

Rénif'mag

N° 7 - décembre 2011

Spécial rein et diabète Le plaisir de manger

Dossier médical

Le diabète expliqué
par le Pr Vexiau

La néphropathie
diabétique expliquée
par le Dr Gauthier

Dossier ETP

Les ateliers d'éducation
thérapeutique

Dossier nutrition

L'alimentation entre
héritage et hérédité

Focus sur les boissons
sucrées



SOMMAIRE

Rénif'mag n° 7 - décembre 2011

3 Editorial *par le Dr Xavier Belenfant*

DOSSIER MEDICAL

4 Le diabète expliqué *par le Pr Patrick Vexiau*

6 Glossaire des termes médicaux

7 La néphropathie diabétique expliquée *par le Dr Eric Gauthier*

DOSSIER EDUCATION THERAPEUTIQUE

10 Les ateliers d'éducation thérapeutique présentés *par Emma Belissa*

DOSSIER NUTRITION

12 L'alimentation entre héritage et hérédité *par Emma Belissa et Sylvie Partouche*

14 Focus sur les boissons sucrées *par Sylvie Partouche*

15 A vous de jouer

17 Fiches recettes

19 Actualités du réseau

20 Calendrier des ateliers diététiques et des groupes de paroles

Rénif'mag

3-5 rue de Metz 75010 Paris, Tél. 01 48 01 93 00, Télécopie 01 48 01 65 77, Email : contact@renif.fr, Site : www.renif.fr
Directeur de publication : Dr Xavier Belenfant ; rédacteur en chef : Dr Barbara Lesavre ; secrétaire de rédaction : Annie Toupenot ; comité scientifique : Dr Xavier Belenfant, Dr Eric Gauthier, Dr Catherine Gaudry, Dr Aude Servais ; dossiers éducation thérapeutique et nutrition : Emma Belissa et Sylvie Partouche.

Crédits photo : page 1 : © FOOD-micro - Fotolia.com ; page 5 : © Gerhard Seybert - Fotolia.com ; Page 9 : © Phil - Fotolia.com ; page 11 : © Evgeny Rannev - Fotolia.com ; page 13 : © Mimi Potter - Fotolia.com ; page 17 : © FOOD-images - Fotolia.com et Eden Partouche

Impression : Imprimerie Launay, Paris 5 ; tirage : 3 000 exemplaires



Editorial

par le Dr Xavier Belenfant président du réseau Rénif

Le diabète (de type 2 dans 90% des cas) est présent chez 40% des patients dialysés en France. Un quart à un tiers des patients suivis pour un diabète pendant plus de 10 ans risquent de présenter une atteinte rénale.

Chez les patients en insuffisance rénale non dialysés, le diabète est, avec l'hypertension artérielle, un des facteurs les plus importants de progression de la maladie.

Le dépistage et la prise en charge thérapeutique du diabète sont donc essentiels.

Les progrès réalisés les 20 dernières années ont montré qu'une prise en charge optimale (contrôle de l'hypertension artérielle, de l'excès de cholestérol grâce aux règles hygiéno-diététiques et aux traitements pharmacologiques) permet de ralentir voire de stopper la progression de la néphropathie, de diminuer les complications cardiovasculaires et donc d'améliorer à la fois la qualité et la durée de vie.

L'équipe Rénif s'associe à moi pour vous souhaiter de bonnes fêtes de fin d'année.

Dr Xavier Belenfant

Le diabète expliqué par le Pr Patrick Vexiau, chef de service de diabétologie à l'hôpital Saint-Louis à Paris et secrétaire de l'Association Française des Diabétiques (AFD)

Qu'est-ce-que le diabète ?

Le diabète correspond à l'existence d'une hyperglycémie chronique (c'est la présence de trop de sucre dans le sang). On définit le diabète par une glycémie à jeun supérieure ou égale à 1,26 g/l ou une glycémie non à jeun supérieure à 2 g/l.

Qu'est-ce-que le diabète de type 2 ?

Le diabète de type 2 (DT2) est aussi appelé diabète non insulino-dépendant.

Deux anomalies sont responsables du DT2 :

- d'une part le pancréas* produit de l'insuline mais en quantité insuffisante : c'est ce que l'on appelle l'insulinopénie. Celle-ci s'aggrave avec le temps. Or l'insuline est une hormone qui permet de faire baisser la glycémie.

- de plus cette insuline n'agit pas efficacement : c'est ce que l'on appelle l'insulinorésistance. Celle-ci est fortement corrélée au surpoids et à l'obésité.

A terme, le pancréas fatigué ne parvient plus à assurer une production d'insuline suffisante et le taux de glucose dans le sang augmente. Ce diabète qui apparaît généralement après 40 ans est une maladie silencieuse souvent ignorée. Ils sont plus de 600 000 personnes en France à souffrir de diabète de type 2, sans le savoir ! Pour cause, cette maladie sournoise ne provoque aucun symptôme durant de longues années.

Les diabétiques sous traitement médicamenteux dépassent les 2,5 millions de personnes.

« Les diabétiques sous traitement médicamenteux dépassent les 2,5 millions de personnes. »

Qu'est-ce-que le diabète de type 1 ?

Dans le diabète de type 1 (DT1), les cellules bêta* qui fabriquent l'insuline sont détruites. Cela entraîne une carence totale en insuline d'où le nom de diabète insulino-dépendant.

La destruction des cellules bêta est due à certaines cellules du sang, les lymphocytes (ce sont des cellules du système immunitaire), qui normalement permettent de lutter contre les infections. On parle alors de maladie auto-immune.

Ce diabète est diagnostiqué le plus souvent chez les enfants, les adolescents et les jeunes adultes.

Quels sont les symptômes du diabète ?

Dans le DT1, le début est souvent rapide voir brutal. L'hyperglycémie très importante entraîne un amaigrissement important, une soif intense et des urines très abondantes. Le traitement par insuline doit être très rapidement instauré sous peine d'une décompensation sévère avec l'apparition d'une acidocétose*.

Dans le DT2, les patients peuvent tout ignorer de leur pathologie. Les troubles n'apparaissent qu'après plusieurs années :

une soif importante, une perte de poids, des envies d'uriner fréquentes même pendant la nuit. Or, à ce stade, le diabète risque d'avoir endommagé certains organes. Mais le plus souvent, c'est à l'occasion d'une prise de sang demandée à titre systématique devant une hypertension artérielle, un trouble lipidique (trop de graisse, cholestérol ou triglycérides) que le diagnostic est porté. Parfois aussi, c'est malheureusement devant une complication

* Voir glossaire page 6



que le diagnostic sera porté chez 10 à 15% des diabétiques.

Quels sont les risques du diabète ?

Le diabète provoque des dégâts à bas bruit. La maladie s'attaque à l'organisme pendant de nombreuses années et peut entraîner des complications.

Il s'agit le plus souvent de complications vasculaires : insuffisance coronarienne, infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, artérite* des membres inférieurs.

Il peut s'agir aussi d'une atteinte des petits vaisseaux entraînant :

- une atteinte de la rétine (appelée rétinopathie) avec une baisse de l'acuité visuelle.

- une atteinte rénale (appelée néphropathie) avec apparition d'albumine dans les urines, puis d'une insuffisance rénale patente. Le diabète

« Le diabète est la première cause d'insuffisance rénale terminale et donc de recours au rein artificiel. »

est la première cause d'insuffisance rénale terminale et donc de recours au rein artificiel.

- une atteinte nerveuse (appelée neuropathie) engendrant une paralysie faciale brutale, une atteinte de l'oculomotricité* ou encore des signes de polynévrite* avec une sensation de brûlure sous les pieds ou l'impression de marcher dans du coton. Cette neuropathie peut conduire à une ulcération du pied, appelé mal perforant plantaire, première cause d'amputation (orteil, pied ou plus) non traumatique en France.

Enfin, des complications aiguës sont favorisées par un diabète non équilibré et donc non diagnostiqué. Il peut s'agir par exemple d'une infection au décours d'une plaie qui cicatrise difficilement.

Quand se faire dépister le DT2 ?

Il se passe en général 8 à 10 ans entre le début de la maladie et son diagnostic. Un laps de temps suffisamment long pour permettre à la maladie d'œuvrer en silence.

* Voir glossaire page 6

Les diabétiques informés rapidement de leur maladie mettent le maximum de chances de leur côté. Plus on dépiste tôt, plus on peut prévenir les complications.

Les facteurs de risque sont bien connus comme les antécédents familiaux, le surpoids, un manque d'activité physique. Si un parent est devenu diabétique connu à l'âge de 50 ans et qu'il a été méconnu pendant 10 ans, la maladie est donc apparue vers l'âge de 40 ans, et donc c'est dès l'âge de 35 ans qu'une recherche systématique périodique doit être réalisée chez ses enfants.

Les dépistages devraient être encore plus systématiques et plus précoces. La maladie progresse constamment parmi la population. Le DT2 touche aussi des personnes de plus en plus jeunes. Alors que l'alimentation s'enrichit en sucres et en graisses et que la sédentarité gagne du terrain, le diabète apparaît désormais chez les moins de 30 ans alors qu'il y a vingt ans, c'était très rare.

On sait également que les patientes diabétiques ont souvent eu de gros bébés à la naissance. C'est pourquoi toute femme ayant eu un enfant d'un poids supérieur à 4.5 kg à la naissance doit faire rechercher périodiquement un diabète.

Ce n'est qu'au prix d'un dépistage et d'une recherche systématique que l'on peut arriver à diagnostiquer et donc à traiter suffisamment tôt le diabète pour en éviter les complications. ●

Glossaire des termes médicaux

Acidocétose

Concentration excessive d'acide dans le sang, observée notamment au cours du jeûne et du diabète.

Artérite des membres inférieurs

Maladie des artères, le plus souvent due à l'athérome, qui touche les membres inférieurs.

Cellules beta

Cellules du pancréas qui sécrètent de l'insuline.

Oculomotricité

Mobilité des yeux à l'intérieur des orbites.

Pancréas

Organe glandulaire situé dans l'abdomen, au-dessous et en arrière de l'estomac, qui sécrète le suc pancréatique (déversé dans l'intestin pour servir à la digestion) ainsi que deux hormones, l'insuline et le glucagon, excrétées dans le sang pour la régulation du métabolisme du glucose.

Polynévrite

Atteinte simultanée, bilatérale et symétrique de plusieurs nerfs, de nature inflammatoire ou non.

La néphropathie diabétique expliquée par le Dr Eric Gauthier, néphrologue à l'Hôpital Privé de l'Est Parisien

Comment le diabète touche-t-il mes reins ?

Des concentrations élevées de sucre dans le sang pendant plusieurs années modifient la structure protéique du glomérule qui est l'unité anatomique du rein qui assure la filtration du sang. Le glomérule va progressivement se fibroser avant d'être complètement détruit. On parle de néphropathie diabétique. Cette atteinte n'entraîne aucun symptôme et l'évolution est sournoise.

Au tout début de la maladie ces anomalies entraînent une augmentation de la filtration glomérulaire. A ce stade, il n'existe pas en pratique courante d'examen permettant de la détecter. Puis, il apparaît une protéinurie initialement de débit très faible que l'on repère en demandant un dosage de microalbuminurie. A cette phase, la maladie rénale est réversible si elle est prise en charge. Puis, une protéinurie de débit important apparaît pouvant aller jusqu'au syndrome néphrotique avec apparition d'œdème.

Cette augmentation du débit de protéinurie s'associe à une aggravation progressive de la fonction rénale qui aboutit à une destruction complète du rein. Il existe une corrélation étroite entre le taux de protéines dans les urines et la vitesse de dégradation de la fonction rénale.

La néphropathie diabétique est rarement développée avant 10 ans d'évolution de la maladie mais lors du diagnostic du diabète de type 2, 3 % des patients ont déjà une maladie rénale. L'incidence de la néphropathie diabétique est d'environ 3 % par an entre 10 et 20 ans d'évolution de diabète.

Comment savoir si mes reins sont atteints ?

La néphropathie diabétique est totalement asymptomatique, on ne peut pas faire le diagnostic si on ne réalise pas de prélèvements biologiques urinaires et sanguins.

Les deux examens importants pour le dépistage sont la recherche de microalbuminurie dans les urines et le dosage de la créatinémie dans le sang.

Le premier signe de néphropathie diabétique est la présence d'une microalbuminurie qu'il faut rechercher dans les urines de 24 h ou sur échantillon des urines du matin. Ce dosage est à réaliser annuellement chez tous les patients diabétiques connus.

« Lors du diagnostic du diabète de type 2, 3% des patients ont une maladie rénale. »

Pour évaluer la fonction rénale il faut réaliser un dosage de la créatinémie ce qui permet de calculer la clairance de la créatine en utilisant la formule dite de MDRD. Plus la clairance baisse et moins le rein fonctionne. Une clairance normale est supérieure à 80ml/mn/1.73m² mais il est physiologique de perdre

de la fonction rénale en vieillissant. Un avis néphrologique est important si la clairance est inférieure à 45ml/mn/1.73m². On parle d'insuffisance rénale sévère si la clairance est inférieure à 30ml/mn/1.73m².

Que puis-je faire pour préserver mes reins ?

L'élément le plus important est le dépistage précoce de l'atteinte rénale chez tous les patients diabétiques au minimum une fois par an car comme on l'a vu précédemment, lorsqu'il existe juste une microalbuminurie l'atteinte est réversible.

Les éléments importants à contrôler pour stopper ou ralentir l'évolutivité de la néphropathie sont :

1. L'hypertension artérielle : un bon contrôle de la tension artérielle avec pour objectif une tension inférieure à 130/80 est essentiel. On utilise en priorité une famille d'antihypertenseurs appelés les inhibiteurs du système rénine angiotensine comme Coversyl[®], Renitec[®], Aprovel[®], Cozaar[®]...

2. Faire disparaître la microalbuminurie ou baisser le débit de protéinurie : également avec les antihypertenseurs de la famille des inhibiteurs du système rénine angiotensine qui ont comme autre action de faire baisser le taux de protéines dans les urines et ainsi de préserver la fonction rénale.

3. Le contrôle glycémique : le bon contrôle de la glycémie est un élément déterminant pour éviter l'apparition d'une néphropathie diabétique (c'est ce que l'on appelle la prévention primaire) ; lorsque la maladie rénale est présente (c'est-à-dire en prévention secondaire), le bénéfice est moins évident.

4. Le surpoids : une surcharge pondérale est une des principales causes de résistance au traitement antihypertenseur et au traitement visant à diminuer la protéinurie. Perdre quelques kilogrammes en y associant une activité physique quotidienne permet très souvent d'améliorer le pronostic rénal.

5. Le tabac : l'intoxication tabagique est un facteur aggravant l'évolution de la néphropathie diabétique.

6. L'hypercholestérolémie : l'hypercholestérolémie est un facteur de progression de l'insuffisance rénale.

Que dois-je faire quand mes reins sont atteints ?

Un suivi néphrologique régulier est important. La fréquence du suivi par le néphrologue va dépendre du degré de l'insuffisance rénale, du bon contrôle des éléments précités et de la stabilité de la fonction rénale dans le temps. C'est le néphrologue qui déterminera la fréquence du suivi.

L'atteinte rénale est également un facteur de risque très significatif de complications cardiovasculaires, il faut donc un suivi cardiologique rapproché.

Il est important d'informer tous les médecins vous prenant en charge du degré de votre insuffisance rénale afin d'adapter les doses des différents traitements, de ne pas prescrire de médicaments néphrotoxiques (comme les anti-inflammatoires, par exemple Advil[®]), de ne pas prescrire de traitement dangereux en cas d'insuffisance rénale, et d'évaluer le bénéfice/risque d'examen radiologiques nécessitant l'injection d'iode.

En cas d'insuffisance rénale sévère (c'est-à-dire lorsque la clairance est inférieure à 30ml/mn/1.73m²), il est important d'avoir une prise en charge diététique spécifique à chaque patient.

La prise en charge de la néphropathie diabétique est un traitement de longue haleine. Un bon suivi des conseils diététiques associés à une activité physique régulière et la bonne observance du traitement est fondamental pour ralentir voir stopper l'évolutivité de la néphropathie. Bénéficier d'un programme d'éducation thérapeutique permet très souvent d'améliorer la qualité de la prise en charge au long court.

« Le bon contrôle de la glycémie est un élément déterminant pour éviter l'apparition d'une néphropathie diabétique. »



Dois-je prendre de l'insuline à cause de mes reins ?

On a déjà vu que le bon contrôle de la glycémie permettait de limiter le risque d'apparition d'une néphropathie diabétique. Si on l'obtient grâce à l'insuline il y a un bénéfice sur la fonction rénale au long court.

En fonction du degré de l'insuffisance rénale, certains traitements antidiabétiques sont contre-indiqués en raison du risque de surdosage avec parfois des complications graves. Souvent lorsque l'insuffisance rénale est dite sévère (c'est-à-dire quand la clairance est

inférieure à $30 \text{ ml/min/1.73m}^2$) le seul traitement efficace et possible est l'insuline. ●

Les ateliers d'éducation thérapeutique

présentés par Emma Belissa, coordinatrice des programmes d'éducation thérapeutique Rénif

Vivre avec une maladie chronique a des répercussions sur le quotidien, tant sur les habitudes de vie que dans les relations avec l'entourage. Ainsi, on voit sa vie bouleversée non seulement par l'annonce de la maladie elle-même, mais aussi par les conséquences et les adaptations nécessaires : prises de nombreux médicaments, suivi de règles diététiques, parfois même adaptation de son rythme de travail et de ses activités de loisirs.

Qu'est-ce que l'éducation thérapeutique ?

L'éducation thérapeutique vise à aider les patients et leur entourage à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique.

Depuis 2009*, l'éducation thérapeutique est inscrite dans la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoire). Les textes donnent des objectifs qui peuvent paraître simple : «améliorer la qualité de vie», «rendre le patient plus autonome», «faciliter son adhésion aux traitements prescrits...». Mais qui est atteint d'une pathologie chronique sait que cela n'est pas si simple.

D'autre part, proposer l'éducation thérapeutique c'est avant tout l'expliquer. Le terme d'éducation thérapeutique est, à ce jour, un terme de professionnel. Il ne «parle pas» aux patients. Il faut donc le décrypter de façon simple et éclaircir cette notion : en quoi cela consiste-t-il ? Comment cela peut m'aider en

*Loi HPST n°2009-879 pourtant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi dite «Bachelot»). Cette loi a été publiée au Journal Officiel du 22 juillet 2009.

tant que patient ? En quoi cela est-il différent des consultations habituelles ?

L'éducation thérapeutique est une démarche, centrée sur le patient. Elle vise à rendre le patient acteur de sa maladie. Certains des patients sont atteints d'une maladie chronique depuis déjà un certain temps et ont ainsi acquis de nombreuses connaissances sur leur maladie, les traitements et le « régime alimentaire ». Pourtant, il reste de véritables difficultés quant à l'application et la mise en œuvre de ces connaissances dans leur quotidien. Que faire de ces connaissances ? C'est bien le problème de fond.

L'éducation thérapeutique du patient peut s'entendre comme un partenariat soignant/soigné, sans jugement. Il est nécessaire pour le professionnel de laisser le patient exprimer ses difficultés et ses besoins en matière d'éducation.

L'éducation thérapeutique peut voir intervenir des médecins, diététiciens, infirmiers, pharmaciens, etc. Cela peut se concevoir en

entretien individuel ou en ateliers de groupe.

Qu'est-ce qu'un atelier d'éducation thérapeutique ?

Les ateliers d'éducation thérapeutique sont des réunions de 6 à 10 personnes (patients et accompagnants) avec deux professionnels de santé. C'est un temps d'échanges d'expériences avec d'autres patients atteints de la même pathologie chronique. Ils permettent également de renforcer leurs connaissances, de s'entraîner à adapter son alimentation, ou encore de mieux comprendre le fonctionnement des médicaments. C'est aussi rencontrer

« aider les patients et leur entourage à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin »



des professionnels à son écoute, dialoguer, apprendre à se surveiller, savoir réagir face à certains signes...

Les patients sont les premiers à dire qu'ils ont des connaissances de leur maladie dont ils ne savent pas quoi faire. Et grâce aux ateliers, à une approche pluridisciplinaire et au groupe ils se découvrent des savoir-faire. Ils échangent leurs astuces avec le vécu de leur maladie.

Ces ateliers sont bien complémentaires des consultations, ils permettent de se rassurer, de trouver des adaptations par soi-même ou avec l'aide des « pairs » (patients atteints de la même maladie). Les professionnels de santé éducateurs laissent le temps aux patients de formuler leurs difficultés, leur questionnement sur la maladie et son évolution, les traitements, l'alimentation adaptée ou non...

Cette approche d'éducation thérapeutique s'applique, entre autre, à l'insuffisance rénale chronique et au diabète, mais également à

toutes les pathologies chroniques.

Rénif propose à ses patients adhérents et aux membres de leur entourage, de les aider avec un programme d'éducation thérapeutique. Il existe des consultations de bilan éducatif, des ateliers, des groupes de parole. (Vous retrouverez notre calendrier des prochains ateliers et groupes de parole en page 20).

«Retrouvez notre calendrier des ateliers diététiques et des groupes de parole en page 20»

Très prochainement de nouveaux ateliers vous seront proposés comme : «déchiffrons les emballages», ou encore «l'assiette en fête», «reconnaitre ses médicaments», et l'atelier cuisine sera de retour. ●

L' ALIMENTATION ENTRE HERITAGE

ET HEREDITE par Emma Belissa et Sylvie Partouche, diététiciennes

Depuis sa création, l'homme a toujours eu besoin de manger pour, tout simplement, satisfaire ses besoins nutritionnels. De la cueillette, en passant par la chasse ou la maîtrise des cultures, ces besoins ont largement évolués.

L'alimentation tient compte désormais du choix des denrées, du mode de préparation, du lieu du repas, de ses convives et même de « l'air du temps ». Ainsi, il existe maintenant tout un rituel autour du repas et on est bien loin du fameux « il faut manger pour vivre ».

Loin de l'hérédité génétique, notre alimentation se construit pourtant avec de multiples héritages culturels, culinaires, religieux, sociologiques, éducationnels...

Notre goût se forme au cours de différentes expériences. Après une alimentation exclusivement lactée (lait maternel ou artificiel), débute la diversification alimentaire, c'est-à-dire l'introduction progressive de nouveaux aliments. C'est le moment où l'enfant rencontre de nouvelles textures, odeurs, couleurs.

Cette phase est parfois encadrée par les conseils d'un pédiatre. Elle s'aménage également en fonction des goûts, des préjugés (un enfant «ça aime»... ou «ça n'aime pas») et des expériences et avis familiaux (en particulier celui des mères et grands-mères).

Viendra ensuite l'entrée dans la vie en collectivité (crèche ou école) avec ses apprentissages. Sur le plan alimentaire l'enfant pourra comparer :

- Les aliments proposés (qui peuvent être différents du schéma familial)
- Les différents modes de préparation (familiaux/collectivité)
- Les différences de goût
- La place des aliments dans un repas (melon en entrée ou en dessert)

- Ses consommations par rapport à celles des autres (autres que le cercle familial qui est notre premier référentiel).

L'alimentation peut être, dans ces moments, une expression d'indépendance (je mange différemment de toi), ou de mimétisme (je mange comme toi donc je suis comme toi).

Plus tard, ce sont les habitudes culinaires qui nous marquent dans nos comportements. On apprend en reproduisant ou en se défaisant de schémas familiaux. Posez-vous la question : comment cuisine-t-on chez vous ? Comment cuisinent vos parents ?

Le comportement des français face à l'alimentation est associé à de nombreux facteurs : la gestion du temps, les contraintes budgétaires, la part des loisirs, la diversification des produits alimentaires proposés sans oublier l'accroissement du nombre de femmes qui travaillent.

La question de la perte d'un certain « savoir faire » en matière de cuisine et donc les principes de sa transmission est un vrai sujet d'interrogation.

La transmission des recettes et méthodes culinaires s'effectue en général par la famille. Il n'est pas rare, en effet, de détenir une recette de sa mère ou de sa grand-mère.

Très souvent l'apprentissage est simple (il dépend tout de même du temps qu'il est possible d'accorder à cette transmission) : «on regarde faire» ou «on fait faire». La transmission «du savoir» se fait quasiment exclusivement par mimétisme. Les enfants apprennent à cuisiner sur le modèle de leurs parents et des aînés. L'objectif de cet apprentissage peut consister à préparer «à prendre le relais». Ainsi, un enfant a plus de chance de manger des fruits si ses parents eux même en consomment. Une jeune femme

«On apprend en reproduisant ou en se défaisant de schémas familiaux.»



cuisinera plus facilement au beurre si sa mère faisait de même, etc.

Devant l'émancipation de l'offre alimentaire (plats tous prêts, livraisons à domicile, fast food etc.), le temps accordé par la famille à l'élaboration du repas, et le temps consacré au repas lui-même, ce type de pratiques a du mal à perdurer.

En dehors des influences familiales, il y a évidemment les influences de la société (au sens large) avec ses nombreux dictats sur la «bonne» ou «mauvaise» valeur de tel ou tel aliment. Et ceci sans compter sur la publicité qui nous noie d'injonctions à consommer ce produit plutôt qu'un autre, pour notre santé.

Mais il y a aussi des modes en matière d'alimentation. Après les bienfaits des conserves, nous sommes passés aux surgelés, puis au «bio» ou encore à l'alimentation à la mode asiatique : céréales et légumineuses à chaque repas !

C'est ainsi que l'on crée un engouement pour des aliments tel le quinoa, le lait de soja ou encore les aliments enrichis en vitamines, en oméga 3, en anti-oxydant, etc.

La religion influence aussi notre alimentation avec des règles et parfois des rituels appartenant à d'autres religions. Que l'on soit chrétien, juif ou musulman, qui ne mange pas de crêpes pour la chandeleur ? Qui échappe au poisson du vendredi midi à la cantine ou au restaurant d'entreprise ? Qui ne mange pas de galette des rois pour l'Épiphanie ?

Depuis le 25 février 2007, les publicités sur les produits alimentaires ont pour obligation de porter des messages de santé publique («évittez de grignoter entre les repas», «pour votre santé, évitez de manger trop gras, trop salé, trop sucré» ...). La publicité, qui est partout, se décline en différentes formes : télévisée, presse écrite, à la radio, sur internet. La nutrition est un sujet permanent d'intérêts mais aussi de peurs et de croyances. Ce sujet, à la pointe de l'actualité, touche le grand public comme les médias ou même les institutions gouvernementales. A la clé, se trouvent deux questions importantes :

- Notre alimentation influence-t-elle notre santé et donc notre survie ?
- Existe-t-il un schéma alimentaire et que devient-il chez «les jeunes» ?

Notre alimentation colle à notre personnalité. Toutes deux se sont forgées tout au long de notre vie, enrichies de nos expériences, et de nos relations aux autres.

L'alimentation doit rester un plaisir, et cela ne va pas être facile si on déserte la cuisine en se noyant dans la philosophie du «bien manger». La cuisine est un pilier de l'identité culturelle. Sans transmission, seuls quelques privilégiés initiés échapperont à une «véritable crise identitaire».

Focus sur les boissons sucrées par Sylvie Partouche, diététicienne

Surpoids, diabète et obésité font souvent la «une» de l'actualité. Les industriels, et particulièrement les fabricants de boissons, multiplient depuis quelques années les compositions et les intitulés. Il faut maintenant déchiffrer le «moins sucré», «sans sucres», «light», «0» et bien d'autres mentions.

D'où vient le goût sucré ?

- Il peut être du au saccharose (sucre blanc que nous consommons en poudre ou en morceaux), ajouté à la boisson.

- Si la boisson est à base de fruits, le goût sucré provient alors du «fructose», sucre naturel des fruits. Attention, il est possible d'avoir aussi du saccharose (sucre blanc) ajouté à la boisson.

- Le goût sucré des boissons «sans sucres» ou «light» ou «allégées» vient des «édulcorants intenses». Ce sont des additifs dont le pouvoir sucrant est très supérieure au saccharose (sucre blanc). Les plus connus sont l'aspartame et la saccharine (de moins en moins utilisée).

Alors comment s'y retrouver quand on a du diabète ?

Un seul moyen : déchiffrer les étiquettes.

Ne vous laissez pas distraire par toutes les mentions ajoutées («repères journaliers», «un verre de 250 ml contient» etc.). Cherchez directement la composition pour 100 ml. Repérez ensuite, en priorité, la case ou le mot «GLUCIDES».

Si la teneur en glucides est inférieure à 0,5 g pour 100 ml de boisson, alors la boisson est sans sucres. Elle n'apporte donc quasi aucune

calorie* et une quantité de glucides presque nulle. Ainsi elle n'engendre pas d'élévation de la glycémie (taux de sucres dans le sang).

On pourrait être séduit par ces dernières informations. Les industriels l'ont bien compris et les publicitaires assurent le relai. Restons clairs et prévoyants.

Le plaisir du goût sucré est inné. Il est inutile de l'encourager. Boire trop de boissons au goût sucré, qu'elles apportent ou pas de sucres, entretient le goût sucré et risque de nous faire manquer d'autres saveurs.

La meilleure boisson reste l'eau nature ! ●

«Cherchez directement la composition pour 100 ml. Repérez, en priorité, la case ou le mot GLUCIDES.»

* un règlement européen entré en vigueur le 1er juillet 2007 définit les principales allégations pour les boissons dont :

Boissons «sans sucres» : la boisson ne contient pas plus de 0.5 g de sucres pour 100 ml

Boissons «sans calorie» : la boisson contient au maximum 20 kcal pour 100 ml.

A vous de jouer !

Voici 4 étiquettes de boissons du commerce, quelles sont celles qui contiennent des glucides ?



A : Eau aromatisée fraise

Pour 100 ml :
 Valeur énergétique : 70 kJ (16 kcal)
 Protéines : 0 g - Glucides : 4.1 g dont sucres : 4 g
 Lipides : 0 g dont acides gras saturés : 0 g - Fibres alimentaires : 0 g - Sodium : traces soit en sel : traces



B : Eau minérale saveur Pêche blanche - Abricot

Pour 100 ml :
 Energie : 2 kJ (0,5 kcal)
 Protéines : 0 g - Glucides : 0 g dont sucres : 0 g
 Lipides : 0 g dont Acides gras saturés : 0 g
 Fibres alimentaires : 0 g - Sodium : 0 g



**C : Jus de 12 fruits multivitami-
nés sans sucres ajoutés**

Pour 100 ml :
 Valeur énergétique : 51 kcal (219kJ)
 Protéines : 0,5 g - Glucides : 11,2 g dont sucres : 11 g
 Lipides : 0 g dont Saturés : 0 g - Fibres : 0,6 g
 Sodium : 0 g



**D : Boisson rafraichissante aux
extraits végétaux, avec édul-
corants**

Pour 100 ml :
 Valeur énergétique : 1,3 kJ (0,3 kcal)
 Protéines : 0 g - Glucides : 0 g (dont sucres : 0 g)
 Lipides : 0 g (dont acides gras saturés : 0 g)
 Fibres alimentaires : 0 g - Sodium : 0,01 g

Réponses :
 A : oui, cette boisson contient 4,1 g de glucides pour 100 ml ce qui veut dire que cette bouteille de 0,5 l apporte 20,5 g de glucides soit 5 carrés de sucre blanc.
 B : non, cette boisson n'apporte aucun glucide malgré sa saveur sucrée. Dans la liste des ingrédients, on remarque qu'elle contient des édulcorants intensifs.
 C : oui, cette boisson où est mentionné « sans sucres ajoutés » apporte 11,2 g de sucres pour 100 ml. La bouteille d'un litre contient donc 112 g de glucides soit 22 carrés de sucre blanc. Le sucre de cette boisson provient des fruits.
 D : non, cette boisson n'apporte aucun glucide malgré sa saveur sucrée. Dans la liste des ingrédients, on remarque qu'elle contient des édulcorants intensifs.

Huîtres chaudes au champagne



Nougat glacé



Nougat glacé

Préparation : 45 min

Réfrigération : 12 h

Pour 8 personnes :

2 oeufs

20 cl de crème liquide
entière

60 g de sucre

60 g de miel

60 g d'amandes

30 g de pistaches non
salées

30 g de fruits confits
variés

1. Tapissez un moule à cake de film alimentaire (pas besoin de film si le moule est en silicone ou en alu).

2. Coupez les pistaches, les amandes et les fruits confits en petits morceaux. Dans une poêle, torréfiez à sec (faire griller) les pistaches et les amandes.

3. Cassez les oeufs en séparant les blancs des jaunes. Battez les blancs en neige bien ferme. Chauffez le miel (il faut qu'il soit bouillant et qu'il mousse) et ajoutez-le aux blancs et continuez à battre. Réservez.

4. Ajoutez le sucre aux jaunes et fouettez bien jusqu'à ce que le mélange blanchisse. Incorporez délicatement le mélange jaunes/sucre au mélange blancs/miel. Fouettez la crème en chantilly en prenant soin d'utiliser des ustensiles bien froids (mettez le saladier et les batteurs au congélateur 1/2 h avant de commencer) et ajoutez-la à la préparation précédente.

5. Enfin ajoutez les pistaches, les amandes et les fruits confits. Mélangez. Versez dans le moule. Filmez le dessus du moule et mettez au congélateur au minimum 12 h.

Démoulez juste avant le dressage en assiette.

L'avis de la diététicienne

Pour 1 personne :

Protéines : 5 g

Sodium : négligeable

Potassium : 172 mg

Glucides : 18 g

Suggestion de menu :

Huîtres chaudes au champagne

Magrets de canard sauce au poivre

Pommes de terre grenaille

Nougat glacé

Huîtres chaudes au champagne

Préparation : 20 min

Cuisson : 10 min

Pour 4 personnes :

2 douzaines d'huîtres

2 à 3 échalotes

2 c. à soupe de vinaigre
de vin vieux

50 à 100 ml de cham-
pagne brut (soit 1
coupe)

80 g de beurre

cerfeuil

1. Ouvrez les huîtres, décoquillez-les en prenant bien soin de garder leur eau après l'avoir filtrée. Réservez. Lavez les coquilles et posez-les sur des assiettes.

2. Epluchez les échalotes, hachez-les finement. Dans une casserole, versez le vinaigre et le champagne, ajoutez les échalotes et faites réduire à feu doux. Poivrez. Incorporez peu à peu le beurre à la préparation.

3. Pochez les huîtres 15 secondes dans leur eau. Sortez-les à l'aide d'un écumoire et replacez-les dans leur coquille.

4. Nappez chacune d'elle avec la sauce. Décorez avec du cerfeuil.

L'avis de la diététicienne

Pour 1 personne :

Protéines : 12 g

Sodium : 0,5 g

Potassium : 230 mg

Glucides : négligeable

Suggestion de menu :

Huîtres chaudes au champagne

Magrets de canard sauce au poivre

Pommes de terre grenaille

Nougat glacé



Livre de recettes du monde

Cuisiner et se faire plaisir semble parfois compliqué lorsque l'on vit avec une maladie chronique. C'est pour cela que les diététiciens du réseau Rénif ont adapté les recettes traditionnelles de différents continents aux recommandations de l'insuffisance rénale chronique, de l'hypertension artérielle, mais aussi, pour la plupart, à celles du diabète et du cholestérol.

Ce livret a pour but de vous aider à intégrer, dans votre quotidien, les grands principes de l'alimentation équilibrée.

L'alimentation doit rester un plaisir, empreint de bon goût et de convivialité.

Bon voyage avec les recettes du monde !



Agenda des ateliers diététiques et des groupes de parole Rénif

Janvier 2012		Février 2012		Mars 2012		Avril 2012		Mai 2012	
1 D		1 M		1 J		1 D		1 M	
2 L	lundi 9 janvier 14h à 16h «Bien dans son assiette» Rénif rue de Metz	2 J		2 V	mardi 6 mars 10h à 12h «Bien dans son assiette» mairie du XXème	2 L	mardi 3 avril 17h à 19h «Les protéines» hôpital Necker	2 M	jeudi 3 mai 17h à 19h «Bien dans son assiette» Rénif rue de Metz
3 M		3 V		3 S		3 M		3 J	
4 M		4 S		4 D		4 M		4 V	
5 J		5 D		5 L		5 J		5 S	
6 V	lundi 16 janvier 14h à 16h «Les protéines» Rénif rue de Metz	6 L	mercredi 15 février 14h à 16h «Estime de soi» Rénif rue de Metz	6 M	mardi 13 mars 10h à 12h «Les protéines» mairie du XXème	6 V	jeudi 5 avril 14h à 16h «Maladie rénale, diabète, le plaisir de manger» Rénif rue de Metz	6 D	jeudi 10 mai 17h à 19h «Les protéines» Rénif rue de Metz
7 S		7 M		7 M		7 S		7 L	
8 D		8 M		8 J		8 D		8 M	
9 L		9 J		9 V		9 L		9 M	
10 M	mercredi 18 janvier 14h à 16h «Affirmation de soi» Rénif rue de Metz	10 V	jeudi 16 février 17h à 19h «Bien dans son assiette» Rénif rue de Metz	10 S	mardi 20 mars 10h à 12h «Mettons notre grain de sel» mairie du XXème	10 M	mardi 10 avril 17h à 19h «Mettons notre grain de sel» hôpital Necker	10 J	jeudi 24 mai 17h à 19h «Mettons notre grain de sel» Rénif rue de Metz
11 M		11 S		11 D		11 M		11 V	
12 J		12 D		12 L		12 J		12 S	
13 V		13 L		13 M		13 V		13 D	
14 S	lundi 23 janvier 14h à 16h «Mettons notre grain de sel» Rénif rue de Metz	14 M		14 M	mer. 21 mars 14h à 16h «Communiquer autour de la maladie» Rénif rue de Metz	14 S	jeudi 12 avril 14h à 16h «Le potassium, une affaire de coeur» Rénif rue de Metz	14 L	
15 D		15 M		15 J		15 D		15 M	
16 L		16 J		16 V		16 L		16 M	
17 M		17 V		17 S		17 M		17 J	
18 M		18 S		18 D		18 M		18 V	
19 J		19 D		19 L	mardi 27 mars 17h à 19h «Bien dans son assiette» hôpital Necker	19 J		19 S	
20 V		20 L		20 M		20 V		20 D	
21 S		21 M		21 M		21 S		21 L	



Il est obligatoire :

- de s'inscrire auprès du réseau Rénif pour assister aux ateliers et groupes de paroles

● Tél : 01 48 01 93 00 / 01 48 01 93 08 - Email : contact@renif.fr

- de commencer par l'atelier «Bien dans son assiette» pour pouvoir assister aux autres ateliers diététiques

Adresses :

Rénif, 3-5 rue de Metz, 75010 Paris - métro Strasbourg St Denis - 2ème étage gauche

Mairie du XXème, 6 place Gambetta, 75020 Paris - métro Gambetta - s'adresser à l'accueil