

Hôpital
Erasmus



ULB

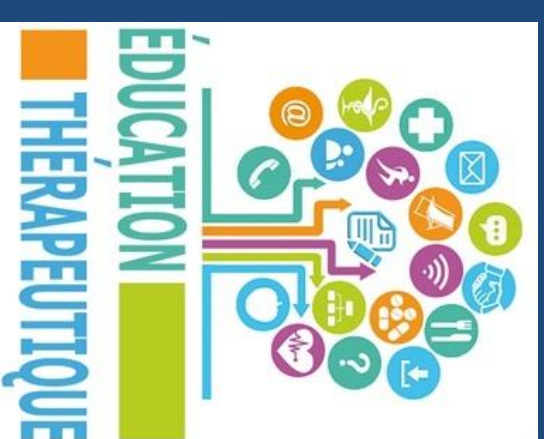
L'Education nutritionnelle et l'ETP de la maladie rénale à la dialyse, toute une histoire...

Viridiana Grillo

Diététicienne agréée par le SPF santé publique.

Hôpital erasme

17 avril 2018





Tout résumer en 1h maximum

→ Difficile mais ...

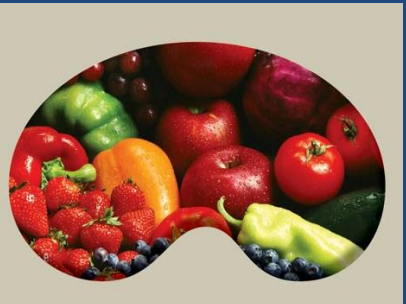


Diététique
rénale

Dénutrition

ETP

Patients
partenaires

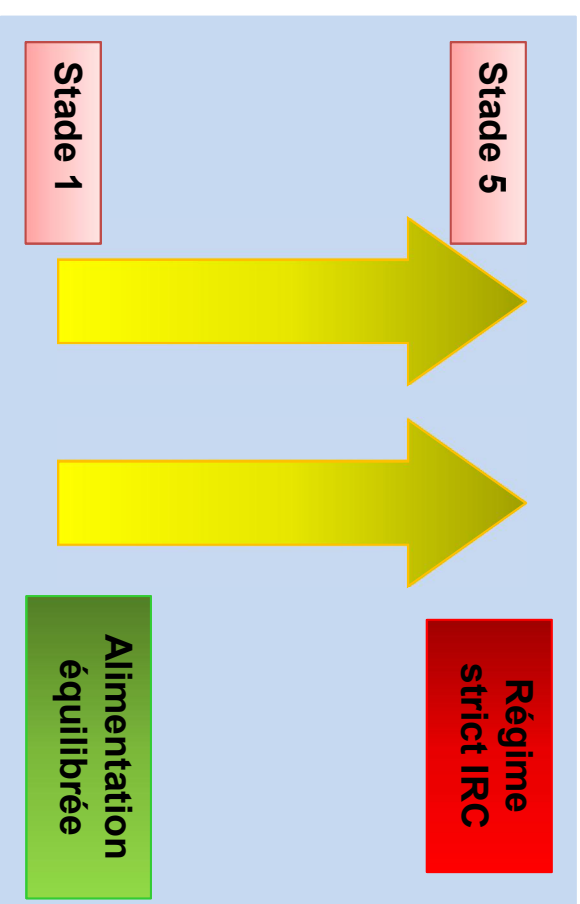
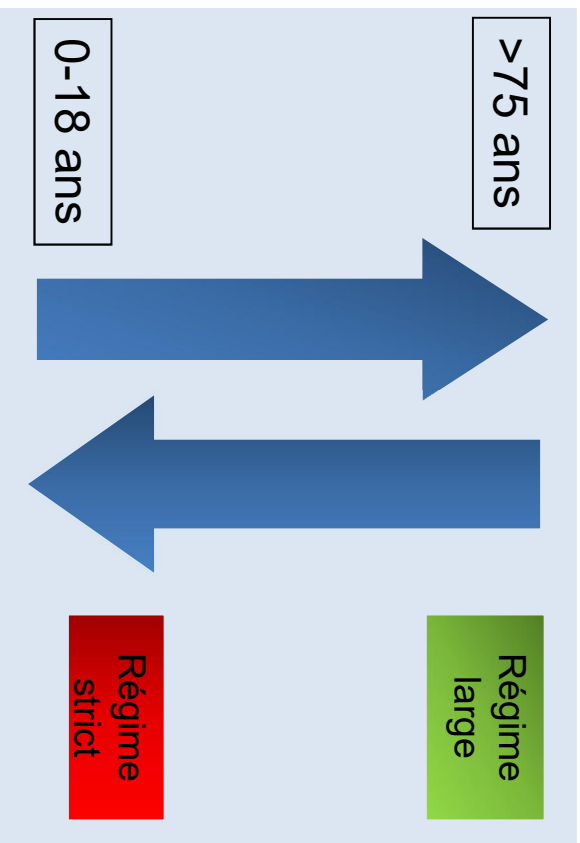


- GÉNÉRALITÉS
- COMMENT LIRE UNE PRISE DE SANG/URINES DE 24H



Que faire selon les stades de l'IRC ?

En pratique, la prise en charge du patient sera différente en fonction de son âge et du stade de son IRC.



- Equilibrer l'alimentation du patient
- Adapter l'alimentation à la fonction rénale du patient:
 - le sel
 - **les protéines**
 - les liquides
 - le potassium
 - le phosphore
- Adapter et intégrer les modifications à la vie de tous les jours et non l'inverse
- En IRC, l'alimentation fait partie intégrante du traitement

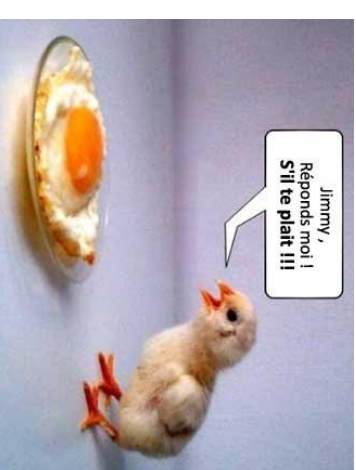


!!Une alimentation adaptée
en fonction des résultats
sanguins sans trop de restrictions
à long terme!!

Les protéines ... rappel

Où retrouve-t-on les protéines?

- WVPO (HVB)
- Lait et produits laitiers (HVB)
- Légumineuses, céréales, produits issus du soja,... (BVB)



Qu'est ce qu'une protéine HVB?

- = protéine de haute valeur biologique
- = contient tous les acides aminés essentiels

Les protéines animales ont généralement une meilleure valeur biologique que les protéines végétales.

Quelles quantités de protéines sont recommandées en IR?

Protein Intake Recommendations in CKD

	Non-CKD	CKD
National Kidney Foundation K/DOQI	0.6-0.8 g/kg/day	0.55-0.8 g/kg/day
British Dietetic Association	N/A	>1.2 g/kg/day
ESPEN (Nutrition Support)	0.6-0.8 g/kg/day	1.2-1.5 g/kg/day



- >50% of High Biological Value (ie complete protein sources, containing the full spectrum of EAA)
- Clear goals with supporting education and follow up helps support compliance

Prevention and Treatment of Protein Energy Wasting in Chronic Kidney Disease: **Consensus Statement** Historical Aspects

- Proposed to ISRNM Council and approved - 2010 Lausanne
- Outside funding obtained: Abbott Nutrition, Int
- Consensus meeting convened - Vancouver WCN 2011
 - Drs. Ikizler, Cano, Franch, Fouque, Himmelfarb, Kalantar-Zadeh, Kuhlmann, Stenvinkel, Ter Wee, Teta, Wang, Wanner – All ISRNM Council members
- 1st Draft completed - Hawaii 2012
- Electronic publication - May 2013

[Ikizler TA](#)¹, [Cano NJ](#), [Franch H](#), [Fouque D](#), [Himmelfarb J](#), [Kalantar-Zadeh K](#), [Kuhlmann MK](#), [Stenvinkel P](#), [TerWee P](#), [Teta D](#), [Wang AY](#), [Wanner C](#).

[Kidney Int.](#) 2013 Dec;84(6):1096-107. doi: 10.1038/ki.2013.147. Epub 2013 May 22.

Les protéines en IRC ...

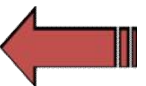
Degré d'insuffisance rénale	DFG (ml/min/1.73m ²)	Apports protéiques
Stade 0-1	Fonction rénale normale	0.6 à 0.8g/kg/j
Stade 2	15 < DFG < 30	0.8 à 1 g/kg/j
Stade 3	10 < DFG < 15 (non dialysés)	0.8g/kg/j
Stade 4	5 < DFG < 10 (non dialysés)	0.8g/kg/j
Stade 5	FG < 5 (non dialysés)	0.8g/kg/j
Stade 5	FG < 15 (non dialysés)	0.6-0.8g/kg/j (Ou 0.3-0.4g+!!AAE+ !!KA) → Rapport protéines animales et végétales=1

**Selon le consensus ISRNM 2013 : 0.6 à 0.8g/kg/j – si malade :
 → En pratique, on ne descend jamais en dessous de PHVB)**

Les protéines en HD et en DP

Besoins en protéines du patient
en **hémodialyse**

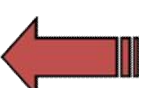
Besoins plus élevés en
protéines car **pertes**
protéiques dans le
dialysat 4-9g d'A.A./séance



Selon le consensus de
l'ISRNM, on utilise
1.2 g/kg/J dont 1/2 PHVB

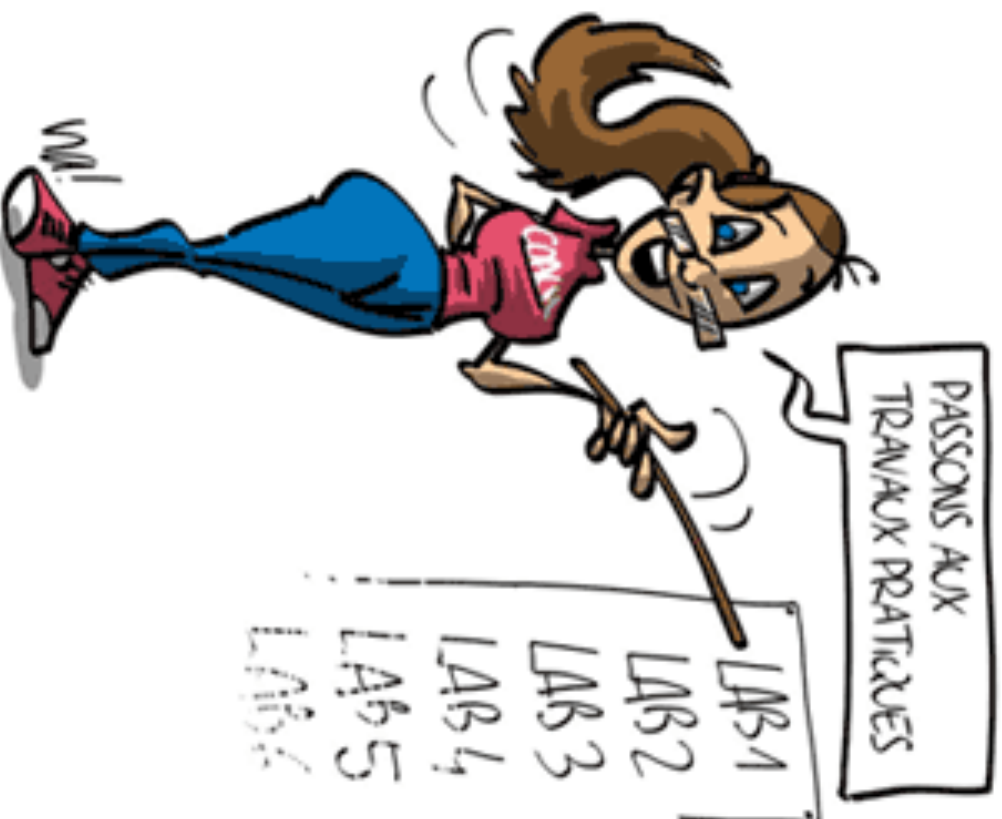
Besoins en protéines du patient en
dialyse péritonéale

Besoins élevés en protéines car
pertes protéiques dans le
dialysat de 2 - 4g d'A.A. + 6g
d'albumine /jour



Selon le consensus ISRNM:
1,2 g de prot./ kg de poids / jour
dont 1/2 de PHVB
En cas de péritonite, 1.5g/kg/J

A vous de jouer!!



Calculez maintenant la quantité de protéines HVB qu'1 homme de 1m75 et de 70 kg doit consommer s'il est en IRC stade 4?


Calculs des protéines totales en g + les PHVB

Exple: Un patient IRC de 70 kg: $0.8g \times 70 = 56g$ de protéines totales

Dont $2/3$ PHVB = 37g et $1/3$ PBVB=19g

100g de protéines \neq 100g de viande

Une équivalence = 6g de protéines

1 équivalence PHVB	1 équivalence PBVB
 = 6g PHVB	 = 2-3 tr de pain blanc
 = 30g de viande/ volaille/poisson	 = 75g de céréales petit déjeuner
 = 180ml de lait	 = 5-6 biscottes
 = 150g de yaourt	 = 50g de pâtes blanches cruées
 = 60g de fromage frais	 = 75g de riz blanc cru
 = 25g de fromage	 = 75g de légumes secs cuits

37g = 6.2 eq

19g = 3 eq

Corrections

2/3 de ces équivalences sont apportées par les PHVB = 6.2 équivalences

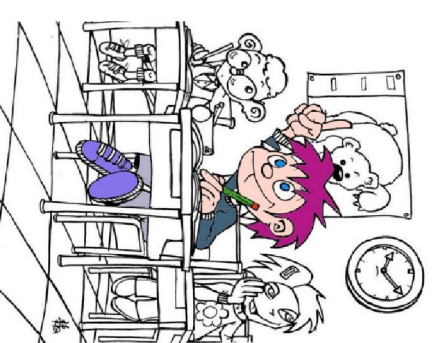
L'autre tiers provient des autres familles alimentaires (pommes de terre, légumes,...) = non-comptabilisé

6 équivalences correspondent à :

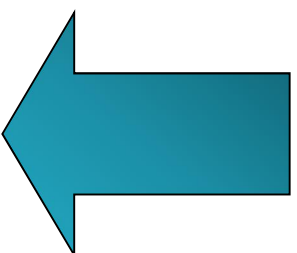
Par exemple:

Matin:	garniture sucrée	= 0 Eq
Midi:	120 g de viande	= 4 Eq
16h:	1 yaourt 125g	= 1 Eq
Souper:	1 tr. Jambon 30g	= 1 Eq

= **6 Eq** 



Pour adapter l'alimentation d'un patient IRC



**Il faut savoir lire et
interpréter certains éléments
de la prise de sang**

ANCIENT EGYPT HIEROGLYPHICS	
A	☐
B	☐
C	☐
D	☐
E	☐
F	☐
G	☐
H	☐
I	☐
J	☐
K	☐
L	☐
M	☐
N	☐
O	☐
P	☐
Q	☐
R	☐
S	☐
T	☐
U	☐
V	☐
W	☐
X	☐
Y	☐
Z	☐

Que doit-on regarder sur la prise de sang d'un patient IRC ?

En tant que diététicienne, voici ce qui nous intéresse dans la prise de sang du patient IRC:



- **Dans la chimie générale**
 - Urée (15 – 40 mg/dL)
 - Créatinine (0.4 – 1.2 mg/dL)
 - Filtration glomérulaire (> 60ml/min/1.73m²)
 - **Potassium** (3.5 – 4.8 mmol/L ou mEq/L)
 - CO2 total (22-29 mmol/L)
- **Métabolisme phospho-calcique**
 - Calcium (8.5 – 10.5 mg/dL)
 - **Phosphore** (0.8-1.45 mmol/L)
- **Urines: chimie générale**
 - Volumes urines (ml/24h)
 - Urée (10 – 40 g/24h)
 - Protéines totales/24h (50 – 80 mg/24h)
 - Sodium (mmol/24h)

→ HD /DP tolérance
≤ 5.5 mmol/L

→ HD /DP tolérance
≤ 1.78mmol/L

Dans les urines ...

Le volume urinaire/24h



Urée/24h

VN: 10-40mg/24h

Urines	
Cytologie générale	
Turbes	24.0
Volume urines	1800
Urée	1412
Urée	25.0
Créatinine	92
Créatinine	1.7
Sodium	99
Sodium	178
Potassium	81
Potassium	▲ 145
Protéines totales	▲ 0.28
Protéines totales/creat	▲ 0.30
Protéines totales	▲ 0.50
Protéines Test qualitatif	positive, absence de sang
Microalbumine	13.5
Microalbumine	▲ 240
Effetron: bon état des protéines	

Sodium/24h

VN: 40-220 mmol/24h

L'urée urinaire/24h **x3 + 15** = estimation des quantités de protéines alimentaires consommées → **donnée très pratique pour voir si le patient suit bien le régime prescrit**

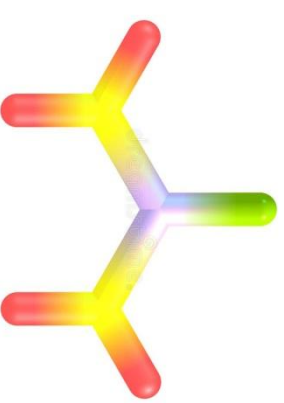
Exemple:

si l'urée urinaire de 24h = 25g/24h

La quantité de protéines consommées

$$= 25 \times 3 + 15 = 90\text{g}/24\text{h}$$

Ce qui correspond à une consommation de 1,1g/kg/J pour un patient de 75kg



Dans les urines ...

Le sodium urinaire (mmol/24h)

→ nous permet de contrôler la consommation de sel du patient

Petit rappel:

Comment convertir des mmol de Na en g de Sel?

$$\text{Nbre de g de sel} = \frac{\text{Résultat en mmol}}{17}$$



Et si le patient est dénutri et IRC ?

QUE REGARDER DANS LA PRISE DE SANG?

Albumine, Préalbumine,
transferrine, nPNA



Cholestérol, TG

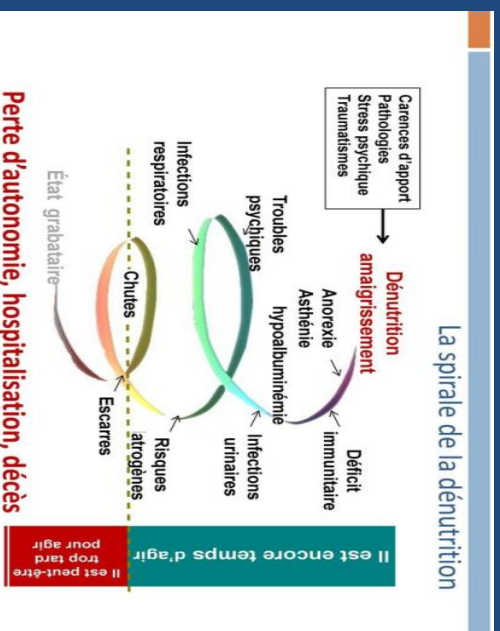
Urée et phosphore pré-dialyse
Index de créatinine

Diététique
rénale

Dénutrition

ETP

Patients
partenaires



- GÉNÉRALITÉS
- STRATÉGIES NUTRITIONNELLES



La dénutrition ou PEW en IRC ... what else?



PEW is present in 30 to 65% or more of dialysis patients around the world



Adapted from TNT Renal

Comment prendre en charge un patient IRC dénutri ?

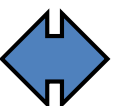
Avant tout: définir des objectifs!

En insuffisance rénale chronique (IRC)

- Préserver l'état nutritionnel
- Retarder la progression de l'IRC
- Limiter les signes de toxicité urémique
- Préserver l'équilibre électrolytique (utilité des chélateurs)

En hémodialyse chronique (HD)
En dialyse péritonéale (DP)

- Préserver l'état nutritionnel
- Limiter la morbi-mortalité
- Préserver l'équilibre électrolytique (utilité des chélateurs)



Apports énergétiques élevés

- « Hypoprotidique »
- Discuter initiation HD si dénutrition



Apports énergétiques ET protéiques élevés

- Discuter HD quotidienne si dénutrition persistante

Pas de régime restrictif
en **Potassium** et en
Phosphore sans raison !!!
Et pour les protéines, on
adapte au cas par cas!!!



1. Coaching nutritionnel
2. Enrichissement des repas
3. Suppléments nutritionnels oraux
4. Nutrition entérale
5. Nutrition parentérale perdiaalytique (NPPD)



1. Coaching nutritionnel

Le conseil diététique est capable d'améliorer l'état nutritionnel



Suivi diététique prouvé en HD

- *Albuminémie ↑ (indépendamment des [CRPJ])*

Leon JB et al. J Ren Nutr 2001, 11, 9-15.

Suivi diététique - recommandations en HD:

- *Si patient non-dénutri: tous les 6 à 12 mois (1 à 2x/an)*
- *Si patient dénutri: tous les 1 à 3 mois (suivi régulier)*

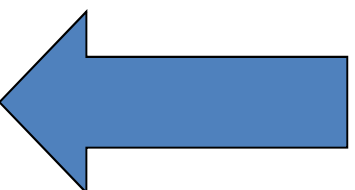
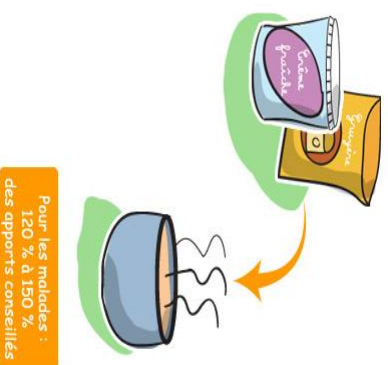
Cano. Traité de nutrition artificielle de l'adulte. Nourrir l'homme malade. Paris. Springer 2006

En IRC, nécessité d'un suivi (→ trajets de soins) mais pas de recommandations spécifiques

2. L'enrichissement des repas



Augmenter la valeur nutritive et calorique des plats sans en augmenter le volume ni la quantité



Utiliser des aliments courants, des « produits diététiques » et/ou des « compléments nutritionnels industriels » prêts à l'emploi.

Quand prendre des suppléments nutritionnels oraux ?

↳ Pendant la dialyse

afin de réduire les anomalies per dialytiques du métabolisme protéique

Cano. Traité de nutrition artificielle de l'adulte. Nourrir l'homme malade. Paris. Springer 2006.

↳ et/ou 1 à 2h après les repas

afin d'éviter qu'ils ne se substituent à ceux-ci

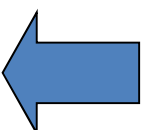
↳ et/ou Tardivement dans la soirée

afin de limiter la durée du jeûne nocturne (→ *sauf pour les diabétiques*)

!!! Ne pas prendre un complément à la place d'un repas !!!

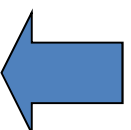
3. Les suppléments nutritionnels oraux

Administration de suppléments oraux pendant 1 an



Très bonne compliance chez 65% des patients

avec des apports quotidiens moyens apportés par les suppléments de 0.4g protéines/kg et 5.5 kcal/kg, maintenus pendant les 2ans d'intervention.



↑ Albumine plasmatique des patients recevant un supplément oral

Cano N J et al. FinesS. JASN 2007;18:2583-2591

4. La nutrition entérale

*Apports oraux spontanés < à 20kcal/kg/J



↓
Besoin d'un apport en continu

↓
La nutrition entérale est le support de choix
1000 à 1500kcal suppl/J

↓
*Cano JM et al. *Clinical Nutrition* 2009; 28:401-414

NE peu utilisée et peu étudiée en IRC

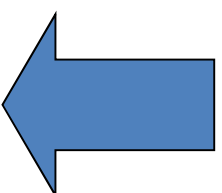
**Deux études (dix-huit patients) permettent de conclure à un effet important sur l'albuminémie (+ 5 g/l), après trois et huit mois de traitement.

**Sayce HA et al. *J Hum Nutr Dietet* 2000;13:333-41
Holley JL, Kirk J. *J Ren Nutr* 2002;12:177-82.

5. Nutrition parentérale perdiaalytique (NPPD)

**Si le TD
=
inutilisable
→ opéré ou inflammatoire**

**Si supplémentation
orale
=
insuffisante**



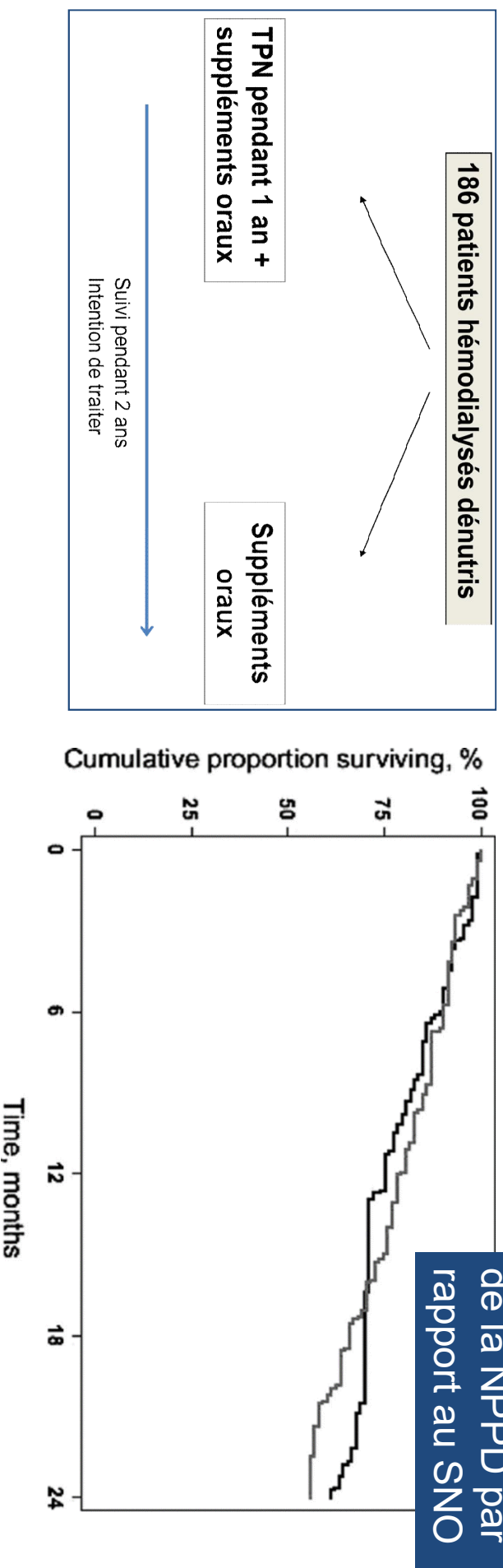
NPPD



French Intradialytic Nutrition Evaluation Study

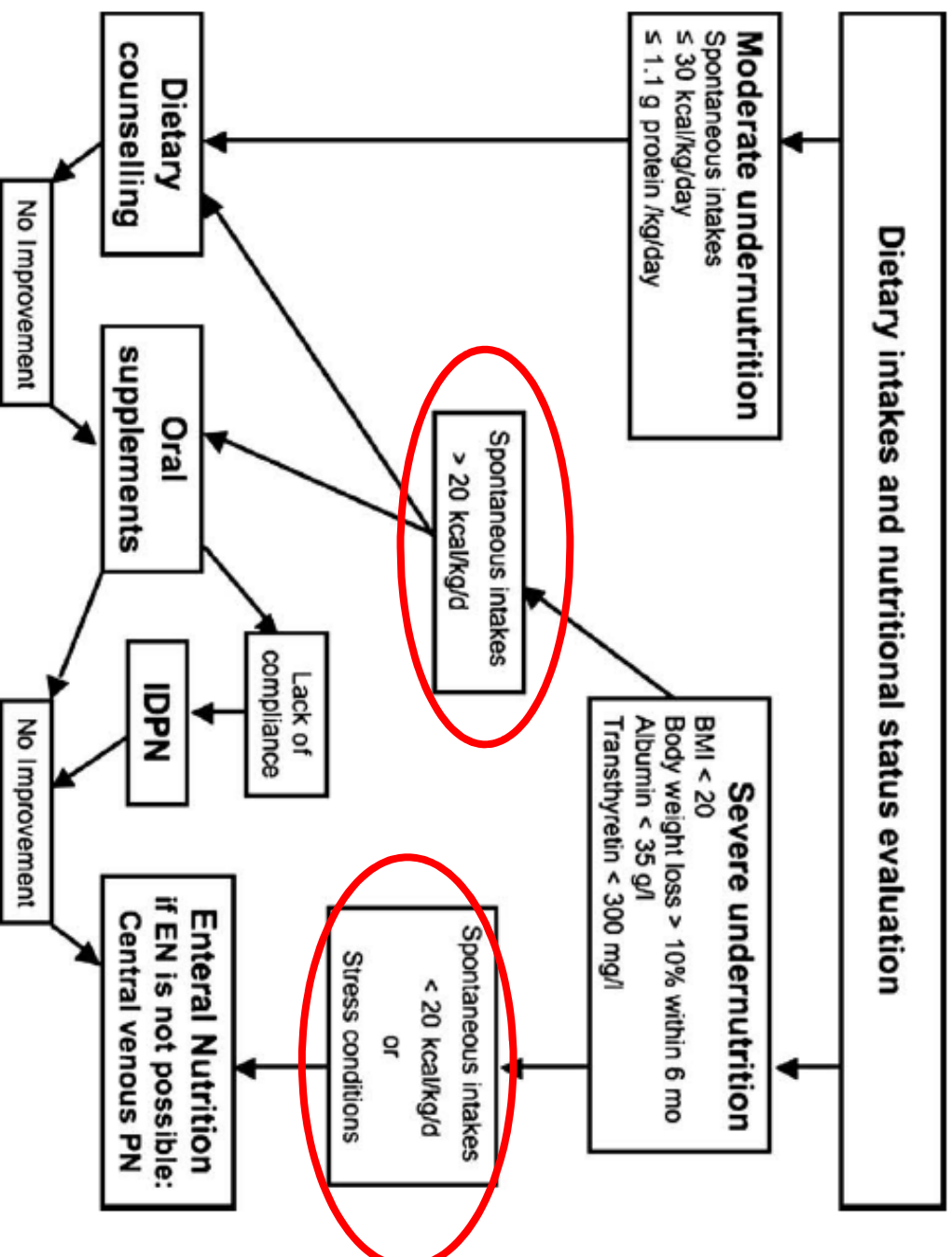
Intradialytic Parenteral Nutrition Does Not Improve Survival in Malnourished Hemodialysis Patients: A 2-Year Multicenter, Prospective, Randomized Study

Noël J.M. Cano,^{*} Denis Fouque,[†] Hubert Roth,[‡] Michel Aparicio,[§] Raymond Azar,^{||} Bernard Canaud,[¶] Philippe Chauveau,^{**} Christian Combe,^{§**} Maurice Laville,[†] Xavier M. Laverne,[‡] and the French Study Group for Nutrition in Dialysis



Cano JM et al. *J Am Soc Nephrol* 2007; 18 : 2583-2591

Prise en charge de la dénutrition en HD



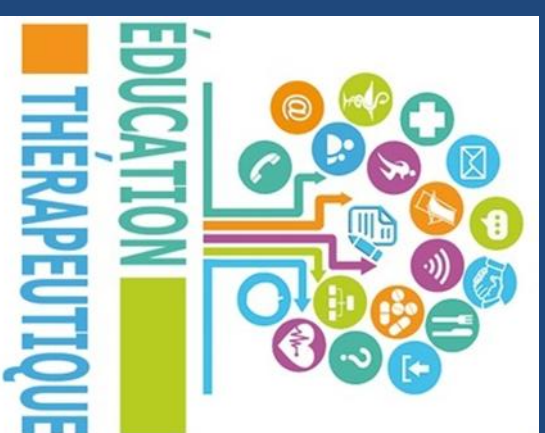
Diététique
rénale

Dénutrition

ETP

Patients
partenaires

- EDUCATION THÉRAPEUTIQUE:
DÉFINITION
- EDIRE
- NOTRE EXPÉRIENCE À
L'HÔPITAL ERASME



Définition (HAS-OMS): L'ETP (l'éducation thérapeutique) vise à aider les patients à gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle est un **processus continu**, qui fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.

Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients **conscients et informés** de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie.

Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) :

- à comprendre leur maladie et leur traitement
- collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge
- les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie.

Les ETP, en France



HAAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques

Le guide méthodologique et les recommandations sont téléchargeables sur www.has-sante.fr

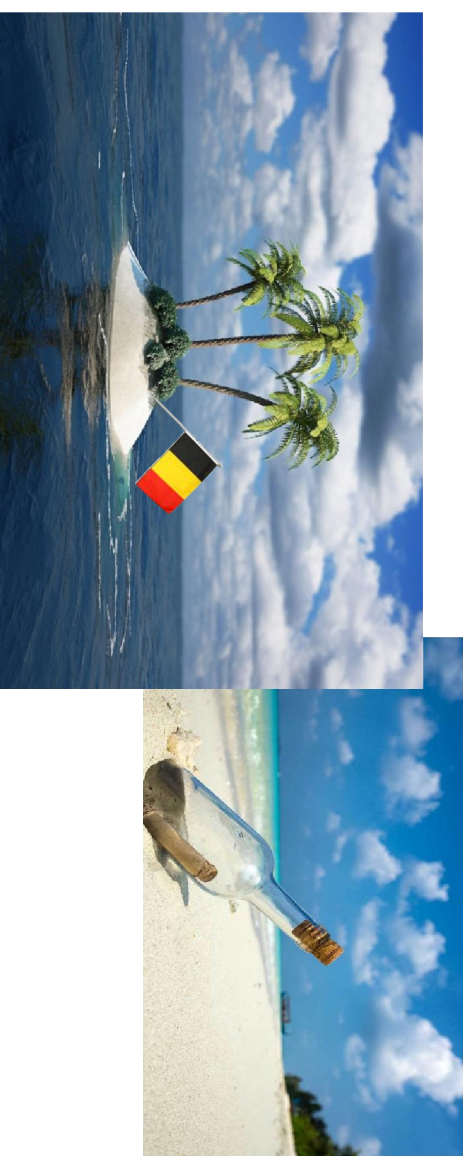
En France , il y a des éducations thérapeutiques organisées pour tous les parcours de soins .

Tout est légiféré, organisé et subventionné.

Il y a 29 parcours de soins organisés pour: BPCO, Maladie de Parkinson, Maladie rénale chronique, Insuffisance cardiaque, Cancers broncho-pulmonaires et mésothéliome pleural malin, Lymphome de Hodgkin de l'adulte, **Diabète de type 1 et 2 de l'adulte**, Fibrillation atriale, Maladie coronarienne, **Maladie rénale chronique**, les lithiases urinaires, ...

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp





- Sont organisées grâce à des initiatives personnelles dans certains hôpitaux.
- Le concept est enseigné dans **beaucoup** d'écoles pour les paramédicaux (infirmier, ergothérapeute, kinésithérapeute, diététicien, logothérapeute, pharmaciens...)

→ *Pas ou très peu enseigné en médecine*

E dire, c'est quoi?



- Programme d'ETP (modèle de Nancy) créé pour les patients IRC

- Créé au départ à Nancy avec l'équipe du Pr Kessler

→ Ce programme à Nancy:

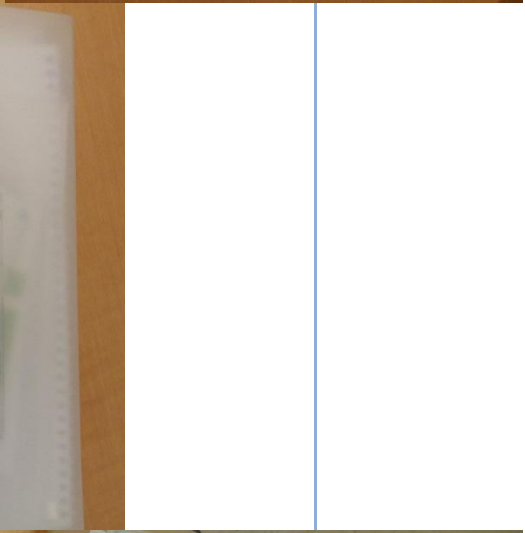
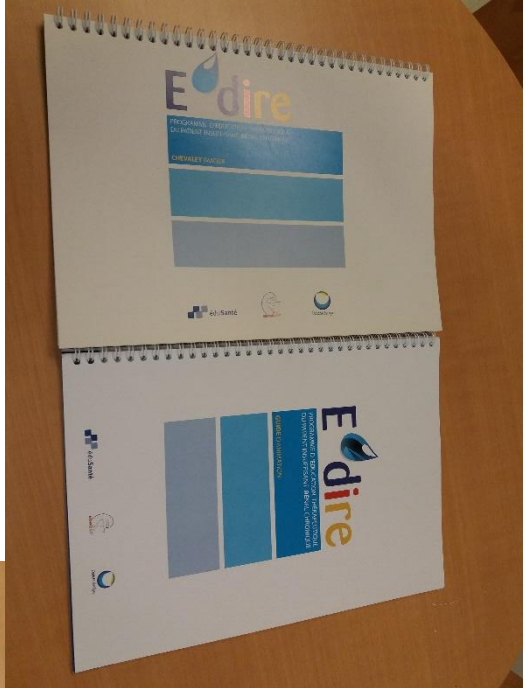
- A été construit avec les soignants et **les patients**
- Est prévu pour l'**extérieur** de l'hôpital
- Se veut **personnalisé**



- Alterne entre rencontres **individuelles** et de **groupe** (sous forme d'atelier)
- + Comprends une boîte à outils complète (valisette) créé pour le programme et qui contient tous les outils nécessaires à la préparation de chaque intervention individuelle ou de groupe.

→ **A L'hôpital Erasme**, sous l'impulsion du Pr J. Nortier (néphrologue, chef de service à l'époque) et V. Plennevaux (infirmière de coordination) ; nous avons eu la chance de bénéficier d'une **formation** au programme **E dire** par l'équipe de Nancy et par un pro de la communication de groupe de l'équipe **D'éducation** en **2012**.

Les outils E'dire mis à disposition



Le programme EDIRE mis en pratique en 2016-2017 adapté par l'hôpital Erasme et le RML-b.

Phase de sensibilisation	Exploration du rapport à la santé et à la maladie	Rencontre individuelle 1	Identification des besoins éducatifs individuels : diagnostic éducatif
		Séance collective 1	Manifestations cliniques et biologiques de mon IRC Evolution de mon IRC : les conséquences possibles Moyens d'agir sur mon IRC
Phase d'action	Acquisition de compétences	Séance collective 2	Surveillance de mon IRC Atelier pratique : surveillance clinique et biologique
		Rencontre individuelle 2	Evaluation des acquis sur les techniques de surveillance Définition du projet personnel
		Séance collective 3	Mettre en œuvre une alimentation adaptée
		Séance collective 4	Adapter mon activité physique
		Séance collective 5	Prise en charge médicamenteuse de mon IRC
		Rencontre individuelle 3	Evaluation des acquis Etat d'avancement du projet personnel
Phase de maintien	Adaptation du style de vie	Inter-session (5-6 mois)	
		Séance collective 6	Mise en place des stratégies de soutien éducatif

Avec qui?

Les promoteurs du projet pilote:

A l'hôpital Erasme:

- *Professeur J. Nortier, Néphrologue*
- *Adeline Nof et Véronique Plennevaux, Infirmières coordinatrice dans le Service Néphrologie*
- *Agnès Ntumba Mulunda , infirmière étudiante en santé publique en 2017*

Au RML-B

- *Maité Bataboudila et Gaétane Thirion, Coordinatrices de projet*

Les acteurs paramédicaux:

- *Anne Gillot, Kinésithérapeute*
- *Viridiana Grillo, Diététicienne*
- *Julie Steens, Pharmacienne*

Les patients partenaires:

- *Mme Debatty*
- *Mr Morgadhino*

NOTRE PETIT PLUS

Le recrutement, chez nous en 2016-2017?

Implémentation d'un programme d'ETP du patient IRC: Evaluation d'un projet pilote. Janvier 2018.
Agnès Ntumba Mulunda, infirmière étudiante en santé publique en 2017

216
Patients IRC stade
3b/4 venant des trajets
de soins de l'hôpital
Erasmé

136 sont suivis par un

Sexe	Moyenne d'âge	DFG (ml/min)	HTA	Diabète
55% ♂	75 ans	36% stade 3b	18% non-HTA	45% diab
45% ♀		64% stade 4	82% HTA connue	55% non diab

23 patients venus en
séances d'information

11 participants au
programme + 3
accompagnants

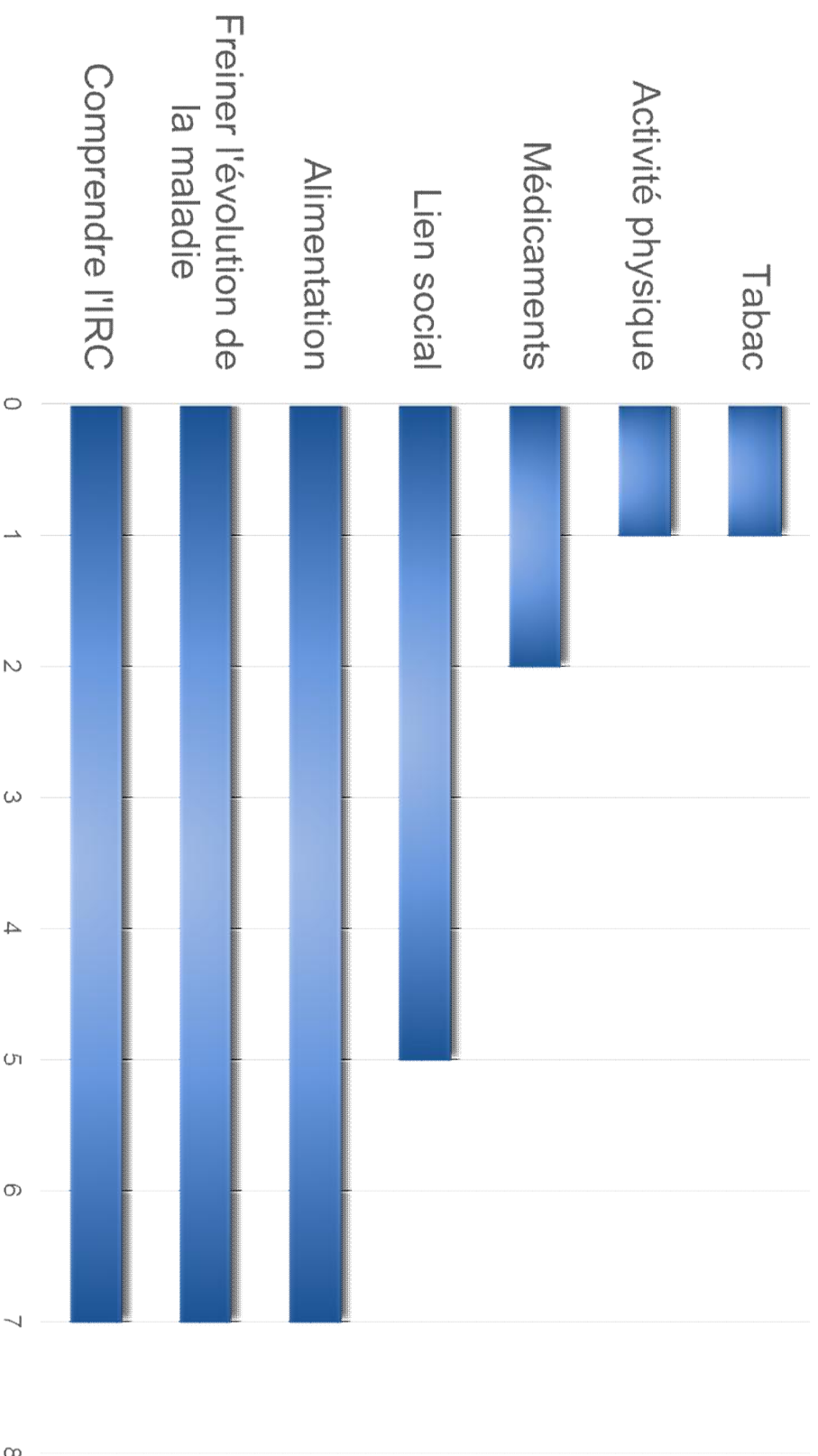
**CURO HALL - Maison de la Cohésion Sociale à
Anderlecht**

Rue Ropsy Chaudron, 7



Objectifs développés par les patients lors du 1^{er} entretien (diagnostic éducatif)

Objectifs relevés par thèmes (n=11)



Implémentation d'un programme d'ETP du patient IRC: Evaluation d'un projet pilote.
Janvier 2018. Agnès Ntumba Mulunda, infirmière étudiante en santé publique en 2017

- Connaissances parcellaires voire méconnaissance de l'IRC
- Méconnaissance du contenu du trajet de soins IRC
- Crainte de la dialyse
- Crainte du traitement médicamenteux
- Crainte des interactions médicamenteuses à chaque prescription médicale

- Cloisonnement des spécialités
- Manque de coordination entre les ≠ spécialités dans certains cas
- Difficulté de combiner les recommandations
- Recommandations variables selon les pathologies

Les remarques positives ou négatives des patients lors de l'évaluation des ateliers et du programme.

« Le médecin ne me dit pas tout, peut-être pour ne pas me stresser.

Maintenant, je lui pose plus de questions, j'ai demandé les résultats de ma prise de sang, je suis les choses plus précisément. Je suis mieux à même de suivre l'évolution. J'ai mieux pris conscience qu'il n'y a pas moyen de venir en arrière et que je sais faire des choses pour stabiliser » (C.C.)

« Maintenant, je fais attention à tout ce que je fais, l'alimentation, l'activité, ... Je comprends les analyses de sang. J'ai pris conscience de la nécessité d'un suivi médical. » (B.J.)

« Je regrette que les ateliers soient terminés. J'ai aimé la convivialité, l'atmosphère et j'ai toujours envie d'apprendre. Je me suis sentis moins seul face à ma maladie » (D.C.)

« Quand les ateliers seront finis, je serai en manque. En cas de maladie chronique, un tel programme devrait toujours exister. Les gens se sentiraient moins malades. Quand on comprend les choses, on peut amadouer la maladie, on maîtrise les choses, on n'en fait plus tout un drame » (V.F.)

« J'ai appris ce qu'était cette maladie, ce n'est plus une étrangère » (V.F.)

En bref, les gens sont contents ...

- Repartent avec + de connaissances, de convictions et de projets et quittent l'atelier + documentés et rassurés
- **100%** disent avoir **atteint les objectifs** qu'ils s'étaient fixés lors du diagnostic éducatif
- 8/11 aimeraient poursuivre les ateliers sous différentes formes :
 - Ateliers de reconditionnement physique
 - Ateliers de « rappel » plusieurs fois par an
 - Ateliers de perfectionnement (approfondir les thèmes abordés)

Diététique
rénale

Dénutrition

ETP

Patients
partenaires

- MODÈLE DE MONTRÉAL
- NOTRE EXPÉRIENCE À L'HÔPITAL ERASME



Concept du patient partenaire (modèle de Montréal adapté à l'ULB)



Patient
wat????

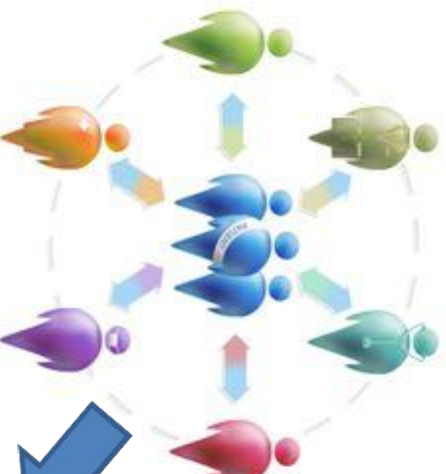


« Le modèle de partenariat patient repose sur une logique de **partage de savoirs complémentaires et de co-construction** : **les professionnels sont les experts de la maladie, les patients les experts du vivre avec la maladie.** Pour permettre de relever les défis actuels en santé (prévalence des maladies chroniques, non adhésion au traitement, parcours de soins complexes...) les patients sont **détenteurs de savoirs expérimentiels** irremplaçables qu'ils sont susceptibles de partager avec les professionnels à condition que ceux-ci adoptent des attitudes favorisant le partenariat et que le contexte organisationnel soit favorable. Cette dynamique contribue à l'amélioration de la qualité des soins et des services tant sur le plan de l'accompagnement individuel que de l'accompagnement collectif. »

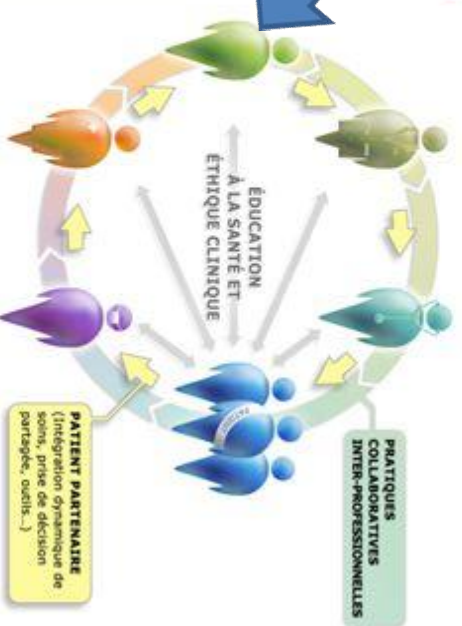
DU PATERNALISME AU PARTENARIAT DE SOINS...



Paternalisme



*Approche centrée
sur le patient*



*Partenariat
de soins*

« Le PP est donc un mode de collaboration entre un patient désireux d’être partenaire de ses soins et un professionnel de santé, **qui mettent en commun leurs savoirs respectifs**, complémentaires, de la vie avec la maladie et de la maladie. Dans le PP, au moment de poser des choix, la décision appartient au pp de ses soins. **Il partage avec le professionnel de santé ses expériences de la vie avec la maladie, ses aspirations et ses priorités pour orienter le traitement proposé par les professionnels en fonction de son projet de vie**».

Définition du PP par l’ULB

Les patients partenaires en IRC à l'hôpital Erasmé

Hôpital
Erasmé



ULB



Et si vous apprenez qu'on ne vous a pas tout dit?

Hôpital
Erasmus



Le programme EDIRE mis en pratique en 2016-2017 adapté par l'hôpital Erasme et le RML-b.

Phase de sensibilisation	Exploration du rapport à la santé et à la maladie	Rencontre individuelle 1	Identification des besoins éducatifs individuels : diagnostic éducatif
		Séance collective 1	Manifestations cliniques et biologiques de mon IRC Evolution de mon IRC : les conséquences possibles Moyens d'agir sur mon IRC
Phase d'action	Acquisition de compétences	Séance collective 2	Surveillance de mon IRC Atelier pratique : surveillance clinique et biologique
		Rencontre individuelle 2	Evaluation des acquis sur les techniques de surveillance Définition du projet personnel
		Séance collective 3	Mettre en œuvre une alimentation adaptée V. GRILLO + PP
		Séance collective 4	Adapter mon activité physique A. GILOT + PP
		Séance collective 5	Prise en charge médicamenteuse de mon IRC J. STEENS + PP
Phase de maintien	Définition et mise en place du projet personnel	Rencontre individuelle 3	Evaluation des acquis Etat d'avancement du projet personnel
		Intersession (5-6 mois)	
Adaptation du style de vie	Renforcement éducatif	Séance collective 6	Mise en place des stratégies de soutien

Création de l'atelier diététique avec Mme Debaty (notre PP)



E-dire –RML-B : atelier diététique avri-mai 2017

Le programme de l'après-midi :

- 14h-14h10** : Petite introduction de notre organisatrice en herbe « Adeline Nolf »
- 14h10 à 14h20** : Vos questions tout en couleurs ...
- 14h20-14h40** : Intervention de « Mme Debaty » (patiente IRC) qui parlera de son expérience au niveau de l'alimentation.
- 14h40-15h45** : A vous de jouer !!!
- 15h45-16h** : Clôture de l'atelier et questions.

Au terme de cet atelier, vous recevrez ...

- ✓ des documents adaptés pour les patients insuffisants rénaux pour chez vous.
- ✓ Un petit rappel en 1 page des aliments riches en potassium et en sel.
- ✓ Un résumé des réponses aux questions posées (*fin mai après le passage de tous les groupes*).

Si vous avez la moindre question, n'hésitez pas à me contacter par mail à mon privé ou à l'hôpital Erasme.

→ **Pour information :**

Je consulte le lundi matin. Pour prendre RDV à ma consultation à l'hôpital Erasme, contactez le **02/555-35-10**.

- Entrevue avec Mme Debaty quelques semaines avant l'atelier
- Création du programme ensemble
- Création du discours de présentation de Mme Debaty
- Discussion pour la création d'un document à reprendre à la maison

Qu'a-t-on fait à l'atelier?

1

Les questions des patients sur l'alimentation en IRC



2

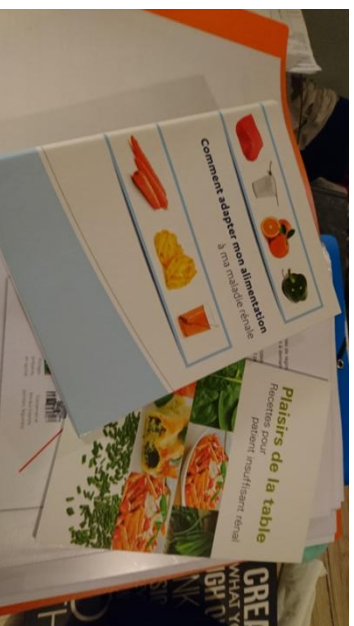
?



Take home message pour le patient

5 points importants à retenir:

- 1) Pas de régime strict sans raison!
- 2) Contrôlez les protéines!
- 3) La liste des aliments riches en sel
- 4) La liste des aliments riches en potassium
- 5) Tant que vous urinez, buvez!



4) La liste des aliments riches en potassium :

A éviter :	
	Fruits séchés: raisins, abricots, pruneaux, dattes, figues, ...
	Grains: millet, sésame, tournesol, lin, courges, ...
	Produits à base de cacao: chocolat, pâte à tartiner, pralines, biscuits au chocolat, poudre de cacao
	Les céréales complètes et féculentes: pain complet, riz complet, pâtes complètes, All Bran, Spécial K plus, Weetabix ...
	Potsages et Jus de légumes
	Jus de fruits Banane, avocat, dattes fraîches, melon
	Fruits oléagineux ou secs: amandes, pistaches, noix, noisettes, cacahuètes, pigrons de pin ...
	Légumes secs: pois chiches, haricots blancs, lentilles, pois cassés ... (rochers)
	Filter Brita
	Faux sel herbinaire, sel de substitution
	Café capsules ou solubles (Nespresso, Senseo)
	Chips, Frites

5) Tant que vous urinez, buvez ! Malgré tout si vous avez un doute, posez la question à votre néphrologue !

Aliments à éviter:

- Concombres, oignons, petites oignons...
- Citrus, bouillons
- Crustacés, mollusques, coquillages, œufs de poisson
- Certains Fromages
- Eaux « riches en sodium »
- Margarines, produits en sachet
- Conserver et bocaux (sauf poisson, légumes)

Matrices grasses à éviter :
saumon, saumon fumé, beurre de cacahuètes

Viviana Gilis – Thuis my diet – Diëticienne-Nutriëtarier – Ruis Pauze 42 – 1030 Schaerbeek
Tel : 0473854432 – Email : gilis.viviana@kuleuvenleuven.be – NVAO – S42/12359-01
Atelier diététique Edfis – Avril/Mai 2017

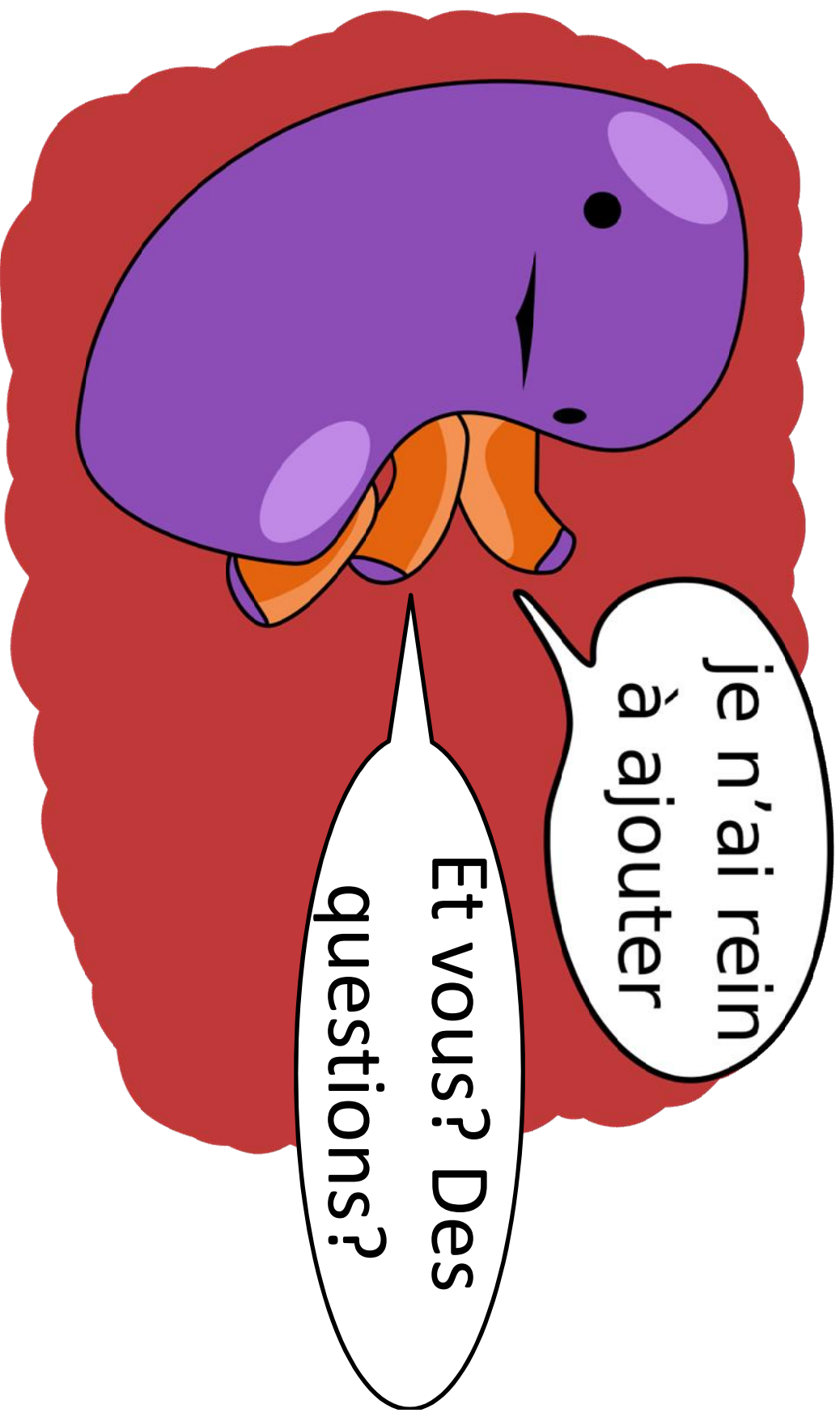
Satisfaction personnelle	Pouvoir apporter des informations concrètes complémentaires aux exposés des animatrices. Participation vécue comme une expérience positive.
Mise en confiance	Pouvoir partager son expérience sous forme d'exposé redonne confiance
Apprentissage mutuel et formation continue	Pouvoir apprendre des échanges avec les participants. Acquisition également de nouvelles connaissances en même temps que les participants.

Pour éviter la dénutrition chez un patient IRC:

- **Nous** devons connaître et comprendre les causes pour pouvoir l'aider au mieux.
- **Le patient** doit connaître et comprendre les causes et les conséquences de la dénutrition sur sa santé
- **Nous** devons adapter **avec lui** nos conseils pour qu'il puisse les appliquer dans la vie de tous les jours et faire **ses propres choix**.

→ L'écoute est la clé d'une bonne alliance avec nos patients.

Merci pour votre attention !!



Si vous êtes intéressés par la nutrition en néphrologie, n'hésitez pas à venir à l'ICRNM à Gènes en juin 2018!

