

*Septembre 2009*

*Di@lisez*



## *Sommaire*

<i>L'édito.....</i>	<i>page 1</i>
<i>Un patient dialysé part en randonnée.....</i>	<i>page 2 à 5</i>
<i>Greffe Rénale ABO incompatible.....</i>	<i>page 6, 7</i>
<i>Témoignage de Delphine.....</i>	<i>page 8, 9</i>
<i>Relation soignant-soigné.....</i>	<i>page 9 à 11</i>
<i>Interview de Madame Cailler.....</i>	<i>page 12 à 15</i>
<i>News – La planète en folie.....</i>	<i>page 16, 17</i>
<i>Souvenirs, souvenirs.....</i>	<i>page 18</i>

Chers patients,

C'est Madame Claudine Spycher qui avait pris la gentille habitude de faire l'éditorial chaque trimestre du journal de notre service. Maintenant qu'elle n'est plus parmi nous, je voudrais, pour elle, faire un tout petit article, qui j'espère lui aurait plu. Loin d'avoir son brio pour écrire, j'aimerais vous faire connaître un petit texte que l'on m'a envoyé, mais dont je ne connais pas l'auteur. Ce texte parle des Grand'mères ! Madame Spycher qui avait des petits enfants devait être une grand-mère fabuleuse. Moi aussi, je suis grand-mère depuis 2 mois...et ces quelques lignes m'ont fait sourire... « Une grand-mère est une femme qui n'a pas d'enfants, c'est pour cela qu'elle aime les enfants des autres. Les grand'mères n'ont rien à faire, elles n'ont qu'à être là. Quand elles vous emmènent en promenade, elles marchent lentement, sans écraser les belles feuilles, ni les chenilles.

Elles ne disent jamais : avance plus vite ! En général, elles sont un peu grosses, mais pas trop, pour pouvoir attacher vos souliers. Elles savent qu'on a toujours besoin d'un second morceau de gâteau ou du plus gros. Une vraie grand'mère ne frappe jamais un enfant, elle se met en colère en riant. Les grand'mères portent des lunettes et quand elles nous lisent des histoires, elles ne sautent jamais une ligne, et elles n'ont rien contre si on leur réclame la même histoire plusieurs fois. Les grand'mères sont les seules adultes qui ont toujours le temps. Elles ne sont pas aussi fragiles qu'elles le disent, même si elles meurent souvent plus que nous. Tout le monde devrait essayer d'avoir une grand'mère, surtout ceux qui n'ont pas la télé. »

**Bernadette Gombert Jupille**



## **Un patient dialysé part en randonnée**



### **Souvenez-vous de VOLKER BLUM !**

Les réactions de ma famille et de mes amis ont été dans l'ensemble positives quand je leur ai annoncé l'année dernière mon plan de faire de la randonnée dans les Alpes – alors que je suis diabétique et dois subir des dialyses périodiques. Malgré ma maladie, je me considère comme très actif et très sportif dans mon groupe d'âge et je prends beaucoup de plaisir à faire des longues randonnées avec ma femme. Marcher de Munich à Venise en 32 jours – c'est-à-dire parcourir presque 650 kilomètres, en altitude, c'était presque aussi ambitieux que de vouloir passer de la limousine familiale à la formule 1 pour participer tout de suite à des courses automobiles...

Mais je ferais mieux de commencer par le début... Je m'appelle Volker Blum, j'ai 41 ans, je suis diabétique depuis l'enfance, je suis en dialyse péritonéale depuis 2005 et suis reconnu comme sévèrement handicapé depuis 2007. Nous sommes une minorité de patients en Allemagne à être en dialyse péritonéale.

J'ai eu la chance que mon médecin m'explique les avantages et les inconvénients de la dialyse péritonéale et de l'hémodialyse. Il m'a donné la possibilité de décider par moi-même de ce qui me conviendrait le mieux. Je n'ai pas regretté ma décision : la dialyse péritonéale me permet de vivre une vie active et autonome. Malgré ma dialyse, je ne me sens peu limité dans mon travail et mes loisirs, surtout si je compare avec l'hémodialyse.

Mais je sais qu'aujourd'hui ce n'est pas la règle générale : en Allemagne il y a environ 5% des patients qui sont en dialyse péritonéale contre 9% en Suisse. Tous les autres patients doivent se rendre plusieurs fois par semaine dans leurs centres de dialyse pour y être hémodialysé. Je ne comprends pas, ici nous sommes presque la lanterne rouge sur le plan international ! Et pourtant, tant de gens pourraient partager mes expériences positives et améliorer nettement leur qualité de vie ! Je crois que les patients dialysés devraient être mieux informés et savoir qu'il existe une alternative à l'hémodialyse, dont ils devraient parler avec leur médecin !

Bon, me voilà revenu au début de mon histoire – j'ai réfléchi à un projet sportif pour attirer l'attention dans le but de réaliser quelque chose dont on parlera et sur laquelle on écrira. Je veux donner du courage aux autres patients – ne pas les laisser se révolter contre leur sort, mais les encourager à prendre leur maladie avec pragmatisme, à accepter les contraintes qui y sont liées et à mener malgré tout une vie active et autonome.

Soutenu par ma femme, j'ai déjà commencé l'année dernière à réaliser mon projet. J'ai fait beaucoup de randonnées dans les Alpes, j'ai étudié les cartes et j'en ai parlé avec des médecins et un guide de montagne. J'ai cherché des tiers pour me soutenir dans mon projet.

Finalement, je suis parti de Munich le 23 avril et, le 24 mai vers midi, j'ai pu fêter la réussite de mon tour en buvant un expresso sur la place Saint Marc à Venise. Entre ces deux dates, il y a eu quatre semaines de marche à pied sur le chemin de Goethe. J'ai marché en moyenne 30 kilomètres par jour. J'ai réalisé que je pouvais accomplir beaucoup de choses malgré ma maladie !

Bien sûr, c'est la dialyse qui a dicté mon emploi du temps. Toutefois je n'ai pas marché d'un centre de dialyse à l'autre, mais j'ai pu faire mon traitement dans le camping-car conduit par ma chère femme qui m'a accompagné tout le temps. A l'aide d'une minuterie, nous préparions déjà le dialysat le matin, de façon à ce

que je puisse faire ma dialyse avant de prendre ou en prenant le petit déjeuner. En rentrant, il me restait encore assez de temps pour faire le traitement du soir et changer le pansement du cathéter de dialyse.



J'ai été, également soutenu par mon médecin. Avant même que je démarre, il m'avait annoncé sa visite, et il nous a retrouvés avec son équipe à Bardolino sur le lac de Garde pour m'examiner. Juste à temps : car je commençais à avoir des œdèmes importants au niveau des jambes. Mon médecin a donc réajusté mon traitement de dialyse. Le laboratoire Baxter m'a donc ravitaillé en express avec les produits nécessaires. Je me suis reposé un jour et j'ai pu à nouveau poursuivre ma route.

Chaque jour j'ai tenu mon journal dans mon blog [www.dialyseontherocks.wordpress.com](http://www.dialyseontherocks.wordpress.com) . J'ai reçu beaucoup d'encouragements d'amis et d'inconnus. Vous pouvez les lire, malheureusement en allemand seulement. Jetez vite un coup d'œil !

Je suis content d'avoir pu atteindre mon but – perfectionner ma technique de randonnée, mais aussi attirer l'attention sur la dialyse péritonéale : de

nombreuses rédactions ont parlé de mon projet, je suis même passé à la télé ! Et l'intérêt continue. Je vous remercie donc, vous aussi, de vous intéresser à mon histoire ! Et bien entendu je remercie aussi ma femme, mon médecin et son équipe, la maison Baxter et tous les autres qui m'ont soutenu. Une question me préoccupe encore : "Y a t-il déjà eu un patient dialysé dans le cosmos ?" – Si tout va bien, vous entendrez à nouveau parler de moi !

Cordialement et bonne continuation

**Votre Volker Blum**



## **Greffe rénale ABO incompatible**

Jusqu'à récemment, l'identité des groupes sanguins ABO entre un donneur et son receveur était considérée comme une condition indispensable avant toute greffe rénale.

Les antigènes ABO sont des glycoprotéines présentes à la surface des globules rouges et des plaquettes, mais également dans le rein, à la surface de l'endothélium (surface interne) des vaisseaux et des membranes basales (surface externe) des cellules tubulaires. Toute personne a donc soit des antigènes A (elle est de groupe sanguin A), soit des antigènes B (elle est de groupe sanguin B), soit des antigènes A et B (elle est de groupe sanguin AB), soit pas d'antigène (elle est de groupe sanguin O). Ces antigènes hérités de nos parents sont innés et on ne peut s'en débarrasser. Par ailleurs, en contrepartie, toute personne a dans son sang circulant, d'autres glycoprotéines appelées anticorps, dirigées contre les antigènes ABO qui diffèrent de son propre groupe sanguin: on parle d'anticorps anti ABO. Ces anticorps anti ABO, s'ils viennent à rencontrer les antigènes ABO de même groupe sanguin, s'y fixent : ceci aboutit à la formation d'un complexe antigène-anticorps très délétère (par exemple des anticorps anti A et des antigènes A). Ce complexe en occluant les vaisseaux, conduit à leur thrombose: tout ce qui est en aval n'est plus oxygéné et donc se nécrose; dans les cas extrêmes, la thrombose des vaisseaux de l'ensemble du corps peut mener à un décès. C'est pour prévenir ce type d'accidents transfusionnels qu'on transfuse selon le même groupe sanguin sauf en cas d'urgence où tout le monde peut recevoir du sang de groupe O. En transplantation, si un receveur reçoit un organe d'un donneur de groupe différent du sien ceci mène à une occlusion des vaisseaux et à une nécrose de l'organe transplanté et donc à sa perte irréversible.

La liste croissante de personnes en attente de greffe rénale et les excellents résultats lors de transplantation rénale en provenance de donneurs vivants ont mené au développement de ce type de transplantation rénale. Malheureusement lorsqu'un patient se présente avec un donneur vivant potentiel, il existe environ 30% de risque qu'ils soient de groupes sanguins différents, cette incompatibilité empêchant donc la transplantation.

Eliminer les anticorps anti ABO présents chez le receveur et dirigés contre les antigènes ABO du donneur, avant la transplantation, serait le seul moyen de pratiquer une greffe rénale. C'est le Japon qui fut le premier pays à développer ce type de préparation des receveurs il y a maintenant environ 20 ans. En effet, dans ce pays les transplantations rénales en provenance de donneurs décédés ne peuvent avoir lieu pour des raisons culturelles. Puis ce type de transplantation rénale ABO incompatible s'est étendu aux Etats Unis et en Europe. En Suisse ce programme a

débuté en 2005. C'est grâce à la plasmaphérèse et plus récemment à des filtres spécifiques anti A, anti B ou anti AB que l'on peut éliminer les anticorps anti ABO chez les receveurs. Plusieurs conditions sont indispensables pour que certains patients puissent recevoir une greffe ABO incompatible : un donneur vivant apparenté ou non apparenté, doit avoir été rigoureusement sélectionné. Il ne doit y avoir aucune anomalie immunologique entre le donneur et le receveur. Le traitement immunosuppresseur intraveineux et per os doit débuter chez le receveur un mois avant la date présumée de la transplantation. Une épuration journalière du sang du receveur à travers un filtre spécifique (en moyenne 4-6 séances) nécessite la pose d'un cathéter de dialyse, environ une semaine avant la date présumée de la transplantation. Le taux des anticorps doit être inférieur à 1:8 la veille de la transplantation. Une fois toutes ces conditions requises, la transplantation rénale se fait en urgence grâce au travail pluridisciplinaire des équipes médico-chirurgicales, anesthésistes, infirmières et biologistes. Bien que le traitement immunosuppresseur ne diffère pas d'une greffe ABO compatible (Prograf, Cellcept et Prednisone), le suivi est très rapproché au cours des 15 premiers jours en raison de la possibilité de rebond des anticorps anti ABO. La reprise de la technique d'élimination des antigènes ABO se fait alors en urgence à travers le même filtre.

A Genève, 2 greffes ABO incompatibles ont eu lieu en mai et décembre 2008: un mari de groupe A pour sa femme de groupe O et une mère de groupe A pour son fils de groupe O, respectivement. Les résultats sont à ce jour, excellents sans rejet et sans rebond de ces anticorps. Dans la littérature médicale, les résultats à moyen et long terme tant en termes d'espérance de vie du receveur que de survie du greffon rénal ne diffèrent pas d'une greffe rénale ABO compatible.

La liste des patients en attente de greffe rénale est en constante augmentation, la raison principale étant liée au nombre stable des donneurs potentiels, tant vivants que décédés. Elargir le pool des donneurs vivants est une pratique à laquelle ont recours de plus en plus de centres de transplantation rénale, en proposant la greffe ABO incompatible. A Genève, où quelque 75 personnes attendent une greffe de rein et où environ 30 transplantations rénales sont réalisées chaque année, la transplantation ABO incompatible devrait permettre une augmentation d'environ 20% du nombre de transplantations en provenance de donneurs vivants et ainsi permettre de diminuer le temps d'attente des patients en dialyse. Toutefois, pour que l'intervention puisse se dérouler avec succès, les anticorps anti ABO dirigés contre le groupe sanguin du donneur doivent être retirés efficacement du sang au cours d'une préparation qui débute un mois avant la date présumée de la transplantation.

**Dr Karine HADAYA**

## Témoignage de Delphine



Souffrant d'insuffisance rénale depuis de nombreuses années, je savais depuis longtemps qu'à plus ou moins longue échéance une greffe de rein me serait nécessaire. Et ce jour-là est arrivé un peu plus tôt qu'attendu. Alors, quand nous avons appris que je pouvais bénéficier d'une greffe ABO incompatible, mon mari et moi avons tout de suite pensé que c'était une chance. Cela me permettait notamment de ne pas avoir à supporter de longs mois de dialyse, qui auraient sérieusement compliqué notre vie en famille.

Nous n'avons pas ressenti d'appréhension liée à cette nouvelle pratique. Le traitement immunosuppresseur qui précède ce type de greffe m'avait déjà été prescrit quelques mois auparavant et la technique utilisée pour filtrer le sang – très proche de l'hémodialyse – ne m'inspirait pas d'inquiétude particulière. Par ailleurs, étant suivie depuis de longues années par le service de néphrologie des HUG, j'avais entièrement confiance en l'équipe médicale.

Nos craintes étaient ailleurs... moi, en tant que « receveur », je n'ai jamais été très à l'aise avec l'idée de faire prendre un risque à mon mari, quant à Marc, il craignait plus particulièrement un échec de la greffe. En fait, nos appréhensions étaient principalement liées au risque que représente toute opération chirurgicale.

Une fois le processus engagé, les événements s'enchaînent. Les examens, les actes médicaux se succèdent. Le temps passe, lentement. On ressent une certaine impatience... Enfin, le jour de la greffe arrive. Tout ce qu'on a imaginé devient alors terriblement concret. Hospitalisés ensemble à la veille des opérations, nous nous retrouvons, Marc et moi, une dernière fois confrontés à nos doutes et à nos espoirs, conscients que nous vivons un moment exceptionnel.

A mon réveil, ma première pensée est pour Marc. Grâce à la gentillesse de mon infirmier – qui n'a pas hésité à organiser un transport spécial pour nous réunir – nous nous retrouvons quelques heures plus tard dans sa chambre. Eprouvés certes, heureux de savoir que tout s'est bien passé pour l'un et pour l'autre, mais surtout émus en réalisant ce que nous venons de partager.

Un an après la greffe, notre existence a repris son cours. Marc se porte très bien. Quant à moi, passés les mois difficiles « d'adaptation au traitement », j'ai retrouvé aujourd'hui une excellente forme et une énergie que je n'avais pas connue depuis plusieurs années. Vu de l'extérieur, on pourrait croire que rien n'a changé, mais, nous, nous savons bien que rien n'est plus tout à fait comme avant.

**Delphine KRAHENBUHL**

## **LA RELATION SOIGNANT-SOIGNE**



La relation soignant-soigné est une interaction très complexe entre deux individus. L'un ayant relativement l'ascendant sur l'autre (de part ses connaissances, son pouvoir de persuasion), et l'autre « dominé » du fait de sa pathologie, et ne serait-ce même que par sa position (allongée au lit ou assise au fauteuil) qui le place de suite en infériorité.

Seulement, cette dernière a subi de profondes modifications. La notion d'égalité prévaut.

De l'antiquité à 1850 environ, les médecins manquaient de connaissances et par conséquent d'efficacité auprès du patient. Par contre, ils étaient craints et respectés. A partir de 1850 jusque dans les années 1950, le médecin devient plus scientifique et gagne en efficacité, les médecins sont alors honorés respectés. Depuis 1950, les médecins sont devenus savants et efficaces : ils sont cependant soupçonnés et « trainés » en justice.

Leur toute-puissance médicale n'est plus, les patients se renseignent et accèdent, légitimement, très facilement à l'information, bien que les sources ne soient pas toujours contrôlées. Le patient ne subit plus et prend une part active dans son traitement et dans les décisions inhérentes à sa santé.

Cette évolution entre de plus en plus dans les objectifs de soins que se fixent les soignants et fait partie intégrante de la qualité des soins. Le but est vraiment d'humaniser le plus possible la prise en charge du patient.

Mais traiter un malade en être humain est plus facile à envisager qu'à mettre en pratique quotidiennement. Or c'est dans la gestion de leur vie quotidienne que les malades sont le plus perturbés. Ils perdent en effet tout ce qui fonde habituellement leur identité (leurs statuts sociaux conférés par leur état civil, leur profession, leur appartenance à différents groupes), pour endosser l'identité de malade qui envahit tout leur espace.

C'est pourquoi l'une des spécificités de la relation soignant-soigné est de respecter l'intimité de la personne malade. La démarche soignante vise à respecter son intimité, tout autant que réintroduire ou conserver ce qui caractérise le patient. Cela entraîne par conséquent une relation d'intimité car le soignant est introduit dans l'univers personnel de la personne soignée. Il est le témoin de sa nudité, il assiste aux manifestations de son désarroi, il touche et manipule son enveloppe charnelle... Ce caractère d'intimité est par conséquent indissociable de la notion de respect.

Pourtant, il est délicat de parler de respect de la personne soignée, de sa liberté, de son droit à disposer d'elle-même lorsque le soignant se substitue parfois à sa volonté pour décider à sa place de ce qui de ce qui lui convient.

Il y a encore dans le quotidien de la pratique soignante des manières de faire, des habitudes, qui sont remises désormais en question, mais qui ne choquaient pas et qui pourtant sont en contradiction avec notre idéal de soin. Il s'agit notamment des soins dispensés systématiquement, sans se soucier particulièrement de savoir

ce qu'ils signifient pour le malade (horaires de toilette, tournée de tensions et de températures...).

Le soignant doit donner du sens à l'acte technique qu'il réalise afin de le rendre acceptable pour le patient.

Alors que certains les opposent, il faut considérer que faire des soins et prendre soin sont des notions complémentaires. La technique est un préalable indispensable car on entre en relation qu'avec quelqu'un en qui on a confiance. Le soignant fera alors preuve de présence, mais aussi d'écoute active et authentique.

L'infirmier, debout et dans un uniforme blanc, est là avant tout pour rappeler à la personne soignée, allongée et affaiblie, que cette différence ne lui retire pas sa personnalité, et qu'elle est avant tout un être humain et reconnu comme tel.

« Soigner, c'est libérer, c'est faire renaître, et retrouver l'espérance. C'est aider celui qui souffre à sortir de son isolement, à bâtir un projet de vie compatible avec son état. C'est offrir des choix et tenter de les faire accepter ».

Les personnes soignées demandent à être traitées en être responsables et dignes. La relation soignant-soigné évoque un réel partenariat. C'est un pont imaginaire entre deux mains tendues l'une vers l'autre.



**Anne-Lise VOLLAND**

## **Interview de Madame Cailler, faite le 12 Août 2009 au 8AL pendant l'hémodialyse.**

**Bernadette Gombert-Jupille :** Bonjour Madame, je vous remercie de bien vouloir me répondre en vue de faire un article dans le journal de notre service « Di@lyser ! ». Est-ce que j'ose vous demander de me parler de vous ?

**Anne-Catherine Cailler :** Oui, bien-sûr. Je suis née à Genève en 1960 dans une famille vaudoise. J'ai une sœur plus jeune que moi et mes parents m'ont beaucoup soutenue. Aujourd'hui encore, ils sont très présents près de moi.



**B.G-J :** Depuis quand êtes-vous diabétique ?

**A-C.C :** J'avais dix ou onze ans quand on a fait le diagnostic du diabète. A l'époque, dans les années septante, les insulines donnaient des anticorps. J'étais soignée aux HUG, dans le service de pédiatrie. Nous étions un groupe d'enfants qui ont testé les premières insulines qui ne donnaient pas d'anticorps, ce qui était très important car les anciennes insulines pouvaient donner des mauvais effets secondaires et c'était aussi ennuyeux pour recevoir une greffe plus tard.

**B.G-J :** Quels souvenirs gardez-vous de l'apprentissage pour prendre en charge votre diabète, car vous étiez une enfant ?

**A-C.C :** Il me reste le souvenir de la peur des prises de sang. Je me souviens qu'il y avait des enfants bien plus jeunes que moi qui courraient dans les

couloirs du service de pédiatrie, tellement ils avaient peur quand on devait les piquer !!

**B.G-J :** Et vous ? Comment ça s'est passé ?

**A-C.C :** J'ai gardé le traumatisme des prises de sang, mais j'ai appris à faire mes insulines toute seule. A l'époque, on ne faisait pas de glycémie, les appareils n'existaient pas. On surveillait juste les urines. Ma mère savait aussi faire les injections d'insuline mais j'ai vite préféré les faire moi-même.

**B.G-J :** Ensuite l'adolescence, l'école, quelles études avez-vous poursuivies ?

**A-C.C :** J'ai été au collège Voltaire à Genève et ensuite j'ai suivi un apprentissage de secrétaire, ce qui m'a beaucoup servi ensuite dans ma vie.

**B.G-J :** Quand votre fonction rénale vous a-t-elle lâchée ?

**A-C.C :** J'avais 25 ans quand j'ai perdu ma fonction rénale et ma vue à peu près en même temps. En 1987, j'ai fait environ 3 semaines d'hémodialyse par un cathéter puis j'ai eu la chance de bénéficier rapidement d'une greffe rénale. Cette première greffe s'est passée aux HUG et j'ai été suivie par le Professeur Leski.

**B.G-J :** La greffe rénale à 27 ans après seulement 3 semaines de dialyse, c'est bien mais il a fallu en même temps gérer la perte de la vue. Comment ça s'est passé ?

**A-C.C :** Au moment de la greffe en 1987, je travaillais déjà comme secrétaire aux HUG. J'ai donc eu un arrêt de travail de quelques mois. J'en ai profité pour faire un stage spécialisé pour les non-voyants à Lausanne. J'ai appris à lire en Braille. Ce stage m'a permis aussi d'être le plus indépendante possible. J'ai appris surtout la locomotion et à marcher avec la canne blanche, comme je le fais encore aujourd'hui. Je sais aussi cuisiner et me servir d'une cuisinière sans faire de catastrophes. Ensuite je suis allée à Bâle une année pour faire un recyclage professionnel.

**B.G-J :** Félicitations pour cette volonté ! Et après l'arrêt de travail post greffe, que s'est-il passé ?

**A-C.C :** J'ai pu reprendre mon travail de secrétaire à 50%. Je connaissais bien la dactylo avant d'être aveugle, et avec mon stage de recyclage, pas de problème pour taper sur l'ordinateur.

**B.G-J :** Oui, je comprends pour taper, mais pour lire le courrier que vous receviez ?

**A-C.C :** Au travail, je tape en écoutant les cassettes comme toutes les secrétaires. Et j'ai un ordinateur avec un clavier équipé d'une ligne Braille. Par contre à la maison, j'ai un scanner. J'insère le papier que je veux lire et l'ordinateur me « lit » le texte avec une voix électronique.

**B.G-J :** Bravo ! Je ne savais même pas que cette technique existait. Et pour faire vos courses, venir à l'hôpital, ou vous promener, comment vous organisiez-vous ?

**A-C.C :** Dans les années nonante, j'ai eu mon premier chien guide, il venait de Suisse Allemande. Il avait été bien dressé dans un centre spécialisé. Je ne l'ai eu qu'une année, car un jour en faisant « pipi » dans le caniveau, une voiture l'a bousculé. Il n'a pas été blessé mais il ne pouvait plus être mon guide. J'ai eu alors un deuxième chien guide qui venait du même centre que le premier. C'était une chienne que j'ai gardé une dizaine d'années. Cette chienne était pour moi une « Ferrari » !! Elle m'emmenait partout, même au travail où elle restait sagement couchée sous mon bureau.

**B.G-J :** Aujourd'hui, où est votre chien guide actuel ?

**A-C.C :** Il est chez son instructeur en attendant que je le récupère quand j'aurai assez de force.



**B.G-J :** Vous avez recommencé la dialyse il y a deux mois environ, après 23 ans de greffe. Comment vous sentez-vous ?

**A-C.C :** Aujourd'hui, tout s'écroule, je suis en dialyse. Je dois apprendre une nouvelle façon de vivre. Je me sens mieux qu'il y a deux mois mais j'ai encore beaucoup de chemin à faire. La dialyse, c'est dur pour tout le monde car il faut s'habituer à toutes sortes de manifestations physiques dont on n'a pas l'habitude, comme les crampes et les démangeaisons qui sont très désagréables. Pour moi, tout est encore à apprivoiser.

**B.G-J :** Comment voyez-vous l'avenir ?

**A-C.C :** A 49 ans, mon nouveau but, c'est, que mes forces reviennent. Je veux récupérer mon chien et après 25 ans de travail à l'hôpital en ophtalmologie, je veux rejoindre mes collègues de travail.



Pendant la dialyse, Madame Cailler se repose ou elle lit ses livres en Braille. En ce moment, elle lit « La Chambre des Dames » de Jeanne Bourrin.

**Madame CAILLER**  
**Bernadette GOMBERT JUPILLE**

# --News—

## La Planète en Folie

\*\*\*

### Diététique

Tous les Starbucks de Suisse sont en émois...

**Les cappuccinos frappés d'un demi-litre délivrent jusqu'à 561 calories, soit le quart de la ration quotidienne d'une femme adulte.**

Le World Cancer Research Fund (WCRF), l'un des principaux bailleurs de fonds de la recherche médicale au Royaume-Uni a publié le 27 juillet 2009 une étude qui dénonce la richesse calorique excessive des produits Starbucks et d'autres distributeurs, ainsi que leur implication dans certains cancers.

Les produits ciblés sont en particulier ceux qui sont enrichis de glace, de sucre, de lait entier et de crème et qui peuvent aller jusqu'à 561 calories pour 487 ml de café.

Si le WCRF s'inquiète de cette escalade des volumes et des contenus proposés aux consommateurs, c'est parce que les données de la science lient fortement excès de graisse corporelles avec un sur risque de cancers du sein, de l'œsophage, de l'intestin, du pancréas, de l'utérus, et du rein.

Le Dr Rachel THOMPSON, directrice scientifique du WCRF, explique : « Qu'il puisse y avoir un café glacé sur le marché contenant plus du quart de la ration calorique quotidienne d'une femme est une notion alarmante. C'est la quantité de calories d'un repas du soir !! »

### Diabète

**Le risque de diabète est doublé chez les pauvres.**

Au Royaume-Uni toujours.... Un rapport qui vient d'être publié par l'Association DIABETES UK s'inquiète de l'augmentation de la maladie chez les plus démunis. Les citoyens vivant sous le seuil de pauvreté (881 €uros soit 1'340.-CHF) ont 2,5 fois plus de risque de devenir diabétique que le reste de la population générale. Et une fois la maladie installée, ils ont également 2 fois plus de risques de subir des complications liées à la maladie (cécité, blocage rénal, amputations).

Les femmes figurent parmi les personnes les plus exposées : celles vivant dans les foyers aux plus faibles revenus ont 4 fois plus de risque d'être atteintes de diabète.

(Source : Le Figaro du 27 juillet 2009)

### **Les dents du Lac d'Annecy**

**Saluez bien vos infirmières d'Annecy... Elles ne reviendront peut-être jamais de leur baignade dans le Lac !!!**

Le 17 mai 2009, Sylvain Legendre, grand pêcheur... a sorti du lac d'Annecy un des plus gigantesques brochets jamais capturés à la ligne en France. **1,37 m** pour environ 25 kg. Un monstre lacustre qui hante de nouveau les eaux du lac, car après avoir pris la photo ce pêcheur écolo et responsable a remis le long bec aux grandes dents à l'eau !

Alors Mesdames, surveillez vos arrières, Max est là et il rode toujours.....



(Source « La Pêche et les Poissons » N°14821)

\*\*\*

### **Table Ronde Entraid'Rein**

La prochaine table ronde Entraid'Rein aura lieu le mercredi 30 septembre et jeudi 1<sup>er</sup> octobre à 12h30 sur le thème du PHOSPHATE et de ses incidences.

Un atelier ludique vous sera proposé pour découvrir les teneurs en phosphate contenu dans les aliments.

Conférence donnée par le Dr Catherine Stoermann et Dominique Ponnard diététicienne.

Venez nombreux !!

**Christophe MAUDUIT**

## *Souvenirs, souvenirs ...*



Photographies prises lors du repas organisé par Entraid'Rein