



Non-Pharmacological
Intervention Society

Le Référentiel des Interventions Non Médicamenteuses

Protocol : Régime méditerranéen protecteur de maladies cardiovasculaires et neurodégénératives

Régime protecteur HTA-MND



Nutritionnelles

Code de la fiche

NPIS-0000000108

Désignation

Programme d'initiation au régime méditerranéen contre l'hypertension artérielle.

Abréviation

Régime protecteur HTA-MND

Catégorie

Nutritionnelle

Objectif principal de santé

Réduire précocement le risque d'évènements cardiovasculaires des patients souffrants d'hypertension artérielle (HTA).

Explication

Le bénéfice antihypertenseur du régime méditerranéen observé démontré par des études cliniques (Gay 2016; Toledo 2013; Estruch 2018; Cowell 2021; Filippou 2021) s'explique principalement par l'amélioration de la fonction endothéliale, la réduction de l'inflammation et du stress oxydatif, un meilleur bilan électrolytique et des effets métaboliques (Filippou 2021; Młynarska 2025). Il existe une relation dose-réponse, autrement dit, mieux le régime est suivi, meilleurs sont ses bénéfices sur la santé cardiovasculaire (Yan 2025).

Test de routine

Mesure de la tension au repos avec un tensiomètre manuel ou électronique.

Seuil

Pression artérielle supérieure ou égale à 140/90 mmHg confirmée après plusieurs mesures.

Seuil individuel de changement clinique

Réduction de la pression artérielle systolique supérieure ou égale à 4 mmHg.
Si possible pression artérielle inférieure à 140/90 mmHg.

Bénéfice secondaires

Réduction de l'obésité (Franquesa 2019).

Diminution du risque de maladies cardiovasculaires (Sánchez-Taínta 2008; Estruch 2018; Martínez-González 2024; Barbería-Latasa 2025).

Réduction du risque d'arythmie cardiaque (Qin 2025).

Diminution du risque de syndrome métabolique et de diabète de type 2 (Kesse-Guyot 2013; Kargin 2019; Dayi 2022).

Réduction du risque de cancer (Leone 2020).

Réduction du risque de maladie neurodégénérative comme Alzheimer (Walker 2021; Li 2024; Youn 2025; Hajji-Louati 2026).

Risques directs

Carence nutritionnelle si le régime est trop restrictif notamment en calcium, en vitamine D et en protéines.

Décompensation en cas de restriction excessive en sel ou en liquide.

Troubles du comportement alimentaire si les objectifs sont inadaptés ou si les attentes sont irréalistes.

Environ 30% d'abandon induit par des contraintes financières (Heneghan 2025) ou organisationnelles d'accès aux produits alimentaires nécessaires.

Risques d'interaction

- Médicaments diurétiques : risque d'hypokaliémie si apports potassiques insuffisants ; risque de déshydratation si restriction hydrique excessive.
- Médicaments anti-hypertenseurs : risque d'hyperkaliémie si régime riche en potassium (légumineuses, fruits secs, banane, etc.).
- Médicaments bêtabloquants et inhibiteurs calciques : interactions alimentaires limitées, mais prudence avec l'alcool (potentialisation de l'effet hypotenseur).

Mécanismes biologiques et psychosociologiques

Fonction endothéliale et production de monoxyde d'azote

Le régime méditerranéen améliore la vasodilatation endothéliale via une augmentation de la biodisponibilité du monoxyde d'azote (Jennings 2019; Shannon 2020).

Effets anti-inflammatoires et antioxydants

La richesse en polyphénols (huile d'olive, fruits, légumes, noix) réduit l'inflammation systémique (CRP, cytokines) et le stress oxydatif, limitant la dysfonction vasculaire et la vasoconstriction chronique (De Pergola 2018).

Équilibre électrolytique et rénal

Un apport élevé en potassium (fruits, légumes, légumineuses) et une moindre densité sodée relative contribuent à abaisser la pression artérielle via des effets natriurétiques et une meilleure régulation rénale du volume extracellulaire (He 2013; Filippou 2023).

Poids, insulino-résistance et profil métabolique

L'INM favorise une perte de poids modérée, améliore la sensibilité à l'insuline et réduit l'activation sympathique, ce qui diminue la pression artérielle chez les sujets présentant des perturbations métaboliques (Cowel 2021).

Rigidité artérielle et remodelage vasculaire

Sur le moyen terme, l'action combinée anti-inflammatoire et antioxydante réduit la rigidité artérielle et le remodelage (Shannon 2020).

Réduction pondérale en cas surpoids

La baisse du poids, et en particulier de la masse grasse au bénéfice de la masse maigre, diminue la pression artérielle (Dayi 2022).

Régulation alimentaire

Une meilleure autonomie alimentaire et une meilleure gestion des comportements alimentaires en cas de stress limitent les apports d'aliments industriels à risque et d'alcool augmentant l'HTA (Dayi 2022).

Microbiote

Le régime méditerranéen riche en fibres notamment favorise la croissance des bactéries associées à la régulation du poids et à la réduction de l'inflammation (Carvalho 2025).

Public répondeur

Adulte présentant une HTA légère à modérée.

Adulte présentant un facteur de risque cardiovasculaire (surpoids, dyslipidémie, antécédent familial, etc.).

Patient présentant une HTA en prévention secondaire de maladie cardio-vasculaire en association avec un traitement médicamenteux (Haber 2025).

Public non répondeur

Patient avec une insuffisance cardiaque instable, une insuffisance rénale sévère non stabilisée ou des troubles majeurs du comportement alimentaire.

Participants

Individuel

Durée

5 mois

Nombre de séances par semaine

1 séance par mois.

Procédure

Intervention faisable et acceptable (Storniolo 2017; Alvarez-Alvarez 2020) en Europe comme en Asie (Yang 2025), en Afrique (Liweloya 2025) ou en Orient (Altawili 2023). Elle peut prendre le nom de « Mediterranean-Dietary Approaches to Stop Hypertension Intervention » ou de « Mediterranean-Dietary Approaches to Stop Hypertension Intervention for Neurodegenerative Delay » (MIND) en anglais (Li 2024).

- Réaliser un recueil de données médicales, personnelles, nutritionnelles et éducatives (psycho-affectives, biocliniques, socio-professionnelles).
- Définir un diagnostic nutritionnel et éducatif partagé avec le patient.
- S'accorder sur des objectifs généraux et éducatifs réalistes selon les 6 composants essentiels déterminés dans la fiche.
- Établir un plan de soin déclinant les objectifs généraux en objectifs spécifiques et incrémentaux permettant la progression du patient sur les 6 axes.
- Intégrer à chaque séance un temps d'éducation nutritionnelle de 10 à 15 minutes et de négociation des objectifs spécifiques incrémentaux pour favoriser l'autonomie du patient et la participation à son parcours de soin nutritionnel.
- Attendre l'atteinte de l'objectif spécifique avant de passer à un niveau cognitif supérieur.
- Attendre l'atteinte d'un ou plusieurs objectifs assurant un seuil minimal de couverture des recommandations nutritionnelles avant de passer à un autre domaine.
- Organiser un suivi régulier : entretien en présentiel ou en visio-conférence au moins une fois par mois durant 30 à 50 minutes.
- Proposer une possibilité de contact entre les rendez-vous pour répondre aux questions éventuelles du patient.
- Proposer une séance de renfort après tout événement de santé perturbant (hospitalisation, épisode de décompensation, changement de traitement).
- Informer le médecin traitant et le médecin spécialiste de la mise en place et de l'évolution du programme nutritionnel.
- Relever et quantifier le degré d'atteinte de chaque objectif général. Relever et quantifier le degré d'application de chaque objectif spécifique fixé et le degré de restitution de chaque séance d'éducation délivrée.
- Relever les grands marqueurs de suivi du statut nutritionnel à chaque séance : évolution du poids, recueil des habitudes alimentaires par familles d'aliments, fréquences alimentaires.
- Impliquer des membres de la famille lorsque cela est possible et pertinent (personnes réalisant les courses ou la préparation de la nourriture notamment).

Composants

Composants à observer associés à de l'éducation thérapeutique :

Réduction des apports sodés

- Objectif général de consommation : Apports sodés < 5 g/j (sel de table + aliments transformés), objectif à faire varier si prescription médicale différente. Cette recommandation est importante pour le succès de l'INM (Filippou 2023).
- Déclinaison en objectif clinique : Réduction TA systolique de 5–10 mmHg en 3 mois.
- Exemples de déclinaison en objectifs spécifiques mensuels : Remplacer la consommation du potage industriel par un potage surgelé contenant moins de sel ou un potage maison; pour la cuisson des féculents, limiter l'utilisation du bouillon cube à 1 par session de cuisson; ne pas resaler les plats du midi et du soir; utiliser des épices, des herbes ou des aromates à la place du sel.

Augmentation des fibres et des antioxydants

- Objectif général de consommation : Apports en fruits et légumes \geq 400 g/j ou 5 portions par jour; augmentation de la consommation d'aliments dit complets ou à base de farine complète à 1 portion par jour ; augmenter la consommation de légumes secs à 2 portions par semaine.
- Déclinaison en objectifs cliniques : Réduction de TA systolique de 5 à 10 mmHg avec diminution des symptômes physiques associés et du risque cardio-vasculaire; amélioration du profil glycémique avec diminution des risques cardio-vasculaires et métaboliques associés.
- Exemples de déclinaison en objectifs spécifiques mensuels : Avoir une portion (minimum 100 g ou l'équivalent d'un point fermé) de crudité (fruit ou légumes) par jour; consommer une poignée de fruits oléagineux (amandes, noix, noisettes) grillés ou non grillés; consommer 100 g de fruits rouges à votre petit-déjeuner 3 fois par semaine.

Équilibre lipidique (moins d'AGS, plus d'AGPI et oméga-3)

- Objectif général de consommation (formulation à adapter en fonction du patient) : Réduire la part des acides gras saturés dans l'alimentation afin qu'ils représentent moins de 12 % de l'apport énergétique total OU Limiter la consommation des aliments riches en acides gras saturés (charcuteries, fromages, pâtisseries, produits frits) à une fréquence de 1 à 2 fois par semaine ou une fréquence plus basse que les habitudes précédentes; augmenter la part d'acide gras insaturés dans l'alimentation afin qu'ils représentent plus de 4% de l'AET pour les omégas 6, plus de 1% de l'AET et 500 mg pour EPA + DHA.
- Déclinaison en objectifs cliniques : Amélioration du profil lipidique et glycémique et diminution des risques métaboliques et cardiovasculaires.
- Exemples de déclinaison en objectifs spécifiques mensuels : Réaliser la vinaigrette avec de l'huile d'olive et de l'huile de colza; consommer du poisson gras minimum une fois par semaine (saumon, thon, sardines); privilégier une entrée à base de crudités associées à une source de protéines (œufs) et de bons lipides (fruits oléagineux), en remplaçant la

charcuterie pour limiter sa consommation à 1 fois par semaine maximum.

Augmentation des apports en calcium, potassium

- Objectif général de consommation : Augmenter la consommation de produits laitiers à 2 par jour; augmenter l'hydratation avec une eau riche en calcium à minimum 1L par jour; augmenter la consommation de légumes et de fruits crus à une portion minimum par jour; augmenter la consommation de légumes secs à 2 portions par jour.
- Déclinaison en objectifs cliniques : Diminuer la pression artérielle afin d'améliorer la fonction vasculaire et réduire le risque cardiovasculaire.
- Exemples de déclinaison en objectifs spécifiques mensuels : Boire 0,5 à 1L d'eau par jour; ajouter un fromage blanc (sucré avec 1 cuillère à café de confiture) au petit-déjeuner; intégrer 2 à 3 abricots secs ou une dizaine de raisins secs dans un yaourt nature au repas du soir; consommer 1 kiwi ou 1 banane au petit déjeuner.

Mise en place d'un équilibre alimentaire général

- Objectif général de consommation : Augmenter l'hydratation pour atteindre l'apport minimum de 1.5L à 2L d'eau par jour; améliorer la répartition alimentaire avec 3 repas par jour + 1 à 2 collations; améliorer l'équilibre de l'assiette du midi et du soir en associant une source de protéines, une source de glucides complexes et une source de fibres.
- Déclinaison en objectifs cliniques : Diminuer la pression artérielle; débiter une perte pondérale; améliorer le profil lipidique et glycémique et diminuer les risques métaboliques et cardiovasculaires.
- Exemples de déclinaison en objectifs spécifiques mensuels : Inclure à chaque repas de midi et du soir une portion de féculents cuits (pâtes semi-complètes, riz, pommes de terre, quinoa, lentilles ou pois chiches), celle-ci représentera $\frac{1}{4}$ de votre assiette; réaliser une collation dans l'après-midi en associant un produit laitier et une portion de fruit cru; en plus de l'hydratation habituelle, boire un grand verre d'eau le matin et un grand verre d'eau à 16h (possibilité de l'aromatiser avec du citron ou des feuilles de menthe par exemple).

Dimension éducative / comportementale

Objectif général : Diminution de la culpabilité alimentaire et mise en place d'exercices d'auto-évaluation et de suivi du comportement alimentaire.

Déclinaison en objectif cliniques : Améliorer la relation à l'alimentation et mieux gérer les épisodes de grignotage ou excès alimentaire; adapter ses portions et son équilibre alimentaire aux différentes situations.

Exemples de déclinaison en objectifs spécifiques mensuels : Ecrire les 3 premières colonnes de Beck (description de la situation, émotions ressenties lors de cette situation et pensées qui surgissent lors de la situation) lors d'un temps de culpabilité alimentaire pour en discuter à la prochaine intervention; évaluer votre appétit avant le repas sur une échelle de 0 (aucune faim) à 5 (faim extrême), puis noter le comportement alimentaire pendant le

repas (durée du repas, équilibre global de l'assiette, quantité consommée, satiété).

Temps d'éducation nutritionnelle à mobiliser lors des séances :

- Comprendre l'hypertension artérielle (définition, mécanismes, facteurs de risque) et sa relation à la santé cardiovasculaire (conseils généraux, rôle de l'alimentation et de l'activité physique).
- Rôle du sel, sodium caché et aliments ultra-transformés dans l'HTA (explications et stratégies de réduction).
- Importance des apports en potassium, magnésium et calcium pour la tension artérielle (sources alimentaires et recommandations).
- Choix des matières grasses et protéines (alimentation méditerranéenne, oméga-3, limitation des graisses saturées et viandes rouges).
- Gestion du stress, sommeil et émotions (impact direct sur la tension artérielle et comportements alimentaires).
- Stratégies pratiques pour adapter son alimentation au quotidien (planification des repas, choix d'aliments sains, adaptation au contexte socio-professionnel).

Matériel

Logiciel d'aide à la consultation nutritionnelle avec formulaire de consultation.

Fiches pédagogiques en version PDF et imprimées pour envoi postal le cas échéant.

Document de la Haute Autorité de Santé (2016) et de l'Assurance Maladie (2025).

Compte rendu de la consultation avec résumé des informations importantes du recueil de données, diagnostic nutritionnel, objectifs généraux de soins et objectifs spécifiques thérapeutiques.

Système de visio-conférence.

Lieu de pratique

Cabinet diététique.

Visio-conférence.

Bonnes pratiques de mise en œuvre

- Expliquer clairement le rôle de l'alimentation dans l'HTA.
- Utiliser des supports pédagogiques simples.
- Encourager la mise en place d'une alimentation équilibrée sur le long terme, adaptée aux habitudes de vie.

- Expliquer que le bénéfice de la prise en charge réside dans l'adoption de nouvelles habitudes alimentaires sur le long terme et que ces changements se font de manière progressive.
- Vérifier la compréhension et l'adhésion à chaque séance.
- Adapter les conseils au contexte socioculturel et professionnel et au mode de vie de la personne.
- Favoriser la progression étape par étape, objectif par objectif.
- Encourager une pratique régulière d'activité physique.

Bonnes pratiques de pérennisation

- Insister sur le maintien d'une alimentation équilibrée au long cours.
- Proposer des stratégies concrètes (batch cooking, listes de courses, lecture d'étiquettes).
- Fournir des ressources documentaires adaptées.

Précautions

- Vérifier les interactions avec les traitements antihypertenseurs (diurétiques, suppléments).
- Éviter un régime trop restrictif et radical (risque de carences, perte de masse maigre).
- Adapter la prise en charge en cas de comorbidités (diabète, insuffisance rénale, pathologies digestives).
- Tenir compte de l'âge, des comorbidités et des préférences alimentaires pour personnaliser l'INM et la maintenir dans le temps.
- Respecter la progressivité des changements alimentaires pour favoriser l'adhésion et limiter les troubles digestifs.
- Informer le médecin traitant de la mise en place de l'INM, surtout si le patient est sous traitement antihypertenseur ou un autre.

Caractéristiques réglementaires

Prescription médicale.

Libre de droit mais le praticien doit citer systématiquement l'INM et son code.

Encadrement par un diététicien diplômé et formé à l'INM.

Initiateur principal

Le programme d'initiation au régime méditerranéen contre l'hypertension et des maladies neurodégénératives est le résultat d'un travail cumulatif et collaboratif de chercheurs en nutrition depuis les années 1950.

Qualification requise

Diététicien ou médecin nutritionniste.

Formation à la démarche de soin et aux bonnes pratiques pluriprofessionnelles des INM.

Formation à l'INM.

Bibliographie

Étude prototypique

De Lorgeril M et al. Mediterranean diet, traditional risk factors, and the rate of cardiovascular complications after myocardial infarction: final report of the Lyon Diet Heart Study. *Circulation*. 1999 Feb 16;99(6):779-85. <https://doi.org/10.1161/01.cir.99.6.779>

Étude mécanistique

Ros E et al. Mediterranean diet and cardiovascular health: Teachings of the PREDIMED study. *Adv Nutr*. 2014 May 14;5(3):330S-6S. <https://doi.org/10.3945/an.113.005389>

Études interventionnelles

Toledo E et al. Effect of the Mediterranean diet on blood pressure in the PREDIMED trial: results from a randomized controlled trial. *BMC Med*. 2013 Sep 19;11:207.

<https://doi.org/10.1186/1741-7015-11-207>

Jennings A et al. Mediterranean-Style Diet Improves Systolic Blood Pressure and Arterial Stiffness in Older Adults. *Hypertension*. 2019 Mar;73(3):578-586.

<https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.118.12259>

Études des risques

Filippou CD et al. Mediterranean diet and blood pressure reduction in adults with and without hypertension: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin Nutr*. 2021 May;40(5):3191-3200. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2021.01.030>

Cowell OR et al. Effects of a Mediterranean diet on blood pressure: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials and observational studies. *J Hypertens*. 2021 Apr 1;39(4):729-739. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000002667>

Étude d'implémentation en Europe

Alvarez-Alvarez I et al. Adherence to a priori dietary indexes and baseline prevalence of

cardiovascular risk factors in the PREDIMED-Plus randomised trial. *Eur J Nutr.* 2020 Apr;59(3):1219-1232. <https://doi.org/10.1007/s00394-019-01982-x>

Autres publications

Altawili AA et al. An Exploration of Dietary Strategies for Hypertension Management: A Narrative Review. *Cureus.* 2023 Dec 7;15(12):e50130. <https://doi.org/10.7759/cureus.50130>

Assurance Maladie. Quelle alimentation en cas d'hypertension artérielle? CNAM, Paris, 2025. <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/hypertension-arterielle-hta/alimentation-et-hta> Barbería-

Latasa M et al. The Mediterranean diet and cardiovascular disease. *Cardiovasc Res.* 2025 Dec 18;121(16):2465-2475. <https://doi.org/10.1093/cvr/cvaf218> Carvalho LM et al. Precision

nutrition for obesity management: A gut microbiota-centered weight-loss approach. *Nutrition.* 2025 Dec;140:112892. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2025.112892>

Cowell OR et al. Effects of a Mediterranean diet on blood pressure: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials and observational studies. *J Hypertens.* 2021 Apr 1;39(4):729-739. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000002667>

Dayi T et al. Effects of the Mediterranean diet on the components of metabolic syndrome. *J Prev Med Hyg.* 2022 Oct 17;63(2 Suppl 3):E56-E64. <https://doi.org/10.15167/2421-4248/jpmh2022.63.2S3.2747>

De Pergola G et al. Influence of Mediterranean Diet on Blood Pressure. *Nutrients.* 2018 Nov 7;10(11):1700. <https://doi.org/10.3390/nu10111700>

Filippou C et al. DASH vs. Mediterranean diet on a salt restriction background in adults with high normal blood pressure or grade 1 hypertension: A randomized controlled trial. *Clin Nutr.* 2023 Oct;42(10):1807-1816. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2023.08.011>

Franquesa M et al. Mediterranean Diet and Cardiometabolic Risk: A Systematic Review through Evidence-Based Answers to Key Clinical Questions. *Nutrients.* 2019 Mar 18;11(3):655. <https://doi.org/10.3390/nu11030655>

Gay HC et al. Effects of Different Dietary Interventions on Blood Pressure: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Hypertension.* 2016 Apr;67(4):733-9. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.115.06853>

Haber M et al. Preventing premature cardiovascular mortality: the role of lifestyle interventions and pharmacotherapy-a narrative review. *Front Cardiovasc Med.* 2025 Dec 8;12:1664802. <https://doi.org/10.3389/fcvm.2025.1664802>

Hajji-Louati M et al. Adherence to the Mediterranean and Mediterranean-Dietary Approaches to Stop Hypertension Intervention for Neurodegenerative Delay (MIND) Diets and Parkinson's Disease Incidence in Women: Results from the Prospective E3N Cohort. *Ann Neurol.* 2026 Jan 6. <https://doi.org/10.1002/ana.78115>

Haute Autorité de Santé. Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte. HAS, Saint-Denis la Plaine, 2016. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2059286/fr/prise-en-charge-de-l-hypertension-arterielle-de-l-adulte

He FJ et al. Effect of longer term modest salt reduction on blood pressure: Cochrane systematic review and meta-analysis of randomised trials. *BMJ*. 2013 Apr 3;346:f1325. <https://doi.org/10.1136/bmj.f1325>

Heneghan JL et al. Adherence to the combined Mediterranean-dietary approaches to stop hypertension diet is shaped by neighborhood socio-economics and food environments. *Health Place*. 2025 Nov 30;97:103575. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2025.103575>

Kargin D et al. Experimental Outcomes of the Mediterranean Diet: Lessons Learned from the Predimed Randomized Controlled Trial. *Nutrients*. 2019 Dec 6;11(12):2991. <https://doi.org/10.3390/nu11122991>

Kesse-Guyot E et al. Adherence to Mediterranean diet reduces the risk of metabolic syndrome: a 6-year prospective study. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 2013 Jul;23(7):677-83. <https://doi.org/10.1016/j.numecd.2012.02.005>

Leone A et al. Mediterranean diet, Dietary Approaches to Stop Hypertension, and Pro-vegetarian dietary pattern in relation to the risk of basal cell carcinoma: a nested case-control study within the Seguimiento Universidad de Navarra (SUN) cohort. *Am J Clin Nutr*. 2020 Aug 1;112(2):364-372. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqaa127>

Li J et al. The MIND diet, brain transcriptomic alterations, and dementia. *Alzheimers Dement*. 2024 Sep;20(9):5996-6007. doi: 10.1002/alz.14062

Liweleya S et al. Mediterranean Diet as a Therapeutic Strategy for Hypertension and Cardiovascular Health. *Int J Hypertens*. 2025 Dec 3;2025:2369674. <https://doi.org/10.1155/ijhy/2369674>

Martínez-González MÁ et al. Effect of the Mediterranean diet in cardiovascular prevention. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2024 Jul;77(7):574-582. <https://doi.org/10.1016/j.rec.2024.01.006>

Młynarska E et al. The Mediterranean Diet in Primary and Secondary Prevention of Coronary Heart Disease: Evidence and Mechanisms. *Nutrients*. 2025 Nov 20;17(22):3617. <https://doi.org/10.3390/nu17223617>

Qin P et al. Mediterranean-Dietary Approaches to Stop Hypertension Intervention for Neurodegenerative Delay (MIND) diet and cardiovascular disease and arrhythmias. *BMC Med*. 2025 Dec 2;24(1):13. <https://doi.org/10.1186/s12916-025-04546-5>

Sánchez-Taínta A et al. Adherence to a Mediterranean-type diet and reduced prevalence of clustered cardiovascular risk factors in a cohort of 3,204 high-risk patients. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2008 Oct;15(5):589-93. <https://doi.org/10.1097/HJR.0b013e328308ba61>

Shannon OM et al. Mediterranean Diet Increases Endothelial Function in Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *J Nutr*. 2020 May 1;150(5):1151-1159. <https://doi.org/10.1093/jn/nxaa002>

Storniolo CE et al. A Mediterranean diet supplemented with extra virgin olive oil or nuts improves endothelial markers involved in blood pressure control in hypertensive women. *Eur J Nutr*. 2017 Feb;56(1):89-97. <https://doi.org/10.1007/s00394-015-1060-5>

Walker ME et al. Associations of the Mediterranean-Dietary Approaches to Stop Hypertension Intervention for Neurodegenerative Delay diet with cardiac remodelling in

the community: the Framingham Heart Study. Br J Nutr. 2021 Dec 28;126(12):1888-1896.

<https://doi.org/10.1017/S0007114521000660>

Yan F et al. Dose-response relationships of DASH, Mediterranean, and AHEI dietary patterns with heart failure incidence: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. Eur J Clin Nutr. 2025 Dec 19. <https://doi.org/10.1038/s41430-025-01697-9>

Yang L et al. Association between cMIND diet adherence and frailty among Chinese older adults: A 10-year longitudinal study. J Nutr Health Aging. 2025 Dec;29(12):100709.

<https://doi.org/10.1016/j.jnha.2025.100709>

Youn JE et al. Association of Mediterranean, high-quality, and anti-inflammatory diet with dementia in UK Biobank cohort. J Nutr Health Aging. 2025 Jul;29(7):100564.

<https://doi.org/10.1016/j.jnha.2025.100564>

Auteur(s) de la fiche

NPIS (comité scientifique)

Date de création : **11/03/2026**

Date de révision : **12/03/2026**

Version : **V01**

Régime méditerranéen protecteur de maladies cardiovasculaires et

neurodégénératives, Référentiel NPIS des INM, Fiche code NPIS-0000000108, Version V01, 2026.

Lien vers la fiche online : [cliquez-ici](#).

Suggérez une amélioration : Rendez-vous sur sa fiche numérique de la plateforme du Référentiel NPIS des INM [en cliquant-ici](#).

Contacteur la NPIS

5, rue des Reculettes, 75013 Paris - France

Tél. : +33 (0)1 56 79 17 91

[Non Pharmacological Intervention Society - Société savante d'intérêt général à but non lucratif](#)

Nos soutiens



Nos partenaires



Information réglementaire et précaution :

Toute exploitation ou reproduction nécessite une autorisation préalable de la NPIS. Toute référence et toute citation doit faire mention du Référentiel NPIS des INM.

Le lecteur reconnaît utiliser ces informations sous sa responsabilité exclusive.

La NPIS n'a pas vocation à répondre à des questions sur un cas personnel ou celui d'un proche. Celles-ci doivent être posées à un professionnel de santé. Rien ne remplace la consultation d'un médecin.

La fiche INM contient des liens bibliographiques vers d'autres sources dont la NPIS décline toute responsabilité quant à leur contenu.

Tous droits réservés © 2026 NPIS