



## PRISE EN CHARGE DU DIABÈTE AU LUXEMBOURG EN 2017

### FICHE 4 : EQUILIBRE ALIMENTAIRE ET ÉDUCATION NUTRITIONNELLE DANS LE DIABÈTE DE TYPE 1 ET 2

**La prise en charge diététique comme l'éducation nutritionnelle font partie intégrante de la prise en charge du diabète. Chaque patient doit recevoir des conseils alimentaires individualisés, basés sur ses préférences alimentaires, son emploi du temps et son activité physique et être capable de juger par lui-même ce qu'il doit manger.**

**Il n'existe pas de « programme alimentaire » standard en cas de diabète.** Aucun aliment spécifique n'est formellement interdit et il n'y a aucune raison de devoir consommer des aliments spécialement adaptés, allégés ou édulcorés. Le meilleur régime à suivre est celui recommandé à tout le monde dans le cadre d'une alimentation équilibrée.

« Une alimentation saine comprend :

- de l'eau en quantité adéquate
- des féculents à chaque repas (pain, céréales, pâtes, pommes de terre, légumes secs) et de préférence non raffinés
- des fruits et des légumes plusieurs fois par jour
- une consommation quotidienne et suffisante de protéines sous forme de viande, volaille, poisson œufs, produits laitiers ou soja et dérivés. Les différentes sources protéiques seront variées. Les produits d'origine animale seront essentiellement à faible taux de matières grasses
- une quantité suffisante d'acides gras insaturés et une quantité limitée d'acides gras saturés (il est important de surveiller le rapport des acides gras Oméga 3/ Oméga 6)

Une alimentation saine ne doit pas comporter :

- une consommation trop fréquente ou trop importante de sucreries, de snacks gras/salés ou de boissons sucrées.
- un apport d'alcool trop important, sachant que l'alcool n'est pas indispensable dans une alimentation saine »

**Recommandation en matière d'alimentation saine. Comité d'alimentation saine et activité physique Ministère de la Santé luxembourgeois 2006**

#### Conseils généraux pour une alimentation adaptée au diabète de type 1

Les personnes **diabétiques de type 1** sont traitées par insuline. Il est important d'apprendre à adapter l'alimentation et les doses d'insuline aux activités journalières. C'est le traitement qui s'adapte au mode de vie de la personne diabétique et non l'inverse. (Recommandation forte)

Le but de l'éducation nutritionnelle est d'optimiser les glycémies en les maintenant les plus proches de la norme avec un minimum de variations. Un autre but est aussi de pouvoir contrôler le poids à long terme. Pour cela, il faut apprendre à **quantifier les glucides** consommés pour s'injecter la bonne dose d'insuline. (Recommandation forte)



### **L'enfant et l'adolescent : (ISPAD 2014)**

Dans le diabète de type 1 de l'enfant et l'adolescent, l'éducation nutritionnelle joue un rôle primordial dans le traitement. C'est pourquoi il est recommandé que l'enfant et sa famille soient pris en charge par un(e) diététicien(ne) spécifiquement formé(e) qui puisse proposer un programme alimentaire tenant compte de l'âge et des goûts de l'enfant et de la culture et des habitudes alimentaires de la famille, adapté à son activité physique. Ce programme doit être compréhensible et applicable, le thérapeute doit insister sur les effets de l'alimentation sur la régulation de la glycémie.

Les besoins nutritionnels de l'enfant diabétique de type I sont les mêmes que ceux des autres enfants. Les enfants et les adolescents doivent avoir un régime sain, équilibré et varié, avec un apport suffisant en vitamines et minéraux essentiels pour permettre une bonne croissance.

### **Recommandations pour tous (Recommandation forte):**

- **Proposer une consultation chez un(e) diététicien(ne) pour instaurer et discuter une alimentation adaptée**
- **Revoir le poids, la taille, le tour de taille (chez l'adulte) et l'indice de masse corporelle (BMI) adapté à l'âge (voir abaques OMS) ainsi que les habitudes alimentaires tous les ans**
- **L'apport calorique doit être adapté à la croissance chez l'enfant**
- **L'apport calorique doit être diminué en cas de surpoids**
- **Toute manifestation évoquant des troubles de l'alimentation ou une maladie coéliqua doit être recherchée.**

### **Conseils généraux pour une alimentation adaptée au diabète de type 2**

Le but de l'éducation nutritionnelle dans le diabète de type 2 est, en premier lieu, de réduire ou contrôler le poids à long terme, mais également d'optimiser les glycémies en les maintenant le plus proche de la norme et de diminuer le risque de complications cardio-vasculaires. (Recommandation forte)

### **Diabète de type 2 et contrôle du poids**

- Une perte de poids modérée (5-10% du poids initial, de préférence >7%), pouvant être atteinte par la combinaison des changements du mode de vie et une réduction calorique alimentaire, a déjà un effet bénéfique démontré sur la glycémie et l'HbA1c (grade A, ADA). Des programmes d'intervention pour faciliter ce processus sont fortement recommandés, l'objectif pondéral négocié avec le patient doit être réaliste, individualisé et être défini au regard de l'histoire pondérale.
- En fonction de l'objectif pondéral, l'apport énergétique peut être réduit de 15 à 30% par rapport à la ration habituellement consommée. La seule diminution des apports énergétiques, indépendamment de la perte de poids, peut suffire à améliorer l'équilibre glycémique.
- Le régime alimentaire peut différer dans la qualité des nutriments réduits (réduction en graisses et/ou réduction en glucides - low-carb <-> low fat), mais n'est efficace que s'il engendre la réduction calorique nécessaire. Le choix alimentaire devrait être basé sur l'état de santé et les préférences de la personne.



### Recommandations générales (Recommandation forte)

- Une prise en charge nutritionnelle par un(e) professionnel(le) spécifiquement formé(e) est recommandée pour chaque personne diabétique, c'est une composante importante et efficace du plan de prise en charge globale. (grade A, ADA)
- Il ne semble pas y avoir de modèle de répartition idéale des calories apportées par les hydrates de carbone, les protéines et les graisses (grade B, ADA). La répartition des catégories d'aliments doit donc se baser sur les préférences alimentaires de chacun et les objectifs à atteindre.
- Différents régimes alimentaires sont acceptables dans la prise en charge du diabète (association d'aliments différents ou de catégories d'aliments). Les préférences individuelles (traditions, culture, religion, croyances, objectifs de bonne santé, raisons économiques...) doivent être prises en compte quand on recommande un régime alimentaire plutôt qu'un autre. (grade E, ADA)
- Si une personne diabétique choisit de consommer de l'alcool, elle doit être informée de le faire avec modération (équivalent de 1 verre de vin par jour ou moins pour les femmes, au maximum 2 verres de vin par jour pour les hommes) (grade E, ADA). Une discussion avec un professionnel de santé est recommandée pour expliquer les interactions avec le traitement, les risques majorés d'hypoglycémies et la contre-indication de conduire après avoir bu. (grade B ou C, ADA)
- Les recommandations nutritionnelles pour les personnes diabétiques doivent être modifiées et adaptées en cas de maladies associées comme par exemple :
  - Excès pondéral et obésité
  - Maigreur
  - Troubles alimentaires
  - Hypertension
  - Insuffisance rénale
  - Maladie cœliaque

### Quantité et qualité des hydrates de carbone

- Du point de vue nutritionnel, même s'il n'y a pas de consensus pour la quantité idéale d'hydrates de carbone dans l'alimentation, l'apport en glucides est le facteur principal influençant le contrôle glycémique des personnes avec un diabète. (grade A, ADA)
- Pour les personnes traitées avec une insulinothérapie intensifiée et flexible (*MDI multiple daily injections*) ou perfusion continue d'insuline par pompe (*CSII continuous subcutaneous insulin infusion*), apprendre à quantifier l'apport en hydrates de carbone, que ce soit par le comptage des glucides ou par estimation de l'apport, est un moyen efficace pour améliorer le contrôle de l'équilibre glycémique. (grade A, ADA)
- Lorsque les doses d'insuline sont fixes (diabète de type 2), un apport glucidique quantifié constant, associé à une répartition journalière fixe, peut améliorer le contrôle glycémique et éviter les hypoglycémies. (grade B, ADA)
- Les sources en glucides provenant des céréales complètes, des légumes, des fruits, des légumineuses et des produits laitiers, en insistant sur les aliments riches en fibres et avec une charge glucidique faible (quantité et index), sont à privilégier par rapport aux autres sources, en particulier celles riches en sucres simples. (grade B, ADA)
- La consommation d'aliments à index glycémique (IG) faible permet un meilleur contrôle métabolique chez les personnes diabétiques de type 2, mais étant donné que l'IG est variable d'une personne à l'autre, l'apport en glucides doit être envisagé sous une forme quantitative globale.
- Il faut dissuader les patients de consommer des boissons sucrées et des sodas (cola, limonades, jus de fruits, ...) pour diminuer les risques de prise de poids et de maladies cardio-vasculaires et le dérapage glycémique. (grade B, ADA)



- La consommation de sucres ajoutés est tolérable à raison de 5% des apports glucidiques totaux, sans dépasser 50 g/jour. (grade A, ADA)

### **Quantité et qualité des lipides**

- Il n'y a pas de recommandation idéale sur le contenu en graisse totale du régime alimentaire du diabétique, il faut adapter les apports en fonction des objectifs. (grade C, ADA)
- Le type de lipides ingérés est beaucoup plus important que la quantité, en considération des objectifs métaboliques et des risques cardiovasculaires. (grade B, ADA)
- Afin de diminuer les risques cardio-vasculaires, une alimentation réduite en graisses saturées, riche en acides gras mono-insaturés et en acides gras oméga 3, du style régime méditerranéen, peut être recommandée. Etant donné que le cholestérol alimentaire a peu d'impact sur la cholestérolémie, il ne doit pas faire l'objet d'une restriction. Les acides gras trans devraient être évités.

### **Compléments alimentaires dans la prise en charge du diabète**

- A l'heure actuelle, le bénéfice d'une supplémentation en vitamines, minéraux, micronutriments et compléments alimentaires n'est pas démontré chez les personnes diabétiques hors situation de carence avérée. (grade C, ADA)