

Alimentation et diabète

Personnes à qui s'appliquent les recommandations : adultes ayant un pré-diabète, un diabète de type 1 ou 2, et leurs proches (aidants).

Personnes à qui sont destinées les recommandations : professionnel-le-s de la santé concerné-e-s par les soins aux personnes diabétiques.

Introduction, justificatifs

L'alimentation est un élément central dans le traitement du diabète pour atteindre les objectifs glycémiques, tensionnels, et lipidiques, et pour maintenir ou perdre du poids. C'est également un élément important dans l'éducation thérapeutique sur l'autogestion du diabète. La thérapie nutritionnelle est associée à une réduction du taux d'hémoglobine glyquée (HbA1c) et du cholestérol, ainsi qu'une perte de poids.

L'essentiel

Conseils généraux : Toute personne diabétique devrait être adressée à un-e diététicien-ne diplômé-e pour recevoir des conseils nutritionnels, au moment du diagnostic mais aussi régulièrement durant le suivi.

Il n'y a pas de recommandations spécifiques pour une répartition idéale du pourcentage de calories, entre hydrates de carbone, protéines et lipides. Cette répartition sera donc individualisée et basée sur une évaluation des habitudes alimentaires, des préférences de la personne diabétique et des objectifs métaboliques.

Thérapie nutritionnelle (TN) : La TN vise à promouvoir et encourager des habitudes alimentaires saines, en mettant l'accent sur la variété et la qualité nutritionnelle des aliments, dans des portions appropriées, pour atteindre et maintenir l'objectif pondéral, atteindre les objectifs glycémiques, tensionnels et lipidiques, et retarder ou prévenir les complications du diabète. La TN est à adapter à chaque personne pour répondre aux besoins et aux capacités individuels, tout tenant compte de l'importance du plaisir de manger. Elle est recommandée pour toute personne diabétique, doit être prescrite par un-e médecin et réalisée par un-e diététicien-ne diplômé-e.

Hydrates de carbone (HC) ou glucides : La gestion des HC est un élément central dans le contrôle de la glycémie. La quantité et le type d'HC sont les principaux facteurs qui influencent la glycémie post-prandiale. Le choix des aliments glucidiques devrait se porter sur des aliments riches en fibres, vitamines et sels minéraux, pauvre en sucres ajoutés, graisses et sodium.

Gestion du poids corporel : En présence d'une surcharge pondérale, privilégier une intervention globale visant à des changements du mode de vie (habitudes alimentaire et activité physique) qui correspondent le mieux aux valeurs, préférences et objectifs thérapeutiques de la personne diabétique.

Conseils nutritionnels pour des groupes particuliers : des recommandations spécifiques s'appliquent chez les femmes enceintes et allaitantes, chez les personnes diabétiques âgées, et chez les personnes diabétiques avec néphropathie chronique.

Conseils généraux

Toute personne diabétique devrait être adressée à un-e diététicien-ne diplômé-e pour recevoir des conseils nutritionnels, individualisés ou en groupe, au moment du diagnostic mais aussi régulièrement durant le suivi. Six consultations par année sont remboursées sur prescription médicale, renouvelable une fois – faire une demande au médecin conseil de la caisse maladie au-delà de 12 séances. Lien : <https://svde-asdd.ch/fr/formulaire-prescription-dietetique>

- Conseiller une alimentation équilibrée et variée comme celle recommandée pour la population générale, en tenant compte des valeurs, préférences et objectifs thérapeutiques de la personne diabétique.
- Adapter ces conseils au traitement, à l'état de santé, à la présence d'une hypertension ou d'une insuffisances rénale, au contexte (culturel, social, économique, familial, professionnel etc.) et à la capacité de la personne à gérer sa maladie.
- **Il n'y a pas de recommandations spécifiques pour une répartition idéale du pourcentage de calories, entre hydrates de carbone, protéines et matières grasses.**

- La répartition en macronutriments est flexible et individualisée. Les éléments importants sont :
 - Encourager la consommation de légumes.
 - Limiter la consommation des sucres ajoutés et les céréales raffinées.
 - Privilégier les aliments bruts ou peu transformés plutôt que des aliments hautement transformés.
- Veiller à préserver un statut nutritionnel adéquat en présence de malnutrition, notamment chez les personnes âgées (voir conseils nutritionnels pour groupes particuliers).

Thérapie nutritionnelle

La thérapie nutritionnelle (TN) vise à promouvoir et soutenir des habitudes alimentaires saines, en mettant l'accent sur la variété et la qualité nutritionnelle des aliments, dans des portions appropriées, pour :

- Atteindre et maintenir l'objectif pondéral ;
- Atteindre les objectifs glycémiques, tensionnels et lipidiques ; et
- Retarder ou prévenir les complications du diabète.

La TN tient compte des besoins nutritionnels individuels, en tenant compte :

- des préférences personnelles et culturelles,
- de l'état de santé,
- des capacités cognitives,
- de la littéracie en santé et numéracie,
- de l'accès à des choix alimentaires sains,
- de la volonté et la capacité de changer de comportement, et
- des barrières aux changements.

La TN vise à maintenir le plaisir de manger, en transmettant des messages positifs, et à développer une planification des repas adaptée à chaque situation.

La TN joue un rôle clé dans le traitement du diabète ; lorsqu'elle est délivrée par un-e diététicien-ne, elle est associée à une baisse du taux d'hémoglobine glyquée jusqu'à 1.9% pour le diabète de type 1 et jusqu'à 2.0% pour le type 2 en 3 à 6 mois. Elle est recommandée pour toute personne diabétique (accompagnée par ses proches-aidants, le cas échéant) prescrite par un-e médecin et réalisée par un-e diététicien-ne diplômé-e.

Hydrates de carbone (HC) ou glucides

La gestion des HC est un élément central dans le contrôle de la glycémie. La quantité et le type d'HC sont les principaux facteurs qui influencent la glycémie post-prandiale.

L'évaluation des apports glucidiques et de la réponse glycémique est essentielle pour améliorer la gestion des glycémies postprandiales et formuler des conseils pour gérer le choix des apports glucidiques, et leur répartition sur la journée selon le traitement et l'activité physique.

Une répartition régulière des HC sur la journée peut être recommandée chez les personnes diabétiques, en fonction du traitement.

- Favoriser la consommation de glucides sous forme de légumes, légumineuses, céréales complètes, fruits et produits laitiers (lait et yaourt).
- Réduire au minimum la consommation de sucres ajoutés, de produits sucrés, de boissons sucrées (y compris les jus de fruits), de céréales raffinées ainsi que les produits alimentaires ultratransformés.
- Remplacer les boissons sucrées par de l'eau le plus souvent possible.

Il existe différents modèles alimentaires (par ex. alimentation méditerranéenne, 'vegan', 'low fat', pauvre en graisse ou glucides, etc.), qui doivent être discutés entre la personne diabétique, la ou le médecin et la ou le diététicien pour évaluer leur intérêt ou contre-indications.

Prendre en compte l'index ou la charge glycémique peut apporter un bénéfice additionnel, modeste, dans certaines situations.

Edulcorants

- La consommation d'édulcorants intenses (par ex. aspartame, stevia, saccharine) n'influence pas la glycémie.
- La consommation de polyols (par ex. mannitol, sorbitol) semble être acceptable car ils n'influencent que peu ou pas les glycémies et l'insulinosécrétion. Une consommation supérieure à 10g/jour peut causer des troubles digestifs.
- Le remplacement du sucre par un édulcorant dans un aliment malsain, ne permet pas de le transformer en aliment sain, mais le rend plutôt moins malsain.

- Les aliments qui contiennent des édulcorants peuvent avoir un apport énergétique et contenir d'autres sources d'HC.
- La consommation d'édulcorants intenses à la place de sucres ajoutés peut permettre de réduire l'apport calorique total et l'apport d'HC en l'absence de compensation calorique par d'autres aliments. Toutefois le bénéfice à long terme sur la perte pondérale, les risques cardiovasculaires et les glycémies ne sont pas démontrés.

Traitement avec insuline

- Les personnes avec de l'insuline-repas avec des doses flexibles doivent apprendre à estimer le poids des portions et des aliments, estimer les quantités de glucides, et à adapter les doses d'insuline à la quantité de glucides consommée.
 - L'impact de l'apport en glucides et d'horaire irréguliers sur les besoins en insuline, doit être expliqué.
 - L'apprentissage basé sur un rapport insuline/glucides pour les repas peut aider efficacement à mieux doser l'insuline pour chaque repas et à améliorer les glycémies.
 - L'utilisation du sensor facilite l'évaluation de l'insuline prandiale.
- Les personnes avec un schéma d'insuline avec des doses fixes doivent consommer chaque jour des apports en HC réguliers, du point de vue de la quantité et des horaires tout en tenant compte des temps d'action des insulines. Il est préférable de contrôler les glycémies avant d'ajuster avec de l'insuline 2h après les repas.
- Lors d'exercice physique planifié, les doses d'insuline doivent être ajustées selon les besoins.
- Lors d'exercice physique non-planifié, la prise d'HC supplémentaires peut être nécessaire avant et après l'activité physique.

Protéines

Pour les personnes sans maladie rénale, il n'y a pas de preuves pour recommander un apport protéique spécifique afin d'améliorer le profil glycémique, ni pour réduire les risques cardiovasculaires. Ainsi, les objectifs quant à l'apport en protéines devraient être individualisés.

Les protéines ne doivent pas être utilisées pour traiter ou prévenir une hypoglycémie.

Lipides

Le type de graisses consommées est aussi important que la quantité, du point de vue des objectifs métaboliques et des risques cardiovasculaires.

- Les acides gras saturés devraient être limités.
- La consommation d'acides gras « trans » issus de l'industrie alimentaire devrait être réduite au minimum.
- La consommation d'aliments riches en acides gras oméga-3 à longue chaîne, tels que les poissons gras (EPA et DHA) et les noix et graines (ALA), pourrait prévenir les maladies cardiovasculaires.

Un modèle alimentaire du type méditerranéen, avec une part importante de graisses monoinsaturées et d'aliments riches en acides gras n-3 à longue chaîne peut améliorer le métabolisme du glucose et réduire les risques cardiovasculaires.

Il n'y a pas de recommandations spécifiques pour l'apport en cholestérol recommandé pour les personnes avec du diabète.

En présence de taux plasmatiques élevés de triglycérides, il est conseillé de modérer la consommation d'alcool et d'aliments riches en glucides.

Fibres

Les personnes diabétiques sont encouragées à consommer au moins les apports en fibres recommandés pour la population générale, voire augmenter leur apports, de préférence avec des aliments comme les légumes, les légumineuses (haricots secs, pois, lentilles), les fruits, et les céréales complètes ou avec des suppléments de fibres qui peuvent aider modestement à réduire l'HbA1c.

Alcool
<p>Les personnes diabétiques devraient limiter leur consommation d'alcool à 1 verre standard/jour pour les femmes, respectivement 2 verres standards/jour pour les hommes.</p> <p>Les personnes diabétiques devraient être informées de la teneur énergétique élevée de l'alcool.</p> <p>Les personnes diabétiques avec un traitement hypoglycémiant, particulièrement l'insuline, devraient être informées que la consommation consécutive de plus de 2-3 verres standards d'alcool peut entraîner une hypoglycémie, qui peut être tardive. Pour réduire ce risque, l'alcool devrait être consommé avec des HC.</p>
Suppléments alimentaires
<p>Il n'y a pas de preuves qu'une supplémentation en vitamines ou minéraux (comme chrome, vit. D) ou sous forme de plantes ou d'épices (cannelle, aloe vera) apporte un bénéfice sur l'équilibre glycémique s'il n'y a pas de carences avérées.</p> <p>L'usage systématique de compléments alimentaires d'acides gras oméga-3 n'a pas démontré de bénéfices.</p>
Gestion du poids corporel
<p>Pour les personnes diabétiques ou avec un prédiabète en surpoids ou obèse, une modification du mode de vie est recommandée afin d'atteindre ou de maintenir une perte de poids de 5 % au minimum, ce qui peut permettre d'améliorer le profil glycémique, les lipides sanguins et la tension artérielle.</p> <p>Une prise en charge, globale, devrait inclure des conseils nutritionnels individualisés afin d'induire un déficit énergétique et devrait être renforcée par de l'activité physique. Un suivi par un-e diététicien-ne diplômé-e ou l'orientation vers un cours en groupe, comme par exemple DIAfood (Lien), est recommandé, ainsi que l'orientation vers un-e professionnel-le en Activités Physiques Adaptées (APA) pour une évaluation et accompagnement de l'activité physique, ou vers des programmes, comme par exemple DIAfit (www.diafit.ch) ou Pas à Pas + (www.pas-a-pas.ch).</p> <p>Tous les modèles alimentaires visant une perte pondérale devraient être individualisés et tenir compte du traitement antidiabétique, de l'état de santé, des préférences individuelles, et la capacité de la personne diabétique à maintenir les recommandations alimentaires.</p> <p>L'alimentation doit être équilibrée pour éviter des risques de malnutrition (surtout chez la personne âgée).</p> <p>Dans certaines situations, des mesures supplémentaires sont à considérer :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une chirurgie bariatrique peut être envisagée chez des personnes diabétiques avec IMC $\geq 35 \text{ kg/m}^2$ si les interventions axées sur les changements du mode de vie n'ont pas permis d'atteindre les objectifs de perte pondérale. • Dans le choix des antidiabétiques, privilégier des antidiabétiques favorisant une perte de poids. Les agonistes du GLP1 sont les plus efficaces pour la perte pondérale (remboursés si BMI > 28), suivi des inhibiteurs du SGLT2 (voir RPC « Antidiabétiques oraux et injectables »).
Conseils nutritionnels pour des groupes particuliers
<p>Situations particulières nécessitant une prise en charge spécialisée, à déterminer avec la personne diabétique et les professionnel-le-s de soins impliqué-e-s :</p> <p>Diabète durant la grossesse ou la lactation (cf. RPC « Grossesse et diabète » et « Diabète gestationnel ») Chez les femmes en surpoids ou obèses avec un diabète gestationnel, une limitation modérée de l'apport en calories et en HC peut être appropriée.</p> <p>Personnes diabétiques âgées (cf. RPC « Personnes âgées et diabète ») Chez les personnes diabétiques âgées, il faut être particulièrement attentif au risque élevé de malnutrition et de dénutrition, et la prévention des hypoglycémies.</p> <p>Personnes diabétiques avec néphropathie chronique En présence d'une néphropathie diabétique (micro- ou macroalbuminurie), les apports protéiques recommandés sont de 0,8-0,9 g/kg poids corporel/j. Les apports en sel recommandés sont < 6 g par jour (diminution de la pression artérielle, contrôle de la volémie et réduction de la protéinurie).</p> <p>Les régimes de limitation, à priori, du potassium et du phosphore ne sont pas indiqués. Des conseils d'adaptions de l'alimentation sont à discuter avec la personne diabétique en fonction des résultats sanguins (si hyperkaliémie ou hyperphosphatémie). Ces conseils visent à maintenir un apport nutritionnel suffisant et la variété alimentaire.</p> <p>Les personnes diabétiques avec insuffisance rénale présentent un risque de dénutrition (essentiellement par diminution des apports nutritionnels). Si une perte de poids non volontaire est observée, une consultation spécialisée par un-e diététicien-ne est conseillée.</p>

Méthode

Ces recommandations pour la pratique clinique (RPC) ont été adaptées à partir de RPC jugées de bonne qualité méthodologique et fondées sur les meilleures preuves actuellement disponibles. Une sélection a été effectuée à partir de nombreuses RPC issues de différentes bases de données (National Guidelines Clearing house (AHRQ), Guidelines International Network, sites de différentes agences de RPC, de sociétés ou associations, Medline). La grille d'évaluation AGREE a été utilisée pour évaluer la qualité méthodologique des recommandations sources. Nous avons utilisé le processus d'adaptation ADAPTE pour ces RPC. Les recommandations adaptées au contexte du canton de Vaud ont été élaborées par un groupe restreint puis évaluées et finalisées par un groupe de travail multidisciplinaire. Les éléments détaillés de la méthode sont disponibles sur demande.

Niveau de preuve et force des recommandations

Les conseils généraux et le chapitre « Protéines » se fondent sur des consensus d'experts. La thérapie nutritionnelle et le chapitre « Lipides » et « Hydrates de carbone » se fondent sur des études randomisées comparatives, des revues systématiques, des études de cohorte et des consensus d'experts. Le chapitre « Alcool » se fonde sur des méta-analyses d'études randomisées comparatives, des études de cohorte et des consensus d'experts. Le chapitre « Suppléments alimentaires » se fonde sur des revues systématiques d'études randomisées comparatives, sur des études randomisées comparatives et des consensus d'experts. Le chapitre « Gestion du poids » se fonde sur une revue systématique d'études comparatives randomisées, des études comparatives randomisées, des études de cohorte, des études transversales et des consensus d'experts. Le chapitre « Groupe de patients particuliers » se fonde sur des études cas-témoins ou cohortes et sur des consensus d'experts, sur des études randomisées comparatives et une revue systématique d'études randomisées comparatives.

Recommandations sources

American Diabetes Association (ADA) – USA

- ADA. 5. Facilitating behaviour change and well-being to improve health outcomes: Standards of medical care in diabetes 2020. Diabetes Care. 2020; 43 (suppl. 1). [Lien](#)
- ADA. 8. Obesity Management for the Treatment of Type 2 Diabetes: Standards of medical care in diabetes 2020. Diabetes Care. 2020; 43 (suppl. 1). [Lien](#)
- Evert AB, Boucher JL, Cypress M, et al. ADA Position Statement. Nutrition therapy recommendations for the management of adults with diabetes. Diabetes Care. 2019; dci190014. [Lien](#)

Diabète Canada – Canada

- Comité d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de Diabète Canada. Lignes directrices de pratique clinique 2018 : Thérapie nutritionnelle. Can J Diabetes. 2018; 42 (suppl 1): S64-79. [Lien](#)

Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) – USA

- ICSI. Health care guideline: Diagnosis and management of type 2 diabetes mellitus in adults. Sixteenth edition, 2014. [Lien](#)

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) – UK

- NICE guideline NG17. Type 1 diabetes in adults: diagnosis and management. London: Royal College of Physicians. 2015 (Last updated: July 2016). [Lien](#)
- NICE guideline NG28. Type 2 diabetes in adults: management. London: Royal College of Physicians. 2015 (Last updated: August 2019). [Lien](#)

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (SIGN) – UK

- SIGN 116. Management of diabetes. A national clinical guideline. Edinburgh: SIGN 2010 (Updated 2017). [Lien](#)

Autres référence

- Prevention and Treatment of Protein Energy Wasting in Chronic Kidney Disease Patients: A Consensus Statement by the International Society of Renal Nutrition and Metabolism. Kidney Int. 2013; 84. [Lien](#)
- Robertson, L., et al. "Protein restriction for diabetic renal disease." Cochrane Database Syst Rev. 2007 (4): Cd002181. [Lien](#)

Groupe ayant mis à jour la RPC : Chantal Arditi, Stéphane Coendoz, Corinne Kehl, Heike Labud, Isabelle Peytremann-Bridevaux, Anne Wojtuszczyzn.

Groupe de validation : Chantal Arditi, Léonie Chinet, Stéphane Coendoz, Marc Egli, Sébastien Jotterand, Heike Labud, Pastora Molina, Isabelle Peytremann-Bridevaux, Lucien Roulet, Patrick Staeger, Anne Wojtuszczyz, Anne Zanchi.

Date de la recommandation : janvier 2021

Date de la prochaine révision : janvier 2026

Toutes les recommandations de pratique clinique pour le diabète sont disponibles sur le site

<https://www.recodiab.ch>

Merci de n'utiliser que le site susmentionné comme la seule source fiable et à jour des recommandations.