



FORUM EUROPÉEN, CŒUR, EXERCICE & PRÉVENTION

Place de la nutrition en réadaptation cardiaque

(Place de l'alimentation dans l'accompagnement diététique des personnes qui passent par la réadaptation cardiaque)

Sébastien QUINTON

Diététicien, Service de Cardiologie, unité de réadaptation cardiaque,

hôpital Albert CHENEVIER, Groupe Hospitalier Universitaire Hôpital Henri MONDOR, APHP



www.forumeuropeen.com

Conflits d'intérêts

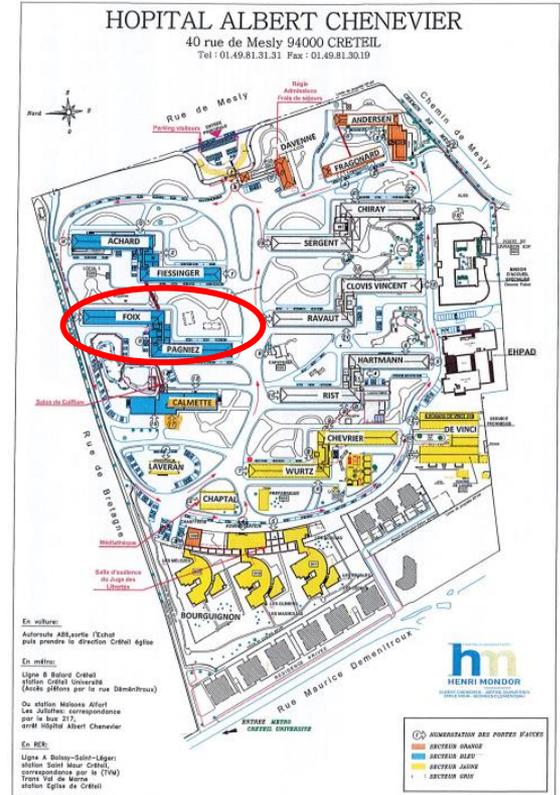
- ❑ Activités de conseils, fonction de gouvernance, rédaction de rapport:
 - *Participation à la création du site « Novodiet », alimentation étrangère, gratuit en ligne, Novo Nordisk, 2002*
- ❑ Essais cliniques, communications de promotions*
 - *Non*
- ❑ Intérêt financiers (actions, obligations)
 - *Non*
- ❑ Liens avec des personnes ayant des intérêts financiers ou impliquées dans la gouvernance
 - *Non*
- ❑ Réception de dons sur une association dont je suis responsable
 - *Non*
- ❑ Perception de fonds d'une association dont je suis responsable et qui a reçu un don
 - *Non*
- ❑ Détention d'un brevet, rédaction d'un ouvrage utilisé par l'industrie
 - *Non*

- ❑ **Présentation du service de réadaptation cardiaque**
- ❑ **Définitions**

Le plus fréquent :

- ❑ **Place de l'alimentation / personnes dénutries**
- ❑ **Place de l'alimentation / insuffisance cardiaque**
- ❑ **Place de l'alimentation / maladie coronarienne**

Présentation du service de réadaptation cardiaque



Service de réadaptation cardiaque

- Hospitalisation de moyen séjour : 40 lits
- Hospitalisation de semaine : 10 lits
- Hôpital de jour : 40 personnes / jour, réparties en 4 groupes (2 le matin - 2 l'après midi)



Présentation du service de réadaptation cardiaque

☐ Activités physiques :

- Gym
- Musculation
- Vélo
- (Relaxation)

☐ Activités d'Education Thérapeutique du Patient

- Programme « Maladie Coronarienne »
 - Tables rondes : « Comprendre la maladie coronarienne », « Médoc's »
 - Table(s) ronde(s) : « Matières grasses ! Amies pour la vie ! »
 - (Table ronde : « Et si on parlait du stress ? »)
- Programme « Insuffisance cardiaque »
 - Tables rondes : « Vit avec ton cœur », « Ma boîte à cœur »
 - Table(s) ronde(s) : « Cœur de sel »
- Programme « Anticoagulants oraux directs »
 - Réunion d'information « A.O.D »



« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

La citation bibliographique de cette définition est la suivante: «Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin -22 juillet 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948». Cette définition n'a pas été modifiée depuis 1946.

« Un comportement alimentaire est « normal » lorsqu'il remplit sa triple mission et satisfait équitablement chacun des besoins énergétiques, psychologiques et sociaux propres d'un individu donné, sans que la satisfaction des uns n'entre en conflit avec celle des autres ».

Mme Le Barzic M., Psychologue clinicienne



Définition

Il est recommandé de retenir la définition suivante de la dénutrition : la dénutrition représente l'état d'un organisme en déséquilibre nutritionnel.

Le déséquilibre nutritionnel est caractérisé par un bilan énergétique et/ou protéique négatif.

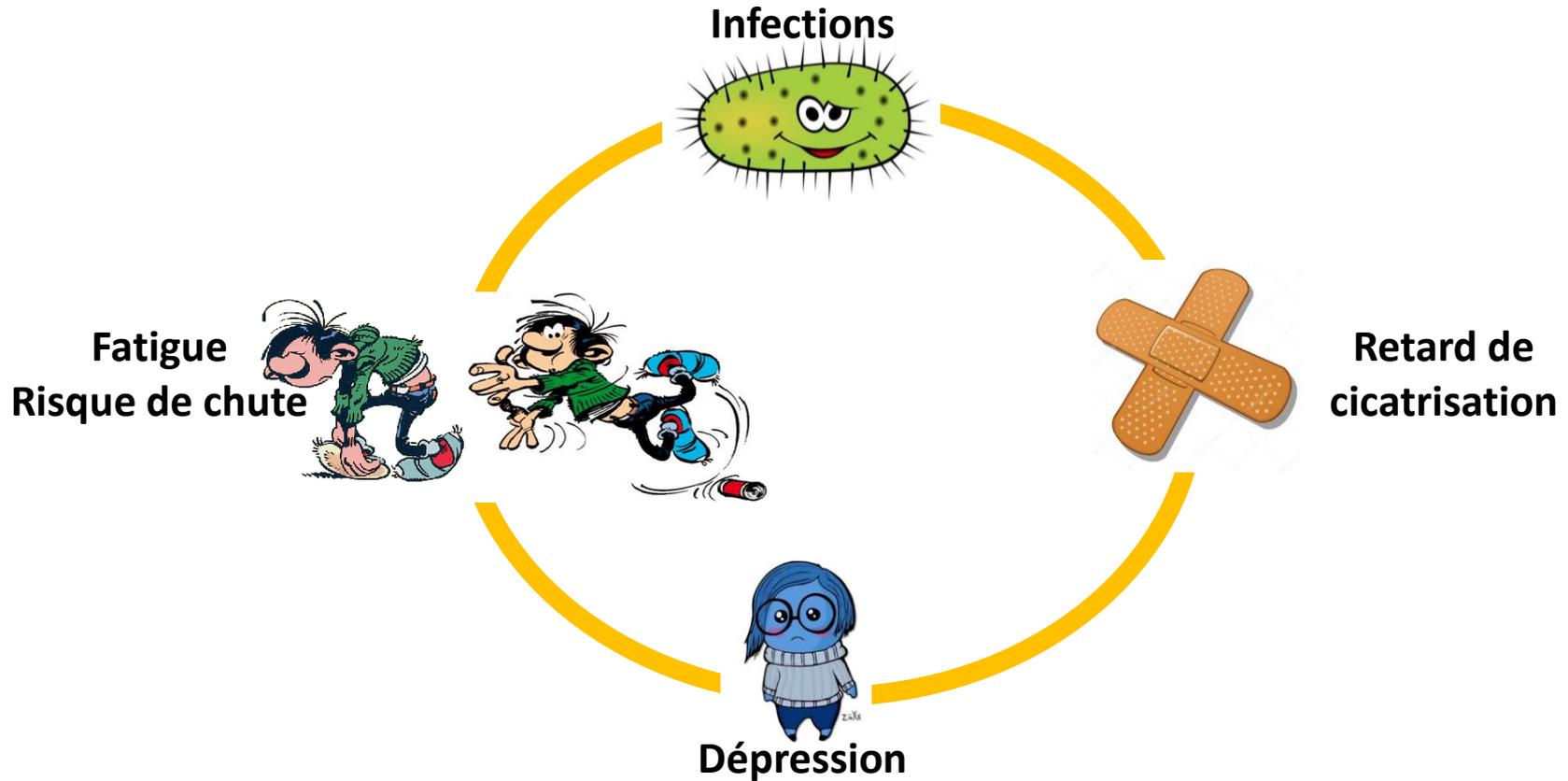
La dénutrition peut être liée à :

- un déficit d'apport isolé ;
- une augmentation des dépenses ou des pertes énergétiques et/ou protéiques ;
- l'association d'un déficit d'apport à une augmentation des dépenses ou des pertes énergétiques et/ou protéiques.

Le déséquilibre inhérent à la dénutrition conduit à des effets délétères sur les tissus avec des changements mesurables des fonctions corporelles et/ou de la composition corporelle, associés à une aggravation du pronostic des maladies.

Place de l'alimentation / personnes dénutries

L'impact de la dénutrition en résumé



Place de l'alimentation / personnes dénutries

Diagnostic

Diagnostic de la dénutrition de l'adulte (≥ 18 ans et < 70 ans)

Une dénutrition est-elle présente ?

Critères pour le diagnostic de dénutrition : présence d'au moins 1 critère phénotypique et 1 critère étiologique

Critères phénotypiques (1 seul critère suffit)

- Perte de poids ≥ 5 % en 1 mois ou ≥ 10 % en 6 mois ou ≥ 10 % par rapport au poids habituel avant le début de la maladie.
- IMC < 18,5 kg/m².
- Réduction quantifiée de la masse musculaire et/ou de la fonction musculaire (cf. texte de la recommandation).

Critères étiologiques (1 seul critère suffit)

- Réduction de la prise alimentaire ≥ 50 % pendant plus d'1 semaine, ou toute réduction des apports pendant plus de 2 semaines, par rapport à la consommation alimentaire habituelle quantifiée ou aux besoins protéino-énergétiques estimés.

I.M.C normal ou élevé n'exclut pas le diagnostic de dénutrition

OUI

Dénutrition modérée (1 seul critère suffit)

- 17 < IMC < 18,5 kg/m².
- Perte de poids ≥ 5 % en 1 mois ou ≥ 10 % en 6 mois ou ≥ 10 % par rapport au poids habituel avant le début de la maladie.
- Albuminémie* > 30 g/L et < 35 g/L.

Dénutrition sévère (1 seul critère suffit)

- IMC ≤ 17 kg/m².
- Perte de poids ≥ 10 % en 1 mois ou ≥ 15 % en 6 mois ou ≥ 15 % par rapport au poids habituel avant le début de la maladie.
- Albuminémie* ≤ 30 g/L.

Patient non dénutri

- En ambulatoire : *réévaluation à chaque consultation.*
- En cas d'hospitalisation :
 - en MCO : *réévaluation une fois par semaine ;*
 - en SSR : *réévaluation toutes les 2 semaines.*

Un seul critère de dénutrition sévère prime sur un ou plusieurs critères de dénutrition modérée.
* Mesure de l'albuminémie par immunonéphélométrie ou immunoturbidimétrie. Les seuils d'albuminémie sont à prendre en compte quel que soit l'état inflammatoire.

Prise en charge nutritionnelle de tout patient dénutri à adapter selon le degré de sévérité de la dénutrition

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Recommandations
Novembre 2021

Diagnostic de la dénutrition de l'adulte (70 ans et plus)

Une dénutrition est-elle présente ?

Critères pour le diagnostic de dénutrition : présence d'au moins 1 critère phénotypique et 1 critère étiologique

Critères phénotypiques (1 seul critère suffit)

- Perte de poids ≥ 5 % en 1 mois ou ≥ 10 % en 6 mois ou ≥ 10 % par rapport au poids habituel avant le début de la maladie.
- IMC < 22 kg/m².

Critères étiologiques (1 seul critère suffit)

- Réduction de la prise alimentaire ≥ 50 % pendant plus d'1 semaine, ou toute réduction des apports pendant plus de 2 semaines par rapport à la consommation alimentaire habituelle ou aux besoins protéino-énergétiques.
- Absorption réduite (malabsorption/maldigestion).
- Situation d'agression (avec ou sans syndrome inflammatoire) : pathologie aiguë ou pathologie chronique évolutive ou pathologie maligne évolutive.

NON

Dénutrition sévère (1 seul critère suffit)

- IMC < 20 kg/m².
- Perte de poids ≥ 10 % en 1 mois ou ≥ 15 % en 6 mois ou ≥ 15 % par rapport au poids habituel avant le début de la maladie.
- Albuminémie* ≤ 30 g/L.

Dénutrition modérée (1 seul critère suffit)

- 20 ≤ IMC < 22.
- Perte de poids ≥ 5 % et < 10 % en 1 mois ou ≥ 10 % et < 15 % en 6 mois ou ≥ 10 % et < 15 % par rapport au poids habituel avant le début de la maladie.
- Albuminémie* ≥ 30 g/L.

Un seul critère de dénutrition sévère prime sur un ou plusieurs critères de dénutrition modérée. * Mesure de l'albuminémie par immunonéphélométrie ou immunoturbidimétrie. Les seuils d'albuminémie sont à prendre en compte quel que soit l'état inflammatoire.

Patient non dénutri

- En cas d'évènement clinique intercurrent (infection, chirurgie...) ou de diminution de l'appétit ou des consommations alimentaires, rapprocher la surveillance du poids, de l'appétit et des consommations alimentaires à une fois par semaine.

Prise en charge nutritionnelle à adapter selon le degré de sévérité de la dénutrition



Place de l'alimentation / personnes dénutries

Aides au diagnostic / suivi pour évaluation

Impédance mètre



Hand grip



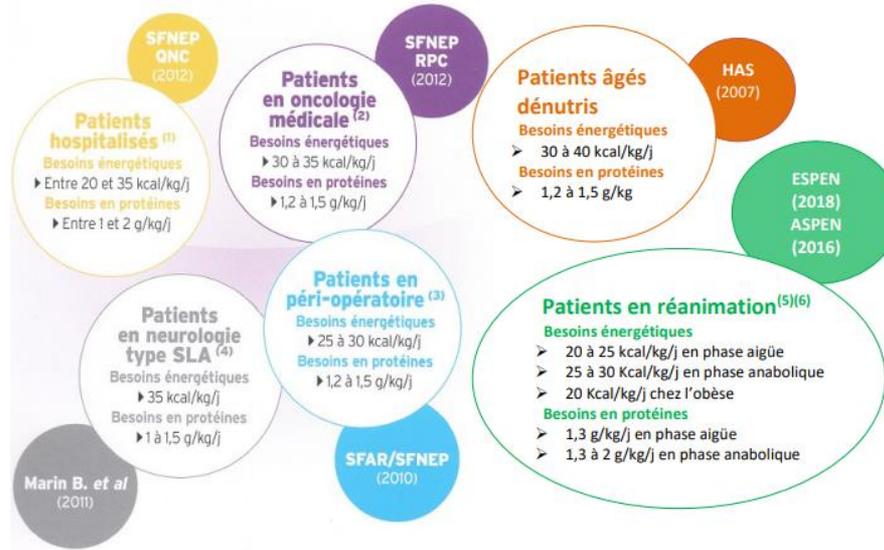
Relever des ingesta

Consensus européen (EWGSOP 2019) définissant la sarcopénie confirmée comme l'association d'une réduction de la force et de la masse musculaire.

	Femme	Homme
Réduction de la force musculaire (au moins 1 critère)		
5 levers de chaise en secondes	> 15	
Force de préhension (dynamomètre) en kg	< 16	< 27
ET réduction de la masse musculaire (au moins 1 critère)*		
Masse musculaire appendiculaire en kg	< 15	< 20
Index de masse musculaire appendiculaire en kg/m ²	< 5,5	< 7

Place de l'alimentation / personnes dénutries

Exemple d'un outil tiré du livret d'assistance nutritionnelle du G.H.U H. Mondor



(1) Chambrier C. Quels besoins nutritionnels ? SFNEP, édition 2012. QNCI : 7-16

(2) Senesse P., Hébuterne X. et al. Nutrition chez le patient adulte atteint de cancer. Recommandations professionnelles. SFNEP. Nutrition clinique et métabolisme 2012 ; 26 : 149-302

(3) Chambrier C., Sztark F. et al. Recommandations de bonnes pratiques cliniques sur la nutrition périopératoire. Actualisation 2010 de la conférence de consensus de 1994 sur la « Nutrition artificielle périopératoire en chirurgie programmée de l'adulte ». Nutrition Clinique et Métabolisme 2011 ; 25 : 48-6

(4) Marin B. et al. Troubles nutritionnels lors de la sclérose latérale amyotrophique (SLA). Nutrition clinique et métabolisme 2011 ; 25 : 205-216

(5) McClave SA., Taylor BE. and al. Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN) doi.org/10.1177/0148607115621863

(6) P Singer, AR Blaser and al. ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. doi.org/10.1016/j.cnu.2018.08.037

Place de l'alimentation / personnes dénutries

Cascade simplifiée

Médecin diagnostique la dénutrition, il prescrit :
un « avis diététique », et

l'alimentation Hyper-protidique et/ou hyper-énergétique

Mettre le moins possible d'alimentations thérapeutiques
Attention au nombre, taille et répartition des médicaments

Diététicien

1^{er} entretien avec le patient

(évaluer les ingesta pré-réadaptation, S.R.I ?, évolution pondérale, le transit, état dentaire, déglutition, les goûts etc...)

Diagnostic(s) diététique(s), objectif(s), mise en place etc...

Collaboration équipe de soins

Staffs

Relever le poids

Être attentif à l'évolution de l'appétit

Relever d'ingesta

Comment se passe la réadaptation physique

Diététicien

Entretiens de suivi

Evolutions des apports énergéto-protidiques selon les éléments relevés par l'équipe soignante



Place de l'alimentation / insuffisance cardiaque

A l'hôpital, prescription médicale de l'alimentation contrôlé en sel

Le moins strict possible sachant :

Mais il existe des plateaux repas / jour

2g

4g

6g à privilégier +++

Partir des plateaux standards de 6g de sel de l'hôpital :

Expliquer au patient / sel dans les plateaux repas : optimiser l'adhésion

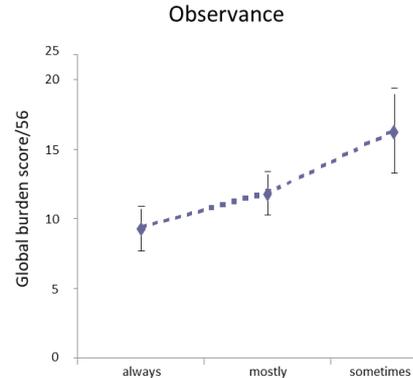
Adapter (fromage salé, sachet de sel etc...) : éviter la dénutrition

Lever le contrôle 6g de sel si besoin (combat / certains médecins)

Place de l'alimentation / insuffisance cardiaque

Quelques informations bibliographiques

Résultats préliminaires sur 99 patients

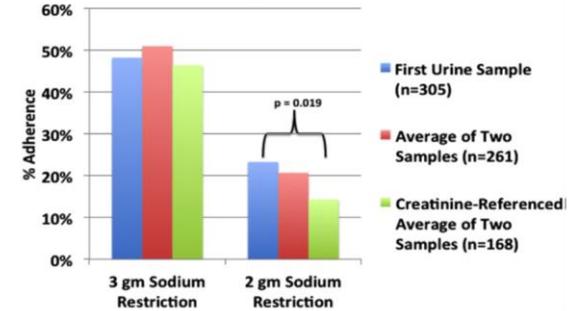


Plus c'est stricte, moins c'est suivie

Restriction sodique – un fardeau

Journal of Cardiac Failure Vol. ■ No. ■ 2015
Clinical Investigation

Dietary Sodium Adherence Is Poor in Chronic Heart Failure Patients



5g de sel/j → 20% de compliance
7,5g de sel/j → 50% de compliance



Place de l'alimentation / insuffisance cardiaque

En résumé

- Ne pas confondre sodium avec le sel
- Restriction Na⁺ baisse la tension artérielle et la mortalité CV globale

- Restriction Na⁺ dans l'IC : concept physiopath séduisant
- Restriction Na⁺, dangers : poussée I.R, dénutrition, baisse de la qualité de vie

- I.C/SEL : Pas de grande étude randomisée sur morbi-mortalité
- I.C/SEL : Pas de recommandation formelle European Society of Cardiology (ESC) / American Heart Association (AHA)

- Restriction à **6g de sel** probablement utile
- Compliance catastrophique pour restriction < 6g

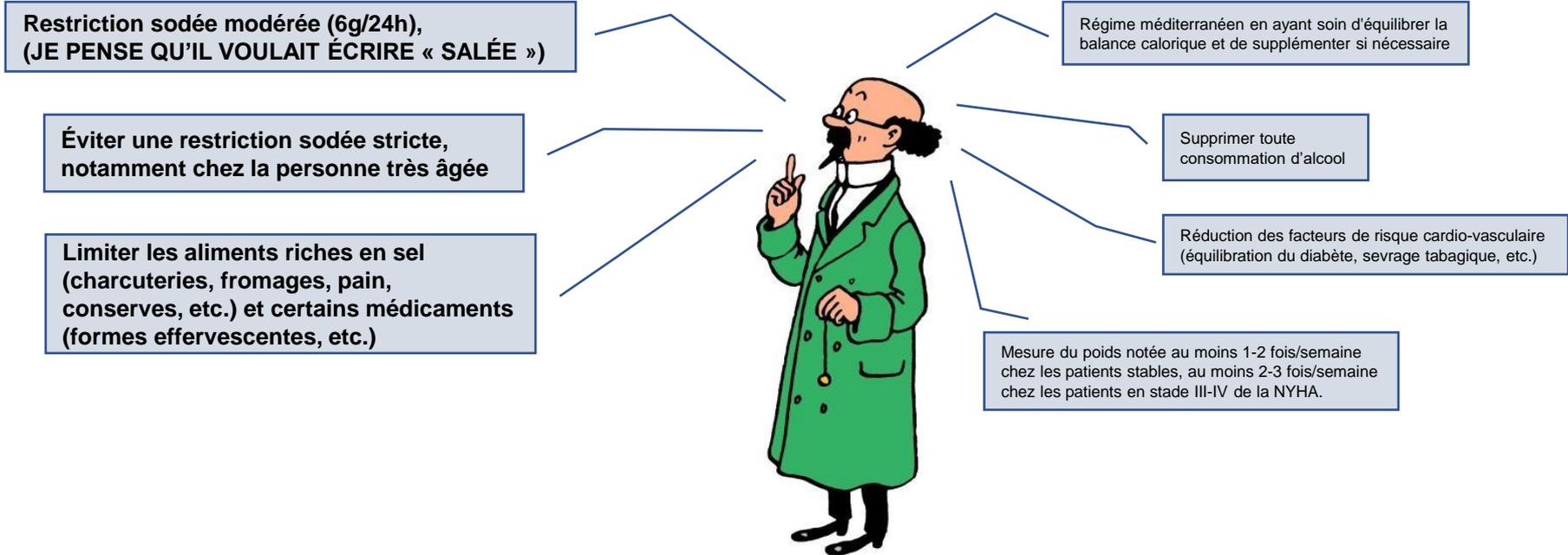


Place de l'alimentation / insuffisance cardiaque

H.A.S / I.C

« Guide du parcours de soins, I.C, juin 2014

Prescrire des habitudes alimentaires et un mode de vie adaptés à l'IC : page 18



Place de l'alimentation / insuffisance cardiaque

En vue du retour à la maison

Régime = Privations

Aliments interdits, Renoncement au plaisir, Maitrise de soi



Démontrer dans les régimes pour perdre du poids



Je craque



Risque identique dans les restrictions en sel ?



Culpabilité

Baisse de l'estime de soi



Restriction cognitive

Frustrations

Envie de manger



Herman CP, Polivy J. Restrained eating. In: Stunkard AJ, editor. Obesity. Philadelphia: WB Saunders; 1980. p. 208-25

Gérard APPELDORFER, Jean-Philippe ZERMATI. La restriction cognitive face à l'obésité: histoire des idées, description clinique. La Presse Médicale, 2001, 30, 32, 1575-1580, © Masson Editeur



Place de l'alimentation / insuffisance cardiaque

En vue du retour à la maison

Réduire la
restriction cognitive
/
Qualité de vie

Evaluer les croyances

Vrai / Faux

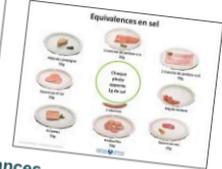
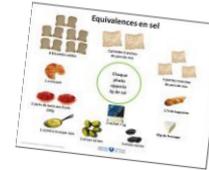
Rassurer

Déculpabiliser

Repérer / classer aliments considérés riches et pauvres
Commencer à rassurer (série de questions / échanges)



Quantifier
Rassurer « toujours »



- Apporter des connaissances
- Projection sur les possibilités



Décrypter les étiquettes
Elaborer des menus de son choix
Rassurer « pour finir »
Déculpabiliser



Analyser
Choisir des solutions à tester
Développer l'autonomie
Déculpabiliser



Valorisez le goût / plaisir

Devinette

Je suis une herbes aromatique, à très petites feuilles, très parfumées, très abondantes dans la garrigue et le maquis. bouquet garni S'utilise séché, seul ou en bouquet garni avec le laurier et le romarin, pour des plats en sauce, marinades et autres grillades.

Thym

Burgades, vitelles rôties, viandes grillées, potage, légumes rissolis, sauce tomate, etc.

Rébus



Marjolaine



Pizza, saucis, potages, subrogens, petit-de-fou, viande grillée, gibiers, crostades, vitelles, tolu, etc.

Quantifier
Continuer à rassurer



- Différencier sel du sodium
- S'approprier / Visualiser / s'exprimer
- Gouter (rapport entre quantité goûtée et l'intensité du goût)
- Mesurer / s'exprimer
- Valoriser



Place de l'alimentation / maladie coronarienne

En résumé

Recommandation médicale « post plaque d'athérome » : Traitement statine pour cible du LDL de **0,55g/L**

Alimentation a un faible impact sur la quantité

Statine modifie la quantité de LDL mais pas la qualité du LDL (Traitement a également un effet anti-inflammatoire)

Et si on parlait qualité ? ON DIT QUE : « Cholestérol = mauvais », « LDL = mauvais », « LDL cholestérol = mauvais », « Pas tout à fait ! ». Il y a différents types de LDL, les « petits » sont embêtants ⁽¹⁾

Alimentation peut influencer la qualité du LDL

- Selon la variété en acides gras dans les consommations (entre autre les W3 ⁽²⁾ ⁽³⁾)
- « Excès » de fructose, d'alcool : risque VLDL avec des triglycérides plus élevés => VLDL phénotype « particulier » => LDL phénotype ApoB ⁽⁴⁾
- Selon présence vitamines liposolubles anti-oxydantes
- Génétique (Lpa)
- ...

Ce n'est pas du CS ou des graisses, ou du LDLc qui « s'accumulent et bouchent » les artères

Et l'accompagnement / Poids / diabète...

(1) Ekaterina A. Ivanova, Veronika A. Myasoedova, Alexandra A. Melnichenko, Andrey V. Grechko, and Alexander N. Orekhov. Small Dense Low-Density Lipoprotein as Biomarker for Atherosclerotic Diseases. Hindawi, Oxidative Medicine and Cellular Longevity, Vol. 2017, Article ID 1273042, 10 pages, <https://doi.org/10.1155/2017/1273042>

(2) T. A. Jacobson, M. Miller, and E. J. Schaefer, "Hypertriglyceridemia and cardiovascular risk reduction," Clinical Therapeutics, vol. 29, no. 5, pp. 763–777, 2007.

(3) A. Pirillo and A. L. Catapano, "Omega-3 polyunsaturated fatty acids in the treatment of hypertriglyceridaemia," International Journal of Cardiology, vol. 170, 2 Supplement 1, pp. S16–S20, 2013.

(4) Ennezat PV, Sarre G, Maréchaux S. Régime low carb ou low fat : que conseiller à nos patients à risque cardiovasculaire ? mt, mai-juin 2018 ; vol. 24, n°3 : 157-68 doi:10.1684/met.2018.0695



Place de l'alimentation / maladie coronarienne

Parlons du gras / Quelques informations bibliographiques

En 2001, méta-analyse, **pas d'association entre la consommation des graisses saturées et la mortalité totale ou cardiovasculaire.**

Hopler L, Sumner-Beck O, Higgins P, et al. Dietary fat intake and prevention of cardiovascular disease: systematic review. *BMJ* 2001; 322: 757-63

En 2006, **effet anti-inflammatoire des W3.**

Cablier FC Polyunsaturated fatty acids and inflammation. *Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids* 2006

En 2005, étude sur une large population suédoise n'a **pas retrouvé d'association entre maladie coronaire et AGS.**

Leostedt M, Nilsson PM, Nilsson JA, et al. Dietary fat intake and early mortality patterns - data from The Malmö Diet and Cancer Study. *J Intern Med* 2005; 258: 153-65.

En 2010, 2011, (méta-analyse et étude) **effet non prouvé d'une réduction en graisses saturés sur la formation de plaque d'athérome et la réduction des risques cardiovasculaires.**

Siri-Tarino, Patty W., et al., Meta-analysis of prospective cohort studies evaluating the association of saturated fat with cardiovascular disease, *American Journal of Clinical Nutrition*, 2010, 91, 535-546.
Arne Astrup, The role of reducing intakes of saturated fat in the prevention of cardiovascular disease: where does the evidence stand in 2010?, *American Journal of Clinical Nutrition*, 2011, 93, 694-8.

En 2013, la méta-analyse de O'Sullivan, qui a retenu 26 études (des suivis jusqu'à 41 ans), **lait, de beurre ou de fromages n'augmente le risque de mortalité cardiovasculaire**

Food source of saturated fat and the association with mortality: a meta-analysis, TA, O'Sullivan & al. *Am J Public Health*. 2013 sept; 103(9)

En 2014, la méta-analyse de Chowdhury, qui comprend 76 études (dont 27 études cliniques), conclut qu'il **n'y a pas de lien entre acides gras saturés et risque coronarien.**

Association of dietary, circulating and supplement fatty acids with coronary risk: a systematic review and meta-analysis, R. Chowdhury & al. *Ann Intern Med*. 2014 Mar 18; 160(6):398-406.

**Graisses saturées
« Pas si gênantes ! »**

En 2015, en prévention secondaire, **pas d'association entre AGS et mortalité coronarienne.**

Puschitz NG, Strand E, Norrval TM, et al. Dietary intake of saturated fat is not associated with risk of coronary events or mortality in patients with established coronary artery disease. *J Nutr* 2015; 145: 299-305.

En 2015, Les méta-analyses Cochrane ne montrent **pas d'effet favorable significatif de la restriction de l'apport en AGS chez les patients coronariens.**

Hopger L, Martin N, Abdelhamid A. Cochrane corner: what are the effects of reducing saturated fat intake on cardiovascular disease and mortality? *Heart* 2015; 101: 1938-40.

**Graisses saturées
« Pas si gênantes ! »**

De nombreuses études ont montré que la **quantité d'œufs dans l'alimentation ne modifie pas, ou peu, le LDL-C, et peut même l'abaisser**

Schohr P, Thomsen OO, Riis Hansen P, Boberg-And G, Lawætz H, Weeke T. Egg consumption and high-density lipoprotein cholesterol. *J Intern Med* 1994; 235(3): 249-51.

Harman NL, Leeds AR, Griffin BA. Increased dietary cholesterol does not increase plasma low density lipoprotein when accompanied by an energy-restricted diet and weight loss. *Eur J Nutr* 2008; 47(6): 287-93.

En 2015, **Pas démontré l'impact du cholestérol alimentaire sur son taux sérique et sur la survenue des MCV**

« il semble donc raisonnable de ne pas se focaliser sur ce point dans le cadre de la prévention cardiovasculaire ».

B. Havel et P. Gira, DIETARY CHOLESTEROL: FRIEND OR FOE? Cholestérol alimentaire, ami ou ennemi? *Cholestérol alimentaire et morb/mortalité cardiovasculaire*, *Can. Nutr. Diét.*, sept. 2015, vol.50, pages 202-208

**Cholestérol alimentaire
« pas si gênant ! »**

Place de l'alimentation / maladie coronarienne

Parlons du gras / Quelques informations bibliographiques

Etude épidémiologique sur la mortalité cardiaque

(n = 2107, suivi 25 ans) :

- Yoyo : 25%
- Prise de poids : 15%
- Stable : 14%

Hamm P., American Journal of Epidemiology, 1989.

Le phénomène « YOYO » augmente le risque cardio vasculaire.

Montani JP, Viazoli AI, Pirotto A, et al. Weight cycling during growth and beyond as a risk factor for cardiovascular diseases: the 'repeated-over/under' theory. *Int J Obes* 2006;30(suppl.4):S58-66.

Surpoids et obésité grade 1 = moins de risque de mortalité / IMC « normal ».

Obésité grade 2 et 3 = plus de risque de mortalité / IMC « normal ».

Katharine M. Flegal, PhD, Brian K. Kit, MD, Heather Orpana, PhD, Barry I. Graubard, PhD, Association of All-Cause Mortality With Weight and Obesity Using Standard Body Mass Index Categories: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*, January 2, 2013—Vol 309, No. 1, 71-82.

80 à 90 % d'échecs (reprise pondérale), lorsque la période considérée est de 3 à 5 ans. Entre 1/3 et 2/3 du poids est repris en 1 an, et la perte de poids est reprise à 5 ans.

National Institutes of Health Technology Assessment Conference Panel. Methods of voluntary weight loss and control. *Ann Intern Med* 1993; 119:764-70.

Le yoyo problématique sur le risque cardio-vasculaire

En 2004, effet inflammatoire des acides gras trans.

Mozaferriar D, Rimm EB, King JB et al. Trans fatty acids and systemic inflammation in heart failure. *Am J Clin Nutr* 2004; 80: 1521-5

En 2009, suite à l'INCA 2 (2006-2007), en France la consommation moyenne des **acides gras trans naturels et technologiques** sont < **2% des apports énergétiques totaux** (A.E.T).

Acides gras trans naturels entre 0,5 et 0,9% des A.E.T.

AVIS de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments sur l'estimation des apports en acides gras trans de la population française, Afssa – Saisine n° 2007-SA-0220, Maisons-Alfort, le 20 février 2009

**Acides gras trans
Semble < aux
recommandations max.**

En France, pas de mise en évidence entre acides gras trans naturels et l'augmentation du risque cardiovasculaire.

A l'inverse, dans les études épidémiologiques d'observation et de cohorte, un risque accru d'événements cardiovasculaires est associé à la consommation d'acides gras trans totaux (> 2% des A.E.T) et d'acides gras trans d'origine technologique (> 1,5 % de A.E.T).

<https://www.afssa.fr/fr/contenu/les-acides-gras-trans>



Place de l'alimentation / maladie coronarienne

En vue du retour à la maison / creuser / semer / porter l'attention / Sécuriser / plaisir

Régime = Privations

Aliments interdits, Renoncement au plaisir, Maîtrise de soi



Culpabilité

Baisse de l'estime de soi



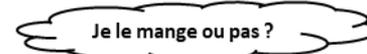
Restriction cognitive

Norman CD, Pinsky J. Restriction eating. In: Stunkard AJ, editor. Obesity. Philadelphia: WB Saunders; 1993. p. 235-25

Genard AM, ELDOUR ETI, Jean-Pierre ZERBATEL. La restriction cognitive face à l'obésité. In: 100 ans de la revue de la psychologie. 2011; 30, 32, 1575-1585. © Masson Editeur



Je craque



Frustrations

Envie de manger



Place de l'alimentation / maladie coronarienne

En vue du retour à la maison / creuser / semer / porter l'attention / Sécuriser / plaisir

Rassurer sur le cholestérol et sur ce qui « bouche une artère »

Matières grasses dans les aliments : **Croyances**, donner du sens / intérêt



Y a-t'il un menu plus calorique, si oui lequel ?
Pas de quantités, donc impossible de calculer le nombre de calories

Et à calories égales, y a-t-il un meilleur repas pour maigrir ou éviter de grossir ?
Il n'y a pas de meilleur repas pour maigrir.
Que pensez vous des graisses dans le menus 1 ?
Que pensez vous des graisses dans le menus 2 ?
L'important étant de manger, à votre faim, ce qui vous fait le plus envie.

Place de l'alimentation / maladie coronarienne

En individuel / creuser / semer / porter l'attention / Sécuriser / plaiser

Quelques outils

Date, heure, durée, de la prise alimentaire

Niveau de votre envie de manger de 0 à 10
chaque prise alimentaire?
(décrire ce que vous ressentez dans le corps dans la tête)
A quoi pensez vous ? Que faites vous en mangeant ? où êtes vous ? Avec qui êtes vous ?

Je me pose des questions sur ma faim

Au début du repas je me demande
« Ai-je **faim** ? »
« comment j'ai **faim** ? »
« Qu'est ce que j'ai **envie** de manger ? »

EST TU HE... QU'EST PAS LA TANG... AVANT D'AVOIR MANGÉ... TOUTES SES ASSIÈTES !

C'EST VRAI... DURA AVALER.

Site Hôpital A. CHENEVIER
40 rue de Mesly
94000 CRETEIL

Nom : _____
Prénom : _____
Date : _____

- Quelle importance accordez vous à ?
0 | 5 | 10
- Vous sentez vous capable de modifier ?
0 | 5 | 10
- Qu'est ce qui vous permettez de passer de à ?
.....

Je me demande:
« Ai-je encore **faim** ou **envie** pour la suite ? »

OUI Non

Assistance Publique HÔPITAUX DE PARIS

Service Diététique - Hôpital A. CHENEVIER

hm HENRI MONDOR

hm HENRI MONDOR

Assistance Publique HÔPITAUX DE PARIS



MERCI



Bon
appétit

