nutritional Consultants](http://www.ionc.org/) : http://www.ionc.org/

[Ministère de la Santé et des Sports](http://www.sante-sports.gouv.fr/) : http://www.sante-sports.gouv.fr/

[OMS](http://www.who.int/fr/index.html) : http://www.who.int/fr/index.html

[OMS Nutrition](http://www.who.int/nutrition/databases/en/index.html) : http://www.who.int/nutrition/databases/en/index.html

[OMS Statistiques](http://www.who.int/research/en/) : http://www.who.int/research/en/

[Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture](http://faostat.fao.org/default.aspx?lang=fr) :
http://faostat.fao.org/default.aspx?lang=fr

[World Food Programme](http://www.wfp.org/) : http://www.wfp.org/

Organisations pour les maladies cardiovasculaires :

[American Heart Association](http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifiant=1200000) :
http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifiant=1200000

[British Heart Foundation](http://www.bhf.org.uk/) : http://www.bhf.org.uk/

[Heart and Stroke Foundation of Canada](http://www.hsf.ca/research/en/general/home.html) : http://www.hsf.ca/research/en/general/home.html

[Portail de l'Alimentation de Wikipedia](http://en.wikipedia.org/wiki/Portal:Food) : http://en.wikipedia.org/wiki/Portal:Food

Organisations pour l'obésité :

[American Heart Association : Obesity and Overweight](http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifiant=4639) :
http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifiant=4639

[Canadian Obesity Network](http://www.obesitynetwork.ca/home.aspx) : http://www.obesitynetwork.ca/home.aspx

[Centers for Disease Control and Prevention : Overweight and Obesity](http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/obesity/trend/maps/) :
http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/obesity/trend/maps/

[European Association for the Study of Obesity](http://www.easoobesity.org/) : http://www.easoobesity.org/

[European Childhood Obesity Group](http://www.ecog-obesity.eu/) : http://www.ecog-obesity.eu/

[National Association to Advance Fat Acceptance](http://www.naafaonline.com/dev2/index.html) :

[National Institutes of Health : Obesity](http://health.nih.gov/topic/Obesity) : <http://health.nih.gov/topic/Obesity>

[Obesity Canada](http://www.obesitycanada.com/) : <http://www.obesitycanada.com/>

[Obesity in America](http://www.obesityinamerica.org/) : <http://www.obesityinamerica.org/>

[The Obesity Society](http://www.obesity.org/) : <http://www.obesity.org/>

Organisations pour le cancer:

[American Cancer Society](http://www.cancer.org/docroot/home/index.asp) : <http://www.cancer.org/docroot/home/index.asp>

[American Society of Clinical Oncology](http://www.asco.org/) : <http://www.asco.org/>

[Association for International Cancer Research](http://www.aicr.org.uk/) : <http://www.aicr.org.uk/>

[Cancer International Research Group](http://www.bcirg.org/default.htm) : <http://www.bcirg.org/default.htm>

[European Organisation for Research and Treatment of Cancer](http://www.eortc.be/) : <http://www.eortc.be/>

[International Agency for Research on Cancer](http://www.iarc.fr/) : <http://www.iarc.fr/>

[International Union Against Cancer](http://www.uicc.org/) : <http://www.uicc.org/>

[National Cancer Institute](http://www.cancer.gov/) : <http://www.cancer.gov/>

Habitudes alimentaires :

[INRA - Unite de recherche Alimentation et Sciences Sociales \(ALISS\)](http://www.paris.inra.fr/les_unites_de_recherche/sciences_sociales/alimentation_et_sciences_sociales_aliss) :
http://www.paris.inra.fr/les_unites_de_recherche/sciences_sociales/alimentation_et_sciences_sociales_aliss

[Observatoire Cniel des Habitudes Alimentaires \(OCHA\)](http://www.lemangeur-ocha.com/) : <http://www.lemangeur-ocha.com/>

Santé des migrants :

[A.N.D.E.S. le réseau des Epiceries Solidaires](http://epiceries-solidaires.viabloga.com/) : <http://epiceries-solidaires.viabloga.com/>

[Aide alimentaire et insertion en France](http://www.aide-alimentaire.org/) : <http://www.aide-alimentaire.org/>

[Centre de Recherche et d'Information Nutritionnelles \(CERIN\)](http://www.cerin.org/) : <http://www.cerin.org/>

[Comité médical pour les exilés \(COMEDE\)](http://www.comede.org/spip.php?page=index) : <http://www.comede.org/spip.php?page=index>

[Migrations-Santé \(Comité médico-social pour la santé des migrants\)](http://migrations-sante.eu/) : <http://migrations-sante.eu/>

Lien consulté pour les recettes :

[MediterrAsian.com](http://www.mediterrasian.com/index.htm) : <http://www.mediterrasian.com/index.htm>