



Analyse Épidémiologique et Conceptuelle : Régime Crétos et Régime Méditerranéen

Introduction : Définir le Contexte – Une Confusion Terminologique aux Enjeux de Santé Publique

Le « régime méditerranéen » est mondialement reconnu par les institutions médicales et de santé publique comme un paragon de l'alimentation saine.¹ Il est associé à une réduction significative du risque de maladies chroniques¹, notamment les affections cardiovasculaires² et le déclin cognitif.³ Cependant, une confusion terminologique et conceptuelle prévaut dans la littérature scientifique comme dans le discours public. Les termes « régime méditerranéen », « régime crétois », « diète méditerranéenne » et « cuisine méditerranéenne » sont fréquemment utilisés de manière interchangeable.⁴

Cette apparente synonymie masque des perceptions distinctes, parfois contradictoires, et occulte l'origine scientifique du concept.⁶ Le régime méditerranéen, tel qu'il est promu aujourd'hui, n'est pas un simple agrégat des habitudes alimentaires de tous les pays bordant la mer Méditerranée. Il s'agit d'un *construit scientifique et culturel*³ dont l'archétype est un modèle alimentaire très spécifique : le régime crétois tel qu'il était pratiqué dans les années 1950 et 1960.

Ce rapport démontrera que le régime crétois traditionnel a été identifié et validé par l'influente « Étude des Sept Pays » (Seven Countries Study) comme étant associé au plus faible taux de mortalité cardiovasculaire alors jamais enregistré.⁷ Le régime méditerranéen est, en essence, la *généralisation et l'idéalisation* de ce modèle crétois. L'objectif de ce rapport est de clarifier cette relation en analysant (1) les principes du modèle méditerranéen généralisé, (2) les spécificités de l'archétype crétois historique, (3) les données épidémiologiques pivots qui les ont liés, et (4)

l'analyse critique de la transformation du régime crétois en un « mythe »⁸ et un concept de santé globalisé.⁹

1. Le Régime Méditerranéen : Principes et Fondements d'un Modèle Alimentaire Global

Le régime méditerranéen contemporain est conceptualisé non seulement comme un plan nutritionnel, mais aussi comme un mode de vie holistique. Il est reconnu par les autorités sanitaires¹⁰ et par l'UNESCO, qui l'a inscrit au patrimoine culturel immatériel de l'humanité.¹¹

1.1. La Pyramide Méditerranéenne : Une Hiérarchie Intégrée

Contrairement aux pyramides alimentaires conventionnelles, le modèle méditerranéen moderne repose sur une base intégrant des composantes comportementales et sociales. L'activité physique régulière, un repos adéquat et, de manière cruciale, la convivialité (les repas partagés) constituent le fondement de la pyramide.¹² Cette structure souligne que les bénéfices observés historiquement ne sont peut-être pas uniquement attribuables aux nutriments, mais à une synergie entre l'alimentation, l'exercice et un stress social réduit.⁷

Sur le plan alimentaire, la pyramide hiérarchise les aliments comme suit¹² :

- **Base (à chaque repas / quotidien)** : Céréales complètes (pain, pâtes, riz complet)¹⁵, fruits et légumes frais et colorés¹⁵, huile d'olive extra vierge¹⁶, légumineuses, noix et graines.¹⁵ L'eau est la boisson principale.¹³
- **Milieu (consommation modérée)** : Poisson et fruits de mer (plusieurs fois par semaine).¹² Volaille, œufs et produits laitiers (quotidien à hebdomadaire).¹²
- **Sommet (consommation limitée)** : Viande rouge (limitée à quelques fois par mois)¹³ et sucreries (consommation occasionnelle).¹³

1.2. Analyse des Piliers : Lipides, Fibres et Antioxydants

Trois piliers nutritionnels définissent le profil biochimique du régime méditerranéen :

1. **L'Huile d'Olive** : Elle est désignée comme la source *principale* et quasi exclusive de lipides ajoutés¹⁶, remplaçant le beurre, la crème et les autres huiles.¹² Sa valeur thérapeutique provient de sa haute teneur en acide oléique (un acide gras mono-insaturé, ou MUFA) et, dans sa forme extra-vierge, de sa richesse en polyphénols, des composés aux propriétés antioxydantes et anti-inflammatoires.¹⁴
2. **Les Fibres** : L'apport est exceptionnellement élevé¹⁵, provenant de la consommation abondante de céréales à grains entiers, de légumineuses, de fruits, de légumes et de noix.¹⁵ Ces fibres sont cruciales pour la santé intestinale², la régulation de la glycémie¹⁹ et la gestion du cholestérol sanguin.¹⁹
3. **Les Antioxydants et Phytonutriments** : La diversité des fruits et légumes colorés¹⁵, des herbes, des épices⁴, et des polyphénols du vin rouge¹⁶ fournit

un large spectre de composés antioxydants qui luttent contre le stress oxydatif, un mécanisme clé dans le développement des maladies chroniques.

1.3. Consommation de Protéines : Une Distinction Nette avec le Modèle Occidental

La hiérarchie des sources de protéines est une caractéristique fondamentale qui distingue ce régime du modèle dit « occidental ».¹⁶

- **Poisson** : La consommation de poisson, en particulier les poissons gras (saumon, maquereau, sardines), est privilégiée (au moins deux fois par semaine) pour sa richesse en acides gras oméga-3 à longue chaîne (EPA et DHA), connus pour leurs effets cardioprotecteurs.⁴
- **Volaille et Œufs** : La volaille (protéine maigre) et les œufs sont consommés avec modération.¹²
- **Viande Rouge** : La consommation de viande rouge (bœuf, porc, agneau) et de charcuteries est *faible* et limitée.⁴ L'apport principal en graisses saturées (SFA) est ainsi minimisé, au profit des graisses insaturées (MUFA et PUFA).

1.4. Le Statut des Produits Laitiers et du Vin dans le Modèle Général

Deux composantes du régime font l'objet de nuances :

- **Produits Laitiers** : La consommation est *modérée*.¹² Le modèle général priviliege souvent les produits issus du lait de chèvre ou de brebis (yaourts, fromages comme la feta)⁴ plutôt que du lait de vache, bien que les directives modernes soient devenues plus inclusives.²⁰
- **Vin** : Le vin rouge occupe une place *traditionnelle*.¹² Sa consommation est facultative. Si elle a lieu, elle doit être modérée (ne dépassant pas un à deux verres par jour pour les hommes, un pour les femmes) et, de manière critique, se faire *pendant les repas*.¹² Cet usage s'inscrit dans un cadre social et ses polyphénols (comme le résvératrol) sont cités pour leurs effets antioxydants.¹⁶

1.5. Au-delà de l'Assiette : Convivialité et Patrimoine Culturel

L'UNESCO a reconnu le régime méditerranéen comme un « ensemble de savoir-faire, connaissances, pratiques et traditions ».¹¹ Cet aspect est fondamental. Le modèle promeut le « manger ensemble », les repas longs qui renforcent les liens sociaux, et le fait de manger lentement en savourant les arômes.¹² Pour les populations vulnérables, comme les seniors, cette dimension sociale est un facteur de protection crucial contre la dénutrition liée à l'isolement.¹² L'insistance sur ce mode de vie¹⁴ suggère que les bénéfices spectaculaires observés dans les études épidémiologiques³ ne sont pas réductibles à une simple liste d'aliments, mais découlent d'une synergie complexe incluant l'activité physique, la réduction du stress et les interactions sociales.

2. L'Archétype Scientifique : Le Régime Crétos Traditionnel des Années 1950

Pour comprendre le régime méditerranéen, il faut analyser son prototype. Le régime crétois, tel qu'étudié dans les années 1950 et 1960, est le « gold standard » sur lequel le concept moderne a été bâti.⁶ Il présente cependant des spécificités bien plus rustiques et frugales que son héritier globalisé.

2.1. Le Contexte de la *Cucina Povera* : Une Frugalité de Nécessité

Le paradoxe central du régime crétois est que sa supériorité sanitaire n'était pas le fruit d'un choix diététique délibéré, mais d'une contrainte économique.⁸ Il s'agissait d'une *cucina povera* (cuisine pauvre), résultat d'une « indigence subie » et d'une « frugalité de nécessité ».⁸ Les études de l'époque révèlent que ce modèle alimentaire n'était pas jugé satisfaisant par la population locale ; seul un Crétien sur six s'en disait satisfait.⁶ Le régime que nous idéalisons aujourd'hui était un marqueur de pauvreté pour ceux qui le vivaient. Sa structure saine découlait de l'abondance de produits végétaux locaux et de la rareté des produits animaux coûteux, une rareté dictée par l'économie et non par la médecine préventive.¹⁷

2.2. Caractéristiques Végétales Distinctives : Horta, Orge et Légumineuses

Le terme générique « légumes » du régime méditerranéen moderne ne capture pas la réalité du régime crétois originel.

- **Les *Horta* (Herbes Sauvages)** : Une caractéristique unique était le ramassage et la consommation quotidienne d'une *centaine de sortes d'herbes et de racines sauvages* comestibles (connues collectivement sous le nom de *horta*, comme le *vlita* ou le pourpier).¹⁴ Ces herbes étaient toujours consommées cuites (jamais crues), souvent simplement bouillies et servies avec de l'huile d'olive et du citron, constituant un plat central.¹⁴
- **Glucides (Orge)** : Le blé n'était pas la seule céréale. L'orge complet était un ingrédient de base, notamment pour fabriquer les *paximadia* (pains secs ronds et durs). Ces pains, qui constituent la base du *dakos* (une tartine crétoise typique), contenaient environ 20% de fibres¹⁴, un taux bien supérieur à la plupart des pains complets modernes.
- **Légumineuses** : Les légumes secs (fèves, pois chiches, lentilles) étaient une source de protéines et de fibres fondamentale, consommée 1 à 2 fois par semaine.⁴

2.3. L'Apport en Lipides : La Prédominance Absolue de l'Huile d'Olive

L'une des découvertes les plus surprenantes de l'Étude des Sept Pays fut que les Crétains tiraient jusqu'à 40% de leurs calories totales des graisses²², un chiffre qui, à l'époque, était considéré comme dangereusement élevé et comparable à celui des États-Unis.

Le "paradoxe crétois" fut résolu en analysant la source de ces lipides. La quasi-totalité de cet apport provenait de l'huile d'olive (acides gras mono-insaturés).²² La consommation de graisses saturées (SFA), issues de la viande rouge, du beurre et de la crème, était, elle, extrêmement faible.⁴ L'étude de la Crète a ainsi fourni la première preuve épidémiologique à grande échelle qu'un régime *riche en*

graisses pouvait être exceptionnellement cardioprotecteur, à la condition expresse que ces graisses soient *insaturées* (principalement mono-insaturées).²²

2.4. Le Profil Protéique Spécifique : Chèvre, Brebis, Escargots et Petits Poissons

Le profil protéique du régime crétois historique était également très spécifique et s'éloigne des adaptations modernes :

- **Produits Laitiers** : La consommation globale de produits laitiers était *faible*.⁵ La source principale n'était pas le lait liquide, mais le *fromage frais* (type *mizithra*) et les yaourts à base de lait de chèvre ou de brebis.⁴ Ces animaux étaient typiquement élevés en extérieur, en liberté ou semi-liberté¹⁴, influençant potentiellement le profil lipidique du lait.
- **Viande** : La viande (principalement chèvre ou brebis) était *rare* et réservée aux fêtes ou consommée en très petites quantités.¹⁴
- **Autres Protéines** : Les *escargots* (*chochlioï*), très populaires en Crète, constituaient une source de protéines maigres importante et étaient cuisinés de multiples façons.⁴ De même, les *petits poissons* (sardines, anchois), consommés entiers, fournissaient à la fois des oméga-3 et du calcium.⁴

Ces éléments (horta, orge, escargots, laitages de chèvre/brebis) constituent la signature unique du régime crétois, des spécificités souvent effacées dans la généralisation du concept « méditerranéen ».

3. La Validation Épidémiologique : L'Étude des Sept Pays et la Singularité Crétioise

Le tournant qui a transformé le régime crétois d'une curiosité locale en un phénomène de santé publique mondial est l'« Étude des Sept Pays » (Seven Countries Study - SCS).

3.1. Conception et Objectifs de l'Étude d'Ancel Keys

Lancée à la fin des années 1950 par le physiologiste américain Ancel Keys, l'SCS était une étude épidémiologique prospective monumentale.⁷ Elle visait à explorer la relation entre les habitudes de vie, le régime alimentaire (notamment l'apport en différents types de graisses) et l'incidence des maladies cardiovasculaires (MCV).³ L'étude a suivi 12 763 hommes d'âge moyen, répartis en 16 cohortes dans 7 pays : États-Unis, Finlande, Pays-Bas, Italie, Yougoslavie, Japon et Grèce (avec deux cohortes distinctes en Crète et à Corfou).⁷

L'intuition de Keys provenait d'observations antérieures, notamment à Naples, où il avait constaté une rareté des infarctus du myocarde.³ Il avait postulé que la « bonne diète méditerranéenne » (un régime « surtout végétarien », pauvre en viande et laitages, mais riche en huile d'olive) en était la cause.³

3.2. Analyse des Résultats : La Mortalité Coronarienne Exceptionnellement Basse

Les résultats de l'étude, publiés après plusieurs décennies de suivi, ont confirmé l'hypothèse de Keys de manière spectaculaire. Les données de mortalité après 10 ans de suivi ont révélé des écarts stupéfiants entre les cohortes.⁷

La cohorte de Crète s'est distinguée comme une anomalie statistique positive. Elle présentait, de loin, la plus faible mortalité par maladie coronarienne : 9 décès pour 100 000 habitants. À titre de comparaison, ce taux était de 424 aux États-Unis et de 466 en Finlande.⁷ Le risque de décès d'origine coronarienne était donc plus de 50 fois supérieur dans la cohorte finlandaise par rapport à la cohorte crétoise.

De plus, la Crète affichait également la plus faible mortalité *toutes causes confondues* (627 pour 100 000), démontrant un bénéfice global pour la longévité.⁷ L'étude a qualifié la Crète de « champion incontesté » de la santé.⁷ Il est à noter que même à l'intérieur de la Grèce, la Crète (9 décès) surclassait massivement Corfou (149 décès), soulignant la spécificité du modèle crétois.

3.3. Tableau 1. Mortalité Comparée à 10 Ans (pour 100 000 habitants) - Cohortes de l'Étude des Sept Pays

Les données suivantes⁷ illustrent quantitativement l'ampleur du phénomène crétois :

Pays ou Région (Cohorte)	Mortalité toutes causes confondues (pour 100 000 hab.)	Mortalité par maladie coronarienne (pour 100 000 hab.)
Finlande	1390	466
USA	961	424
Hollande	1134	317
Italie	1092	200
Yougoslavie	1021	145
Corfou (Grèce)	847	149
Japon	1200	61
Crète (Grèce)	627	9

Source : Données issues de l'Étude des Sept Pays, suivi à 10 ans.⁷

3.4. Corrélation : Graisses Saturées (SFA), Cholestérol Sérique et Taux de Mortalité

L'analyse de Keys a établi une corrélation écologique (au niveau des populations) forte et cohérente : les cohortes ayant une consommation élevée de graisses saturées (SFA), principalement d'origine animale (viande, produits laitiers riches en matières grasses), présentaient des taux de cholestérol sérique moyens plus élevés et, par conséquent, les taux les plus élevés de mortalité par MCV.²⁴ La Finlande et les États-Unis en étaient les exemples types.

La Crète a servi de contre-exemple crucial. Malgré son apport total élevé en graisses (40%)²², son apport en *graisses saturées* était très bas.²² L'SCS, grâce à la singularité crétoise, a été déterminante pour déplacer le paradigme nutritionnel. L'ennemi pour la santé cardiovasculaire n'était pas "le gras" en général, mais spécifiquement "les graisses saturées".³

4. Analyse Conceptuelle : De la Spécificité Crétoise à la Généralisation Méditerranéenne

Le processus par lequel le régime *crétois* (un fait épidémiologique spécifique) est devenu le régime *méditerranéen* (un concept de santé publique global) est un cas d'étude fascinant en matière de traduction scientifique et culturelle.

4.1. La Genèse d'un Concept : Comment le Régime Crétien est Devenu le "Gold Standard"

En raison des résultats exceptionnels de la cohorte crétoise dans l'SCS⁷, le régime alimentaire typique de l'île de Crète dans les années 1950 et 1960 est devenu le modèle de référence, le "gold standard" de la diète méditerranéenne.⁶ Le concept même de *Mediterranean Diet* est né de ces études.³ Les scientifiques, Keys en tête, ont construit un modèle alimentaire prescriptif basé sur les caractéristiques observées dans les régions les plus performantes (Crète et, dans une moindre mesure, Naples).³ Il s'agit d'un saut conceptuel majeur : les *observations* d'un régime rural, pauvre et géographiquement isolé⁸ ont été *abstraites* en un ensemble de *principes* généraux destinés à être appliqués à d'autres populations.

4.2. Confusion Terminologique et Risques de la Simplification

Cette généralisation a engendré la confusion terminologique. La littérature utilise désormais « pêle-mêle » les expressions « diète méditerranéenne », « régime crétois » ou « alimentation méditerranéenne ».⁶ Cette confusion sémantique n'est pas sans conséquence : elle entraîne une perte de précision. Le "régime méditerranéen" devient un terme générique⁸ qui peut être interprété différemment selon le contexte (médical, marketing, gastronomique).⁶

Dans cette simplification, les spécificités qui étaient peut-être cruciales sur le plan nutritionnel sont effacées. Les *horta*(riches en phytonutriments)¹⁴ deviennent de simples "légumes" ; les *paximadia* d'orge (20% de fibres)¹⁴ deviennent des "céréales complètes" ; et les escargots ou les laitages de chèvre/brebis⁴ sont oubliés au profit d'un "poisson" ou de "produits laitiers" génériques. Cette simplification rend le régime plus facile à *communiquer* et à *commercialiser*, mais potentiellement moins *efficace* que l'archétype original.

4.3. Analyse des Divergences : Le Cas Subtil des Produits Laitiers

Le cas des produits laitiers illustre parfaitement cette divergence.

1. **Modèle Crétien (SCS) :** La consommation était *faible*, voire très faible⁵, et concernait des fromages frais de chèvre ou de brebis.¹⁴

2. **Modèle Méditerranéen (Généralisé)** : La consommation est décrite comme *modérée*, en privilégiant si possible chèvre et brebis.⁴
3. **Modèle Méditerranéen (Moderne)** : Des études cliniques contemporaines²⁰ testent des interventions de régime méditerranéen en *augmentant* la consommation de produits laitiers (par rapport à un groupe contrôle) et observent des bénéfices, par exemple sur la tension artérielle.

Il y a là une contradiction apparente : l'archétype était pauvre en laitages, mais le concept moderne les inclut modérément, et la recherche actuelle suggère même qu'ils pourraient avoir un rôle positif.²⁰ Cela démontre que le "régime méditerranéen" est devenu un concept vivant, qui évolue avec de nouvelles données, s'éloignant parfois de son propre modèle fondateur.

4.4. Le Régime Crétos comme Outil Marketing et Idéologique

L'analyse académique du phénomène pose une question critique : le régime (crétos/méditerranéen) est-il un « idéal médical, un concept marketing, un outil idéologique ou une pratique alimentaire avérée »?⁶

La réponse est qu'il est devenu les quatre à la fois. Le concept, « sacrifié par la science » (grâce à l'SCS), est devenu « mythifié ».⁸ Il n'incarne plus seulement un ensemble de recommandations nutritionnelles, mais une « vision imaginaire de la Méditerranée »⁸, une altérité idéale de vie simple, saine et ensoleillée, en opposition à un mode de vie occidental industrialisé et stressant.

Ce mythe est devenu un outil marketing puissant. En Crète même, des labels tels que « Le petit déjeuner crétois » ou « Saveurs crétoises » sont utilisés pour attirer les touristes et certifier des produits, capitalisant sur cette image de santé.⁹ Le "régime crétois" n'est plus seulement un *régime* ; c'est une *marque*⁹ et un *récit culturel*.⁶ Il est vendu comme une solution⁹ aux maux de la modernité (obésité, MCV), alors qu'il était lui-même le produit de conditions (pauvreté, frugalité) que la société moderne a cherché à éradiquer.⁸

5. Synthèse et Perspective Moderne : Mythe, Réalité et Évolution

Comprendre la relation entre le régime crétois et le régime méditerranéen nécessite de distinguer l'archétype historique du concept clinique moderne.

5.1. Le "Mythe du Régime Crétos" : La Réalité Épidémiologique face à l'Idéalisation

Le « mythe du régime crétois »⁶ ne réside pas dans ses bénéfices pour la santé. Ces derniers sont un fait épidémiologique robuste, documenté par les données de mortalité exceptionnellement basses de l'SCS.⁷ Le mythe est l'idée que ce régime était un *choix de vie hédoniste et idéaliste*.⁸

La réalité historique est celle d'un régime de nécessité⁸, que ses propres praticiens jugeaient insatisfaisant.⁶ La valeur du régime crétois de 1950 n'est donc

pas *culturelle* ou *intentionnelle* au sens moderne ; elle est *épidémiologique*. Il s'agit d'un "accident" historique remarquable où une population, contrainte à la frugalité, a adopté un mode de vie (riche en plantes locales, pauvre en SFA, riche en MUFA, et physiquement actif) ¹⁴ qui s'est avéré être le modèle optimal de prévention des maladies cardiovasculaires.

5.2. L'Érosion du Modèle : L'Ironie de la Transition Nutritionnelle en Crète

L'ironie tragique de cette histoire est que le régime crétois, tel qu'étudié par Keys, n'existe presque plus en Crète. Les pratiques alimentaires modernes sur l'île se sont éloignées du modèle traditionnel.²³ L'augmentation de la richesse a entraîné une transition nutritionnelle : la sobriété a laissé place à une « consommation excessive ». ¹⁴ L'adoption d'un régime "occidentalisé" – plus de viande rouge, de produits raffinés et transformés (céréales de petit-déjeuner, plats préparés) ⁴ – est devenue courante.

En conséquence, la Crète, qui a fourni au monde le modèle de la santé cardiovasculaire, souffre aujourd'hui de taux élevés d'obésité, notamment infantile.⁸ Cela démontre de manière implacable que les bénéfices observés n'étaient pas *génétiques* (liés aux Crétains) mais bien *environnementaux* (liés au régime et au mode de vie). En changeant le régime, la protection a disparu.

5.3. Conclusion : L'Héritage de l'Archétype Crétain pour la Nutrition Préventive Contemporaine

L'héritage de l'SCS et du modèle crétois demeure le fondement de la nutrition préventive moderne. Il a établi des principes qui restent incontestés : la réduction drastique des graisses saturées (SFA) ²⁴, la primauté des graisses mono-insaturées (huile d'olive) ¹⁶, et une consommation massive d'aliments végétaux riches en fibres et en antioxydants (légumes, fruits, céréales complètes, légumineuses).²

Le défi contemporain est d'adapter cet héritage aux modes de vie actuels.²⁹ Le régime méditerranéen est un modèle adaptable, comme en témoignent les fusions modernes (par exemple, le « méta-régime méditerranéen-keto ») ³⁰ qui tentent de combiner ses principes avec d'autres approches métaboliques.

En synthèse, le **régime crétois** doit être compris comme un *instantané historique* : le "cas patient zéro" de la santé cardiovasculaire, un archétype validé par l'épidémiologie.⁷ Le **régime méditerranéen** est, en revanche, le *concept clinique et de santé publique* qui en a été dérivé : un ensemble de principes *généralisés, idéalisés et adaptables*.¹² Pour la médecine préventive, il est crucial de comprendre que le modèle généralisé (Méditerranéen) tire son extraordinaire légitimité scientifique du modèle spécifique et historiquement situé (Crétain) ⁶, même si le monde moderne, y compris la Crète elle-même, peine à en suivre les leçons.