

Abstract - Groupe n° 24

Diabète et hypertension en Suisse romande : comment une alimentation adaptée, permettant d'améliorer le pronostic, s'intègre dans la prise en charge médicale ?

Gaëtan Cherpillod, Timothée Chicouri, Carlos de Mestral, Nikita Pfister, Roland Rüedi

Introduction

Les maladies cardiométaboliques sont responsables de la majorité du fardeau de morbidité en Suisse, diminuant la qualité et la durée de vie, et entraînant d'énormes coûts de santé (1). Parmi elles, l'hypertension artérielle et le diabète de type 2 touchent respectivement environ 26% et 6% de la population adulte (2). Bien que de multiples facteurs contribuent au développement de ces maladies, un facteur majeur est l'alimentation (3). Par ailleurs, une alimentation adaptée peut également contribuer à une meilleure prise en charge de ces deux maladies, au moins aussi efficacement que la pharmacothérapie (4,5). Cependant, il n'est pas clair s'il existe des recommandations alimentaires spécifiques aux patients diabétiques et hypertendus et si une alimentation adaptée s'intègre systématiquement dans la prise en charge. Dans cette optique, notre objectif principal était donc d'identifier les principaux facteurs socio-économiques, structurels, médicaux et communautaires facilitant ou entravant l'intégration une alimentation adaptée dans la prise en charge du diabète et de l'hypertension.

Méthode

Nous avons effectué une revue de la littérature pour apprécier le niveau de preuves scientifiques en faveur de l'intégration de l'alimentation dans la prise en charge du diabète et de l'hypertension, et pour identifier les recommandations aux niveaux international, national et local. Nous avons ensuite mené des entretiens semi-structurés selon un guide préétabli auprès de 14 personnes : dans le domaine social et communautaire, une assistante sociale, deux représentantes d'associations (Diabètevaud, Fourchette verte), une directrice de CMS, un journaliste, deux représentantes du gouvernement (DGS), et dans le domaine médical, une diététicienne, une infirmière, un médecin généraliste, deux endocrinologues et deux cardiologues.

Résultats

La plupart des participants interrogés reconnaissent l'importance d'une alimentation saine et adaptée dans la prise en charge du diabète et de l'hypertension. Cependant, pour les personnes interrogées du CMS et de la Fondation Sofia, les principales préoccupations sont de prévenir la sous-alimentation/dénutrition et de maximiser le plaisir de manger. Par exemple, dans l'élaboration des repas du CMS, peu ou pas d'importance est accordée à une alimentation adaptée pour traiter le diabète ou l'hypertension car "ces conditions sont bien traitées avec des médicaments" et car changer l'alimentation aussi tard dans la vie est jugé difficile et n'en vaut pas la peine. En outre, il y a des résistances de la part des clients du CMS et des restaurateurs à réduire la viande et le sodium dans les repas. La Fondation Sofia, qui prépare des repas à partir d'aliments issus de dons pour les personnes en grande précarité, ne se concentre pas sur les maladies chroniques.

La plupart des participants considèrent que changer les habitudes alimentaires est extrêmement difficile, car elles sont profondément ancrées dans l'individu. Cependant, les participants diffèrent dans leurs raisons pour lesquelles il en est ainsi. En général, les acteurs du domaine social et communautaire estiment que la plupart des individus savent quels aliments sont sains et lesquels ne le sont pas, mais manquent de moyens financiers, de temps, de compétences culinaires et de motivation. Ceux du domaine médical estiment que la plupart des individus ne savent pas ce qui est sain et ce qui ne l'est pas. Selon eux, par exemple, la plupart des patients sous-estiment largement leur apport quotidien en sodium et en sucre. Alors que certains participants médicaux affirment que les patients ont besoin de moyens financiers suffisants pour améliorer leur alimentation car une alimentation saine coûte plus cher, d'autres participants médicaux affirment qu'une alimentation saine n'est pas plus chère mais nécessite plus de connaissances culinaires et de temps que ce dont disposent la plupart des patients.

Selon certains participants, l'accès en ligne à l'information peut permettre aux patients de se renseigner sur le lien entre leur maladie et leur alimentation, et sur la façon de choisir, d'acheter ou de cuisiner des repas plus sains. Cependant, cela nécessite un niveau suffisant de littératie en santé pour distinguer les sources d'information fiables des non fiables, car il existe trop d'informations trompeuses et contradictoires, y compris dans les publicités sur les aliments et les boissons. Les patients peuvent donc facilement se sentir dépassés, confus, frustrés et découragés. Diabètevaud, source d'information fiable pour les diabétiques, propose gratuitement en ligne des conseils diététiques et des recettes de repas spécifiques aux patients. Bien que ces conseils ne soient pas individualisés et uniquement disponibles en français, il propose également un cours plus

approfondi et individualisé qui est remboursé si prescrit par un médecin. Diabètevaud dispose également d'un outil pour trouver des diététiciens dans la région.

La plupart des participants reconnaissent que les patients ont besoin de conseils et de soutien nutritionnels individualisés à long terme, idéalement de la part d'un diététicien, mais que cela se produit rarement, pour plusieurs raisons. Au niveau des patients, trop de patients ne savent pas que la consultation avec un diététicien est remboursée lorsqu'elle est prescrite par un médecin. De plus, les patients qui commencent une thérapie nutritionnelle se découragent lorsqu'ils ne voient pas d'améliorations tangibles à court terme. De nombreux patients sont également réticents à modifier leur alimentation car ils associent une alimentation saine à un manque de goût, de saveur et de plaisir. Enfin, de nombreux patients pensent que leur diabète ou leur hypertension est leur faute, et cette culpabilisation constitue une barrière supplémentaire à l'amélioration de leur alimentation. Au niveau social et communautaire, plusieurs participants mentionnent l'environnement obésogène, qui favorise fortement la consommation d'aliments malsains, rendant ainsi difficile la mise en place de stratégies alimentaires, même individualisées. Plusieurs participants identifient le soutien social insuffisant du cercle proche comme un déterminant essentiel du succès des changements alimentaires. Enfin, plusieurs participants mentionnent comme préjudiciable la croyance sociétale prédominante selon laquelle une alimentation saine relève uniquement de la responsabilité de chaque individu, ce qui contribue à la culpabilisation individuelle et détourne l'attention de l'environnement obésogène. Au niveau médical, la plupart des participants estiment que les médecins de premier recours manquent de temps et d'outils nécessaires pour évaluer et discuter de l'alimentation des patients. Certains participants croient que la plupart de médecins n'ont pas les connaissances nécessaires sur l'alimentation et la maladie en général, sans parler de son rôle dans la gestion de la maladie. Dans les soins hospitaliers, le turnover de patients élevé empêche les médecins de discuter de l'alimentation. Ce n'est que dans les cas de patients dont la maladie est mal contrôlée ou dans le cadre d'une réhabilitation cardiovasculaire post-infarctus que l'alimentation est évaluée, même si, là encore, ce n'est pas fait systématiquement. La plupart des participants ont également mentionné le manque de directives alimentaires claires et détaillées pour la prise en charge du diabète et de l'hypertension.

Discussion

En général, tous les intervenants reconnaissent qu'une alimentation adaptée est importante dans la prise en charge du diabète et de l'hypertension. Cependant, la réalité est que plusieurs obstacles freinent son intégration au niveau individuel, sociétal, communautaire et médical. Si une thérapie nutritionnelle individualisée au long cours est nécessaire et relativement accessible aux patients puisque remboursée sur prescription médicale, elle reste insuffisamment prescrite et mise en œuvre. Cela souligne la nécessité de guidelines claires pour intégrer systématiquement et adéquatement l'amélioration de l'alimentation dans la prise en charge. Même si les patients reçoivent des conseils diététiques adaptés, l'environnement obésogène omniprésent représente un obstacle majeur pour réussir à améliorer leur alimentation, tout en faisant face à la pression sociétale selon laquelle chaque patient est pleinement responsable de sa maladie et de son alimentation. En outre, l'amélioration de l'alimentation nécessite une littératie en santé suffisante, des moyens financiers, du temps, des compétences culinaires et un soutien social, qui sont tous déterminés par les facteurs socio-économiques et culturels propres à chaque patient. Dans ce contexte, des changements au niveau structurel sont nécessaires, comme l'ont soulignés plusieurs participants ; il s'agit, par exemple, de la taxation et d'un étiquetage clair des aliments malsains, de la réduction obligatoire du sodium/sucre dans les aliments transformés, de la limitation/interdiction des publicités ciblant en particulier les enfants, de l'introduction de connaissances et de compétences alimentaires tôt dans l'enfance et de subventions pour la production d'aliments sains. Comme l'ont souligné les fonctionnaires, ces changements structurels nécessaires sont malheureusement fortement combattus par les lobbies pharmaceutique et agroalimentaire ainsi qu'entravés par la croyance répandue que le comportement alimentaire reste la seule responsabilité de chacun.

Références

1. James SL, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and DALYs for 354 diseases 195 countries, 1990–2017: Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*. 2018 Nov 10;392(10159):1789–858.
2. de Mestral C, Stringhini S, Guessous I, Jornayvaz FR. Thirteen-year trends in the prevalence of diabetes in an urban region of Switzerland: a population-based study. *Diabet Med J Br Diabet Assoc*. 2020 Aug;37(8):1374–8.
3. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet Lond Engl*. 2019 May 11;393(10184):1958–72.
4. Forouhi NG, Misra A, Mohan V, Taylor R, Yancy W. Dietary and nutritional approaches for prevention and management of type 2 diabetes. *BMJ*. 2018 Jun 13;361:k2234.
5. Ozemek C, Laddu DR, Arena R, Lavie CJ. The role of diet for prevention and management of hypertension. *Curr Opin Cardiol*. 2018 Jul;33(4):388–93.

Mots clés : alimentation adaptée ; prise en charge ; diabète ; hypertension artérielle ; obstacles

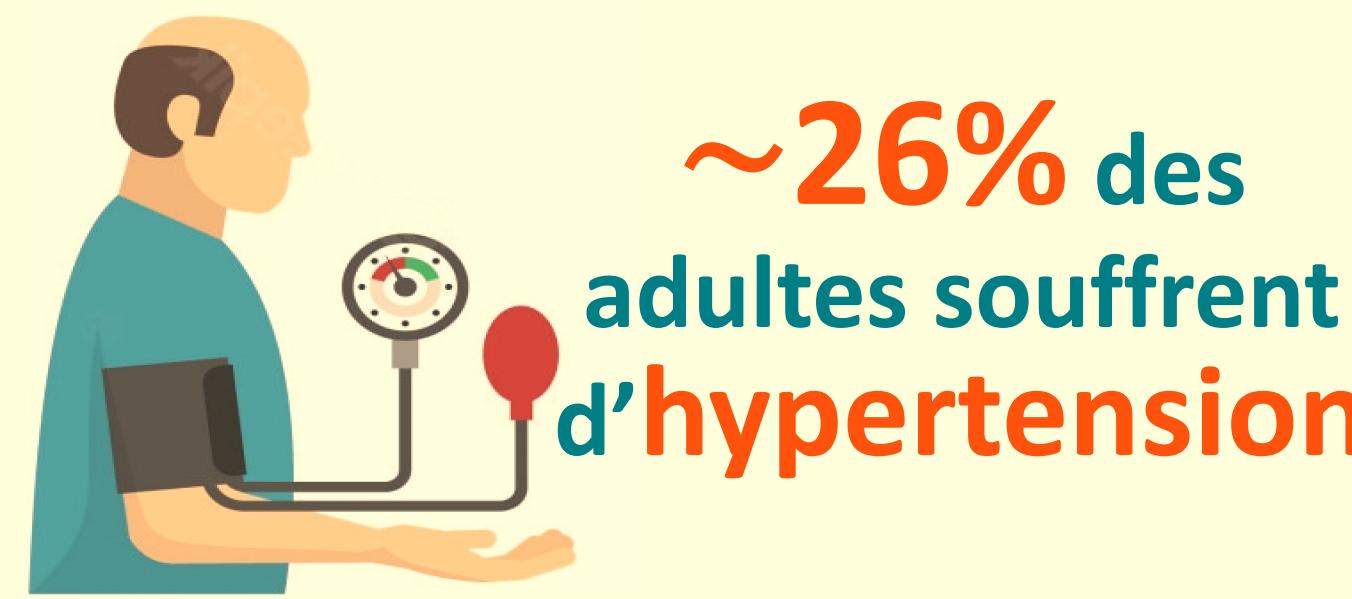
Le 5 juillet 2022

Diabète et hypertension : comment une alimentation adaptée, permettant d'améliorer le pronostic, s'intègre dans la prise en charge médicale ?

Gaëtan Cherpillod, Timothée Chicouri, Carlos de Mestral, Nikita Pfister, Roland Rüedi

Introduction

- Les **maladies cardiométaboliques** représentent la majorité du fardeau de morbidité en Suisse.
- Une **alimentation adaptée** peut contribuer à une meilleure prise en charge du diabète et de l'**hypertension**.
- Il n'est pas clair si actuellement une alimentation adaptée s'intègre systématiquement dans la prise en charge.



Objectif

- Identifier les principaux facteurs socio-économiques, structurels, médicaux et communautaires facilitant ou entravant l'intégration une alimentation adaptée dans la prise en charge du diabète et de l'hypertension.

Méthode

- Revue de la littérature
- Entretiens semi-structurés selon un guide préétabli auprès de 14 personnes :
 - dans le **domaine social et communautaire**, 1 assistante sociale, 2 représentantes d'associations (Diabètevaud, Fourchette verte), 1 directrice de CMS, 1 journaliste, 2 représentantes du gouvernement (DGS);
 - dans le **domaine médical**, 1 diététicienne, 1 infirmière, 1 médecin généraliste, 2 endocrinologues et 2 cardiologues.

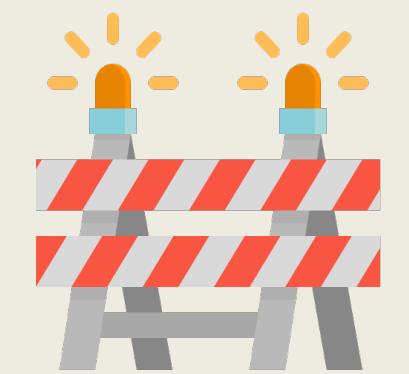
Résultats

- Reconnaissance globale de l'importance d'une alimentation saine et adaptée dans la prise en charge du diabète et de l'hypertension.
- Considération globale que changer les habitudes alimentaires est extrêmement difficile pour la plupart des patients.

- En général, les acteurs du domaine social et communautaire estiment que la plupart des individus savent quels aliments sont sains et lesquels ne le sont pas, mais manquent de moyens financiers, de temps, de compétences culinaires et de motivation.
- Les acteurs du domaine médical estiment que la plupart des individus ne savent pas ce qui est sain et ce qui ne l'est pas.
- Dans le domaine médical, certains acteurs affirment qu'une alimentation saine coûte plus cher, tandis que d'autres acteurs affirment qu'elle n'est pas plus chère mais nécessite plus de connaissances culinaires et de temps que ce dont disposent la plupart des patients.

Obstacles identifiés:

- Manque d'**argent**
- Manque de **temps**
- Manque de **soutien social**
- Manque de **skills culinaires**
- Manque de **littératie alimentaire**



Face à trop d'**informations contradictoires** en ligne, les patients se sent souvent **dépassés, confus, frustrés et découragés**.

- L'accès en ligne à des informations peut permettre aux patients de se renseigner sur le lien entre leur maladie et leur alimentation, et sur la façon de choisir, d'acheter ou de cuisiner des repas plus sains--cependant, cela nécessite un niveau suffisant de littératie en santé.



L'environnement obésogène facilite fortement la consommation des aliments malsains, et **empêche** l'adhérence aux conseils nutritionnels.

- Reconnaissance que les patients ont **besoin de conseils et de soutien nutritionnels individualisés à long terme**, de la part d'un diététicien, mais que cela se produit rarement, pour plusieurs raisons dans *trois niveaux*:
 - Individuel: découragement, plaisir, ignorance du remboursement
 - Social/communautaire: culpabilité, environnement, soutien social
 - Médicale: manque de temps ressources et directives, turnover élevé

Discussion

- Plusieurs obstacles individuels, sociaux/communautaires, et médicaux freinent l'intégration systématique d'une alimentation adaptée dans la prise en charge du diabète et de l'hypertension.
- Des directives claires et détaillées sont nécessaires pour prescrire systématiquement une consultation et suivi diététique individualisé.
- L'environnement obésogène représente un obstacle majeur pour réussir à améliorer l'alimentation.
- La pression sociétale selon laquelle chaque patient est pleinement responsable de sa maladie et de son alimentation représente aussi un obstacle majeur.
- Des importants changements au niveau structurel sont nécessaires.

