

# E.D. C.A.S.

Ensemble **D**éfendons le **C**itoyen et l'**A**venir pour la **S**anté



Association Régie par la Loi du 01 Juillet 1901 et par le Décret du 16 Août 1901  
Date de la fondation : 26 Novembre 1996

**21 Rue Paul Cézanne**

**41100 NAVEIL**

**Tél. et Fax. : 02.54.73.91.91**

**E-mail : edcas.41@wanadoo.fr**

**Site Médical et Paramédical : [www.edcas.org](http://www.edcas.org)**

Les années sont différentes et celle-ci ne déroge pas à la règle mais reconnaissez qu'elle est particulière de part les situations difficilement gérables autant dans le monde de la santé que cognitive à travers les relations humaines.

Nous sommes toujours à votre écoute afin de permettre à chacun d'obtenir une explication de compréhension, d'acceptation, d'orientation.... via tous les professionnels du médical et paramédical

Vos témoignages seront diffusés avec votre accord et/ou si vous souhaitez voir développer des sujets spécifiques alors merci de vous faire connaître via notre site ou tout simplement par écrit.

Vous êtes membres du corps de santé et personnes intéressées par l'entraide médicale et

paramédicale et **vous aimeriez que l'association soit le moyen de présenter un thème qui vous tient à cœur alors nous sommes à votre écoute.**

Le Président,

**Docteur Pierre BULLE**

*« Dans mon système psychoaffectif, je suis libre de ressentir ce que je perçois.... alors je me dois de respecter cette logique réciproque où aimer doit être d'abord une liberté supplémentaire partagé avec l'autre »*

*Rodolf-Karel CANOY*



## Bulletin Info

### N° 47

### Octobre 2009

**Dans ce numéro :**

*L'échalote face à la santé* | 2

*Les œufs* | 4

*Diabète de Type 2* | 8

*Le Thé* | 12

*Les prochaines réunions* | 15

*Les membres du bureau* | 16

*Numéros disponibles et à paraître* | 18

L'échalote, bonne pour la santé et le plaisir. Souvent imitée et jamais égalee, l'échalote de tradition se bat pour garder son pré carré. Ses producteurs mettent tout en œuvre pour proposer un produit de qualité, typiquement français et renommé dans le monde entier. Riche en vitamines et en minéraux, l'échalote de tradition allie des vertus organoleptiques et nutritionnelles.



Ils ont beau appartenir à la même famille, celle des liliacées, l'oignon et l'échalote ont des caractéristiques botaniques et des goûts différents. L'oignon se sème; la graine donne le bulbe, qui donne la fleur qui monte en graine.

L'échalote se plante. Elle ne donne ni fleur ni graine. Le bulbe, planté au printemps, donne naissance à une touffe de bulbes par multiplication végétative. Chaque année, une partie de la récolte est mise de côté pour être plantée la saison

suivante. Une petite cicatrice à la base du bulbe marque l'endroit où l'échalote était attachée à la touffe. Si on ne sent aucune aspérité, on est en présence d'un oignon.

Coupé en deux, l'oignon est constitué d'un seul bourgeon fait d'une série de tuniques concentriques. L'échalote est constituée d'au moins deux bourgeons, dotés chacun d'une série de tuniques concentriques. L'oignon se prête à une culture mécanisée. L'échalote de tradition est une production de type maraîchère et familiale sur de petites surfaces, très exigeante en main-d'œuvre.

L'échalion n'est pas une échalote, mais un oignon. Encore appelé « cuisse de poulet du Poitou », de forme oblongue et à chair rose, douce et sucrée, il est semé et non repiqué. Aucune aspérité à sa base témoigne de son appartenance à la famille des oignons.

L'échalote, peu calorique et très riche en micronutriments, a une bonne image santé. C'est l'un des rares légumes à contenir du sélénium: 100 g fournissent jusqu'à 40 % des ANC (apports nutritionnels conseillés). Rappelons que le sélénium est un oligoélément aux propriétés anti-inflammatoires et antioxydantes, indispensable à l'intégrité des membranes cellulaires, que 30 % des Français n'auraient pas suffisamment dans leur alimentation. Autre minéral largement présent dans l'échalote, le potassium, recommandé chez

l'hypertendu.

De même, grâce à la quercétine qu'elle contient, l'échalote participerait à la prévention cardio-vasculaire. Enfin, il convient de souligner la présence de vitamines A, C et E, aux propriétés antioxydantes, de vitamines du groupe B (B6 et B9, notamment) et de fibres facilitant le transit intestinal.

### LA PROTECTION DE L'APPELLATION « ÉCHALOTE »

Depuis quelques années, les producteurs d'échalotes se battent pour la survie de leur produit. En effet, en 1998, la Commission européenne a inscrit au catalogue communautaire sous l'entité « échalote » de nouveaux hybrides, obtenus par semis et non par multiplication végétative, et qui n'ont pas les qualités visuelles, chimiques et organoleptiques des échalotes de tradition.

L'échalote est Les producteurs demandent l'annulation de l'appellation « échalote » pour de tels produits et le respect du label « échalote de tradition » de l'arrêté de commercialisation du 17 mai 1990.

Souhaitant approfondir leur démarche qualité et se différencier du produit de semis, les producteurs ont entamé une réflexion pour obtenir

une norme Afnor. Elle pourrait être intitulée « échalote issue de multiplication végétative-normalisation des bonnes pratiques de production ».

Docteur Denise CARO

Les œufs sous la coquille, un concentré de bienfaits

L'œuf entre dans le registre alimentaire de toutes les civilisations et de tous les pays. Facile à produire, facile à préparer, c'est une bonne source de protéines, et notamment d'acides aminés essentiels. Ses qualités technologiques le rendent très utile pour de nombreuses préparations alimentaires.

On ne sait pas bien qui le premier a pensé à casser un œuf pour en déguster le contenu. En marge des premières consommations d'œufs dites « sauvages » (l'homme volant les œufs dans les nids), l'utilisation des œufs en cuisine existe depuis longtemps et un peu partout dans le monde. On dit que les œufs sont arrivés en France avec les Romains, les poules ayant été elles-mêmes introduites dans les basses-cours de Grèce et d'Italie, au V<sup>e</sup> siècle avant notre ère, où étaient déjà installées les oies, les canes et les pintades. A cette époque, les œufs étaient gardés pour la reproduction et il a fallu attendre le début de l'aviculture pour que l'œuf devienne un aliment à part entière. L'œuf alimentaire traditionnel sera alors celui de la poule.

LE « LAIT DE POULE », UN FORTIFIANT

Ainsi, à Rome, la pâtisserie faisait grand

cas des œufs, non seulement pour les gâteaux mais aussi pour les entremets.

Quelques recettes sont restées célèbres comme celle de la crème renversée imaginée par Apicius en 25 avant J.-C., obtenue en mélangeant dans une terrine du lait, du miel, des œufs battus, le tout cuit à feu doux. C'est Apicius également qui découvrit le pouvoir épaississant de l'œuf et son intérêt pour lier une sauce ou un ragoût. Lucullus, lui, inventa l'omelette (et même l'omelette au miel). Rapidement, les vertus nutritionnelles des œufs ont été reconnues. Les médecins disciples d'Hippocrate de Cos voyaient dans les œufs peu cuits le « bon suc », c'est-à-dire un aliment très nourrissant. Bien plus récemment, le « lait de poule » de nos grand-mères (fait d'un jaune d'œuf battu dans un verre de lait chaud) était censé rendre leurs forces aux convalescents.

DES PROTEINES DE HAUTE VALEUR BIOLOGIQUE

L'œuf contient une quantité remarquable de nutriments utiles: protéines, lipides, vitamines et minéraux. Le jaune, ou vitellus, qui représente environ 29 % du poids total, contient presque autant de protéines que le blanc (62 % du poids total), la totalité des lipides et des vitamines liposolubles. Le blanc est riche en protéines et en eau.

Les protéines de l'œuf ont une haute valeur biologique, de par leur richesse en acides aminés essentiels; un œuf de 60 g renferme: 345 mg d'isoleucine, 550 mg de leucine, 455 mg de lysine, 210 mg de méthionine, 320 mg de phénylamine, 310 mg de thréonine, 105 mg de tryptophane et 410 mg de valine. La valeur biologique des protéines de l'œuf est de 96 %, alors que celle des protéines de céréales est de 75 % et des légumineuses de 35-40 %.

### En pratique

La température de coagulation du jaune étant supérieure de 8 °C à celle du blanc, ce dernier coagule avant que le jaune ne cuise. Trois minutes (le temps de cuisson d'un œuf coque) est le temps qu'il faut au blanc pour cesser de protéger le jaune de la chaleur; une minute de plus, et le jaune commence à coaguler, l'œuf est alors mollet; en 10 minutes, l'œuf est dur. L'œuf est plus digeste quand le blanc est coagulé et le jaune crémeux.

Par ailleurs, la date de consommation recommandée (OCR) est de 28 jours au plus après la ponte. Le mode de consommation varie avec l'état de fraîcheur de l'œuf; les œufs extrafrais [jusqu'à 9 jours après la ponte) sont utilisés dans des préparations non cuites [mayonnaise) ; les œufs frais [jusqu'à 28 jours) sont cuits au plat, en omelette, durs ou pour la pâtisserie; plus on se

rapproche de la limite de la OCR, plus un temps de cuisson prolongé est recommandé.

Il est préférable de conserver les œufs au frais; et il est impératif de ne pas les laver avant conservation, la coquille poreuse étant protégée par une cuticule se trouvant naturellement à sa surface.

Les lipides contenus dans le jaune sont bien équilibrés: 36 % d'AGS, 49 % d'Agmi et 15 % d'Agpi. Un jaune renferme en outre environ 200 mg de cholestérol. Riches en lipides, les œufs ne représentent néanmoins au total qu'une faible part des lipides alimentaires, principalement apportés par les produits laitiers, la viande et la charcuterie. Enfin, les œufs sont une source intéressante de vitamines (A, D, E, K, B2, B5, B6, B9) et de minéraux (fer, phosphore).

### DES ŒUFS RICHES EN OMÉGA 3

Toutefois, la composition de l'œuf peut varier en fonction de certains paramètres comme l'âge de la poule (le poids du jaune augmente avec l'âge), la période de ponte (l'œuf grossit au cours de l'année de ponte) et surtout l'alimentation de l'animal, principale source de variation. Ainsi, les poules (élevées en plein air) qui ont l'occasion de picorer des brins d'herbe ou des insectes pondent des œufs dont les teneurs en acides gras essentiels,

en vitamine E, en caroténoïdes et en oligoéléments sont différentes de celles des poules élevées en batterie avec une alimentation classique. Sur ce constat, des industriels de l'alimentation animale travaillent à améliorer les apports alimentaires des poules pour modifier la composition des œufs.

Célèbres, ils aimaient les œufs

Clovis aimait tant les œufs durs qu'il faillit en avoir une indigestion. Bien plus tard, Louis XIV a mis à l'honneur les « vents », ancêtres des meringues, dont il raffolait. Quant à Louis XV, chaque dimanche matin, il faisait sauter d'un seul coup de fourchette le bout de son œuf à la coque au moment où l'appariteur annonçait son petit déjeuner; les Français se déplaçaient nombreux pour assister à ce spectacle.

Mais les œufs n'étaient pas l'apanage exclusif des festins royaux; ils faisaient aussi partie des banquets populaires; pour le couronnement du pape Clément VI en Avignon, on employa 3 250 douzaines d'œufs pour régaler les milliers de convives.

Il est ainsi possible d'accroître d'un facteur 10 la part des oméga 3 (à partir du lin ou des produits marins) ou celle des oméga 6 (tournesol, soja, carthame) - modifications moins recherchées. Les teneurs en iode et en sélénium, ainsi qu'en

vitamines liposolubles (E, A et D), peuvent également être multipliées par 10 ; enfin, la teneur en vitamines hydrosolubles B2, B12, B1, en biotine, en acide folique et en pantothénique peut également être augmentée.

### DES CONTROLES SANITAIRES RIGoureux

La question du risque de toxi-infection alimentaire véhiculée par l'œuf est parfois posée.

Il est vrai qu'une recrudescence de Tiac (toxi-infection alimentaire collective) à Salmonella associée à la consommation d'œufs en coquille et de produits à base d'œufs, observée dans les années 1980, avait inquiété. En réaction à cette situation, les autorités françaises (1991), puis européennes (1992), ont mis en place un arsenal réglementaire volontaire susceptible d'éradiquer Salmonella enteritidis et typhimurium. La directive 92/117/CE n'a malheureusement pas été appliquée par l'ensemble des partenaires. Ces dispositions viennent d'être renforcées par un règlement communautaire (2160/2003) dont l'application est obligatoire sur l'ensemble du territoire de l'Union européenne. En France, les Tiac à Salmonella enteritidis sont devenues rares. Cependant, les mesures de surveillance et de maîtrise ne concernent que les élevages de taille industrielle (> 250 animaux). La contamination de

l'œuf est donc un événement rare, mais la probabilité d'être malade en consommant un œuf contaminé est forte. Les mesures de conservation de l'œuf doivent être appliquées par les consommateurs.

Docteur Denise CARO

### Les Français et les œufs

Avec 250 œufs consommés par habitant en 2003 [178 œufs en coquille et 72 ovoproduits), le Français demeure l'un des plus gros consommateurs d'œufs de l'Union européenne. La part des ovoproduits dans la consommation globale est croissante et atteint 28 %. La part des œufs alternatifs atteint 23 % des volumes d'œufs coquille vendus en GMS en 2003. Le terme ovoproduit englobe une grande variété de dérivés de l'œuf, plus ou moins élaborés, que l'on peut regrouper en deux grandes familles: les ovoproduits Intermédiaires (entiers, jaunes, blancs, pasteurisés, additionnés de sucre ou de sel, liquides, concentrés, séchés ou congelés) et destinés essentiellement aux industries agroalimentaires ; les produits élaborés, prêts à l'emploi, essentiellement destinés à la restauration hors domicile.

Les nouvelles recommandations françaises sur la prise en charge médicamenteuse du diabétique de type 2 sont parues fin 2006. Elles précisent les nouvelles cibles thérapeutiques, la prise en charge des facteurs de risque associés et des complications de la macro- et de la micro-angiopathie. L'accent est mis sur la prise en charge globale de la maladie et l'action plus précoce pour améliorer le pronostic de ces patients. Dr Maia Bovard-Gouffrant

Une approche plus globale et plus active

Les propositions établies par le groupe de travail se sont largement appuyées sur les résultats de la grande étude prospective britannique UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study), qui ont amené à réviser à la baisse les critères diagnostiques de diabète, en partie responsables du retard dans la prise en charge de cette pathologie, à un stade où le diabète est très déséquilibré et les complications trop souvent présentes.

Le diabète est donc maintenant défini par une glycémie supérieure à 1,26 g/l (7 mmol/l) après un jeûne de huit heures et vérifiée à deux reprises, ou par des symptômes cliniques (polyurie, polydipsie, amaigrissement) associée à une glycémie supérieure ou égale à 2 g/l ou une glycémie supérieure ou égale à 2 g/l deux heures après une charge orale de 75 g de glucose.

Actualisation des recommandations

L'actualisation des recommandations sur la prise

en charge du diabète de type 2 est parue en 2006 sous l'égide de l'HAS et de l'Afssaps. « *Elles étaient très attendues, rappelle le Pr Paul Valensi, car celles de 1999 avaient beaucoup vieilli, que ce soit au point de vue des objectifs thérapeutiques ou des modalités du traitement, et il était indispensable d'intégrer les nouveaux médicaments et de redéfinir de nouvelles stratégies vis-à-vis du contrôle glycémique.* » Les valeurs de glycémie et d'HbA1c à atteindre sont maintenant beaucoup plus strictes et doivent être formulées clairement dès le diagnostic du diabète, si on veut maintenir l'équilibre glycémique et éviter la dégradation. « *Actuellement, la majorité des diabétiques n'atteint pas les objectifs, mais nous avons à prendre en charge des patients qui ont derrière eux dix à vingt ans de maladie mal équilibrée. Agir tôt et efficacement est le seul moyen d'atteindre les objectifs et de s'y tenir* », insiste le spécialiste. La parution de ces recommandations a été retardée par des discussions sur l'ordre dans lequel devaient être introduits les antidiabétiques oraux, mais le choix de la metformine en première intention est logique, puisqu'il repose sur les résultats des essais cliniques et sur l'ancienneté et la tolérance de la molécule.

La place de l'éducation hygiéno-diététique a été réaffirmée, primordiale à tous les stades de la maladie, et on insiste, en particulier, sur l'importance d'une réduction pondérale, même modérée.



### Différents seuils d'HbA1c

Ces recommandations ne se limitent pas au seul équilibre glycémique et on aborde, désormais, le diabète dans sa globalité, avec une évaluation et une prise en charge bien définie de l'ensemble des facteurs de risque cardiovasculaire, en accord avec les recommandations déjà éditées en 2005 sur la dyslipidémie, par l'Afssaps, et l'hypertension artérielle, par la Haute Autorité de santé. Elles détaillent également la conduite à tenir chez le sujet âgé, ou lorsqu'une anesthésie, une injection de produits iodés ou une corticothérapie sont envisagés.

Pour le Pr Valensi, quelques bémols néanmoins sont à formuler par rapport à ces recommandations, « *A commencer par l'excès de nuances qui les rend difficiles à mémoriser en pratique. Plutôt que de définir pour chaque situation un objectif d'HbA1c différent, il aurait été plus simple d'adopter l'attitude des recommandations internationales en préconisant pour tous les patients d'atteindre un objectif d'HbA1c inférieur à 7 % et si possible à 6,5 %. Tout en reconnaissant que cet objectif peut être moins exigeant dans un premier temps, quand le taux d'HbA1c est très élevé au diagnostic* ».

### Le prédiabète non mentionné

« On peut également regretter qu'il ne soit pas fait mention du prédiabète, alors que les recommandations récemment élaborées

conjointement par l'ESC et l'EASD (1) insistent sur son rôle dans la survenue des complications cardiovasculaires et sur la nécessité de son dépistage. Il appartient aux médecins de prêter la plus grande attention aux anomalies glycémiques débutantes, comme une glycémie à jeun comprise entre 1,1 et 1,25 g/l, et de demander une épreuve de charge en glucose pour dépister les intolérances au glucose », rappelle-t-il. On sait que ces états prédiabétiques risquent d'évoluer dans les cinq ans vers un authentique diabète dans 30 à 50 % des cas: un risque à mettre en parallèle avec les études d'intervention qui ont toutes montré qu'une prise en charge hygiéno-diététique énergique permet d'éviter cette évolution dans la moitié des cas!

D'après un entretien avec le Pr Paul Valensi (Diabétologie, Endocrinologie et Nutrition, Hôpital Jean Verdier, Bondy).

(1) Recommandations de la Société européenne de cardiologie et de l'European Association for the Study of Diabetes, publiées en février dans l'European Heart Journal.

### La prise en charge médicamenteuse

Une phrase résume les nouvelles recommandations françaises sur le traitement du diabète: plus tôt, plus vite et plus fort. Plus tôt, puisqu'on doit prescrire un antidiabétique oral (ADO) dès que l'HbA1c est supérieure à 6 % ; plus vite, c'est-à-dire qu'il faut passer au palier supérieur plus rapidement qu'auparavant, et plus

fort, parce qu'on préconise, sans attendre, le recours à des doses maximales d'ADO (en dehors des sulfamides pour lesquels on vérifie l'absence d'hypoglycémies avant d'augmenter la posologie.

Cette stratégie plus active se justifie par l'existence du risque de complications micro- et macro-vasculaires dès que l'HbA1c dépasse 6 %. Et l'enjeu est de taille: le diabète est le premier responsable du passage en dialyse, le premier pourvoyeur de cécité chez l'adulte avant 65 ans, et la première cause d'amputation pour cause non traumatique. On sait aussi que le risque de décéder de maladie cardiovasculaire est deux à quatre fois plus élevé chez les patients diabétiques, et que la prévention passe par l'équilibre de la glycémie et la prise en charge des autres facteurs de risque cardiovasculaire.

Lorsque l'HbA1c reste comprise entre 6 % et 6,5 % malgré six mois de mesures hygiéno-diététiques bien suivies, la metformine est le traitement de première intention. Au-dessus de 6,5 %, on a théoriquement le choix entre la metformine, les inhibiteurs de l'alpha-glucosidase ou un insulinosécréteur (sulfamide ou glinide), mais, pour simplifier, en dehors d'un diabète très déséquilibré, de contre-indications ou d'intolérance, la metformine peut être prescrite dans tous les cas.

L'HbA1c est contrôlée tous les trois mois

et si elle reste supérieure à 6,5 % à deux reprises,

la bithérapie doit être instituée et choisie parmi les associations suivantes: metformine + insulinosécréteur ou glitazone ou acarbose, insulinosécréteur + glitazone ou acarbose, c'est-à-dire toutes les associations sauf la combinaison glitazone + inhibiteur de l'alpha-glucosidase qui n'a pas fait l'objet d'études. La bithérapie qui paraît s'imposer actuellement est la combinaison metformine + glitazone, qui ne provoque pas d'hypoglycémies, alors que le risque d'hypoglycémie est important lorsqu'on introduit un sulfamide avec un taux d'HbA1c inférieur à 7 %. Ces hypoglycémies sont souvent frustes et mal détectées en pratique quotidienne: or, elles sont parfois les prémices d'hypoglycémies sévères et peuvent engendrer une prise de poids parce que les patients les compensent en mangeant sans adapter la dose du médicament. L'auto-surveillance est recommandée pour permettre de les dépister. Les glinides, dont la prise est couplée avec une prise alimentaire, donnent moins d'hypoglycémies et peuvent être utilisés, quel que soit l'état de la fonction rénale.

En revanche, lorsque le déséquilibre glycémique est très marqué chez des patients asymptomatiques, on préconise plutôt d'associer à la metformine un sulfamide, rapidement actif. Si les patients sont symptomatiques - syndrome polyuro-polydypsique, vision trouble en rapport avec les troubles de l'accommodation secondaires

à

l'hyperglycémie - on envisagera d'associer, au moins temporairement, une insuline à l'ADO.

Lorsque, malgré la bithérapie, l'HbA1c est supérieure à 7 %, on a la possibilité d'instaurer une insulinothérapie. Mais, il existe des arguments forts pour conseiller plutôt une trithérapie dans la majorité des cas: elle est au moins aussi efficace sur le plan métabolique, plus facile à accepter pour le patient et plus simple que l'insulinothérapie et l'éducation thérapeutique qu'elle impose.

**Rodolf-Karel CANOY**

Le recours à l'insuline devient indispensable quand l'HbA1c dépasse 8 % sous trithérapie, en gardant les ADO et en ajoutant à la bithérapie une injection d'insuline par jour. En moyenne, la dose d'insuline nécessaire à l'obtention d'un bon équilibre, en association aux ADO, est d'une quarantaine d'unités, mais il existe de grandes variations d'un individu à l'autre.

*« Il ne faut pas oublier que le "management" de l'hyperglycémie n'a pas de sens sans la prise en charge des autres facteurs de risque cardiovasculaire, dyslipidémie, tabac, HTA, ni sans la participation active du patient, qui nécessite une véritable éducation*

*thérapeutique, initiée au moment du diagnostic et poursuivie tout au long de la maladie », insiste le Pr Alfred Penfornis. Des recommandations de la*

Haute Autorité de santé sur l'éducation thérapeutique en général devraient d'ailleurs paraître prochainement.

Le recours au diabétologue s'impose formellement quand l'insulinothérapie basale échoue à obtenir un équilibre métabolique satisfaisant avec une HbA1c inférieure à 7 %, et qu'on doit recourir à un schéma d'insulinothérapie plus complexe et plus intensif. Il peut être nécessaire si de fortes doses d'insuline basale (autour de 60 unités) sont nécessaires pour obtenir l'équilibre, mais aussi si les hypoglycémies sont trop fréquentes, la prise de poids trop importante, ou si le médecin généraliste préfère adresser un patient pour la mise en place d'une insulinothérapie en ambulatoire.

Un avis spécialisé est aussi indispensable pour revoir le traitement après une insulinothérapie instituée temporairement après un épisode de déséquilibre glycémique. Enfin, il peut se justifier à tout moment pour approfondir l'éducation thérapeutique.

D'après un entretien avec le Pr Alfred Penfornis, diabétologue, Besançon.

Boisson la plus consommée dans le monde après l'eau, le thé a vu son histoire débiter il y a plusieurs millénaires dans les lointaines contrées d'Asie, d'où il est parti à la conquête du monde, empruntant les grandes routes maritimes et terrestres. Au-delà de ses qualités gustatives, il a des vertus étonnantes pour la santé. **Isabelle GONSE**

### Un grand voyageur aux multiples vertus

La légende raconte que c'est l'empereur chinois Shen Nung qui découvrit le thé par hasard en 2737 avant Jésus-Christ. Soucieux du bien-être et de la santé de ses sujets, il leur avait ordonné de faire systématiquement bouillir l'eau avant de la consommer. Par une journée de grande chaleur, l'empereur, assis à l'ombre d'un arbuste, fit bouillir de l'eau pour se désaltérer puis s'assouplit. Pendant son sommeil, quelques feuilles de ce petit arbre tombèrent dans son bol. Il s'échappa de la vapeur un arôme mystérieux et curieusement agréable. L'empereur goûta une tasse de ce liquide ambré et fut surpris par sa saveur exquise. Ainsi naquit le thé, qui devint vite une boisson très appréciée en Asie.

### Un commerce florissant

C'est au VII<sup>ème</sup> siècle que les premières exportations de thé de la Chine vers le Tibet

ont commencé, acheminé par des caravanes de yacks. A l'instar des trekkeurs des temps modernes, Alexandra David-Neel, dans ses mémoires, s'était déjà étonnée de sa composition bien particulière: « Nous préparions le thé à la mode tibétaine; c'est-à-dire qu'après l'avoir fait bouillir, nous y ajoutons du beurre et du sel dans la marmite même ». Mais il ne devient l'objet d'un commerce florissant en Asie qu'à partir du X<sup>ème</sup> siècle. Cité par Marco Polo (1254-1323) dans son livre *Les Merveilles du Monde*, le thé finit par arriver en Occident en 1610, grâce à la Compagnie hollandaise des Indes Orientales, qui en fit présent à la famille royale hollandaise. Vers 1650, quelques années seulement après l'introduction du café, il apparut en Angleterre, y étant très rapidement prisé. Mais en raison du peu de quantité disponible sur le marché et des taxes gouvernementales, il était considéré comme un produit de luxe. Dans les années 1860, il contribua à la suprématie maritime de l'Angleterre qui reposait sur les « Tea Clippers », ces voiliers de plus en plus rapides transportant les feuilles de thé, objet d'une vive concurrence entre les compagnies maritimes ... Jusqu'à ce qu'ils soient détrônés par les bateaux à vapeur.

Le thé provient d'un arbre à feuillage persistant nommé *Camellia Sinensis*, autrement dit « *Camellia Chinois* », qui se développe sous un climat subtropical et chaud à forte pluviométrie. Suivant les conditions climatiques, l'arbuste commencera à produire au bout de trois

à cinq ans et fera facilement un beau centenaire! Les quatre principales zones géographiques productrices de thé sont l'Inde (Assam et Darjeeling dans le Nord, Nilgiri et Travancore dans le Sud), la Chine (Yunnan, Sichuan, Guangdong, etc.), le Sri Lanka et le Kenya, qui fournissent environ les deux tiers de la production mondiale. Il est cultivé dans une trentaine de pays à travers le monde.

La cueillette est une opération manuelle, dans la majeure partie des cas, et nécessite une grande dextérité. On ne récolte en effet que le bourgeon terminal et les feuilles supérieures, les plus jeunes et les plus tendres du théier, qui donnent les meilleurs thés.

Après la cueillette, les feuilles sont immédiatement acheminées vers la manufacture où la transformation a lieu (en trente-six heures maximum). Tous les plants de théier fournissant le même type de thé, c'est donc uniquement la méthode de transformation qui va déterminer la sorte de thé obtenue: thés non fermentés (thés vert et blanc), thés semi-fermentés (thé jaune et oolong), thé noir entièrement fermenté.

Une fois transformé, le thé est passé entre les mains expertes des courtiers en thé (« Tea Brokers ») qui les évaluent en vue des ventes aux enchères (« Tea Auctions ») et des dégustateurs de thé (« Tea Tasters ») qui, à l'instar des

œnologues, savent reconnaître les origines des thés, apprécier leurs qualités et leurs défauts et imaginer des mélanges (« Blends ») qui permettront de maintenir une qualité élevée et homogène.

En Europe, les enchères ont cessé à Londres en 1998, après plus de deux siècles de ventes hebdomadaires ininterrompues. Néanmoins, les trois quarts du thé commercialisé aujourd'hui dans le monde passent toujours par les enchères, qui ont lieu en Inde, au Bangladesh, au Kenya et à Ceylan.

Une consommation qui se démocratise en France

Héritage de l'histoire, la consommation de thé en France reste encore bien inférieure à celle des pays anglo-saxons, mais elle ne cesse cependant d'augmenter.

Près de 60 % des Français boivent du thé, mais en quantité modeste: 230 g en moyenne par an contre 3,2 kg par an et par habitant (un record) en Irlande. Si la femme reste la première consommatrice de thé, les hommes en sont de plus en plus amateurs (62 % de femmes et 38 % d'hommes). Dans notre pays de buveurs de café, les amateurs de thé appartiennent majoritairement aux classes socioprofessionnelles supérieures et sont plutôt urbains. Le thé est perçu comme une boisson naturelle (à base de plantes, sans

calories ... ) et saine.

En Europe, les thés noirs sont les plus appréciés. Les thés parfumés, qui ont de plus en plus de succès, sont originaires de Chine (thés aux fleurs de jasmin, de rose ... ) En Europe, l'idée a été prolongée avec les thés aux fruits, (dont le fameux Earl Grey, thé noir à l'huile de bergamote). Mais, selon les connaisseurs, ceux qui consomment des thés parfumés ne sont pas de vrais amateurs!

## LE THÉ POURRAIT PRÉVENIR LE SYNDROME MÉTABOLIQUE

Riche en antioxydants de la famille des polyphénols, le thé a fait l'objet de nombreuses analyses mettant en avant ses propriétés antioxydantes, bactéricides et antitumorales. Une étude menée en 2004-2005 à l'initiative du programme « Thé & Santé » de Lipton par le Pr Anne-Marie Roussel (Grenoble) s'est intéressée aux bénéfices de la consommation de thé vert dans le syndrome métabolique et le diabète.

Trois groupes de rats ont été soumis à des régimes alimentaires riches en fructose, inducteur de syndrome métabolique, durant six semaines: groupe 1 témoin; groupe 2 recevant 1g/kg d'extraits de thé vert; et groupe 3 recevant 2g/kg d'extraits de thé vert - soit l'équivalent de trois ou six tasses par jour chez l'homme. Chez les rats

des groupes 2 et 3 recevant des extraits de thé, on a observé une amélioration nette de leur taux de glycémie, d'insuline, de cholestérol et de triglycérides. Les effets n'étaient pas plus marqués à 2 g/kg qu'à 1 g/kg. Ces résultats, encourageants chez l'animal, demandent à être confirmés par d'autres études chez l'homme.



### LE SAVIEZ-VOUS ?

- ▶ Consommé sans sucre, le thé est dépourvu de calories.
- ▶ Pour un même volume, le thé contient deux fois moins de caféine (appelée aussi théine) que le café, ce qui permet une consommation raisonnable de deux à cinq tasses par jour.
- ▶ Il renferme de la théanine, acide aminé qui aide à revitaliser le corps et l'esprit.
- ▶ La force d'un thé ne dépend pas du temps d'infusion mais de la quantité de thé dans la théière.
- ▶ La théine se diffuse pendant les deux premières minutes d'infusion, alors que les polyphénols (ou tanins) qui lui donnent sa couleur continuent de se diffuser. Un thé plus foncé n'est pas forcément plus riche en théine.



## Les prochaines réunions :

Les réunions ont lieu le troisième mercredi du mois  
(sauf en Juillet et Août) à 20h30, Salle Sportive et Culturelle de Naveil,  
Rue du Stade, Salle de Réunions des Associations, derrière la Mairie de Naveil.

**Si vous souhaitez participer à l'une des réunions, veuillez en faire la demande par le biais du menu "contact". Vous recevrez une confirmation par courrier électronique. Par avance, Merci.**

### Sous réserve de changements de dernières minutes.

<b>ANNEE 2009</b>	
•Le 21 Janvier 2009	Les techniques de cœlioscopie Docteur Abi FADEL Clinique du saint-Cœur Vendôme (41)
•Le 18 Février 2009	QI GONG - Madame FAURE
•Le 18 Mars 2009	Un cas pratique Monsieur Abel JOUANEAU Bio-Energéticien sur MONNAIE (37)
•Le 15 Avril 2009	Shiatsu- Monsieur VATON
•Le 20 Mai 2009	Un cas en Phytothérapie Monsieur RAGOT
•Le Mercredi 17 Juin 2009 à 20h30 TOURS (37)	Les Ostéoporoses en 2009 Professeur MAUGARD Service de Rhumatologie Du Centre Hospitalier Universitaire de NANTES
•Le 16 Septembre 2009	Micro-immunothérapie- Monsieur PIC
•Le 21 Octobre 2009	Hypnothérapie Monsieur Jean-Michel DE BUSSEROLLE
•Le 18 Novembre 2009	La gestion du stress Rodolf-Karel CANOY - Expert Psychologue
•Le 16 Décembre 2009	Assemblée Générale



## Les membres du bureau E.D. C.A.S. :

### PRÉSIDENT

*Médecin Généraliste, Représentant National et International de l'association*

**Docteur Pierre BULLE**  
Pierre.Bulle@wanadoo.fr

### RESPONSABLE DE LA COMMUNICATION

*Expert Psychologue, Psychothérapeute et Psychologue du travail*

**Rodolf-Karel CANOY**  
canoy.expertpsy41@wanadoo.fr

### ORGANISATIONS RÉGIONALES

**Monique LATRON**  
M.LATRON@wanadoo.fr

**Madeleine BEZANNIER**  
Écrire à : 7 Rue Creuse, 41120 CHAILLES

### CHIRURGIEN-DENTISTE

**Docteur GIUMELLI**  
contact (Précisez la personne)

### KINÉSITHÉRAPEUTES

*Association pour le développement de l'hypnose*

**Jean-Michel de BUSSEROLLES**  
contact (Précisez la personne)

*Exerçant sur Naveil (41)*

**Christelle POUDRAI-SASSIER**  
contact (Précisez la personne)

### KINÉSITHÉRAPEUTE - OSTHEOPATHE

**Frédéric VANPOULLE**  
frederic.vanpouille@wanadoo.fr

### MICROKINESITHERAPEUTE

**Éric DE RYCKE**  
contact (Précisez la personne)

### CHIROPRACTEUR-IMMUNOTHERAPEUTE

**Stéphane DEPONGE**  
stephane.deponge@wanadoo.fr

### KINÉSIOLOGUES

**Olivier MAURIÈS**  
olivier.41.m@orange.fr





**REFLEXOLOGIE - DIEN CHAM**

David DAGET  
Reflexo37@tiscali.fr

**ESPACE DU MIEUX-ETRE ET ARTS MARTIAUX**

Alfred VATON  
Alfredvaton@aol.fr  
www.dojo-de-la-foret.skyrock.com

**YOGA - ENERGETIQUE - KINESIOLOGIE**

*Professeurs diplômés*  
Annie et Jean-François BREUIL  
contact (Précisez la personne)

**MAITRE DE REIKI**

*Membre de l'A.F.M.R*  
Élisabeth D'ARCANGUES  
edarcangues@caramail.com

**SOPHROLOGUE - SOMATOTHERAPEUTE**

Michel CLEMENT  
oscar37@club-internet.fr

**OSTEOPATHE**

Serge A. WHERLE  
osteopathie-nature@wanadoo.fr

**CHANT THÉRAPEUTE**

Alain DESCHAMPS  
contact (Précisez la personne)

**ACUPUNCTURE CHINOISE**

Jean-Jacques BOBINEAU  
bobineau.jean-jacques@wanadoo.fr

**TRESORIERE GENERALE**

Isabelle LONA  
contact (Précisez la personne)

**AUTRES MEMBRES**

BESNIER Dominique - BOULAY Christine  
BROSSILLON Pierre - CHEMINOT Sylvie  
FAUCHEREAU Jean - GRIMAL Francine  
LAINE Véronique - LEMELLE Mireille  
METAIS Lydie - NERON Béatrice  
OURY Bernadette - PITAUD Josiane  
PONTET Annick - TOULEMONDE Luce  
TRICOTET Yves  
contact (Précisez la personne)



## Numéros disponibles :

Numéros	Thèmes principaux	Mois de parution
17	Art thérapie et Monitoring	Juin 2001
18	Ondoline, Hydroxueur, Immunothérapie	Octobre 2001
19	Chakras et Dépression	Février 2002
20	Hypnose et Fibromyalgie	Mai 2002
21	Dépression et Suicide	Septembre 2002
22	Mort subite et Tentative de suicide	Décembre 2002
23	Nutribiothérapie, Cancer, Bio et Pollution chimique : Enfants victimes	Mars 2003
24	Dépression et Suicide	Juin 2003
25	Handicaps, Acouphènes, Toxoplasmose, Coups et Blessures, V.I.H., Eaux minérales, Fruits et légumes, Sel, Nutrition	Septembre 2003
26	Harcèlement moral, La dépression peut constituer un accident de travail, Les bienfaits de la « cohérence cardiaque, Ni Freud, ni prozac, L'univers compliqué du light, Schizophrénie, Épisode dépressif majeur, Nutrition	Janvier 2004
27	L'environnement influence nos gènes, Stress et trouble anxieux, Nutrition, Mort subite, Les acouphènes chroniques	Mars 2004
28	La nutrition : votre santé passe par elle !	Juin 2004
29	Stress et Dépression	Septembre 2004
30	Nos comportements Psychoaffectifs et ses inter-corrélations : Les sentiments	Décembre 2004
31	La dépression des personnes âgées Le stress au travail Le stress chronique épuise l'immunité Dépister les formes trompeuse de la dépression La famille du déprimé : de l'incompréhension à la culpabilité La vulnérabilité des patients déprimés	Mars 2005
32	Allergie alimentaire et Fausses allergies	Juin 2005
33	Stress, Anxiété et Fatigue	Septembre 2005
34	Votre enfant est-il hyperactif ? Narcissisme	Janvier 2006
35	Orgasme Structures et caractères	Avril 2006



## Numéros disponibles suite :

Numéros	Thèmes principaux	Mois de parution
36	Synthèse du colloque 2006 : la nutrition , une véritable médecine douce Mode d'emploi pour être sûr de soi Troubles obsessionnels compulsifs chez l'enfant et l'adolescent	Septembre 2006
37	Amoureux et Narcissiques Le père Noël entre rêve et réalité	Décembre 2006
38	Enquêtes : * Surpoids : Mieux pour la tête que le cœur * La flore intestinale impliquée dans l'obésité * Besoins en eau. Cela ne coule pas de source * Les Européens et la sécurité alimentaire * Allergiques : attention aux baisers Les édulcorants ne stimulent pas la prise alimentaire Apprendre à goûter, apprendre à choisir Perte de poids : la chirurgie bariatrique Calcium et vitamine D	Mars 2007
39	La fibromyalgie en 2007 : où en sommes-nous ?	Juin 2007
40	Le prix moral des cadeaux au moment de Noël. Stress & dépression : la musique adoucit les mœurs	Septembre 2007
41	Couple : Au secours, il m'énerve ! La fibromyalgie en 2007 : académie de médecine Les thérapies comportementales et cognitives	Décembre 2007
42	La dyslexie	Mars 2008
43	L'Arthrose : Données récentes	Juin 2008
44	Fibromyalgie et Stress	Novembre 2008



## Numéros disponibles suite et à paraître :

Numéros	Thèmes principaux	Mois de parution
45	Du stress au travail à l'épuisement psychologique Pas de plaies bénignes pour la main Lombalgie chronique : Prévenir l'invalidité Les facteurs d'observance aux psychotropes Les dermocorticoïdes au secours du phimosis	Mars 2009
46	Mieux vaut prévenir la déperdition osseuse Qui a peur de l'ostéopathie ? La fatigue chez l'enfant Médecine légale : Détermination d'une ITT Repérer le harcèlement moral  MALADIE D'ALZHEIMER : L'accompagnement au quotidien La fibromyalgie aussi fréquente que méconnue	Octobre 2009
48	En étude	Février 2010
49		Mai 2010

### Si vous le souhaitez, vous pouvez adhérer à l'Association E.D. C.A.S

Coupon à couper ou à recopier puis à retourner, avec votre règlement, au : 21 Rue Paul Cézanne 41100 NAVEIL (France)

Nom et Prénom :

Fonction :

Adresse :

Téléphone :

E-Mail :

Ville :

Pays :

### Adhésion 2010

Montant (minimum 50 € ou \$) :      ,00 € ou \$      Par chèque      En espèces      Mandat-lettre