



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**

**BIBLIOTHÈQUES
UNIVERSITAIRES**

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact bibliothèque : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr
(Cette adresse ne permet pas de contacter les auteurs)

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de médecine spécialisée

par

Théo VOUHÉ

le 22 janvier 2025

**Conception, après consensus d'experts par méthode
Delphi®, d'un outil d'accompagnement au suivi du
mode de vie méditerranéen, à destination de patients
consultant un professionnel de soins primaires**

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Mathias POUSSEL

Président

Monsieur le Docteur Jean-Charles VAUTHIER

Juge

Madame le Docteur Daphné MOUROT

Juge et Directrice



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**



**FACULTÉ DE
MÉDECINE / MAÏEUTIQUE /
MÉTIER DE LA SANTÉ à NANCY**

Présidente de l'Université de Lorraine :
Mme Hélène BOULANGER

Doyen de la Faculté de Médecine, Maïeutique et Métiers de la Santé
Pr Stéphane ZUILY

Vice-doyenne
Pre Fabienne ROUYER-LIGIER

Assesseurs :

- *PASS-LAS* : Pr Nicolas GAMBIER
- *Premier cycle* : Pre Alice AARNINK
- *Deuxième cycle* : Dr Simon VALENTIN, Dre Amandine DIVARET-CHAUVEAU
- *Troisième cycle hors MG* : Pre Charline BERTHOLDT
- *Troisième cycle MG* : /
- *Finances* : Pre Nelly AGRINIER
- *Vie sur le campus* : Pr Antoine KIMMOUN
- *Universitarisation* : Pre Marie-Reine LOSSER, Pr Vincent LAPREVOTE
- *Stages hospitaliers* : Pr Adrien FLAHAULT
- *Patients partenaires* : Pr Abderrahim OUSSALAH
- *Métiers de la santé* : Pr Bernard KABUTH
- *Filière LMD* : Pre Céline HUSELSTEIN
- *Enseignants-chercheurs mono-appartenants* : Dr Simon TOUPANCE
- *Maïeutique* : Dr Marjan NADJAFIZADEH
- *Docimologie* : Dr Mathieu KUCHENBUCH
- *Pédagogie* : Pr Patrice GALLET
- *ECOS A1/A2/A3* : Dre Caroline BOURSIER-JOPPIN, Dr Matthieu DAP, Dr Joseph SEITLINGER
- *Enseignement par simulation* : Pre Nicla SETTEMBRE
- *Recherche pédagogique* : Dre Eva FEIGERLOVA
- *Lecture critique d'articles* : Dr Jonathan EPSTEIN, Dre Aurélie BANNAY
- *Harcèlement/VSS* : Pre Coraline HINGRAY
- *Bien-être et vie étudiante* : Pre Marie MACHOUART
- *Mentorat* : Pr Jacques FELBLINGER
- *Rayonnement (inter)national* : Pr Marc BRAUN
- *Etudiants* : Chloé HARDT

Présidente du Conseil Pédagogique : Pre Louise TYVAERT
Président du Conseil Scientifique : Pr Abderrahim OUSSALAH

=====

DOYENS HONORAIRES

Pr Jacques ROLAND - Pr Patrick NETTER - Pr Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE – Athanase BENETOS - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Serge BRACARD - Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - François CHERRIER - Thierry CONROY - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Gilles DAUTEL - Jean-Dominique DE KOWIN KROKOWSKI - Jean-Pierre DESCHAMPS - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Philippe HARTEMANN - Dominique HESTIN - Bruno HOEN - Gérard HUBERT - Jacques HUBERT – Philippe JUDLIN - Jean-Pierre KAHN - Gilles KARCHER - Michèle KESSLER - François KOHLER Pierre LANDES - Pierre LASCOMBES - Marie-Claire LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Bruno LEHEUP - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Jean-Claude MARCHAL - Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Thierry MAY - Claude MEISTELMAN - Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Jean-Luc OLIVIER - Francis PENIN - Claude PERRIN - François PLENAT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Jacques ROLAND - Nicolas SADOUL - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Jean-Luc SCHMUTZ - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT – Georges WERYHA – Denis ZMIROU - Faïez ZANNAD – Olivier ZIEGLER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Etienne ALIOT - Athanase BENETOS - Serge BRACARD - Serge BRIANÇON - Thierry CONROY - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Gilbert FAURE - Bruno HOEN - Jacques HUBERT - Philippe JUDLIN - Alain LE FAOU - Bruno LEHEUP - Yves MARTINET - Claude MEISTELMAN - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - François PLENAT - Michel SCHMITT - Faïez ZANNAD – Olivier ZIEGLER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : Anatomie

Pr Marc BRAUN - Pr Manuela PEREZ

2^e sous-section : Histologie, embryologie et cytogénétique

Pr Christo CHRISTOV

3^e sous-section : Anatomie et cytologie pathologiques

Pr Guillaume GAUCHOTTE - Pr Hervé SARTELET

43^e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : Biophysique et médecine nucléaire

Pr Pierre-Yves MARIE - Pr Pierre OLIVIER - Pr Antoine VERGER

2^e sous-section : *Radiologie et imagerie médicale*

Pr René ANXIONNAT - Pr Alain BLUM - Pre Valérie CROISÉ - Pr Jacques FELBLINGER - Pr Benjamin GORY -
Pr Damien MANDRY - Pr Pedro GONDIM TEIXEIRA

44^e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : *Biochimie et biologie moléculaire*

Pr Jean-Louis GUEANT - Pr David MEYRE - Pr Bernard NAMOUR - Pr Abderrahim OUSSALAH

2^e sous-section : *Physiologie*

Pr Christian BEYAERT - Pr Bruno CHENUUEL - Pr Jacques JONAS - Pr Mathias POUSSEL

3^e sous-section : *Biologie cellulaire*

Pre Véronique DECOT-MAILLERET

4^e sous-section : *Nutrition*

Pr Didier QUILLIOT - Pre Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT – Pre Estelle NOBECOURT

45^e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : *Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*

Pr Alain LOZNIEWSKI – Pre Evelyne SCHVOERER

2^e sous-section : *Parasitologie et Mycologie*

Pre Anne DEBOURGOGNE, Pre Marie MACHOUART

3^e sous-section : *Maladies infectieuses ; maladies tropicales*

Pr Christian RABAUD – Pre Céline PULCINI

46^e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : *Épidémiologie, économie de la santé et prévention*

Pre Nelly AGRINIER - Pr Francis GUILLEMIN - Pr Cédric BAUMANN

4^e sous-section : *Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*

Pre Eliane ALBUISSON - Pr Nicolas JAY

47^e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : *Hématologie ; transfusion*

Pr Pierre FEUGIER - Pr Thomas LECOMPTE - Pr Julien BROSEUS - Pre Maud D'AVENI-PINEY

2^e sous-section : *Cancérologie ; radiothérapie*

Pr Frédéric MARCHAL - Pr Didier PEIFFERT

3^e sous-section : *Immunologie*

Pr Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Pre Marie-Thérèse RUBIO – Pre Alice AARNINK – Pre Simona PAGLIUCA

4^e sous-section : *Génétique*

Pr Philippe JONVEAUX – Pre Céline BONNET – Pre Mathilde RENAUD

48^e Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{re} sous-section : *Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*

Pr Gérard AUDIBERT - Pr Hervé BOUAZIZ - Pr Thomas FUCHS-BUDER - Pre Marie-Reine LOSSER - Pr Philippe GUERCI

2^e sous-section : *Médecine intensive-réanimation*

Pr Sébastien GIBOT - Pr Bruno LÉVY - Pr Antoine KIMMOUN

3^e sous-section : *Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*

Pr Pierre GILLET - Pr Jean-Yves JOUZEAU - Pr Nicolas GAMBIER

4^e sous-section : *Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie*

Pr Nicolas GIRERD

5^e sous-section : *Médecine d'urgence*

Pr Tahar CHOUIHED

49^e Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{re} sous-section : *Neurologie*

Pr Marc DEBOUVERIE - Pr Louis MAILLARD - Pr Sébastien RICHARD - Pr Luc TAILLANDIER - Pre Louise TYVAERT

2^e sous-section : *Neurochirurgie*

Pr Thierry CIVIT - Pre Sophie COLNAT-COULBOIS - Pr Olivier KLEIN

3^e sous-section : *(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)*

Pr Vincent LAPREVOTE - Pr Raymund SCHWAN - Pr Thomas SCHWITZER - Pre Coraline HINGRAY

4^e sous-section : *Pédopsychiatrie ; addictologie*

Pr Bernard KABUTH - Pre Fabienne ROUYER-LIGIER

5^e sous-section : *Médecine physique et de réadaptation*

Pr Jean PAYSANT

50^e Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : *Rhumatologie*

Pre Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Pr Damien LOEUILLE

2^e sous-section : *Chirurgie orthopédique et traumatologique*

Pr Laurent GALOIS - Pr Didier MAINARD - Pr François SIRVEAUX - Pr Lionel ATHLANI

3^e sous-section : *Dermato-vénéréologie*

Pre Anne-Claire BURSZTEJN

4^e sous-section : *Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*

Pr François DAP - Pr Etienne SIMON

51^e Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{re} sous-section : *Pneumologie ; addictologie*

Pr Jean-François CHABOT - Pr Ari CHAOUAT

2^e sous-section : *Cardiologie*

Pr Edoardo CAMENZIND - Pr Christian de CHILLOU DE CHURET – Pr Olivier HUTTIN - Pr Batric POPOVIC

3^e sous-section : *Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*

Pr Juan-Pablo MAUREIRA - Pr Stéphane RENAUD

4^e sous-section : *Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*

Pr Sergueï MALIKOV - Pr Denis WAHL – Pr Stéphane ZUILY - Pre Nicla
SETTEMBRE

52^e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : *Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*

Pr Jean-Pierre BRONOWICKI - Pr Laurent PEYRIN-BIROULET - Pre Bénédicte
CARON

2^e sous-section : *Chirurgie viscérale et digestive*

Pr Ahmet AYAV - Pr Laurent BRUNAUD – Pre Adeline GERMAIN

3^e sous-section : *Néphrologie*

Pr Luc FRIMAT - Pr Adrien FLAHAULT

4^e sous-section : *Urologie*

Pr Pascal ESCHWEGE

53^e Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

**1^{re} sous-section : *Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ;
addictologie***

Pre Gisèle KANNY - Pre Christine PERRET-GUILLAUME – Pr Roland JAUSSAUD –
Pre Laure JOLY

3^e sous-section : *Médecine générale*

Pr Jean-Marc BOIVIN - Pr Paolo DI PATRIZIO

**54^e Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT,
GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

1^{re} sous-section : *Pédiatrie*

Pr Pascal CHASTAGNER - Pr François FEILLET - Pr Jean-Michel HASCOET - Pr
Cyril SCHWEITZER

2^e sous-section : *Chirurgie infantile*

Pr Jean-Louis LEMELLE

3^e sous-section : *Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*

Pr Olivier MOREL – Pre Charline BERTHOLDT

**4^e sous-section : *Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ;
gynécologie médicale***

Pr Bruno GUERCI - Pr Marc KLEIN

55^e Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : *Oto-rhino-laryngologie*

Pr Roger JANKOWSKI - Pre Cécile PARIETTI-WINKLER - Pre Cécile RUMEAU - Pr
Patrice GALLET

2^e sous-section : *Ophtalmologie*

Pre Karine ANGIOI - Pr Jean-Paul BERROD – Pr Jean-Baptiste CONART

3^e sous-section : *Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*

Pre Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^e Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Pr Walter BLONDEL

64^e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Pre Sandrine BOSCHI-MULLER - Pr Pascal REBOUL

65^e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Pre Céline HUSELSTEIN - Pre Natalia DE ISLA-MARTINEZ – Pre Nathalie AUCHET

66^e Section : PHYSIOLOGIE

Pr Nguyen TRAN

=====

PROFESSEURS ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

53^e Section, 3^e sous-section : *Médecine générale*

Pre associée Sophie SIEGRIST - Pr associé Olivier BOUCHY – Pr associé Cédric BERBÉ

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : *Anatomie*

Dr Bruno GRIGNON

43^e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

2^e sous-section : *Radiologie et imagerie médicale*

Dr François ZHU

44^e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : *Biochimie et biologie moléculaire*

Dre Shyue-Fang BATTAGLIA - Dre Sophie FREMONT - Dre Isabelle GASTIN - Dre Catherine MALAPLATE - Dr Marc MERTEN

2^e sous-section : *Physiologie*

Dre Iulia-Cristina IOAN - Dr Edem ALLADO

45^e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : *Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*

Dre Corentine ALAUZET - Dre Hélène JEULIN - Dre Véronique VENARD - Dr Cédric HARTARD

46^e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : *Épidémiologie, économie de la santé et prévention*

Dre Frédérique CLAUDOT - Dr Arnaud FLORENTIN - Dr Jonathan EPSTEIN – Dr Abdou OMOROU

2^e sous-section *Médecine et Santé au Travail*

Dre Isabelle THAON

3^e sous-section *Médecine légale et droit de la Santé*

Dre Elodie MARCHAND

4^e sous-section : *Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*

Dre Aurélie BANNAY

47^e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^e sous-section : *Cancérologie ; radiothérapie*

Dre Lina BOLOTINE, Dr Aurélien LAMBERT

48^e Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

3^e sous-section : *Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*

Dr Julien SCALA-BERTOLA - Dre Élise PAPE

5^e sous-section : *Médecine d'urgence*

Dre Déborah JAEGER

49^e Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{re} sous-section : *Neurologie*

Dr Guillaume MATHEY

2^e sous-section : *Neurochirurgie*

Dr Fabien RECH

50^e Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

4^e sous-section : *Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*

Dre Laëtitia GOFFINET-PLEUTRET

51^e Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{re} sous-section : *Pneumologie ; addictologie*

Dr Simon VALENTIN

3^e sous-section : *Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*

Dr Fabrice VANHUYSE - Dr Joseph SEITLINGER

4^e sous-section : *Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*

Dre Virginie DUFROST

52^e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : *Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*

Dre Marie MULLER

54^e Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^e sous-section : *Pédiatrie*

Dre Cécile POCHON – Dre Amandine DIVARET-CHAUVEAU - Dr Mathieu

KUCHENBUCH – Dre Emeline RENARD

3^e sous-section : Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Dr Matthieu DAP

4^e sous-section : *Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale*

Dre Eva FEIGERLOVA

5^e sous-section : *Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*

Dr Mikaël AGOPIANTZ

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^e Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

M. Vincent LHUILLIER

63^e Section : GÉNIE ÉLECTRIQUE, ÉLECTRONIQUE, PHOTONIQUE ET SYSTÈMES

Mme Pauline LEFEBVRE

64^e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mme Marie-Claire LANHERS - M. Nick RAMALANJAONA

65^e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mme Rümeyza BASCETIN - M. Simon TOUPANCE - Mme Selma BEN FRADJ

69^e Section : NEUROSCIENCES

Mme Sylvie MULTON

70^e Section : SCIENCES DE L'ÉDUCATION ET DE LA FORMATION

Mme Silvia ROSSI

90^e Section : MAÏEUTIQUE

Mme Gaëlle AMBROISE

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

53^e Section, 3^e sous-section : (*Médecine générale*)

Dr Antoine CANTON - Dr Jean-Charles VAUTHIER - Dr Boris GASS

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Mathias POUSSEL,

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier de Physiologie

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. Je vous remercie de la confiance que vous placez en mon travail. Il m'a été permis d'apprendre à vos côtés lors de mon stage en tant qu'externe au sein du Centre Universitaire de Médecine du Sport et d'Activité Physique Adaptée du CHRU de Nancy. A cette occasion j'ai pu véritablement prendre conscience de l'importance de l'alimentation et de l'activité physique en prévention de pathologies chroniques telles que les pathologies cardio-vasculaires, le diabète ou l'obésité et ses complications. Pour toutes ces raisons, recevez toute ma reconnaissance et l'expression de mon profond respect.

À Monsieur le Docteur Jean-Charles VAUTHIER,

Maitre de conférences associé de Médecine Générale

Tu m'as été d'un très précieux soutien dans l'achèvement de ma thèse. Par ton enthousiasme lors de la présentation de mon sujet, tu m'as permis de rendre l'exécution de ce travail légitime et accessible. Tu m'as rassuré dans les moments de doute qui ont pu planer autour de ce projet. Tu as à cœur de transmettre les valeurs d'une médecine générale basée sur les preuves, moderne et juste. Pour le temps et l'énergie consacrés à nos enseignements, je te remercie. Aujourd'hui, tu me fais l'honneur d'être membre de mon jury de thèse. Pour toutes ces raisons, reçois mes plus sincères remerciements.

À Madame le Docteur Daphné MOUROT,

Daphné, ces lignes ne suffiront évidemment pas à témoigner de toute la gratitude et de tout le respect que je te porte. Tu as été actrice dans toutes les étapes de mon parcours de Docteur en Médecine. Dès le premier jour de stage en temps qu'externe en Médecine au sein de ton cabinet, tu as pris le temps de m'accueillir dignement. Le feeling est tout de suite passé, j'ai cerné que tu me serais une excellente pédagogue. Je ne me suis pas trompé. Ta patience, ta bienveillance, la pertinence de tes conseils et ton goût du travail bien fait te donnent une place de médecin appréciée au sein des familles de tes patients. A l'issue de ce stage, je me suis senti investi d'une nouvelle mission. Celle de devenir, pour mes futurs patients, un médecin aussi bienveillant et empathique que toi.

Tu ne l'admet pas, je le sais, mais aujourd'hui plus que jamais, je tiens à te dire que tu occupes, dans mon esprit, une place de mentor.

Aussi, quand est venu le difficile moment de choisir ma spécialité médicale, c'est ta manière d'exercer qui m'est apparue la plus gratifiante. Grâce à toi, j'ai pris l'une des meilleures décisions de ma carrière. Je suis un interne de Médecine Générale épanoui. C'est tout naturellement que j'ai souhaité poursuivre mon apprentissage à tes côtés. À nouveau, j'ai pu prendre conscience de l'étendue des aptitudes attendues d'un Médecin Généraliste.

Je n'ai évidemment envisagé personne d'autre que toi pour tenir le rôle de directrice de ma thèse. C'est avec un profond engouement que j'ai mené ce travail autour du mode de vie méditerranéen, thème qui te tient tant à cœur. Je te suis d'une immense reconnaissance pour toute l'énergie que tu as déployée et toutes les heures passées à m'accompagner dans cet ambitieux projet.

Par tous tes engagements, tu honores la profession de Médecin Généraliste, de Médecin de Famille comme tu aimes le dire.

Au moment de soutenir cette thèse, je suis évidemment dans mes « starting-souliers » : intimidé, impressionné, mais plus déterminé que jamais. Ta présence aujourd'hui me rassure autant qu'elle m'honore. Merci.

Daphné, mon respect et ma gratitude à ton égard sont immenses. Je suis très heureux et honoré de te compter parmi mes maîtres, mes collègues et mes amis. Pour toutes ces raisons, je te remercie.

À mes maîtres,

Je remercie les Docteurs Jennifer BASTIEN, Manuel GOMES DAVID, Julie BUHLER, Claire JANSEN, Romain GRAVIER, Melissande KLEIN, Mylène PIERRON, Alexandre KLUCZYK, Murielle CLAUDE-HAFNER, Patrick VAUTHIER, Frederic SCHEIBER, Armelle STEPHAN-CARLIER, Coralie CAZETOU, Fabien EVRA (x2), Marie MÉSIERES, Ezra LANTONIRINA, Laure CUNNAC, Raphael MIROGLIO, Fabien PONTILLE, Hugo GONDOUIN, Chloé GROSYEUX, Alexandre PANICO, Théo ALBERT et Camille COUROUBLE dont j'ai eu la chance de croiser la route. Vous avez joué un rôle important dans le parcours de Médecin que je suis désormais. Merci.

Je remercie Madame le Docteur Irène LELIEVRE, Médecin Généraliste retraitée, qui a été mon médecin traitant dès le plus jeune âge. Vous êtes pour moi un exemple de compétence, sagesse et bienveillance. Pour les soins que vous m'avez prodigués, je vous remercie. À votre image, j'espère être pour mes patients aussi vertueux que vous l'avez été pour ma famille.

Je remercie Madame PROUX Chantal, Professeure de Physique-Chimie au Lycée Gaspard MONGE de Charleville-Mézières, qui lors de mon année de Terminale, avait déjà décelé le potentiel de Médecin qui sommeillait en moi, alors que je semblais me destiner à d'autres professions. Vous m'avez guidé vers cette voie, à la faculté de Nancy tout spécifiquement. Je ne peux que constater que cela m'a plutôt réussi. Merci.

À ma famille,

Colline, mon ange, tu étais là au tout début de ce périlleux parcours vers le métier de nos rêves. Au jour de la soutenance de ma thèse, tu es toujours là. De ces 7 années, jour pour jour, je retiens beaucoup d'amour, de joie, de fous-rires, de voyages et de complicité. Tu me complètes, me fais grandir, me soutiens, me surprends, m'émerveilles et me fascines. Tu seras une médecin brillante, bienveillante, attentionnée, encourageante et minutieuse, comme tu peux l'être avec moi. Pour toutes ces raisons je te remercie. Notre nouveau statut de parents me comble de joie. Je suis enchanté de construire notre famille à tes côtés et j'ai hâte de découvrir toutes les aventures que le destin a entrevues pour nous. Je t'aime ! À nous !

Ambroise, mon petit garçon. A l'heure où j'écris ces lignes, tu es encore bien au chaud. Je t'imagine, je t'envisage mais surtout je t'aime déjà. Tu seras bientôt paré à embrasser la vie. Je suis si fier à l'idée de ta présence le jour de ma soutenance de thèse. J'ai hâte de te rencontrer. Tu fais de moi un papa comblé de bonheur.

Maman, tu dis toujours « ce qui compte, c'est de participer ! ». Maman, aujourd'hui j'essaie de faire mieux que simplement participer. C'est possible grâce à toi et aux valeurs d'entraide, de tendresse, de tolérance, d'indulgence que tu m'as transmises. Ton regard averti permet à cet écrit de bénéficier d'une orthographe et d'une grammaire correctes. Pour cela et pour l'indétrônable place de Mère que tu occupes dans ma vie, je te remercie. Je t'aime Maman !

Papa, tu dis toujours « ce qui compte, c'est d'être prêt le jour J ! ». Papa, en ce 22 janvier 2025, je crois que je n'ai jamais été aussi prêt. Et tu n'y es pas pour rien. Tu m'as initié au sport, ses bienfaits et tu m'as inculqué les valeurs de persévérance, de ténacité, de courage et de respect. Pour cela et pour l'important rôle que tu tiens dans ma vie, je te remercie. Je t'aime Papa !

Mathis, mon frère, je suis si fier de te savoir à mes côtés, soutenant et attentionné. Trace ta propre route, tu sembles sur la bonne voie ! Merci d'être là. Je t'aime !

Pol, mon frère, malgré la distance, je peux compter sur toi, comme tu peux compter sur moi. Te savoir épanoui m'est très précieux. Merci d'être là, je t'aime !

Alizée, tu es la sœur que je n'ai pas eue. Toi et ton esprit d'artiste, me permettent de prendre la vie avec plus de légèreté. Merci. J'ai confiance en ton talent, fonce !

Christophe et Christine, un grand merci pour le soutien et le grand intérêt que vous portez à mon projet de thèse. Je ne peux qu'espérer le même soutien dans nos projets futurs.

À mes amis,

Chloé, 7 ans d'amitié que tu entretiens et cultives avec une remarquable assiduité. Nous partageons les mêmes rêves, les mêmes choix de vie et les mêmes valeurs. Je suis si reconnaissant de te compter parmi mes plus proches amis. Tu seras, avec Colline, la prochaine thésée. Hâte d'être officiellement ton confrère !

Lucie, nous avons balisé sur le même banc en première année. Heureusement, nos liens ont pu se confirmer avec les années d'études. Notre amitié m'est précieuse, et la distance ne semble rien vouloir entacher. Le « croque-carotte » du destin semble parfois vouloir te compliquer la vie, mais tu es une battante et tu gagnes. Merci d'être ce que tu es.

Tom, tu es un sacré chanceux, c'en est presque agaçant. Ce dont je suis certain, c'est que, moi, j'ai de la chance de te compter parmi mes amis. J'espère encore beaucoup de soirées binche avec toi ! Merci mon pote !

Clément, tu auras bientôt le pouvoir de tous nous endormir. Notre amitié, elle, reste bien éveillée. Merci d'être et d'avoir été là pendant ces longues années d'étude. Plus qu'à poursuivre cela dans nos vies de Docteurs. Le FEU !

Julie, il faut bien plus que les doigts de nos 4 mains réunies pour compter les bons moments partagés. Heureusement, il en faut moins pour compter le nombre de tes acrobaties à ski. Merci de compter parmi mes amis.

Simon, en ami du lycée comme en colocataire tu m'as été d'un précieux soutien. Tu as cru en moi, plus que je ne le faisais moi-même. Notre lien d'amitié perdure, fort ! et j'en suis très heureux. Merci ! Tu as tout mon soutien dans ta nouvelle voie.

Margot, tu as été l'un des premiers membres de mon fan-club avec Simon et Gautier. Merci pour cela. Je suis très honoré de te compter désormais parmi mes collègues. Tu feras une brillante infirmière.

Léonie, au carrefour de nos vies qu'on pourrait appeler Tom, je suis très heureux d'avoir rencontré la personne et la sage-femme que tu incarnes. Tes retours d'expérience me sont très utiles et précieux. Merci d'être là !

Pauline, s'il te plait, pardonne nos blagues carabines. Dans cette jungle médicale, tu es la bulle d'oxygène qui nous permet d'entrevoir d'autres aspects de la vie. Ton humour et ta répartie me font énormément rire. Un grand merci à toi !

A mes co-internes de la team pommée du SAU, Ophélie, Pauline, Camille et à Marine la tornade, je dis un grand merci. Vous avez rendu mes semestres d'internat aussi fous que mémorables.

SERMENT D'HIPPOCRATE

« **A**u moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et

je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

ABRÉVIATIONS

ADN : Acide Désoxyribonucléique

AOMI : Artériopathie Oblitérante des membres inférieurs

AVC : Accident vasculaire cérébral

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

DPO : Délégué de protection des données

E-D-IS : Ethique-Déontologie-Intégrité scientifique

ETP : Éducation Thérapeutique du Patient

HAS : Haute Autorité de Santé

HeTOP : Health Terminology/Ontology Portal

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale.

LDL-cholesterol : Low density lipoproteins cholesterol

MEDAS : MEditerranean Diet Adherence Screener

MeSH : Medical Subject Headings

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNNS : Plan National Nutrition Santé

PREDIMED : *Prevención con Dieta Mediterránea*

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

UL : Université de Lorraine

UV : Ultra-Violets

RÉSUMÉ

Les preuves de l'efficacité du mode de vie méditerranéen traditionnel en prévention primaire et secondaire des pathologies chroniques sont toujours plus nombreuses. Les habitudes qui constituent ce mode de vie concordent avec les recommandations portant sur l'alimentation et l'activité physique soutenues par les organismes de prévention français. Les effets positifs du mode de vie méditerranéen observés à l'échelle individuelle peuvent être expliqués par sa richesse en vitamines et molécules antioxydantes. Nos sociétés toujours plus occidentalisées tendent à délaisser ce mode de vie et les populations méditerranéennes actuelles ne font pas exception. Cela est d'autant plus regrettable que ce mode de vie est durable et qu'il permet de limiter notre empreinte environnementale. Les professionnels de soins primaires jouent un rôle important dans la promotion de ce mode de vie mais peuvent manquer d'outils pour les accompagner dans cette démarche.

L'objectif de ce travail de thèse a donc été de concevoir une brochure d'information et de promotion du mode de vie méditerranéen destinée aux patients consultant un professionnel de soins primaires.

L'utilisation de la méthode Delphi® a permis d'aboutir au consensus d'un panel de 28 experts constitué de professionnels de santé et de patients témoins sensibilisés au mode de vie méditerranéen. Leurs idées et avis ont été recueillis de manière anonyme au moyen de 3 questionnaires itératifs.

Le panel d'experts s'est ainsi positionné en faveur d'un document PDF, éventuellement imprimable au format d'un livret A5. Les conseils présents au sein du document ont été rigoureusement sélectionnés afin de tenir compte à la fois des enjeux de santé publique et environnementaux.

Le document de prévention est librement téléchargeable sur le site :

<https://modeviemediterraneen.wixsite.com/brochure-promotion>

ABSTRACT

Conception, based on a consensus achieved by the Delphi method®, of a tool supporting the adherence to the mediterranean lifestyle, intended for patients consulting a primary care professional.

Evidences of the efficiency of the traditional mediterranean lifestyle in primary and secondary prevention of chronic diseases are ever more numerous. Habits that constitute this lifestyle match with the recommendations concerning diet and physical activity supported by the French prevention organizations. Benefits of the mediterranean lifestyle noticed at the individual scale can be explained by its abundance of vitamins and antioxidant compounds. Our ever more westernized societies are tending to neglect this lifestyle and the current mediterranean populations are not exception. It is as more regrettable as this lifestyle is sustainable and as it allows to prevent our environmental footprint. Primary care professionals play an important role in promoting this lifestyle but they may lack tools to be supported in this approach.

The purpose of this thesis work was therefore to develop a brochure informing and promoting the mediterranean lifestyle intended for patients consulting a primary care professional.

The use of the Delphi method® allowed to result in the consensus of a 28 experts panel composed of health professionals and peer patients sensitized to the mediterranean lifestyle. Their ideas and opinions have been collected by means of 3 successive surveys.

The experts panel agreed on a PDF document, potentially printable on a A5 booklet. Advice presented within the document have been carefully selected to consider both the public health and environmental issues.

The prevention document is freely downloadable on the website:

<https://modeviemediterraneen.wixsite.com/brochure-promotion>

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	9
SERMENT D'HIPPOCRATE	15
ABRÉVIATIONS	16
RÉSUMÉ	17
ABSTRACT	18
TABLE DES MATIÈRES	19
TABLE DES ILLUSTRATIONS	22
I. INTRODUCTION	23
II. DÉFINITIONS ET MOTS-CLÉS	24
A. Régime méditerranéen	24
B. Soins primaires	24
C. Médecine générale	24
D. Éducation thérapeutique	24
E. Méthode Delphi®	24
III. ÉTAT ACTUEL DES CONNAISSANCES	25
A. Caractéristiques du mode de vie méditerranéen	25
1. Historique du mode de vie méditerranéen	25
a. Origines du mode de vie méditerranéen.....	25
b. Évolution du mode de vie méditerranéen	25
c. Perspectives pour le mode de vie méditerranéen	26
2. Spécificités du mode de vie méditerranéen	27
a. Légumes et fruits.....	27
b. Légumineuses et légumes secs.....	28
c. Fruits à coque et oléagineux.....	28
d. Féculents et produits céréaliers	29
e. Viandes et produits carnés.....	30
f. Oeufs.....	31
g. Poissons et produits issus de la pêche	32
h. Produits laitiers	33
i. Huiles et matières grasses	34
j. Aliments sucrés et transformés.....	36
k. Sels, épices et condiments	37
l. Boissons alcoolisées	38
m. Boissons non-alcoolisées	39
n. Activité physique et aspects sociaux	40
B. Lien entre mode de vie méditerranéen et santé	40
1. Études fondatrices.....	40
a. Étude des 7 pays	40
b. Étude de Lyon.....	41
2. Explications biochimiques de l'efficacité du mode de vie méditerranéen	42
a. Les acides gras insaturés	42

b.	Les phénols et polyphénols	43
c.	Vitamines et caroténoïdes	44
d.	Phytostérols	45
3.	Bénéfices du mode vie méditerranéen dans le domaine médical.....	45
a.	Cardiologie et médecine vasculaire.....	45
b.	Endocrinologie et diabétologie	46
c.	Cancérologie	46
d.	Vieillesse	47
e.	Hépatogastroentérologie.....	47
f.	Pathologies inflammatoires et rhumatologie	48
g.	Gynécologie, fertilité et grossesse	48
h.	Psychiatrie et santé mentale	49
i.	Dermatologie	50
4.	Outils médicaux validés mesurant l'adhésion au mode de vie méditerranéen	50
a.	Score MEDAS	50
b.	Score MEDI-LITE.....	51
c.	Score MEDLIFE.....	52
IV.	JUSTIFICATIONS DE CE TRAVAIL DE THÈSE	52
A.	Adhésion au mode de vie méditerranéen perfectible	52
B.	Manque d'outils d'information à disposition des professionnels de soins primaires	53
C.	Recommandations HAS pour l'élaboration d'une brochure d'information.....	54
D.	Enjeux environnementaux et développement durable	54
V.	OBJECTIF DE CETTE ÉTUDE.	56
VI.	MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	56
A.	Recherche de consensus par méthode Delphi®	56
B.	Protocole de l'étude	57
C.	Démarches légales et éthiques	57
1.	Démarches auprès du département de médecine générale de l'université de Lorraine.	57
2.	Démarches auprès du délégué de protection des données	58
3.	Démarches auprès du chargé de coordination E-D-IS (Ethique-Déontologie- Intégrité scientifique) de l'université de lorraine.	58
D.	Accord préalable	58
E.	Recrutement des experts	59
F.	Critères d'inclusion et d'exclusion.....	59
G.	Conception des questionnaires	59
H.	Analyse des données.....	60
VII.	RÉSULTATS	60
A.	Caractéristiques des experts inclus.....	60
B.	Synthèse des tours Delphi®.....	61
1.	Premier tour	61
2.	Second tour.....	62
3.	Troisième tour.....	62

C.	Synthèse des différents points de consensus	62
1.	Format, aspect visuel et mode de diffusion du support de communication...	62
2.	Population ciblée par le support	65
3.	Principes clés du mode de vie méditerranéen.....	65
a.	Fruits et légumes.....	66
b.	Légumineuses.....	66
c.	Produits céréaliers	66
d.	Fruits à coque et oléagineux.....	67
e.	Huiles et matières grasses	67
f.	Produits laitiers	67
g.	Protéines animales.....	68
h.	Produits issus de la pêche	68
i.	Boissons alcoolisées	69
j.	Boissons non-alcoolisées	69
k.	Assaisonnements, épices et aromates	70
l.	Aliments sucrés et transformés.....	70
m.	Habitudes extra-alimentaires	70
4.	Bénéfices du mode de vie méditerranéen.....	71
5.	Motivation des lecteurs :	71
6.	Ressources complémentaires :	72
D.	Support de promotion final	73
VIII.	DISCUSSION	73
A.	Points forts de ce travail.....	73
B.	Points faibles de ce travail.....	74
C.	Perspectives à l'issue de ce travail	75
IX.	CONCLUSION.....	76
X.	BIBLIOGRAPHIE	77
XI.	ANNEXES	101
A.	Annexe 1 – Score MEDI-LITE	101
B.	Annexe 2 – Score MEDAS.....	102
C.	Annexe 3 – Pyramide de la Diète Méditerranéenne.....	103
D.	Annexe 4 – Index MEDLIFE.....	104
E.	Annexe 5 – Message d'information/consentement sur la protection des données personnelles	105
F.	Annexe 6 – Synthèse des réponses au 1 ^{er} questionnaire.....	108
G.	Annexe 7 – Synthèse des réponses au 2 nd questionnaire	121
H.	Annexe 8 - Synthèse des réponses au 3 ^e questionnaire.....	131
I.	Annexe 9 – Support de promotion final.....	134
	AUTORISATION D'IMPRIMER	138

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1- Structure chimique de l'acide alpha-linolénique	42
Figure 2 - Diagramme de flux.....	61
Figure 3 - Modèle de titre approuvé par les experts.....	63
Figure 4 - Images de légumes libres de droits.....	63
Figure 5 - Images de situations libres de droits.....	64
Figure 6 - Images d'une assiette type.....	64
Figure 7 - Modèle des mains.	64

I. INTRODUCTION

Il est actuellement tout à fait admis, dans l'ensemble du corps médical et paramédical, que l'hygiène de vie et la diététique sont des déterminants primordiaux de la santé de chacun. A l'échelle sociétale, on ne peut que constater que les organismes de santé publique se sont emparés de ces enjeux. Qui n'a jamais entendu « *Mangez au moins 5 fruits et légumes par jour* » ? En effet, la prévention de la santé est au cœur des préoccupations de chacun des acteurs de soins primaires, parmi lesquels le médecin généraliste occupe une place de chef d'orchestre.

Il nous appartient à nous, médecins généralistes, de guider nos patients vers un mode de vie plus sain. Il suffit de jeter un œil à nos cours facultaires pour nous rendre compte que les règles hygiéno-diététiques sont au cœur de la prévention de nombreuses pathologies et de leurs éventuelles complications. Parmi celles-ci, il nous vient assez logiquement en tête le régime alimentaire méditerranéen. Chacun imagine aisément que cette alimentation saine est riche en huile d'olive, mais il peut être plus complexe d'apporter plus de précisions que cela à nos patients. Pourtant l'alimentation méditerranéenne traditionnelle comporte de nombreuses caractéristiques inconnues de la majorité d'entre nous. Celle-ci s'inscrit d'ailleurs dans un ensemble d'habitudes de vie saines bien plus vaste que l'alimentation. Nous pouvons les regrouper sous l'étiquette du *Mode de vie Méditerranéen*. Les preuves de son efficacité en prévention primaire et secondaire des maladies chroniques ne cessent de s'accroître.

Parmi les enjeux de santé publique très actuels, nous pouvons également citer la santé planétaire, ou la prise en compte des répercussions que peut avoir l'ensemble de nos activités humaines sur la santé de chaque individu. Nous constatons aujourd'hui que nos modes de production et de consommation entrent en totale contradiction avec la disponibilité des ressources terrestres. Aussi, il appartient à chacun d'entre nous d'adopter des habitudes quotidiennes qui limiteront l'empreinte écologique que nous laissons à notre planète et aux générations futures. Notre alimentation et la sélection des produits que nous consommons sont des leviers qui peuvent participer à cette démarche environnementale. Pour ne citer qu'elles, la végétalisation de l'alimentation, la sobriété et la simplicité sont des habitudes fondamentales du mode de vie méditerranéen. Dans le même temps, ces dernières ont un impact environnemental moindre.

Tant sur le plan de notre santé que sur le plan de l'environnement, nous avons donc tout intérêt à adopter un mode de vie plus sain, tel que celui des populations méditerranéennes traditionnelles.

Nous, médecins généralistes, jouons un rôle important dans cette transition puisque nous pouvons, et devons, informer nos patients à ce sujet. Cependant, bien que cela soit notre intention, il peut être difficile de nous procurer des supports et outils adaptés pour nous assister dans cette démarche.

C'est tout l'enjeu de ce travail de thèse dont l'objectif est de fournir aux acteurs de soins primaires, dont les médecins généralistes, un support d'information attractif et compréhensible du plus grand nombre, dans le but de promouvoir le bénéfique *Mode de vie Méditerranéen*.

II. DÉFINITIONS ET MOTS-CLÉS

A. Régime méditerranéen

Terme MeSH D038441 : « A diet typical of the Mediterranean region characterized by a pattern high in fruits and vegetables, EDIBLE GRAIN and bread, potatoes, poultry, beans, nuts, olive oil and fish while low in red meat and dairy and moderate in alcohol consumption. » (1)

Une alimentation typique de la région méditerranéenne caractérisée par sa richesse en fruits et légumes, céréales et pain, pommes de terre, volaille, pois, noix, huile d'olive et poisson, sa pauvreté en viande rouge et laitages, et une consommation modérée d'alcool.

B. Soins primaires

Terme MeSH D011320 : « Soins fournissant des services de santé intégrés et accessibles par des cliniciens responsables de satisfaire une grande majorité des besoins personnels de soin de santé, qui établissent des partenariats avec les patients et qui pratiquent dans le contexte de la famille et de la communauté. » (1)

C. Médecine générale

Terme MeSH D003697 : « *Patient-based medical care provided across age and gender or specialty boundaries.* » (1)

Médecine centrée sur le patient, prodiguée sans distinction d'âge, de genre ou de spécialité.

D. Éducation thérapeutique

Terme MeSH D010353 : « Enseignement ou la formation des patients au sujet de leurs propres besoins de santé. » (1)

E. Méthode Delphi®

Terme MeSH D003697 : « An iterative questionnaire designed to measure consensus among individual responses. In the classic Delphi approach, there is no interaction between responder and interviewer. » (1)

Questionnaire itératif conçu dans le but de mesurer la force d'un consensus parmi des réponses individuelles. Dans l'approche Delphi® classique, il n'existe aucune interaction entre répondant et investigateur.

III. ÉTAT ACTUEL DES CONNAISSANCES

A. Caractéristiques du mode de vie méditerranéen

1. Historique du mode de vie méditerranéen

a. Origines du mode de vie méditerranéen

Le terme de régime méditerranéen, ou crétois, est employé pour la première fois à la suite de la publication de l'étude des 7 pays, menée en toute première instance, par le chercheur américain Ancel KEYS. Initiée en 1958, celle-ci aboutit au surprenant constat d'une nette différence de mortalité d'origine cardio-vasculaire, entre les habitants de l'île de Crète et les ressortissants des 6 autres pays étudiés. (2)

Si l'hypothèse d'une différence de climat pouvant expliquer cet écart est rapidement écartée, les observations scientifiques semblent indiquer que la survie des Crétois serait davantage liée à leurs habitudes de vie, et donc leur manière de s'alimenter. C'est ainsi que naît le terme de régime crétois, qualifiant la diète appliquée par cette population. (3)

Finalement, les résultats des études fondatrices démontrent que la survie de l'ensemble des populations situées sur le pourtour méditerranéen est meilleure, en comparaison à celle d'autres pays localisés à distance de cette région. On ne parle alors plus de régime crétois, mais plutôt de régime méditerranéen. (2–5)

Ainsi, il n'existe pas un unique modèle méditerranéen, mais autant d'habitudes alimentaires que de cultures peuplant le bassin méditerranéen. Celles-ci sont, de fait, très variées car englobent les populations de 3 continents : l'Europe, l'Afrique et l'Asie occidentale. Pourtant, lorsqu'on observe l'alimentation de ces habitants, certains points communs semblent pouvoir être mis en évidence. Sans être exhaustifs, on peut retenir que ces populations tendent à limiter leur consommation de viande dite « rouge » et à s'alimenter davantage de légumes, fruits et légumineuses. (3,5,6)

D'un point de vue scientifique et médical, ce qui est désormais qualifié de régime méditerranéen se rapporte aux habitudes alimentaires des populations sud-italiennes et grecques, observées avant la mondialisation, donc antérieurement aux années 1950 et 1960. Cela correspond donc à une cuisine traditionnelle, presque ancestrale, propre à ces régions. (5)

Plutôt que des contraintes diététiques, le régime méditerranéen fait donc davantage référence à l'association d'habitudes alimentaires, sociales et culinaires vers lesquelles il serait profitable de tendre, afin de préserver notre santé (6–8).

b. Évolution du mode de vie méditerranéen

Si l'efficacité du régime méditerranéen sur la prévention des pathologies cardio-vasculaires n'est désormais plus à démontrer, les résultats d'études récentes tendent à

converger vers des bénéfices bien plus larges pour les personnes appliquant ce mode de vie.

En effet de nombreuses méta-analyses confirment les bienfaits des habitudes méditerranéennes en prévention de pathologies diverses et variées (9–22). Adhérer à celles-ci permet de retarder l'apparition de pathologies cardio-vasculaires telles que l'hypertension artérielle, les infarctus du myocarde, les dyslipidémies mais aussi le syndrome métabolique et ses complications comme la résistance à l'insuline, le diabète de type 2, le surpoids et l'obésité. En élargissant encore les champs d'application potentiels du régime méditerranéen, les recherches scientifiques ont pu démontrer son bénéfice sur les cancers, la dépression, les démences type Alzheimer ou Parkinson, la fragilité des personnes âgées, les rhumatismes inflammatoires, les pathologies de peau telles que le psoriasis, les maladies inflammatoires de l'intestin et bien d'autres. (9–11)

Les constatations les plus récentes étendent encore les domaines d'action potentiels du régime méditerranéen. Ainsi, adhérer à ce mode de vie permet de retarder l'apparition d'affections oculaires, prévient l'asthme et, pour les femmes enceintes, évite les retards de croissance fœtale intra-utérin et le diabète gestationnel. (12,23,24)

En résumé, nous aurions tous intérêt à modifier notre alimentation et notre style de vie en faveur des habitudes méditerranéennes. En ce sens, le gouvernement français sur son site mangerbouger.fr et l'organisation mondiale de la santé font la promotion de celles-ci en mettant à disposition des internautes des recommandations détaillées (25,26). Lors de la réactualisation de son Programme National Nutrition Santé pour la période de 2009 à 2023 (PNNS 2019-2023), le ministère des solidarités et de la santé a procédé à la mise à jour d'un certain nombre de ses recommandations alimentaires. Celles-ci se rapprochent grandement du régime méditerranéen traditionnel (27). Tendre vers un mode de vie plus méditerranéen est donc devenu un enjeu sociétal.

Pour conclure ce propos, il est intéressant de noter que la diète méditerranéenne est inscrite par l'UNESCO sur la liste représentative du patrimoine culturel immatériel de l'humanité depuis 2013. C'est dire l'importance de celle-ci (28).

c. Perspectives pour le mode de vie méditerranéen

Bien qu'on puisse envisager que le régime méditerranéen soit efficace, face à d'autres pathologies encore non-évaluées à l'heure actuelle, l'enjeu de demain n'est plus de démontrer les bienfaits de celui-ci. En effet, le grand combat sera plutôt de le mettre concrètement en place et de maintenir ces habitudes sur le long terme.

Plutôt que de se diriger vers cette diète idéale, on constate qu'à l'échelle mondiale ce sont les habitudes dites « occidentales » qui sont privilégiées par les populations des pays développés et des pays en voie de développement. Ainsi les populations sont de plus en plus sédentaires, et se tournent plutôt vers une alimentation composée de plats préparés, fast-food, trop riches pour notre style de vie actuel. De plus, on constate que même les populations du pourtour méditerranéen, que nous tenions pourtant pour exemple, suivent ce virage et abandonnent leur mode de vie ancestral au profit de cette

alimentation occidentale. Il en résulte une augmentation exponentielle de l'obésité, et donc des complications qu'elle implique (29–34).

Une transition alimentaire en faveur des habitudes méditerranéennes traditionnelles et son maintien semble donc nécessaire pour notre santé. Ceux-ci devront par ailleurs s'inscrire dans un contexte écologique et sociétal en pleine évolution. En effet, il est évident que nous ne nous alimentons plus de la même manière, et avec les mêmes produits que nos ancêtres. Nous devons adapter notre production et notre consommation au réchauffement climatique, aux sécheresses toujours plus fréquentes et au nombre toujours croissant d'individus à nourrir (3,35).

Heureusement, le mode de vie méditerranéen, au-delà de ses bienfaits sur notre santé, propose une alternative durable, limitant l'épuisement des ressources naturelles ainsi que les coûts liés à notre alimentation et aux soins (3,36).

2. Spécificités du mode de vie méditerranéen

a. Légumes et fruits

Les végétaux, quels qu'ils soient, sont une composante principale de l'alimentation méditerranéenne. Ils sont la source de nombreux bienfaits pour la santé et leur consommation est donc à encourager (7,25,37,38).

L'intérêt des végétaux réside principalement dans les fibres, les vitamines et les nutriments antioxydants qu'ils procurent. Les fibres ont un effet rassasiant et facilitent le transit. Les anti-oxydants limitent, comme leur nom l'indique, le stress oxydatif et donc le vieillissement des cellules (3,25,37,39–41).

Diverses sources, dont la Fundación Dieta Mediterránea, préconisent la consommation quotidienne de fruits et légumes à chacun des repas principaux, répartis de la manière suivante : 1 à 2 portions de fruits par jour, et plus de 2 portions de légumes par jour. Dans la mesure du possible, ces derniers sont à consommer crus, pour épargner les nutriments de leur altération lors de la cuisson. De la même manière, il est préférable de consommer les fruits entiers, en limitant les jus. On retrouve donc la recommandation bien connue du grand public préconisant la consommation de 5 fruits et légumes par jour (7,20,37,42–44) .

Bien que ces indications soient judicieuses, la notion de portion reste assez floue. Ainsi, il est considéré qu'une portion de légumes équivaut à 100 grammes de ce dernier. Quant à elle, une portion fruits correspond à 100-150 grammes de celui-ci. Pour faciliter les mesures, une portion de légumes ou de fruits peut être estimée grâce au volume du poing d'un individu donné, quel que soit son âge (20,37,44).

Pour autant, légumes et fruits ne peuvent s'exclure mutuellement. En effet, manger un fruit ne procure pas les mêmes qualités nutritives qu'un légume. Aussi s'il est judicieux de consommer 5 portions de fruits et légumes par jour, ce ne doit pas être 5 portions de fruits uniquement. Les légumes doivent constituer 1 à 2 de ces portions

journalières au minimum. A préciser cependant que les pommes de terre ne sont pas considérées comme des légumes au sens nutritionnel, mais plutôt comme des féculents (3,37,42,45).

b. Légumineuses et légumes secs

Longtemps considérés comme « l'aliment du pauvre » car bon-marché, les légumineuses connaissent actuellement un regain d'intérêt dans les pays dits développés. On les distingue de la famille des produits céréaliers car elles ont des propriétés nutritionnelles différentes de ces derniers (46). Il en existe plusieurs milliers de sortes. Parmi elles, on distingue par exemple les lentilles, les pois (pois chiches, pois cassés, ...), les haricots (haricots blancs, haricots rouges, ...), les fèves, les lupins et bien d'autres. Les Méditerranéens consomment davantage les pois chiches, haricots blancs, lentilles et fèves (3,7,46,47).

Bien qu'initialement consommée en Asie, donc à grande distance du pourtour méditerranéen, la graine de soja fait également partie de la grande famille des légumineuses (3,48).

D'un point de vue nutritionnel, les légumineuses ont de multiples qualités. Elles apportent en tout premier lieu une grande quantité de protéines, mais aussi fibres, glucides, fer, vitamines B, zinc, phosphore, et bien d'autres nutriments. De plus, les légumineuses sont riches en un acide aminé essentiel, la lysine. De ce fait, elles complètent avantageusement les produits céréaliers qui eux, en sont pauvres (40,46). Au-delà de leur intérêt purement nutritionnel, les légumineuses ont également un pouvoir régulateur sur l'appétit, la glycémie et le poids grâce à leur important potentiel rassasiant (3,46,47).

Entre le début du XXe siècle et aujourd'hui, la consommation de légumineuses a drastiquement chuté au profit des aliments carnés. En 2016, la consommation hebdomadaire moyenne de légumineuses était d'environ 100 grammes par semaine, soit presque la moitié des recommandations nutritionnelles (46).

Actuellement, les recommandations sont donc en faveur d'une augmentation de la consommation de ces légumineuses. Il est ainsi conseillé de consommer au moins 2 portions de légumineuses de 70 grammes par semaine (7,20,42,44-47).

c. Fruits à coque et oléagineux

Parmi les fruits, ceux dits « à coque » comme la noix, la noisette, l'amande et autres oléagineux ont une place un peu à part. Pour différentes raisons qui seront détaillées ici, ils ne sont pas à considérer dans les portions quotidiennes de fruits, décrites précédemment. Pour autant, ils constituent un en-cas intéressant. En effet relativement pauvres en sucres et en fibres, ils sont cependant riches en matières grasses vertueuses pour la santé et en protéines (3,47,49).

Indéniablement, les fruits à coque sont une composante importante du régime méditerranéen. (3,7,25,42,50).

L'oléagineux à privilégier en tout premier lieu reste la noix, également appelée « Noix de Grenoble » car très riche Oméga 3 (3,40,50–52). Cet acide gras insaturé est un aliment de choix en termes de protection des pathologies cardio-vasculaires et des complications du diabète (51,53). Bien que moins riches en oméga 3, les noisettes, noix de cajou et amandes ne sont pas dénuées d'intérêt, car riches en acide oléique également avantageux vis-à-vis des pathologies cardio-vasculaires (51).

Après croisement des recommandations, il est actuellement conseillé de consommer des fruits à coque quotidiennement. La Fundación Dieta Mediterránea suggère la consommation de 1 à 2 portions de fruits à coque sans en préciser le volume (42). Quant à l'organisme Santé Publique France, il préconise, sur son site Manger Bouger, la consommation quotidienne d'une petite poignée de fruits à coque (52). Quelques précisions sont cependant à apporter. Ces derniers ne devraient idéalement pas être consommés salés, sucrés ou enrobés de chocolat afin de maintenir des apports journaliers adaptés en sels et en sucre. De même, avant l'âge de 6 ans, les fruits à coque doivent être consommés en poudre et mélangés à d'autre préparation afin d'éviter le risque de leur inhalation (52).

En 2006, la consommation de fruits à coque était faible en France et en Europe. Les raisons sont multiples, mais leur disponibilité réduite sur le marché en fait partie (49,53). Les recommandations actuelles en faveur d'une augmentation de la consommation de ces fruits laissent à penser que le constat est le même qu'il y a 18 ans (52).

d. Féculents et produits céréaliers

Les féculents ont pour intérêt principal d'être une formidable source d'énergie (3,40,46,49,54). Ils sont consommés par les méditerranéens comme le reste de la population mondiale. Parmi eux sont retrouvés les pommes de terre, les pâtes, le riz, le quinoa, le maïs, le boulghour, la semoule, le pain et bien d'autres (46,49). Cependant tous ne se valent pas. En effet, la différence réside essentiellement dans la transformation qui est opérée sur le produit brut. Ainsi, les céréales dites « complètes » se distinguent des céréales dites « raffinées » par le fait qu'elles sont peu transformées (49,54).

Une céréale est dite raffinée si le processus de transformation qui lui est appliqué ôte son germe et son enveloppe. Or, ces derniers sont riches en éléments intéressants d'un point de vue nutritionnel. Aussi, bien que le produit final garde son potentiel énergétique, il est en revanche dépourvu de ses fibres, vitamines et minéraux. (3,49,54). En revanche, consommées complètes, les céréales apportent du magnésium, du sélénium, des vitamines des groupes B et E, des fibres et des acides aminés essentiels comme le tryptophane, la méthionine et la cystéine (46,49). L'énergie procurée par les féculents réside dans les glucides qu'ils contiennent. Les féculents complets apportent des glucides « complexes » qui seront digérés lentement par le système digestif humain. Ainsi, l'énergie qu'ils procurent pourra être utilisée progressivement par l'organisme (54).

Par ailleurs, grâce à leurs fibres, les céréales et féculents complets favorisent le transit intestinal, et ont un effet rassasiant. Ils permettent également d'équilibrer la glycémie et participent à la diminution du LDL cholestérol sanguin (54).

A l'instar des populations méditerranéennes, les céréales et féculents complets sont donc à prioriser largement sur les aliments raffinés (3,7,25,43). Les recommandations actuelles de Santé Publique France actuelles et la Fundación Dieta Mediterránea, préconisent la consommation de 1 à 2 portions de 130 grammes de féculents complets quotidiennement. Le pain confectionné avec de la farine complète peut participer à cet apport quotidien. En revanche, les pommes de terre ne devraient idéalement pas être consommées à plus de 3 reprises dans la semaine (3,7,42–44,54).

e. Viandes et produits carnés

Point névralgique de l'alimentation méditerranéenne, la consommation ou plutôt la non-consommation de viande et de protéines animales représente un réel déficit pour nos sociétés actuelles.

Dans les pays développés, l'amélioration du niveau de vie au cours de ce dernier siècle s'est accompagnée d'une augmentation exponentielle de notre consommation de viande (3,36,46,55–57). Celle-ci représente une source riche d'énergie et de protéines. En effet, la viande peut aisément combler les besoins journaliers d'un être humain moyen. En cela elle dépasse toutes les autres familles alimentaires (40,57). Pour ces propriétés, la viande constitue un aliment de choix dans les pays les moins développés ou en cours de développement dans lesquels l'accès à la nourriture peut être difficile (55,57). En conséquence, on observe actuellement une augmentation de la consommation de produits carnés dans les pays les plus pauvres (56,57).

Cependant, cette consommation accrue est loin d'être anodine. Une consommation de viande importante amène à deux conséquences néfastes.

D'une part, la consommation de viande est associée à une dégradation de la santé, et ce d'autant plus s'il s'agit de viande rouge ou transformée (58,59). Parmi les nombreuses conséquences néfastes, on peut citer le risque plus important de déclarer un cancer colorectal (60), une maladie inflammatoire de l'intestin (61) ou un diabète (58). Il semble finalement que l'augmentation de consommation de viande rouge et transformée soit associée à une plus grande mortalité, toutes causes confondues. C'est en tout cas la conclusion de l'étude intitulée *Red Meat and Processed Meat Consumption and All-Cause Mortality: A Meta-Analysis* (59).

D'autre part, la consommation de viande, d'autant qu'elle est importante, participe à la dégradation de notre environnement. En effet, produire de la viande nécessite d'importantes ressources en terre et en eau pour nourrir et entretenir le bétail (55,57). Il a par ailleurs été démontré que la production de viande est à l'origine d'une forte émission de carbone et de gaz à effet de serre (36,55,57).

Pour toutes ces raisons, il semble impensable de nourrir avec efficacité et durablement l'ensemble de la population terrestre en maintenant nos habitudes de production et de consommation de viande. Le mode de vie méditerranéen, dans son essence même, offre donc une solution partielle à ce problème (3,7,25,36,42).

Malgré les désavantages évoqués, la viande n'est pas à proscrire totalement. En effet, elle est riche en nutriments très intéressants tels que des protéines, des acides-aminés essentiels, du fer héminique, du zinc et de la vitamine A (40,62,63). Le fer héminique est celui permettant la meilleure absorption du fer en comparaison à tous les autres aliments. Celle-ci se trouve uniquement dans les viandes, et ne peut être issue de la consommation de végétaux seuls (63,64). Par ces propriétés, la viande est un aliment intéressant prévenant l'anémie et la fonte musculaire. Elle reste primordiale aux âges extrêmes de la vie (64,65).

La viande fait donc toujours partie des recommandations nutritionnelles françaises avec quelques précisions tout de même. Ainsi, il n'est pas nécessaire de consommer de la viande tous les jours. La consommation hebdomadaire de viande rouge, hors volaille, ne devrait idéalement pas dépasser les 500 grammes. De plus, la viande ne devrait pas constituer l'élément principal d'un plat. Sa proportion dans l'assiette devrait donc être inférieure à celle des accompagnements. Il est également important de varier les différents types de viandes, en privilégiant les œufs et la volaille, tout en limitant les viandes dites « rouges » provenant du bœuf, porc et mouton. De cette manière les repas conservent leur richesse en fer et protéines, tout en minimisant l'apport de graisses (65,66). La charcuterie ne doit pas être considérée comme une viande car elle est riche en graisses, en nitrites néfastes pour la santé et en sel. Sa consommation devrait donc être limitée à 150 grammes par semaine (67).

Les recommandations s'approchent finalement de l'alimentation méditerranéenne caractérisée par une consommation très modérée de viande (3,7). Ainsi, pour correspondre au mode de vie méditerranéen, il faudrait consommer moins d'une portion de 80 grammes de viande par jour (20,43). La volaille devrait composer 2 repas dans la semaine. La viande rouge devrait être consommée au maximum deux fois dans la semaine. Les viandes transformées telles que les nuggets et cordons-bleus industriels sont à limiter à un repas dans la semaine, voire même à proscrire (7,42).

f. Oeufs

L'alimentation méditerranéenne est, entre autres, basée sur la limitation de la consommation de viande. Les œufs sont donc une alternative éventuelle. Ils sont cependant considérés comme mauvais pour la santé, car augmentant le risque de dyslipidémie, et donc le risque de maladies cardio-vasculaires (68).

En effet, les œufs sont riches en acides aminés et acides gras, dont les oméga 3 et 6. Ils représentent environ 5% des apports lipidiques quotidiens en France. Leurs teneurs en oméga 3 et 6 seraient en revanche impactées par l'alimentation de la poule (68,69).

Ainsi, il semble préférable de consommer des œufs de poules élevées en plein-air et si possible issues de l'agriculture biologique (3).

Cependant, l'épineuse question de l'association entre la consommation d'œufs et le risque cardio-vasculaire persiste. Si certaines études, comme celle menée par *Shin et al.* concluent à l'absence d'association entre la consommation d'œuf et le risque cardio-vasculaire (70–74), d'autres, comme celle menée par *Ma et al.*, aboutissent en revanche à la conclusion que le risque cardio-vasculaire et le risque de mortalité augmentent de manière significative avec la consommation d'œufs (75,76). Une revue systématique de la littérature, menée par *Emamat et al.*, rassemble les résultats de 35 études interventionnelles évaluant l'association entre consommation d'œufs et risque vasculaire. Leur travail a abouti à la conclusion suivante : la consommation d'œufs ou de ses dérivés, bien qu'ils soient riches en cholestérol, ne semble pas avoir d'effet délétère sur le plan vasculaire (77).

Dans ces conditions, il n'existe d'autres choix que de se référer aux recommandations françaises. Celles-ci indiquent qu'une portion d'œufs est à considérer comme une portion de viande de volaille et ne doit donc pas être incluse dans les 500 grammes de viande rouge hebdomadaires à ne pas dépasser. Une portion d'adulte correspond à 2 œufs et équivaut à 100 grammes de viande. Avant 6 ans, il faut considérer qu'une portion correspond à 1 œuf. Entre ces deux âges, la quantité est à augmenter progressivement (65,66). La Fundaciòn Dieta Mediterranea et le score MEDLIFE invitent à la consommation de 2 à 4 portions d'œufs par semaine (7,42).

g. Poissons et produits issus de la pêche

Comme tout habitant du littoral, les populations méditerranéennes entretiennent un lien profond avec les eaux marines. Leur accès aux produits de la pêche est privilégié. C'est la raison pour laquelle l'alimentation méditerranéenne est constituée pour une partie importante de poissons et fruits de mer (3,7,8,20,42).

Les produits marins, poissons comme coquillages ont de multiples intérêts nutritionnels. Ils sont riches en protéines et en minéraux tels que l'iode, le phosphore, le zinc, le cuivre, le sélénium ou le fluor (78). Ce sont également des sources de vitamines indispensables à la santé que sont les vitamines A, D et E (78,79).

Parmi les poissons, certains sont dits « gras » par opposition aux poissons dits « maigres ». La chair des poissons gras tels que le saumon, le maquereau, la sardine ou le hareng est riche en acides gras oméga 3, très similaires à ceux retrouvés dans les huiles de noix, de colza et d'olive (45,78–80). Ces omégas 3 sont favorables au développement ainsi qu'au fonctionnement du système nerveux et préventifs vis-à-vis des pathologies cardio-vasculaires (78,79).

Malgré leurs nombreux avantages, les poissons et fruits de mer sont malheureusement également contaminés par un certain nombre de produits toxiques (78,81,82). Ainsi les poissons gras comme l'anguille et le saumon peuvent être pollués par des composants chimiques comme les dioxines et les polychlorobiphényles ainsi

que des microplastiques. Le barbeau, le silure, la brème et la carpe sont victimes du même phénomène (78). Les poissons les plus imposants sont souvent prédateurs. Ils arrivent en fin de chaîne alimentaire et accumulent le méthylmercure au fil des prédatations successives. C'est par exemple le cas du thon, de la dorade et de la lotte (78).

Enfin, les poissons issus de l'aquaculture, dont le saumon en tout premier lieu, font très souvent l'objet de traitements visant à optimiser leur production. Ainsi, les aquaculteurs sont souvent amenés à administrer des antibiotiques, des parasitocides et des désinfectants dans les bassins de culture piscicole. Certains de ces éléments sont néfastes pour la santé et pour l'environnement. L'utilisation et la dissémination dans l'eau des antibiotiques posent de vrais problèmes à l'heure de l'expansion des antibiorésistances (81).

Pourtant, l'alimentation méditerranéenne traditionnelle est riche en produits issus de la pêche. Elle se compose généralement d'un minimum de 2 repas hebdomadaires de 100 grammes de poisson ou fruits de mer (7,20,25,42).

La question des bénéfices face aux inconvénients se pose donc. Les recommandations françaises ont partiellement répondu à ce dilemme. Ainsi, nous sommes invités à consommer le poisson à raison de 2 portions de 100 grammes par semaine. Un de ces 2 repas devrait être constitué de poisson gras (78,79,83). En variant les espèces et leur lieu d'approvisionnement, on limite les taux respectifs d'ingestion de polluants. L'anguille doit, elle, être consommée à titre exceptionnel (78).

Les femmes enceintes, allaitantes et en âge de procréer devraient être particulièrement vigilantes vis-à-vis de leur consommation en poisson. Il en est de même pour les jeunes enfants âgés de moins de 3 ans. En effet, les polluants tels que le méthylmercure et le polychlorobiphényle sont particulièrement néfastes chez ces populations. Leur consommation en poissons prédateurs devrait donc préférablement rester limitée (78).

Finalement, alimentation méditerranéenne et recommandations françaises ne sont pas incompatibles dans la mesure où les produits issus de la pêche ne représentent que 2 repas dans la semaine (7,20,42,79).

h. Produits laitiers

Parmi les produits laitiers, sont retrouvés le lait, les fromages et les aliments à base de lait fermenté tels que le yaourt, le fromage blanc ou le kéfir (84). En revanche, le beurre et la crème, pourtant dérivés du lait, ne sont pas considérés comme des produits laitiers mais plutôt comme des matières grasses (3,84).

Les populations méditerranéennes consomment relativement peu de produits laitiers et globalement peu de lait (3,25,38,43). Pour autant, certains fromages tels que la feta, le brocciu, la ricotta, le crottin de Chavignol sont issus du pourtour méditerranéen et bénéficient d'une Appellation d'Origine Protégée (AOP) (85).

L'intérêt principal des produits laitiers réside en leur teneur importante en protéines et en calcium (40,84,86). Le calcium est nutritionnellement intéressant puisqu'il est le constituant principal de nos dents et de nos os (84). La consommation de produits laitiers limite donc les fractures et l'ostéoporose (22,86,87). Cependant, ces derniers présentent le désavantage d'être riches en matières grasses saturées plutôt néfastes pour la santé (40,84). Il est donc nécessaire de sélectionner les produits riches en calcium, mais relativement pauvres en matières grasses (3,84,86).

Certaines sources laissent à penser que les laits de chèvres ou de brebis sont plus pauvres en matières grasses que le lait de vache, tout en restant suffisamment riches en calcium (3,38). Pourtant lorsque l'on regarde dans le détail la teneur en lipides des différents laits, c'est le lait de brebis qui est le plus gras, suivi du lait de vache et enfin le lait de chèvre (40). Les teneurs en calcium restent cependant similaires entre les différents laits (40).

Concernant les produits laitiers fermentés, les recommandations de Santé Publique France, de la Société française de rhumatologie (SFR) et du Groupe de recherche et d'information sur les ostéoporoses sont équivoques (84,86). Les yaourts et fromages blancs ont le double intérêt d'être appauvris en matières grasses suite à la fermentation (40,84,86), tout en conservant la teneur en calcium du lait qui les compose (40,86). En revanche, les desserts lactés tels que les crèmes desserts et flans ne contiennent que peu de lait et sont très sucrés. Ils ont donc peu d'intérêt en terme d'apport de calcium et leur consommation est à limiter (40,84).

Finalement, les recommandations françaises, l'index MEDLIFE et la Fundación Dieta Mediterránea préconisent la consommation journalière de 2 portions de produits laitiers, en privilégiant les aliments pauvres en matières grasses (7,42,84,86). Une portion correspond à 1 yaourt nature, 150 millilitres de lait ou 30 grammes de fromage (84). Ces recommandations sont en revanche à adapter à l'âge de l'individu. En effet, chez les enfants jusqu'à la fin de leur croissance, et chez les personnes âgées atteintes d'ostéoporose, il faut augmenter l'apport quotidien à 3 portions de produits laitiers (84,86).

i. Huiles et matières grasses

Élément phare de l'alimentation méditerranéenne, l'huile d'olive en est la principale source de matière grasse (3,7,25,42). Comme toutes les autres huiles, elle est composée à quasiment 100% d'acides gras (88). Cependant, toutes les huiles ne se valent pas (80,89). De même, il existe des différences notables entre les huiles végétales et les matières grasses d'origine animale, comme le beurre, la crème ou le saindoux et (44,80).

Toute matière grasse alimentaire est constituée d'une multitude de lipides : les triglycérides et les phospholipides en majorité mais aussi les stérols, les polyphénols, les caroténoïdes, les vitamines liposolubles. Seuls les triglycérides et les phospholipides sont constitués d'acides gras. Ils jouent respectivement le rôle de réserve d'énergie et de constituant membranaire des cellules (89). Finalement, la grande différence entre les

matières grasses, ainsi que leur intérêt, réside finalement dans leur teneur en acides gras et de la qualité de ceux-ci (80,88,89). Les apports en acides gras devraient idéalement représenter 35% des apports énergétiques au quotidien (80,88,89).

Parce qu'elles sont très majoritairement constituées de triglycérides et de phospholipides, les huiles végétales présentent un premier avantage sur les beurres, crèmes et saindoux qui eux en comportent une proportion moindre (88,89). Par ailleurs les huiles végétales ont l'intérêt d'être une source d'acides gras très variés parmi lesquels se trouvent les acides gras indispensables : les acides oléiques, également qualifiés de mono- ou poly-insaturés. Ces derniers sont les précurseurs des oméga-6 et oméga-3 (88,89). Les oméga-6 et -3 sont impliqués dans la croissance cellulaire, la régulation de l'inflammation, la coagulation du sang et la régulation du métabolisme lipidique. Leurs précurseurs nous sont donc vitaux (89).

A contrario, les lipides d'origine animale (beurre, saindoux, graisse de canard) sont plutôt riches en acides gras saturés, tels que l'acide palmitique, l'acide myristique ou l'acide laurique (88). Ces derniers ont le double désavantage de ne pas être précurseurs des oméga-3 et -6 mais également d'augmenter le risque athérogènes (80,89,90). Il est donc préférable de limiter les apports de graisse d'origine animale à la faveur des graisses d'origine végétale (45,80). Le poisson, bien qu'animal, est une exception. En effet, il est en fait riche en acides gras essentiels et se rapproche plutôt des huiles végétales (45,88).

Parmi les acides gras, il existe également les acides gras dits « trans » par opposition aux acides gras dits « cis ». Les acides gras « trans » sont issus de la cuisson des matières grasses, et sont également présents dans les plats industriels transformés pour leur propriété de conservation (91). Ces derniers sont potentiellement athérogènes, et augmenteraient donc le risque de pathologies cardio-vasculaires. Il est donc préférable de limiter la consommation d'aliments préparés industriellement, et la température de cuisson des huiles. La cuisson par friture à haute température est donc à modérer (45,91).

Pour autant, les huiles végétales ne sont pas toutes équivalentes. L'huile de palme par exemple a une teneur importante en acide palmitique saturé (89). De plus sa production est responsable de déforestations dans le monde (92). Sa consommation est donc à limiter (88). Les huiles les plus riches en acides gras essentiels sont les huiles de colza et de noix (88). Leur consommation est donc à privilégier (80). L'huile d'olive, bien que moins riche en acide gras essentiel, a fait la preuve de son efficacité sur la santé. En effet, une consommation importante en huile d'olive prévient le risque de maladies cardio-vasculaires, de cancer et augmente l'espérance de vie (93-96). Il reste donc intéressant de varier et associer les huiles végétales au quotidien (45,80,88).

Les conseils en matière d'alimentation méditerranéenne, les recommandations françaises et internationales sont finalement équivoques. La consommation d'huile végétale est à privilégier sur le beurre, saindoux et crème. Celles-ci peuvent être consommées quotidiennement, en petites quantités. Huile d'olive, huile de colza et huile de noix sont à privilégier (3,7,42,43,45,80).

j. Aliments sucrés et transformés

Depuis toujours, l'être humain a une appétence naturelle pour les aliments sucrés qui sont également riches en énergie. Cependant, la sédentarisation de notre mode de vie implique une diminution de nos besoins énergétiques (3). Finalement, à l'échelle planétaire, nous mangeons trop sucré, nos apports sont supérieurs à nos besoins (97). Nos rythmes de vie sont également à l'origine d'une augmentation de la consommation d'aliments « ultra-transformés »(98). Ces derniers sont souvent bon-marché et permettent un gain de temps lors de la préparation des repas. Ce terme a été introduit par *Monteiro et al.* pour qualifier les aliments qui ont subi de multiples traitements industriels comme l'adjonction d'exhausteurs de goût comme le sucre, de conservateurs et d'acidifiants. Ces derniers ont pour objectif de rendre un produit plus attractif en terme de goût et de praticité pour le consommateur (99). Par opposition, les aliments peu ou pas transformés nécessitent une préparation en cuisine pour être consommés. C'est le cas de la farine, du riz et des légumes frais (99,100).

Dans la grande famille des sucres, on distingue les sucres simples (ou rapides) des sucres complexes (ou lents). Les sucres simples sont les monosaccharides ou disaccharides présents dans les viennoiseries, sodas, jus de fruits, desserts lactés sucrés, crèmes glacées, gâteaux et friandises. Ils sont assimilés quasiment instantanément, sans étape de digestion. Quant à eux, les sucres complexes sont présents dans la plupart des féculents et légumineuses sous la forme de fibres telles que l'amidon (3,97,101). La consommation de ceux-ci demande une étape de digestion préalable à leur assimilation, pour séparer les fibres en glucides, principale source d'énergie du corps humain(3,54).

Malheureusement, la consommation importante de sucres simples semble délétère pour la santé. En effet, une augmentation des cas de caries, de diabète, d'obésité, de maladies cardio-vasculaires et de pathologies psychiques semble pouvoir être mise en lien avec la consommation toujours plus importante de sucres simples (97,101–103). Par extension, la consommation d'aliments ultra-transformés, souvent sucrés, semble également augmenter la mortalité et le risque de maladies chroniques telles que les dyslipidémies, l'obésité, le diabète ainsi que certains cancers (104,105).

Devant ce constat, il est assez naturel de se poser la question des substituts tels que le miel, le sirop d'agave et les édulcorants non-sucrés. Les miels et sirops végétaux tels que le sirop d'agave ou le sucre de canne semblent être une alternative moins nocive que les sucres simples raffinés (106). En revanche, l'organisation mondiale de la santé met en garde les consommateurs vis-à-vis des édulcorants chimiques. Ces derniers permettent en effet de participer à une perte de poids à court terme. Cependant, à long terme, les résultats tendent à indiquer des effets similaires aux sucres simples avec une augmentation du risque de diabète et de syndrome métabolique (107).

Les recommandations françaises et internationales sont en faveur d'une diminution de la consommation d'aliments sucrés et transformés (45,83,88,100,108). Tout en consommant le moins possible de ces derniers, il serait souhaitable de fixer une limite maximale quotidienne à 100 grammes de sucre par jour. Cette valeur doit tenir

compte de tous les apports sucrés, fruits et compotes inclus (88). Sodas, gâteaux, friandises, desserts sucrés, céréales industrielles et viennoiseries devraient rester exceptionnelles dans l'alimentation du quotidien (100,108).

Au regard de cela, les habitudes méditerranéennes semblent être une option adaptée. En effet, l'alimentation méditerranéenne privilégie largement le « fait-maison » et se tient donc éloignée des aliments ultra-transformés (7,25,42). Par ailleurs, elle invite à réserver les aliments sucrés aux événements exceptionnels (3). Ainsi, viennoiseries, friandises, chocolats, desserts sucrés et crèmes glacées sont consommés en quantité raisonnable, dans la limite maximum de 2 portions par semaine (3,7,42).

k. Sels, épices et condiments

De même qu'à l'échelle mondiale, la consommation moyenne de sel des individus français est trop importante et dépasse largement les besoins quotidiens (109,110). Une telle consommation augmente le risque d'hypertension artérielle et de ses complications (111,112).

La majorité du sel qui est consommé actuellement provient principalement des aliments issus de préparations industrielles dans lesquels il est utilisé comme exhausteur de goût. Parmi ces aliments sont retrouvés le pain, le fromage, les plats préparés et la charcuterie (110,112,113).

Pour autant la consommation adaptée de sel reste nécessaire. Bien qu'il soit majoritairement constitué de sodium, celui-ci contient également du potassium, du chlore et de l'iode (3,112). Ces derniers équilibrent un certain nombre de paramètres physiologiques, tels que la tension artérielle, la transmission nerveuse, l'activité cardiaque et le fonctionnement thyroïdien (3). Actuellement, les habitudes de consommation sont cependant plutôt excessives qu'insuffisantes (88).

Aujourd'hui, les recommandations françaises et internationales invitent donc plutôt à limiter la consommation quotidienne de sel (45,83,111–113). Ainsi, il est recommandé de ne pas consommer plus de 5 grammes de sel par jour et de privilégier le sel iodé (45,112). Pour cela il est donc préférable de limiter la consommation d'aliments préparés. Il est également souhaitable de toujours goûter un plat avant de le saler, tout en sachant qu'il est préférable de ne pas resaler les aliments en conserve (112,113). Avant l'âge d'un an, les besoins en sel sont moindres que pour un adulte, il est donc inutile de saler les aliments proposés à un nourrisson (112,113). Il est en revanche bénéfique d'exhausser le goût des plats en substituant le sel par une multitude d'épices et aromates (3,113).

Finalement, l'alimentation méditerranéenne constitue donc une alternative intéressante puisqu'elle privilégie le « fait-maison » et limite donc de fait la consommation de plats préparés salés (7,25). Par ailleurs, elle invite à varier les saveurs en utilisant diverses épices et aromates (7,42). Origan, menthe, thym, persil, romarin, oignons, ail sont par exemple les ingrédients d'une multitude de plats méditerranéens (3,7). Coriandre, cumin, fenouil, cardamome sont également régulièrement retrouvés

dans la cuisine méditerranéenne (3). Les herbes aromatiques et épices sont intéressantes, car elles sont riches en vitamines, agents anti-oxydants et graisses végétales. Parmi elles, certains auraient également une activité antibactérienne. L'origan semble en partie efficace contre *Listeria Monocytogenes*, le cumin contre *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus* ainsi que *Streptococcus faecalis* et la coriandre contre de multiples bactéries. De manière générale, les herbes aromatiques, oignon et ail auraient en plus de leur intérêt gustatif, un intérêt anti-bactérien (41,114).

l. Boissons alcoolisées

Le mode de vie méditerranéen est souvent associé à une consommation modérée de vin rouge (115). Celle-ci est même souvent considérée comme bénéfique car elle serait associée à une réduction du risque de maladie cardio-vasculaire. C'est le *french paradox* (115–117). La consommation d'alcool reste cependant une des principales causes de mortalité dans le monde, puisqu'elle est responsable, à elle seule, de 5,1% de la totalité des décès (118).

Depuis l'émergence du concept de french paradox en 1992 (116), de nombreuses études ont tenté de déterminer si la consommation modérée d'alcool avait un effet plutôt favorable ou néfaste sur la santé. Parmi les méta-analyses les plus récentes, celles menées par *Ronksley et al.* (119) ou *Brien et al.* (120) concluent en l'effet protecteur d'une consommation modérée d'alcool sur différentes pathologies cardio-vasculaires. En effet, une consommation quotidienne d'un verre d'alcool permettrait de réduire significativement le risque de mortalité cardio-vasculaire, l'incidence des infarctus du myocarde, le risque de mortalité suite à un infarctus du myocarde, l'incidence des accidents vasculaires cérébraux, ainsi que le risque de mortalité dans les suites d'un infarctus (119,120).

D'autres études, comme celles menées par *Anderson et al.* (121) ou encore *Rovira et Rehm* (122) se sont intéressées à l'association entre une consommation modérée d'alcool et le risque de cancer. Les résultats sont équivoques. Dès le premier verre, la consommation d'alcool augmenterait le risque de cancer (121,122).

Face à cette ambivalence, il est difficile de se positionner en faveur d'une consommation modérée d'alcool (115), même en distinguant le vin rouge des autres alcools (123).

La *Fundación Dieta Mediterranea* préconise la consommation modérée de vin dans le respect des coutumes, sans apporter davantage de précisions (42). Dans leur score MEDI-LITE conçu par *Sofi et al.*, la consommation de plus de deux verres standard d'alcool au quotidien ne rapporte désavantageusement aucun point. La consommation de moins d'un verre standard par jour ne rapporte qu'un point quand la consommation de un à deux verres au quotidien rapporte avantageusement deux points (20). Il en est de même pour l'index MEDLIFE pour lequel la consommation d'un à deux verres de vin quotidien apporte un point synonyme d'un degré plus important d'adhésion à l'alimentation méditerranéenne. En dessous ou au-dessus de ces bornes, aucun point n'est apporté (7).

Les risques de pathologies chroniques augmentant avec la quantité d'alcool consommée, les recommandations de Santé Publique France sont en faveur de l'abstinence ou, à défaut, d'une consommation d'alcool maîtrisée. Cette dernière correspond à l'absorption hebdomadaire de 10 verres d'alcool standard au maximum, en observant plusieurs jours de non-consommation dans la semaine. Un verre standard correspond à 10 grammes d'éthanol. A chaque occasion de consommation, il est souhaitable de réduire autant que possible la quantité d'alcool consommée. Il est également judicieux de s'alimenter et s'hydrater entre les verres d'alcool. Les femmes enceintes et les femmes ayant un projet de grossesse devraient quant à elles respecter la règle du zéro alcool (124).

Dans ces conditions, il ne semble pas judicieux de recommander la consommation modérée d'alcool dans le cadre d'une alimentation méditerranéenne. En effet, l'argument d'une diminution du risque cardio-vasculaire ne semble pas surpasser le risque de pathologies liées à la consommation d'alcool (115).

m. Boissons non-alcoolisées

En termes de boisson non-alcoolisée, le mode de vie méditerranéen ne fait pas l'objet de conseils particuliers. Le score MEDI-LITE mesurant le degré d'adhésion au régime méditerranéen ne comporte ainsi pas d'item consacré aux boissons non-alcoolisées (20). Une corrélation positive peut cependant être retrouvée entre l'adhésion au mode de vie méditerranéen et la consommation d'infusions (7,125). La *Fundación Dieta Mediterranea* préconise d'ailleurs dans sa pyramide la consommation abondante d'eau et d'infusions au quotidien (42).

Les habitudes méditerranéennes invitent à privilégier le « fait maison » et donc à limiter la consommation de produits transformés(7). Ces derniers, issus de préparations industrielles, font souvent l'objet d'adjonctions de sucre raffiné lors de leur confection (3,25,42). Les sodas et jus de fruit ne font pas exception à ce principe (83,88,108). Une consommation excessive de ces derniers peut d'ailleurs être à l'origine d'une augmentation du risque de diabète et d'obésité (102,103).

Les recommandations françaises invitent donc à limiter au maximum l'absorption de boissons sucrées, sodas comme jus de fruits (108). Lors d'éventuelles occasions de consommation, la boisson sucrée à privilégier devrait être le jus de fruit, dans la limite d'un verre. Ce dernier n'est cependant pas équivalent à une des 5 portions quotidiennes de légumes et fruits recommandées. Par ailleurs, les sodas dits « light » ou « zéro » sont certes peu caloriques, mais ils entretiennent l'appétence pour le goût sucré et devraient donc également être consommés avec modération (83,108).

L'eau reste donc la seule boisson indispensable. Elle peut être consommée à volonté. En France, l'eau du robinet fait très régulièrement l'objet de sérieuses analyses de qualité (126). Sûre et bon marché, elle peut donc être consommée à tous les âges (126,127). Sa consommation permet par ailleurs de limiter la production de bouteilles en plastique et ainsi de préserver l'environnement (126). Idéalement, les apports quotidiens

en eau devraient être de l'ordre de 2 à 2,5 litres pour un adulte moyen. Cette valeur tient compte de l'eau de boisson et de l'eau présente dans les aliments (128). L'eau de boisson devrait être consommée à raison de 6 à 8 verres au quotidien (7). Le café, le thé et les tisanes, s'ils ne sont pas sucrés, peuvent avantageusement participer à l'apport quotidien en eau chez l'adulte (3,7,83). Ces boissons contenant de la caféine devraient cependant être évitées chez les enfants et les adolescents en raison de leur propriété « excitante » (3,108).

n. Activité physique et aspects sociaux

Le mode de vie méditerranéen ne se réduit pas à son alimentation. D'autres aspects entrent en jeu. En effet, les populations méditerranéennes se distinguent par leur sens de la famille, de la convivialité et du repos (7,25,28,34,42).

En effet, la préparation en cuisine et les moments à table sont partagés en famille ou entre amis (25,28,34). Le marché et ses interactions sociales entretiennent et transmettent également les habitudes méditerranéennes (7,28). La sieste méridienne et le sommeil de qualité sont d'autres composantes de ce mode de vie (7). Pour autant, les populations méditerranéennes traditionnelles sont assez peu sédentaires, passent peu de temps assises et pratiquent volontiers une activité physique régulière, en étant si possible accompagnées d'un proche (7,42).

Ces habitudes sont conformes aux recommandations françaises qui invitent à limiter les temps en position assise ou allongée en dehors du sommeil et des repas. En agissant de la sorte, on prévient certains aspects du vieillissement et certaines maladies telles que le diabète, l'obésité et certains cancers (129–131). Si une situation impose de maintenir une position assise prolongée, au travail, lors d'un trajet en voiture, lors de la lecture, il est préférable de s'astreindre à des pauses actives. Ce sont de bonnes occasions de faire quelques mouvements, s'étirer, marcher (129).

De même, le mode de vie méditerranéen coïncide avec les recommandations françaises invitant à pratiquer quotidiennement 30 minutes une activité physique dynamique, d'intensité modérée à élevée. Procéder de la sorte prévient l'anxiété et la dépression. Cela permet également d'améliorer ses capacités physiques et ainsi de prévenir les effets du vieillissement. Enfin, l'effet de l'activité physique est favorable sur certaines maladies telles que le diabète, l'ostéoporose et les maladies neuro-dégénératives (130–133).

B. Lien entre mode de vie méditerranéen et santé

1. Études fondatrices

a. Étude des 7 pays

La première étude soulevant la possibilité d'une association entre le mode de vie méditerranéen et une amélioration de l'espérance de vie a été menée par le médecin épidémiologiste américain Ancel Keys, au cours des années 1950 à 1960 (2).

En effet, il aurait construit son protocole d'étude autour des résultats de plusieurs études épidémiologiques alors publiées. Ces dernières retrouvaient une grande disparité des prévalences et incidences de coronaropathies entre les populations mondiales. Cependant, les populations de ces études étaient souvent restreintes et ne permettaient pas d'élargir ce constat à très grande échelle. Keys aurait alors émis l'hypothèse que ces différences étaient finalement dues au mode de vie de chacune de ces populations (134).

L'objectif de l'étude des 7 pays était donc de comparer les incidences de mortalité associées à une coronaropathie dans un panel de larges populations. Au total, 12.225 hommes âgés de 40 à 59 ans, indemnes de cardiopathies vasculaires, sont admis dans les 15 cohortes issues de 7 pays différents. Les individus provenaient des États-Unis, Finlande, des Pays-Bas, d'Italie, de Yougoslavie, de Grèce et du Japon (2,134).

Finalement, après 10, puis 15 ans de suivi de ces cohortes, les analyses statistiques auraient retrouvé, chez les populations issues du sud de l'Europe, des valeurs de mortalité d'origine coronaire bien inférieures à celles des autres régions (Japon, USA et Europe du Nord). Ces valeurs sont inattendues et les modèles prédictifs basés sur les valeurs des autres régions ne parviennent pas à expliquer cette disparité. Les investigateurs auraient ensuite tenté d'analyser la responsabilité d'éventuels facteurs de risques tels que la pression artérielle et le poids, dans ce contraste clivant. Mais aucune analyse n'aurait montré de différence significative (134).

b. Étude de Lyon

En 1989, Serge RENAUD et Michel DE LORGERIL, deux médecins issus de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale de Lyon, se basent sur les travaux d'Ansel KEYS et des récents résultats publiés par l'Organisation Mondiale de la Santé, pour publier un article intitulé *Dietary lipids and their relation to ischaemic heart disease : from epidemiology to prevention*. En effet, l'hypothèse d'un lien entre habitudes alimentaires et incidence de la maladie coronarienne paraît se confirmer. Il semble que ce soient les faibles apports en acides gras saturés qui expliquent l'étonnante survie des populations méditerranéennes face à celle-ci. Seulement, aucune étude interventionnelle n'est alors parvenue à confirmer cette intuition (2,134,135).

Le mécanisme biologique expliquant ce constat serait en fait lié aux plaquettes et leur tendance à l'agrégation chez les personnes consommant les acides gras saturés en trop grande quantité. Cette tendance pro-thrombotique serait finalement l'explication du nombre plus important de maladies coronariennes chez ces patients (136).

C'est ainsi que Michel DE LORGERIL, cardiologue, Serge RENAUD, nutritionniste, et leurs associés conduisent de 1988 à 1994 la *Lyon Diet Heart Study*, également appelée « étude de Lyon ». Cette étude interventionnelle a pour objectif de montrer l'efficacité de l'alimentation méditerranéenne en termes de survie, à la suite d'un premier infarctus du myocarde. Un total de 605 patients est inclus dans cette étude. 302 d'entre eux reçoivent des conseils diététiques en faveur de l'alimentation méditerranéenne. Les 303 autres se voient remettre uniquement les recommandations alimentaires alors en vigueur. A l'issue d'un suivi de 27 mois, les résultats sont en faveur de l'efficacité du régime méditerranéen,

en prévention secondaire d'un premier infarctus (137). Ces derniers seront ensuite confirmés dans le rapport final de l'étude, après un suivi moyen de 46 mois (4).

L'alimentation méditerranéenne prévient l'infarctus du myocarde. De multiples études suivront et confirmeront l'efficacité des habitudes alimentaires méditerranéennes en prévention des maladies cardio-emboliques. D'autres tenteront d'évaluer l'efficacité de l'alimentation méditerranéenne en prévention de différentes pathologies chroniques et s'avèreront également probantes (3,138,139).

2. Explications biochimiques de l'efficacité du mode de vie méditerranéen

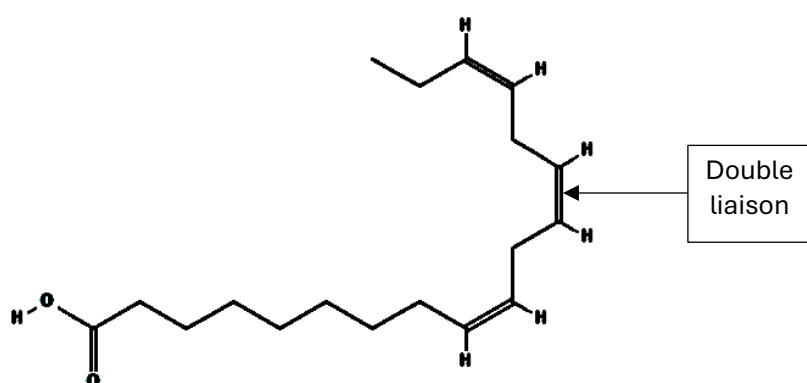
a. Les acides gras insaturés

Parmi les explications biochimiques du bienfait de l'alimentation méditerranéenne, l'équilibre des apports en acides gras saturés et insaturés est un premier élément de réponse.

En effet, au niveau moléculaire, les acides gras sont des chaînes constituées d'atomes de carbone de longueur variable. Ils sont dits saturés si les atomes de carbone sont solidarisés uniquement par de simples liaisons moléculaires. En revanche, ils sont dits insaturés s'il existe au moins une double liaison moléculaire entre deux atomes de carbone constituant la chaîne de l'acide gras. Les propriétés biochimiques diffèrent selon le nombre de doubles liaisons présentes dans une molécule d'acide gras donné. L'impact sur la santé n'est donc pas le même. A titre d'exemple, les omégas-3 et -6 font partie des acides gras insaturés (41).

Figure 1- Structure chimique de l'acide alpha-linolénique

Image issue de la collection PubChem



Ainsi, l'alimentation méditerranéenne privilégie les matières grasses issues de végétaux ou de poissons (25). La matière grasse de prédilection, consommée au quotidien en Méditerranée reste l'huile d'olive (3). Toutes ces matières grasses sont constituées d'une proportion importante d'acides gras insaturés, tels que l'acide alpha-linolénique appartenant à la famille des omégas-3 (41,137). Ce dernier peut également

être retrouvé en quantité moindre dans d'autres aliments traditionnellement consommés dans le bassin méditerranéen, comme la tomate et le basilic (41).

Or, il a été démontré, à plusieurs reprises, que l'acide alpha-linolénique possède des propriétés anti-inflammatoires, cardioprotectrices, antithrombotiques et qu'il est favorable au développement ainsi qu'au fonctionnement de notre système nerveux. Ainsi, sa consommation importante par les populations du pourtour méditerranéen pourrait en partie expliquer leur survie vis-à-vis des pathologies coronariennes, inflammatoires et neurodégénératives (3,41,137,140).

b. Les phénols et polyphénols

Une autre particularité de l'alimentation réside dans sa particulière richesse en phénols et polyphénols (3,41). Il existe une grande variété de ces molécules, mais toutes ont les propriétés communes d'être constituées de cycles phénoliques et d'être principalement retrouvées dans les aliments d'origine végétale (3).

Ces polyphénols peuvent être regroupés en quatre grandes classes (3,41). Dans un premier temps, on distingue une première classe comprenant les phénols simples et les acides phénoliques. Ceux-ci sont avant tout retrouvés dans les agrumes, le café, les céréales, les cerises, les prunes et le vin. Dans un second temps, on peut identifier une vaste deuxième classe constituée de flavonoïdes qui sera détaillée ultérieurement. Enfin, il existe une troisième classe constituée des stilbènes et des lignanes. Ces derniers peuvent être retrouvés dans l'ail, les asperges, les fruits rouges, les céréales et le vin (3,41).

La classe des flavonoïdes est en effet elle-même découpée en sous-classes. Il existe ainsi les isoflavones retrouvées dans le soja, l'orge et le riz brun. On distingue ensuite les proanthocyanidines et les anthocyanines dont sont riches le thé, les olives, les fruits rouges, le raisin, le vin et le haricot noir. Ces derniers seraient à l'origine du goût astringent de ces aliments. On identifie enfin les flavonols, flavones, flavanols et flavanones retrouvés dans les brocolis, la tomate, le thé, le vin, les agrumes, les herbes aromatiques, les abricots, le raisin et les pommes (3,41).

Les phénols dans leur ensemble ont fait l'objet de recherches. D'autant que l'huile d'olive semble en être particulièrement riche (141–143). Il s'avérerait que ces derniers aient l'intérêt d'être anti-oxydants. Cela signifie qu'ils auraient la capacité de contrôler la production de radicaux libres d'oxygène que produisent les cellules du corps en vieillissant. Ces radicaux sont à l'origine d'un phénomène d'oxydation de certaines molécules nécessaires à notre santé. Aussi, cette oxydation peut s'avérer délétère car elle est en partie à l'origine de phénomènes inflammatoires, de la formation d'athérosclérose et de mutations d'ADN, qui peuvent parfois participer à la formation de certains cancers (141–143).

Ainsi, ces molécules anti-oxydatives semblent avoir un potentiel protecteur vis-à-vis des maladies thromboemboliques (infarctus, AVC, AOMI), certains cancers (peau,

colon et sein), certaines pathologies neuro-dégénératives (Alzheimer, démences) et le vieillissement de manière générale (3,41,142).

Par ailleurs, une attention particulière est actuellement portée au resvératrol, un phénol de la classe des stilbènes (3,41). En effet, cette molécule est produite par l'organisme en réponse à différentes agressions telles que les blessures physiques, les infections et les lésions causées par les rayons UV (41). Cela soulève l'hypothèse d'éventuels bénéfices lors de sa consommation plus importante. Les premiers résultats des recherches réalisées *in vitro* et sur échantillon animal sont en faveur d'un effet antithrombotique et donc un potentiel préventif contre les maladies cardio-vasculaires (144,145). A l'échelle biochimique, les études sont également en faveur d'un effet anti-âge du resvératrol (146,147).

Ainsi, la consommation plus importante d'aliments riches en phénols par les populations du pourtour méditerranéen pourrait, en partie, expliquer leur étonnante survie vis-à-vis de certains cancers, maladies neuro-dégénératives et cardio-vasculaires (3,41).

c. Vitamines et caroténoïdes

Les végétaux constituant la part la plus importante de l'alimentation méditerranéenne, celle-ci est donc fondamentalement riche en vitamines. D'autant que la consommation concomitante d'acides gras, principalement issus de l'huile d'olive, permet la bonne absorption des vitamines liposolubles que sont les vitamines A, D, E et K. Les vitamines A et E possèdent des propriétés anti-oxydantes. La vitamine K est, elle, indispensable dans la cascade de la coagulation sanguine (41). Il existe également une forme frontière à ces vitamines que l'on appelle les caroténoïdes, également abondamment retrouvés parmi les fruits et légumes traditionnellement consommés par les populations méditerranéennes (3,41).

Les caroténoïdes sont, en fait, des pigments, principalement retrouvés dans les aliments de couleur jaune, orange ou rouge. Ils pourraient avoir un potentiel antithrombotique capable de diminuer le risque de maladies cardio-vasculaires (148).

Parmi cette famille moléculaire, on distingue en tout premier lieu le bêta-carotène, puisque c'est le plus abondant. Ce pigment rouge-orangé est en fait le précurseur principal du rétinol, qui n'est autre que la vitamine A, indispensable à notre vision (3,149). Le bêta-carotène posséderait également des propriétés photo-préventives et antioxydantes. Ainsi, selon le même mécanisme que les phénols, décrit précédemment, il pourrait inhiber les dommages causés par les radicaux libres d'oxygène à notre génome. Par ailleurs, on associe au bêta-carotène des propriétés antitumorales. En effet, il semble capable d'induire la libération de cellules immunitaires dont le rôle est de détruire les cellules tumorales à leur stade très précoce (149).

Les caroténoïdes sont également constitués, pour partie, par les lycopènes. Ceux-ci sont des pigments rouge-rose, dont les tomates sont particulièrement riches. Ils n'interviennent pas dans l'élaboration de la vitamine A. Cependant, on leur retrouve

également des propriétés antioxydantes, donc protectrices vis-à-vis des dommages de l'ADN. Ils semblent par ailleurs capables d'inhiber, in vitro, la croissance de cellules prostatiques cancéreuses (41,150).

Bien que l'effet des caroténoïdes sur notre santé paraisse favorable, les apports de ces derniers sous forme pure de compléments alimentaires ne semblent pas présenter de bénéfices. Aussi, plutôt que de se tourner vers les compléments alimentaires, il semble préférable d'enrichir son alimentation en fruits et légumes (3,151). C'est ce qu'offre le mode de vie méditerranéen traditionnel (3,41,152).

d. Phytostérols

Les phytostérols représentent une partie non-négligeable de l'huile d'olive, pierre angulaire de l'alimentation méditerranéenne. Ils sont également présents dans tous les végétaux, chacun possédant sa propre forme spécifique. (41). Ces derniers ingérés, ils semblent être capables d'entrer en compétition avec les lipides athérogènes de notre organisme, le LDL-cholestérol et les triglycérides (41,153).

Ainsi, comme l'indiquent certains documents, il paraît théoriquement plausible que les phytostérols soient protecteurs vis-à-vis des maladies cardio-vasculaires (41,154,155). Cependant, bien que des propriétés anti-inflammatoires et antioxydantes soient attribuées aux phytostérols, d'autres sources semblent défavorables à cette idée et avancent que les preuves ne sont pas suffisantes pour conclure favorablement à leur efficacité (3,156).

En conclusion, la responsabilité des phytostérols dans l'amélioration de la survie des populations méditerranéennes reste actuellement hypothétique. D'autres études seront nécessaires pour confirmer ou infirmer cette éventualité (156).

3. Bénéfices du mode vie méditerranéen dans le domaine médical

a. Cardiologie et médecine vasculaire

Les premiers domaines médicaux dans lesquels l'efficacité de l'alimentation méditerranéenne a pu être observée sont la cardiologie et la médecine vasculaire. En 1984, les résultats de l'étude des 7 pays menée par Keys *et al.* semblaient déjà en faveur d'un effet préventif de l'alimentation méditerranéenne sur les pathologies coronariennes (2,134). De Lorgeril *et al.* confirmeront ce constat avec leur étude interventionnelle Lyon Diet Heart Study dans les années 1990 (4,137).

De récentes études corroborent ces résultats tout en élargissant le constat de l'efficacité de l'alimentation méditerranéenne face à d'autres pathologies. Ainsi, celle-ci serait efficace en prévention des AVC ischémiques (11,93,157,158), de l'hypertension artérielle (159), de l'insuffisance cardiaque (157), les arythmies cardiaques (3) et de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (160). Il semble actuellement ne pas exister d'études en faveur d'un effet préventif de l'alimentation méditerranéenne sur les maladies thrombo-emboliques veineuses.

b. Endocrinologie et diabétologie

Keys et al. avaient déjà pu observer une probable efficacité de l'alimentation méditerranéenne dans la prévention et le traitement du surpoids et de l'obésité (2,134). Ce premier constat a pu être corroboré par de récentes études (14,161,162). Par ailleurs, bien qu'elle soit favorable à la perte de poids, elle semble également améliorer le statut nutritionnel de certains cas de cachexie (163).

Ces observations se sont également avérées similaires vis-à-vis du syndrome métabolique, dont la physiopathologie est intimement intriquée à celle de l'obésité (17,164). Aussi, il semble assez intuitif que le diabète insulino-résistant, stade avancé du syndrome métabolique, soit potentiellement lui aussi prévenu par l'alimentation méditerranéenne (10,165). Cet effet protecteur du mode de vie méditerranéen reste perceptible même une fois le diagnostic de diabète insulino-résistant posé. En effet, les études récentes décrivent une occurrence moins fréquente de complications chez les patients diabétiques insulino-résistants dont le mode de vie est proche de celui des populations méditerranéennes (164,166,167).

Par ailleurs, bien que le diabète non-insulinodépendant n'entre pas dans le cadre nosologique du syndrome métabolique et ses complications, le mode de vie méditerranéen offrirait un certain avantage aux patients atteints de ce type de diabète. En effet, celui-ci améliorerait le contrôle glycémique, les caractéristiques métaboliques et la qualité de vie de ces derniers (168–170).

Enfin, bien que les preuves soient encore insuffisantes, le mode de vie méditerranéen semblerait efficace en prévention des pathologies thyroïdiennes auto-immunes ainsi que certains cancers thyroïdiens (164,171,172).

c. Cancérologie

Parmi les domaines médicaux dans lesquels l'efficacité du mode de vie méditerranéen a été évalué, la cancérologie est l'un des plus importants. En effet, l'alimentation méditerranéenne semble être efficace en prévention de la plupart des cancers et de leurs complications (3,15).

Concernant les cancers les plus fréquents en France, l'alimentation méditerranéenne paraît efficace en prévention du cancer du sein (173–176), du cancer du poumon (177,178) et du cancer colo-rectal (179,180). En revanche, il ne semble actuellement pas exister d'effet, favorable ou défavorable, entre ce mode de vie et le risque de cancer de la prostate (181). Les résultats *in vitro* sont pourtant encourageants (150).

Au-delà la diminution du risque d'apparition d'un cancer, l'alimentation méditerranéenne semble également apporter un avantage face aux complications qui peuvent être associées aux cancers et leurs traitements, telles que la dénutrition (163), la fatigue (182) et même le décès (15).

d. Vieillesse

Une des explications du vieillissement à l'échelle cellulaire correspond au raccourcissement des télomères. Ces derniers sont, en fait, situés aux extrémités de nos chromosomes et assurent en partie l'intégrité de notre génome. Au fil des années vécues et des agressions biochimiques du génome, la longueur des télomères vient à raccourcir. Or, ce raccourcissement semble être associé à une majoration des mécanismes inflammatoires et oxydatifs et donc aux pathologies qui peuvent en découler. Les télomères sont finalement le reflet du vieillissement de l'organisme humain. Cela étant dit, il semble que l'alimentation méditerranéenne soit associée à un ralentissement du processus de raccourcissement des télomères. Celle-ci serait donc capable de ralentir le vieillissement des cellules humaines (183).

A l'échelle clinique, les propriétés anti-vieillissantes du mode de vie méditerranéen semblent se vérifier. Ainsi, l'adhésion à celui-ci permettrait de ralentir les mécanismes de déclin cognitif et de démences telles que la maladie d'Alzheimer (11,184–187). De même, il permettrait de prévenir la survenue d'une déficience visuelle provoquée par la dégénérescence maculaire liée à l'âge (188,189).

L'adoption d'un mode de vie proche des populations méditerranéennes paraît être bénéfique même à un âge tardif. En effet, les résultats de plusieurs études s'accordent autour du constat d'un effet préventif de l'alimentation méditerranéenne sur les situations de fragilités qui peuvent apparaître avec l'âge et vis-à-vis des complications qui peuvent en découler (190–192). A titre d'exemple, elle semble permettre de diminuer les mécanismes de fonte musculaire (193–195) et le risque de chute chez les personnes âgées (196). L'indépendance et la qualité de vie des seniors seraient ainsi préservées (194).

Globalement, le mode de vie méditerranéen contribuerait donc à une évolution du vieillissement dans des conditions favorables de bonne santé (105,197).

e. Hépatogastroentérologie

La stéatose hépatique non-alcoolique fait partie des pathologies dont la physiopathologie est intriquée à celle du syndrome métabolique, détaillé précédemment. Celle-ci est caractérisée par la fibrose du tissu hépatique avec pour conséquence une diminution de ses fonctions. Son issue la plus néfaste est la cirrhose hépatique, qui est elle-même un facteur de risque de carcinomes hépatocellulaires (198). Au même titre que les études portant sur l'efficacité du mode de vie méditerranéen en prévention du syndrome métabolique, les résultats actuels sont en faveur de son potentiel préventif vis-à-vis de la stéatose hépatique non-alcoolique. Ainsi l'alimentation méditerranéenne associée à une activité physique régulière semble retarder la formation de fibrose hépatique et même restaurer le tissu hépatique lésé. L'adoption du mode de vie méditerranéen permettrait donc de limiter l'apparition de fibrose hépatique et ses complications (198–201).

Par ailleurs, sur le plan entérologique, il semble qu'une alimentation riche en viande soit associée à un risque plus élevé de pathologies inflammatoires de l'intestin telles que la maladie de Crohn ou la rectocolite hémorragique (61). En revanche, le mode de vie méditerranéen et ses apports limités en aliments carnés semble avoir un effet bénéfique sur la santé intestinale avec une modification bénéfique du microbiote intestinal (202), une diminution du risque de développer une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (203) et une diminution des épisodes inflammatoires chez les patients atteints de ce type de pathologies (204,205).

Enfin, de récents résultats semblent indiquer que l'alimentation méditerranéenne soit associée à une diminution du risque de reflux gastro-œsophagien. Ces résultats nécessiteront cependant d'être confirmés par d'autres études de plus grande ampleur (206).

f. Pathologies inflammatoires et rhumatologie

Comme précédemment évoqué, le mode de vie méditerranéen possède des propriétés antioxydantes et anti-inflammatoires (41). Ce constat semble se confirmer lorsque sont observés les marqueurs inflammatoires sanguins. En effet, l'alimentation méditerranéenne, en complément d'une activité physique régulière, permettrait de diminuer la concentration sanguine de ces marqueurs de l'inflammation. Il semble ainsi légitime d'affirmer que ce mode de vie représente un atout important dans la prévention des maladies inflammatoires chroniques (207).

Lorsque l'on transpose cette analyse à l'échelle clinique, les résultats semblent concordants. En effet, bien que les preuves soient encore insuffisantes, l'alimentation méditerranéenne associée à une activité physique régulière pourrait prévenir la survenue de rhumatismes inflammatoires (208). En revanche, le constat d'une amélioration des symptômes au sein de populations atteintes de rhumatismes inflammatoires lorsqu'elles adoptent un mode de vie méditerranéen est bien plus étayé. Cela concerne les symptômes tels que la douleur et le gonflement articulaire (209–213). Ces observations ont même mené la société française de rhumatologie à rédiger des recommandations. Ainsi, celle-ci préconise à tous les patients atteints de rhumatismes inflammatoires de modifier leur mode de vie à la faveur des habitudes méditerranéennes (214).

En dehors des pathologies inflammatoires mais tout en restant dans le champ de la rhumatologie, le mode de vie méditerranéen semble également efficace en prévention de l'ostéoporose et ses complications. En effet, adopter ce mode de vie semble prévenir la survenue de fractures de hanche en population générale (22,87). La société française de rhumatologie s'est là-encore prononcée en faveur du mode de vie méditerranéen, lors de la récente rédaction des recommandations concernant la prévention de l'ostéoporose (86).

g. Gynécologie, fertilité et grossesse

Concernant la santé féminine, le mode de vie méditerranéen semble également être favorable vis-à-vis de certaines pathologies. En effet, les patientes atteintes d'un

syndrome des ovaires polykystiques pourraient observer une amélioration des symptômes perçus, ainsi qu'une amélioration des marqueurs sanguins associés à cette pathologie lorsqu'elles optent pour les habitudes alimentaires méditerranéennes (215). De leur côté, les patientes souffrants d'endométriose noteraient une diminution de leur ressenti douloureux lorsque leur alimentation s'approche de celle des populations méditerranéennes (216,217). Les preuves sont cependant encore insuffisantes pour conclure à l'efficacité du mode de vie méditerranéen en prévention de l'endométriose (217,218).

Considérant le domaine de la fertilité, les résultats d'études actuelles sont prometteurs. Le mode de vie méditerranéen permettrait en effet d'améliorer la qualité du sperme chez l'homme (219) et augmenterait les chances d'issues favorables aux tentatives de fécondation in vitro (220). Ces résultats nécessitent cependant de plus amples confirmations à l'avenir.

Par ailleurs, les habitudes alimentaires méditerranéennes semblent favorables au bon déroulement de la grossesse. Plusieurs études s'accordent autour du constat d'un effet préventif de l'alimentation méditerranéenne sur le risque de diabète gestationnel (21,221,222). La possibilité d'une association inverse entre adhésion au mode de vie méditerranéen et la survenue de prééclampsie reste encore assez incertaine (21,222). Une étude retrouve cependant une association positive entre la déclaration de patientes indiquant adhérer davantage aux habitudes alimentaires méditerranéennes et la diminution du risque de prééclampsie chez ces mêmes patientes (223). Lorsqu'on s'intéresse aux événements pouvant compliquer une grossesse, sans entrer dans le détail de chaque pathologie, il semble que le mode de vie méditerranéen ait un effet préventif (21,221,222,224,225).

Les enfants semblent également profiter des effets du mode de vie méditerranéen. En effet les bébés qui naissent de grossesses portées par des mères suivant les habitudes méditerranéennes seraient moins enclins à développer certaines pathologies telles que l'asthme et l'atopie (225,226). Si eux-mêmes viennent à s'alimenter à la manière des Méditerranéens, il semblerait également que leurs risques de développer ou d'exacerber un asthme soient moins élevés (227-229).

h. Psychiatrie et santé mentale

Les études traitant de l'association entre consommation de viande et santé mentale sont contradictoires. En effet, *Nucci et al.* retrouvent à l'issue de leur méta-analyse une augmentation du risque de dépression associée à la consommation de viande rouge ou transformée (230). De leur côté *Dobersek et al.* concluent à un risque plus important de dépression et de troubles anxieux en l'absence de consommation de viande. Ces derniers résultats sont cependant à considérer avec circonspection car l'étude serait en partie financée par des associations et organismes en faveur de la consommation de viande bovine (231).

Une des clés de la bonne santé mentale semble donc se situer entre ces 2 extrêmes. Cela correspond donc à une consommation pauvre en viande, d'autant qu'elle

est dite « rouge » ou transformée. L'alimentation méditerranéenne prône ce principe et semble efficace dans la prévention de la dépression (11,19).

En ce qui concerne les autres champs d'action de la psychiatrie, il semble qu'une meilleure adhésion aux habitudes méditerranéennes soit bénéfique en prévention de l'anxiété et la détresse psychologique (232). Cette observation semble se confirmer en période de grande vulnérabilité telle que la pandémie mondiale de COVID-19 (233). Enfin, de récents résultats semblent indiquer que le mode de vie méditerranéen pourrait être efficace en prévention d'un plus large panel de pathologies psychiatriques telles que les troubles du comportement alimentaire, le trouble obsessionnel compulsif et certaines pathologies psychotiques (234). Ces derniers résultats sont cependant à considérer avec prudence. D'ultérieures études de plus haut niveau de preuve seront nécessaires pour les confirmer ou les infirmer.

i. Dermatologie

Si l'on considère les champs de la dermatologie, il semble également que le mode de vie méditerranéen ait des avantages. En effet, l'adhésion à ce mode de vie pourrait être favorablement associée à une réduction du risque de cancers cutanés, dont le mélanome (235,236).

Par ailleurs, l'alimentation méditerranéenne semble, chez les patients atteints de psoriasis, associée à une diminution de la sévérité et la fréquence des poussées et à une amélioration de leur qualité de vie (237–241). Ce phénomène semblerait également pouvoir être observé chez les sujets atteints de dermatite atopique et d'urticaire chronique (226,238).

4. Outils médicaux validés mesurant l'adhésion au mode de vie méditerranéen

a. Score MEDAS

En 2011, un premier outil permettant de mesurer le degré d'adhésion aux habitudes alimentaires méditerranéennes est validé. Ce dernier s'intitule MEDAS pour MEditerranean Diet Adherence Screener. Il est conçu dans le cadre de l'étude espagnole *Prevención con Dieta Mediterránea*, un essai clinique randomisé en groupes parallèles, multicentrique (242). Cet essai, plus connu sous le nom de l'étude PREDIMED, a par ailleurs conclu à une efficacité supérieure de l'alimentation méditerranéenne sur les pathologies cardiovasculaires par comparaison à un régime pauvre en matière grasse (243).

Le score MEDAS aurait donc été inspiré d'un précédent questionnaire composé de 9 questions, conçu par *Martínez-González et al.* (244). Dans le cadre du score MEDAS, 5 questions supplémentaires ont été ajoutées pour un total de 14 questions (Annexe 2). Deux d'entre elles sont des questions à réponses binaires de type oui/non. Les 12 autres questions interrogent quant à la fréquence de consommation moyenne de plusieurs aliments ou familles alimentaires (viande, huile d'olive, fruits et légumes, etc...). Il est ensuite nécessaire de se référer à la grille de lecture correspondant au questionnaire. Si

la réponse à une des 14 questions est en adéquation avec les habitudes alimentaires méditerranéennes, elle rapporte 1 point. Dans le cas contraire, elle ne rapporte aucun point. Il est donc possible d'obtenir un résultat total situé entre 0 et 14 points. Un score total supérieur correspond à un degré d'adhésion supérieur à l'alimentation méditerranéenne (242).

Ce score est cependant à utiliser avec prudence, puisqu'il pourrait aboutir à des résultats surestimant l'adhésion réelle des populations interrogées au mode de vie méditerranéen (245).

b. Score MEDI-LITE

Un second score mesurant l'adhérence à l'alimentation méditerranéenne s'intitule MEDI-LITE. Celui-ci est le fruit d'un travail de plusieurs années, mené en tout premier lieu par le Docteur Francesco Sofi (20,43,246).

Le premier travail, publié en 2008, était une méta-analyse intitulée *Adherence to Mediterranean diet and health status: meta-analysis*. Celle-ci a abouti à la conclusion indiquant qu'une plus forte adhésion aux habitudes alimentaires méditerranéennes serait associée à une diminution du risque de mortalité globale, du risque de mortalité d'origine cardiovasculaire, de l'incidence de décès par cancer et de l'incidence des maladies de Parkinson et Alzheimer (246).

A la suite de cette première étude, un second travail est publié en 2014. Ce dernier avait pour objectif de compléter la précédente méta-analyse en y ajoutant les tout récents articles traitant du sujet de l'alimentation méditerranéenne en prévention de diverses pathologies, et de proposer un score mesurant l'adhésion à cette alimentation. Ce score aurait été conçu au moyen des données de littératures disponibles en 2014 collectées au moyen d'une revue systématique. C'est ainsi que ce travail a abouti à l'élaboration d'un score constitué de 9 questions et pouvant évoluer de 0 à 18 (Annexe 1). Un score supérieur serait ainsi synonyme d'un plus fort degré d'adhésion aux habitudes alimentaires méditerranéennes. Chacune des 9 questions est dédiée à une famille alimentaire (légumes/fruits, viande, poisson, etc ...). Chacune d'elle évalue ainsi la fréquence de consommation de portions au sein d'une famille alimentaire donnée. Ainsi, il est possible d'obtenir pour chaque question le score de 0 si la proportion consommée ne correspond pas à l'alimentation méditerranéenne traditionnelle, le score de 2 si elle est proche de cette alimentation et de 1 si la consommation est intermédiaire (20).

Ce score MEDI-LITE sera finalement validé par un dernier travail publié en 2017, intitulé *Validation of a literature-based adherence score to Mediterranean diet: the MEDI-LITE score* (43). Celui-ci a depuis été utilisé dans de nombreuses études. L'université de Florence a même déposé des droits d'auteurs sur cet outil en 2018. Il est désormais possible de le compléter en ligne, sur le site internet suivant, accessible en langue anglaise, italienne et espagnole : <https://medi-lite.com/?lang=en> (247).

c. Score MEDLIFE

L'index MEDLIFE est un dernier outil qui mérite d'être connu. En effet, ce dernier a l'intérêt d'intégrer des composantes supplémentaires à la simple alimentation méditerranéenne puisqu'il s'intéresse également à l'activité physique, aux habitudes sociales et à l'aspect convivial du mode de vie méditerranéen. L'index MEDLIFE, pour MEDiterannean LIFEstyle, a été publié en 2014 et conçu sur la base de la pyramide de l'alimentation méditerranéenne mise à jour en 2010 par le *Fundación Dieta Mediterranea* (Annexe 3) (7,42).

Ce questionnaire se décline donc en 3 parties, elles-mêmes découpées en un total de 28 items. La première partie s'intéresse, comme les précédents outils évoqués, aux différentes familles alimentaires et à la fréquence moyenne de leur consommation en situation quotidienne. La seconde partie s'intéresse aux habitudes diététiques méditerranéennes telles que la consommation abondante d'eau et infusions, la limitation du grignotage, la tendance à préférer les céréales complètes et la limitation des boissons sucrées. La troisième et dernière partie s'intéresse aux habitudes sociales telles que la pratique d'une activité physique, les habitudes en termes de sieste et la socialisation avec les proches (7).

Pour chaque item, les critères d'obtention d'1 point sont renseignés (Annexe 4). Ainsi, il est possible d'obtenir un total de 0 à 28 points. Chaque point supplémentaire indique un degré d'adhésion plus important au mode de vie méditerranéen (7). Cet outil a également fait l'objet d'une étude de validité en 2015. Les résultats seraient favorables, indiquant que ce dernier est reproductible et qu'il pourrait être utilisé dans le cadre d'autres études ou en pratique clinique courante (248).

Les résultats d'une étude ultérieure, intitulée *Association of a Mediterranean Lifestyle With All-Cause and Cause-Specific Mortality: A Prospective Study from the UK Biobank*, indique que chacune des 3 parties de l'index MEDLIFE précédemment détaillées serait indépendamment associée à une diminution du risque de mortalité global et du risque de décès par cancer. Par ailleurs, les résultats de la troisième partie portant sur les aspects sociaux et l'activité physique semblent également corrélés à la diminution du risque de décès en raison d'une pathologie cardio-vasculaire (249).

IV. JUSTIFICATIONS DE CE TRAVAIL DE THÈSE

A. Adhésion au mode de vie méditerranéen perfectible

Bien que l'intérêt du mode de vie méditerranéen soit désormais bien étayé, il semble qu'encore peu d'individus choisissent d'opter pour celui-ci. En effet, si l'on en croit les résultats actuellement disponibles, l'adhésion aux habitudes alimentaires méditerranéennes aurait significativement diminué entre les années 1960 et 2000. Depuis le début de ce millénaire, celle-ci stagnerait, sans montrer de prémices vers une augmentation (31,250). Si les pays du nord de l'Europe tendent à approcher leur mode de vie à celles des populations méditerranéennes traditionnelles (250), les habitants des pays méridionaux s'en éloignent, au profit d'une alimentation dite « occidentale »

(33,250). La France se situerait même en dernière position parmi les pays du pourtour méditerranéen, au rang de l'adhésion à ce mode de vie (250).

Pourtant, les autorités françaises poursuivent leur politique de promotion de la nutrition saine. Le mode de vie méditerranéen fait même l'objet d'une page d'informations dédiée sur le site manger bouger de Santé Publique France (25). Bien qu'un certain nombre d'objectifs du Plan National Nutrition Santé 4 de 2019 à 2024 aient été atteints, des progrès restent à envisager en termes de consommation de fibres. A titre d'exemple, 77,6% des adultes français interrogés estiment que la consommation de légumes secs à raison de 2 repas hebdomadaires serait favorable à leur santé. Or, 22,8% d'entre eux seulement admettraient atteindre cet objectif (251).

Néanmoins, lorsque l'on interroge les Français sur leur mode de vie, les individus qui estiment avoir des habitudes saines seraient effectivement en adéquation avec les recommandations de santé publique (252). Aussi, au regard de l'ensemble de ces enjeux, la promotion du mode de vie méditerranéen reste plus que jamais utile et nécessaire.

B. Manque d'outils d'information à disposition des professionnels de soins primaires

A l'issue de recherches menées sur différentes bases de données telles que Google Scholar®, PubMed® et Embase®, les outils à la disposition des acteurs de soins primaires semblent se limiter à la pyramide de la diète méditerranéenne (42) et aux différents scores d'adhésion précédemment détaillés (43,245,248).

Un précédent travail de thèse soutenu par Nicolas WOESTELANDT en 2008 avait consisté en la mise à jour des connaissances portant sur le régime crétois. A la suite de cela, ce dernier avait proposé un outil d'aide à sa prescription à destination des médecins généralistes et une fiche conseil à l'attention de leurs patients (50). Ni la pyramide de la diète méditerranéenne conçue par la *Fundación Dieta Meditarranen*, ni le score MEDLIFE n'étaient disponibles au moment de la rédaction de ce travail de thèse (42,248). Les 2 supports se concentrent donc sur le contenu alimentaire du régime crétois, sans considérer les aspects sociaux et extra-alimentaires du mode de vie méditerranéen. Ils mériteraient donc d'être complétés. De plus, la conception de ces imprimés ne semble a priori pas avoir été effectuée après consultation d'un groupe de travail multidisciplinaire, comme le préconise depuis la HAS (253).

Par ailleurs, le manque d'informations des patients semble actuellement toujours faire partie des freins à l'adhésion au mode de vie méditerranéen. En effet, il persisterait en population générale un manque de connaissances concernant ce mode de vie, son contenu et ses bénéfices sur la santé. L'éducation thérapeutique des patients au sujet du mode de vie méditerranéen et de l'intérêt des habitudes qu'il regroupe paraissent donc toujours nécessaires à l'heure actuelle (254). La conception d'un support novateur reste donc légitime.

C. Recommandations HAS pour l'élaboration d'une brochure d'information

Comme précédemment évoqué, la HAS a publié en 2008 des recommandations portant sur *l'élaboration d'une brochure d'information pour les patients et les usagers* (253). Ainsi, il est recommandé de consacrer du temps à la préparation du projet. Dès cette étape, les patients et les professionnels de santé dont les connaissances sont pertinentes devraient être sollicités. Il est ensuite judicieux de questionner l'intérêt de l'outil en devenir, tout en identifiant les personnes qu'il ciblera et en rassemblant les données scientifiques disponibles. Les différents acteurs qui prendront place dans la réflexion devraient également être amenés à se questionner quant au support à adopter et prévoir les éventuelles actualisations à apporter dans le futur (253).

S'en suivra une étape de conception du support dans laquelle l'équipe pluridisciplinaire pourra déterminer les informations à intégrer et la disposition que celles-ci prendront. La brochure sera ensuite rédigée en délivrant des informations objectives, sans exagération. Idéalement, des sources d'informations supplémentaires peuvent être intégrées au support. Il sera judicieux de soulever des questions que les individus de la population cible pourront poser à leurs thérapeutes (253).

Une fois que la brochure aura pris forme, il sera intéressant d'en tester la bonne compréhension puis de recueillir les éventuels points d'amélioration et d'adaptation. Enfin, après un temps d'utilisation en conditions réelles, il pourra être intéressant d'évaluer l'incidence que la brochure peut avoir auprès de la population cible (253).

D. Enjeux environnementaux et développement durable

A l'heure actuelle, il n'est plus possible de dissocier alimentation et empreinte environnementale. En effet, à l'aube de l'année 2024, 6 des 9 frontières planétaires ont été franchies à l'échelle de la Terre. Ainsi, les changements récents dont notre planète fait l'objet nous éloignent inexorablement de l'espace de sécurité nécessaire à la survie humaine. A titre d'exemple, la concentration en dioxyde de carbone atmosphérique est telle qu'elle est actuellement incompatible avec la limite de réchauffement climatique fixée à un maximum de + 1,5°C par les accords de Paris (255).

La responsabilité des activités et habitudes humaines dans le phénomène de réchauffement climatique est désormais bien documenté et nos habitudes alimentaires ne dérogent pas à ce principe. En effet, si on se réfère aux chiffres de 2018, l'alimentation se trouvait en troisième position parmi les activités humaines les plus émettrices de gaz à effet de serre, derrière le transport et l'habitat. Ainsi, pour un citoyen français moyen, l'alimentation représenterait un quart de ses émissions de gaz à effet de serre (256,257). Ces émissions peuvent être à l'origine d'une dégradation des écosystèmes et ainsi altérer la biodiversité et la résilience écologique (257). En considérant chaque famille alimentaire dans le détail, il s'avère que les viandes et produits laitiers totalisent, à eux seuls, 85% de l'empreinte carbone de notre alimentation. Cela s'explique par les contraintes agricoles que leur production implique (258). La consommation de viande continue d'augmenter à l'échelle mondiale. Cependant, la production de celle-ci

nécessite plus de terre cultivable et d'eau que la production d'aliments issus de végétaux. Ses impacts environnementaux et climatiques sont eux aussi défavorables (57).

Par ailleurs, il est également intéressant de considérer l'impact de notre alimentation sur notre propre santé. En effet, les récents résultats indiquent qu'en 2019, à l'échelle mondiale, la consommation excessive de viande serait à l'origine de 900.000 décès et d'une perte cumulée, pour l'ensemble de la population planétaire, de 23,9 millions d'années en bonne santé (259). Dans le prolongement de ce constat, en 2017, environ 3,9 millions de décès à l'échelle mondiale seraient liés à une consommation inadaptée de fruits et légumes (55).

Ainsi, afin de préserver l'environnement et notre santé, il semble donc nécessaire de modifier nos habitudes de vie. Les acteurs de soins primaires ont un rôle primordial dans l'information et l'éducation thérapeutique qu'ils délivrent à leurs patients à ce sujet (260).

Promouvoir et opter pour les habitudes méditerranéennes au quotidien pourrait être un choix judicieux. En effet, ce mode de vie serait durable et permettrait de limiter notre impact environnemental. Cela s'explique justement par une consommation limitée de produits carnés et d'une proportion plus importante de végétaux tels que les légumes, fruits et légumineuses (35,36,260–266).

Le Collège de la Médecine Générale semble déjà s'être penché sur le sujet de la santé planétaire définie sous les termes suivants : « *La santé planétaire est un domaine médical fondé sur les preuves, centré sur la caractérisation des liens entre les modifications des écosystèmes dues aux activités humaines et leurs conséquences sur la santé. Son objectif est de développer et d'évaluer des solutions pour contribuer à un monde équitable, durable, et sain* » (267). Le Collège de la Médecine Générale indique que celle-ci ne pourra être indépendante de notre mode de vie et de notre alimentation (267). Aussi, un second document de promotion publié par le collège de médecine générale s'intitule « L'alimentation santé planétaire » (268). On retrouve sur cette brochure de nombreux conseils, dont certains coïncident avec le mode de vie des populations méditerranéennes (25,268). Ainsi, la brochure invite à augmenter la part de végétaux dans notre alimentation afin de consommer moins de viande et ainsi de diminuer nos émissions de gaz à effet de serre. Un autre conseil suggère d'accroître la proportion du « fait maison » afin de limiter notre production de déchets plastiques. En dehors de ces deux exemples qu'on pourrait qualifier de méditerranéen (25), d'autres habitudes durables sont présentées et pourraient avantageusement être implémentées au mode de vie méditerranéen. Il est ainsi judicieux de consommer l'eau du robinet, de consommer des produits variés, de saison et locaux ainsi que de privilégier les aliments issus de l'agriculture biologique (268).

En conclusion, le mode de vie méditerranéen gagnerait donc à être promu, à la fois sur le plan de la santé et sur le plan environnemental.

V. OBJECTIF DE CETTE ÉTUDE.

L'objectif principal de ce travail de thèse est donc de recueillir les suggestions et avis d'un groupe constitué de professionnels de santé et patients sensibilisés afin de conceptualiser une brochure d'information et de promotion du mode de vie méditerranéen. Le document sera destiné aux patients consultant un professionnel de soins primaires.

VI. MATÉRIEL ET MÉTHODE

A. Recherche de consensus par méthode Delphi®

Le consensus correspond à un accord global prononcé par les membres d'un groupe sans pour autant être synonyme de l'unanimité. Ainsi, les différences d'opinion peuvent coexister au sein de celui-ci, sans que les divergences ne soient exclues (269). Les méthodes de recherche de consensus consistent donc à amener à plusieurs reprises un groupe de travail à réfléchir autour d'une problématique précise dans le but de faire évoluer leur opinion à ce sujet. Ces processus permettent ainsi de solutionner les divergences d'avis qui peuvent exister concernant cette problématique (270,271).

Initialement imaginée pour l'industrie, la méthode Delphi® est une approche qui cherche justement à recueillir les opinions d'un groupe d'experts au moyen de questionnaires successifs. Ainsi, les experts du groupe sont invités à répondre anonymement à des questions rédigées sous la forme d'affirmations en exprimant leur degré d'accord au moyen d'échelles de Lickert graduées de 1 à 10. La note de 1 exprime un profond désaccord quand la note de 10 est synonyme d'un accord total. En parallèle, les experts sont également invités pour chaque question fermée à suggérer une nouvelle idée ou émettre un avis via un espace de commentaires libres (272,273). La méthode Delphi® peut donc avantageusement être employée dans le but de concevoir un outil de santé publique (272).

Idéalement, la méthode Delphi® se déroule en plusieurs étapes de questionnaires, généralement comprises entre 2 et 4, et regroupe les avis d'un groupe constitué de 15 à 60 experts (269,272–275). Le premier questionnaire est conçu sur la base des données de la littérature disponibles, ainsi que les opinions des auteurs. Les questionnaires suivants sont, eux, construits en tenant compte des réponses qui ont été apportées par les experts lors du questionnaire précédent. Entre chaque questionnaire, une synthèse des réponses anonymisées est communiquée à l'ensemble des experts afin qu'ils puissent prendre connaissance de l'opinion des autres répondants. A l'issue du dernier questionnaire, une vision globale et consensuelle est obtenue autour du sujet de réflexion (272–275).

Étonnamment, la définition du consensus obtenu par méthode Delphi® n'est pas universelle. Le plus souvent, il est défini par un taux d'accord entre les experts supérieur à 70% (272–275).

B. Protocole de l'étude

Ce travail de thèse est construit sur le protocole d'une méthode Delphi®, envisagé sous la forme de trois questionnaires anonymes successifs, adressés à une vingtaine d'experts sans communication directe entre eux. Les questionnaires invitent les experts à réfléchir autour de l'objectif principal de ce travail, à savoir la conception d'une brochure d'information et de promotion du mode de vie méditerranéen. Les réponses apportées aux questionnaires sont anonymes.

Les informations personnelles recueillies ne sont utilisées que dans le but de contacter les experts en cas de non-réponse (nom et prénom) et afin d'illustrer la diversité de profils des experts (âge, sexe et profession). Les données personnelles directement identifiantes (nom et prénom) sont accessibles uniquement par les investigateurs et restent anonymes des autres experts. Seuls apparaissent dans la publication finale les profession, âge et genre des experts.

Le premier questionnaire est rédigé sur la base des données de la littérature disponibles au moment de sa conception. Les questions qui le composent sont rédigées sous la forme d'affirmations, auxquelles les experts sont invités à exprimer leur degré d'accord en utilisant une échelle de Lickert allant de 1, exprimant un profond désaccord, à 10 un accord total. Il leur est également possible, pour chaque affirmation, de suggérer une nouvelle idée ou d'émettre un avis dans un espace de commentaires libres. Les deuxième et troisième questionnaires sont construits en tenant compte des réponses qui ont été rendues par les experts lors du questionnaire précédent. Un délai de 3 semaines est alloué pour compléter chaque questionnaire.

Une synthèse anonyme de l'ensemble des réponses est communiquée aux experts à la suite de chaque questionnaire. A l'issue du troisième questionnaire, il est possible d'avoir une vision globale et consensuelle des attentes énoncées par les experts au sujet de la brochure d'information détaillée ci-dessus. La conception de celle-ci est donc basée sur les réponses des experts.

C. Démarches légales et éthiques

1. Démarches auprès du département de médecine générale de l'université de Lorraine.

Le protocole de la présente étude a fait l'objet d'une évaluation par le conseil de méthodologie du département de médecine générale présidé par le Professeur BOIVIN, en date du 28 Novembre 2023. Un avis favorable a été émis par les membres du conseil.

2. Démarches auprès du délégué de protection des données

Le traitement des données recueillies dans le cadre de ce travail de thèse est basé sur le consentement des personnes incluses dans le groupe d'experts sollicités (article 6 1. a du Règlement Général sur Protection des Données N°2016/679) (276).

Les données sont traitées par les personnels en charge des investigations au sein de la faculté de médecine de l'université de Lorraine. Cela comprend l'investigateur principal (Théo VOUHE, interne de Médecine Générale), le directeur (Dr. Daphné MOUROT, Médecin Généraliste à DIEULOUARD) et le président (Pr. Mathias POUSSEL PU-PH au CHRU de Nancy) du travail de thèse.

En amont de sa réalisation, le protocole de la présente étude a été évalué par le Délégué de Protection des données (DPO) de l'Université de Lorraine (UL). Ce projet est donc inscrit au registre attestant de sa conformité au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) de l'UL, sous le numéro 2024/304.

Les données identifiantes sont conservées jusqu'au 31 Octobre 2025, date avant laquelle doit se tenir la soutenance de thèse.

3. Démarches auprès du chargé de coordination E-D-IS (Ethique-Déontologie-Intégrité scientifique) de l'université de lorraine.

Ce travail de thèse a fait l'objet d'une sollicitation par courrier électronique du chargé de coordination E-D-IS de l'UL, en date du 06 Janvier 2024. Le but de celle-ci était de savoir si la présente étude pouvait être inscrite dans un processus d'avis du comité d'éthique de la recherche de l'université de Lorraine.

Ce processus nécessite un délai de traitement incompressible qui ne permettait pas l'expertise du protocole dans un délai compatible avec les contraintes calendaires imposées par la présente étude. Le chargé de coordination E-D-ID a ainsi indiqué qu'il n'était pas possible de raccourcir le délai de traitement compte tenu du nombre important de dossiers déjà engagés dans le processus.

D. Accord préalable

Antérieurement à leur inclusion dans le processus de recherche, chaque expert était invité à prendre connaissance du document intitulé *Message d'information/consentement sur la protection des données personnelles* (Annexe 5). Ce dernier a été rédigé en concertation avec la chargée d'affaires juridiques du pôle conventions/protection des données personnelles de l'université de Lorraine. Ce document détaille le protocole de la présente étude et décrit les conditions d'utilisation des données qui sont fournies par les experts inclus dans l'étude.

A la fin du document, les personnes sollicitées sont invitées à indiquer leur consentement à participer à l'étude. Cette condition est nécessaire pour leur inclusion au protocole.

E. Recrutement des experts

Afin d'obtenir un échantillon d'experts représentatif, tout en répondant aux exigences imposées par la méthode Delphi®, l'objectif de recrutement a été fixé à 25 experts. Cet objectif permet d'anticiper les éventuels perdus de vue au cours de l'étude et ainsi d'espérer un minimum de 20 experts répondant à l'ensemble des 3 questionnaires.

Les experts ont été sollicités par les investigateurs de cette étude au moyen de mails ou de conversations téléphoniques. Différents organismes ont ainsi été contactés, tels que des services hospitaliers d'endocrinologie, nutrition ou gastro-entérologie de la région Grand-Est, l'association Asalée, le service de protection maternelle et infantile de Meurthe-et-Moselle, des cabinets de cardiologie et des maisons de santé situés en Lorraine. Certains professionnels ont été personnellement invités par les investigateurs en raison des conseils en faveur des habitudes méditerranéennes communiqués dans leurs comptes-rendus de consultation. D'autres experts ont été sollicités en raison des formations à la nutrition qu'ils ont pu suivre et annoncées sur diverses plateformes internet d'offre de soin. Certains autres experts ont été invités sur la base de leur adhésion à un groupe d'échange autour de projets de santé planétaire. Enfin, les patients témoins ont été sollicités sur la base des déclarations en faveur du mode de vie méditerranéen qu'ils ont pu faire au cours de consultations de médecine générale.

F. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les experts consultés et inclus dans le cadre de ce travail de thèse sont des professionnels de santé de fonctions variées, sensibilisés au mode de vie méditerranéen, et pratiquant l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP), ainsi que des patients témoins appliquant ce mode de vie. Tous ont préalablement donné leur accord avant d'être inclus à l'étude. Le panel d'expert devant représenter une diversité d'opinions, aucune critère d'exclusion n'a été retenu préalablement au recrutement.

G. Conception des questionnaires

Les questionnaires ont été élaborés au moyen de la plateforme d'investigation Lime Survey®. Comme précédemment indiqué, le premier questionnaire a été élaboré en Mars 2024 sur la base des données de littératures disponibles. Les seconds et troisièmes questionnaires ont été conçus selon les réponses qui ont été apportées par les experts aux questionnaires précédents, tout en étayant leurs propos au moyen de données scientifiques.

H. Analyse des données

Les réponses des experts ont été recueillies au moyen de la plateforme Lime Survey®. Les résultats ont ensuite été exportés puis analysés grâce au tableur Excel®.

Pour chaque affirmation suggérée, la répartition des opinions exprimées par les experts au moyen des échelles de Likert a été analysée de la manière suivante :

- Un avis est « consensuel » et validé lorsque le score médian à l'échelle de Likert est supérieur ou égal à 7, et que plus de 70 % des réponses du panel d'experts se situent entre 7 et 10.
- Un avis est « pertinent » si le score médian à l'échelle de Likert est supérieur ou égal à 7, et que moins de 70% des réponses du panel d'experts se situent entre 7 et 10.
- Un avis est « équivoque » si le score médian à l'échelle de Likert se situe entre 4 et 7.
- Un avis est « dissensuel » si le score médian à l'échelle de Likert est inférieur à 4.

Les suggestions et idées apportées par les experts dans les champs d'expression libre ont également été regroupées dans le tableur puis disposées de manière à apparaître en regard de la question à laquelle elles étaient associées.

VII. **RÉSULTATS**

A. Caractéristiques des experts inclus

Les experts ont été sollicités puis recrutés sur une période d'environ 1 mois et demi, entre le 26 janvier 2024 et le 12 mars 2024. Un total de 29 individus a accepté de participer à cette étude. Parmi eux, 25 sont des professionnels de santé de fonctions variées et 4 sont des patients témoins dont le mode de vie est proche de celui des populations méditerranéennes traditionnelles. Les données démographiques de la population consultée dans cette étude sont rassemblées au sein du tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1- Caractéristiques démographiques de l'échantillon inclus dans cette étude.

	Âge	Genre	Profession
1	25	Féminin	Interne de médecine générale
2	34	Masculin	Médecin généraliste
3	49	Féminin	Médecin généraliste
4	45	Féminin	Diététicienne
5	42	Féminin	Bibliothécaire*
6	34	Féminin	Médecin généraliste formée à la nutrition
7	50	Féminin	Infirmière ASALEE
8	30	Masculin	Médecin généraliste
9	70	Masculin	Retraité*
10	56	Féminin	Infirmière d'éducation thérapeutique

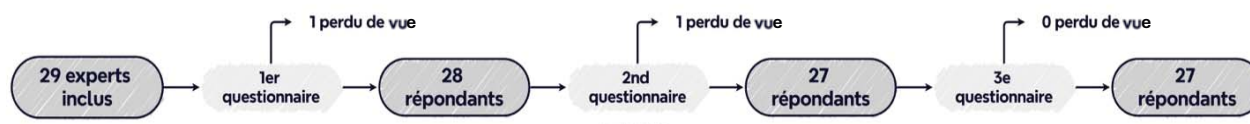
11	33	Féminin	Cardiologue
12	45	Masculin	Médecin de service de protection maternelle et infantile
13	45	Masculin	Animateur d'espace numérique*
14	53	Féminin	Infirmière libérale
15	59	Masculin	Médecin spécialisé en Hépatogastro-Entérologie
16	46	Masculin	Médecin spécialisé en Cardiologie
17	54	Féminin	Infirmière en Pratique Avancée
18	58	Féminin	Médecin généraliste
19	41	Féminin	Diététicienne
20	36	Féminin	Médecin généraliste
21	27	Féminin	Interne remplaçante en médecine générale
22	60	Féminin	Médecin généraliste
23	70	Féminin	Retraitée - Cheffe de produits dans la vie active*
24	53	Masculin	Médecin Généraliste formé à la nutrition
25	33	Masculin	Médecin spécialisé en Cardiologie
26	34	Féminin	Médecin généraliste
27	37	Féminin	Médecin nutritionniste
28	55	Masculin	Médecin spécialisé en Endocrinologie, Diabétologie et Nutrition

* Patients témoins

B. Synthèse des tours Delphi®

Le diagramme de flux disponible en figure 1 ci-dessous détaille l'évolution de l'échantillon d'experts au cours de l'étude.

Figure 2 - Diagramme de flux.



Les experts ont été invités à répondre au premier questionnaire de cette étude, par mail, en date du 12 mars 2024. Ils disposaient de 3 semaines pour répondre à ce questionnaire. En l'absence de réponse de leur part, des mails de relance leur ont été adressés 10 jours, puis 3 jours, avant l'échéance. La date limite pour répondre à ce questionnaire était fixée au 1^{er} Avril. En amont de la diffusion, 2 testeurs indépendants à l'étude ont complété ce premier questionnaire en une moyenne de 21 minutes.

Pour ce premier questionnaire, 73 affirmations ont été soumises au panel de 29 experts initialement recrutés. Parmi les 29 experts recrutés, 28 ont apporté une réponse à ce questionnaire. 1 expert n'a pas communiqué de réponse et a donc été exclu de la suite de l'étude. Parmi les 73 affirmations, 65 ont été interprétées comme consensuelles et validées sans reformulation lors du questionnaire suivant. 6 ont été considérées pertinentes, non-consensuelles et ont donc été reformulées lors du questionnaire suivant. 2 ont été considérées équivoques et ont donc été reformulées lors du second

questionnaire. Enfin, aucune n'a été considérée dissensuelle et donc exclue définitivement du questionnaire suivant (Annexe 6).

2. Second tour

Les experts ont été invités à répondre au second questionnaire de cette étude, en date du 26 avril 2024. Ils disposaient toujours d'un délai 3 semaines. En l'absence de réponse de leur part, des mails de relance leur ont été adressés 10 jours, puis 3 jours, avant l'échéance. La date limite pour répondre à ce questionnaire était fixée au 6 Mai.

Pour ce second questionnaire, 73 affirmations ont été soumises au panel de 28 experts encore inclus. 27 experts ont apporté une réponse à ce questionnaire. 1 expert n'a pas communiqué de réponse et a donc été exclu de la suite de l'étude. Parmi les 73 affirmations, 61 ont été interprétées comme consensuelles et validées sans reformulation lors du questionnaire suivant. 10 ont été considérées pertinentes, non-consensuelles et ont donc été reformulées lors du questionnaire suivant. 2 ont été considérées équivoques et ont donc été reformulées lors du dernier questionnaire. Enfin, aucune n'a été considérée dissensuelle et donc exclue définitivement (Annexe 7).

3. Troisième tour

Les experts ont été invités à répondre au dernier questionnaire de cette étude, en date du 21 mai 2024. Ils disposaient toujours d'un délai 3 semaines. En l'absence de réponse de leur part, des mails de relance leur ont été adressés 10 jours, puis 3 jours, avant l'échéance. La date limite pour répondre à ce questionnaire était fixée au 11 Juin.

Pour cet ultime questionnaire, 23 affirmations ont été soumises aux 27 experts encore inclus. Parmi eux 27 ont apporté une réponse à ce questionnaire. Aucun expert n'a donc été exclu de l'étude à cette étape. Parmi les 23 affirmations, 20 ont été interprétées comme consensuelles et validées. 3 ont été considérées dissensuelles et donc exclues définitivement (Annexe 8).

C. Synthèse des différents points de consensus

1. Format, aspect visuel et mode de diffusion du support de communication

Concernant le format et l'aspect visuel du support de promotion final, les experts se sont positionnés en faveur des caractéristiques suivantes :

- Un document au format PDF, facilement transmissible via différentes plateformes d'échange.
- Un document éventuellement imprimable selon le modèle d'un livret de 4 pages au format A5.
- Le modèle de titre présenté en figure 2.
- Interpeller les lecteurs au moyen de questions courtes distinguant les différentes parties du support (« pour qui ? », « pourquoi ? », « comment ? », ...).

- Un bref rappel de l'histoire du mode de vie méditerranéen en début de support.
- Solliciter l'intérêt des lecteurs grâce à la question « Quelle attention portez-vous à votre alimentation et à votre mode de vie ? ».
- Utiliser des images fictives libres de droits telles que présentées en figure 3 et 4, plutôt que des photos.
- Présenter les habitudes à limiter en leur associant une alternative positive pour permettre d'illustrer concrètement les modifications à apporter dans les habitudes de chacun. Exemple : "Plutôt que l'huile de tournesol, optez pour l'huile d'olive.
- Rappeler dans la brochure les fréquences de consommation de chaque famille alimentaire est judicieux.
- Présenter une assiette-type détaillant la proportion à attribuer à chaque aliment telle qu'illustrer en figure 5.

En revanche, le modèle des mains illustré en figure 6 n'a pas obtenu de réponses consensuelles de la part des experts.

D'après leurs réponses, les experts n'avaient pas connaissance de l'existence d'un tel support antérieurement à cette étude.

Figure 3 - Modèle de titre approuvé par les experts.

Le mode de vie Méditerranéen :
Bon pour vous ET pour la planète

Figure 4 - Images de légumes libres de droits.

Images disponibles sur la plateforme Freepik®



designed by freepik.com

Figure 5 - Images de situations libres de droits.

Images disponibles sur la plateforme Freepik®



Figure 6 - Images d'une assiette type.

Visuel créé à partir d'images de la plateforme Freepik®

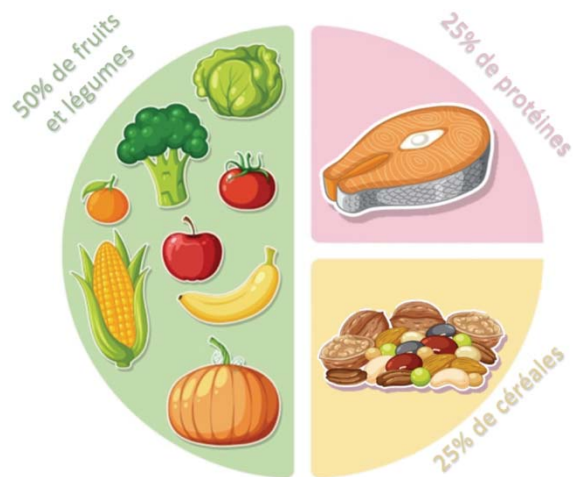


Figure 7 - Modèle des mains.

Visuel créer à partir d'images de la plateforme Freepik®



Concernant la diffusion du support final, les experts se sont accordés autour des idées suivantes :

- Transmission du document aux patients par mail ou sous forme d'un imprimé.
- Proposition de diffusion du support final à des personnes possédant une certaine notoriété sur les réseaux sociaux.
- Distribution du document sur des groupes de discussion numérique comportant des soignants.
- Hébergement du support sur un site internet permettant un téléchargement libre de celui-ci.

2. Population ciblée par le support

Au sujet de la population ciblée par le support de promotion final, les experts ont été favorables aux notions suivantes :

- Le mode de vie méditerranéen est bénéfique aux patients atteints de pathologies cardio-vasculaires, cancéreuses, diabétiques, auto-immunes et inflammatoires.
- Les femmes enceintes peuvent tirer profit du mode de vie méditerranéen.
- Les enfants sont également à considérer dans la population ciblée par le support.
- Les conseils décrits doivent donc être adaptés aux femmes enceintes et aux enfants
- Le mode de vie est intéressant en prévention de maladies chroniques et de leurs complications.
- Le mode de vie méditerranéen peut aussi être proposé aux personnes sensibilisées aux problématiques environnementales.
- Le support doit s'inscrire dans une démarche de santé planétaire.

Finalement, selon les experts, la brochure doit être lisible et disponible pour chaque patient consultant un professionnel de soins primaires, même en l'absence de pathologie.

Une idée a cependant été écartée par les experts :

- La mention "les changements doivent être opérés en respectant les convictions spirituelles, religieuses et culturelles de chacun" car, selon les répondants, elle relève du bon sens.

3. Principes clés du mode de vie méditerranéen

Les experts ont été invités à réfléchir à la pertinence de différentes habitudes méditerranéennes et donc à la nécessité de les conseiller au sein du support de promotion. Pour faciliter la lecture, les habitudes alimentaires ont été regroupées par familles d'aliments et sont distinguées des habitudes non-alimentaires.

a. Fruits et légumes

Concernant la consommation de fruits et légumes, les experts ont retenu les conseils suivants :

- Augmenter la consommation de légumes et de fruits frais.
- Privilégier les légumes et fruits de saison.
- Manger biologique et local si possible.
- Opter pour les conserves et surgelés des légumes en dehors de leur saison de maturité.
- Si acheter des produits issus de l'agriculture biologique s'avère difficile, sélectionner des produits locaux reste une alternative satisfaisante.
- Opter pour des fruits et légumes crus, car leurs nutriments restent intacts en l'absence de cuisson.
- Choisir des variétés de fruits et légumes anciennes afin de découvrir de nouvelles saveurs.

b. Légumineuses

Au sujet de la consommation de légumineuses, les experts se sont positionnés en faveurs des indications suivantes :

- Augmenter la fréquence de consommation de légumineuses comme les lentilles, pois et haricots
- Les légumineuses sont riches en protéines et constituent une alternative de choix à la viande.

L'invitation à enrichir le mode de vie méditerranéen par le soja ou ses dérivés avait obtenu un accord consensuel lors du second questionnaire. Cependant, plusieurs experts ont fait part de leur réticence vis-à-vis de cette proposition car le soja pouvait selon eux avoir un effet néfaste sur l'équilibre hormonal et sur l'écologie. Ces remarques ont mené à repenser le même conseil lors du troisième questionnaire, en faisant part des réserves qu'il pouvait y avoir à ce sujet et en appuyant le propos par différentes sources scientifiques (277,278).

Finalement, la proposition suivante est exclue par les experts :

- Le soja peut enrichir le mode de vie méditerranéen sous différentes formes (germes, tofu, tempeh, ...).

c. Produits céréaliers

En ce qui concerne les produits céréaliers et leur consommation, les propositions suivantes ont suscité l'approbation des experts :

- Sélectionner les pâtes, riz et graines dits "complets".
- Préférer le pain confectionné à partir de farine de céréales complètes.
- La baguette et le pain de mie "classiques" sont produits à base de farine raffinée, et donc à limiter.

- Les produits céréaliers comme le riz, la semoule ou le quinoa peuvent avantageusement être associés à des légumineuses (lentilles, pois chiches, lupins, ...) pour des apports complémentaires en protéines.
- Préférer le pain et les pâtes confectionnés à partir de farine de céréales complètes, idéalement bio.

d. Fruits à coque et oléagineux

Au sujet des fruits à coque, les affirmations suivantes ont été validées par le panel de répondants :

- Les fruits à coque peuvent avantageusement composer une collation ou un en-cas.
- La consommation de noix, riches en oméga 3, est à privilégier.
- Les fruits à coque peuvent être consommés à raison d'une petite poignée quotidiennement.

e. Huiles et matières grasses

Concernant les apports en matières grasses, les experts ont retenu les conseils suivants :

- Opter pour les matières grasses d'origine végétale.
- L'huile d'olive est à privilégier avant toutes les autres huiles.
- Substituer les matières grasses d'origine animale comme le beurre, la crème et le saindoux.
- Varier les huiles au quotidien.
- Les huiles d'olive, de colza, de noix ou de lin sont à privilégier pour leur richesse en oméga 3.
- Bien que végétales, les huiles de palme et de coco sont à limiter car délétères pour l'environnement et d'intérêt modeste sur la santé.

En revanche, la proposition suivante n'a pas été validée et a donc fait l'objet d'une reformulation invitant à varier les huiles végétales au quotidien :

- Éviter de consommer l'huile de tournesol.

f. Produits laitiers

Considérant la famille alimentaire des produits laitiers, les propositions suivantes ont été approuvées consensuellement par le panel d'experts :

- Les produits laitiers sont à consommer en quantité raisonnable, à raison de 2 portions par jour.
- Une portion correspond à 1 yaourt nature, 150 ml de lait ou 30 g de fromage.

- Le beurre et la crème sont des matières grasses et ne sont pas considérés comme des produits laitiers.
- Les yaourts et fromages blancs ont l'intérêt d'être appauvris en matières grasses en raison de la fermentation et sont donc à privilégier.
- Les desserts lactés (crèmes et flans) contiennent peu de lait. Leur consommation est à modérer.

Néanmoins, l'affirmation suivante n'a pas été consensuelle, probablement en raison d'un manque de précision décrit dans les espaces de commentaires libres :

- Ne pas consommer de fromage quotidiennement.

g. Protéines animales

Les propositions suivantes concernant la consommation de protéines animales ont été retenues par les répondants de cette étude :

- Substituer les produits carnés par d'autres protéines, telles que les œufs ou les légumineuses quand c'est possible.
- Limiter la consommation de viande dite "rouge", telle que le bœuf, le mouton et les gibiers.
- Limiter la consommation de produits fumés et salés tels que les charcuteries, terrines et poissons fumés.
- La consommation de viande, même issue de volaille, devrait idéalement rester limitée à 2 repas dans la semaine.
- Une consommation raisonnée de viande est économique. Cela permet de se tourner vers d'autres produits de meilleure qualité.
- Les œufs peuvent être consommés entre 2 et 4 fois dans la semaine.
- Une portion d'adulte correspond à 2 œufs, une portion d'enfant (entre 3 et 11 ans) à 1 œuf.

Plutôt que la distinction "viande rouge versus viande blanche", les experts ont opté pour encourager la consommation de viande issue de volaille, préférablement à toutes autres viandes (bœuf, porc, veau, mouton, ...).

h. Produits issus de la pêche

Au sujet de la consommation de poisson et d'autres aliments issus de la pêche, les experts ont retenus les principes suivants :

- Augmenter la consommation de produits issus de la pêche, tels que le poisson et les crustacés.
- Préférer la consommation de petits poissons (sardine, maquereau, hareng, ...), afin de limiter le risque d'ingestion de composants polluants.

- La consommation de poisson doit être limitée à 2 portions de 100 g par semaine afin de limiter le risque d'ingestion de polluants.
- L'une de ces portions doit être issue d'un poisson gras (sardine, hareng, maquereau), afin de profiter de ses oméga 3.
- La culture et la pêche du saumon sont néfastes pour l'écologie, sa consommation ne doit donc pas être encouragée.

En revanche, les réponses à l'affirmation suivante n'ont pas été consensuelles. Celle-ci a donc été écartée :

- Pour des raisons de santé et d'écologie, préférer le saumon sauvage au saumon d'élevage.

i. Boissons alcoolisées

La question concernant la promotion d'une consommation quotidienne de vin, mise en lien avec les habitudes traditionnelles méditerranéennes, a suscité un important débat. Finalement, les propositions suivantes n'ont pas fait l'objet de consensus de la part des experts. Elles n'apparaîtront donc pas sur le support final :

- Consommer du vin rouge très raisonnablement.
- Le vin rouge fait partie du mode de vie méditerranéen.

Cependant, des conseils plus généraux au sujet de la consommation d'alcool ont retenu l'approbation des répondants de cette étude :

- Consommer moins de 10 verres d'alcool par semaine et au maximum 2 verres par jour.
- Autant que possible, s'abstenir de consommer de la bière, des cocktails et des spiritueux.
- L'alcool reste à proscrire en cas de maladie le contre-indiquant formellement (addiction, cirrhose hépatique, ...).
- Il faut rappeler sur le support les recommandations concernant la consommation d'alcool, sans pour autant la promouvoir.

Toutefois, cette dernière affirmation n'a pas reçu suffisamment de réponses favorables pour être considérée comme consensuelle :

- Il faut rappeler que l'alcool est nocif pour la santé, dès le premier verre.

j. Boissons non-alcoolisées

Les affirmations suivantes invitaient à la réflexion autour de la consommation des boissons non-alcoolisées. Les principes suivants ont été jugés pertinents par le panel d'experts :

- Éviter au maximum les sodas et boissons sucrées.

- Les sodas peuvent être substitués par du kéfir de fruit dont la teneur en sucre est moindre à la suite de la fermentation.
- Les jus de fruits sont très sucrés. Ils ne correspondent pas à une portion de fruit mais se rapprochent plutôt d'un soda.
- L'eau doit rester la boisson principale.

k. Assaisonnements, épices et aromates

Considérant les épices, aromates et condiments, le panel d'experts a répondu de manière consensuelle aux affirmations suivantes :

- Varier les plaisirs avec les aromates et épices.
- Être créatif et mettre de la couleur dans l'assiette.
- Consommer moins de 5 g de sel par jour, en privilégiant le sel iodé.
- Les aliments en conserve ne nécessitent pas d'être resalés.
- Éviter de saler lors de la préparation du repas afin que chacun puisse goûter, puis saler à sa convenance.

l. Aliments sucrés et transformés

Concernant les aliments à limiter au quotidien, les répondants ont retenu les principes suivants :

- Réduire au maximum la consommation de produits transformés comme les fast-foods, plats préparés et les pains « blancs ».
- Limiter les aliments contenant des sucres raffinés : confiseries, chocolat au lait, chocolat blanc et biscuits industriels.
- Confectionner les pâtisseries avec des quantités proportionnées de sucres non-raffinés comme le sucre de canne complet ou le miel.
- Les sucres non-raffinés, ou "bruns", sont moins nocifs pour la santé que le sucre raffiné "blanc", mais leur consommation reste à modérer.
- Le chocolat, idéalement noir et à haute teneur en cacao, peut rester un plaisir occasionnel.
- Les céréales industrielles du petit-déjeuner sont très sucrées et contiennent peu ou pas de céréales complètes. Leur consommation est à modérer au maximum.

m. Habitudes extra-alimentaires

Le panel d'experts a, par ses réponses, d'emblée validé le principe suivant : « Le mode de vie méditerranéen n'est pas qu'une question d'alimentation, mais aussi d'habitudes quotidiennes saines. ».

Par la suite, les propositions suivantes ont donc fait l'objet d'un consensus dans les réponses fournies par les experts :

- Si la situation le permet, s'entourer de ses amis et ses proches.
- Cuisiner en famille ou entre amis.
- Opter pour le "fait maison" chez soi et au restaurant.
- Partager ses repas avec les personnes que l'on aime.
- Pratiquer une activité physique plusieurs fois par semaine, en groupe si possible.
- Casser la sédentarité en prenant l'habitude de se lever et d'étirer son corps.
- Sortir s'aérer, et marcher quotidiennement.
- Prendre le temps de faire la sieste d'une vingtaine de minutes, quand la situation le permet.
- Dormir idéalement 6 à 8 heures par nuit, à horaires réguliers.
- Limiter le temps passé devant la télévision à idéalement moins d'une heure par jour.
- Le mode de vie méditerranéen est basé sur la simplicité, la frugalité.

4. Bénéfices du mode de vie méditerranéen

Parmi les nombreux bénéfices du mode de vie méditerranéen, l'échantillon d'experts interrogés s'est positionné en faveur de l'apparition des propositions suivantes au sein du support de promotion final :

- Réduction de la mortalité d'origine cardio-vasculaire.
- Diminution de la mortalité par cancer.
- Retarde l'apparition du diabète et équilibre un diabète existant.
- Réduction du risque de maladie d'Alzheimer.
- Probabilité moindre de souffrir d'une maladie auto-immune.
- Diminution du risque de contracter une maladie inflammatoire de l'intestin.
- Stabilise le poids.
- Amélioration du bien-être physique.
- Renforce le bien-être mental.
- Entretient une vie sociale de qualité.
- Production faible de déchets plastiques.
- Possibilité de composter la plupart des déchets.
- Faible impact environnemental.
- Prévention de l'apparition de certains cancers de la peau, et des poussées de psoriasis.

5. Motivation des lecteurs :

Des phrases d'encouragement à destination des futurs lecteurs du support d'information ont été suggérées aux experts répondant aux différents questionnaires. Les

suivantes ont fait l'objet de consensus et sont donc susceptibles d'apparaître sur le support final :

- Même si tous les points évoqués ne sont pas respectés, tendre vers le mode de vie méditerranéen reste bénéfique pour moi et pour la planète !
- Je peux initier la démarche en procédant déjà à quelques petits changements !
- Mon emploi du temps est chargé. Quand je cuisine je peux préparer plusieurs repas de la semaine, et même en congeler une partie !
- Consommer durable ne coûte pas forcément plus cher ! En limitant mes dépenses liées à la viande et aux produits transformés, je peux me permettre d'acheter BIO.
- Tout se joue lorsque l'on fait les courses ! Pour ne pas être tenté, autant y aller le ventre plein.
- Modifier ses habitudes prend un peu de temps mais cela en vaut la peine !
- Chaque effort compte, même incomplet.
- Même si l'alimentation n'est pas BIO, il est déjà bénéfique pour notre santé et pour l'environnement de modifier nos habitudes vers un style de vie méditerranéen.
- Il faut aussi savoir se faire plaisir, et parfois s'autoriser un repas hors de ces recommandations.
- Les repas exceptionnels entre amis et au restaurant sont souvent en dehors de ces recommandations, mais ce n'est pas grave, c'est le quotidien qui compte !

6. Ressources complémentaires :

Les experts ont jugé intéressant de proposer sur le support final des QR-codes renvoyant à des sites approfondissant le sujet du mode de vie méditerranéen, ainsi que des idées de recettes.

Les propositions suivantes ont fait l'objet de réponses consensuelles et ont donc été retenues :

- Site de recommandations de Santé Publique France intitulé Manger Bouger : <https://www.mangerbouger.fr>
- Application en ligne " La Fabrique à menus " du site Manger Bouger : <https://www.mangerbouger.fr/manger-mieux/la-fabrique-a-menus/>

En revanche, les suggestions suivantes n'ont pas abouti à un consensus et sont donc écartées de la conception de la brochure de promotion finale :

- Site de recettes méditerranéennes intitulé InBocca : <https://www.in-bocca.fr>
- Site de recettes végétariennes intitulé Menu Végétarien : <https://menu-vegetarien.com/>
- Pyramide de la Diète Méditerranéenne proposée sur le site de la Fundación Dieta Mediterránea : https://dietamediterranea.com/piramidedm/piramide_FRANCES.pdf

- Vidéo intitulée " Bien-être - Régime méditerranéen et longévité " publiée par Télé Matin (France 2) en 2015 : <https://youtu.be/kLnMhrp-Zdw?feature=shared>
- Page intitulée " Le régime méditerranéen en pratique ", rédigée par Marie-Charlotte Rivet Bonjean, Diététicienne-nutritionniste, et accessible sur le site LaNutrition : <https://www.lanutrition.fr/bien-dans-son-assiette/les-regimes-sante/le-regime-mediterraneen>

D. Support de promotion final

Le document de promotion final, conçu au moyen de la plateforme internet Canva.com® peut être consulté en annexe 9. Il est également téléchargeable gratuitement au format PDF sur le site internet conçu grâce à la plateforme Wix.com, accessible via le lien suivant :

<https://modeviemediterranéen.wixsite.com/brochure-promotion>

VIII. DISCUSSION

A. Points forts de ce travail

Cette étude possède un certain nombre de points forts qui seront soulignés ci-dessous. Le premier point positif réside dans l'utilisation de la méthode Delphi® et la qualité de son application. En effet, cette méthode d'élaboration de consensus est validée et largement utilisée dans le domaine de la recherche médicale (273–275,279,280). De sa conception à son exécution, cette étude a rempli un certain nombre de critères, gages de sa qualité. En effet, un nombre d'experts plus important que celui prévu lors de la conception du protocole d'étude a pu être recruté. La puissance des résultats s'en trouve donc augmentée. De plus, l'anonymat des experts a été respecté à toutes les étapes de ce travail. Aussi chacun d'eux a pu s'exprimer librement sans être influencé par un éventuel leader d'opinion. Le panel de répondants était composé de professionnels sensibilisés à la nutrition et à l'hygiène de vie, ainsi que de patients témoins appliquant le mode de vie méditerranéen. Les personnes cumulant idéalement plusieurs compétences d'intérêt ont été recrutées afin de privilégier des points de vue transversaux vis-à-vis de la question posée. Une faible proportion d'experts a été perdue de vue au cours du processus. Sur la totalité de ce dernier, seuls 2 d'entre eux n'ont pas répondu à l'ensemble des questionnaires (273–275,279).

De plus, les critères d'obtention de consensus étaient stricts et laissaient donc peu de place à l'incertitude. En effet, pour qu'une proposition soit validée, il ne suffisait pas que la médiane soit supérieure à 7. La proportion d'avis supérieurs à 7 à l'échelle de Lickert devait également dépasser 70%. Les opinions du groupe étaient également relativement convergentes puisque sur le total de 169 propositions soumises aux experts, seules 23 d'entre-elles n'ont pas obtenu le consensus des experts.

Par ailleurs, les avis extrêmes ont été pris en compte. Aussi, bien qu'une proposition ait obtenu un retour consensuel de la part des experts, s'il existait des avis contraires rédigés dans l'espace de commentaires libres, ces derniers étaient présentés au panel d'expert. La proposition était alors à nouveau soumise lors du questionnaire suivant.

Enfin, en amont de la conception de chaque questionnaire, un réel travail de recherche bibliographique et de synthèse a été mené. Les propositions soumises au panel d'experts s'appuyaient donc sur des données scientifiques et étaient représentatives de l'état des connaissances disponibles à l'heure actuelle. L'objectif de ce travail théorique était de disposer les lignes directrices de la conception d'une brochure de promotion du mode de vie méditerranéen. Les résultats obtenus sont réalistes et ont permis la production d'un support adapté. Au-delà de promouvoir le mode de vie méditerranéen bénéfique à la santé, le support s'intègre également dans une démarche environnementale et invite ainsi à adopter des habitudes qui participeront à céder des conditions de vie décente aux générations futures.

Actuellement, ce travail semble être le premier à interroger un panel d'experts dans le but de recueillir leurs attentes au sujet d'un document de promotion du mode de vie méditerranéen. Les résultats obtenus ne peuvent donc que difficilement être comparés à ceux de la littérature. Cependant, les conseils apportés dans la brochure finale sont en accord avec les recommandations françaises portant sur la nutrition et l'activité physique délivrées par les autorités françaises (83,281). De même, le processus de conception du support est en accord avec les recommandations de la HAS intitulées *Élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé* (253).

B. Points faibles de ce travail

Bien que cette étude ait été consciencieusement menée, elle présente tout de même quelques limites. La première réside dans l'absence de norme standardisée pour la méthode Delphi®. En effet, les différents paramètres tels le nombre d'experts à recruter, la composition du panel d'experts, le nombre de tours itératifs nécessaires ou les critères d'obtention d'un consensus, ne sont actuellement pas clairement définis (279,280). Pour autant des indications très précises, applicables à la méthode Delphi®, sont désormais disponibles. Celles-ci permettent une relative uniformisation et reproductibilité des différentes études menées selon cette méthode (273–275,282). En accord avec ces différents guides, le panel d'experts était initialement constitué de 29 experts et respectait ainsi les limites indicatives fixées à un minimum de 15 personnes et un maximum d'une soixantaine de personnes (273,274). Par ailleurs les critères de validation et d'invalidation des différents items soumis aux experts étaient clairement définis en introduction de chaque questionnaire (274,275). Comme le veulent les différents guides, les résultats ont également été analysés au moyen de la médiane des avis émis grâce à une échelle de Lickert numérotée de 1 à 10 (274). Cependant, le protocole de cette étude prévoyait dès le début, la soumission de 3 questionnaires au

panel d'experts, sans définir clairement les critères d'obtention de consensus global (274). A posteriori, la proportion de propositions individuellement considérées comme consensuelles, et donc validées sans reformulation par le panel d'experts, est tout de même calculée à 86% de l'ensemble des propositions.

Par ailleurs, la méthode de recrutement des experts de cette étude a principalement été axée sur la représentation d'un maximum de domaines de compétences parmi les professionnels de santé. Pour autant, l'existence de biais de sélection et de recrutement ne peuvent raisonnablement pas être écartés. En effet, les patients experts inclus ont été sélectionnés sur la base de leurs connaissances préalables et de leur intérêt pour le mode de vie méditerranéen, sans que la qualité de ces derniers n'ait été objectivement évaluée. L'intérêt de chacun, concernant le sujet de cette étude, était auto-déclaratif et subjectif. Finalement, bien que le panel retenu comporte une diversité intéressante de profils en termes d'âges et de professions, on note une prédominance d'individus du genre féminin au sein du panel de répondants. Ces dernières représentaient 64% du panel d'experts. De plus, bien que différents organismes aient été sollicités, seules des personnes originaires de la région Lorraine ont accepté de participer à cette étude. Pour autant, ces dernières sont issues d'organismes distincts et variés.

Ensuite, la conception du premier questionnaire s'est basée sur les données scientifiques issues de la littérature. Malheureusement, la proposition immédiate d'idées au sein de ce questionnaire initial a pu limiter l'émergence de nouvelles opinions. Un biais de suggestibilité dans les réponses des experts peut donc exister. Ce phénomène a pour autant été pris en compte. En effet, les experts étaient systématiquement et vivement invités, en introduction de chaque questionnaire, à suggérer de nouvelles idées, dans les espaces de commentaires libres.

Bien que le panel d'experts ait été incité à laisser des commentaires libres et à suggérer de nouvelles idées, l'implication des répondants s'est avérée hétérogène. Si certains ont pris le temps d'argumenter leurs réponses de manière détaillées au sein des espaces de commentaires libres, d'autres se sont contentés d'émettre leur opinion au moyen des différentes échelles de Lickert, sans pour autant proposer de nouvelles idées.

C. Perspectives à l'issue de ce travail

Ce travail a pour objectif principal de concevoir un support de promotion et d'information en faveur du mode de vie méditerranéen, principalement destiné aux patients consultant un professionnel de soins primaires. Considérant les recommandations de la HAS intitulées *Élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé*, les premières étapes de la conception du dit support ont été respectées. Ainsi, des patients et des usagers ont été impliqués dès la phase de préparation et un groupe de travail pluridisciplinaire a été invité à déterminer le contenu de la brochure finale (253).

A la suite de ce travail, il pourra être judicieux de soumettre le support de promotion à une phase de test en population réelle. Il sera ainsi possible d'obtenir un retour de la part des individus principalement concernés par le document et d'évaluer leur compréhension du message délivré. Cette étape sera également l'occasion de recueillir les éventuelles modifications et adaptations qu'ils souhaiteraient apporter à l'outil (253).

L'étape suivante pourra consister à évaluer l'impact du support de promotion dans les suites d'une utilisation à large échelle. Il sera ainsi possible d'estimer si l'objectif porté par la brochure est atteint et dans quelle proportion. Cette dernière étape pourra permettre de déterminer les conditions dans lesquelles l'utilisation de l'outil serait optimale. Ce sera également l'occasion d'évaluer la satisfaction des principaux usagers du support de promotion (253).

IX. CONCLUSION

Cette recherche de consensus par méthode Delphi® a permis de distinguer les attentes d'un panel de 28 experts quant à la conception d'un support d'information et de promotion en faveur du mode de vie méditerranéen. Les idées et avis qu'ils ont pu exprimer ont constitué la base fondamentale de la conception du support d'information final.

Cette méthode a permis de soulever quelques points de réflexion au sujet de ce qu'il semble judicieux de promouvoir, au sein du mode de vie méditerranéen, tout en respectant notre environnement. A contrario, les éléments trop ambigus ou défavorables à la santé et à l'environnement ont pu être écartés de la brochure.

Ce travail original et singulier est en accord avec les recommandations nutritionnelles de Santé publique France et de l'Organisation Mondiale de la Santé. La conception du support final est, quant à elle, en adéquation avec les recommandations de la Haute Autorité de Santé intitulées « *Élaborer une brochure d'information pour les patients ou les usagers* ».

Finalement, ce travail a donc permis de mettre à disposition des professionnels de soins primaires un support de promotion du mode de vie méditerranéen, rigoureusement conçu, et pouvant facilement être diffusé.

X. BIBLIOGRAPHIE

1. CISMeF. HeTOP [Internet]. Centre Hospitalo-Universitaire de Rouen; [cité 6 mai 2023]. Disponible sur: https://www.hetop.eu/hetop/#rr=MSH_D_058007&q=soins+primaires
2. Keys A. Seven Countries: A Multivariate Analysis of Death and Coronary Heart Disease. *Ann Intern Med*. nov 1980;93(5):786-7.
3. De Lorgeril M. Le nouveau régime méditerranéen. Vanves: Marabout; 2020. 544 p.
4. de Lorgeril M, Salen P, Martin JL, Monjaud I, Delaye J, Mamelle N. Mediterranean diet, traditional risk factors, and the rate of cardiovascular complications after myocardial infarction: final report of the Lyon Diet Heart Study. *Circulation*. 16 févr 1999;99(6):779-85.
5. Martin J. Observatoire de la prévention de l'Institut de Cardiologie de Montréal. 2016 [cité 26 août 2023]. Qu'est-ce que le régime méditerranéen ? Disponible sur: <https://observatoireprevention.org/2016/12/07/quest-ce-que-le-regime-mediterraneen/>
6. Leclercq M, Roche S, Fauvernier M, Letrilliart L, Martin A, Macabrey J. Mon alimentation, et alors ? *Exercer*. 2022;33(185):299-305.
7. Sotos-Prieto M, Moreno-Franco B, Ordovás JM, León M, Casasnovas JA, Peñalvo JL. Design and development of an instrument to measure overall lifestyle habits for epidemiological research: the Mediterranean Lifestyle (MEDLIFE) index. *Public Health Nutr*. avr 2015;18(6):959-67.
8. Bach-Faig A, Berry EM, Lairon D, Reguant J, Trichopoulou A, Dernini S, et al. Mediterranean diet pyramid today. Science and cultural updates. *Public Health Nutr*. déc 2011;14(12A):2274-84.
9. Sofi F, Cesari F, Abbate R, Gensini GF, Casini A. Adherence to Mediterranean diet and health status: meta-analysis. *BMJ*. 11 sept 2008;337:a1344.
10. Esposito K, Maiorino MI, Bellastella G, Chiodini P, Panagiotakos D, Giugliano D. A journey into a Mediterranean diet and type 2 diabetes: a systematic review with meta-analyses. *BMJ Open*. 1 août 2015;5(8):e008222.
11. Psaltopoulou T, Sergentanis TN, Panagiotakos DB, Sergentanis IN, Kostis R, Scarmeas N. Mediterranean diet, stroke, cognitive impairment, and depression: A meta-analysis. *Ann Neurol*. 2013;74(4):580-91.
12. Zhang Y, Lin J, Fu W, Liu S, Gong C, Dai J. Mediterranean diet during pregnancy and childhood for asthma in children: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Pediatr Pulmonol*. 2019;54(7):949-61.
13. Eleftheriou D, Benetou V, Trichopoulou A, Vecchia CL, Bamia C. Mediterranean

diet and its components in relation to all-cause mortality: meta-analysis. *Br J Nutr.* nov 2018;120(10):1081-97.

14. Esposito K, Kastorini CM, Panagiotakos DB, Giugliano D. Mediterranean diet and weight loss: meta-analysis of randomized controlled trials. *Metab Syndr Relat Disord.* févr 2011;9(1):1-12.

15. Morze J, Danielewicz A, Przybyłowicz K, Zeng H, Hoffmann G, Schwingshackl L. An updated systematic review and meta-analysis on adherence to mediterranean diet and risk of cancer. *Eur J Nutr.* 1 avr 2021;60(3):1561-86.

16. Pant A, Gribbin S, McIntyre D, Trivedi R, Marschner S, Laranjo L, et al. Primary prevention of cardiovascular disease in women with a Mediterranean diet: systematic review and meta-analysis. *Heart.* 1 août 2023;109(16):1208-15.

17. Papadaki A, Nolen-Doerr E, Mantzoros CS. The Effect of the Mediterranean Diet on Metabolic Health: A Systematic Review and Meta-Analysis of Controlled Trials in Adults. *Nutrients.* 30 oct 2020;12(11):3342.

18. Schwingshackl L, Missbach B, König J, Hoffmann G. Adherence to a Mediterranean diet and risk of diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Public Health Nutr.* mai 2015;18(7):1292-9.

19. Shafiei F, Salari-Moghaddam A, Larijani B, Esmailzadeh A. Mediterranean diet and depression: reanalysis of a meta-analysis. *Nutr Rev.* 9 juin 2023;81(7):889-90.

20. Sofi F, Macchi C, Abbate R, Gensini GF, Casini A. Mediterranean diet and health status: an updated meta-analysis and a proposal for a literature-based adherence score. *Public Health Nutr.* déc 2014;17(12):2769-82.

21. Zhang Y, Xia M, Weng S, Wang C, Yuan P, Tang S. Effect of Mediterranean diet for pregnant women: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 11 déc 2022;35(24):4824-9.

22. Malmir H, Saneei P, Larijani B, Esmailzadeh A. Adherence to Mediterranean diet in relation to bone mineral density and risk of fracture: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Eur J Nutr.* sept 2018;57(6):2147-60.

23. Wu Y, Xie Y, Yuan Y, Xiong R, Hu Y, Ning K, et al. The Mediterranean Diet and Age-Related Eye Diseases: A Systematic Review. *Nutrients.* 23 avr 2023;15(9):2043.

24. Saunders L. Régime alimentaire méditerranéen pendant la grossesse, croissance fœtale et prématurité: résultats de la cohorte guadeloupéenne mère-enfant Timoun [Thèse d'exercice]. [2007-2016, France]: Université de Rennes 1; 2013.

25. dieta

26. World Health Organization. Fostering healthier and more sustainable diets –

learning from the Mediterranean and New Nordic experience [Internet]. [cité 14 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/europe/news/item/07-05-2018-fostering-healthier-and-more-sustainable-diets-learning-from-the-mediterranean-and-new-nordic-experience>

27. Ministère des Solidarités et de la Santé. Programme national nutrition santé 2019-2023. Paris; 2019.

28. UNESCO - La diète méditerranéenne [Internet]. [cité 2 juill 2023]. Disponible sur: <https://ich.unesco.org/fr/RL/la-diete-mediterraneenne-00884>

29. Kyriacou A, Evans JMM, Economides N, Kyriacou A. Adherence to the Mediterranean diet by the Greek and Cypriot population: a systematic review. Eur J Public Health. déc 2015;25(6):1012-8.

30. Benyaich A, Analla M, Benyaich K. Le régime méditerranéen et la prévalence des facteurs de risque cardiovasculaire à Nador (Maroc). Médecine Mal Métaboliques. 1 févr 2020;14(1):85-92.

31. Da Silva R, Bach-Faig A, Raidó Quintana B, Buckland G, Vaz de Almeida MD, Serra-Majem L. Worldwide variation of adherence to the Mediterranean diet, in 1961-1965 and 2000-2003. Public Health Nutr. sept 2009;12(9A):1676-84.

32. Matta J, Carette C, Rives Lange C, Czernichow S. Épidémiologie de l'obésité en France et dans le monde. Presse Médicale. 1 mai 2018;47(5):434-8.

33. León-Muñoz LM, Guallar-Castillón P, Graciani A, López-García E, Mesas AE, Aguilera MT, et al. Adherence to the Mediterranean Diet Pattern Has Declined in Spanish Adults. J Nutr. 1 oct 2012;142(10):1843-50.

34. Merkouris A. ARTE. [cité 21 janv 2024]. Le régime méditerranéen - La recette idéale - Regarder le documentaire complet. Disponible sur: <https://www.arte.tv/fr/videos/104391-000-A/le-regime-mediterraneen-la-recette-ideale/>

35. Dernini S. La diète méditerranéenne est-elle durable ? Cah Nutr Diététique. 24 juin 2023;58(5):295-304.

36. Bréda J, Chaury V. Revue systématique des co-bénéfices à l'adoption d'un régime alimentaire durable sur la santé et l'environnement [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Aix-Marseille; 2023 [cité 3 nov 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04163353>

37. Santé Publique France. Manger Bouger. 2021 [cité 22 mars 2024]. Augmenter les fruits et légumes. Disponible sur: <https://www.mangerbouger.fr/l-essentiel/les-recommandations-sur-l-alimentation-l-activite-physique-et-la-sedentarite/augmenter/augmenter-les-fruits-et-legumes>

37. Rivet Bonjean MC. Lanutrition. 2021 [cité 17 févr 2024]. Le régime méditerranéen

en pratique. Disponible sur: <https://www.lanutrition.fr/le-regime-mediterraneen-en-pratique>

39. Hertog MGL, Feskens EJM, Kromhout D, Hertog MGL, Hollman PCH, Hertog MGL, et al. Dietary antioxidant flavonoids and risk of coronary heart disease: the Zutphen Elderly Study. *The Lancet*. 23 oct 1993;342(8878):1007-11.

40. Agence Nationale de sécurité Sanitaire de l'Alimentation, de l'Environnement et du Travail. CiquaL. 2020 [cité 29 mars 2024]. CiquaL. Disponible sur: <https://ciquaL.anses.fr/>

40. Delgado AM, Almeida MDV, Parisi S, Wassermann T. *Chemistry of the Mediterranean Diet*. 2017 édition. New York, NY: Springer International Publishing; 2016.

42. Fundacion dieta Mediterranea. Dieta Mediterranea [Internet]. FUNDACIÓN DIETA MEDITERRANEA. 2021 [cité 26 août 2023]. Disponible sur: <https://dietamediterranea.com/en/>

43. Sofi F, Dinu M, Pagliai G, Marcucci R, Casini A. Validation of a literature-based adherence score to Mediterranean diet: the MEDI-LITE score. *Int J Food Sci Nutr*. 18 août 2017;68(6):757-62.

44. Agence Nationale de sécurité Sanitaire de l'Alimentation, de l'Environnement et du Travail. Anses - Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. 2017 [cité 29 mars 2024]. L'Anses actualise les repères de consommations alimentaires pour la population française. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/content/l%E2%80%9999anses-actualise-les-rep%C3%A8res-de-consommations-alimentaires-pour-la-population-fran%C3%A7aise>

45. World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean. Healthy diet [Internet]. World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2019 [cité 14 sept 2023]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/325828>

46. Remond D, Walrand S. Les graines de légumineuses: caractéristiques nutritionnelles et effets sur la santé. *Innov Agron*. 2017;60:133-44.

47. Santé Publique France. Manger Bouger. 2021 [cité 24 mars 2024]. Augmenter les légumes secs. Disponible sur: <https://www.mangerbouger.fr/l-essentiel/les-recommandations-sur-l-alimentation-l-activite-physique-et-la-sedentarite/augmenter/augmenter-les-legumes-secs>

48. Collomb V, Mayor M. Le soja, la reine des légumineuses ? Haute école de santé Genève, filière diététique; 2007.

49. Fardet A. Les grains et graines pour la nutrition et la santé. In: 4 Colloque National du Réseau Français de Biologie des Graines [Internet]. Dijon, France: Institut National de la Recherche Agronomique (INRA). FRA.; 2013 [cité 26 mars 2024]. (4ème Colloque National du Réseau Français de Biologie des Graines). Disponible sur:

<https://hal.inrae.fr/hal-02749800>

50. Woestelandt N. Le régime crétois en médecine générale: mise à jour des connaissances et élaboration d'un outil d'aide à sa prescription. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2008.
51. Ros E, Mataix J. Fatty acid composition of nuts – implications for cardiovascular health. *Br J Nutr.* nov 2006;96(S2):S29-35.
52. Santé Publique France. Manger Bouger. 2021 [cité 26 mars 2024]. Augmenter les fruits à coque non salés: noix, noisettes, amandes, etc. Disponible sur: <https://www.mangerbouger.fr/l-essentiel/les-recommandations-sur-l-alimentation-l-activite-physique-et-la-sedentarite/augmenter/augmenter-les-fruits-a-coque-non-sales-noix-noisettes-amandes-etc>
53. Jenab M, Sabaté J, Slimani N, Ferrari P, Mazuir M, Casagrande C, et al. Consumption and portion sizes of tree nuts, peanuts and seeds in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) cohorts from 10 European countries. *Br J Nutr.* nov 2006;96 Suppl 2:S12-23.
54. Santé Publique France. Manger Bouger. 2021 [cité 29 mars 2024]. Aller vers les féculents complets. Disponible sur: <https://www.mangerbouger.fr/l-essentiel/les-recommandations-sur-l-alimentation-l-activite-physique-et-la-sedentarite/aller-vers/aller-vers-les-feculents-complets>
55. Parlasca MC, Qaim M. Meat Consumption and Sustainability. *Annu Rev Resour Econ.* 5 oct 2022;14(Volume 14, 2022):17-41.
56. Whitton C, Bogueva D, Marinova D, Phillips CJC. Are We Approaching Peak Meat Consumption? Analysis of Meat Consumption from 2000 to 2019 in 35 Countries and Its Relationship to Gross Domestic Product. *Animals.* déc 2021;11(12):3466.
57. Godfray HCJ, Aveyard P, Garnett T, Hall JW, Key TJ, Lorimer J, et al. Meat consumption, health, and the environment. *Science.* 20 juill 2018;361(6399):eaam5324.
58. Shi W, Huang X, Schooling CM, Zhao JV. Red meat consumption, cardiovascular diseases, and diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Eur Heart J.* 21 juill 2023;44(28):2626-35.
59. Larsson SC, Orsini N. Red Meat and Processed Meat Consumption and All-Cause Mortality: A Meta-Analysis. *Am J Epidemiol.* 1 févr 2014;179(3):282-9.
60. Larsson SC, Wolk A. Meat consumption and risk of colorectal cancer: A meta-analysis of prospective studies. *Int J Cancer.* 2006;119(11):2657-64.
61. Ge J, Han TJ, Liu J, Li JS, Zhang XH, Wang Y, et al. Meat intake and risk of inflammatory bowel disease: A meta-analysis. *Turk J Gastroenterol Off J Turk Soc Gastroenterol.* nov 2015;26(6):492-7.
62. Rémond D. Les protéines de la viande, intérêt pour la nutrition des seniors.

Médecine Mal Métaboliques. 1 mai 2019;13(3):252-6.

63. Dussiot A. Quelle prospective et quelles modalités nutritionnelles dans le cadre d'une transition profléxitarienne de l'alimentation en France ? Analyse des leviers et freins nutritionnels et diététiques à la diminution de la consommation de viande [Thèse de doctorat]. [France]: Université Paris-Saclay; 2022.
64. Carpenter CE, Mahoney AW. Contributions of heme and nonheme iron to human nutrition. *Crit Rev Food Sci Nutr*. 1992;31(4):333-67.
65. Santé Publique France. Manger Bouger. 2023 [cité 2 juin 2024]. Les recommandations alimentaires pour les 4 – 17 ans. Disponible sur: <https://www.mangerbouger.fr/manger-mieux/a-tout-age-et-a-chaque-etape-de-la-vie/enfants-et-adolescents-de-4-a-17-ans/les-recommandations-alimentaires-pour-les-4-17-ans>
66. Santé Publique France. Manger Bouger. [cité 4 avr 2024]. Réduire la viande : porc, bœuf, veau, mouton, agneau, abats. Disponible sur: <https://www.mangerbouger.fr/l-essentiel/les-recommandations-sur-l-alimentation-l-activite-physique-et-la-sedentarite/reduire/reduire-la-viande-porc-baeuf-veau-mouton-agneau-abats>
67. Santé Publique France. Manger Bouger. [cité 2 juin 2024]. Réduire la charcuterie. Disponible sur: <https://www.mangerbouger.fr/l-essentiel/les-recommandations-sur-l-alimentation-l-activite-physique-et-la-sedentarite/reduire/reduire-la-charcuterie>
68. Nau F, Floury J, van der Werf H, Le Minous AE. Les œufs et les ovoproduits dans l'alimentation des Français. *Cah Nutr Diététique*. 1 juin 2016;51(3):147-56.
69. Pieroni G, Coste TC. Composition en acides gras des œufs. Intérêt nutritionnel et valeur santé. *Cah Nutr Diététique*. 1 nov 2010;45(5):261-6.
70. Shin JY, Xun P, Nakamura Y, He K. Egg consumption in relation to risk of cardiovascular disease and diabetes: a systematic review and meta-analysis¹²³. *Am J Clin Nutr*. 1 juill 2013;98(1):146-59.
71. Ruxton CHS, Derbyshire E, Gibson S. The nutritional properties and health benefits of eggs. *Nutr Food Sci*. 25 mai 2010;40:263-79.
72. Song WO, Kerver JM. Nutritional contribution of eggs to American diets. *J Am Coll Nutr*. oct 2000;19(5):556-62.
73. Hu FB, Stampfer MJ, Rimm EB, Manson JE, Ascherio A, Colditz GA, et al. A Prospective Study of Egg Consumption and Risk of Cardiovascular Disease in Men and Women. *JAMA*. 21 avr 1999;281(15):1387-94.
74. Xu L, Lam TH, Jiang CQ, Zhang WS, Zhu F, Jin YL, et al. Egg consumption and the risk of cardiovascular disease and all-cause mortality: Guangzhou Biobank Cohort Study and meta-analyses. *Eur J Nutr*. 1 mars 2019;58(2):785-96.
75. Li Y, Zhou C, Zhou X, Li L. Egg consumption and risk of cardiovascular diseases

and diabetes: A meta-analysis. *Atherosclerosis*. 1 août 2013;229(2):524-30.

76. Ma W, Zhang Y, Pan L, Wang S, Xie K, Deng S, et al. Association of Egg Consumption with Risk of All-Cause and Cardiovascular Disease Mortality: A Systematic Review and Dose-Response Meta-Analysis of Observational Studies. *J Nutr*. 1 oct 2022;152(10):2227-37.

77. Emamat H, Totmaj AS, Tangestani H, Hekmatdoost A. The effect of egg and its derivatives on vascular function: A systematic review of interventional studies. *Clin Nutr ESPEN*. 1 oct 2020;39:15-21.

78. Agence Nationale de sécurité Sanitaire de l'Alimentation, de l'Environnement et du Travail. Anses - Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. 2022 [cité 4 avr 2024]. Manger du poisson : pourquoi ? comment ? Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/content/manger-du-poisson-pourquoi-comment>

79. Santé Publique France. Manger Bouger. [cité 4 avr 2024]. Aller vers les poissons gras et maigres en alternance. Disponible sur: <https://www.mangerbouger.fr/l-essentiel/les-recommandations-sur-l-alimentation-l-activite-physique-et-la-sedentarite/aller-vers/aller-vers-les-poissons-gras-et-maigres-en-alternance>

80. Santé Publique France M. Manger Bouger. [cité 6 avr 2024]. Aller vers l'huile de colza, de noix et d'olive. Disponible sur: <https://www.mangerbouger.fr/l-essentiel/les-recommandations-sur-l-alimentation-l-activite-physique-et-la-sedentarite/aller-vers/aller-vers-l-huile-de-colza-de-noix-et-d-olive>

81. Burridge L, Weis JS, Cabello F, Pizarro J, Bostick K. Chemical use in salmon aquaculture: A review of current practices and possible environmental effects. *Aquaculture*. 15 août 2010;306(1):7-23.

82. Lupo C, Angot JL. Problèmes de santé publique liés à la consommation de fruits de mer. *Bull Académie Natl Médecine*. 1 déc 2020;204(9):1017-33.

83. Haut Conseil de la Santé Publique. Avis relatif à la révision des repères alimentaires pour les adultes du futur Programme national nutrition santé 2017-2021. Haut Conseil de la Santé Publique; 2017.

84. Santé Publique France. Manger Bouger. 2021 [cité 29 mars 2024]. Aller vers une consommation de produits laitiers suffisante mais limitée. Disponible sur: <https://www.mangerbouger.fr/l-essentiel/les-recommandations-sur-l-alimentation-l-activite-physique-et-la-sedentarite/aller-vers/aller-vers-une-consommation-de-produits-laitiers-suffisante-mais-limitee>

85. European comission. eAmbrosia. 2019 [cité 29 mars 2024]. eAmbrosia - the EU geographical indications register. Disponible sur: <https://ec.europa.eu/agriculture/eambrosia/geographical-indications-register/>

86. Biver E, Herrou J, Larid G, Legrand MA, Gonnelli S, Annweiler C, et al.

Recommandations alimentaires dans le cadre de la prévention et du traitement de l'ostéoporose. *Rev Rhum.* 1 juill 2023;90(4):405-25.

87. Benetou V, Orfanos P, Pettersson-Kymmer U, Bergström U, Svensson O, Johansson I, et al. Mediterranean diet and incidence of hip fractures in a European cohort. *Osteoporos Int.* 1 mai 2013;24(5):1587-98.

88. Agence Nationale de sécurité Sanitaire de l'Alimentation, de l'Environnement et du Travail. Avis de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail relatif à « l'actualisation des repères du PNNS : Révision des repères de consommations alimentaires ». Maisons-Alfort: Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments; 2016 déc. Report No.: n°2012-SA-0103.

89. Pascal G, Legrand P, This H, Tormo E, Pinochet X, Claire BL. Les huiles végétales alimentaires. In: Session Huiles Végétales alimentaires à l'Académie d'Agriculture de France [Internet]. Paris, France: GLN -AAF; 2023 [cité 15 juin 2024]. Disponible sur: <https://hal.science/hal-04172725>

90. Li Z, Lei H, Jiang H, Fan Y, Shi J, Li C, et al. Saturated fatty acid biomarkers and risk of cardiometabolic diseases: A meta-analysis of prospective studies. *Front Nutr* [Internet]. 15 août 2022 [cité 15 juin 2024];9. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnut.2022.963471>

91. Agence Nationale de sécurité Sanitaire de l'Alimentation, de l'Environnement et du Travail. Anses - Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. 2012 [cité 15 juin 2024]. Les acides gras trans. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/content/les-acides-gras-trans>

92. Ministère de la transition écologique et de la cohésion des territoires. Stratégie nationale de lutte contre la déforestation importée. 2024 [cité 15 juin 2024]. Huile de palme. Disponible sur: <https://www.deforestationimportee.ecologie.gouv.fr/produits-concernees/article/huile-de-palme>

93. Donat-Vargas C, Sandoval-Insausti H, Peñalvo JL, Moreno Iribas MC, Amiano P, Bes-Rastrollo M, et al. Olive oil consumption is associated with a lower risk of cardiovascular disease and stroke. *Clin Nutr.* 1 janv 2022;41(1):122-30.

94. Guasch -Ferré Marta, Li Y, Willett WC, Sun Q, Sampson L, Salas -Salvadó Jordi, et al. Consumption of Olive Oil and Risk of Total and Cause-Specific Mortality Among U.S. Adults. *J Am Coll Cardiol.* 18 janv 2022;79(2):101-12.

95. Guasch -Ferré Marta, Liu G, Li Y, Sampson L, Manson JE, Salas -Salvadó Jordi, et al. Olive Oil Consumption and Cardiovascular Risk in U.S. Adults. *J Am Coll Cardiol.* 21 avr 2020;75(15):1729-39.

96. Markellos C, Ourailidou ME, Gavriatopoulou M, Halvatsiotis P, Sergentanis TN, Psaltopoulou T. Olive oil intake and cancer risk: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE.* 11 janv 2022;17(1):e0261649.

96. World Health Organization. Guideline: Sugars Intake for Adults and Children. World Health Organization; 2015.
98. Marino M, Puppo F, Del Bo' C, Vinelli V, Riso P, Porrini M, et al. A Systematic Review of Worldwide Consumption of Ultra-Processed Foods: Findings and Criticisms. *Nutrients*. août 2021;13(8):2778.
99. Monteiro CA, Cannon G, Levy R, Moubarac JC, Jaime P, Martins AP, et al. NOVA. The star shines bright. *World Nutr*. 7 janv 2016;7(1-3):28-38.
100. Santé Publique France. Manger Bouger. 2021 [cité 6 avr 2024]. Les aliments ultra-transformés : pourquoi moins en manger ? Disponible sur: <https://www.mangerbouger.fr/manger-mieux/s-informer-sur-les-produits-qu-on-achete/comprendre-les-informations-nutritionnelles-et-les-etiquettes/les-aliments-ultra-transformes-pourquoi-moins-en-manger>
101. Hauner H, Bechthold A, Boeing H, Brönstrup A, Buyken A, Leschik-Bonnet E, et al. Evidence-Based Guideline of the German Nutrition Society: Carbohydrate Intake and Prevention of Nutrition-Related Diseases. *Ann Nutr Metab*. 23 janv 2012;60(Suppl. 1):1-58.
102. Imamura F, O'Connor L, Ye Z, Mursu J, Hayashino Y, Bhupathiraju SN, et al. Consumption of sugar sweetened beverages, artificially sweetened beverages, and fruit juice and incidence of type 2 diabetes: systematic review, meta-analysis, and estimation of population attributable fraction. *BMJ*. 21 juill 2015;351:h3576.
103. Malik VS, Pan A, Willett WC, Hu FB. Sugar-sweetened beverages and weight gain in children and adults: a systematic review and meta-analysis¹²³. *Am J Clin Nutr*. 1 oct 2013;98(4):1084-102.
104. Fiolet T, Srour B, Sellem L, Kesse-Guyot E, Allès B, Méjean C, et al. Consumption of ultra-processed foods and cancer risk: results from NutriNet-Santé prospective cohort. *BMJ*. 14 févr 2018;360:322.
105. Pagliai G, Dinu M, Madarena MP, Bonaccio M, Iacoviello L, Sofi F. Consumption of ultra-processed foods and health status: a systematic review and meta-analysis. *Br J Nutr*. févr 2021;125(3):308-18.
106. Arshad S, Rehman T, Saif S, Rajoka MSR, Ranjha MMAN, Hassoun A, et al. Replacement of refined sugar by natural sweeteners: focus on potential health benefits. *Heliyon*. 1 sept 2022;8(9):e10711.
107. Rios-Leyvraz M, Montez J, World Health Organization. Health effects of the use of non-sugar sweeteners: a systematic review and meta-analysis [Internet]. World Health Organization; 2022 [cité 23 juin 2024]. 210 p. Disponible sur: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240046429>
108. Santé Publique France. Manger Bouger. 2021 [cité 6 avr 2024]. Réduire les boissons sucrées, aliments gras, sucrés, salés et ultra-transformés. Disponible sur:

<https://www.mangerbouger.fr/l-essentiel/les-recommandations-sur-l-alimentation-l-activite-physique-et-la-sedentarite/reduire/reduire-les-boissons-sucrees-aliments-gras-sucres-sales-et-ultra-transformes>

109. Brown IJ, Tzoulaki I, Candeias V, Elliott P. Salt intakes around the world: implications for public health. *Int J Epidemiol*. 1 juin 2009;38(3):791-813.

110. Delahaye F. Should we eat less salt? *Arch Cardiovasc Dis*. 1 mai 2013;106(5):324-32.

111. World Health Organization. Guideline: sodium intake for adults and children [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2012 [cité 22 juin 2024]. Disponible sur: <https://iris.who.int/handle/10665/77985>

112. Santé Publique France. Manger Bouger. 2021 [cité 4 avr 2024]. Réduire les produits salés et le sel. Disponible sur: <https://www.mangerbouger.fr/l-essentiel/les-recommandations-sur-l-alimentation-l-activite-physique-et-la-sedentarite/reduire/reduire-les-produits-sales-et-le-sel>

113. Santé Publique France. Manger Bouger. 2021 [cité 6 avr 2024]. Épices, aromates... Des idées pour varier les saveurs et limiter le sel. Disponible sur: <https://www.mangerbouger.fr/manger-mieux/se-faire-plaisir-en-mangeant-equilibre/cuisiner-maison/epices-aromates-des-idees-pour-varier-les-saveurs-et-limiter-le-sel>

114. Silva N, Alves S, Gonçalves A, Amaral JS, Poeta P. Antimicrobial activity of essential oils from mediterranean aromatic plants against several foodborne and spoilage bacteria. *Food Sci Technol Int*. 1 déc 2013;19(6):503-10.

115. Mickael N. Où en est-on du french paradox en 2020 ? *Rev Alcoologie Addictologie*. juin 2020;42(2).

116. Renaud S, de Lorgeril M. Wine, alcohol, platelets, and the French paradox for coronary heart disease. *The Lancet*. 20 juin 1992;339(8808):1523-6.

117. Richard JL. Coronary risk factors. The French paradox. *Arch Mal Coeur Vaiss*. avr 1987;80(Spec. No):17-21.

118. World Health Organization. World Health Organization. 2018 [cité 16 juin 2024]. Global status report on alcohol and health 2018. Disponible sur: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>

119. Ronksley PE, Brien SE, Turner BJ, Mukamal KJ, Ghali WA. Association of alcohol consumption with selected cardiovascular disease outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 22 févr 2011;342:d671.

120. Brien SE, Ronksley PE, Turner BJ, Mukamal KJ, Ghali WA. Effect of alcohol consumption on biological markers associated with risk of coronary heart disease: systematic review and meta-analysis of interventional studies. *BMJ*. 22 févr

2011;342:d636.

121. Anderson BO, Berdzuli N, Ilbawi A, Kestel D, Kluge HP, Krech R, et al. Health and cancer risks associated with low levels of alcohol consumption. *Lancet Public Health*. 1 janv 2023;8(1):e6-7.

122. Rovira P, Rehm J. Estimation of cancers caused by light to moderate alcohol consumption in the European Union. *Eur J Public Health*. 13 juill 2021;31(3):591-6.

123. Surma S, Gajos G. Alcohol, health loss, and mortality: can wine really save the good name of moderate alcohol consumption? *Pol Arch Intern Med*. 26 avr 2024;134(4):16708.

124. Santé Publique France. Manger Bouger. [cité 4 avr 2024]. Réduire l'alcool. Disponible sur: <https://www.mangerbouger.fr/l-essentiel/les-recommandations-sur-l-alimentation-l-activite-physique-et-la-sedentarite/reduire/reduire-l-alcool>

125. Christodoulou E, Meca A, Koutelidakis AE. Herbal Infusions as a Part of the Mediterranean Diet and Their Association with Psychological Resilience: The Paradigm of Greek Mountain Tea. *Nutraceuticals*. sept 2023;3(3):438-50.

126. Santé Publique France. Manger Bouger. 2021 [cité 18 juin 2024]. L'eau, indispensable à notre santé : conseils et astuces pour s'hydrater. Disponible sur: <https://www.mangerbouger.fr/manger-mieux/bien-manger-sans-se-ruiner/bien-manger-en-preservant-la-planete-sans-se-ruiner-c-est-possible/l-eau-indispensable-a-notre-sante-conseils-et-astuces-pour-s-hydrater>

127. Bach C, Rosin C, Munoz JF, Dauchy X. National screening study investigating nine phthalates and one adipate in raw and treated tap water in France. *Environ Sci Pollut Res*. 1 oct 2020;27(29):36476-86.

128. European Food Safety Authority. Scientific Opinion on Dietary Reference Values for water. *EFSA J*. 2010;8(3):1459.

129. Santé Publique France. Manger Bouger. 2021 [cité 23 juin 2024]. Réduire le temps passé assis. Disponible sur: <https://www.mangerbouger.fr/l-essentiel/les-recommandations-sur-l-alimentation-l-activite-physique-et-la-sedentarite/reduire/reduire-le-temps-passe-assis>

130. Hershey M, Sotos-Prieto M, Ruiz-Canela M, Christophi C, Moffatt S, Martinez-Gonzalez MÁ, et al. The Mediterranean Lifestyle (MEDLIFE) Index and Metabolic Syndrome in a US Working Population. *Curr Dev Nutr*. 1 juin 2021;5:1041.

131. Pavičić Žeželj S, Kendel Jovanović G, Dragaš Zubalj N, Mićović V, Sesar Ž. Associations between Adherence to the Mediterranean Diet and Lifestyle Assessed with the MEDLIFE Index among the Working Population. *Int J Environ Res Public Health*. oct 2018;15(10):2126.

132. Delamaire C, Escalon H, Noirot L. Recommandations relatives à l'alimentation, à

l'activité physique et à la sédentarité pour les adultes [Internet]. Saint-Maurice: Santé Publique France; 2019 janv [cité 15 juin 2024] p. 63. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/recommandations-relatives-a-l-alimentation-a-l-activite-physique-et-a-la-sedentarite-pour-les-adultes>

133. Santé Publique France. Manger Bouger. 2021 [cité 23 juin 2024]. Augmenter l'activité physique. Disponible sur: <https://www.mangerbouger.fr/l-essentiel/les-recommandations-sur-l-alimentation-l-activite-physique-et-la-sedentarite/augmenter/augmenter-l-activite-physique>

134. Keys A, Menotti A, Aravanis C, Blackburn H, Djordevič BS, Buzina R, et al. The seven countries study: 2,289 deaths in 15 years. *Prev Med*. 1 mars 1984;13(2):141-54.

135. Renaud S, De Lorgeril M. Dietary lipids and their relation to ischaemic heart disease: from epidemiology to prevention. *J Intern Med*. 1989;225(S731):39-46.

136. Renaud S. Linoleic acid, platelet aggregation and myocardial infarction. *Atherosclerosis*. 1 janv 1990;80(3):255-6.

137. De Lorgeril M, Renaud S, Mamelle N, Salen P, Martin JL, Monjaud I, et al. Mediterranean alpha-linolenic acid-rich diet in secondary prevention of coronary heart disease. *Lancet Lond Engl*. 11 juin 1994;343(8911):1454-9.

138. Serra-Majem L, Roman B, Estruch R. Scientific Evidence of Interventions Using the Mediterranean Diet: a Systematic Review. *Nutr Rev*. 1 févr 2006;64(suppl_1):S27-47.

139. Barzi F, Woodward M, Marfisi RM, Tavazzi L, Valagussa F, Marchioli R. Mediterranean diet and all-causes mortality after myocardial infarction: results from the GISSI-Prevenzione trial. *Eur J Clin Nutr*. avr 2003;57(4):604-11.

140. Stark AH, Crawford MA, Reifen R. Update on alpha-linolenic acid. *Nutr Rev*. 1 juin 2008;66(6):326-32.

141. Visioli F, Bogani P, Galli C. Healthful Properties of Olive Oil Minor Components. *Am Oil Chem Soc Press*. 29 avr 2006;2(8):173-90.

142. Owen RW, Giacosa A, Hull WE, Haubner R, Würtele G. Olive-oil consumption and health: the possible role of antioxidants. *Altern Med Rev*. 1 juin 2002;7(3):262-3.

143. Servili M, Sordini B, Esposto S, Urbani S, Veneziani G, Maio ID, et al. Biological Activities of Phenolic Compounds of Extra Virgin Olive Oil. *Antioxidants*. 20 déc 2013;3(1):1-23.

144. Vidavalur R, Otani H, Singal PK, Maulik N. Significance of wine and resveratrol in cardiovascular disease: French paradox revisited. *Exp Clin Cardiol*. 2006;11(3):217-25.

145. Wu JM, Hsieh T chen. Resveratrol: a cardioprotective substance. *Ann NY Acad Sci*. 2011;1215(1):16-21.

146. Lekli I, Ray D, Das DK. Longevity nutrients resveratrol, wines and grapes. *Genes Nutr.* 1 mars 2010;5(1):55-60.
147. Xie LX, Williams KJ, He CH, Weng E, Khong S, Rose TE, et al. Resveratrol and para-coumarate serve as ring precursors for coenzyme Q biosynthesis. *J Lipid Res.* 1 avr 2015;56(4):909-19.
148. Wang Y, Chung SJ, McCullough ML, Song WO, Fernandez ML, Koo SI, et al. Dietary Carotenoids Are Associated with Cardiovascular Disease Risk Biomarkers Mediated by Serum Carotenoid Concentrations. *J Nutr.* 1 juill 2014;144(7):1067-74.
149. National Center for Biotechnology Information. PubChem Compound Summary for CID 5280489. 2024 [cité 13 juill 2024]. Beta-Carotene. Disponible sur: <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/5280489>
150. Tang L, Jin T, Zeng X, Wang JS. Lycopene Inhibits the Growth of Human Androgen-Independent Prostate Cancer Cells In Vitro and in BALB/c Nude Mice¹. *J Nutr.* 1 févr 2005;135(2):287-90.
151. VIDAL. VIDAL. 2016 [cité 13 juill 2024]. Caroténoïde - Complément alimentaire. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/parapharmacie/complements-alimentaires/carotenoide.html>
152. Haute Autorité de Santé. Haute Autorité de Santé. [cité 16 juill 2024]. Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'adulte. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3408871/fr/guide-du-parcours-de-soins-surpoids-et-obesite-de-l-adulte
153. Schonewille M, Brufau G, Shiri-Sverdlov R, Groen AK, Plat J. Serum TG-lowering properties of plant sterols and stanols are associated with decreased hepatic VLDL secretion [S]. *J Lipid Res.* 1 déc 2014;55(12):2554-61.
154. Gupta AK, Savopoulos CG, Ahuja J, Hatzitolios AI. Role of phytosterols in lipid-lowering: current perspectives. *QJM Int J Med.* 1 avr 2011;104(4):301-8.
155. Ramprasath VR, Jenkins DJ, Lamarche B, Kendall CW, Faulkner D, Cermakova L, et al. Consumption of a dietary portfolio of cholesterol lowering foods improves blood lipids without affecting concentrations of fat soluble compounds. *Nutr J.* 18 oct 2014;13(1):101.
156. Salehi B, Quispe C, Sharifi-Rad J, Cruz-Martins N, Nigam M, Mishra AP, et al. Phytosterols: From Preclinical Evidence to Potential Clinical Applications. *Front Pharmacol.* 14 janv 2021;11:599959.
157. Tektonidis TG, Åkesson A, Gigante B, Wolk A, Larsson SC. A Mediterranean diet and risk of myocardial infarction, heart failure and stroke: A population-based cohort study. *Atherosclerosis.* 1 nov 2015;243(1):93-8.
158. Rosato V, Temple NJ, La Vecchia C, Castellan G, Tavani A, Guercio V.

Mediterranean diet and cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Eur J Nutr.* 1 févr 2019;58(1):173-91.

159. Nissensohn M, Román-Viñas B, Sánchez-Villegas A, Piscopo S, Serra-Majem L. The Effect of the Mediterranean Diet on Hypertension: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Nutr Educ Behav.* 1 janv 2016;48(1):42-53.e1.

160. Adegbola A, Behrendt CA, Zyriax BC, Windler E, Kreutzburg T. The impact of nutrition on the development and progression of peripheral artery disease: A systematic review. *Clin Nutr.* 1 janv 2022;41(1):49-70.

161. Dinu M, Pagliai G, Lotti S, Giangrandi I, Colombini B, Sofi F. Adherence to Mediterranean Diet Measured through Medi-Lite Score and Obesity: A Retrospective Study. *Nutrients.* 10 juin 2021;13(6):2007.

162. López-Gil JF, García-Hermoso A, Sotos-Prieto M, Cavero-Redondo I, Martínez-Vizcaíno V, Kales SN. Mediterranean Diet-Based Interventions to Improve Anthropometric and Obesity Indicators in Children and Adolescents: A Systematic Review with Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Adv Nutr.* 1 juill 2023;14(4):858-69.

163. Bagheri A, Asoudeh F, Rezaei S, Babaei M, Esmailzadeh A. The Effect of Mediterranean Diet on Body Composition, Inflammatory Factors, and Nutritional Status in Patients with Cachexia Induced by Colorectal Cancer: A Randomized Clinical Trial. *Integr Cancer Ther.* 1 janv 2023;22:15347354231195322.

164. Barrea L, Verde L, Annunziata G, Camajani E, Caprio M, Sojat AS, et al. Role of Mediterranean diet in endocrine diseases: a joint overview by the endocrinologist and the nutritionist. *J Endocrinol Invest.* 1 janv 2024;47(1):17-33.

165. Schwingshackl L, Missbach B, König J, Hoffmann G. Adherence to a Mediterranean diet and risk of diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Public Health Nutr.* mai 2015;18(7):1292-9.

166. Becerra-Tomás N, Blanco Mejía S, Vigiouliouk E, Khan T, Kendall CWC, Kahleova H, et al. Mediterranean diet, cardiovascular disease and mortality in diabetes: A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies and randomized clinical trials. *Crit Rev Food Sci Nutr.* 11 avr 2020;60(7):1207-27.

167. Han H, Cao Y, Feng C, Zheng Y, Dhana K, Zhu S, et al. Association of a Healthy Lifestyle With All-Cause and Cause-Specific Mortality Among Individuals With Type 2 Diabetes: A Prospective Study in UK Biobank. *Diabetes Care.* 1 févr 2022;45(2):319-29.

168. Antoniotti V, Spadaccini D, Ricotti R, Carrera D, Savastio S, Goncalves Correia FP, et al. Adherence to the Mediterranean Diet Is Associated with Better Metabolic Features in Youths with Type 1 Diabetes. *Nutrients.* janv 2022;14(3):596.

169. Dominguez-Riscart J, Buero-Fernandez N, Garcia-Zarzuela A, Morales-Perez C, Garcia-Ojanguren A, Lechuga-Sancho AM. Adherence to Mediterranean Diet Is

Associated With Better Glycemic Control in Children With Type 1 Diabetes: A Cross-Sectional Study. *Front Nutr.* 4 mars 2022;9:813989.

170. Granado-Casas M, Martin M, Martínez-Alonso M, Alcubierre N, Hernández M, Alonso N, et al. The Mediterranean Diet is Associated with an Improved Quality of Life in Adults with Type 1 Diabetes. *Nutrients.* janv 2020;12(1):131.

171. Ruggeri RM, Barbalace MC, Croce L, Malaguti M, Campennì A, Rotondi M, et al. Autoimmune Thyroid Disorders: The Mediterranean Diet as a Protective Choice. *Nutrients.* janv 2023;15(18):3953.

172. Bellastella G, Scappaticcio L, Caiazzo F, Tomasuolo M, Carotenuto R, Caputo M, et al. Mediterranean Diet and Thyroid: An Interesting Alliance. *Nutrients.* janv 2022;14(19):4130.

173. Chen G, Leary S, Niu J, Perry R, Papadaki A. The Role of the Mediterranean Diet in Breast Cancer Survivorship: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies and Randomised Controlled Trials. *Nutrients.* janv 2023;15(9):2099.

174. González-Palacios Torres C, Barrios-Rodríguez R, Muñoz-Bravo C, Toledo E, Dierssen T, Jiménez-Moleón JJ. Mediterranean diet and risk of breast cancer: An umbrella review. *Clin Nutr.* 1 avr 2023;42(4):600-8.

175. Li Y, Hu BQ, Wu XJ, Qi XW, Jiang J, Cui X, et al. Adherence to Mediterranean diet and the risk of breast cancer: a meta-analysis. *Transl Cancer Res.* oct 2018;7(5).

176. Van den Brandt PA, Schulpen M. Mediterranean diet adherence and risk of postmenopausal breast cancer: results of a cohort study and meta-analysis. *Int J Cancer.* 15 mai 2017;140(10):2220-31.

177. Bahrami A, Khalesi S, Makiabadi E, Alibeyk S, Hajigholam-Saryazdi M, Hejazi E. Adherence to the Mediterranean diet and the risk of lung cancer: a systematic review and dose-response meta-analysis of observational studies. *Nutr Rev.* 1 mai 2022;80(5):1118-28.

178. Du H, Cao T, Lu X, Zhang T, Luo B, Li Z. Mediterranean Diet Patterns in Relation to Lung Cancer Risk: A Meta-Analysis. *Front Nutr.* 11 avr 2022;9.

179. Castelló A, Amiano P, Fernández de Larrea N, Martín V, Alonso MH, Castaño-Vinyals G, et al. Low adherence to the western and high adherence to the mediterranean dietary patterns could prevent colorectal cancer. *Eur J Nutr.* 1 juin 2019;58(4):1495-505.

180. Jones P, Cade JE, Evans CE, Hancock N, Greenwood DC. The Mediterranean diet and risk of colorectal cancer in the UK Women's Cohort Study. *Int J Epidemiol.* 1 déc 2017;46(6):1786-96.

181. Cheng S, Zheng Q, Ding G, Li G. Mediterranean dietary pattern and the risk of prostate cancer: A meta-analysis. *Medicine (Baltimore).* juill 2019;98(27):e16341.

182. Kleckner AS, Reschke JE, Kleckner IR, Magnuson A, Amitrano AM, Culakova E, et

al. The Effects of a Mediterranean Diet Intervention on Cancer-Related Fatigue for Patients Undergoing Chemotherapy: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Cancers*. janv 2022;14(17):4202.

183. Canudas S, Becerra-Tomás N, Hernández-Alonso P, Galié S, Leung C, Crous-Bou M, et al. Mediterranean Diet and Telomere Length: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Adv Nutr*. 1 nov 2020;11(6):1544-54.

184. García-Casares N, Gallego Fuentes P, Barbancho MÁ, López-Gigosos R, García-Rodríguez A, Gutiérrez-Bedmar M. Alzheimer's Disease, Mild Cognitive Impairment and Mediterranean Diet. A Systematic Review and Dose-Response Meta-Analysis. *J Clin Med*. janv 2021;10(20):4642.

185. Lucerón-Lucas-Torres M, Cavero-Redondo I, Martínez-Vizcaíno V, Saz-Lara A, Pascual-Morena C, Álvarez-Bueno C. Association Between Wine Consumption and Cognitive Decline in Older People: A Systematic Review and Meta-Analysis of Longitudinal Studies. *Front Nutr*. 12 mai 2022;9.

186. Maggi S, Ticinesi A, Limongi F, Noale M, Ecarnot F. The role of nutrition and the Mediterranean diet on the trajectories of cognitive decline. *Exp Gerontol*. 1 mars 2023;173:110-2.

187. Charbit J, Vidal JS, Hanon O. The role of nutrition in the prevention of cognitive decline. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 1 janv 2024;27(1):9-16.

188. Merle B, Srouf B, Ozguler A, Goldberg M, Marie Z, Delcourt C. Adhérence à un régime de type méditerranéen et risque de déficience visuelle : l'étude Constances. *Nutr Clin Métabolisme*. 1 sept 2017;31(3):228-9.

189. Cahuzac M. Le conseil alimentaire en pathologie du vieillissement rétinien. *Cah Nutr Diététique*. 1 août 2023;58(4):251-63.

190. El Rahi B, Ajana S, Tabue-Teguo M, Dartigues JF, Peres K, Féart C. Adhérence au régime méditerranéen et risque de fragilité chez des personnes âgées vivant à domicile : étude Trois-Cités Bordeaux. *Nutr Clin Métabolisme*. 1 sept 2016;30(3):227.

191. Kojima G, Avgerinou C, Iliffe S, Walters K. Adherence to Mediterranean Diet Reduces Incident Frailty Risk: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Geriatr Soc*. 2018;66(4):783-8.

192. Poursalehi D, Lotfi K, Saneai P. Adherence to the Mediterranean diet and risk of frailty and pre-frailty in elderly adults: A systematic review and dose-response meta-analysis with GRADE assessment. *Ageing Res Rev*. 1 juin 2023;87:101903.

193. Cacciatore S, Calvani R, Marzetti E, Picca A, Coelho-Júnior HJ, Martone AM, et al. Low Adherence to Mediterranean Diet Is Associated with Probable Sarcopenia in Community-Dwelling Older Adults: Results from the Longevity Check-Up (Lookup) 7+ Project. *Nutrients*. janv 2023;15(4):1026.

194. Calvani R, Picca A, Coelho-Júnior HJ, Tosato M, Marzetti E, Landi F. Diet for the prevention and management of sarcopenia. *Metabolism*. 1 sept 2023;146:155637.
195. Papadopoulou SK, Detopoulou P, Voulgaridou G, Tsoumana D, Spanoudaki M, Sadikou F, et al. Mediterranean Diet and Sarcopenia Features in Apparently Healthy Adults over 65 Years: A Systematic Review. *Nutrients*. janv 2023;15(5):1104.
196. Ballesteros JM, Struijk EA, Rodríguez-Artalejo F, López-García E. Mediterranean diet and risk of falling in community-dwelling older adults. *Clin Nutr*. 1 janv 2020;39(1):276-81.
197. Andreo-López MC, Contreras-Bolívar V, Muñoz-Torres M, García-Fontana B, García-Fontana C. Influence of the Mediterranean Diet on Healthy Aging. *Int J Mol Sci*. janv 2023;24(5):4491.
198. Procopio AC, Paravati MR, Scarlata GGM, Parafati M, Milić N, Luzzi F, et al. Is the Mediterranean diet a good preventive measure for NASH? *Hepatoma Res*. 29 févr 2024;10(9).
199. Roeb E, Geier A. Nonalcoholic steatohepatitis (NASH) – current treatment recommendations and future developments. *Z Für Gastroenterol*. avr 2019;57(4):508-17.
200. Mascaró CM, Bouzas C, Tur JA. Association between Non-Alcoholic Fatty Liver Disease and Mediterranean Lifestyle: A Systematic Review. *Nutrients*. janv 2022;14(1):49.
201. Katsagoni CN, Papatheodoridis GV, Ioannidou P, Deutsch M, Alexopoulou A, Papadopoulos N, et al. Improvements in clinical characteristics of patients with non-alcoholic fatty liver disease, after an intervention based on the Mediterranean lifestyle: a randomised controlled clinical trial. *Br J Nutr*. juill 2018;120(2):164-75.
202. Gundogdu A, Nalbantoglu OU. The Role of Mediterranean Diet in Modulating Gut Microbiome: A Review of Current Evidence. *Nutrition*. 7 juin 2023;114(69):112-8.
203. Rosa R, Ornella R, Maria GC, Elisa S, Maria N, Chiara M, et al. The role of diet in the prevention and treatment of Inflammatory Bowel Diseases. *Acta Bio Medica Atenei Parm*. 2018;89(Suppl 9):60-75.
204. Chicco F, Magrì S, Cingolani A, Paduano D, Pesenti M, Zara F, et al. Multidimensional Impact of Mediterranean Diet on IBD Patients. *Inflamm Bowel Dis*. 1 janv 2021;27(1):1-9.
205. Lewis JD, Sandler RS, Brotherton C, Brensinger C, Li H, Kappelman MD, et al. A Randomized Trial Comparing the Specific Carbohydrate Diet to a Mediterranean Diet in Adults With Crohn's Disease. *Gastroenterology*. 1 sept 2021;161(3):837-852.e9.
206. Mone I, Kraja B, Bregu A, Duraj V, Sadiku E, Hyska J, et al. Adherence to a predominantly Mediterranean diet decreases the risk of gastroesophageal reflux disease: a cross-sectional study in a South Eastern European population. *Dis Esophagus*. 1 oct

2016;29(7):794-800.

207. Casas R, Sacanella E, Estruch R. The Immune Protective Effect of the Mediterranean Diet against Chronic Low-grade Inflammatory Diseases. *Endocr Metab Immune Disord - Drug Targets* Formerly *Curr Drug Targets - Immune Endocr Metab Disord*. 1 déc 2014;14(4):245-54.

208. Johansson K, Askling J, Alfredsson L, Di Giuseppe D, on behalf of the EIRA study group. Mediterranean diet and risk of rheumatoid arthritis: a population-based case-control study. *Arthritis Res Ther*. 9 août 2018;20(1):175.

209. Chehade L, Jaafar ZA, Masri DE, Zmerly H, Kreidieh D, Tannir H, et al. Lifestyle Modification in Rheumatoid Arthritis: Dietary and Physical Activity Recommendations Based on Evidence. *Curr Rheumatol Rev*. 15(3):209-14.

210. Forsyth C, Kouvari M, D'Cunha NM, Georgousopoulou EN, Panagiotakos DB, Mellor DD, et al. The effects of the Mediterranean diet on rheumatoid arthritis prevention and treatment: a systematic review of human prospective studies. *Rheumatol Int*. 1 mai 2018;38(5):737-47.

211. Morales-Ivorra I, Romera-Baures M, Roman-Viñas B, Serra-Majem L. Osteoarthritis and the Mediterranean Diet: A Systematic Review. *Nutrients*. août 2018;10(8):1030.

212. Papandreou P, Gioxari A, Daskalou E, Grammatikopoulou MG, Skouroliahou M, Bogdanos DP. Mediterranean Diet and Physical Activity Nudges versus Usual Care in Women with Rheumatoid Arthritis: Results from the MADEIRA Randomized Controlled Trial. *Nutrients*. janv 2023;15(3):676.

213. Sellam J, Hoffmann C, Czernichow S. Conseils nutritionnels et régimes dans les rhumatismes inflammatoires. *Rev Rhum*. 1 mai 2023;90(3):360-6.

214. Daien C, Czernichow S, Letarouilly JG, Nguyen Y, Sanchez P, Sigaux J, et al. Dietary recommendations of the French Society for Rheumatology for patients with chronic inflammatory rheumatic diseases. *Joint Bone Spine*. 1 mars 2022;89(2):105319.

215. Xenou M, Gourounti K. Dietary Patterns and Polycystic Ovary Syndrome: a Systematic Review. *Mædica*. sept 2021;16(3):516-21.

216. Cirillo M, Argento FR, Becatti M, Fiorillo C, Coccia ME, Fatini C. Mediterranean Diet and Oxidative Stress: A Relationship with Pain Perception in Endometriosis. *Int J Mol Sci*. janv 2023;24(19):14601.

217. Nirgianakis K, Egger K, Kalaitzopoulos DR, Lanz S, Bally L, Mueller MD. Effectiveness of Dietary Interventions in the Treatment of Endometriosis: a Systematic Review. *Reprod Sci*. 1 janv 2022;29(1):26-42.

218. Parazzini F, Viganò P, Candiani M, Fedele L. Diet and endometriosis risk: A literature review. *Reprod Biomed Online*. 1 avr 2013;26(4):323-36.

219. Montano L, Ceretti E, Donato F, Bergamo P, Zani C, Viola GCV, et al. Effects of a Lifestyle Change Intervention on Semen Quality in Healthy Young Men Living in Highly Polluted Areas in Italy: The FAST Randomized Controlled Trial. *Eur Urol Focus*. 1 janv 2022;8(1):351-9.
220. Karayiannis D, Kontogianni MD, Mendorou C, Mastrominas M, Yiannakouris N. Adherence to the Mediterranean diet and IVF success rate among non-obese women attempting fertility. *Hum Reprod*. 1 mars 2018;33(3):494-502.
221. Zaragoza-Martí A, Ruiz-Ródenas N, Herranz-Chofre I, Sánchez-SanSegundo M, Serrano Delgado V de la C, Hurtado-Sánchez JA. Adherence to the Mediterranean Diet in Pregnancy and Its Benefits on Maternal-Fetal Health: A Systematic Review of the Literature. *Front Nutr*. 31 mars 2022;9(813942).
222. Assaf-Balut C, García de la Torre N, Fuentes M, Durán A, Bordiú E, Del Valle L, et al. A High Adherence to Six Food Targets of the Mediterranean Diet in the Late First Trimester is Associated with a Reduction in the Risk of Materno-Foetal Outcomes: The St. Carlos Gestational Diabetes Mellitus Prevention Study. *Nutrients*. janv 2019;11(1):66.
223. Minhas AS, Hong X, Wang G, Rhee DK, Liu T, Zhang M, et al. Mediterranean-Style Diet and Risk of Preeclampsia by Race in the Boston Birth Cohort. *J Am Heart Assoc*. 3 mai 2022;11(9):e022589.
224. Makarem N, Chau K, Miller EC, Gyamfi-Bannerman C, Tous I, Booker W, et al. Association of a Mediterranean Diet Pattern With Adverse Pregnancy Outcomes Among US Women. *JAMA Netw Open*. 22 déc 2022;5(12):e2248165.
225. Biagi C, Di Nunzio M, Bordoni A, Gori D, Lanari M. Effect of Adherence to Mediterranean Diet during Pregnancy on Children's Health: A Systematic Review. *Nutrients*. mai 2019;11(5):997.
226. Chatzi L, Torrent M, Romieu I, Garcia-Esteban R, Ferrer C, Vioque J, et al. Mediterranean diet in pregnancy is protective for wheeze and atopy in childhood. *Thorax*. 1 juin 2008;63(6):507-13.
227. Guilleminault L. Alimentation et asthme : mieux se nourrir fait-il mieux respirer ? *Rev Mal Respir*. 1 mars 2021;38(3):278-88.
228. Antonogeorgos G, Kogias C, Douros K, Panagiotakos D. Greater fruit and vegetables consumption, and adherence to a Mediterranean type of diet reduces the risk for asthma in children; a systematic review and meta-analysis. *Int J Food Sci Nutr*. 2 janv 2024;75(1):4-30.
229. Calatayud-Sáez FM, Calatayud Moscoso del Prado B, Gallego Fernández-Pacheco JG, González-Martín C, Alguacil Merino LF. Mediterranean diet and childhood asthma. *Allergol Immunopathol (Madr)*. 1 mars 2016;44(2):99-105.
230. Nucci D, Fatigoni C, Amerio A, Odone A, Gianfredi V. Red and Processed Meat Consumption and Risk of Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J*

Environ Res Public Health. janv 2020;17(18):6686.

231. Dobersek U, Teel K, Altmeyer S, Adkins J, Wy G, Peak J. Meat and mental health: A meta-analysis of meat consumption, depression, and anxiety. *Crit Rev Food Sci Nutr*. 26 juill 2023;63(19):3556-73.

232. Sadeghi O, Keshteli AH, Afshar H, Esmailzadeh A, Adibi P. Adherence to Mediterranean dietary pattern is inversely associated with depression, anxiety and psychological distress. *Nutr Neurosci*. 3 avr 2021;24(4):248-59.

233. Özcan BA, Yeşilkaya B, Yılmaz HÖ, Günal AM, Özdemir AA. Effects of Adherence to the Mediterranean Diet on Depression, Anxiety, and Sleep Quality During the Covid-19 Pandemic in Turkey. *Int J Innov Res Rev*. 15 déc 2021;5(2):39-44.

234. Madani S, Ahmadi A, Shoaee-Jouneghani F, Moazen M, Sasani N. The relationship between the Mediterranean diet and Axis I disorders: A systematic review of observational studies. *Food Sci Nutr*. 2022;10(10):3241-58.

235. Fortes C, Mastroeni S, Melchi F, Pilla MA, Antonelli G, Camaioni D, et al. A protective effect of the Mediterranean diet for cutaneous melanoma. *Int J Epidemiol*. 1 oct 2008;37(5):1018-29.

236. Mahamat-Saleh Y, Cervenka I, Al Rahmoun M, Savoye I, Mancini FR, Trichopoulou A, et al. Mediterranean dietary pattern and skin cancer risk: A prospective cohort study in French women. *Am J Clin Nutr*. 1 oct 2019;110(4):993-1002.

237. Barrea L, Balato N, Di Somma C, Macchia PE, Napolitano M, Savanelli MC, et al. Nutrition and psoriasis: is there any association between the severity of the disease and adherence to the Mediterranean diet? *J Transl Med*. 27 janv 2015;13(1):18.

238. Di Salvo E, Gangemi S, Genovese C, Cicero N, Casciaro M. Polyphenols from Mediterranean Plants: Biological Activities for Skin Photoprotection in Atopic Dermatitis, Psoriasis, and Chronic Urticaria. *Plants*. janv 2023;12(20):3579.

239. Korovesi A, Dalamaga M, Kotopoulou M, Papadavid E. Adherence to the Mediterranean diet is independently associated with psoriasis risk, severity, and quality of life: a cross-sectional observational study. *Int J Dermatol*. 2019;58(9):e164-5.

240. Phan C. Psoriasis et nutrition [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7 (1970-2019). UFR de médecine; 2017.

241. Phan C, Touvier M, Kesse-Guyot E, Adjibade M, Hercberg S, Wolkenstein P, et al. Association Between Mediterranean Anti-inflammatory Dietary Profile and Severity of Psoriasis: Results From the NutriNet-Santé Cohort. *JAMA Dermatol*. 1 sept 2018;154(9):1017-24.

242. Schröder H, Fitó M, Estruch R, Martínez-González MA, Corella D, Salas-Salvadó J, et al. A Short Screener Is Valid for Assessing Mediterranean Diet Adherence among Older Spanish Men and Women. *J Nutr*. 1 juin 2011;141(6):1140-5.

243. Estruch R, Martínez-González MÁ, Corella D, Salas-Salvadó J, Ruiz-Gutiérrez V, Covas MI, et al. Effects of a Mediterranean-Style Diet on Cardiovascular Risk Factors. *Ann Intern Med*. 4 juill 2006;145(1):1-11.
244. Martínez-González M, Fernández-Jarne E, Serrano-Martínez M, Wright M, Gómez-Gracia E. Development of a short dietary intake questionnaire for the quantitative estimation of adherence to a cardioprotective Mediterranean diet. *Eur J Clin Nutr*. 1 déc 2004;58(11):1550-2.
245. García-Conesa MT, Philippou E, Pafilas C, Massaro M, Quarta S, Andrade V, et al. Exploring the Validity of the 14-Item Mediterranean Diet Adherence Screener (MEDAS): A Cross-National Study in Seven European Countries around the Mediterranean Region. *Nutrients*. 27 sept 2020;12(10):2960.
246. Sofi F, Cesari F, Abbate R, Gensini GF, Casini A. Adherence to Mediterranean diet and health status: meta-analysis. *BMJ*. 11 sept 2008;337:a1344.
247. University of Florence. Medi-Lite | Literature-Based Adherence Score To Mediterranean Diet [Internet]. 2018 [cité 25 juill 2024]. Disponible sur: <https://medi-lite.com/?lang=en>
248. Sotos-Prieto M, Santos-Beneit G, Bodega P, Pocock S, Mattei J, Peñalvo JL. Validation of a questionnaire to measure overall Mediterranean lifestyle habits for research application: the MEDiterranean LIFEstyle index (MEDLIFE). *Nutr Hosp*. 1 sept 2015;32(3):1153-63.
249. Maroto-Rodríguez J, Delgado-Velandia M, Ortolá R, Perez-Cornago A, Kales SN, Rodríguez-Artalejo F, et al. Association of a Mediterranean Lifestyle With All-Cause and Cause-Specific Mortality: A Prospective Study from the UK Biobank. *Mayo Clin Proc*. 1 avr 2024;99(4):551-63.
250. Vilarnau C, Stracker DM, Funtikov A, da Silva R, Estruch R, Bach-Faig A. Worldwide adherence to Mediterranean Diet between 1960 and 2011. *Eur J Clin Nutr*. juill 2019;72(1):83-91.
251. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. Sante.gouv. 2023 [cité 27 juill 2024]. Programme national nutrition santé 2019-2023 - Bilan de sa mise en oeuvre. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/bilan_pnns_4.pdf
252. Plessz M, Zins M, Czernichow S, Kesse-Guyot E. Les habitudes alimentaires dans la cohorte Constances : équilibre perçu et adéquation aux recommandations nutritionnelles françaises. *Bull Epidemiol Hebd*. 15 oct 2016;2016(35-36):660-6.
253. Haute Autorité de Santé. Élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé [Internet]. 2008 juill [cité 14 juill 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_430286/fr/elaboration-d-un-document-ecrit-d-information-a-l-intention-des-patients-et-des-usagers-du-systeme-de-sante

254. Tsofliou F, Vlachos D, Hughes C, Appleton K. Barriers and Facilitators Associated with the Adoption of and Adherence to a Mediterranean Style Diet in Adults: A Systematic Review of Published Observational and Qualitative Studies. *Nutrients*. oct 2022;14(20):4314.
255. Richardson K, Steffen W, Lucht W, Bendtsen J, Cornell SE, Donges JF, et al. Earth beyond six of nine planetary boundaries. *Sci Adv*. 13 sept 2023;9(37):eadh2458.
256. Institut National de la statistique et des études économiques. INSEE. 2024 [cité 29 juill 2024]. Empreinte carbone de l'alimentation – Transformations de l'agriculture et des consommations alimentaires | Insee. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7728883?sommaire=7728903#>
257. Poore J, Nemecek T. Reducing food's environmental impacts through producers and consumers. *Science*. juin 2018;360(6392):987-92.
258. Barbier C, Couturier C, Pourouchottamin P, Cayla JM, Silvestre M, Pharabod I. L'empreinte énergétique et carbone de l'alimentation en France. *Cent Int Rech Sur Environ Dév*. 2019;24.
259. Liu D, Shi Q, Cheng G, Huang Q, Li S. Worldwide burden attributable to diet high in red meat from 1990 to 2019. *Arch Med Sci AMS*. 28 oct 2022;19(1):1-15.
260. Willett W, Rockström J, Loken B, Springmann M, Lang T, Vermeulen S, et al. Food in the Anthropocene: the EAT-Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems. *Lancet Lond Engl*. 2 févr 2019;393(10170):447-92.
261. Dernini S, Berry EM. Mediterranean Diet: From a Healthy Diet to a Sustainable Dietary Pattern. *Front Nutr*. 7 mai 2015;2.
262. Baudry J, Neves F, Lairon D, Allès B, Langevin B, Brunin J, et al. Sustainability analysis of the Mediterranean diet: results from the French NutriNet-Santé study. *Br J Nutr*. 28 déc 2023;130(12):2182-97.
263. Aleksandrowicz L, Green R, Joy EJM, Smith P, Haines A. The Impacts of Dietary Change on Greenhouse Gas Emissions, Land Use, Water Use, and Health: A Systematic Review. *PLOS ONE*. 3 nov 2016;11(11):e0165797.
264. Jarmul S, Dangour AD, Green R, Liew Z, Haines A, Scheelbeek PF. Climate change mitigation through dietary change: a systematic review of empirical and modelling studies on the environmental footprints and health effects of 'sustainable diets'. *Environ Res Lett ERL Web Site*. 22 déc 2020;15:123014.
265. Fresán U, Martínez-Gonzalez MA, Sabaté J, Bes-Rastrollo M. The Mediterranean diet, an environmentally friendly option: evidence from the Seguimiento Universidad de Navarra (SUN) cohort. *Public Health Nutr*. juin 2018;21(8):1573-82.
266. Kowalsky TO, Morilla Romero de la Osa R, Cerrillo I. Sustainable Diets as Tools to Harmonize the Health of Individuals, Communities and the Planet: A Systematic Review.

Nutrients. 22 févr 2022;14(5):928.

267. Collège de la Médecine Générale. Santé planétaire en médecine générale - Le temps de l'action. 2021.

268. Collège de la Médecine Générale. L'alimentation santé planétaire. 2021.

269. Département Universitaire de Médecine Générale de Toulouse. Méthodes de Consensus [Internet]. [cité 15 mars 2024]. Disponible sur: <https://dumg-toulouse.fr/uploads/4ed5eea50c128f389776aed32aa278bb64bd6df8.pdf>

270. Centre de coordination francophone pour la formation en médecine générale, Université Libre de Bruxelles, Liège université, Université Catholique de Louvain. Les méthodes du consensus [Internet]. Le travail de fin d'études en médecine générale. [cité 14 juill 2023]. Disponible sur: <http://www.mgtfe.be/guide-de-redaction/6-les-differentes-methodes-dinvestigation/6-5-les-methodes-du-consensus/>

271. Adler M, Ziglio E. Gazing Into the Oracle: The Delphi Method and Its Application to Social Policy and Public Health. Jessica Kingsley Publishers. 1996.

272. Lyonnais É. À la recherche d'un consensus professionnel, la méthode Delphi. Sages-Femmes. 1 nov 2021;20(6):52-4.

273. Letrilliart L, Vanmeerbeek M. À la recherche du consensus : quelle méthode utiliser ? Exercer. 2011;99:170-7.

274. Diamond IR, Grant RC, Feldman BM, Pencharz PB, Ling SC, Moore AM, et al. Defining consensus: A systematic review recommends methodologic criteria for reporting of Delphi studies. J Clin Epidemiol. 1 avr 2014;67(4):401-9.

275. Belton I, MacDonald A, Wright G, Hamlin I. Improving the practical application of the Delphi method in group-based judgment: A six-step prescription for a well-founded and defensible process. Technol Forecast Soc Change. 1 oct 2019;147:72-82.

276. Commission nationale de l'informatique et des libertés. Règlement général sur la protection des données - RGPD [Internet]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/reglement-europeen-protection-donnees/chapitre2>

277. Ministère de la transition écologique et de la cohésion des territoires. Stratégie nationale de lutte contre la déforestation importée. 2024 [cité 10 mai 2024]. Soja. Disponible sur: <https://www.deforestationimportee.ecologie.gouv.fr/produits-concernees/article/soja>

278. Berta-Vanrullen I, Saul C, Thomann C. Sécurité et bénéfices des phyto-estrogènes apportés par l'alimentation - Recommandations. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments; 2005 mars.

279. Powell C. The Delphi technique: myths and realities. J Adv Nurs. 2003;41(4):376-82.

280. Pill J. The Delphi method: Substance, context, a critique and an annotated bibliography. Socioecon Plann Sci. 1 févr 1971;5(1):57-71.
281. Santé Publique France. Manger Bouger. 2021 [cité 28 août 2024]. Manger Bouger. Disponible sur: <https://www.mangerbouger.fr/>
282. McMillan SS, King M, Tully MP. How to use the nominal group and Delphi techniques. Int J Clin Pharm. 1 juin 2016;38(3):655-62.

XI. ANNEXES

A. Annexe 1 – Score MEDI-LITE

Sofi et al. - Mediterranean diet and health status: an updated meta-analysis and a proposal for a literature-based adherence score (2014)

FRUIT 1 portion: 150 g	<1 portion/d 0	1–1.5 portions/d 1	>2 portions/d 2
VEGETABLES 1 portion: 100 g	<1 portion/d 0	1–2.5 portions/d 1	>2.5 portions/d 2
LEGUMES 1 portion: 70 g	<1 portion/week 0	1–2 portions/week 1	>2 portions/week 2
CEREALS 1 portion: 130 g	<1 portion/d 0	1–1.5 portions/d 1	>1.5 portions/d 2
FISH 1 portion: 100 g	<1 portion/week 0	1–2.5 portions/week 1	>2.5 portions/week 2
MEAT AND MEAT PRODUCTS 1 portion: 80 g	<1 portion/d 2	1–1.5 portions/d 1	>1.5 portions/d 0
DAIRY PRODUCTS 1 portion: 180 g	<1 portion/d 2	1–1.5 portions/d 1	>1.5 portions/d 0
ALCOHOL 1 Alcohol Unit (AU) = 12 g	<1 AU/d 1	1–2 AU/d 2	>2 AU/d 0
OLIVE OIL	Occasional use 0	Frequent use 1	Regular use 2
TOTAL:			

Le score obtenu en additionnant les valeurs de chaque item évolue entre 0, une adhésion faible au mode de vie méditerranéen, à 18, une adhésion forte.

B. Annexe 2 – Score MEDAS

Schröder et al. - A Short Screener Is Valid for Assessing Mediterranean Diet Adherence among Older Spanish Men and Women (2011)

	Frequency ¹
1. Do you use olive oil as the principal source of fat for cooking?	Yes
2. How much olive oil do you consume per day (including that used in frying, salads, meals eaten away from home, etc.)?	≥4 Tbsp ⁵
3. How many servings of vegetables do you consume per day? Count garnish and side servings as 1/2 point; a full serving is 200 g.	≥2
4. How many pieces of fruit (including fresh-squeezed juice) do you consume per day?	≥3
5. How many servings of red meat, hamburger, or sausages do you consume per day? A full serving is 100–150 g.	<1
6. How many servings (12 g) of butter, margarine, or cream do you consume per day?	<1
7. How many carbonated and/or sugar-sweetened beverages do you consume per day?	<1
8. Do you drink wine? How much do you consume per week?	≥7 cups ⁶
9. How many servings (150 g) of pulses do you consume per week?	≥3
10. How many servings of fish/seafood do you consume per week? (100–150 g of fish, 4–5 pieces or 200 g of seafood)	≥3
11. How many times do you consume commercial (not homemade) pastry such as cookies or cake per week?	<2
12. How many times do you consume nuts per week? (1 serving = 30 g)	≥3
13. Do you prefer to eat chicken, turkey or rabbit instead of beef, pork, hamburgers, or sausages?	Yes
14. How many times per week do you consume boiled vegetables, pasta, rice, or other dishes with a sauce of tomato, garlic, onion, or leeks sautéed in olive oil?	≥2
Mean	—

¹ Criterion to score 1 point. Otherwise, 0 recorded.

Le score obtenu en additionnant les valeurs de chaque item évolue entre 0, une adhésion faible au mode de vie méditerranéen, à 14, une adhésion forte.

C. Annexe 3 – Pyramide de la Diète Méditerranéenne

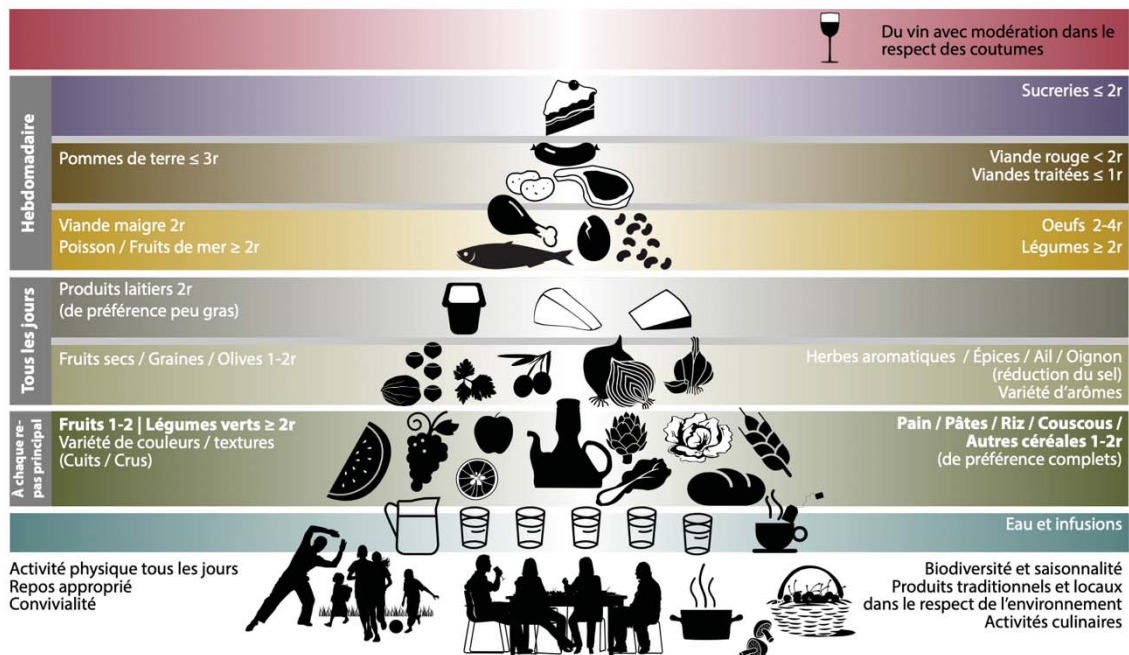
Fundacion dieta Mediterranea - Dieta Mediterranea (2010)

Disponible sur : <https://dietamediterranea.com/en/>

Pyramide de la Diète Méditerranéenne: un style de vie actuel

Guide pour la population adulte

Les rations basées sur la frugalité
et les habitudes locales



Édition 2010

r = Ration



Fundación
Dieta Mediterránea

ICAF
International Commission on the
Anthropology of Food and Nutrition



Predimed
Prevención con Dieta Mediterránea



© 2010 Fundación Dieta Mediterránea
Utilisation et la promotion de cette pyramide est recommandée sans aucune restriction

D. Annexe 4 – Index MEDLIFE

Sotos-Prieto et al. - Design and development of an instrument to measure overall lifestyle habits for epidemiological research: the Mediterranean Lifestyle (MEDLIFE) index (2015)

Food group	Foods included	Criteria for 1 point*
Block 1: Mediterranean food consumption		
1. Sweets	Candy (1 serving = 1 unit or 50 g), chocolates (1 serving = 30 g), biscuits (1 serving = 4–6 units), turrón (1 serving = 40 g)	≤2 servings/week
2. Red meat	Beef, pork, lamb (1 serving = 100–150 g)	<2 servings/week
3. Processed meat	Ham (1 serving = 1 slice or 30 g), sausage, soft spicy sausage, bacon (1 serving = 50 g), hamburger (1 serving = 1 unit), liver (1 serving = 100–150 g), pâté (1 serving = 25 g)	≤1 serving/week
4. Eggs	Eggs (1 egg)	2–4 servings/week
5. Legumes	Lentils, beans, peas, chickpeas (1 serving = 1 plate or 150 g)	≥2 servings/week
6. White meat	Poultry and rabbit (1 serving = 100–150 g)	2 servings/week
7. Fish/seafood	White/oily fish (1 serving = 100–150 g), canned fish (1 serving = 1 can or 50 g), seafood (1 serving = 200 g)	≥2 servings/week
8. Potatoes	Roast/boiled potatoes, French fries (1 serving = 150–200 g)	≤3 servings/week
9. Low-fat dairy products	Skimmed dairy milk (1 serving = 1 cup or 200 ml), soft cheese	2 servings/d
10. Nuts and olives	Walnuts, almonds, hazelnuts (1 serving = 1 handful or 30 g), olives (1 serving = 10 units)	1–2 servings/d
11. Herbs, spices and garnish	Onion, garlic, herbs (parsley, oregano)	≥1 serving/d
12. Fruit	All fruit and fresh fruit-based juices (1 serving = 150–200 g)	3–6 servings/d
13. Vegetables	All vegetables except potatoes (1 serving = 150–200 g)	≥2 servings/d
14. Olive oil	Olive oil, virgin olive oil (1 serving = 1 tbsp)	≥3 servings/d
15. Cereals	White and whole grain bread (1 serving = 40 g), cereals (1 serving = 1 plate) and derivatives	3–6 servings/d
Block 2: Mediterranean dietary habits		
16. Water or infusions	Water or infusions (1 serving = 1 glass)	6–8 servings/d or ≥3 servings/week
17. Wine	White/red wine (1 serving = 1 cup)	1–2 servings/d
18. Limit salt in meals		Yes
19. Preference for whole grain products		Yes/fibre > 25 g/d
20. Snacks	Potatoes chips, popcorn (1 serving = 1 bag or 50 g)	≤2 servings/week
21. Limit nibbling between meals	Nibbling outside five main meals	Yes
22. Limit sugar in beverages (including sugar-sweetened beverages)		Yes
Block 3: Physical activity, rest, social habits and conviviality		
23. Physical activity (>150 min/week or 30 min/d)	Jogging, walking quickly, dance, aerobics, gardening	Yes
24. Siesta/nap	During weekends	Yes
25. Hours of sleep	During weekdays	6–8 h/d
26. Watching television	During weekdays	< 1 h/d
27. Socializing with friends	During weekends	≥2 h/weekend
28. Collective sports	During week	≥2 h/week

*0 points if these criteria are not met.

E. Annexe 5 – Message d’information/consentement sur la protection des données personnelles

Message d’information/consentement sur la protection des données personnelles

Description du traitement des données :

Actuellement interne de médecine générale à la faculté de médecine de Nancy, j’ai décidé d’orienter mon travail de thèse sur le thème du mode de vie méditerranéen. **L’objectif principal de celui-ci sera de conceptualiser une brochure d’informations au sujet de ce mode de vie méditerranéen, à destination des patients consultant un professionnel de soins primaires.**

Ce travail intitulé « **Conception après consensus d’experts par méthode Delphi d’un outil d’accompagnement au suivi du mode de vie méditerranéen, à destination de patients consultant un professionnel de soins primaires** » est dirigé par le Docteur Daphné MOUROT, médecin généraliste à DIEULOUARD et présidé par le Professeur Mathias POUSSEL exerçant au CHRU de Nancy.

Pour atteindre cet objectif, j’envisage d’utiliser la **Méthode Delphi**. Cette méthode consiste à générer des solutions en recueillant les suggestions et avis d’experts d’un domaine précis via des questionnaires successifs. Dans le cas de mon travail, les experts consultés seront des professionnels de soins primaires de fonctions variées, sensibilisés au mode de vie méditerranéen, et pratiquant l’Education Thérapeutique du Patient (ETP), ainsi que des patients témoins appliquant ce mode de vie.

Ce travail se basera sur 3 questionnaires anonymes successifs, adressés à une vingtaine d’experts sans communication directe entre eux. Les réponses aux questionnaires seront dissociées des informations identifiantes, et il ne sera pas possible d’en déterminer l’auteur. Le 1^{er} questionnaire sera rédigé par mes soins selon les ressources bibliographiques que j’ai pu rassembler. Les questions seront rédigées sous la forme d’affirmations, auxquelles les experts exprimeront leur degré d’accord en utilisant une échelle de Lickert allant de 1, exprimant un profond désaccord, à 10 un accord total. Il sera également possible pour chaque affirmation de suggérer une nouvelle idée ou d’émettre un avis via un espace de commentaire libre. Un délai de 3 semaines sera alloué pour compléter chaque questionnaire. Le temps à consacrer à chaque questionnaire sera de 30 minutes environ. Les 2^e et 3^e questionnaires seront construits en tenant compte des réponses qui auront été rendues par les experts lors du questionnaire précédent. Vous pourrez alors réagir aux propositions des co-experts.

A l’issue du 3^e questionnaire, il sera possible d’avoir une vision globale et consensuelle des attentes énoncées par les experts au sujet de la brochure d’information dont j’ai fait mention ci-dessus. Je m’appuierai donc sur ces données pour concevoir le support final.

Les informations recueillies sont indispensables pour vous contacter en cas de non-réponse (nom et prénom) et afin d’illustrer la diversité de profil des experts (âge, sexe et profession). Vos données personnelles directement identifiantes (nom et prénom) seront

accessibles uniquement des investigateurs et resteront anonyme des autres experts. Seuls apparaîtront dans la publication finale votre profession, votre âge et votre sexe.

La base légale de ce traitement est le consentement de la personne concernée (article 6 1. a du Règlement Général sur Protection des Données N°2016/679).

Les données seront traitées par les personnels en charge des investigations au sein de la faculté de médecine de l'université de Lorraine. Cela comprend l'investigateur principal (Théo VOUHE, interne de Médecine Générale), le directeur (Dr. Daphné MOUROT, Médecin Généraliste à DIEULOUARD) et le président (Pr. Mathias POUSSEL PU-PH au CHRU de Nancy) du travail de thèse.

Les données identifiantes seront conservées jusqu'au 31 Octobre 2025, date avant laquelle devra se tenir la soutenance de thèse.

La participation au projet de recherche décrit ci-dessus est basée sur le volontariat.

Objet du traitement des données

Finalités

Les informations recueillies permettront de contacter les experts en cas de non-réponse (nom et prénom) et d'illustrer la diversité de profil des experts de l'étude (âge, sexe et profession). Les données personnelles directement identifiantes (nom et prénoms) seront accessibles uniquement des investigateurs et resteront anonyme des autres experts. Seuls apparaîtront dans la publication finale les professions, âges et sexes des experts.

Base légale

La base légale de ce traitement est le consentement de la personne concernée.

Données traitées

Catégories de données traitées

Nom, prénom, âge, sexe et profession.

Sources/origines des données

Déclaration des experts au moyen de questionnaire.

Personnes concernées :

Les experts consultés seront des professionnels de soins primaires de professions variées, sensibilisés au mode de vie méditerranéen, et pratiquant l'Education Thérapeutique du Patient (ETP), ainsi que des patients témoins appliquant ce mode de vie.

Destinataires des données :

Les destinataires des données sont l'investigateur principal (Théo VOUHE, interne de Médecine Générale), le directeur (Dr. Daphné MOUROT, Médecin Généraliste à DIEULOUARD) et le président (Pr. Mathias POUSSEL PU-PH au CHRU de Nancy) du travail de thèse.

Elles seront traitées par l'investigateur principal (Théo VOUHE, interne de Médecine Générale), le directeur (Dr. Daphné MOUROT, Médecin Généraliste à DIEULOUARD) et le président (Pr. Mathias POUSSEL PU-PH au CHRU de Nancy) du travail de thèse.

Transferts des données hors UE : Non.

Durée de conservation des données :

Les données identifiantes seront conservées jusqu'au 31 Octobre 2025, date avant laquelle devra se tenir la soutenance de thèse.

Sécurité :

L'université met en œuvre des mesures de sécurité techniques et organisationnelles pour assurer la sécurité des données à caractère personnel.

Vos droits sur les données vous concernant

Conformément aux dispositions du Règlement général sur la protection des données N°2016/679 (RGPD) et de la loi N°78-17 dite « Informatique et Libertés », vous disposez de droits d'accès, rectification, opposition, effacement, limitation et portabilité de vos données. Pour les exercer vous pouvez contacter l'investigateur principal, Théo VOUHE, à l'adresse theo.vouhe2@etu.univ-lorraine.fr

L'Université de Lorraine a désigné un délégué à la protection des données que vous pouvez contacter pour toute information à l'adresse suivante : dpo-contact@univ-lorraine.fr

Pour plus d'information sur vos droits et la protection de vos données personnelles ou pour une réclamation, vous pouvez consulter le site de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) à cette adresse : www.cnil.fr

Je soussigné (e) consens à participer au projet de recherche et au traitement de mes données personnelles dans les conditions énoncées dans la présente lettre d'information.

OUI NON

Remarques :

Date et signature :

F. Annexe 6 – Synthèse des réponses au 1^{er} questionnaire

Les experts ont été invités à signifier leur degré d'accord à une suite d'affirmations au moyen d'une échelle de Likert, graduée de 1 à 10, en suivant l'indication suivante : 1 (pas du tout d'accord) à 10 (tout à fait d'accord).

Pour une affirmation donnée, les réponses ont été analysées et interprétées de la manière suivante :

- Les avis sont dits « **consensuels** » et la proposition est validée lorsque le score médian à l'échelle de Likert est supérieur ou égal à 7, et que plus de 70 % des réponses du panel d'experts se situent entre 7 et 10 (la valeur 7 étant incluse dans l'intervalle).
- Les avis sont dits « **pertinents, non-consensuels** » et la proposition reformulée si le score médian à l'échelle de Likert est supérieur ou égal à 7, et que moins de 70% des réponses du panel d'experts se situent entre 7 et 10 (la valeur 7 étant incluse dans l'intervalle).
- Les avis sont dits « **équivoques** » et la proposition reformulée si le score médian à l'échelle de Likert se situe entre 4 et 7 (la valeur 4 étant incluse dans l'intervalle et la valeur 7 exclue).
- Les avis sont dits « **dissensuels** » et la proposition exclue si le score médian à l'échelle de Likert est inférieur à 4.

Pour rappel, la médiane (ou score médian) correspond à la valeur de l'échelon de Likert partageant en parts égales (50% au-dessus et 50% en dessous) les réponses des experts. Par exemple, prenons les résultats suivants : 1 - 1 - 3 - 4 - 6. La médiane est 3, car l'effectif de répondants est partagé équitablement (50/50) autour de cette valeur.

Résultats :

Pour ce premier questionnaire, **73 affirmations** ont été soumises au panel de **29 experts** initialement recrutés :

- Parmi les 29 experts recrutés, **28** ont apporté une réponse à ce questionnaire. **1** expert n'a pas communiqué de réponse et est donc exclu de la suite de l'étude.
- Parmi les 73 affirmations :
 - **65 sont dites consensuelles** et validées sans reformulation lors du prochain questionnaire.
 - **6 sont dites pertinentes, non-consensuelles** et seront donc reformulées lors du prochain questionnaire.
 - **2 sont dites équivoques** et seront donc reformulées lors du prochain questionnaire.
 - **Aucune n'est dite dissensuelle**, donc exclue définitivement lors du prochain questionnaire.

Questions	Nombre de réponses à la question	Médiane	Pourcentage de réponses supérieures ou égales à 7	Suggestions/Avis.
				A quoi ressemblera l'outil à construire ?
Une brochure au format A4, recto-verso, est un moyen de communication adapté à la promotion du mode de vie méditerranéen.	28	5	43%	<ul style="list-style-type: none"> - Format permettant beaucoup d'informations, mais peu pratique à prendre avec soi (pour les patients). - Trop de papier tue le papier (et les arbres) - Un peu trop grand selon moi - Format plié avec un rappel sur le devant comme mémo et le contenu en intérieur? - Un format court est plus adapté, les gens lisant de moins en moins - Effectivement la taille semble raisonnable pour ne pas effrayer le patient tout en délivrant suffisamment d'informations, mais à mon sens il ne faut pas que ce soit juste une feuille A4 volante, mais une feuille A4 pliée en 3 par exemple pour qu'elle semble concise pour le patient - Le papier n'est pas lu. Les données se périment rapidement. - Le format est trop grand - Un format A4 plié en 3 est plutôt adapté pour une simple brochure car il peut facilement se glisser dans une poche ou un sac, contrairement à un format A4 non plié. - Je trouve que le fait d'avoir toutes les infos sur une même page est + visuel et peut être intéressant pour capter l'attention et la mémoire des patients ? Ayant une mémoire visuelle, je retiens beaucoup mieux si toutes les info tiennent en 1 page (ou 2) que en 3 ou 4! - Oui, sur une face avec un dessin on peut schématiser ce qui est bon d'un côté de la page pour le quotidien et ce qui ne l'est pas de l'autre côté de la même page et sur le verso on peut mettre quelques précisions importantes - Trop grand - Oui je pense c'est sous ce format que je délivre mes informations en fin de consultation : support écrit pour consolider les informations orales qui ont été données au patient - Format A4 trop grand pour mettre dans un sac par exemple, sera plié et jamais lu possiblement - Les outils d'information sont de bons outils pour transmettredes informations, à condition qu'ils répondent à certains critères de qualité, en particulier en terme de littéracie. En revanche, cela ne contribue que partiellement à un changement de comportement. D'où son inclusion nécessaire à une démarche plus globale prenant appui sur la posture éducative (compétences relationnelles) de la personne véhiculant cette information.
Un livret au format A5 (demi-A4), constitué de 4 pages, semble approprié dans le cadre de la promotion du mode de vie méditerranéen.	28	9	82%	<ul style="list-style-type: none"> - Trop de papier tue le papier (et les arbres) - Oui ce type de format correspond mieux aux types de brochures que l'on rencontre dans le milieu médical (exemple : la vaccination) - Ce format pourra être plus détaillé, mais est-ce qu'il sera lu ? - Si le texte est clair je pense que cela est suffisant. - Un format informatique peut aussi être intéressant dans notre monde connecté. Un QR code qui ramène à un site avec toutes les infos sur le régime - idem , Les gens d'informent via les réseaux sociaux désormais --> prévoir média numérique : vidéo explicatif, podcast, influenceur.se.s - Plus ergonomique pour lire oui - Oui, format pratique à emporter, pas très encombrant qui garde un confort visuel. - après ce format là est fréquent et je trouve pas que ça jure mais si je devais présenter le régime méditerranéen à mes patients j'aimerais bien avoir une plaquette A4 - Il faut que ce soit simple, clair et vite lu, 4 pages ça me paraît trop compacte - Format pratique. Une police pas trop petite. - Format satisfaisant également s'il est clair et synthétique. Pour ma part format difficile à réaliser seul en cabinet (chronophage, modélisation, prob. imprimante...) - Le visuel a son importance en effet. Et effectivement pas trop long, bien lisible et compréhensible.

Un document au format PDF imprimable sur le temps de consultation d'un professionnel de santé est un support adapté.	28	9	75%	<ul style="list-style-type: none"> - Intéressant car transmission par email possible. - PDF pour envoi patient et affichage écran de salle d'attente - Oui indispensable à mon avis, plus le document est accessible, plus il sera utilisé. - Moins de gaspillage de papier, mais il ne doit pas être trop long - Dans la multitudes de documents / promotion de prévention que l'on a disposition (et pour lesquels la place manque!), le plus simple reste la brochure imprimable (accessible depuis le logiciel métier par exemple) selon moi. - Cela dépend du matériel dont le professionnel dispose: couleur ou pas ? et du temps qui va être pris pour imprimer - je proposerais un format modifiable ou personnalisable - Oui totalement! Pour les médecins remplaçant c'est pratique notamment. Et peut-être une perte de temps en moins, le temps de chercher le document dans la multitude des papiers du bureau. (Et au milieu de toutes les autres brochures aussi !!). Simple, efficace. - oui si c'est bien fait, cela peut même être une page plastifiée que les gens prennent en photos - Le document doit pouvoir être effectivement imprimable lors de la consultation pour les patients qui n'ont pas d'adresse mail - Difficile de répondre, car la variable d'ajustement est justement le temps de la consultation
A ce jour, je n'ai pas connaissance d'une telle brochure.	27	10	93%	<ul style="list-style-type: none"> - Il existe des livres mais cela nécessite un achat et un temps de lecture plus important. - par contre j'ai lu plusieurs articles traitant de ce sujet - https://www.mangerbouger.fr/manger-mieux/se-faire-plaisir-en-mangeant-equilibre/s-informer-sur-les-differentes-pratiques-alimentaires/qu-est-ce-que-le-regime-mediterraneen - Je ne connais pas de brochure actuellement sur le régime méditerranéen mais je donne aux patients un livret qui se nomme "50 petites astuces pour manger mieux et bouger plus" édité par Santé Publique France. Il met en avant la consommation de fruits et légumes, de légumineuses et des féculents complets, les huiles riches en oméga 3... - j'utilise une page d'un magazine médical qui date des années 90, résumant l'étude de Lyon sur les effets du régime méditerranéen. J'ai gardé ce magazine rien que pour l'image qui est très explicite. Au dos ce sont des statistiques très éloquentes sur les bienfaits de ce régime. Mais au dos, si je faisais un tel document je mettrais plutôt des précisions sur les catégories d'aliments. - Spécifiquement non. Mais des brochures préconisant des conduites alimentaires (nutriments, rythmes, sensations, activité physique, sommeil, gestion du stress, ...) il en existe de nombreuses.
Il faut tenir compte du fait que la brochure sera éventuellement imprimée en noir et blanc.	27	8	52%	<ul style="list-style-type: none"> - Je pense qu'une brochure en couleurs permet de marquer plus et de donner plus envie aux patients de la lire. Le visuel est important sachant qu'aujourd'hui les patients reçoivent beaucoup de documentations des divers professionnels de santé. - Impossible de parler alimentation méditerranéenne et noir et blanc c'est trop triste et non interprétable - En fonction des images éventuelles, il est peut-être intéressant d'y mettre de la couleur. Les couleurs peuvent structurer des chapitres ou thématiques, donc cela donne plus de lisibilité à un document. - L'impression couleur a un indéniable attrait - pour qu'une brochure soit attractive je pense qu'il vaut mieux qu'il y ait de la couleur, le noir et blanc donne moins envie de consulter le document à mon sens - Je ne vois pas l'utilité de noir et blanc, car les infographies qui sont souvent composées des couleurs thématiques ne voudraient plus rien dire. - Pour donner envie de lire au gens, il faut attirer le regard et les couleurs aident. - Oui! Pourquoi pas une brochure cartonnée pour le médecin, un peu une brochure de "présentation", en couleur et après explication sur cette brochure, impression de la version NB pour le patient ? Dans tous les cas il faut qu'elle soit imprimable en NB, je pense que la majorité des médecins/professionnels de santé n'impriment pas en couleur - c'est mieux en couleur - Avec de la couleur c'est plus ludique - oui car tout le monde n'a pas forcément d'imprimante couleur mais il serait préférable cependant que la brochure soit en couleur - Attire moins le regard et donne moins envie de lire que si il y a des couleurs - eh oui, si le professionnel de santé est à cours de cartouches par exemple

Les images suivantes sont adaptées à un support remis dans le cadre de la santé.	28	8,5	82%	<ul style="list-style-type: none"> - Coloré, beau, qui donne envie de lire. - Pourquoi pas, mais le graphisme est très simple. - moins appétent en noir et blanc cependant - Les couleurs sont agréables et les légumes facilement identifiables - Oui si impression couleur... - à condition qu'il n'y ait pas d'ambiguïté sur le légume concerné. Il faut donner l'impression d'un travail sérieux et non une brochure infantile - En effet beaucoup de couleurs et de variétés sont intéressants et font réagir les patients - Pas fan du graphisme. - Oui mais pas que des aliments - Nos autorités nous assènent des messages et images de ce genre, devenues anti productives - On reconnaît les légumes et le graphisme est agréable - je préfère la photo de vrais légumes, ou des dessins plus appétissants - C est plus parlant - Assez d'accord mais quelques-unes sont difficilement reconnaissables. Et quid de photos réalistes ?
Le titre suivant est adapté pour inciter à la lecture de la brochure : " Le mode de vie méditerranéen : des habitudes bénéfiques pour vous... et pour la planète !".	28	8	86%	<ul style="list-style-type: none"> - ... et pour la planète ! formulation non adaptée pour personne non réceptive à l'écologie et presque donneur de leçon (enlever "... et !") - Mode de vie / habitudes sont des termes qui n'expriment pas explicitement l'alimentation qui à priori est le noyau de la brochure. Cela sous-entend une approche plus globale de philosophie et hygiène de vie. - quid des personnes climato sceptiques ? - Parfait ! La référence à la planète, sous-entendu l'écologie, m'a mis un sourire aux lèvres. Je présente bientôt un film débat: "Recettes pour un monde meilleur", je me sens tout à fait concernée. - Je le fais d'abord pour ma santé et ma foi tant mieux pour la planète si c'est le cas. - C'est un bon titre mais à mon avis trop long pour capter l'attention - Je serais d'avis de faire un message simple uniquement centré sur la santé et ne pas y associer le futur de la planète - Oui car les personnes commencent à connaître les problèmes environnementaux liés à notre consommation de viande et certains veulent mettre en place des changements dans leurs assiettes - Je pense qu'en tant que professionnel de santé on s'occupe de la santé de nos patients, et que la planète et une préoccupation autre - Je parlerai plutôt de l'alimentation méditerranéenne - Ne pas oublier le mode agricole qui joue le rôle essentiel de notre alimentation. - Titre peut-être un peu long ? : Le mode de vie méditerranéen : bénéfique pour vous... et pour la planète ! - de mon point de vue, il manque la notion de "quotidien" (des habitudes "du quotidien" par exemple) qui ancre les comportements dans une certaine régularité. D'autre part, selon le niveau de littératie des personnes, le terme "mode de vie" est peut-être à expliciter.
Le visuel du titre doit être multicolore afin de représenter la diversité de l'alimentation au sein du mode de vie méditerranéen.	28	5,5	36%	<ul style="list-style-type: none"> - Accrocheur. - non adapté y compris impression noir et blanc - Pas spécialement. Cela peut nuire à la lisibilité ou la crédibilité. Je pense que la variété des couleurs du régime méditerranéen peut se retrouver plutôt dans la brochure. - possible difficulté de lecture pour certaines personnes et problème des imprimantes noir et blanc, plutôt jouer sur la typographie ? - Des couleurs comme les légumes et épices de la cuisine méditerranéenne, de la gaieté, de la vie - C'est intéressant, encore une fois la limite c'est l'impression couleur - inutile , il faut favoriser une lecture simple, rapide et efficace. - Non je pense qu'un titre en noir sera plus percutant - pourquoi pas, mais j'aurai peut être changé de couleur toutes les 2 lettres pour ne pas perdre le patient dans toutes les couleurs - Bonne idée, mais attention à l'accessibilité de la brochure. - Bof, l'intérêt me semble limité - Pas du tout accrocheur pour une doc qui doit plutôt faire pro et technique que pub marketing - en cas d'impression noir et blanc.... - Pourquoi pas! Est-ce que ça colle avec une impression NB ? - il faut que ce soit facile à lire - Les couleurs attirent l'œil, c'est moins monotone à lire. - Je pense que le titre doit effectivement "attirer" l'œil mais une couleur unique me paraît plus adaptée. A l'inverse plusieurs couleurs possibles sur le reste du document - Plus attractif pour le regard :) - oui, si cela ne nuit pas aux capacités du support à bien véhiculer l'information (communication)

Il faut formuler les sous-titres des différentes parties sous la forme de questions. " Pour qui ? Pour quoi ? Comment ? "	28	8,5	82%	<ul style="list-style-type: none"> - C'est une méthode qui fonctionne bien et qui permet de répondre à la problématique selon des questions simples qu'un patient est amené à se poser. - pas forcément utile selon le reste du contenu, pour qui = déjà adapté si le MG le donne, comment sera détaillé je pense (et conseille !) et pour quoi éventuellement utile à rappeler mais le MG le dira déjà à la consultation de remise de la brochure, le comment me semble devoir être prédominant - Questions simples, facile à s'y référer - Pas d'interrogation, vous allez produire un travail d'expert finalisé. - Bien fragmenter les sous-titres afin de donner une info à la fois - je ferai plutôt des parties sur les sortes d'aliments, car l'alimentation méditerranéenne est bonne pour tous - Il est bon de développer un fil conducteur un fil rouge. - Pour qui ? ne me semble pas forcément utile. A l'exception des enfants en bas-âge qui ont un régime alimentaire particulier, le mode de vie méditerranéen doit être adopté précocement je pense au cours de la vie - Pourquoi pas, mais on peut soumettre aussi des questions qui interpellent le lecteur de la brochure : à chaud : " Êtes attentif à votre façon de manger ?" "Pensez-vous que votre santé est liée à votre alimentation ?"
---	----	-----	-----	---

				1ère partie - A qui s'adresse le mode de vie méditerranéen ?
Le mode de vie méditerranéen est bénéfique pour les patients atteints de pathologies cardio-vasculaires, cancéreuses, diabétiques, auto-immunes et inflammatoires.	27	9	81%	<ul style="list-style-type: none"> - Bénéfique pour tous les patients. - De nombreuses études viennent confirmer ces affirmations. Pour le cancer c'est le régime alimentaire qui est préconisé avec des adaptations. J'imagine que pour les autres maladies également, le régime méditerranéen constitue la base qui est ensuite légèrement adapté en fonction de la pathologie. Il constitue le premier levier et être accompagné de l'activité physique. Les propriétés antioxydantes et anti-inflammatoires des plantes ne sont plus à démontrer, enrichir son alimentation de plantes, légumes et fruits ne peut qu'apporter un bénéfice au patient. - je ne connais pas toute la biblio sur le sujet donc sous réserve mais il me semble qu'il vaut mieux se focaliser sur preuve établies (quid des inflammatoires/auto immuns?), par ailleurs chez les patients subissant un cancer, des adaptations seront probablement nécessaires au vue de l'anorexie fréquente - Faire valoir la prévention vis-à-vis de ces pathologie? De ce fait, le mode de vie méditerranéen est conseillé à tout le monde, avec ou sans pathologies avérées. - Le mode de vie méditerranéen est bénéfique pour TOUS les patients - oui, bénéfique pour chaque être humain - Je pense qu'il est très bénéfique pour tout patient de tout âge - Impossible d'avoir un avis sans se référer à des sources scientifiques, idéalement gradé par niveau de preuve. Tu devrais partager des sources et donner les niveaux de preuve de tes affirmations afin qu'on puisse juger de leur pertinence à figurer ou pas dans un outil d'information - Il est bénéfique pour tout le monde. - Oui mais pas que...il est bénéfique pour tout le monde - et pour tous - Il est bénéfique pour tous et pour toutes les pathologies chroniques. Pour les patients cancéreux des aménagements pourront être conseillés pour s'adapter à la perte de poids et les conséquences des chimiothérapies. - Il me semble bon pour tous, sans distinction. Nous devons nous sentir TOUS concernés, bien portants et moins bien portants. Il me semble que ce type de cloisonnement diminue l'impact général. - Et les autres ! Je pense que c'est important de préciser qu'il est bénéfique à tout le monde donc aussi aux patients atteints de pathologies cardio-vasculaires, cancéreuses, diabétiques, auto-immunes et inflammatoires. Le préciser fera peut-être + adhérer ses patients là ? - En médecine générale on peut résoudre la plupart des "petites" pathologies rencontrées par un changement alimentaire qui est le principal facteur dans l'amélioration du mode de vie - Moins de sucre moins de gras
Les femmes enceintes peuvent tirer profit du mode de vie méditerranéen.	27	9	100%	<ul style="list-style-type: none"> - La grossesse demande une attention particulière en matière d'alimentation. Un mode de vie méditerranéen permet d'enrichir son alimentation en fibres (indispensables pour éviter la constipation fréquente), en vitamines (nécessaires pour la maman et le fœtus) et nutriments. En prenant des bonnes habitudes dès la grossesse la maman se prépare également à la bonne alimentation de bébé. La diversité du régime méditerranéen permet aussi pendant l'allaitement de faire découvrir les goûts et saveurs à bébé. - si preuve biblio - pour tout le monde - Oui sauf contre-indication par exemple pour certains types de fromage - Impossible d'avoir un avis sans se référer à des sources scientifiques, idéalement gradé par niveau de preuve. Tu devrais partager des sources et donner les niveaux de preuve de tes affirmations afin qu'on puisse juger de leur pertinence à figurer ou pas dans un outil d'information - j'ai moins d'expérience dans le domaine mais je suppose que ça ne peut être que bénéfique

				<ul style="list-style-type: none"> - on supplémente systématiquement les femmes qui ont un désir de grossesse avec de l'acide folique, on ne leur dit pas qu'il suffit de manger plus de légumes, dont les légumes verts
Il est important de préciser sur la brochure que les enfants tirent aussi bénéfices du mode de vie méditerranéen.	27	9	93%	<ul style="list-style-type: none"> - Cela peut paraître évident mais finalement on se rend compte aujourd'hui que les enfants ne savent même pas reconnaître des légumes simples comme la courgette ou le concombre. Le bénéfice sur la santé est certain et amène à des habitudes alimentaires de futur adulte beaucoup plus saines. Et il permet de faire mieux connaître la diversité alimentaire. - peut être utile de préciser que des bonnes habitudes enfants ont plus de chance de donner de bonnes habitudes une fois adulte ? - idem question précédente - sans aucun doute, n'oublions pas que leur souhait est d'aller chez Mac do..... - Oui tout à fait d'accord - Impossible d'avoir un avis sans se référer à des sources scientifiques, idéalement gradé par niveau de preuve. Tu devrais partager des sources et donner les niveaux de preuve de tes affirmations afin qu'on puisse juger de leur pertinence à figurer ou pas dans un outil d'information - Oui afin que les parents se sentent concernés - OUI, éducation ! - Oui c'est important de le préciser car beaucoup de personnes même dans le milieu de la santé pensent que la consommation régulière et en quantité importante de viande et de poisson est indispensable au développement de l'enfant. Et en France nous sommes les premiers consommateurs de viande de l'Europe - Ce n'est pas important mais c'est faisable - L'enfant doit apprendre très tôt à manger légumes fruits. Les plats préparés pour bébé .1 c'est cher. 2. Au niveau goût il n'y a pas photo avec une préparation maison
On peut aussi opter pour le mode de vie méditerranéen parce qu'on est sensibilisé aux problématiques environnementales.	27	9	89%	<ul style="list-style-type: none"> - Ce mode de vie propose un meilleur ratio Légume-fruits/protéines animales. Il propose une assiette beaucoup mieux équilibrée et se rapproche de la norme santé avec moins de protéines animales, plus de protéines végétales et plus de fruits et légumes. L'impact environnemental est donc moins important avec ce type d'alimentation (surtout si l'on privilégie le local) - pour ce que j'en sais le meilleur régime pour la planète est le régime végétarien (peut-être même végétalien ?) - ne pas, peut-être, oublier de parler de la condition animale. - Impossible d'avoir un avis sans se référer à des sources scientifiques, idéalement gradé par niveau de preuve. Tu devrais partager des sources et donner les niveaux de preuve de tes affirmations afin qu'on puisse juger de leur pertinence à figurer ou pas dans un outil d'information - Oui aussi mais cela viendra en complément - Oui et en plus on y gagne aussi pour sa santé - Je ne pense pas que ce soit le propos, et pas sûr que ce soit valable comme argument - Oui !! En mettant en valeur les co-bénéfices ? - oui moins d'élevage intensif - Circuit court. Produits de la ferme
La brochure doit préciser que tout le monde, même en l'absence de pathologie, peut profiter du mode de vie méditerranéen.	28	10	93%	<ul style="list-style-type: none"> - Un mode de vie à adopter pour éviter le développement de maladies futures. Il permet de vivre plus longtemps en bonne santé. Voir les nombreux ouvrages écrits à ce propos (J'ai lu "Le régime de longévité" du Pr Walter Longo, très intéressant, études des zones bleues, l'alimentation de type méditerranéenne est un des leviers de la longévité en bonne santé) - pas forcément utile, je pense même que les personnes souffrant de pathologies ont aussi à craindre qu'il ne leur soit pas permis - Oui exactement tout le monde est concerné bien au contraire - Je tournerai la phrase différemment en disant qu'il agit en prévention et permet de réduire le risque d'avoir certaines maladies - Les bénéfices concernent absolument toute la population - CF supra - c'est bien ce qu'il me semble - Oui! C'est un mode de vie, pas un traitement ! - Les cellules du corps se renouvellent constamment, même l'os et avec quoi ? Ce que l'on mange. Pour avoir un corps sain il faut manger sainement - Découvrir les régions leurs spécialités.

				2ème partie - Ça consiste en quoi, le mode de vie méditerranéen ?
Proposer un tableau avec les aliments à privilégier d'un côté et les aliments à limiter de l'autre est une approche intuitive.	27	9	93%	<ul style="list-style-type: none"> - Oui c'est un format assez simple qui est proposé aussi dans le cadre de l'alimentation infantile (diversification alimentaire). C'est assez simple à comprendre, c'est rapide à lire. - oui mais pourrait être restrictif ? ou procéder par catégorie d'aliments? mais dans ce cas moins utilisable pour certains patients - ça prend vite de la place dans ton infographie par contre je pense - A privilégier: légumes, huile d'olive, légumes secs, lentilles, pois chiches, haricots rouges, poissons gras style sardines, maquereaux, saumon, hareng, fruits secs, amandes, noix, olives, boire beaucoup d'eau, fromage de chèvre et brebis. A limiter : viande rouge, produits gras, sucrés et transformés - Cela permet d'être clair oui - Oui, cela peut se faire avec des dessins ou photos que tout le monde peut

				<p>comprendre même les personnes ne lisant pas le français</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ne préciser que les aliments à favoriser - Oui c'est visuel et parlant pour moi ! - j'ai un tableau très explicite, dont je parlais au début de ce questionnaire, dans un vieux magazine médical que j'ai gardé et que j'ai fait plastifié. Mis dans la salle d'attente, les patients le prennent en photo... - Avec la saisonnalité - Oui si tableau bien construit et avec nette limitations entre les 2 côtés pour bien différencier et ne pas que ça se mélange dans la tête du patient
Concernant les aliments à privilégier, les conseils suivants sont faciles à mettre en œuvre et doivent apparaître dans la brochure.				
Privilégier la viande dite "blanche" comme les volailles, le porc et le veau.	27	8	78%	<ul style="list-style-type: none"> - La qualité des fruits et légumes est importante, il faut si cela est possible privilégier le bio, le circuit court (pour avoir des produits frais, riches en vitamines). Ne pas laisser trainer ses fruits et légumes plusieurs jours ou semaines avant de les consommer. Éviter les produits d'importation (cueillis avant maturité et qui ont voyagé longtemps). Associer légumineuse et céréales pour un meilleur apport en protéines (riz/lentilles, semoule/pois chiche). Les variétés anciennes sont globalement plus gouteuses et plus riches en nutriments. Les poêlées sont un bon moyen de consommer facilement les bons aliments (diversité, couleurs, huile d'olive, on y ajoute un féculent) - poisson : mettre en plus gros d'en consommer que lesquels, fruits et légumes de saison il me semble honnête de notifier que c'est plus pour la planète que pour le régime en soi, céréales complètes : parler du pain+++++, jouer la carte de la cuisine est utile mais peut repousser certains patient qui n'aiment pas cuisiner et qu'ils se disent que ce n'est pas pour eux, épices/accompagnement : certains font partie des aliments utiles au microbiote il me semble, et d'autres peuvent être toxiques à forte dose : à mentionner? pâtisserie : plutôt que le type de sucre leur limitation et les produits non industriels me paraissent plus importants, légumes en conserve attention au sel, bio : attention aux finances de certains patients ça me semble encore une fois plus important pour la planète, vin rouge : attentions aux patients en surconsommation à ne pas donner une "excuse" supplémentaire, ou il faut vraiment mettre un nombre plus que "très raisonnablement", mais ça ne générerait presque que ça soit mentionné - Je crois que le porc et le veau sont plutôt considérés comme de la viande rouge concernant le risque cardio-vasculaire? Les poissons et fruits de mer sont bons à la santé mais contiennent de nombreux polluants tels que microplastiques et métaux lourds selon l'endroit où ils ont été pêchés ? Tous les sucres se valent et il faut en limiter sa consommation quelle que soit sa provenance ? Idem, tous les alcools se valent pour la santé, inutile de parler plus du vin rouge que des autres ? - Le porc ? Pour le poisson, je ne suis pas très objectif car je n'aime pas les arrêtes, la ressource diminue et la façon d'élever les saumons ne me paraît pas extra.... Je me supplémente en huiles (foie de morues par exemple) - ne pas rajouter de sel dans l'alimentation - Très surpris par la présence d'alcool ! A ma connaissance aucune étude, correctement menée, n'a fait la preuve de l'impact positif de la consommation de n'importe quel alcool, vin rouge français compris, sur la santé. Quels sont les conflits d'intérêt des rédact.eur.ices de ces recommandations vis à vis de l'alcool ? Quelle source ? quelle preuve ? - Pour le poisson > augmenter raisonnablement à cause des polluants. - Il vaut mieux le surgelé que les conserves et le frais stocké depuis longtemps, car ils ont déjà perdu une bonne quantité des nutriments, contrairement aux légumes qui sont surgelés très peu de temps après cueillettes. Éviter tous les plats préparés et tous les produits raffinés et reprendre plaisir à cuisiner en famille, même à l'avance en congelant. - Il faut mentionner le coût de ces aliments et proposer une alternative plus abordable. - Donner une quantité pour le vin rouge afin d'avoir un repère. - Le porc ne fait pas partie des viandes "blanches" item 1 Distinguer poissons pélagiques du saumon d'élevage item 4 - Éviter de citer saumon dans poisson gras car cher et élevage délétère pour écologie Citer huile de colza en assaisonnement riche en oméga 3 et peu couteuse Consommer viandes ou poissons de façon exceptionnelle: une à deux fois par semaine suffisant Ajouter consommation quotidienne d'oléagineux: noix amandes... Consommation de soja sous forme de tofu ou tempeh pour remplacer viande dans préparation - Consommer uniquement de la viande blanche me semble à modérer : nous importons déjà énormément de volailles élevées dans des conditions plus que discutables, (espace, nourriture, médicaments ...). Pourquoi ne pas inciter à manger MOINS de viande, mais de la BONNE viande, dont la viande rouge, laquelle peut être tout aussi bénéfique si consommée de façon modérée, et si issue d'une agriculture raisonnée ? Idem pour les poissons : OK pour les poissons gras, mais les autres également, si issus d'une pêche raisonnée. Je connais trop de patients devenus "orthorexiques" et qui ne mangent plus que du poulet, des pâtes complètes et des haricots verts , car le reste "n'est pas bon pour la santé" . Apprendre à varier est important. - Attention Porc n'est plus considéré comme viande blanche, dernières
Substituer les produits carnés par d'autres protéines, telles que les oeufs ou les légumineuses quand c'est possible.	28	10	93%	
Augmenter la consommation de produits issus de la pêche, tels que le poisson et les crustacés.	28	8	75%	
Privilégier les poissons dits "gras" comme le maquereau, le hareng, le saumon et les sardines.	28	8,5	79%	
Augmenter la consommation de légumes et de fruits frais.	28	10	96%	
Privilégier les légumes et fruits de saison.	28	10	100%	
Augmenter la proportion de légumineuses comme les lentilles, pois et haricots.	28	10	93%	
Sélectionner les pâtes, riz et graines dits "complets"	27	9	96%	
Opter pour les matières grasses d'origine végétale.	27	10	100%	
L'huile d'olive est à privilégier avant toutes les autres huiles.	27	9	89%	
Varié les plaisirs avec les aromates et épices.	27	10	96%	
Être créatif et mettre de la couleur dans l'assiette.	27	10	89%	
Confectionner les pâtisseries avec des quantités proportionnées de sucres non-raffinés comme le sucre de canne complet ou le miel.	27	9	89%	
Opter pour les conserves et surgelés des légumes en dehors de leur saison de maturité.	27	8	81%	
Si c'est possible, se tourner vers les alternatives issues de l'agriculture biologique.	27	10	89%	

Consommer du vin rouge très raisonnablement.	27	8	67%	<p>recommandations favoriser les volailles. Privilégier les petits poissons gras moins riche en toxines. Augmenter sa consommation de légumineuses mais pas les portions. Féculents complets ou semi-complets. Attention huile de palme et coco = végétal mais pas bonne pour la santé. Nous avons surtout besoin d'oméga 3 apporté par l'huile de colza et noix... Attention les produits sucrés sont à limiter quelle que soit leur forme, valoriser certains sucres n'est pas conseillé</p> <p>Les légumes surgelés et en boîte sont de bonnes alternatives, facile d'utilisation, de conservation... Aujourd'hui, nous ne conseillons plus de consommation d'alcool</p> <ul style="list-style-type: none"> - Privilégier la viande blanche mais ajouter "pas tous les jours" ? Augmenter les produits de la pêche : Oui c'est vrai, mais pareil en nuance, 2 - 3 fois par semaine ça suffit non ? Pour les apports et pour l'environnement ! Attention aux poissons gras plein de perturbateurs endocriniens... c'est délicat car ça fait partie du régime méditerranéen mais l'apport en bons gras peut aussi se faire via des huiles végétales qui je crois sont moins nocives pour la santé vis à vis des PE qu'on trouve dans les poissons. Ou alors privilégier les plus petits comme la sardine ou le maquereau (car au début de la chaîne alimentaire donc moins "pollués". "fruits et légumes frais bio de saisons" (tout attaché car mangé des légumes pas de saison non bio, je ne sais pas quelle est la balance bénéfices/risques pour l'organisme mais je recommanderai pas ! Pour moi c'est un bloc qui ne se sépare pas légumes - de saisons - bio). Oui l'huile d'olive est à privilégier mais les autres huiles apportent d'autres acides gras eux aussi importants. Pourquoi pas leur proposer d'alterner entre 2 huiles à la maison dont l'huile d'olive ? (Par exemple huile de lin ? mais bon c'est cher pour la plupart des patients...). Être créatif et mettre de la couleur dans l'assiette. Oui trop bonne idée !! Opter pour les conserves et surgelés des légumes en dehors de leur saison de maturité." Non bof, souvent les produits surgelés ou en conserves ne sont pas cueillis en saisons et les boîtes de conserves alu sont pleines de cochonneries. Après je serais quand même capable de proposer cette solution à l'oral en consultation quand certains patients disent qu'ils ne mangent que certains types de légumes par goût mais je ne sais pas si ça fait partie des choses à écrire sur la fiche - Il faut manger un maximum de produit bio, beaucoup de légumes. Se méfier du blé (et du maïs) qui soit amène du sucre s'il est blanc, soit des pesticides si il est complet et privilégier d'autre céréales ou pseudo céréales comme l'épeautre, le petit épeautre, quinoa, le sarrasin qui amènent beaucoup plus de micro-nutriments. Amener des oméga3 végétaux : huile de colza, cameline, lin à consommer bio et crus - Attention aux épices agressives pour l'estomac. Suggérer d'autres huiles que l'olive - Surgelés OUI, conserves moins conseillées - Peut être insister sur la limitation de consommation de viande rouge ou blanche, ne pas en consommer à chaque repas est meilleur pour la santé (et la planète...) et proposer les équivalences simple à faire en terme de substitution pour les repas à la place de la viande et du poisson. - Pour les patients, difficile de savoir ce qui est "raisonnable" pour le vin rouge - Plusieurs points de vigilance : Préciser "en respectant vos convictions spirituelles, religieuses et culturelles". Risque d'avoir des réactions quant au goût des fruits et légumes. Alcool : très raisonnablement (sauf si une maladie l'interdit formellement, ou femme enceinte)
Concernant les aliments à limiter, les conseils suivants sont faciles à mettre en œuvre et doivent apparaître dans la brochure.				
Limiter la consommation de viande dite "rouge", telle que le boeuf, le mouton et les gibiers.	28	9,5	86%	- Ne pas consommer de fromage quotidiennement. => va à l'encontre des recommandations sur les apports calciques en prévention ostéoporose
Substituer les matières grasses d'origine animales comme le beurre, la crème et le saindoux.	28	8,5	89%	- Certains conseils doivent apparaître dans la brochure mais ils sont difficiles à mettre en œuvre. Par exemple, limiter la consommation de fromage, on peut peut-être proposer des fromages à privilégier (moins gras) comme le chèvre frais par exemple, assez présent dans le régime méditerranéen ou le fromage de brebis. Idem pour le chocolat qui peut rester un plaisir occasionnel mais le choisir noir (80%). On peut également mentionner d'éviter le grignotage, et si une collation doit se faire privilégier un fruit ou des oléagineux (noix amandes noisettes, non salées)
Eviter de consommer l'huile de tournesol.	26	9,5	69%	- viande rouge/blanche : peut-être les nommer (dans quoi range t on le porc par ex?), substituer les graisses animales : donner un ex par quoi, huile de tournesol je ne connais pas ses risques, pain blanc : plutôt dire baguette/traditionnel? certains patients ne savent pas ce que c'est, fromage +/- quotidien : quid des fromages blancs/maigres/peu salés?, peut-être plus facile pour des gros consommateurs que l'arrêt, bière/alcool "s'abstenir" : plutôt donner des seuils? limiter? au risque de ne pas obtenir l'adhésion de certains patients
Réduire au maximum la consommation de produits transformés comme les fast-foods, plats préparés et les pains "blancs".	28	10	93%	- Attention aux huiles végétales hydrogénées et à l'huile de palme ou de coco, néfastes pour les artères (toutes les huiles qui se figent) Pour moi, selon le type de fromage et si on limite sa consommation de viande, on peut manger une quantité raisonnable à chaque repas. Je ne comprends pas pourquoi faire une distinction entre les différents types d'alcool, c'est la dose qui change, mais tous les alcools, comme les sucres se valent.
Limiter la consommation de produits fumés et salés tels que les charcuteries, terrines et poissons fumés.	28	9	93%	- Fromage, tout dépend de la quantité. La bière a des qualités, privilégier les bières peu alcoolisées (on trouve actuellement des aberrations)
Ne pas consommer de fromage quotidiennement.	28	8	68%	- Pour les fromages en manger quotidiennement mais des petites portions

<p>Limiter les aliments contenant des sucres raffinés : confiseries, chocolat au lait, chocolat blanc et biscuits industriels.</p>	28	10	93%	<p>de 30 à 50 grammes et plutôt les midis voire les matins</p> <ul style="list-style-type: none"> - On peut remplacer le soda par le Kéfir que l'on peut aromatiser et légèrement sucré. - Expliquer ce qu'est un produit transformé - Le gibier pose question item 1. Les conseils sur l'alcool n'ont pas leur place ici. On en a assez par ailleurs, sans modération... item 9 - idem question précédente. - Les gens savent ce qu'il ne faut pas manger cela ne sert à rien de les culpabiliser plus - Éviter de consommer l'huile de tournesol. Oui mais on risque de les perdre avec les autres huiles... A ce sujet peut être lister dans le tableau du haut les "bonnes huiles végétales" ? Enfin je ne sais pas. Ne pas consommer de fromage quotidiennement : peut-être éviter la formulation "ne pas" ? - Il faut dire que tout se joue lorsque l'on fait les courses, donc il ne faut pas les faire quand on a faim... - Substituer les matières grasses animales par quoi...? Pourquoi éviter l'huile de tournesol. - Une portion de fromage/jour paraît raisonnable en favorisant les fromages dits "maigre" comme ceux de brebis ou chèvre. Les fromages comme le Comté par exemple sont certes hyper-lipidiques et donc hypercaloriques mais riches en calcium ce qui peut être bénéfique pour une femme ménopausée par exemple. - Substituer par ?? (Pour les matières grasses d'origine animale). Réduire "au maximum" est difficile à interpréter : "réduire" seul est préférable dans ce cas. Fromages au quotidien : tout dépend desquels ? un morceau de fromage de chèvre frais par exemple n'est pas incompatible. Pour les alcools, question délicate du "s'abstenir" : un mot de vie méditerranéen peut faire l'objet d'un remplacement ponctuel d'un ou deux verres de rouge par un spiritueux. Et suis du vin blanc ?
<p>Éviter au maximum les sodas et boissons sucrées.</p>	28	10	96%	
<p>Autant que possible, s'abstenir de consommer de la bière, des cocktails et des spiritueux.</p>	28	10	86%	
<p>Le mode de vie méditerranéen n'est pas qu'une question d'alimentation, mais aussi d'habitudes quotidiennes saines.</p>	26	10	92%	<ul style="list-style-type: none"> - Oui absolument, vivre dehors, bouger, prendre le soleil (raisonnablement). Privilégier le temps de vie, moins de stress, être plus proche de la nature. - je ne vois pas vraiment de quoi on parle je vois avec la suite - Activités physique à privilégier - Impossible d'avoir un avis sans se référer à des sources scientifiques, idéalement gradé par niveau de preuve. Tu devrais partager des sources et donner les niveau de preuve de tes affirmations afin qu'on puisse juger de leur pertinence à figurer ou pas dans un outil d'information Je viens de jeter un coup d'œil rapide sur PubMed et je ne vois que des éléments relatifs à l'alimentation. - Et que modifier une habitude prend un peu de temps mais que ça en vaut la peine - Activité physique quotidienne et échanges sociaux et familiaux - oui sans doute avant, ou peut-être encore dans quelques villages - Se faire plaisir en cuisinant - "saines" à remplacer par "favorables à la bonne santé
Les habitudes suivantes sont faciles à mettre en œuvre et doivent apparaître dans la brochure.				
<p>S'entourer de ses amis et ses proches.</p>	26	8	73%	<ul style="list-style-type: none"> - C'est super de parler de la sphère psychologique liée au repas. - lien aux proches : double tranchant pour des personnes isolées cela peut stigmatiser, pour quel bénéfice? cuisiner évite de manger des aliments industriels mais le régime méditerranéen doit rester accessible à ceux qui n'aime pas cuisiner, peut être 2-3 options sur la brochure : je cuisine/(je cuisine peu/n'ai pas beaucoup le temps de cuisiner)/je ne cuisine pas? activité physiques des notions de durée sont nécessaires, peut être mettre aussi l'accent sur les choses du quotidien peu difficile à faire comme prendre les escaliers, se garer plus loin, marcher jusqu'au bus, etc, étirement quel bénéfice prouvé? la nature est accessible plus facilement à la campagne, voir à qui se destine la brochure - manger avec des amis incite souvent à l'excès et à boire un peu plus... - Impossible d'avoir un avis sans se référer à des sources scientifiques, idéalement gradé par niveau de preuve. Tu devrais partager des sources et donner les niveaux de preuve de tes affirmations afin qu'on puisse juger de leur pertinence à figurer ou pas dans un outil d'information - S'il pleut pour la nature, la méditation est une alternative. Attention, lorsque je renoue avec mes mauvaises habitudes, c'est avec les amis et les proches, pas facile de leur faire comprendre mes habitudes alimentaires ou d'imposer un plat à la personne qui vous reçoit. - Bouger son corps fait partie de ce mode de vie oui mais demande encore un effort supplémentaire - Ne culpabilisons pas les célibataires et les personnes isolées !!! On peut manger bien seul, et très mal en famille ou entre amis. Et à contrario on mange rarement avec les personnes que l'on déteste. - en mentionnant de la faire si possible (attention des personnes n'ont pas d'amis, ne peuvent pas bouger...) - Autrement dit attention ce n'est pas parce que c'est facile pour vous que c'est facile pour tout le monde, sinon tout le monde le ferait déjà - Peut être regrouper les 3 la "Partager ses repas avec les personnes que l'on aime" et "S'entourer de ses amis et ses proches." et "Cuisiner en famille ou entre amis." Par ex "partager du temps avec vos amis et votre famille, autour d'un bon repas par exemple" ? - Il ne faut pas s'enfermer dans la routine. Cuisiner avec les enfants.
<p>Cuisiner en famille ou entre amis.</p>	27	9	81%	
<p>Opter pour le "fait maison" chez soi et au restaurant.</p>	27	10	100%	
<p>Partager ses repas avec les personnes que l'on aime.</p>	26	9	81%	
<p>Pratiquer une activité physique plusieurs fois par semaine.</p>	27	10	100%	
<p>Casser la sédentarité en prenant l'habitude de se lever et d'étirer son corps.</p>	26	10	92%	
<p>S'aérer en marchant dans la nature.</p>	27	10	100%	

				<p>Regarder la nature se transformer au fil des saisons.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avec les personnes que l'on apprécie (plutôt que l'on "aime"). Pratiquer une activité physique : à préciser car tout le monde a une activité physique au quotidien (sauf à être au lit toute la journée, et encore) : --> "maintenir ou renforcer l'activité physique au quotidien". "la nature" pas si simple ; plutôt « en dehors de chez soi, dans la nature si possible ».
Présenter les habitudes à limiter en leur associant une alternative positive permet d'illustrer concrètement les modifications à apporter dans les habitudes de chacun. Exemple : "Plutôt que l'huile de tournesol, optez pour l'huile d'olive.	28	10	96%	<ul style="list-style-type: none"> - Très bonne idée ! Peut-être mieux vécu et plus facilement mis en place que des conseils "Ne pas..." - Oui car les gens sont parfois démunis devant une interdiction, il faut proposer une option simple - Je me pose la question - Tout à fait, ça apporte une alternative simple, ça crée des "slogan" - oui car au lieu d'interdire on donne une solution. Souvent les personnes disent si je ne mange pas de viande je vais manger quoi ? - Très bonne idée - Oui voilà c'est ce que je voulais dire plus haut !! aha Je trouve ça très bien ! Parce que "arrêter l'huile de tournesol" et qu'ils ont l'habitude de cuisiner avec ça, ils ne vont pas réussir à le faire si on leur propose pas autre chose - Oui permet de synthétiser et d'opposer 2 attitudes - Parfait, toujours présenter une alternative sinon les gens ne le font pas
Un modèle des mains, inspiré des dessins ci-dessous, est adapté dans le cadre de la brochure pour préciser les quantités à consommer.	28	8	68%	<ul style="list-style-type: none"> - Intuitif, compréhensible par tous, inclusif des enfants. - Pourquoi pas. Il est vrai qu'un modèle d'assiettes est peu parlant puisqu'il existe des tas de tailles d'assiettes différentes. En revanche, je trouve intéressant de mentionner la composition d'une assiette "idéale" (% de légumes, féculents ou céréales, % de lipides, % de protéines) pour que les gens se rendent compte que dans une assiette idéale, les légumes que l'on considère généralement comme un accompagnement des viandes et poisson, doivent être beaucoup plus présent que la viande. - préciser sur quel temps : journée ? Repas ? et comment constituer un repas équilibré, mettre aussi un équivalent poids pour les personnes qui préfèrent des repères précis mais difficile à adapter à chacun, savoir aussi écouter sa satiété - Je connais quelques infographies avec la référence main, mais je ne suis pas sûre que ce soit très parlant. Une répartition avec l'assiette me semble mieux convenir. - Très pratique - Oui n'étant pas diététicienne c'est ce que je propose à mes patients - sûrement adapté pour certain, mais difficile à se représenter pour d'autre. Je pense que la quantité en gramme est plus parlante et plus précise - Juste un peu gêné par céréale : c'est la taille du poing ? ou le contenu d'une poignée ? - Il vaudrait mieux représenter les choses sous leur forme originelle dans la vie quotidienne : exemple Fromage > Camembert avec proportion de la part, pain > nombre de tranches, huile = cuillère à soupe, etc. Parlons concret ! - Les images permettent de mieux comprendre - pourquoi pas, si on ne trouve rien de plus parlant Une photo ? - ok très visuel les gens aiment beaucoup - oui il faut parler des quantités - Également en poids. - Intéressant mais assez vague quand même
Rappeler dans la brochure les fréquences de consommation de chaque famille alimentaire est judicieux.	28	9	93%	<ul style="list-style-type: none"> - Nécessite pour les patients de bien connaître les familles alimentaires. - C'est un plus oui - oui, trop de personnes se rabattent sur le fromage et les produits laitiers en grandes quantités pour remplacer la viande - attention si livret = feuille A4 reco verso, c'est long tout cela ! - totalement ! Pour moi c'est indispensable. Tout est une question d'équilibre et si on dit aux patients de privilégier la viande blanche sans leur donner les quantités, ça risque d'être mal compris - pas si sûr, car le mode de vie peut être optimal même si les consommations alimentaires sont alternées d'un jour à l'autre
Présenter une assiette-type détaillant la proportion à attribuer à chaque aliment est un moyen de communication adapté.	28	9	89%	<ul style="list-style-type: none"> - J'avais fait une proposition en ce sens un peu plus haut dans la question avec les mains - L'assiette me semble plus explicite, mais il faut détailler ce que sont chaque famille, car beaucoup ne connaissent pas bien toutes les différences. Protéines : viande, poisson, œufs, légumineuses, laitages, charcuterie Céréales ou féculents aussi à préciser car beaucoup de personnes pensent que les pommes de terre sont un légume par exemple. Et les légumineuses entrent dans la catégorie féculent et protéines. - peu pratique à mon goût, difficile de corréliser des pourcentages à la vie quotidienne, 25% de protéine, ça veut dire quelle quantité, quelle fréquence?? - Les images présentées sont très parlantes et plus judicieuses qu'au début. - Oui parfait c'est un outil qui parle bien les patients me disent souvent je vais la mettre sur le frigo avec la pyramide alimentaire - Je pense qu'il faut faire figurer les féculents, que les gens connaissent bien (il me semble). Faut-il les compter dans "Céréales" ? A part ? - Oui, mais on en voit tellement... (et vos céréales ressemblent plutôt à des noix...) - Dans cette assiette une seule source de protéine : le saumon. Plutôt mettre plusieurs protéines : œuf, poisson, pois chiches lentilles comme dans

				<p>les autres parts de l'assiette. Les céréales sont représentés par des oléagineux, il y a un problème je pense</p> <ul style="list-style-type: none"> - Parfait ! - Ok bien que tout le monde le sait, attention dans vos céréales vous avez mis des oléagineux!!! - Oui c'est parlant et visuel, je valide aha. Par contre je mettrais pas du saumon pour représenter les protéines mais toutes les protéines qu'il est possible de manger, notamment en présentant les légumineuses dans ce quart là - Dessins images c'est très parlant. - Les exemples imagés sont plus parlant et mieux retenus - Oui, mais à condition d'avoir plusieurs exemples
--	--	--	--	---

				3ème partie - Quels sont les bénéfices du mode de vie méditerranéen ?
Les bénéfices du mode de vie méditerranéen proposés ci-dessous doivent apparaître sur la brochure.				
Réduction de la mortalité d'origine cardio-vasculaire.	26	10	96%	<ul style="list-style-type: none"> - Je trouve qu'il y a un intérêt important de souligner bénéfices corporels, psychiques et environnementaux (à des niveaux similaires). - les sans réponse ne sont pas connus de ma part mais si biblio le dit on peut les ajouter en séparant bénéfice pour soi/la planète - Je crois qu'il faut distinguer les bénéfices sur la santé individuelle et les bénéfices environnementaux - Je n'ai pas un bagage scientifique suffisant pour être vraiment affirmatif. - D'accord sur l'impact environnemental, à la maison nous n'avons plus beaucoup de déchets - Impossible d'avoir un avis sans se référer à des sources scientifiques, idéalement gradé par niveau de preuve. Tu devrais partager des sources et donner les niveaux de preuve de tes affirmations afin qu'on puisse juger de leur pertinence à figurer ou pas dans un outil d'information - L'impact environnemental est certes un bon argument mais le bienfait sur la santé est prépondérant - est on certain de diminuer le risque d'Alzheimer, de maladie auto immune, de MICI ? - difficile de postuler sur la vie sociale "de qualité", très dépendante des personnalité et compétences relationnelles. Une vie sociale de qualité peut être tout autant entretenue par un mode de vie bien moins favorable à la santé. Attention au message d'« équilibration du diabète", qui est faux par définition, en tout cas qui peut induire une moindre adhésion au traitement médicamenteux. Le diabète a une physiopathologie complexe (de type 2) et comporte toujours une insulinosécrétion défaillante (de degré variable). Et attention, il existe plusieurs formes de diabète ! et le mode de vie méditerranéen n'a jamais eu d'influence sur le DT1
Diminution de la mortalité par cancer.	26	10	92%	
Retarde l'apparition du diabète.	27	10	93%	
Equilibre d'un diabète existant.	27	9	85%	
Réduction du risque de maladie d'Alzheimer.	22	9	82%	
Probabilité moindre de souffrir d'une maladie auto-immune.	24	8,5	71%	
Diminution du risque de contracter une maladie inflammatoire de l'intestin.	25	9	84%	
Occurrences plus rares des maladies de peau.	24	7,5	67%	
Stabilisation du poids.	27	9	93%	
Amélioration du bien-être physique.	27	10	93%	
Renforcement du bien-être mental.	27	10	93%	
Entretien d'une vie sociale de qualité.	26	9	73%	
Production faible de déchets plastiques.	26	8,5	73%	
Possibilité de composter la plupart des déchets.	26	9,5	81%	
Faible impact environnemental.	26	9,5	88%	

				4ème partie - Alors, on s'y met quand ?
Les phrases suivantes sont encourageantes et doivent paraître sur le support final.				
"Même si tous les points évoqués ne sont pas respectés, tendre vers le mode de vie méditerranéen reste bénéfique pour moi et pour la planète !"	28	9	93%	<ul style="list-style-type: none"> - Une phrase courte et marquante aura peut-être plus d'impact sur le long-terme ? C'est super d'indiquer qu'il n'y a pas un seul mode de vie méditerranéen, mais que chacun peut se l'approprier. - Le Vrai Bio n'existe que si chacun plante ses graines pour produire ses légumes, et encore faut-il que la terre n'ait pas reçu de traitement avant. À mon sens c'est très marketing - sur le dernier point je me questionne sur la place à donner dans une discussion par un médecin sur ces propos qui relèvent des choix et convictions des patients en partie, ou écrire quel bénéfice il y a à consommer bio pour la santé dans ce cas - Les conseils pratiques peuvent intéresser et encourager - Chaque effort, compte, même incomplet, les phrases encourageantes doivent laisser place à quelques libertés.. - Nous avons déjà mis en place beaucoup de choses concernant le régime méditerranéen - Le bio c'est bien et un plus mais si déjà on modifie son alimentation en non-bio c'est déjà bénéfique - attention, le BIO vient parfois de loin , et peut avoir un gros impact carbone. - "Je peux initier la démarche en procédant déjà à quelques petits changements !"
"Je peux initier la démarche en procédant déjà à quelques petits changements !"	28	10	89%	
"Mon emploi du temps est chargé. Quand je cuisine je peux préparer plusieurs repas de la semaine, et même en congeler une partie !"	28	9	82%	

"Consommer durable ne coûte pas forcément plus cher ! En limitant mes dépenses liées à la viande et aux produits transformés, je peux me permettre d'acheter BIO."	28	8,5	86%	<p>changements !" oui car ça peut être décourageant pour un patient dont le mode de vie initial est à l'opposé de celui-ci. "Même si tous les points évoqués ne sont pas respectés, tendre vers le mode de vie méditerranéen reste bénéfique pour moi et pour la planète !". Oui bien sûr ! peut-être une phrase "choc" un peu + courte ? "Mon emploi du temps est chargé. Quand je cuisine je peux préparer plusieurs repas de la semaine, et même en congeler une partie !" Oui, je ne sais même pas si on doit préciser "mon EDT est chargé" ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les phrases sont un peu "injonctives" ou "descendantes". Les proposer plutôt comme exemples, pistes ou mises en situation
Il est intéressant de proposer sur la brochure des QR-codes renvoyant à des sites approfondissant le sujet.	27	9	81%	<ul style="list-style-type: none"> - très pertinent. - Les patients atteints de pathologies cherchent parfois par eux-mêmes des informations pour aider à leur guérison, autant les guider vers les bonnes informations - mais aussi d'autres modes de "en savoir plus" pour les personnes non équipées ou qui ne se servent pas d'un smartphone/tablette - Oui, même si tout le monde n'est pas équipé pour les utiliser - Déjà, lire attentivement les compositions des produits achetés. - On peut oui c'est un plus si le patient est intéressé par le sujet - bof car les sites change souvent et les CR code fonctionnent plus - Je sais pas.. Perso je fais rarement les QR codes pour complément d'information et je ne sais pas à quel point ils sont utilisés quand ils viennent compléter une information - la nutrition.fr par exemple - Oui, donner les informations les plus percutantes et laisser le moyen aux gens de s'y intéresser d'avantage - oui, à condition que les sites sont validés par des instances expertes
La brochure doit suggérer des recettes conformes au mode de vie méditerranéen.	26	8,5	81%	<ul style="list-style-type: none"> - Ou renvoyer vers des bases de recettes ? - suggestion de recettes par lien en QR code - Peut-être proposer plutôt une bibliographie ou un PDF de recettes faciles à télécharger - tout du moins renvoyer vers elles - Plutôt un lien vers des recettes appropriées ? Sinon, ça sera trop chargé. - Ou vraiment quelques recettes très simples pour montrer que c'est à la portée du plus grand nombre. - La place est évidemment limitée... Peut-être via des lien en QR CODE ? - Toutes les idées et façons de faire sont bonnes à prendre... - Des exemples de recettes pour avoir une idée et illustrer ce mode d'alimentation - oui les patients sont demandeurs de prestation sans viandes qui ont du gout et facile à préparer - Les patients sont extrêmes friands de recettes, elles me paraissent indispensables. - les recettes sont très appréciées des patients - Ca dépend de la taille de la brochure, mais là peut être que un QR code vers un recueil de recettes peut être intéressant ? - Recette facile - oui à titre d'exemple même si je pense qu'il faut laisser une certaine liberté et créativité à chacun-e - y aurait-il assez de place pour cela ?? - Oui , toujours donner des exemples car si pas d'exemple moins de réalisation - Déjà beaucoup d'info, à la limite les recettes peuvent être en lien dans les QR code

Une dernière chose à ajouter ? Vous auriez voulu revenir sur un point ?	<ul style="list-style-type: none"> - Merci pour ce travail ! - tendre vers le régime méditerranéen oui mais surtout consommer local. Quel est l'impact écologique d'une huile d'olive origine Grèce ou Espagne vs une huile colza tournesol produite localement - Peut-être évoquer quelque part qu'il faut varier, le cru le cuit, car les vitamines et nutriments sont différents (lycopène par exemple) Peut-être donner aussi l'idée d'utiliser les graines pour agrémenter des plats (des graines de lin, de courges, dans une salade composé en été, c'est joli, c'est craquant, c'est gustativement et nutritionnellement intéressant) (les graines germées aussi mais + compliqué à mettre en œuvre), utiliser des jus d'agrumes ou de fruits ou légumes en guise de vinaigrette (jus pressé, pas industriel) - Si besoin de détails ou précisions sur mes remarques, vous pouvez me contacter par mail ou par téléphone? - Non, tout me paraît clair . - Je m'aperçois en lisant toutes ces questions qu'en fait je fais un régime méditerranéen depuis assez longtemps, bon encore quelques craquages sucrés de temps à autre mais s'il n'y en a pas, la tentation n'est pas là - rien à ajouter - Si la brochure permet de sensibiliser dans un premier temps sur les bénéfices c'est déjà bien - à l'attention du patient, le côté "sauver la planète" dois à mon sens être écarté. Pour obtenir l'adhésion du patient, tjrs favoriser son ego, il sera toujours plus égoïste qu'altruiste car c'est SA santé. - Quand je n'ai pas répondu c'est que je n'avais pas forcément d'avis ou de connaissance sur le sujet.... - Ne pas être trop dirigiste : limiter, réduire, Ne pas culpabiliser. Bien insister sur le fait qu'il faut modifier nos habitudes alimentaires en général, mais que de temps en temps il faut savoir aussi se faire plaisir et s'accorder un "repas interdit ". - Désolée je suis un peu cash mais c'est pour vous aider sans prendre trop de temps - Mettre en avant que cela ne demande pas beaucoup d'effort , suggérer des recettes simples , insister sur 			
---	---	--	--	--

	<p>l'activité physique simple à faire comme marcher tous les jours, faire le tour du quartier (seul ou accompagné ce qui peut resserrer également le lien social)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Non points de vigilance : Attention à l'alcool, en précisant que s'il y a maladie ou addiction, c'est bien sur formellement interdit. Idem pour le diabète, attention aux messages : le mode de vie méditerranéen aide mais ne traite pas le diabète de type 2 ou le syndrome métabolique, et il y a le diabète de type 1 qui n'a rien à voir.
Et vous ? Avez-vous des ressources ou des outils à suggérer ?	<ul style="list-style-type: none"> - Pour des informations sur régime végétarien : site internet Végéclic, lien vers un site d'idées de recettes végétariennes (menu-vegetarien.com) - Pour les personnes curieuses et demandeuses d'informations, il faudrait une bibliographie disponible peut-être via un QR code (avec des ouvrages de référence sur le régime méditerranéen mais aussi l'alimentation en fonction de certaines pathologies et des recettes) ou un PDF à télécharger pour des recettes. - dans les liens pour approfondir : des choses à lire pour ceux qui veulent en savoir plus sur les bénéfices (site de qualité fiable à destination du public++), des sites de recettes, des sites didactiques d'accompagnement à l'adoption du régime pourquoi pas avec communauté/forum - Le fascicule "50 petites astuces pour manger mieux et bouger plus" de Santé Publique France, ne parle pas explicitement de régime méditerranéen, mais reprend globalement vos suggestions. Cependant, il contient 32 pages, avec une synthèse sur la dernière page. - Tout autre chose : je suis absent et injoignable du 8 avril au 25 pour que je ne sois pas hors délais. - La pyramide alimentaire dédiée à ce régime, idée de recettes simples en tout cas ce sont déjà des conseils que je donne ! A aussi les changements doivent se faire petits pas par petits pas sinon on y arrive pas, aujourd'hui je fais mes courses complètement différemment et ne passe plus dans certains rayons (exemple sodas) - mangerbouger.fr - Oui ChatGpt et Gemini de Google, gain de temps énorme pour trouver une recette par exemple, plutôt que se farcir des sites internet. - J'ai bcp utilisé une brochure proposée par je ne sais plus quelle instance nationale, qui ne la réédite plus , et qui m'a conseillé de l'imprimer moi-même à partir de son site, mais c'était en noir et blanc, sur du papier classiqueaucun intérêt. - Pyramide alimentaire - A mon cabinet, je transmets au patient et fais flashé les patients devant moi un QR Code renvoyant sur ce site qui est plutôt bien fait et les patients apprécient repartir avec ce lien : https://www.lanutrition.fr/le-regime-mediterraneen-en-pratique - Tu peux aussi proposer des documentaire accessibles comme celui de ARTE par exemple , des suggestions de livres de recettes pour orienter les gens. Toutes les propositions sont déjà bien cela dit. - Un petit topo sur "l'histoire" du régime méditerranéen en 1-2 phrases max en début de brochure ? - Non

G. Annexe 7 – Synthèse des réponses au 2nd questionnaire

Les experts ont été invités à signifier leur degré d'accord à une suite d'affirmations au moyen d'une échelle de Likert, graduée de 1 à 10, en suivant l'indication suivante : 1 (pas du tout d'accord) à 10 (tout à fait d'accord).

Pour une affirmation donnée, les réponses ont été analysées et interprétées de la manière suivante :

- Les avis sont dits « **consensuels** » et la proposition est validée lorsque le score médian à l'échelle de Likert est supérieur ou égal à 7, et que plus de 70 % des réponses du panel d'experts se situent entre 7 et 10 (la valeur 7 étant incluse dans l'intervalle).
- Les avis sont dits « **pertinents, non-consensuels** » et la proposition reformulée si le score médian à l'échelle de Likert est supérieur ou égal à 7, et que moins de 70% des réponses du panel d'experts se situent entre 7 et 10 (la valeur 7 étant incluse dans l'intervalle).
- Les avis sont dits « **équivoques** » et la proposition reformulée si le score médian à l'échelle de Likert se situe entre 4 et 7 (la valeur 4 étant incluse dans l'intervalle et la valeur 7 exclue).
- Les avis sont dits « **dissensuels** » et la proposition exclue si le score médian à l'échelle de Likert est inférieur à 4.

Pour rappel, la médiane (ou score médian) correspond à la valeur de l'échelon de Likert partageant en parts égales (50% au-dessus et 50% en dessous) les réponses des experts. Par exemple, prenons les résultats suivants : 1 - 1 - 3 - 4 - 6. La médiane est 3, car l'effectif de répondants est partagé équitablement (50/50) autour de cette valeur.

Résultats :

Pour ce second questionnaire, **73 affirmations** ont été soumises au panel de **28 experts** encore inclus :

- Parmi les 28 experts, **27** ont apporté une réponse à ce questionnaire. **1** expert n'a pas communiqué de réponse et est donc exclu de la suite de l'étude.
- Parmi les 73 affirmations :
 - **61 sont dites consensuelles** et validées sans reformulation lors du prochain questionnaire.
 - **10 sont dites pertinentes, non-consensuelles** et seront donc reformulées lors du prochain questionnaire.
 - **2 sont dites équivoques** et seront donc reformulées lors du prochain questionnaire.
 - **Aucune n'est dite dissensuelle**, donc exclue définitivement lors du prochain questionnaire.

	Nombre de répondants à la question	Médianes	Pourcentage de réponses supérieures ou égales à 7	Suggestions/Avis.
				A quoi ressemblera l'outil à construire ?
Le document final devra être proposé à des influenceurs du domaine médical pour une diffusion à large échelle.	26	9	77%	<ul style="list-style-type: none"> - Il faut un format papier aussi. Doit-on encore rappeler qu'un papier n'émet plus de CO2 une fois imprimé, contrairement à un mail transféré encore et encore, et on pourrait ajouter que la surface forestière en France est très bien gérée et même augmentée depuis les années 80. Voir ce lien : https://www.ouest-france.fr/leditiondusoir/2015-11-27/e-mail-ou-papier-qui-est-vraiment-le-plus-ecolo-8621265c-4557-420e-9777-2dbcf1e14e65#:~:text=En%20transf%C3%A9rant%20un%20e%2Dmail,donc%20%C3%A0%20pr%C3%A9server%20la%20plan%C3%A8te%20! - Le seul bénéfice serait qu'ils promeuvent le document dans les médias . - Il pourrait également être librement téléchargeable sur les sites concernant le cancer, qui donnent des conseils pour mieux vivre pendant ou après son cancer. - Également auprès d'étudiant en médecine, externe et interne qui ont des très grande audience et qui permettraient de partager votre travail auprès des étudiants ? - Sans avis - Si possible, éviter les influenceurs influencés par les industriels :) - Presse médicale également - Oui très bonne idée, pour sensibiliser le public et si format électronique hébergé avec adresse internet simple ou QR Code
Le style de graphisme suivant est adapté au support à concevoir.	27	8	78%	<ul style="list-style-type: none"> - On peut mettre un peu plus de couleurs pour attirer le regard - Mettre du vert pour faire penser aux légumes - Le graphisme est intéressant mais le choix de la colorimétrie n'est pas assez tranché pour retenir l'attention. - OK, le graphisme est simple, lisible et la bichromie est sympa. Surtout ne pas tomber dans la caricature. - Trop de gris, ça génère chez moi une émotion négative - C'est parlant et ludique - Ces images me rappellent plus quelque chose de zen plutôt que des conseils d'hygiène de vie - Je trouve les couleurs un peu fades mais ce n'est que mon avis personnel
Plutôt que des images fictives, les photos sont davantage adaptées au support à concevoir.	27	8	59%	<ul style="list-style-type: none"> - Des photos plus appétissantes ou plus dans l'élément naturel - Images fictives semblent plus adaptées, car plus maniables dans la représentation de certaines idées - des dessins peuvent convenir - Des photos attirent moins l'attention. - Oui car même avec des vraies photos parfois ils posent la question "qu'est-ce que c'est!!!!" - Pour les fruits et légumes c'est quelques fois plus représentatif mais sur le support il faut qu'il y ai une cohérence entre photo et illustration: esthétique et fonctionnelle - Moyen, cela fait une différence importante avec les illustrations d'actions. - Aucune erreur sur le produit - L'un n'empêche pas l'autre.... - Oui, mais cette photo n'est que peu appétissante ! préférer clichés d'abondance ! - oui mais il faut de belles photos avec des légumes bien frais et avec un support appétissant comme de l'herbe, des feuilles, du foin, une jolie cagette ou un beau panier. Les légumes de la photo donnée en exemple paraissent peu appétissants... - Difficile de faire une brochure attrayante avec des vraies photos d'aliments je pense - Tout dépend du reste de la présentation, inclure juste des photos des aliments pourrait faire « tache » sur le design de la plaquette/livret /PDF
Anticiper l'impression du support en noir et blanc est une priorité.	26	7	58%	<ul style="list-style-type: none"> - Pour moi le noir et blanc n'illustre pas le régime méditerranéen - De moins en moins de gens impriment. Si c'est imprimé en général c'est pour le texte et non les images. - Nécessité d'éditer un doc en couleur, qui sera plus attirant et donc plus volontiers consulté - Primordial pour une impression en cabinet, où la majorité des praticiens utilisent des imprimantes noir et blanc. Le texte et les images doivent pouvoir rester lisibles et attractifs. - Sans couleur ce sera moins attrayant et moins lisible - Pas de noir et blanc, c'est triste, moins attirant, si vous voulez que le document soit lu, il doit être "publicitaire" - Les connaissances se périment vite, les documents papiers sur lesquelles elles sont inscrites aussi. - Un lien vers un site internet facile à mettre à jour, facilement imprimable pour les inconditionnel.le.s du papier, me paraît beaucoup plus adapté. - C'est triste le lecteur peut abdiquer rapidement la lecture. - La couleur donne plus envie aux gens de le lire

				<ul style="list-style-type: none"> - uniquement si je dois imprimer au cabinet - Oui car la plupart des professionnels de santé ont des imprimantes laser monochromes et pourront plus facilement en imprimer de nouveau si support compatible avec un rendu correct en noir et blanc
Le titre suivant est plus adapté à la brochure : " Le mode de vie méditerranéen : bénéfique pour vous et la planète. "	27	8	78%	<ul style="list-style-type: none"> - Plus on condense le titre mieux c'est - Peut être plus adapté de se concentrer sur l'aspect santé spécifiquement afin de ne pas s'éparpiller. L'aspect planète peut désintéresser certains + risque de culpabilisation - peut être mettre la planète en plus petit car malheureusement certains patients ne s'en soucient pas tant voir deviennent réfractaires lorsqu'ils entendent parler d'écologie - Plus court, précis, qui retient l'attention. - oui c'est plus court et plus direct - non, j'aimais bien le mot habitude, car le but est de réitérer les actes bénéfiques ... Je remplacerais peut-être le « vous » par « votre santé ». - Je préfère le 1er thème plus parlant je trouve - Répéter bon pour la planète oui, mais c'est le laïus utilisé pour tout. « Bon pour l'agriculteur français ». - Plus court, plus clair. - le mot "habitude" est important, il suggère un changement durable. - Il faut un fond lumineux - oui à mon goût plus court et plus percutant
Présenter le titre de cette façon est attrayant	27	5	41%	<ul style="list-style-type: none"> - C'est une idée ou on peut agrandir le mot planète aussi - Couleurs tristes, suggérant l'aspect planète + que l'aspect santé - lecture peut être pas facile pour certains, qqc de plus homogène peut-être ? - Le fait que les orientations et la taille des mots divergent rendent la lecture légèrement plus difficile et diminuent le sens du message. On est plus concentré à lire qu'à comprendre. - trop déstructuré, message peu clair - C'est dynamique et chantant, mais à réserver au seul titre. - A l'image d'une assiette colorée. - Personnellement j'écrirais le titre encore plus gros afin d'attirer l'œil du lecteur - Couleurs marrons pas très jolies, ni attractives, plutôt un bleu comme la mer ? - L'écriture en biais me paraît bizarre et inutile. - bof...pourquoi pas. Je ne sais pas ; le brun me paraît triste et n'évoque pas une démarche dynamique. Le rouge- orangé me semblerait peut-être plus attrayant. - avec un bonhomme qui semble épanoui et une planète qui tourne rond - J'aurais utilisé une palette de couleurs chaude
Il faut interpeller le lecteur avec une question comme celle-ci : " Êtes-vous attentif à votre façon de manger ? "	27	8	63%	<ul style="list-style-type: none"> - Hippocrate disait : "que ton aliment soit ton premier médicament" peut-être est-ce une phrase à insérer quelque part, je trouve qu'elle est toujours d'actualité malgré son âge. - risque de stigmatiser des patients avec des histoires de poids compliquées - Parfait pour attirer l'attention. - Manger doit être un "jeu" - Oui il faut veiller à ne pas culpabiliser le lecteur - Plutôt poser des questions ouvertes: "Comment portez-vous attention à votre alimentation?", par exemple? - Savez-vous que vous êtes responsable de ce que vous mangez - Pas sûr que ce soit si utile car le seul fait de lire la brochure fera interpeller le lecteur et il se demandera si il fait déjà attention à son alimentation
Il est intéressant de rappeler en 2 lignes les origines du mode de vie méditerranéen.	27	9	93%	<ul style="list-style-type: none"> - Important de resituer les choses - pas forcément, ou peut-être sur les débuts des études ayant prouvé efficacité - Primordial car pas forcément connu et clair pour le grand public. - Oui replacer dans un cadre historique pour donner du crédit à ce mode de vie qui a fait ses preuves - La longévité des crétois - Oui mais succinctement - Pourquoi pas mais résumer en 2 lignes pourrait être fastidieux ?

				1ère partie - A qui s'adresse le mode de vie méditerranéen ?
Le document envisagé doit s'inscrire dans une démarche de santé planétaire.	26	9	92%	<ul style="list-style-type: none"> - Sujet fortement d'actualité et recherché par de nombreux praticiens. - Planétaire c'est un vaste projet - Certes mais n'est-ce pas trop ambitieux ? - Ce qui est bon pour l'être humain est bon pour la santé globale, et inversement. Ce qui est néfaste à la santé humaine, l'est aussi pour tous les écosystèmes. - à adapter bien sûr : selon les ressources locales et les moyens des populations - en théorie oui au vu des bienfaits :)
Il faut indiquer sur la brochure que ce mode de vie est intéressant en prévention de maladies chroniques, et qu'il limite leurs complications.	27	10	100%	<ul style="list-style-type: none"> - Très pertinent et permet d'ancrer le message et permet une potentielle propagation des informations entre les patients. - Tout à fait : agir en amont pour vivre mieux ensemble et dans son environnement - Par contre remplacer "intéressant" par "utile". - Citer les maladies chroniques les plus courantes (obésité...). - je mettrais même les maladies aiguës - Et qu'il est possible de l'adopter même si l'on est déjà porteur de maladies chroniques

Il faut mentionner sur la brochure que " les changements doivent être opérés en respectant les convictions spirituelles, religieuses et culturelles de chacun. "	26	7,5	58%	<ul style="list-style-type: none"> - Si certains se posent la question au moins ils seront rassurés - Pas forcément nécessaire, cela va de soit selon moi. Chacun adapte en fonction de ses goûts et pratiques. - Je ne sais pas si c'est utile car cela reste des recommandations et non des obligations, chacun l'adapte à sa façon. - Cela devrait aller de soi sans avoir à le préciser... - Je ne sais pas - Chaque culture a un régime alimentaire qui lui est propre. Chacun est bien évidemment libre d'avoir ses propres convictions et d'adhérer ou pas au régime méditerranéen. Cette mention ne me paraît pas indispensable... - Plutôt que les changements durables peuvent s'opérer sur le long terme en fonction des besoins, des habitudes et des capacités de chacun ? - SVP abandonner le "politiquement correct" - je ne parlerai pas la religion, y'en a marre de la religion, on peut préciser que l'éventail de choix est suffisamment large pour s'adapter à chacun. Peut-être mettre un truc comme l'ouverture d'esprit est une aide précieuse pour la santé donc ne pas hésiter à en parler avec d'autres pour s'éveiller et apprendre à se nourrir correctement. - Cela peut être intéressant oui pour ne pas rebuter certains qui abandonnerait rapidement le régime si cela va à l'encontre de ses convictions et faire déjà une partie du régime sera bénéfique
Il faut préciser sur la brochure que les conseils décrits doivent être adaptés pour les femmes enceintes et les enfants. Notamment, ce qui concerne la consommation d'alcool ou de fromage au lait cru.	27	10	93%	<ul style="list-style-type: none"> - Une mention intégrée. L'alcool n'est jamais utile à la bonne santé. - il vaudrait mieux préciser, à mon sens, que les conseils concernent également les enfants (sauf pour l'alcool) et les femmes enceintes (sauf pour les fromages au lait cru). Cela implique que tous, quel que soit l'âge, et même femmes enceintes, sont concernés. Sinon on risque d'exclure d'emblée ces populations. - oui c'est vrai que l'on est tombé vraiment bas au niveau du bon sens... - En théorie les femmes enceintes devraient déjà être sensibilisées mais, pour ne rien reprocher à la brochure, pourquoi pas effectuer le rappel

				2ème partie - Ça consiste en quoi, le mode de vie méditerranéen ?
Ces conseils concernant les fruits et légumes doivent apparaître sur la brochure :				
" Manger biologique ET local si possible."	27	10	96%	<ul style="list-style-type: none"> - Toute information complémentaire sur la saisonnalité des fruits et légumes est intéressante - Certains aliments gagnent à être cuits pour le bénéfice santé notamment la tomate pour le lycopène et les courges (potimarron, butternut) pour la vitamine A et d'autres nutriments qui ne sont pas assimilés crus. Il faut alors varier crus, cuits. La consommation de fruits et légumes de saison est aussi bénéfique d'un point de vue nutritionnel car le fruit ou légume vient de + près, est à maturité, il n'a pas voyagé ou été pendant des jours dans les frigos, donc contient potentiellement + de nutriments. Les fruits et légumes anciens contiennent aussi + de vitamines et nutriments (des tests ont été réalisés sur des variétés anciennes de tomates, pommes etc). Il faut cependant aussi considérer le mode de culture (la pleine terre en extérieur reste le mode de culture pour lequel les aliments contiennent le plus de nutriments). - Aspect bio et local pas forcément le message principal du régime méditerranéen - " La consommation de fruits et légumes de saison est principalement bénéfique d'un point de vue écologique plutôt que nutritionnel". Les fruits et légumes hors saisons poussent souvent hors sol donc la valeur nutritionnelle ne peut pas égaler les légumes de saisons. De plus la démarche de santé planétaire est globale donc cet item ne remet pas en question le système productiviste sans égard pour la nature. Pour ma part je ne ferais pas apparaître sur la brochure. - Question 2, entièrement d'accord pour les fruits et certains légumes ; cependant se faire une macédoine de légumes frais est contraignant et chronophage. Les légumes en conserve et non préparés présentent un avantage également. Question 4 partiellement d'accord : en hiver nous avons besoin d'orange, mandarines, bananes, avocats, etc. et il faut les importer. - Bio c'est cher c'est une mode qui recule. Certains fruits et légumes crus abrasifs pour estomac et intestins fragiles. Attention certains produits de saison viennent de loin. - Les fruits et légumes qui viennent du bout du monde, sont cueillis trop tôt, non matures, ou poussés sur substrats, avec des produits chimiques pour qu'ils tiennent longtemps. Ils sont donc moins bons gustativement, nutritivement et écologiquement. (Exemple avec les fraises ou tomates en hiver/ fraises et tomates de saison) - UN fruit qui n'est pas de saison et aura parcouru des milliers de km aura perdu ses qualités nutritionnelles en arrivant dans votre assiette. A bannir... - les aliments de saison ont un apport nutritionnel adaptés à la saison - " La consommation de fruits et légumes de saison est principalement bénéfique d'un point de vue écologique plutôt que nutritionnel. " : peut-être un peu trop logique et donc prendrait peut-être de la place pour peu d'intérêt sur la brochure à mon sens. - Produite bio ET /OU local car c'est difficile d'avoir les deux parfois. Consommation de fruits et légumes de saison bénéfique d'un point de vue écologie ET nutritionnel : les tomates cultivées en serre chaude en plein hiver sous lampes n'ont pas le même apport en nutriments que celles cultivée en été par exemple.
" Opter pour des fruits et légumes crus, car leurs nutriments restent intacts en l'absence de cuisson. "	27	8	89%	
" Si acheter des produits issus de l'agriculture biologique s'avère difficile, sélectionner des produits locaux reste une alternative satisfaisante. "	25	9	92%	
" La consommation de fruits et légumes de saison est principalement bénéfique d'un point de vue écologique plutôt que nutritionnel. "	27	7	52%	
" Choisir des variétés de fruits et légumes anciens afin de découvrir de nouvelles saveurs. "	26	8	73%	

Ces conseils concernant les produits céréaliers doivent apparaître sur la brochure :				
" Préférer le pain confectionné à partir de farine de céréales complètes. "	27	10	100%	<ul style="list-style-type: none">- Le fait de remplacer la viande par des légumineuses a aussi un intérêt économique et écologique- Attention au mode de culture des céréales. Le riz, blé, etc. cultivés en conventionnel contiennent beaucoup de pesticides. Un aliment complet (comme le riz ou le pain) qui conserve l'enveloppe de la céréale, contient donc + de pesticides. Il faut privilégier le bio encore une fois car il a été démontré qu'il contenait peu ou pas de résidus de pesticides.- Les conseils les plus courts peuvent marquer plus les esprits.- On peut ajouter le sarrasin- Sauf que le quinoa est produit au Pérou, ça crée de la déforestation et cela augmente le coût carbone. Donc peu écologique ??- les baguettes et pain de mie classiques restent néanmoins à préférer aux multiples viennoiseries et biscuits du commerce qui emplissent les poches des enfants pour le goûter. Préférer les produits à base de céréales complètes ensuite.- il faut parler du pain au levain qui est bien meilleurs à la santé fait avec des farines bio non blanches- Insister sur l'apport en légumineuse à au moins un des repas, c'est souvent ce qui fait défaut dans l'alimentation des gens, et souvent les gens confondent légumineuses et céréales
" La baguette et le pain de mie "classiques" sont produits à base de farine raffinée, et donc à limiter. "	27	9	93%	
" Les produits céréaliers comme le riz, la semoule ou le quinoa peuvent avantageusement être associés à des légumineuses (lentilles, pois chiches, lupins, ...) pour des apports complémentaires en protéines. "	27	10	96%	
Ces conseils concernant les fruits à coque doivent apparaître sur la brochure :				
" Les fruits à coque (noix, noisette, noix de cajou, amande, ...) peuvent être consommés quotidiennement. "	27	9	96%	<ul style="list-style-type: none">- Attention aux allergies.- La collation avec des fruits à coque est intéressante il faut juste mentionner une quantité car il est vite fait de manger la moitié d'un paquet d'amandes. Je crois que la recommandation existe (une 10 aine d'amandes par exemple)- Surtout que la noix est produite en France et ne fait pas des milliers de kms- " La consommation de noix, riches en oméga 3, est à privilégier. " ----> dommage qu'on n'ait pas les sources venant étayer ces affirmations. Je ne que souvenir de lecture dans Prescrire qui disent qu'il n'existe pas de preuve sur les omégas 3 et compagnie... Bref, ne pouvant pas me faire une idée, je ne vote pas.- N y a t 'il pas de contre-indication avec certaines pathologies.- en quantités raisonnables, car rappelons le, très caloriques. Montrer des photos peut permettre une approche quantitative.- oui il n'y a pas que des graisses mais pleins de micronutriments intéressants- "Les fruits à coque peuvent avantageusement composer une collation ou un en-cas." : permet de suggérer en effet des collations saines et changement d'habitudes (gâteaux, confiserie, sodas).
" Les fruits à coque peuvent avantageusement composer une collation ou un en-cas. "	27	10	100%	
" La consommation de noix, riches en oméga 3, est à privilégier. "	25	9	96%	
Ces conseils concernant les légumineuses doivent apparaître sur la brochure :				
" Augmenter la fréquence de consommation de légumineuses comme les lentilles, pois et haricots. " afin d'éviter la confusion entre fréquence et quantité.	27	10	100%	<ul style="list-style-type: none">- Le soja est une légumineuse intéressante mais problématique. Notamment pour les femmes. Les phytoœstrogènes contenus dans le soja seraient responsables de perturbation endocrinienne et pourraient accélérer la multiplication de cellules cancéreuses notamment dans le cancer du sein. Info à vérifier. Mais peut-être est-il plus prudent de limiter la consommation de cet aliment (beaucoup de produits végétariens sont à base de soja, ce qui peut conduire à une consommation excessive)- Concernant le soja, préférer le soja durable (impact écologique). Informations pertinentes sur le site du Ministère de la transition écologique et de la cohésion des territoires.- légumineuses sont riches en protéines si associées au féculents- On peut également citer les yaourts au soja qui est une alternative aux produits laitiers : moins gras et plus digeste- Question 3 je ne sais pas, mais je pense qu'il ne faut pas supprimer totalement la viande.- La viande n'est pas un besoin en soi. Soja, il faut aimer...- Attention au soja chez les enfants et femmes enceinte (impact hormonal ?) et impact écologique de la culture du soja (déforestation)- D'où vient le soja que nous consommons en France ? Nous en importons énormément du Brésil, des États unis, d'Argentine, et participons ainsi allègrement à la déforestation. Ce n'est pas du local !! Culture bio ? sans doute pas. Intérêt gustatif du tofu ? nul. A revoir, voire à déconseiller .- pour le soja industriel, risque d'excès de phyto estrogènes, contrairement aux préparations traditionnelles asiatiques... Ref : revue phytothérapie européenne, dernière revue.- attention au soja, cf la revue de Jan-fev 2024 de La Phytothérapie Européenne, nous n'utilisons pas les méthodes de préparation traditionnelles (trempage, rinçage, mijotage....) et sont donc trop riche en Phytooestrogène- " Les légumineuses sont riches en protéines et constituent une alternative de choix à la viande. " : oui donner l'alternative à la viande est primordiale
" Les légumineuses sont riches en protéines et constituent une alternative de choix à la viande. "	26	10	96%	
" Le soja peut enrichir le mode de vie méditerranéen sous différentes formes (germes, tofu, tempeh, ...) "	26	7	73%	
Ces conseils concernant les matières grasses doivent apparaître sur la brochure :				
" Varier les huiles au quotidien. "	27	10	93%	<ul style="list-style-type: none">- Peut-être faire un distinguo pour les huiles de cuisson et les huiles à ne pas cuire. Les huiles de cameline, de noisette ou de chanvre sont aussi très intéressante et elles se trouvent facilement en magasin bio maintenant.- L'huile de Coco est une bonne alternative en cuisine diététique contrairement à l'huile de palme
" Les huiles d'olive, de colza, de noix ou de lin sont à privilégier pour "	26	10	100%	

leur richesse en oméga 3."				<ul style="list-style-type: none"> - Pourquoi ne pas suggérer l'huile de pépins de raisin... Goût neutre - Les huiles végétales hydrogénées ou qui se solidifient comme l'huile de coco ou de palme sont à éviter pour limiter les pathologies cardio-vasculaires. - rappel simple : olive = oméga 9 = cuisson. Colza = oméga 3 = à consommer +++, alicament, à conserver à l'abri de la chaleur, de la lumière et de l'oxydation (au frigo flacon fermé). Voici un message simple ! - favoriser les huiles riches en oméga3 (colza mais surtout Cameline et Lin très fragile à conserver au frigo dès l'ouverture) et d'olive - Oui pourquoi pas varier mais donner les huiles à privilégier est capital - J'aurais mis " nocives pour l'environnement"
Ces conseils concernant les produits laitiers doivent apparaître sur la brochure :				
" Les produits laitiers sont à consommer en quantité raisonnable, à raison de 2 portions par jour. "	25	9	92%	
" Une portion correspond à 1 yaourt nature, 150 mL de lait ou 30 g de fromage. "	25	10	92%	<ul style="list-style-type: none"> - Les crèmes et les flans sont également sucrés. À modérer ++ - Les produits laitiers sont à consommer en quantité raisonnable, à raison de 2 portions par jour : un à deux par jour n'est-il pas souhaitable ? - Question 3 donner des solutions de remplacement : beurre végétal par ex.... - Il existe des crèmes avec très peu de matières grasses. Crème dessert fait maison œuf+ lait écrémé +miel.
" Le beurre et la crème sont des matières grasses et ne sont pas considérés comme des produits laitiers. "	27	9	89%	<ul style="list-style-type: none"> - Concernant la portion de produit laitier, de quoi parle-t-on ? De teneur en calcium, de calories, de lipides, de glucides... car en termes de calories on est plutôt sur 30g de fromage = 2 yaourts nature sans sucre = 200 ml de lait 1/2 écrémé - Les desserts lactés sont aussi trop sucrés et sont considérés comme un dessert. - Flans et crème sont importants dans la ration alimentaire de nos anciens. Ne pas les dénigrer SVP....
" Les yaourts et fromages blancs ont l'intérêt d'être appauvris en matières grasses suite à la fermentation et sont donc à privilégier. "	26	9	96%	<ul style="list-style-type: none"> - les produits laitiers, surtout de vache, ne sont pas les amis de la santé ! - Rappeler les portions est une bonne chose je pense et rappeler les types de produits à privilégier et à modérer est bien
" Les desserts lactés (crèmes et flans) contiennent peu de lait. Leur consommation est à modérer. "	27	9	89%	
Ces conseils concernant les protéines animales doivent apparaître sur la brochure :				
Plutôt que la distinction "viande rouge versus viande blanche", préférer " Consommer la viande issue de volaille, préférentiellement à toutes autres viandes (boeuf, porc, veau, mouton, ...) "	27	9	74%	<ul style="list-style-type: none"> - L'intérêt économique peut être aussi mis en avant - Pour les œufs, le mode d'élevage a une incidence sur la qualité de l'œuf (moins de cholestérol pour les poules de plein air qui mangent de l'herbe) - l'auteur Guillaume fond dit que des œufs tous les jours ne sont pas problématiques, mais je n'ai pas confronté les études utilisées avec celles sur le risque cardiovasculaire qui ont été discutées il me semble - QUESTION 1 : Oui mais la consommation de viande rouge reste possible une fois par semaine.
" La consommation de viande, même issue de volaille, devrait idéalement rester limitée à 2 repas dans la semaine. "	27	9	70%	<ul style="list-style-type: none"> - Quantité à préciser : idéalement 4 œufs par semaine - Préciser le nombre d'œufs max /repas? - Comme je l'avais suggéré lors du précédent questionnaire, je mettrai l'accent sur la diversification des viandes : si on se limite à une consommation de 2 repas contenant de la viande par semaine, pourquoi de la volaille : rarement locale, généralement importée et élevée dans des conditions innommables, et rappelons le, insipide. Manger de la viande 1 ou 2 fois par semaine, d'accord, mais sachons la choisir et la savourer. Car le régime méditerranéen comprend également parfois de la viande rouge. N'oubliez pas que vous souhaitez être vertueux pour la planète !
" Les œufs peuvent être consommés entre 2 et 4 fois dans la semaine. "	27	9	89%	<ul style="list-style-type: none"> - L'œuf a une composition protéique parfaite pour l'homme, de plus le jaune est riche en micronutriments. Je ne compte pas les œufs, sans tomber dans l'excès - Oui "viande blanche" et "viande rouge" peut être trop vague pour certains. Parler des œufs est bien car connus comme une alternative pour les protéines et donc le public se posera cette question de fréquence de consommation des œufs. - Peut être préciser la quantité d'œufs par semaine plutôt que la fréquence.
Ces conseils concernant les produits issus de la pêche doivent apparaître sur la brochure :				
" Préférer la consommation de petits poissons (sardine, maquereau, hareng, ...), afin de limiter le risque d'ingestion de composants polluants. "	26	9,5	85%	<ul style="list-style-type: none"> - Saumon : écologiquement insupportable ne pas le mettre dans la liste - Certains poissons gras le goût est fort ,digestion difficile - on répète : poisson pélagique opposé élevage (saumon...) - Pas le saumon, préférer l'Anchois
" La consommation de poisson doit être limitée à 2 portions de 100 g par semaine afin de limiter le risque d'ingestion de polluants. "	26	9	73%	<ul style="list-style-type: none"> - Pourquoi pas expliquer brièvement la bioaccumulation/bioconcentration pour que les gens comprennent cette notion d'ingestion de polluants ? - Faire attention à la provenance du poisson : d'élevage ou sauvage notamment le saumon

" L'une de ces portions doit être issue d'un poisson gras (sardine, hareng, maquereau, saumon), afin de profiter de ses oméga 3"	26	9,5	88%	
Le concept suivant : " Le vin rouge fait partie du mode de vie méditerranéen. ", doit être mentionné dans la brochure.	26	5	38%	<ul style="list-style-type: none"> - On peut mais à quantifier précisément - Le vin reste un produit plaisir, il participe à la vie sociale, à la convivialité. Cependant l'alcool reste délétère pour le corps et les vins produits en culture conventionnelle contiennent beaucoup de sulfites. Donc avec beaucoup de modération pour conserver les bienfaits du mode de vie méditerranéen - Plutôt éviter l'incitation à la consommation d'alcool quel qu'il soit - Sans quantité ni fréquence, cela laisse libre court à interprétation pour les patients. - Avec modération ! - On peut surtout noter que la boisson principale doit rester l'eau - Un verre de vin, par jour, si on en a envie ; il ne faut pas ôter la notion de plaisir, pour ceux qui aiment naturellement ! Un régime trop coercitif finit par être négligé. - Même remarque que lors du précédent questionnaire, conflit d'intérêt+++ puissance du lobbying des alcooliers+++ aucune étude n'ayant jamais apporté la preuve d'une utilité/bénéfice. L'alcool, même le meilleur vin rouge bio français n'a rien à faire dans un document d'information nutritionnel. - Éventuellement pour cuisiner oui, cela relève un plat - Le vin intervient dans la convivialité... au même titre que la viande rouge, si je peux me permettre..... - avec modération, pas à chaque repas, pas tous les jours - peut être intéressant que cela apparaisse car le public se posera des questions concernant l'alcool et le type d'alcool autorisé et donc en parler permettra d'être complet et de répondre spontanément aux questions. Éviter le sujet serait moins complet et laisserait en suspens des interrogations. L'évoquer en rappelant pourquoi cela fait partie du mode de vie et en effet bien limiter la consommation (cf infra) - Préciser consommation avec modération
Si les experts décident que l'alcool doit être mentionné, ces conseils doivent apparaître sur la brochure :				
" Consommer moins de 10 verres d'alcool par semaine et au maximum 2 verres par jour. "	25	9	72%	<ul style="list-style-type: none"> - Alerter sur le fait qu'il faut être très prudent sur l'alcool - Je pense qu'il faut mentionner clairement que l'alcool est délétère pour la santé dès le premier verre. Cependant, pour le plaisir, la convivialité, il est possible de boire un verre de temps en temps. Proposer aussi de découvrir les vins bio (sans sulfites).
Si les experts décident que l'alcool doit être mentionné, ces conseils doivent apparaître sur la brochure : " L'alcool reste à proscrire en cas de maladie le contre-indiquant formellement (addiction, cirrhose hépatique, ...) "	26	10	88%	<ul style="list-style-type: none"> - Personnellement 10 verres d'alcool par semaine cela me paraît beaucoup. - Aarg, si jamais la mention de l'alcool passe, ça craint :) :) OK pour mettre ces alertes, MAIS il manque celle concernant les femmes enceintes, mieux, les femmes qui essaie de procréer --> 30% des femmes en grand est disent avoir consommé de l'alcool durant leur grossesse (étude 2023 par SAF FRANCE), 2/3 d'entre disent que c'est parce qu'elle ne savait pas qu'elles étaient enceintes au moment de la consommation d'OH. Il faut donc proscrire à toutes les femmes qui essaie de concevoir, pour éviter d'exposer le fœtus lors des premières semaines de vie. - Boire ou conduire il faut choisir - hors sujet - pour le 2nd conseil cela va de soit donc vraiment utile ? mais le premier est évident
Ces conseils concernant l'assaisonnement des aliments doivent apparaître sur la brochure :				
" Consommer moins de 5 g de sel par jour, en privilégiant le sel iodé. "	26	10	88%	<ul style="list-style-type: none"> - Attention aux produits industriels et au pain qui contiennent beaucoup de sel (caché). Les fromages aussi sont parfois très salés. Le palais s'habitue progressivement au fait que l'on sale de moins en moins.
" Les aliments en conserve ne nécessitent pas d'être resalés. "	26	10	85%	<ul style="list-style-type: none"> - goûter avant de saler - " Consommer moins de 5 g de sel par jour, en privilégiant le sel iodé. " --> même moins je ne saurais pas à quoi correspond 5g de sel --> donner des unités plus faciles à comprendre, plus intuitive (en cuillère à café ? en pincée ?) - " Les aliments en conserve ne nécessitent pas d'être resalés. " --> en bouche, certaines personnes vont penser le contraire et quand même saler le plat. Je serai d'avis d'utiliser une formulation plutôt du genre "Les conserves contiennent déjà beaucoup de sel. Si vous trouvez les aliments fades, il est quand même déconseillé de les resaler" - Il existe du sel marin plantes et légumes - Conseil d'une infirmière de Néphrologie lors d'une séance d'ETP sur l'insuffisance rénale chronique à laquelle j'ai assisté et qui a remis en question mes connaissances : ne pas saler lors de la préparation du repas et laisser la salière sur la table afin que chacun sale à sa convenance - Insister sur la valeur nutritionnelle des légumes en conserve au naturel : plus intéressants à tout point de vue que les légumes importés hors saison. - préférer le sel non raffiné - évoquer à quoi correspond 5g de sel (cuillère à café ?) ? pour que cela parle à la population
Ces conseils concernant les aliments sucrés doivent apparaître sur la brochure :				
" Les sucres non-raffinés sont moins nocifs pour "	27	10	85%	<ul style="list-style-type: none"> - Sucre non raffiné, terme à définir, un peu complexe sur une brochure - Il faut bannir le jus d'orange du matin. Des tas de gens pensent que boire un jus

la santé, mais leur consommation reste à modérer. "				d'orange le matin c'est bon pour la santé alors qu'en fait c'est comme s'ils buvaient un soda. Il faudrait plutôt inciter à manger une orange ou un autre fruit.
" Le chocolat, idéalement noir et à haute teneur en cacao, peut rester un plaisir occasionnel. "	27	9	85%	- Limiter les informations pour être efficace : pas forcément nécessaire de mentionner le kéfir même si intéressant d'un point de vue santé - préciser ce qu'est le sucre raffiné? - Le conseil du kéfir est intéressant mais peu connu du grand public, si il faut hiérarchiser les conseils, je j'enlèverais. - On peut aussi conseiller pour remplacer les céréales industrielles par des muesli ou flocons d'avoine agrémentés
" Les sodas peuvent être substitués par du kéfir de fruit dont la teneur en sucre est moindre suite à la fermentation. "	26	8	73%	- Je pense que le soda est à proscrire totalement; inutile, très sucré et addictif. Le chocolat noir peut-être consommé à petite dose tous les jours. Les jus de fruits pressés avec pulpe contiennent des vitamines, peut-être plus intéressantes qu'un simple café. Les personnes pressées ne prennent pas toujours le temps d'éplucher un fruit
" Les céréales industrielles du petit-déjeuner sont très sucrées et contiennent peu ou pas de céréales complètes. Leur consommation est à modérer au maximum. "	25	10	92%	- "non-raffinés " & "kéfir de fruit" --> à vulgariser. " Les céréales industrielles du petit-déjeuner sont très sucrées et contiennent peu ou pas de céréales complètes. Leur consommation est à modérer au maximum. " et pourtant elles ont un nutriscore A souvent, c'est qui qui ment ? ;) Peut-être prévoir, dans le doc d'info, un petit focus sur l'interprétation du nutriscore. Genre "Un score A ne veut pas dire que c'est bon ou mauvais au goût, ni que c'est bio". - Petit dej fromage blanc confiture maison quelques fruits - Privilégier les jus de fruits avec pulpe
" Les jus de fruits sont très sucrés. Ils ne correspondent pas à une portion de fruit mais se rapprochent plutôt d'un soda. "	27	10	85%	- Tous les sucres, peu importe leur mode de production, ont le même effet sur la santé. Le jus de citron ajouté à de l'eau peut aussi être une alternative ou les thés/tisanes maison non sucrés, froids ou chauds ? - J'aurais mis « les céréales [...] Leur consommation est à éviter au maximum »
Ces habitudes méditerranéennes favorables à la santé doivent apparaître sur la brochure :				
" Prendre le temps de faire la sieste, quand la situation le permet. "	26	8	81%	- Précisez le temps idéal d'une sieste (30 minutes ?). Peut-être préciser pour le sommeil de 6 à 8h par nuit, l'importance de la régularité, plus ou moins aux mêmes heures.
" Dormir idéalement 6 à 8 heures par nuit. "	27	10	89%	- faut-il préciser activité physique en groupe? peut stigmatiser ou décourager certains, sortir s'aérer à préférer à "dans la nature" ou "dans la nature si possible"
" Limiter le temps passé devant la télévision à idéalement moins d'une heure par jour. "	26	9,5	92%	- ajouter les écrans pour limiter le passé devant la télévision - affirmation 3; un bon reportage dure au mois 1 h 30 , sans compter les actualités télé...
" Pratiquer une activité physique en groupe si possible. "	26	9	96%	- Tout le monde n'ayant pas accès à la nature, préférer " Sortir s'aérer. " à " S'aérer en marchant dans la nature. " --> paradoxal, "vous n'avez pas accès à la nature, mais allez-y quand même" - Marche se donner un but, jardin, parc.
Tout le monde n'ayant pas accès à la nature, préférer " Sortir s'aérer. " à " S'aérer en marchant dans la nature. "	27	10	96%	- L'essentiel est de sortir seul ou non : idéalement 30 minutes de marche 30 minutes/jour 5 jours/7 à majorer progressivement si possible (en intensité ou en durée) - La sieste doit être limitée à 20 mn max et il est préférable d'aller marcher après manger plutôt que faire la sieste. Pratiquer une activité physique seul ou en groupe, selon ses goûts et les moments. "Avoir une activité physique" est plus parlant que "s'aérer", car assis sur un banc toute la journée, on est aéré, mais pas d'activité physique.
Certaines personnes étant isolées, préciser " Si c'est possible, s'entourer de ses amis et ses proches. "	26	9	85%	- "sortir s'aérer, marcher, même en ville " ...il me semble judicieux d'inscrire « marcher », sinon on risque de s'aérer assis sur le 1er banc rencontré. - Limiter le temps de sieste à maxi 20 min

				3ème partie - Quels sont les bénéfices du mode de vie méditerranéen ?
" Le mode de vie méditerranéen prévient l'apparition de certains cancers de la peau, et les poussées de psoriasis. "	24	7,5	71%	- Si le lecteur n'en n'est pas convaincu il peut lire l'expérience personnel de Giulia Enders dans le Charme discret de l'intestin. Son mode d'alimentation a guéri sa maladie. - Je ne sais pas - "Pour répondre à cette question, je vous invite à consulter les sources qui y sont associées." comment ? Un lien hypertexte aurait simplifier cette démarche de consultation des sources. Je manque de temps-là, désolé, je ne vais pas chercher comment y accéder :-/ - Je n'ai pas de notion concernant ce bénéfice - Oui, mais pas dans les premiers bénéfices énoncés car ce ne sont pas les principaux bénéfices ? - je n'ai pas pris le temps de consulter les sources... - Je mettrai que le mode de vie méditerranéen améliore toutes les pathologies et prévient la plupart des pathologies je ne ferai pas dans le détail. Il faut essayer une quinzaine de jours et voir ce qui se passe - effet motivant d'ajouter ces bénéfices pour la santé
" Le mode de vie méditerranéen prévient l'apparition de la maladie d'Alzheimer "	25	8	76%	- Peut-être ? - idem - idem réponse précédente, énumérer les bénéfices dans l'ordre de leur importance et fréquence ?

				- je m'y suis intéressée, ça a l'air exact - de nouveau, effet motivant d'ajouter ces bénéfices pour la santé
" Le mode de vie méditerranéen prévient l'apparition du diabète de type 2, non-insulinodépendant "	25	9	84%	- idem - plus que d'accord !!! - peut-être pas utile de rajouter "non insulinodépendant" ? juste type 2 ? - pareil, effet motivant d'ajouter ces bénéfices pour la santé
" Le mode de vie méditerranéen permet de contrôler la glycémie des patients atteints de diabète de type 1, insulinodépendant. "	25	9	72%	- idem - non : permet d'AMELIORER le contrôle du DID - Mais rien sur le vasculaire ? IDM/AVC ? Je suis désappointé ! - pareil pour l'insulinodépendance
Sur la brochure, il sera souhaitable de distinguer clairement les bénéfices pour la santé, des bénéfices pour l'environnement.	27	9	81%	Pas forcément d'accord. Je pense que le bénéfice écologique peut apparaître lors des conseils nutritionnels. - Les deux sont étroitement liés et le changement ne se fera pas l'un sans l'autre donc pour moi c'est inutile - sa santé perso est quand même une priorité... - repensez au soja, au poulet....

				4ème partie - Alors, on s'y met quand ?
" Tout se joue lorsque l'on fait les courses ! Pour ne pas être tenté, autant y aller le ventre plein. "	26	9	73%	<ul style="list-style-type: none"> - Incomplet est un peu péjoratif : partiel ? autre ? ou juste "chaque effort compte" ou "pas besoin d'être parfait, personne ne l'est" ou autre - Petit pas à petit pas pour changer ses habitudes sur le long terme - Rappeler que ce changement prend du temps. Encourager le partage en famille et amis d'un tel mode de vie - le mode vie préconisé doit être accepté dans sa façon d'agir - Volonté et persévérance - Le ventre plein et avec une liste de courses ! 4ème item à moduler : le style de vie méditerranéen selon les produits de NOS producteurs non méditerranéens. ATTENTION AUX IMPORTATIONS - Les repas exceptionnels (entre amis, restau...) ne cochent peut-être pas toutes les cases, mais ce n'est pas grave, c'est le quotidien qui compte. - Oui phrases encourageantes pour motiver et ne pas rebuter rapidement certains !
" Modifier ses habitudes prend un peu de temps mais cela en vaut la peine ! "	26	10	92%	
" Chaque effort compte, même incomplet. "	25	10	92%	
" Même si l'alimentation n'est pas BIO, il est déjà bénéfique pour notre santé et pour l'environnement de modifier nos habitudes vers un style de vie méditerranéen. "	26	10	92%	
" Il faut aussi savoir se faire plaisir, et parfois s'autoriser un repas hors de ces recommandations. "	26	10	88%	

				5ème partie - Comment peut-on en apprendre davantage ?
Un QR code devrait amener au site de recettes méditerranéennes intitulé InBocca : https://www.in-bocca.fr	25	8	68%	<ul style="list-style-type: none"> - Il cherche un repreneur donc pas sûr que le site perdure pour le moment. - Qui a créé ce site ? En lien avec un professionnel de santé ? Ou un professionnel de la cuisine seulement ? Il y a des articles à disposition écrits par différentes personnes, dont on ne connaît que le prénom. - le site cherche un repreneur, pas sûr qu'il fonctionne encore dans quelques temps - Ce site donne des bonnes recettes, dommage qu'il y ait autant de publicité - Plus de 1400 partenaires + un site qui cherche un repreneur. Ce n'est pas sérieux. Théo, la santé est une économie comme une autre. Ils veulent juste engrener des bénéfices, pas diffuser des informations utiles à la santé. 1400 partenaires, c'est 1400 risques d'avoir des informations erronées pouvant avoir un impact négatif sur la santé. - Génial, merci pour ce site, je ne connaissais pas et il semble être très fourni !
Un QR code devrait amener au site de recommandations de Santé Publique France intitulé Manger Bouger : https://www.mangerbouger.fr	25	8	84%	<ul style="list-style-type: none"> - Site fiable et complet. - Déjà un peu plus "général" et moins "spécifique" que le premier et peut être déjà trop vu dans les publicités donc pas sûr que cela soit très utile
Un QR code devrait amener à l'application en ligne " La Fabrique à menus " du site Manger Bouger : https://www.mangerbouger.fr/manger-mieux/la-fabrique-a-menus/	24	8,5	83%	<ul style="list-style-type: none"> - C'est bien mais cela ne simplifie pas les choses - Super ! Pour l'avoir testé, rapide, précis, très pertinent et accessible à tous. - la fabrique à menus fonctionne en pointillée - Lien inexistant - ah oui très bien, facilite de débiter le régime avec cette aide, pourquoi pas !

Un QR code devrait amener au site de recettes végétariennes intitulé Menu Végétarien : https://menu-vegetarien.com/#	26	8	69%	<ul style="list-style-type: none"> - Propositions végétariennes très intéressantes et très recherchées par le public végétarien. - Très bonnes recettes sur ce site et beaucoup d'idées - "833 fournisseurs" - encore un site qui semble être très fourni
Un QR code devrait amener à la Pyramide de la Diète Méditerranéenne proposée sur le site de la Fundación Dieta Mediterránea : https://dieta.mediterranea.com/piramide/piramide_FRANCES.pdf	26	8	69%	<ul style="list-style-type: none"> - Site erreur 404! - Plus difficile à comprendre et à appliquer pour le grand public. - Un paquet de logos mais pas celui de l'OMS, ni celui de l'Europe, ni celui de SPF. Et un verre de vin rouge en haut de la pyramide C'est bon tu m'as eu, ch'uis mort devant mon écran ;) - Visuel donc toujours assez rapide à regarder et synthétique donc pourquoi pas
Un QR code devrait amener à la vidéo intitulée " Bien-être - Régime méditerranéen et longévité " publiée par Télé Matin (France 2) en 2015 : https://youtu.be/kLnMhrrp-Zdw?feature=shared	25	8	60%	<ul style="list-style-type: none"> - Le support vidéo est intéressant également, ça amène une diversité dans la documentation. - Support audiovisuel marche bien pour le grand public. - Serge Eckberg très bien mais le reste un peu moyen - TV publique qui donne la parole à un expert qui n'a pas de conflit d'intérêt (avais-tu vérifié ?) et qui mérite (pour une fois) son titre d'expert. - Une vidéo, assez courte 5 minute, ça serait accrocheur et donc je dis oui , à l'heure des smartphones et de baisse des lecteurs. Permet d'être synthétique et d'être attrayant je pense
Un QR code devrait amener à la page intitulée " Le régime méditerranéen en pratique ", rédigée par Marie-Charlotte Rivet Bonjean, Diététicienne-nutritionniste, et accessible sur le site LaNutrition	26	8	69%	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de publicité - Publicités pour le régime cétogène quand on arrive sur la page... - Intéressant, mais bas de la liste s'il faut hiérarchiser. - Badoumba... culture pub ! - Suggérer des livres - Je l'aime bien car celui que j'utilise pour mes patients, assez synthétique sans forcément être complet mais correct je trouve

Une dernière chose à ajouter ? Vous auriez voulu revenir sur un point ?	<ul style="list-style-type: none"> - Ne pas cibler 1 pathologie particulière - merci pour ce travail ! - La frugalité n'est pas évoquée il me semble, une ligne serait bienvenue. - J'ai répondu à ce questionnaire de façon instinctive, sans me référer à des valeurs purement scientifiques que je trouve parfois trop catégoriques. - Dans notre société, nous les médecins, nous devons être à l'avant-garde de la lutte contre les lobbys. Nous faisons 9 ans d'études pour cela. Nos communications, que ça soit en consultation, dans un document, dans un cours, à la radio, à la TV, en congrès... doivent être irréprochables en termes de transparence (donner les sources, leur niveau de preuve et les conflits d'intérêt). Elle doit être libre de tout conflit d'intérêt financier (ce n'est pas très compliqué). Et elles doivent avoir le meilleur niveau de preuve que nous offre la littérature scientifique internationale. - Ce questionnaire nécessite plus de 20 mn pour y répondre, surtout si on doit regarder chaque lien, ce que je n'ai pas fait en détails, n'en ayant pas le temps. Désolée. - oubliez le tofu 😊 - Désolé pour le remplissage du questionnaire assez tardif, bon courage pour la prise en compte de ces données et j'attends donc le 3eme questionnaire
De nouvelles ressources ou de nouveaux outils à suggérer ?	<ul style="list-style-type: none"> - Site du Ministère de la transition écologique : contient des informations ciblées sur plusieurs produits dont on a parlé lors du questionnaire. - Bon courage pour la suite de ton travail. - nutrition.fr. Phytothérapie européenne

H. Annexe 8 - Synthèse des réponses au 3^e questionnaire

Les experts ont été invités à signifier leur degré d'accord à une suite d'affirmations au moyen d'une échelle de Likert, graduée de 1 à 10, en suivant l'indication suivante : 1 (pas du tout d'accord) à 10 (tout à fait d'accord).

Pour une affirmation donnée, les réponses ont été analysées et interprétées de la manière suivante :

- Les avis sont dits « **consensuels** » et la proposition est validée lorsque le score médian à l'échelle de Likert est supérieur ou égal à 7, et que plus de 70 % des réponses du panel d'experts se situent entre 7 et 10 (la valeur 7 étant incluse dans l'intervalle).
- Les avis sont dits « **dissensuels** » et la proposition exclue si le score médian à l'échelle de Likert est inférieur à 4.

Pour rappel, la médiane (ou score médian) correspond à la valeur de l'échelon de Likert partageant en parts égales (50% au-dessus et 50% en dessous) les réponses des experts. Par exemple, prenons les résultats suivants : 1 - 1 - 3 - 4 - 6. La médiane est 3, car l'effectif de répondants est partagé équitablement (50/50) autour de cette valeur.

Résultats :

Pour cet ultime questionnaire, **23 affirmations** ont été soumises au panel de **27 experts** encore inclus :

- Parmi les 27 experts, **27** ont apporté une réponse à ce questionnaire. **Aucun** expert n'a donc été exclu de l'étude à cette étape.
- Parmi les 23 affirmations :
 - **20 sont dites consensuelles** et validées.
 - **3 sont dites dissensuelles**, donc exclues définitivement.

Question	Nombre de répondants à la question	Médianes	Pourcentage de réponses supérieures ou égales à 7
Le support final devra être partagé à des étudiants en médecine pour une diffusion large, via Facebook par exemple.	27	9	70%
Le support final devra être librement téléchargeable depuis un site internet simple.	26	10	100%
Présenter le titre de cette façon est attrayant	27	8	85%
Plutôt qu'avec la phrase " Êtes-vous attentif à votre façon de manger ? ", interpeler le lecteur avec une question ouverte comme " Quelle attention portez-vous à votre alimentation et à votre mode de vie ? ".	26	9	85%
Plutôt que la phrase " les changements doivent être opérés en respectant les convictions spirituelles, religieuses et culturelles de chacun. " opter pour " Des changements peuvent être envisagés sur le long terme selon les besoins, habitudes et capacités de chacun. "	25	9	88%
Pour limiter l'ingestion de pesticides, préciser " Préférer le pain et les pâtes confectionnés à partir de farine de céréales complètes, idéalement bios. "	26	9	92%
Le conseil suivant doit apparaître sur le support : " Les pâtisseries et biscuits sont très sucrés et leur consommation devrait rester occasionnelle. "	26	10	100%
Le conseil suivant doit apparaître sur le support : " Les fruits à coque peuvent être consommés à raison d'une petite poignée quotidiennement. "	26	9	85%
Le conseil suivant doit apparaître sur le support : " Le soja peut enrichir le mode de vie méditerranéen sous différentes formes (germes, tofu, tempeh, ...). "	27	4	30%
En complément de la phrase " Les œufs peuvent être consommés à raison de 2 à 4 portions dans la semaine. " Le conseil suivant doit apparaître sur le support : " Une portion d'adulte correspond à 2 œufs, une portion d'enfant (entre 3 et 11 ans) à 1 œuf. "	27	9	89%
Le conseil suivant doit apparaître sur le support : " Une consommation raisonnée de viande est économique. Cela permet de se tourner vers d'autres produits de meilleure qualité. "	27	8	78%
Le conseil suivant doit apparaître sur le support : " Pour des raisons de santé et d'écologie, préférer le saumon sauvage au saumon d'élevage. "	26	8	65%
La culture et la pêche du saumon sont néfastes pour l'écologie, sa consommation ne doit donc pas être encouragée sur le support d'information final.	27	8	74%
Le conseil suivant doit apparaître sur le support : " L'eau doit rester la boisson principale. "	27	10	100%
Il faut rappeler sur le support les recommandations concernant la consommation d'alcool, sans pour autant la promouvoir.	26	9	81%
Il faut rappeler que l'alcool est nocif pour la santé, dès le premier verre.	27	8	67%
Le conseil suivant doit apparaître sur le support : " Éviter de saler lors de la préparation du repas afin que chacun puisse goûter, puis saler à sa convenance "	27	9	81%
Préciser sur le support " Les sucres non-raffinés, ou "bruns", sont moins nocifs pour la santé que le sucre raffiné "blanc", mais leur consommation reste à modérer. "	27	9	78%
Préciser sur le support " Prendre le temps de faire des siestes d'une vingtaine de minutes, quand la situation le permet. "	25	8	92%
Préciser sur le support " Dormir idéalement 6 à 8 heures par nuit à horaires réguliers. "	26	10	92%
Préciser sur le support " Sortir s'aérer, et marcher quotidiennement. "	27	10	100%
La phrase suivante devrait apparaître sur le support : " Les repas exceptionnels entre amis et au restaurant sont	27	10	93%

souvent en dehors de ces recommandations, mais ce n'est pas grave, c'est le quotidien qui compte ! "			
Il faut indiquer sur le support que " Le mode de vie méditerranéen est basé sur la simplicité, la frugalité.	27	8	74%

Le mode de vie Méditerranéen

**Bon pour VOUS
ET pour la planète**

C'est quoi ?

Une **alimentation fraîche, variée** et un **rythme de vie dynamique et convivial**. Ce sont les habitudes des populations méditerranéennes traditionnelles dont la bonne santé est remarquable.

Pour qui ?

Pour TOUS ! Ce mode de vie **limite les maladies chroniques** et leurs complications. Femmes enceintes et enfants peuvent également en profiter. En plus, **c'est écologique**.

Quels bénéfices ?

Pour la santé :

- **Limite** la mortalité d'origine cardio-vasculaire et cancéreuse,
- **Protège** du diabète,
- Permet aux personnes atteintes de diabète de mieux le **contrôler**,
- **Réduit** le risque de démence et de maladie d'Alzheimer,
- **Réduit** le risque de maladies immunitaires,
- **Réduit** le risque des maladies inflammatoires de l'intestin et des articulations,
- **Aide** à stabiliser le poids,
- **Améliore** le bien-être physique et mental,
- **Entretient** une vie sociale de qualité.

Pour la planète :

- A un **faible impact environnemental**,
- Produit peu de déchets plastiques,
- Permet de composter la plupart de ses déchets.

Et vous, quelle attention portez-vous à votre alimentation et à votre mode de vie ?

C'est quoi l'alimentation méditerranéenne ?

Fruits et légumes

- Manger **plus de légumes et fruits frais**, en choisissant les produits de saison, si possible locaux et bio
- Découvrir de nouvelles saveurs avec d'anciennes sortes de légumes : betterave, panais, céleri, ...
- Acheter des légumes surgelés et en conserves lorsque ce n'est pas leur saison
- Préférer les **légumes crus**, car plus riches en nutriments

Huiles

- Choisir les **huiles végétales** et limiter le beurre, la crème et le saindoux
- Consommer 2 à 3 cuillères à soupe (ou 45 mL) d' **huile riche en oméga 3** chaque jour: olive, colza, noix ou lin
- Eviter les huiles de palme et de coco, moins bonnes pour l'environnement et la santé

Produits céréaliers

- Choisir les **pâtes, graines et riz "complets"**
- Préférer le pain complet bio plutôt que la baguette ou le pain de mie classiques issus de farines non-complètes
- Le riz, la semoule et le quinoa sont aussi riches en protéines
- Eviter les céréales du petit-déjeuner, très sucrées et pauvres en céréales complètes
- Ajouter des graines aux plats et salades : lin, sésame, courge, ...

Légumineuses

- Manger 2 fois par semaine des **lentilles, haricots secs, fèves, petits pois, pois cassés**, riches en protéines
- Elles peuvent remplacer une partie de la viande

Fruits à coque

- Préférer une **petite poignée de fruits à coque au goûter**, chaque jour, surtout les noix, riches en oméga 3 mais aussi les amandes et noisettes

L'assiette idéale !



Poissons & crustacés

- Préférer les **petits poissons gras** riches en oméga 3 : sardine, maquereau et hareng
- Ne pas dépasser 2 portions de 100 g par semaine pour réduire l'ingestion de polluants
- Eviter le saumon dont la culture et la pêche ne sont pas écologiques

Produits laitiers

- Consommer 2 portions par jour parmi 1 yaourt nature, 150 ml de lait ou 30 g de fromage
- Eviter les crèmes et flans qui contiennent beaucoup de sucre et peu de lait
- Leur **préférer les yaourts et fromages blancs**, moins gras car fermentés
- Eviter le beurre et la crème qui sont des matières grasses et non des produits laitiers



Epices et aromates

- Mettre de la couleur dans les plats en **variant les épices et aromates** : curry, paprika, persil, coriandre, ...
- Manger moins d'une cuillère à café de sel par jour (< 5 g)
- Eviter de saler lors de la préparation du repas. Chacun peut saler à sa convenance.

Oeufs

- Manger **des œufs en moyenne 3 fois par semaine** (2 œufs pour un repas d'adulte et 1 œuf pour un repas d'enfant)

Viandes

- **Remplacer la viande** par des œufs ou des légumineuses
- Préférer la volaille dans la limite de 2 repas par semaine
- Manger moins de viande de bœuf et de charcuterie
- Ces habitudes sont économiques et permettent de choisir d'autres produits de meilleure qualité

Boissons

- **Boire surtout de l'eau** et éviter les sodas
- Eviter les jus qui sont à considérer comme des sodas et non des portions de fruit
- Boire moins de 10 verres d'alcool par semaine et pas plus de 2 verres par jour.

Aliments sucrés & transformés

- **Eviter les fast-foods, plats préparés et aliments sucrés**
- Préparer les pâtisseries avec de petites quantités de sucre "roux" ou de miel, meilleurs pour la santé que le sucre "blanc"
- Garder le chocolat noir à haute teneur en cacao, pour des plaisirs occasionnels
- **Les aliments transformés et préparés contiennent des colorants, des conservateurs, trop de sel et trop de sucre**

C'est quoi le rythme de vie méditerranéen ?



La convivialité

- S'entourer de **ses proches**
- Cuisiner **en famille** ou **entre amis**
- Faire du sport en groupe
- **Partager les repas** avec les personnes que l'on apprécie



Des habitudes saines

- Préférer le "**fait maison**" chez soi et au restaurant
- Pratiquer une **activité physique** plusieurs fois par semaine
- Ne pas rester assis, prendre le temps de **se lever** et de **s'étirer**
- Sortir s'aérer et marcher
- Passer moins d'1 heure par jour devant la télévision
- Prendre le temps de **faire une sieste** de 20 minutes
- Dormir 6 à 8 heures par nuit, à horaires réguliers
- **Vivre sans excès, prendre son temps**

Alors, on s'y met quand ?!

- S'approcher du mode de vie méditerranéen reste **bénéfique pour chacun**, et pour la planète, **même si tous les points ne sont pas respectés** !
- Débuter la démarche en faisant d'abord quelques petits changements ! Modifier les habitudes prend du temps mais cela vaut le coup ! **Chaque effort compte**, même incomplet.
- Si l'emploi du temps est chargé, préparer les repas en plus grande quantité pour en congeler une partie !
- **Manger durable ne coûte pas plus cher** ! En limitant les dépenses liées à la viande et aux produits transformés, il est possible d'acheter bio.
- **Tout se joue quand on fait ses courses** ! Y aller le ventre plein permet de ne pas être tenté.
- **Savoir se faire plaisir**, et parfois s'autoriser un repas hors de ces conseils. Les repas exceptionnels entre amis et au restaurant sont souvent en dehors des recommandations. Ce n'est pas grave, c'est le quotidien qui compte !

Pour en savoir plus...



mangerbouger.fr



la fabrique à menus

Document édité par Théo VOUHE sur le site Canva.com dans le cadre du travail de thèse intitulé "Conception après consensus d'experts par méthode Delphi d'un outil d'accompagnement au suivi du mode de vie méditerranéen, à destination de patients consultant un professionnel de soins primaires".

AUTORISATION D'IMPRIMER

VU

NANCY, le **06 décembre 2024**
Le Président de Thèse

NANCY, le **16 décembre 2024**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Mathias POUSSEL

Professeur Stéphane ZUILY

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ **13838C**

NANCY, le **17 décembre 2024**
La Présidente de l'Université de Lorraine

Madame Hélène BOULANGER

RESUMÉ DE LA THÈSE :

Les preuves de l'efficacité du mode de vie méditerranéen traditionnel en prévention primaire et secondaire des pathologies chroniques sont toujours plus nombreuses. Les habitudes qui constituent ce mode de vie concordent avec les recommandations portant sur l'alimentation et l'activité physique soutenues par les organismes de prévention français. Les effets positifs du mode de vie méditerranéen observés à l'échelle individuelle peuvent être expliqués par sa richesse en vitamines et molécules antioxydantes. Nos sociétés toujours plus occidentalisées tendent à délaisser ce mode de vie et les populations méditerranéennes actuelles ne font pas exception. Cela est d'autant plus regrettable que ce mode de vie est durable et qu'il permet de limiter notre empreinte environnementale. Les professionnels de soins primaires jouent un rôle important dans la promotion de ce mode de vie mais peuvent manquer d'outils pour les accompagner dans cette démarche. L'objectif de ce travail de thèse a donc été de concevoir une brochure d'information et de promotion du mode de vie méditerranéen destinée aux patients consultant un professionnel de soins primaires. L'utilisation de la méthode Delphi® a permis d'aboutir au consensus d'un panel de 28 experts constitué de professionnels de santé et de patients témoins sensibilisés au mode de vie méditerranéen. Leurs idées et avis ont été recueillis de manière anonyme au moyen de 3 questionnaires itératifs. Le panel d'experts s'est ainsi positionné en faveur d'un document PDF, éventuellement imprimable au format d'un livret A5. Les conseils présents au sein du document ont été rigoureusement sélectionnés afin de tenir compte à la fois des enjeux de santé publique et environnementaux. Le document de prévention est librement téléchargeable sur le site :

<https://modeviemediterraneen.wixsite.com/brochure-information>.

TITRE EN ANGLAIS :

Conception, based on a consensus achieved by the Delphi method®, of a tool supporting the adherence to the mediterranean lifestyle, intended for patients consulting a primary care professional.

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE - 2025

MOTS CLEFS :

Régime méditerranéen – Médecine Générale – Soins primaires – Éducation thérapeutique – Méthode Delphi

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine, Maïeutique et Métiers de la santé à Nancy
9, Avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE-LÈS-NANCY Cedex
