

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
People's Democratic Republic of Algeria
The Minister of Higher Education and Scientific Research
ⵜⴰⵎⴻⵔⴰⵏⵜ ⵜⴰⵎⴻⵔⴰⵏⵜ ⵜⴰⵎⴻⵔⴰⵏⵜ ⵜⴰⵎⴻⵔⴰⵏⵜ ⵜⴰⵎⴻⵔⴰⵏⵜ

ABOU BEKR BELKAID UNIVERSITY
TLEMCEM
FACULTY OF MEDICINE- Dr. B. BENZERDJEB
PHARMACY DEPARTMENT



جامعة أبو بكر بلقايد - تلمسان
كلية الطب - د. ب. بن زرجب
قسم الصيدلة

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES POUR
L'OBTENTION DU DIPLOME DE DOCTEUR EN PHARMACIE

THEME :

**Elaboration d'un programme d'éducation thérapeutique des insuffisants
rénaux chroniques avant dialyse**

Présenté par :

BENHEDDER DJIHANE

BEY MAROUA

Soutenu le :

28 juin 2022

Jury

Président :

Dr Tagmi Mounia

Département de médecine

Membres :

Dr Youcef Amina

Département de pharmacie

Dr Boukli Hacene Nassim

Département de pharmacie

Encadrant :

Pr Benmensour Mustapha

Département de médecine

Année universitaire : 2021-2022

Remerciements

((اللهم لك الحمد كما ينبغي لجلال وجهك و عظيم سلطانك))

A NOTRE ENCADRANT : PROFESSEUR BENMANSOUR MUSTAPHA

Les mots ne suffisent certainement pas pour exprimer le grand honneur et l'immense plaisir que nous avons eu à travailler sous votre direction

Votre soutien, votre attention et votre accompagnement nous ont été précieux et ont contribué à la réalisation de ce travail.

Veuillez accepter, professeur, notre estime et notre sincère gratitude.

A NOTRE PRESIDENTE DU JURY : Dr TAGMI MOUNIA

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider notre jury de projet de fin d'études.

AUX MEMBRES DU JURY :

Dr. YUCEF AMINA

Dr. BOUKLI HACENE NASSIM

*Nous tenons à vous exprimer nos sincères remerciements et notre profond respect.
Aussi nous voulons remercier tous les professeurs qui nous ont enseigné durant notre cursus.*

A L'EQUIPE DU SERVICE DE NEPHROLOGIE (CHU TLEMCEM)

Nous tenons à remercier tous les membres qui travaillent au service de néphrologie pour nous avoir très bien accueilli au sein du service, et de nous avoir aidé, spécialement (Dr. Malti ; Dr. Grari ; Dr. Belkacem)

Merci à votre disponibilité, merci à votre gentillesse.

Merci à toutes les personnes qui nous ont aidé de près ou de loin.

Nous prions dieu de soulager et de guérir tous les patients et les malades.

Dédicaces

A NOTRE CHERS PARENTS :

Tous les mots du monde ne seraient exprimer l'immense amour que nous vous portons, ni la profonde gratitude que nous vous témoignons pour tous les efforts et les sacrifices que vous n'avez jamais cessés de consentir pour notre instruction et notre bien-être.

Voici le jour que vous avez attendu.

Que ce travail soit le témoin de votre réussite.

A NOS FRERES ET NOS SŒURS :

Nous sommes les plus heureuses d'avoir vous à notre côté, vous êtes toujours là pour nous.

Nous vous aimons très fort.

A TOUTE LA FAMILLE :

Pour votre soutien, votre compréhension et vos encouragements.

A NOS AMIS ET COLLEGUES :

Nous espérons rester unis et fidèles, les uns aux autres, nous vous aimons et vous souhaitons tout le bonheur et toute la réussite.

Liste des tableaux

Tableau 01 : Les cinq stades de maladie rénale chronique selon la classification américaine de la National Kidney Foundation

Tableau 02 : traitements médicamenteux de certaines complications de l'IRC

Tableau 03 : compétence du patient atteint d'asthme bronchique

Tableau 04 : Les différents aspects du patient abordés lors du diagnostic éducatif

Tableau 05 : caractéristiques générales du diagnostic éducatif

Tableau 06 : évaluation des connaissances des patients

Liste des figures

Figure 01 : coupe d'un rein

Figure 02 : Comment l'éducation thérapeutique du patient met la confiance au cœur de la relation thérapeutique et permet une élaboration partagée du parcours de soin

Figure 03 : diaporamas explicatifs

Figure 04 : photos captées de la vidéo du régime présenté aux patients

Figure 05 : exemple de régime alimentaire donné aux patients

Figure 06 : photos explicatives des apports alimentaires

Figure 07 : le logiciel SPSS

Figure 08 : Répartition des patients selon leur âge

Figure 09 : Répartition des patients selon le sexe

Figure 10 : Répartition des patients selon l'adresse

Figure 11 : Répartition des patients selon la profession

Figure 12 : Répartition des patients selon le niveau d'instruction

Figure 13 : Répartition selon les pathologies associées

Figure 14 : Répartition des patients selon le niveau socio-économique

Figure 15 : Répartition des patients selon les addictions

Figure 16 : Répartition des patients selon la situation familiale

Figure 17 : Répartition des patients selon l'assurance maladie

Figure 18 : Répartition des patients selon les connaissances sur la maladie

Figure 19 : Répartition des patients selon le niveau d'information sur le régime

Figure 20 : Répartition des patients selon la participation individuelle ou avec un accompagnant aux entretiens

Figure 21 : Répartition des patients selon la satisfaction de la durée des entretiens

Figure 22 : Répartition des patients selon la satisfaction des techniques de communication utilisées

Figure 23 : Répartition des patients selon la satisfaction du niveau de pertinence des informations apportées

Figure 24 : Répartition des patients selon la satisfaction des réponses proposées

Figure 25 : Répartition des patients selon le niveau de satisfaction de la compréhension des différents aspects de la maladie

Figure 26 : Répartition des patients selon la satisfaction des moyens matériels de démonstration utilisés

Figure 27 : Répartition des patients selon la satisfaction des documents utilisés

Figure 28 : Répartition des patients selon la proposition des thèmes complémentaires

Liste des abréviations :

- ATP** : Adénosine mono-phosphate
- CFU-E**: Colony Forming Unit-Erythroid
- DPA** : Dialyse péritonéale automatisée
- DPCA** : Dialyse péritonéale continue ambulatoire
- DFG** : Débit de filtration glomérulaire
- EPO** : Erythropoïétine
- EER** : Epuration extrarénale
- ETP** : Education thérapeutique du patient
- HAS** : Haute Autorité de Santé
- HPST** : Hôpital, patients, santé et territoires
- HIF-1** : Hypoxia-inducible factor-1
- H** : Hydrogène
- HCO₃** : Bicarbonate, ou hydrogénocarbonate
- HTA** : Hypertension artérielle
- IRCT** : Insuffisance rénale chronique terminale
- IRC** : Insuffisance rénale chronique
- MDRD**: Modification of the Diet in Renal Disease
- MRC** : Maladie rénale chronique
- Na** : Sodium
- NFK** : National Kidney Foundation
- OMS** : Organisation mondiale de santé
- PTH** : Parathormone
- PaO₂** : Pression partielle d'oxygène
- SRAA** : Système rénine angiotensine aldostérone

Table des matières :

Remerciements

Dédicaces

Liste des tableaux

Liste des figures

Liste des abréviations

Introduction :.....1

Problématique :1

chapitre 1 : synthèse bibliographique

1 ELEMENTS GENERAUX DE PHYSIOLOGIE RENALE :.....3

1.1 Situation anatomique :3

1.2 Les principales fonctions du rein :4

1.2.1 Elaboration de l'urine :.....4

1.2.1.1 La filtration glomérulaire :.....4

1.2.1.2 La réabsorption tubulaire :.....4

1.2.1.3 La sécrétion tubulaire.....5

1.2.2 Les fonctions endocrines du rein :5

1.2.2.1 Système rénine angiotensine aldostérone :.....5

1.2.2.2 Erythropoïèse :6

1.2.2.3 Le métabolisme de la vitamine D :.....6

2 INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE :.....7

2.1 Définition de l'insuffisance rénale chronique :7

2.2 Mesure de la clairance rénale :7

2.3 Estimation du débit de filtration glomérulaire :.....8

2.4 Physiopathologie :9

2.5 Stadification de l'insuffisance rénale chronique :10

2.6 Conséquences cliniques de l'insuffisance rénale chronique :10

3	INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE TERMINALE :	11
3.1	Définition de l'insuffisance rénale chronique terminale :	11
3.2	Les traitements de suppléance de l'IRT :	11
3.2.1	La dialyse :(11)	12
3.2.2	Transplantation rénale :	13
3.2.3	Traitements médicamenteux :	13
4	EDUCATION THERAPEUTIQUE :	14
4.1	Définition de l'éducation thérapeutique :	14
4.2	Historique :	14
4.3	Objectifs de l'éducation thérapeutique :	15
4.4	Structure de l'éducation thérapeutique :	17
4.5	Etapas de l'éducation thérapeutique :	18
4.5.1	Diagnostic éducatif :	18
4.5.2	Définir un programme personnalisé :	21
4.5.3	Planifier et mettre en place les séances collectives ou individuelles ou en alternance :	22
4.5.4	Réaliser une évaluation des compétences acquises, du déroulement du programme :	22
5	EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT IRC :	24
5.1	Informations et objectifs pédagogiques des patients IRC :	24
5.1.1	Informations sur le traitement :	24
5.1.2	Informations sur l'alimentation :	24
5.1.3	Adaptation du mode de vie et habitudes quotidiennes :	25
5.2	Exemples de difficulté de l'éducation thérapeutique :	26
5.2.1	Satisfaction du patient :	26
5.2.2	Difficultés d'adhésion des patients	26
5.3	Peut-on proposer l'éducation thérapeutique pour l'IRCT ?	27
chapitre 2 : materiel et méthodes		
Objectif du travail :		28

Type, lieu et durée :	28
Population :	28
Critères d'inclusion :	28
Critères d'exclusion :	Error! Bookmark not defined.
Recueil de données :	29
Construction des entretiens :	29
Déroulement des entretiens :	29
Séance 01 : Développer, renforcer mes connaissances sur l'IRC et accepter à vivre avec ma maladie	30
- premier contact avec le patient (nom, prénom, Age, sexe, profession, adresse, profil socioéconomique, les connaissances actuelles sur la maladie)	30
- savoir les habitudes quotidiennes des patients (sport, tabac, alcool, maîtrise de l'outil informatique)	30
Séance 02 : l'eau et le sel	30
Séance 03 : L'alimentation « le régime alimentaire » et médicament	31
Matériel de démonstration :	33
chapitre 3 : Résultats	
CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES :	39
EVALUATION DES PATIENTS A L'ENQUETE DE SATISFACTION :	45
chapitre 4 : discussion	
Discussion :	52
Limites du travail :	53
Conclusion :	54
Références :	55
Annexes :	57

Introduction :

La plupart des néphropathies se caractérisent par une évolution progressive qui peut aboutir à l'insuffisance rénale chronique terminale. En plus du traitement spécifique, il est possible de retarder la progression de l'Insuffisance Rénale Chronique terminale (IRCT) par des différentes approches thérapeutiques qui se rattachent au concept de néphroprotection comprenant des règles hygiéno-diététiques et une prise en charge médicamenteuse, pour réduire significativement l'évolution de la maladie et d'améliorer le pronostic vital des malades.

Notre travail va s'articuler dans une première partie sur une démarche d'éducation thérapeutique des patients qui ont une insuffisance rénale chronique au stade terminale avant la dialyse pour leur permettre de mieux comprendre leur maladie et maintenir ses compétences dont ils ont besoin pour éviter les complications et gérer mieux leur vie avec la maladie rénale chronique (MRC), et en deuxième partie sur l'évaluation des entretiens par les patients sur les informations données.

Problématique :

Est-ce que la mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique ainsi que l'élaboration d'outils de communication sur la maladie, le régime alimentaire et le traitement pour les patients concernés, peuvent-elles être bénéfiques dans le cas d'une maladie rénale chronique terminale ?

CHAPITRE

1

SYNTHESE BIBLIOGRAPHIQUE

1 ELEMENTS GENERAUX DE PHYSIOLOGIE RENALE :

1.1 Situation anatomique :

Les reins ont une situation abdominale, sous- diaphragmatique, au niveau des fosses lombaires, dans le rétro péritoine, ont une forme de haricot ; il existe un rein droit et un rein gauche, tous les deux vascularisés par une artère rénale principale. (1)

Chaque rein est surmonté d'une glande surrénale présentant une activité endocrine fondamentale permettant notamment la synthèse d'adrénaline ou d'aldostérone.

Le bord interne situé face à la colonne vertébrale présente une cavité appelée sinus rénal dans laquelle passent les vaisseaux sanguins, les nerfs et l'urtère. Ces différents éléments sortent du rein par le hile rénal. (2)

La coupe frontale d'un rein permet de distinguer, sous une capsule fibreuse lisse, le parenchyme rénal, composé d'une partie corticale externe et d'une partie médullaire interne (figure 1). (3)

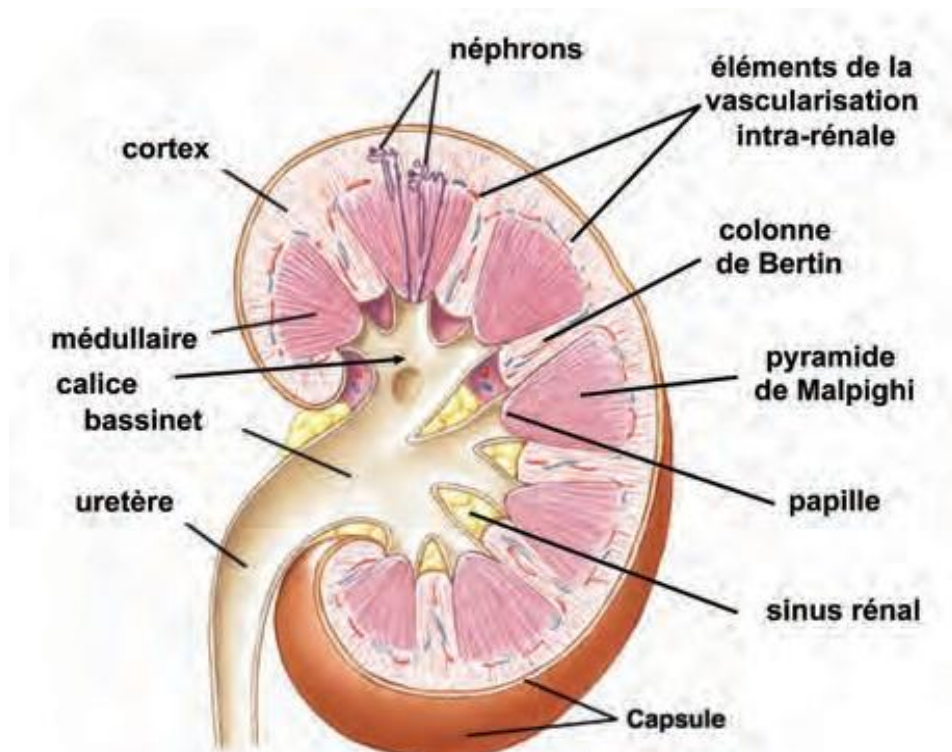


Figure 01 : coupe d'un rein (3)

Le rein se divise en deux :

Le cortex rénal, partie la plus superficielle sous la capsule fibreuse qui l'entoure, contient principalement les glomérules et les tubes contournés proximaux et distaux ;

La médulla correspond à la zone située plus en profondeur qui rassemble en grande majorité les anses ascendantes et descendantes de Henlé ainsi que les tubes collecteurs. (2)

L'ensemble des tubes collecteurs se réunissent au niveau du bassinet pour former l'uretère. Trois éléments sont présents au niveau de la membrane glomérulaire et sont garants de la filtration glomérulaire : les cellules endothéliales vasculaires, la membrane basale et les podocytes. Ces derniers, cellules épithéliales spécialisées, émettent des prolongements appelés pédicelles limitant le passage des grosses molécules dans l'urine

L'élaboration de l'urine résulte du travail effectué par les néphrons ou unités fonctionnelles qui sont au nombre de 1 à 1,5 million dans chaque rein et ne sont pas strictement identiques (hétérogénéité néphrotique).

1.2 Les principales fonctions du rein :

1.2.1 Elaboration de l'urine :

Chaque néphron participe à l'élaboration de l'urine qui met en jeu 3 processus différents : La filtration glomérulaire, la réabsorption tubulaire et la sécrétion tubulaire.

1.2.1.1 La filtration glomérulaire :

Le glomérule est un filtre entre le sang et les tubules. Il est organisé autour des boucles capillaires et délimité par la capsule de Bowman (1) Il a comme fonction de filtrer le sang et de produire l'urine primitive.

Les molécules sont filtrées selon leur poids moléculaire et leur charge électrique. Ainsi, les électrolytes seront librement filtrés du fait de leur taille. L'albumine n'est pas filtrée car son poids moléculaire est de 69000 kDa et sa charge électrique est négative. Les médicaments liés à l'albumine ne seront pas filtrés, contrairement aux autres qui circulent librement. Certains médicaments seront éliminés par sécrétion essentiellement au niveau du tube contourné.

1.2.1.2 La réabsorption tubulaire :

La réabsorption tubulaire fait suite à la filtration glomérulaire. Elle aboutit à la recapture par le sang, de différentes substances qui ne doivent pas être éliminées, d'où le terme de réabsorption. Elle s'effectue donc de l'urine vers le sang.

Les mécanismes de transport de ces substances peuvent être passif, par simple diffusion ou actif, sous la dépendance de réactions enzymatiques.

La réabsorption tubulaire active

Par le phénomène de réabsorption tubulaire active, le rein récupère des éléments allant contre les gradients électriques et chimiques.

Cette réabsorption concerne le glucose, les ions, les acides aminés, les vitamines et l'acide lactique et nécessite l'utilisation d'énergie (ATP) et de transporteurs spécifiques.

La réabsorption tubulaire passive

Cette réabsorption concerne l'eau, du fait de la réabsorption active des substances, comme les ions Na^+ par gradient.

1.2.1.3 La sécrétion tubulaire

La sécrétion tubulaire aboutit à l'élimination du sang d'éléments non filtrés au niveau du glomérule. Elle s'effectue en sens inverse du sang vers l'urine, par un mécanisme de transport actif. La sécrétion tubulaire dépend surtout des ions H^+ et HCO_3^- qui auront un rôle majeur dans l'équilibre acido-basique.

1.2.2 Les fonctions endocrines du rein :

Le rein joue un certain nombre de fonctions endocrines. Il s'agit de :

- Son rôle dans le SRAA (système rénine angiotensine aldostérone)
- La synthèse d'EPO (érythropoïétine)
- Son rôle dans le métabolisme de la vitamine

1.2.2.1 Système rénine angiotensine aldostérone :

Le rein est le seul organe capable de libérer dans la circulation sanguine de la rénine active. Elle est libérée avec son précurseur, la prorénine, à partir des cellules juxta-glomérulaires localisées dans les artérioles afférentes glomérulaires. D'autres tissus peuvent sécréter de la prorénine dans la circulation. L'activité rénine détermine le taux de formation de l'angiotensine I dans le plasma et des variations minimales de l'activité rénine peuvent conduire à de grandes variations d'angiotensine I et II circulantes. (3)

L'angiotensine II permet une augmentation de la pression artérielle via trois mécanismes constituant le SRAA (système rénine angiotensine aldostérone)

- Action directe favorisant la réabsorption de Na^+ et de H_2O ,
- Vasoconstriction des vaisseaux périphériques : élévation de la pression artérielle,

- Hausse de la sécrétion d'aldostérone : élévation du volume plasmatique et de la pression artérielle (par la réabsorption de Na⁺ suivie d'eau)

1.2.2.2 Erythropoïèse :

Parmi les fonctions endocrines du rein, il y a également la sécrétion d'érythropoïétine (EPO). Il s'agit d'une glycoprotéine stimulant l'érythropoïèse en initiant la différenciation et la prolifération des précurseurs érythrocytaires (CFU-E) en érythrocytes. Elle est synthétisée à 90 % par le rein et 10 % par le foie. Au niveau rénal, elle est sécrétée par les fibroblastes du cortex et de la médullaire externe. L'hypoxie active un récepteur sensible à la PaO₂ et induit au niveau cellulaire la production d'un facteur de transcription spécifique : hypoxia-inducible factor-1 (HIF-1). Celui-ci va ensuite augmenter la synthèse d'EPO.(1)

1.2.2.3 Le métabolisme de la vitamine D :

Le rein assure la formation de la 1,25-dihydroxycholecalciferol. Au niveau des cellules tubulaires proximales, En effet dans les cellules du tubule contourné proximal, le 25-dihydroxycholécalférol qui est le métabolite mono-hydroxylé d'origine hépatique des calciférols, subit une deuxième hydroxylation pour donner soit le 1,25(OH)₂-cholécalférol, soit le 24,25(OH)₂-cholécalférol, en fonction des besoins de l'organisme.(3)

Les deux enzymes sont localisées dans la membrane interne des mitochondries des cellules du tubule contourné proximal. Elles font toutes deux intervenir le cytochrome P450 CYP27B1. La 1 α -hydroxylase n'existe que dans le rein, en dehors du placenta.

En revanche, la 24-hydroxylase existe dans de nombreux tissus, l'intestin, l'os, la peau, les fibroblastes et les lymphocytes. L'activité de cette enzyme est augmentée par la parathormone (PTH). La carence en vitamine D favorise une hyperparathyroïdie secondaire.

2 INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE :

2.1 Définition de l'insuffisance rénale chronique :

L'insuffisance rénale chronique (IRC) correspond à la perte progressive et irréversible des fonctions des reins. Les reins ne peuvent plus assurer leurs fonctions, ils sont incapables d'accomplir la fonction excrétrice (éliminer les déchets) ainsi la fonction endocrine. Elle résulte de la réduction du parenchyme rénal fonctionnel. Son diagnostic repose sur la diminution du débit de filtration glomérulaire (DFG), qui se traduit par une augmentation progressive des concentrations plasmatiques de la créatinine.(4)

2.2 Mesure de la clairance rénale :

Le débit de filtration glomérulaire peut être mesuré par la clairance urinaire. Néanmoins en pratique clinique, c'est la mesure de la créatinine plasmatique et l'estimation du débit de filtration glomérulaire (DFGe) par différentes formules qui restent les outils quotidiens. Les limites de l'utilisation de la créatininémie en néphrologie clinique ont été abondamment détaillées dans la littérature. Rappelons que la technique de dosage n'est pas encore standardisée selon des normes internationales, conduisant à des variations parfois conséquentes (10 à 15 %) pour un même échantillon.

La clairance urinaire de la créatinine a été progressivement abandonnée de la pratique quotidienne en raison des difficultés qu'elle comportait quant au recueil d'urines des 24h et surtout de la surestimation permanente du DFG en cas d'insuffisance rénale du fait de l'augmentation progressive de la sécrétion tubulaire de la créatinine. (5)

La capacité de filtration rénale évalue son aptitude à éliminer le taux sanguin de la créatinine. La créatinine sérique a été longtemps la référence pour évaluer la fonction rénale. Il s'agit d'une petite molécule issue du catabolisme musculaire qui circule librement dans le sérum et qui est librement filtrée par le glomérule, non réabsorbée et peu sécrétée par les reins qui l'éliminent en totalité. La quantité épurée est alors la même que la quantité filtrée et que la quantité excrétée. Cela en fait à première vue une substance intéressante pour évaluer le DFG.(6)

$$\text{ClCr} = \text{coef} * (140 - \text{age}) * \text{poids} / \text{créatinémie}$$

Avec une créatinine en micromole par litre,

Coefficient= 1,23 pour un homme et de 1,04 pour une femme

La valeur normale de la clairance de la créatinine est de 120 ml/min \pm 20, ce qui veut dire qu'un rein normal est capable d'épurer 120 ml de plasma en 1 minute.

La créatinémie et la clairance varient en sens inverse : lorsque la clairance de la créatinine diminue, la créatinémie augmente. Ainsi, une réduction de moitié de la clairance de la créatinine entraîne un doublement de la créatinémie.

La clairance de la créatinine est diminuée en cas d'IR et, selon sa valeur, on détermine le stade de l'IRC. Elle correspond DFG.

2.3 Estimation du débit de filtration glomérulaire :

Le DFG correspond au volume de sang débarrassé des déchets azotés (urée, créatinine, acide urique) par les reins chaque minute. Le DFG normal est de 120 mL/min par 1,73 m². Ce chiffre varie avec l'âge, le sexe et la surface corporelle.(7)

Il est recommandé, en pratique clinique courante, d'utiliser la formule de Cockcroft et Gault pour estimer le DFG chez tous les patients.

- **La formule de Cockcroft et Gault :**

- Avec la créatininémie exprimée en mg/l :

Chez l'homme : $DFG \text{ (ml/min)} = [(140 - \text{âge}) \times \text{poids} / 7,2 \times \text{créatininémie en mg/l}]$

Chez la femme : $DFG \text{ (ml/min)} = [(140 - \text{âge}) \times \text{poids} / 7,2 \times \text{créatininémie en mg/l}]$

$\times 0,85$

- Avec la créatininémie exprimée en $\mu\text{mol/l}$:

$DFG \text{ (ml/min)} = [(140 - \text{âge}) \times \text{poids} / \text{créatininémie en } \mu\text{mol/l}] \times k.$

Avec $k = 1,23$ pour les hommes, $1,04$ pour les femmes, poids en kg, âge en années

Les autres formules d'estimation de DFG :

- **La formule de MDRD :**

$$DFG = A \times (\text{Créa} \times 0,0113)^{-1,154} \times \text{âge}^{-0,203} \times 1,212(\text{si afro-américain}) \times 0,742(\text{si femme})$$

$$A = 175 \text{ si dosage standardisé}$$

$$A = 186 \text{ si dosage non standardisé (8)}$$

- **La formule CKD-EPI :**

$$DFG = 141 \times \min(\text{Créa} \times 0,0113/k)^\alpha \times \max(\text{Créa} \times 0,0113/k)^{-1,209} \times 0,993^{\text{âge}}$$

$$\times 1,159(\text{si afro-américain}) \times 1,018(\text{si femme}).$$

$$K = 0,7 \text{ si femme ; } 0,9 \text{ si homme}$$

$$\alpha = -0,329 \text{ si femme ; } -0,411 \text{ si homme}$$

2.4 Physiopathologie :

Les reins normaux assurent trois groupes de fonction :

Une fonction d'élimination des déchets et d'excrétion des produits de dégradation du métabolisme cellulaire et des substances étrangères; une fonction de maintien de la composition du milieu intérieur, donc de maintien de l'homéostasie de l'eau et des électrolytes; une fonction endocrine avec les synthèses de la rénine, de l'érythropoïétine et du calcitriol.(3)

Sur le plan histopathologie. L'IRC se caractérise par la destruction progressive des glomérules puis leur disparition et par une fibrose interstitielle qui peut conduire, par perte de l'architecture du rein, à son atrophie. C'est la conséquence de lésion du parenchyme rénal en relation avec une MRC causale.

Cela se traduit par une diminution permanente du DFG lié à une diminution du nombre de néphrons fonctionnels. Cette diminution fait que la pression dans les capillaires glomérulaires augmente : c'est l'augmentation de la pression capillaire. De plus, le pouvoir de filtration de chaque néphron s'accroît (hyper filtration) pour compenser la perte des autres néphrons conduisant à une surcharge de travail qui va favoriser une glomerulosclérose et d'une fibrose interstitielle ; ces derniers peuvent donner une protéinurie et une inflammation contribuant à la destruction fibreuse et l'aggravation de l'insuffisance rénale par réduction du nombre de néphrons.

Puis l'altération de la filtration des reins, provoque l'accumulation de toxiques, de déchets métaboliques ou encore de sels. Cette accumulation de sel, en plus de la sécrétion d'hormones hypertensives par le rein, engendre une HTA, qui va elle-même provoquer

des lésions rénales.

2.5 Stadification de l'insuffisance rénale chronique :

Selon la classification de National Kidney Foundation (NFK), en 1999, la MRC se classe selon le niveau de DFG en cinq stades de sévérité.

Tableau 1 : Les cinq stades de maladie rénale chronique selon la classification américaine de la National Kidney Foundation.(9)

Stade	DFG (ML/MI N/1 ,73 M ²)	Description
1	> 90	Maladie rénale chronique avec DFG normal ou élevé
2	60 ≤ DFG < 89	Maladie rénale chronique avec diminution minime du DFG
3	30 ≤ DFG < 59	Diminution modérée du DFG
4	15 ≤ DFG < 29	Diminution sévère du DFG
5	DFG < 15	Insuffisance rénale chronique terminale

La maladie rénale chronique est définie par une diminution du DFG inférieure à 60 mL/min par 1,73 m² avec ou sans marqueurs d'atteinte rénale qui correspondent à la protéinurie, l'hématurie, la leucocyturie, les anomalies morphologiques (recherchées par une échographie rénale) ou histologiques ou bien les marqueurs d'un dysfonctionnement tubulaire qui persiste plus que trois mois.(9)

2.6 Conséquences cliniques de l'insuffisance rénale chronique :

L'IRC s'aggrave de façon progressive et inéluctable, sur plusieurs années, avec de nombreuses complications. A un stade avancé, l'IRC nécessite une prise en charge spécifique et devient la cause d'hospitalisation fréquente dans les services de néphrologie.

Les complications de l'IRC sont : cardiovasculaires, l'acidose métabolique, des conséquences métaboliques, endocriniennes et nutritionnelles, l'anémie, des troubles hydro électrolytiques, digestives et neurologiques (observées lors de l'IRCT) et des troubles du métabolisme phosphocalciques et osseux.

3 INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE TERMINALE :

L'insuffisance rénale chronique (IRC) aboutissant à l'insuffisance rénale terminale (IRCT). Cette dernière est un problème de santé publique majeur. En Algérie, le traitement de l'insuffisance rénale chronique terminale a démarré en 1973 à Alger par l'hémodialyse chronique, en 1980 par la dialyse péritonéale continue ambulatoire et en 1986 par la greffe rénale. L'incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale reste méconnue en Algérie en raison de l'absence d'études épidémiologiques concernant cette pathologie et l'inexistence d'un registre national des insuffisants rénaux.

Néanmoins, elle est estimée à 3500 nouveaux cas par an, soit un taux d'incidence de 100 nouveaux cas. (10)

3.1 Définition de l'insuffisance rénale chronique terminale :

L'insuffisance chronique terminale a un retentissement sévère sur la vie des patients : limitations d'activités, restrictions de participation sociale avec recours pluri hebdomadaires au système de soins. Elle représente également un poids important pour la société du fait du coût important de ces traitements et du nombre croissant de patients atteints.

Un grand nombre de maladies peut être à l'origine d'une IRC et le rythme de progression de ces maladies vers l'IRCT est très variable en fonction de la maladie. Les unes affectent primitivement les reins, les autres peuvent conduire à une atteinte rénale comme le diabète, l'hypertension artérielle ou les maladies systémiques.

Arrivant au stade cinq 5 est une insuffisance rénale terminale, le DFG diminue de façon irréversible, la capacité rénale n'est qu'à 15% de la normale ou moins (DFG inférieure à 15 ml/min/1,73 m²). Dans ce stade il y a un taux de mortalité et morbidité très élevés.

Le rein ne peut plus assurer les fonctions vitales susmentionnées et le patient a besoin d'une suppléance rénale pour sa survie. A ce stade, les complications hématologiques, cardiovasculaires, digestives et osseuses se présentent.

3.2 Les traitements de suppléance de l'IRT :

Les différentes alternatives de traitement de l'insuffisance rénale terminale (IRCT) sont les médicaments, la transplantation rénale et la dialyse.

Le traitement de l'insuffisance rénale chronique a donc pour objectif :

- de ralentir sa progression ;
- de dépister et traiter les complications spécifiques ;
- de prendre en charge l'ensemble des facteurs de risque et les atteintes cardiovasculaires ;

- de préparer l'avenir (transplantation/dialyse).

3.2.1 La dialyse :(11)

Le terme « dialyse » englobe l'ensemble des méthodes d'épuration extrarénale (EER) qui font appel à une circulation extracorporelle et qui sont capables de débarrasser le sang de l'insuffisant rénal chronique des toxines urémiques et de corriger les désordres hydroélectrolytiques, phosphocalciques et acidobasiques résultant de la défaillance des fonctions excrétrices rénales. De nombreuses méthodes d'EER ont été développées pour répondre aux besoins spécifiques de chaque patient. De façon schématique, elles peuvent être classées en deux catégories :

- Les méthodes extracorporelles, représentées par l'hémodialyse ;
- les méthodes intracorporelles, représentées par la dialyse péritonéale.(11)

L'hémodialyse :

Elle permet d'éliminer les déchets toxiques du sang du patient via une membrane artificielle (filtre), de contrôler l'hypertension artérielle et de rétablir l'équilibre hydro électrolytique.

La dialyse n'assure qu'incomplètement et par intermittence la correction de la fonction rénale. La séance de dialyse est assurée par un appareil de dialyse Le moniteur- générateur d'hémodialyse assure en fait des fonctions multiples (11)

Inconvénients de l'hémodialyse :

- L'existence d'une diurèse faible, voire nulle, le défaut d'élimination de l'eau libre, ont tendance à entraîner une hémodilution et une hyponatrémie.
- Concernant le bilan sodé, un élargissement des apports sodés à 6 g/j en moyenne est réalisé lors de la mise en hémodialyse des patients initialement avec régime pauvre en sel dans le but de permettre une meilleure alimentation.
- La surcharge hydro-sodée est appréciée par la clinique (prise de poids, hypertension artérielle, œdème pulmonaire se traduisant par une dyspnée et une toux).(4)

Dialyse péritonéale :

La dialyse péritonéale consiste à remplir la cavité péritonéale virtuelle par le liquide de dialyse et à utiliser la membrane péritonéale, particulièrement riche en vaisseaux sanguins, comme dialyseur, entre le sang à épurer et le dialysat présent dans la cavité abdominale. Le dialysat est injecté au moyen d'un cathéter qui a préalablement été inséré dans la paroi abdominale, sous anesthésie locale ou générale. Le dialysat doit être renouvelé plusieurs fois par 24 heures. Plusieurs modalités techniques peuvent être proposées avec la dialyse

péritonéale continue ambulatoire (DPCA), qui a pour principe de compenser la faible capacité d'épuration du péritoine par l'irrigation quasi continue de la cavité péritonéale et la dialyse péritonéale intermittente ou automatisée (DPA). (4)

3.2.2 Transplantation rénale :

La thérapie optimale et bénéfique pour les patients atteints d'une IRT est la greffe à partir d'un donneur vivant (parent ou proche) ou décédé compatible. La transplantation des patients s'appuie sur les critères cliniques tels que les comorbidités sous-jacentes, la compatibilité (groupe sanguin, typage HLA), l'âge, etc... Bien que les critères varient d'un pays à l'autre.(12)

La greffe est envisageable au stade 5 de la MRC. Lorsque la transplantation rénale est possible, elle correspond à la meilleure méthode de suppléance car elle permet une amélioration de la qualité et de l'espérance de vie, une baisse des morbidités cardiovasculaires. (4)

3.2.3 Traitements médicamenteux :

Afin d'éviter la progression des complications résultant de l'IRC, on utilise des médicaments cités dans le tableau suivant :

Tableau 2 : traitements médicamenteux de certaines complications de l'IRC

Objectifs	Cible thérapeutique	Diététique	Pharmacologie
Anémie EPO	Hb 10–12 g/dL		supplémentation en fer
Kaliémie	< 5,5 mmol/L	Régime	Résine Kayexalate
Calcémie	Normale	Régime	Si bas : calcium, vitamine D
Phosphorémie	Normale	Régime	Si trop élevé : chélateurs
25 OH vitamine D	40–90 mg/L	Poisson	Cholécalciférol, ergocalciférol

4 EDUCATION THERAPEUTIQUE :

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit les maladies chroniques comme « un problème de santé nécessitant des soins à long terme » et fait de l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes une priorité. Elles retentissent sur la vie quotidienne des personnes qui en sont atteintes (besoin des soins, limitations fonctionnelles, dépendance...) et notamment dans les dimensions sociale, psychologique et économique de la vie.(13)

4.1 Définition de l'éducation thérapeutique :

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est définie de la façon suivante : « L'éducation thérapeutique du patient devrait permettre aux patients d'acquérir et de conserver les capacités et les compétences qui les aident à vivre de manière optimale leur vie avec leur maladie. Il s'agit, par conséquent, d'un processus permanent, intégré dans les soins et centré sur le patient. L'éducation implique des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage de l'autogestion et de soutien psychologique concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, le cadre hospitalier et de soins, les informations organisationnelles et les comportements de santé et de maladie. Elle vise à aider les patients et leur famille à comprendre la maladie et le traitement, à coopérer avec les soignants, à vivre plus sainement et maintenir ou améliorer leur qualité de vie ».(14)

4.2 Historique :

Les premières expériences d'éducation thérapeutique des patients (ETP) relatées dans la littérature, sont celles de Léona Miller qui, s'adressant à des jeunes diabétiques de milieux socialement défavorisés, montre du même coup, que l'ETP permet au traitement insulinique de donner sa pleine efficacité, et que des populations économiquement et culturellement défavorisées peuvent apprendre à se traiter.

En Europe, dès 1975, le Professeur Jean-Philippe Assal, persuadé que la collaboration éclairée des patients est nécessaire à leur prise en soins, milite aussi pour développer l'éducation thérapeutique des patients. Il la conçoit comme une approche globale de la personne, dépassant largement les aspects biomédicaux et cognitifs, ainsi qu'en témoigne sa collaboration avec Anne Lacroix, psychologue. La création du Service d'Enseignement Thérapeutique pour Malades Chroniques au sein des Hôpitaux Universitaires de Genève, peut être considérée comme une étape décisive du développement de l'ETP, lui donnant ainsi, de fait, une existence officielle. Une autre reconnaissance officielle importante sera celle de

l'Organisation mondiale de la santé (OMS), en 1998, dont la définition met en exergue des points importants :

- l'ETP a pour finalité de former le malade pour qu'il acquière un savoir-faire adéquat afin d'arriver à un équilibre entre sa vie et le contrôle optimal de la maladie ;
- il s'agit d'un processus continu faisant partie intégrante des soins ;
- la formation doit permettre au malade et à sa famille de mieux collaborer avec les soignants.

En 2007, en France, la Haute Autorité de Santé (HAS) publie ses recommandations pour développer et mettre en œuvre l'ETP sur le territoire français. La loi de 2009, dite « hôpital, patients, santé et territoires (HPST) » l'inscrit dans le code de la santé publique, en précisant qu'elle doit s'intégrer dans le parcours de soins du patient.(15)

4.3 Objectifs de l'éducation thérapeutique :

Le rapport de l'OMS-Europe de 1996 précise le concept d'ETP : « Elle vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient ». (16)

L'éducation thérapeutique est fondée sur plusieurs arguments explicites :

- permettre aux patient de s'impliquer dans les soins et dans la gestion de sa maladie rend sa prise en charge plus efficace ;
- éviter nombreuses complications en possédant les savoirs et les compétences appropriés ;
- améliorer le degré d'observance thérapeutique en formant les patients à un usage optimal de leurs médicaments en les dotant d'outils de résolution de problèmes¹⁵ (gestion des effets secondaires, conduite à tenir en cas d'omission de prise ou de rupture de motivation).(17)

l'ETP doit permettre, grâce à un programme personnalisé, d'acquérir des compétences dans deux dimensions :(18)

- des compétences d'autosoins et de sécurité, permettent de :
 - identifier et soulager ses symptômes
 - prévenir des complications évitables
 - Prendre en compte les résultats d'une auto-surveillance, d'une auto-mesure
- des compétences d'adaptation, notamment pour :
 - aider le patient à avoir confiance en lui, prendre des décisions,
 - se fixer des buts à atteindre et faire des choix : pour le patient diabétique par exemple, savoir adapter la dose, l'horaire et le type de son injection d'insuline à son activité physique ou à son rythme professionnel.

- Savoir gérer ses émotions et maîtriser son stress

Par exemple chez un patient atteint d'asthme bronchique (19), les compétences de soins sont indiqués dans le tableau suivant :

Tableau 3 : compétence du patient atteint d'asthme bronchique

Symptômes	Reconnaître ses signes propres indiquant le début d'une crise Rapporter ces symptômes au Plan d'Action et agir en conséquence Appeler en urgence (Ambulance, Médecin de garde) en fonction d'une symptomatologie préétablie
Traitement de fond	Choisir un médicament selon sa fonction propre Prendre le médicament anti-inflammatoire matin et soir Ne pas interrompre la prise du traitement anti-inflammatoire sans avis médical
Traitement complémentaire	Choisir un médicament selon l'état de sa fonction pulmonaire Avoir toujours sur soi un médicament broncho-dilatateur (traitement complémentaire)
Inhalation	Agiter le spray avant utilisation et prendre une inspiration profonde Prendre une (ou plusieurs bouffées) dans la bouche Avaler lentement puis expirer
Facteurs déclenchants	Agir techniquement sur les facteurs environnants proches (animaux, poussières, allergies) Adapter sans attendre le traitement en cas de rencontre avec un élément déclenchant (connu ou potentiel) Prendre de manière préventive une dose supplémentaire de bronchodilatateur avant l'activité (Zone Verte) Ajouter des doses supplémentaires de broncho-dilatateur dès apparition de symptômes d'asthme avec arrêt immédiat de l'effort
Eviter les rechutes	Connaître ses allergies et ses facteurs déclenchants Mentionner au soignant tous les détails pouvant affecter votre asthme Continuer une vie sociale et la pratique du sport

4.4 Structure de l'éducation thérapeutique :

- Par qui :

La proposition initiale d'ETP qui peut être faite, selon le Code de la Santé publique, par tout professionnel de santé impliqué dans la prise en charge d'un patient, en incluant les médecins généralistes et spécialistes, les infirmières, les diététiciennes, les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les pharmaciens, les éducateurs sportif (...), doit suivre l'annonce du diagnostic, ou être faite à tout autre moment de l'évolution de la maladie ou renouvelée si elle a été initialement refusée. L'ETP est indissociable du suivi clinique.(18)

Les promoteurs de programmes d'éducation thérapeutique ont besoin de compétences éducatives pour permettre à leurs patients d'adapter leurs projets de vie aux contraintes de la maladie. Ces acteurs doivent avoir été formés et pouvoir être formés aux aspects psychosociaux de la relation à la maladie, à la démarche éducative, aux techniques pédagogiques, au travail en équipe.(20)

- Pour qui :

L'éducation thérapeutique correspond donc à la prise en charge de tout patient amené à participer directement à la gestion de son traitement. Il s'agit essentiellement des patients atteints de maladie chronique, mais aussi de plus en plus souvent de patients ayant une maladie subaiguë ou devant gérer eux-mêmes des soins dits de suite après un épisode aigu.(21)

En plus de rendre le patient acteur, l'ETP concerne aussi l'entourage, notamment les proches. L'intérêt est qu'ils puissent participer aux soins, aux conséquences de la pathologie sur la vie du patient mais aussi à l'apprentissage de la maladie et des traitements.

- Quand :

L'ETP est proposée au moment du diagnostic ou à tout autre moment de l'évolution de la pathologie ; et pour être efficace, elle doit trouver une place à un moment particulier dans l'histoire de la maladie et dans la vie du patient. Ces moments particuliers correspondent le plus souvent à des situations d'angoisse liées à l'évolution de la maladie ou à des événements propices aux changements de comportements de soins.

4.5 Etapes de l'éducation thérapeutique :

Les recommandations de la HAS proposent une démarche éducative en quatre étapes ,dont le but est d'aider les professionnels de santé dans la mise en œuvre d'un programme personnalisé d'ETP :(13)

- Elaborer un diagnostic éducatif
- Définir un programme personnalisé d'ETP avec priorités d'apprentissage
- Planifier et mettre en œuvre les séances d'ETP individuelle ou collective, ou en alternance
- Réaliser une évaluation des compétences acquises, du déroulement du programme

4.5.1 Diagnostic éducatif :

Selon l'OMS, le diagnostic éducatif est la « première étape du processus pédagogique. Il s'agit d'un recueil systématique, détaillé et itératif d'informations par le soignant, concernant la situation bioclinique, éducative, psychologique et sociale du patient. Ces informations doivent servir de base pour la construction d'un programme d'éducation thérapeutique personnalisé. ».

Durant cette première étape, le professionnel de santé va identifier les connaissances, les représentations et le ressenti du patient sur la maladie, la gestion de sa maladie, les explications de sa survenue, mais également le savoir-faire du patient.

Un diagnostic éducatif répond à plusieurs buts pour être cohérent avec la démarche éducative qui sont au nombre de quatre :(22)

Premièrement, il s'agit pour le soignant - éducateur de valider les modèles explicatifs, théoriques auxquels il est possible de se référer pour comprendre et intervenir sur les comportements de santé du patient. Par exemple, l'influence du soutien social dans la mise en œuvre d'une compétence de santé peut-être investiguée lors du diagnostic éducatif de la manière suivante :

Pensez-vous que dans votre entourage, une ou des personnes pourraient comprendre votre situation ? Pensez-vous que cela serait utile pour vous si des personnes de votre entourage étaient au courant de votre situation ?

Par ces questions, l'éducateur valide deux éléments : la présence d'un tissu social favorable à la mobilisation des compétences du patient, et sa perception sur son utilité. Selon les réponses du patient, les activités d'éducation devront aider le patient, s'il le juge nécessaire, à identifier des personnes ressources et à sensibiliser, à informer son entourage ou le former à certains soins

Deuxièmement, il s'agit de recueillir des informations précises pour prévoir des activités d'éducation correspondantes à la réalité de vie du patient (stratégies d'éducation adaptatives).

Par exemple, il peut être demandé à une personne atteinte d'asthme :

Avez-vous un chat chez vous ? Cette question relève d'un simple recueil d'information qui exclue éventuellement la réflexion du patient.

Aussi, qu'est-ce qui, selon vous, favorise dans votre environnement la survenue de vos crises d'asthme ? Cette question fait sens pour le patient car elle lui permet d'établir un lien entre ses connaissances et son environnement. Par sa réponse, il peut proposer d'autres facteurs qu'il considère importants. Cela permet de recentrer l'entretien sur la compréhension du patient en l'aidant à expliciter ses choix.

Troisièmement, l'éducateur vise à favoriser chez le patient l'expression de ses émotions.

La reconnaissance de la place de l'émotion chez le patient comme chez le soignant signale immédiatement l'authenticité d'une relation éducative et facilite l'engagement du patient dans l'éducation. Le soignant peut questionner l'émotion du patient en lui demandant :

Qu'avez-vous ressenti ? Que ressentez-vous ? Pourriez-vous me décrire ce que cela vous a fait ? Le soignant peut partager l'émotion ressentie : Est-ce que je me trompe si je vous dis que je vous sens bien triste... ? Il peut également partager une émotion qui le submerge : Permettez-moi de vous dire que ce que vous me dites me bouleverse, me touche...

Rappelons qu'il n'y a pas d'apprentissage sans émotion.

Le quatrième but du diagnostic éducatif consiste à informer le patient sur la démarche pédagogique utilisée, l'éducateur peut utiliser cet expression : « je vais m'intéresser maintenant, si vous me le permettez, à votre environnement pour savoir s'il y a des éléments allergéniques. Pour cela j'ai besoin de savoir si vous en avez déjà repéré... ». On place le patient dans une situation de maîtrise de l'instant lui permettant de se préparer mentalement à la séquence suivante, et donc de participer plus activement à l'entretien.

D'une manière générale, favoriser la participation du patient, c'est lui permettre de comprendre la démarche d'éducation, les buts de chaque étape pour que lui-même les utilise à son profit en exposant plus facilement ses attentes, ses demandes.

Tableau 4 : Les différents aspects du patient abordés lors du diagnostic éducatif

Dimension biomédicale	Ce qu'il a	Maladie, ancienneté, évolution, sévérité, traitements, comorbidité, hospitalisations...
Dimension Socioprofessionnelle	Ce qu'il fait	Profession, ressources, mode de vie, hygiène de vie, loisirs, environnement social et familial...
Dimension cognitive	Ce qu'il sait	Connaissances et croyances sur la maladie et son traitement, difficultés d'expression,...
Dimension psycho-affective	Ce qu'il est	Vécu de la maladie, processus d'acceptation, attitude face à la maladie, au stress...
Dimension projective	Ce qu'il veut	Projets de vie à court ou à long terme, attentes...

Tableau 5 : caractéristiques générales du diagnostic éducatif (22)

POUR LE PATIENT	POUR LE SOIGNANT
- Favorise la rencontre d'une équipe soignante	- Multi professionnel
- Abord des dimensions importantes en fonction de son désir et de son rythme	- Itératif : s'enrichit, se complète, s'affine à chaque rencontre avec le patient
- Permet d'exprimer sa singularité	- Centré sur les besoins spécifiques et sur les particularités du patient
- Permet d'établir un lien entre sa pratique et les connaissances qu'il possède et donner sens à l'expérience d'éducation	- Permet de valider les connaissances que possède le patient
- Permet d'exprimer ce qu'il croit	- Apprend à tenir compte des représentations et croyances du patient
- Permet l'engagement dans des projets	- Situe le patient acteur de son éducation
- Considère ses essais - erreurs comme des étapes d'un changement	- Favorise la compréhension des essais - erreurs du patient et des difficultés liées à l'observance thérapeutique
- Développe une réflexion sur ses pratiques de soins	- Apprend à questionner autrement le patient pour l'aider à comprendre ses pratiques de soins
- Autorise l'expression des émotions et favorise sa disponibilité intellectuelle et son écoute	- Permet de prendre en compte l'émotion du patient, la sienne, de les contenir et ainsi lever les obstacles à la rencontre éducative

Durant ce diagnostic éducatif, le choix des questions posées au patient est important, en laissant la personne exprimer librement son point de vue. Par la suite, le patient pourra confirmer, modifier ou compléter les informations recueillies.

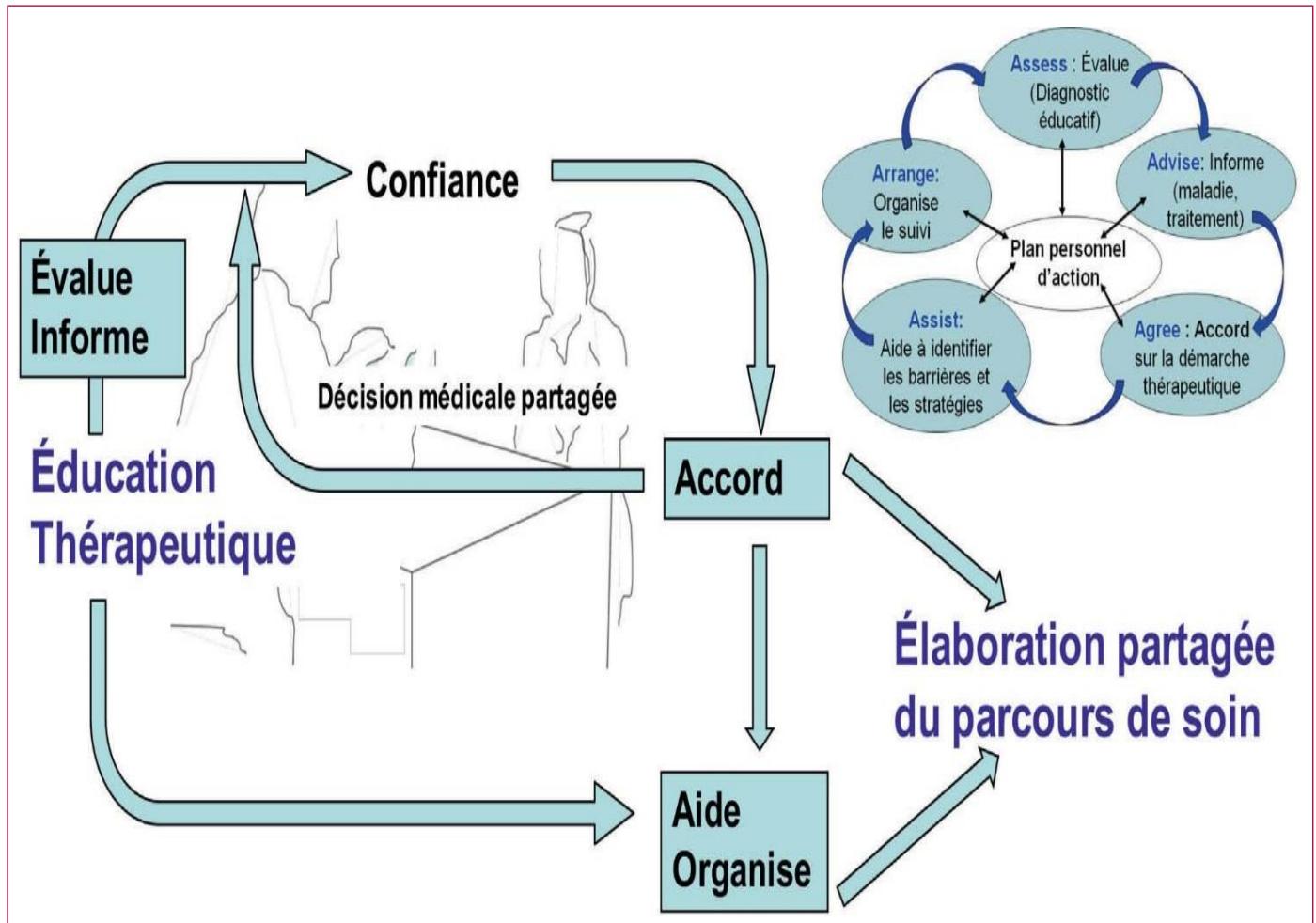


Figure 02 : Comment l'éducation thérapeutique du patient met la confiance au cœur de la relation thérapeutique et permet une élaboration partagée du parcours de soin (23)

4.5.2 Définir un programme personnalisé :

Ensuite, le professionnel de santé va établir un programme avec le patient, avec lequel il vanégocier les compétences à acquérir ou à mobiliser. Le but est d'arriver à un accord tacite en prenant en compte le traitement pharmacologique, le contrôle de l'environnement et les besoins éducatifs entre le professionnel de santé et le malade. Le contrat éducatif doit être remis au patient sous une forme écrite ou une autre.

Les objectifs du programme personnalisé doivent être précis, pertinents et réalistes. Ils prennent en compte les objectifs :

- De sécurité qui sont communs et indispensables à tous les patients atteints de la même pathologie

- Personnalisés qui se basent sur le quotidien et les besoins du malade

Il est possible de classer les compétences à acquérir en 3 ordres :(24)

- Intellectuelles (connaissances, interprétation de données, résolution de problèmes, prise de décision, développement de l'esprit critique)

- Gestuelle (habileté technique)

- Communiquer avec autrui (transmettre des informations sur son état de santé)

4.5.3 Planifier et mettre en place les séances collectives ou individuelles ou en alternance :

En fonction des besoins du malade, une planification des séances du programme doit être mise en place. Il faut alors déterminer le contenu des séances, les méthodes et les techniques d'apprentissage pour amener le patient insuffisant rénal chronique à acquérir les compétences.

Les séances d'ETP peuvent alors être individuelles (d'une durée de trente à quarante-cinq minutes) ou collectives (d'une durée de quarante-cinq minutes chez l'adulte et moindre chez l'enfant) ou en alternance.

Les séances individuelles ont pour but de favoriser l'accessibilité aux séances et l'adaptation par rapport à la réalité de la vie du malade.

Les séances collectives rassemblent au minimum trois personnes (au maximum six à huit enfants, huit à dix adultes), qui ont des objectifs éducatifs comparables. Ce type de séance est propice au partage d'expériences, aux échanges sur les préoccupations quotidiennes et leurs résolutions.

4.5.4 Réaliser une évaluation des compétences acquises, du déroulement du programme :

Cette dernière étape permet d'évaluer les progrès du patient, de vérifier s'il possède les savoirs et les compétences et de lui proposer une éducation thérapeutique de suivi. Elle est prévue à la fin de chaque séance et à tout moment du programme d'ETP. L'évaluation permet de faire le bilan sur le point de vue du malade vis-à-vis du programme et de son organisation (contenu, rythme, durée des séances), sur la pertinence du diagnostic éducatif et s'il a acquis les compétences nécessaires mais également pour qu'il puisse s'exprimer sur sa maladie au quotidien.

L'objectif est également de proposer à nouveau un programme au malade qui tiendra compte des résultats de l'évaluation, l'évolution de la maladie et de ses souhaits. Les décisions qui peuvent être envisagées à la suite de cette évaluation sont de 3 ordres : cliniques (adapter le traitement selon les résultats biologiques), psychoaffectives (accompagnement psychosocial) et pédagogiques (déterminer les compétences à acquérir ou à améliorer, réalisation des projets).

5 EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT IRC :

Les programmes d'ETP sont mis en place dans différents pays (Canada, Etats-Unis, Royaume-Uni, Belgique, sous différentes formes (25). Ces programmes permettent une prise en charge optimale des patients, avec des bénéfices multiples, comme : (26)

- Améliorer l'accès à la greffe
- Augmenter le choix des techniques d'autosoins (56 % dans l'étude de Goovaerts (27))
- Reporter la mise en dialyse (jusqu'à 5 mois)
- Diminuer le nombre de dialyse en urgence (de 30 à 13 %)
- Diminuer le nombre d'hospitalisations
- Améliorer l'observance thérapeutique (28)
- Améliorer les connaissances sur l'IRC
- Réduire l'anxiété et de la peur
- Réduire la mortalité

5.1 Informations et objectifs pédagogiques des patients IRC :

5.1.1 Informations sur le traitement :

Les patients atteints d'IRC à un stade avancé sont souvent polymédicamentés du fait de leurs âges, des comorbidités et des complications de la maladie. La majorité des patients auront à prendre des médicaments contre les maladies causales (HTA, diabète) et contre les complications de la MRC pour corriger les complications cardiovasculaires, réduire l'anémie, corriger l'acidose, l'excès de potassium et de phosphore, corriger les carences nutritionnelles, en vitamine D et en calcium, pour lutter contre les infections (...).

Donc La majorité des programmes d'éducation thérapeutique comprennent un atelier sur le traitement pharmacologique des patients pour permettre aux patients de comprendre mieux la manière de prendre leurs médicaments, les raisons de leurs prescriptions par leurs médecins, les bénéfices attendus, les posologies, mais aussi les risques et effets secondaires du traitement.

Les professionnels concernés alors sont généralement, le néphrologue, le médecin traitant, le pharmacien et les médecins spécialistes d'organe.

5.1.2 Informations sur l'alimentation :

La diététique chez le patient IRC permet d'éviter la dénutrition, de ralentir la détérioration de la fonction rénale, de préserver l'équilibre hydro électrolytique, d'éviter une hyperkaliémie, de prévenir les complications cardiovasculaires et prévenir l'équilibre phosphocalcique.

Il est essentiel de se nourrir bien, en qualité et en quantité, et de conserver une alimentation variée ; mais aussi il est important de respecter certaines règles, comme le contrôle de l'apport en potassium, en phosphore, en protéines, en liquides, en sel, en sucre, et en graisse ; en plus on fait attention sur les nombreux additifs contenant du phosphore (phosphates) qui sont utilisés dans l'industrie alimentaire.

5.1.3 Adaptation du mode de vie et habitudes quotidiennes :

a. le tabac

Il est recommandé au patient de réduire sa consommation de tabac ou de l'arrêter afin de réduire les risques cardiovasculaires, qui sont élevés dans les MRC, parce que le tabac est un facteur de risque d'évolution de ces derniers.

En plus de l'équipe soignante, un tabacologue et un psychologue peuvent être sollicités pour aider les patients à réduire ou à arrêter de fumer.(29)

b. Régime alimentaire et perte de poids

Il est recommandé au patient de réduire ou de maintenir un poids stable et d'adopter un régime alimentaire strict, afin de diminuer la protéinurie, la pression artérielle, les taux de glycémie et de stabiliser la fonction rénale.(29)

Une prise de poids excessive est néfaste pour la pression artérielle et pour le cœur ainsi, elle modifie les taux sanguins de sucre (hyperglycémie) et de graisses

Il est donc important d'avoir une alimentation équilibrée, variée et bien

Contrôlée. Les conseils diététiques apportés au patient portent sur différents apports en énergie (30 à 40 kcal/kg/j), en eau (proche de 1,5 l/j), en sel (limiter à moins de 6 g/j), en protéines (entre 0,8 et 1 g /kg/j), en calcium, phosphores et potassium (selon les besoins et la teneur des aliments).

Les différentes évaluations du patient sur cette adaptation de leur mode de vie porteront sur sa motivation, sur les aspects psychologiques, sociaux et culturels de l'alimentation, du mode de vie et la recherche de dénutrition.

c. Rôle de l'activité physique

Il est recommandé au patient de pratiquer une activité physique à raison de 30 minutes, 5 fois par semaine. Celle-ci lui permettra de réduire les facteurs de risque cardiovasculaire qui sont élevés dans les MRC, en impactant les paramètres métaboliques comme la glycémie, l'insuline, le cholestérol (...). Le sport permet aussi de réduire l'anxiété et le stress.

Il est essentiel que l'équipe soignante et les intervenants non professionnels de santé accompagnent le patient dans l'instauration ou la poursuite d'une activité physique. Cet

accompagnement doit tenir compte de la situation clinique, de son Age et de ses capacités.(30)

Il est également possible de pratiquer du sport pendant les séances de dialyse. En effet, certains centres de dialyse proposent désormais aux patients l'usage de vélos d'exercice durant les séances. Il s'agit de pédaliers installés sur les lits ou fauteuils de dialyse, qui permettent une réadaptation sportive douce et adaptée à l'état du patient.

Les différentes évaluations du patient sur cette adaptation de leur mode de vie porteront sur sa motivation, sur les aspects psychologiques et sociaux liés à la pratique sportive.

5.2 Exemples de difficulté de l'éducation thérapeutique :

5.2.1 Satisfaction du patient :

la satisfaction des programmes est modérée.(31) Car les patients souhaitent avant tout gérer eux-mêmes leurs propres soins et rester à leur domicile. Les programmes d'ETP ne reflètent pas toujours les besoins réels des patients. Ils sont intéressés par les nouveaux traitements et médicaments, la gestion du régime alimentaire et la compréhension des résultats biologiques seulement. Les autres domaines comme l'exercice physique, les groupes de soutien ou les voyages semblent moins les intéresser. Ainsi, les activités proposées ne sont pas toujours en adéquation avec le désir des patients. Mais d'après l'étude menée par Schatell et al.(32), environ la moitié des patients utilise internet pour obtenir des informations sur la santé, en complément des informations dispensées par les professionnels de santé. Dans d'autres études (33), deux tiers des patients sont satisfaits de l'implication d'autres professionnels, comme les diététiciens ou les travailleurs sociaux, dans leur prise en charge et l'apport d'informations autres que concernant leur maladie. On pourrait alors suggérer aux centres de dialyse ou aux cabinets médicaux de mettre en place des ressources internet dans les salles d'attente et les halls d'entrée par exemple pour compléter l'information aux patients. Internet pourrait alors aider à promouvoir l'éducation des patients, avec le soutien de l'équipe pluridisciplinaire.

5.2.2 Difficultés d'adhésion des patients

Les supports d'informations ne sont pas toujours adaptés. En effet, la plupart des ressources sont difficiles à comprendre et n'ont pas un objectif clair. Certaines informations peuvent être absentes comme les risques et les avantages, ainsi que les différentes modalités de traitement. Or, une information de bonne qualité est fondamentale pour faciliter la participation des patients. Les supports d'information peuvent être efficaces pour améliorer les connaissances

des patients, réduire leur anxiété et améliorer leur satisfaction quant aux modalités de traitements lorsque les informations sont compréhensibles, précises et fondées sur des preuves. Il faut alors identifier quelles ressources sont efficaces pour répondre aux besoins des malades et à quel moment de leur maladie.(34)

De plus, l'adhésion des patients serait meilleure avec le partage d'expériences d'autres patients, qui permettent d'influencer la prise de décision des patients et des soignants. En effet ces expériences permettent aux patients de se projeter dans les différentes modalités de traitement. (33)

5.3 Peut-on proposer l'éducation thérapeutique pour l'IRCT ?

L'IRC est une maladie complexe qui a besoin des traitements hétérogènes, donc il est essentiel de considérer le patient comme un acteur de sa santé et un partenaire de ses propres soins à travers des programmes d'ETP. Ces derniers sont intégrés aux soins et « visent à aider les patients et leur famille à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre plus sainement et maintenir ou améliorer leur qualité de vie »(35) dans le but de permettre « aux patients d'acquérir et de conserver les capacités et compétences qui les aident à vivre de manière optimale leur vie avec leur maladie ».(35)

L'intérêt de ces programmes personnalisés est d'informer les patients, d'améliorer leur état de santé et de leur assurer une observance optimale et une restauration de leur qualité de vie et ainsi éviter la survenue de complications à court ou à long terme de l'IRC.

CHAPITRE

2

MATERIEL ET METHODES

Objectif *du* travail :

L'objectif est l'élaboration des entretiens d'informations et de sensibilisation des insuffisants rénaux chroniques terminaux et l'évaluation des entretiens par les patients sur les informations données.

Type, lieu et durée :

Il s'agit d'une étude réalisée au niveau du centre hospitalo-universitaire de Tlemcen, service de néphrologie du novembre 2021 à mai 2022.

Population :

Nous avons porté 44 patients insuffisants rénaux chroniques avant dialyse.

Critères d'inclusion :

Le programme est proposé à tout patient :

- Insuffisants rénaux chroniques terminaux
- Femme ou homme
- Age : plus de 14 ans
- Habite à la wilaya de Tlemcen
- Avec ou sans d'autres maladies chroniques
- conscient, sans maladie psychiatrique
- Hospitalisé au niveau de service de néphrologie.

Recueil de données :

Nous avons élaboré et rempli une fiche de renseignement avec des informations données par le patient ou son accompagnant.

Pour chaque patient, nous avons relevé :

- Nom et prénom ;
- Age ;
- Adresse ;
- Sexe ;
- Profession ;
- Niveau d'instruction ;
- Comorbidité ;
- Habitude toxique ;
- Niveau socioéconomique ;
- Thérapie ;
- Situation familiale ;
- Assurance ;
- Connaissance sur la maladie

Construction des entretiens :

- Basé sur des séances individuelles ou collectives, patient seul ou avec accompagnant.
- fait dans les chambres d'hospitalisation.
- Construit à partir des supports existant (vidéos, photos langage, fiches de régime pour bien expliquer la situation pathologique).
- L'heure et la durée : selon le choix du patient (la plupart choisit l'après-midi, 45 minutes dans chaque séance).
- Amélioré avec l'expérience et à l'aide des médecins et notre encadrant.
- Réalisé par nos soins (nous avons joué le rôle du pharmacien, psychologue, et diététicien à l'aide des formations sur internet)

Déroulement des entretiens :

Nous avons essayé de réaliser deux à trois séances, présentées par nos soins (interne en pharmacie) selon des conditions influençant le déroulement des entretiens comme :

- La situation des patients : états d'urgence, l'inconscience, états fragiles,...

- La courte durée d'hospitalisation
- Le niveau d'apprentissage des patients
- Le stage d'internat qui a limité notre disponibilité

Séance 01 : Développer, renforcer mes connaissances sur l'IRC et accepter à vivre avec ma maladie

- premier contact avec le patient (nom, prénom, Age, sexe, profession, adresse, profil socioéconomique, les connaissances actuelles sur la maladie)
- savoir les habitudes quotidiennes des patients (sport, tabac, alcool, maîtrise de l'outil informatique)
- Compétences visées :
 - Faire connaître les attentes et les besoins
 - Pouvoir exprimer ce que le patient croit ou ce qu'il sait sur sa maladie
 - Améliorer et renforcer ses connaissances et corriger ses idées fausses sur la maladie

Durée :

Peut aller de 45 à 60 minutes, selon l'assimilation de chaque patient.

Séance 02 : l'eau et le sel

Durant cette séance on a traité les points suivants :

- le rôle des reins dans l'élimination de l'eau et le sel
- les conséquences de l'altération du fonctionnement rénal sur la filtration hydrique (l'accumulation de l'eau et le sel dans le corps)
- les signes d'excès hydrique dans le corps
- les précautions à apprendre par les patients atteints de MRCT stade terminale
- la quantité de liquide et de sel autorisée chez les patients IRCT
- conseils utiles pour réduire les apports hydriques et le sel
- comment mesurer et consommer précisément la quantité quotidienne de liquide et de sel

Outils :

Nous avons présenté sur notre ordinateur un PowerPoint sur (l'eau et le sel)

Avec utilisation de matériel de démonstration (bouteille, cuillère, verre)

Séance 03 : L'alimentation « le régime alimentaire » et médicament**Le régime alimentaire :**

Durant cette séance nous avons :

- aidé les patients pour savoir en quoi consiste une alimentation équilibrée, adaptée aux besoins pour préserver la fonction rénale : apport des aliments en potassium, phosphore, protéine,...

- donné des conseils pour éviter les repas riches en potassium, phosphore, protéine et réduire les taux de ces derniers

- évalué les connaissances des patients avant et après l'acquisition des informations sur le régime alimentaire

Nous avons insisté sur le régime alimentaire de la vie quotidienne des patients, nous n'avons pas pu faire un régime strict parce que le niveau socio-économique des patients n'est pas le même mais nous avons essayé de donner des exemples et de parler sur les points essentiels par l'utilisation d'un exemple de régime

Les questions présentées dans le tableau suivant évaluent les connaissances des patients concernant les apports et les signes d'excès alimentaire

Tableau 6 : évaluation des connaissances des patients

Questions	Réponses par oui ou non
Connaissez-vous les protéines ? Apport protéique le plus important est d'origine : Animal ? Végétal ? Connaissez-vous les aliments riches en potassium ? Connaissez-vous les signes de l'hyperkaliémie ? Connaissez-vous les aliments riches le phosphore ? Connaissez-vous les signes de l'hyperphosphatémie ?	

Outils :

- des vidéos de régime alimentaire présenté sur notre ordinateur et partagé avec les patients
- des documents comme la fiche de régime et la fiche des aliments sont présentés et distribués aux patients en leur expliquant l'intérêt de chaque document.

Les patients étaient interactifs et intéressés vu que le régime alimentaire présente un souci pour eux.

Médicaments :

Dans cet entretien nous avons :

- Précisé le rôle de chacun des médicaments
- Décrit les modalités de la prise des médicaments
- Formulé les avantages et les inconvénients de la prise régulière du traitement
- Identifié des moyens, des astuces qui aident à prendre régulièrement le traitement en prévenant les effets indésirables et les interactions médicamenteuses.

Matériel de démonstration :

Afin d'aider le patient a mieux comprendre sa maladie nous avons utilisé :

- Photos explicatives
- Vidéos et diaporamas
- Ordinateur pour la présentation
- Fiche de régime
- Matériel de démonstrations : (cuillères, verres, bouteille, bols, assiettes)
- Application Reinbou

Les figures suivantes présentent les différents documents utilisés

الماء

يؤدي انخفاض كمية البول إلى احتباس السوائل بسبب ارتفاع في ضغط الدم وارتفاع ضغط الدم، وسبب تراكم السوائل في الرئتين ضيق التنفس.



دلائل الماء الزائد في الجسم؟

يُطلق على الماء الزائد في الجسم بالحمل المفرط للسوائل ويُعد التورم وضيق التنفس وزيادة الوزن في فترة قصيرة من الأداة التي تشير إلى الحمل المفرط للسوائل.

يجب على المرضى وزن أنفسهم يومياً وتسجيل الوزن. ويطلق وزن الجسم ثباتاً عندما يتم اتباع تعليمات تناول السوائل بشكل صحيح. وتغيير زيادة الوزن المفاجئة إلى الحمل المفرط للسوائل نتيجة زيادة في تناول السوائل.

التصائح و التوجيهات للحد من تناول السوائل

تقليل الملح والأطعمة المالحة والحارة والمقوية في نظامك الغذائي لأنها تزيد العطش مما يؤدي إلى استهلاك أكبر للسوائل.	أن تناول السوائل لا تتعفن فقط الماء بل أيضاً الشاي والقهوة والشاي الأخضر والشاي الممزوج بالسكر والحليب والألبان كريم والمكسولات بالباردة والحساء.	أهم بوزن نفسك في وقت محدد كل يوم وهم بحسب تناول السوائل.
تجنب إعطائك بالمشروبات، تناول كمية صغيرة من المشروبات أو التجرب. نتج فتتخذ مشرب مسخن من التلح ولم يتناسبه. اعطى التلح لفترة أطول في الدم.	لا تشرب فقط عندما تكون عطشاً.	

تناول الأدوية بعد الوجبات عندما تأخذ المياه تجنب استهلاك المياه الزائدة من أجل الدواء. لراحة جفاف الفم، يستطيع المرء الغرغرة بماءه دون شربه.

قم يومياً بملء وعاء بكمية تم قياسها من الماء فالحجم الذي تم قياسه هو الكمية الدقيقة المطلوب.

عندما يكون الوعاء خالي من الماء، يترك المريض أنه قد وصل إلى الحد المسموح له لشرب الماء في هذا اليوم وأن يشرب هذا اليوم.



الملح

لماذا ينصح المرضى المصابين بمرض الكلى المزمن بتقليل الصوديوم؟

- تُلعب الكليتين دوراً هاماً في تنظيم الصوديوم.
- للمرضى المصابين بمرض الكلى المزمن، فلا تستطيع الكليتين التخلص من الصوديوم والسوائل الزائدة في الجسم، لذا، تتراكم المياه والصوديوم في الجسم.

مقدار الملح الذي يجب على الفرد تناوله؟

يُنصح المرضى المصابين بمرض الكلى المزمن الذين يعانون من تورم وارتفاع ضغط الدم بتناول حوالي ثلاثة جرامات من الملح يومياً.

الملح و الماء

LEAU ET LE SEL
EDUCATION THERAPEUTIQUE DES PATIENTS D'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE AVANT DIALYSE

أهداف العلاج الغذائي للمصابين بمرض الكلى المزمن فيما يلي

إبطاء تطور مرض الكلى المزمن وتأجيل الحاجة إلى المسيل الكلي.

* الحد من مخاطر أمراض القلب والأوعية الدموية

* الحد من تناول السوائل والماء في حالة التورم.

تقليل كميات الصوديوم والبوتاسيوم والفوسفور في النظام الغذائي.

* الحد من مخاطر اضطرابات السوائل.

تقليل مستويات البوتاسيوم والصوديوم في الجسم.

الزائدة في الجسم، لذا، تتراكم المياه والصوديوم في الجسم.

مقدار الملح الذي يجب على الفرد تناوله؟

يُنصح المرضى المصابين بمرض الكلى المزمن الذين يعانون من تورم وارتفاع ضغط الدم بتناول حوالي ثلاثة جرامات من الملح يومياً.

نصائح عملية لتقليل الصوديوم في الطعام

طهو الطعام بدون ملح مع إضافة كميات من الملح مسموح بها وبشكل منفصل.

قم بغلي الخضروات المحتوية على نسبة عالية من الصوديوم.

لجعل النظام الغذائي لذيذاً ومختصاً بالملح، يمكنك إضافة التوابل التورم والبصل.

MERCI

Figure 03 : diaporamas explicatifs.



Figure 04 : photos captées de la video du regime présenté au patients.

مثال لحمية أسبوعية لمرضى العجز الكلوي

الأيام	السبت	الاحد	الاثنين	الثلاثاء	الاربعاء	الخميس	الجمعة	
فطور الصباح	فتجان حليب او قهوة +منفصلين +زيت الزيتون +قطعة خبز +نصف كأس ماء	تجان حليب او قهوة منفصلين +ملعقة مربي +قطعة خبز +نصف كأس ماء	فتجان حليب او قهوة منفصلين 2 مادلين نصف كأس ماء	فتجان حليب او قهوة منفصلين نصف كراوسون نصف كأس ماء	فتجان حليب او قهوة منفصلين قطعة خبز نصف كأس ماء زيت الزيتون	فتجان حليب او قهوة +قطعة خبز +نصف كأس ماء +ملعقة مربي	فتجان حليب او قهوة +قطعة خبز +نصف كأس ماء	
وجبة الغذاء	طبق ارز صغير بدون ملح +تخد صغير دجاج +مزوع الجلد +نصف كأس ماء +برتقالة	طبق صغير عدس +بيضضة +تفاحة +نصف كأس ماء	طبق صغير لوبيا +سلطة طماطم +برتقالة +نصف كأس ماء	طبق صغير جليانة +طبق صغير خض +الحامصة +نصف كأس ماء	طبق صغير ماعرونة +تخد صغير دجاج +مزوع الجلد +نصف كأس ماء +ربع رمانة	طبق صغير مرق الحمص +برانية +قطعة خبز +نصف كأس ماء	طبق صغير كسكس +خضروات +حبات تمر +نصف كأس حليب	
قهوة	كأس شاي اخضر + قطعة كعك او مادلين	كأس شاي اخضر + زيت الزيتون	كأس شاي اخضر + مادلين + مربي	كأس شاي اخضر + قطعة كعك او مادلين	كأس شاي اخضر +كعك او مادلين	كأس شاي اخضر +زيت الزيتون	كأس شاي اخضر + لعة خبز	
العشاء	شوظفر مرق طبق صغير +قطعة خبز +سلطة شمندر بيظراف +تفاحة +نصف كأس ماء	2بطاطا مقلية 3 مرات و مهروسة 2 ملعقتين حليب +نصف رمانة	طبق صغير +سلق +نصف حبة فلفل +زيت الزيتون	سلطة خضار +مبخرة +بيضضة +قطعة خبز صغيرة +نصف كأس ماء	طبق صغير فاصولياء خضراء + قطعة خبز صغيرة +نصف كأس ماء +بيضضة	طبق صغير بطاطا مبخرة +زيت زيتون +تفاحة +قطعة خبز	طبق صغير فاصولياء خضراء +قطعة خبز صغيرة +نصف كأس ماء +بيضضة	طبق صغير فاصولياء خضراء +قطعة خبز صغيرة +نصف كأس ماء +بيضضة

Figure 05 : exemple de régime alimentaire donné aux patients.

LES ALIMENTS LES PLUS RICHES EN POTASSIUM

1068 mg 30% besoins 1 fruit		1 Avocat
952 mg 22% besoins 1 grande		2 Pommes de terre
899 mg 22% besoins 1 tasse		3 Potiron
802 mg 20% besoins 1 tasse		4 Épinards
755 mg 19% besoins 1 tasse		5 Apricot
600 mg 15% besoins 1/2 tasse		6 Lait de coco
502 mg 12% besoins 2 pots		7 Yaourt
502 mg 12% besoins 1/2 tasse		8 Haricots

10 ALIMENTS RICHES EN POTASSIUM

- L'ail
- La banane
- La pomme de terre
- La patate douce
- Le poisson
- Les fruits secs
- Les haricots
- La viande
- Les graines de lin
- L'avocat

Copyright Creapharma 2018

K



Figure 06 : photos explicatives des apports alimentaires.

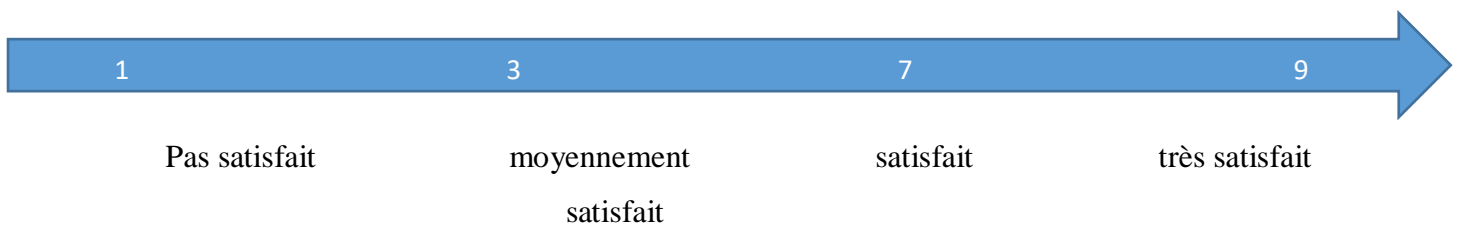
Analyse des données :

age	sexe	pif	rv instruction	diabete	m cardiovasculaire	m. respit	obesite	anemie	HTA	path	tabagisme	alcool	rv socio éco	medr
75	femme	sans prof...	primaire	non	non	non	non	non	non	oui HTA	non	non	non	non
60	homme	sans prof...	secondaire	non	non	non	non	non	non	oui HTA	non	non	non	non
62	femme	retraité	terminale	oui	non	non	non	non	non	oui HTA, diabète	non	non	non	non
51	homme	ouvrier	primaire	oui	oui	non	non	non	non	oui diabète, M...	oui	non	non	non
67	femme	sans prof...	secondaire	non	non	non	non	non	non	oui HTA	non	non	non	non
79	femme	sans prof...	primaire	oui	oui	non	non	non	non	oui diabète, M...	non	non	non	non
51	homme	etat privé	primaire	oui	non	non	22	oui	oui	oui diabète, HTA	oui	non	non	non
63	homme	retraité	terminale	oui	non	non	non	non	oui	oui diabète, HTA	non	non	non	non
73	femme	sans prof...	primaire	oui	oui	oui	oui	oui	non	non diabète, MCV	non	non	non	non
60	homme	sans prof...	primaire	non	non	non	non	non	non	oui HTA	oui	non	non	non
79	homme	etat privé	terminale	oui	oui	non	non	non	oui	oui diabète, M...	oui	non	non	non
59	femme	sans prof...	primaire	non	oui	non	non	non	non	oui MCV, HTA	non	non	non	non
16	femme	sans prof...	primaire	non	oui	non	non	oui	non	non MCV	non	non	non	non
60	femme	sans prof...	primaire	non	non	non	non	oui	non	oui diabète, M...	non	non	non	non
78	homme	sans prof...	terminale	non	non	non	non	non	non	oui HTA	non	non	non	non
52	homme	etat privé	terminale	oui	non	non	non	non	non	oui diabète, HTA	oui	non	non	non
88	femme	sans prof...	primaire	oui	non	non	non	non	oui	oui diabète, HTA	non	non	non	non
78	homme	retraité	secondaire	oui	non	non	non	non	non	non diabète	non	non	non	non
51	homme	etat privé	primaire	non	oui	non	non	non	non	oui MCV, HTA	oui	non	non	non
36	homme	etat privé	secondaire	non	oui	non	non	non	non	oui MCV, HTA	non	non	non	non
71	homme	etat privé	jamais	non	non	non	non	non	non	oui HTA	non	non	non	non
66	homme	retraité	secondaire	oui	oui	non	non	non	non	oui diabète, M...	non	non	non	non

Figure 07 : le logiciel SPSS.

1. Enquête de satisfaction :

Nous avons terminé nos séances éducatives par des quizz de satisfaction qui englobent l’avis des patients concernant : la participation des patients (individuels ou collectifs), l’organisation des entretiens, le jugement de nos réponses et explications, la durée et le rythme ; la recommandation de l’éducation ; les suggestions données pour notre amélioration Le patient peut répondre par Très satisfait, Satisfait, Moyennement satisfait ou Non satisfait pour toutes les questions selon un score donné comme suivant :



La réponse des patients sur les quizz de satisfaction est généralement dans la même journée sauf pour quelques patients qui sont disponibles pour une longue durée d’hospitalisation, nous avons donné une journée pour répondre.

CHAPITRE
3
RESULTATS

CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES :

Nombre de patients recrutés :

Le nombre de patients recrutés lors de notre étude était de 44 patients.

Répartition selon l'âge :

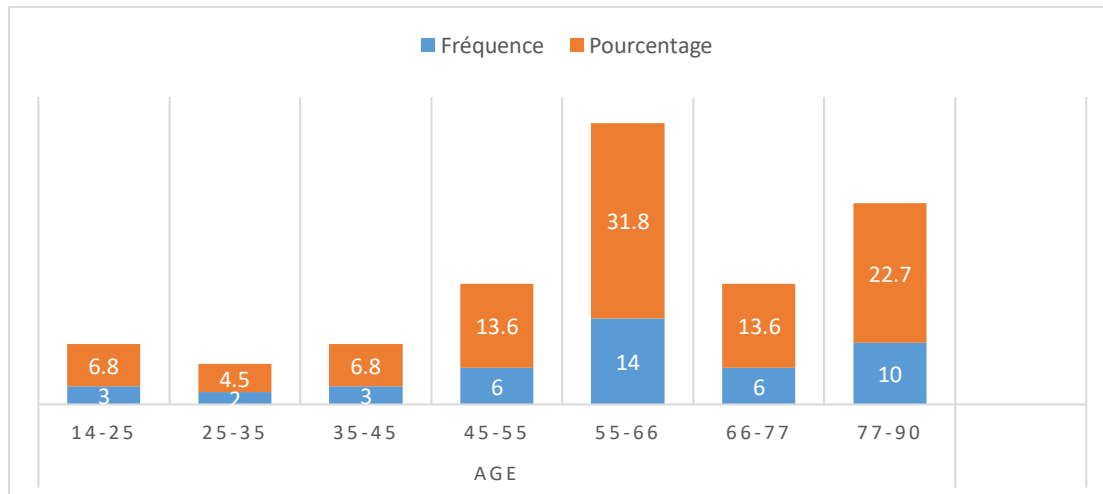


Figure 08 : Répartition des patients selon leur âge.

Les extrêmes d'âges des patients sont de 14 et 90 ans avec une moyenne d'âge de 60 ans. Un malade sur trois (1/3) environ à un âge compris entre 55 et 66 ans. La médiane est 62 et l'écart type est 18

Répartition selon le sexe :

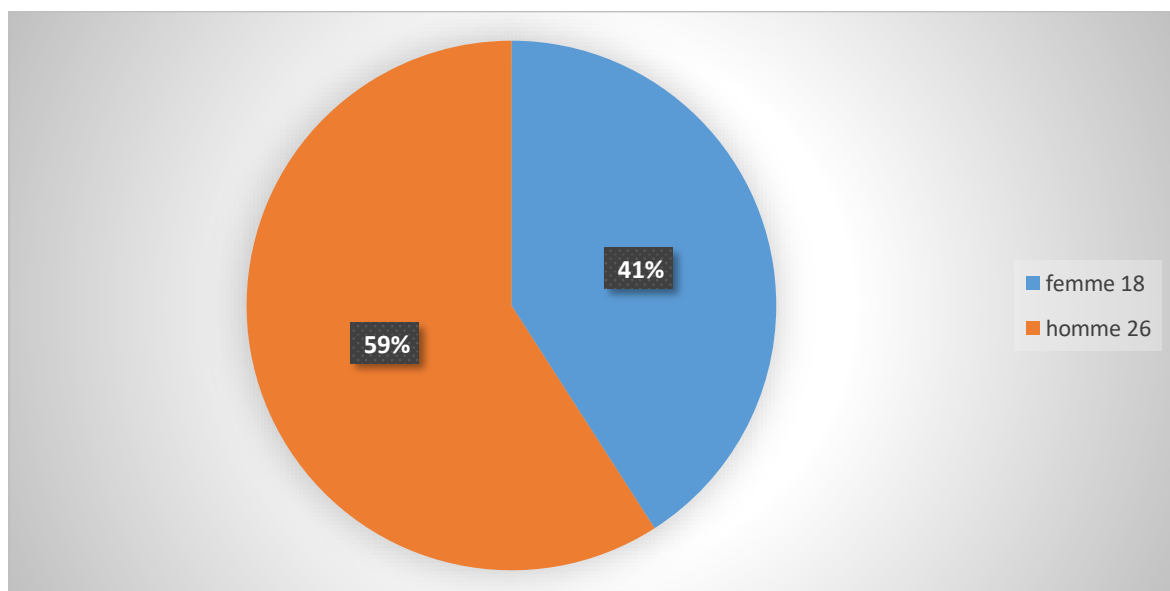


Figure 09 : Répartition des patients selon le sexe.

Notre échantillon se compose de 26 (59%) hommes et de 18 femmes (41%), le sex-ratio (H/F) est de 1,44.

Répartition selon l'adresse :

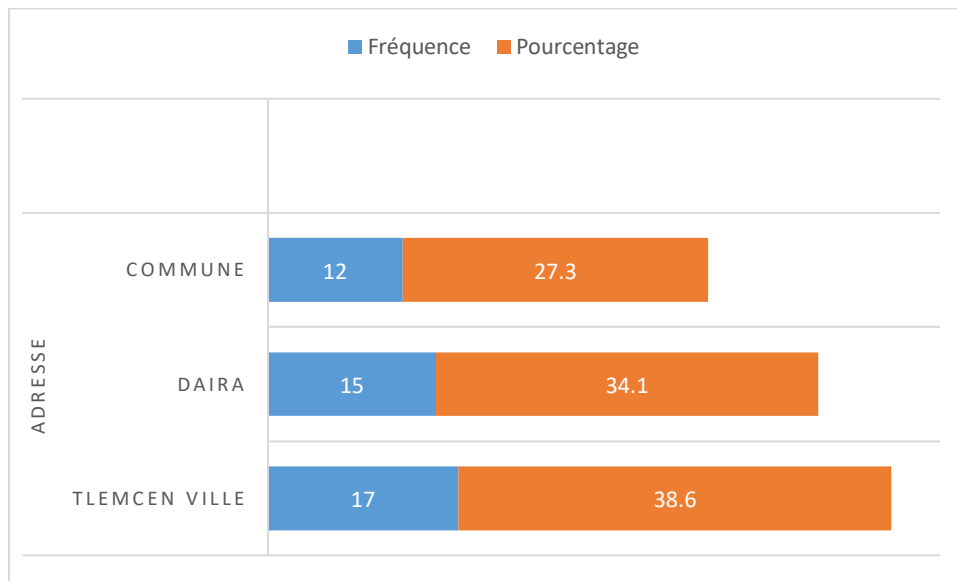


Figure 10 : Répartition selon l'adresse

La majorité des patients habitent à Tlemcen ville

Répartition selon la profession :

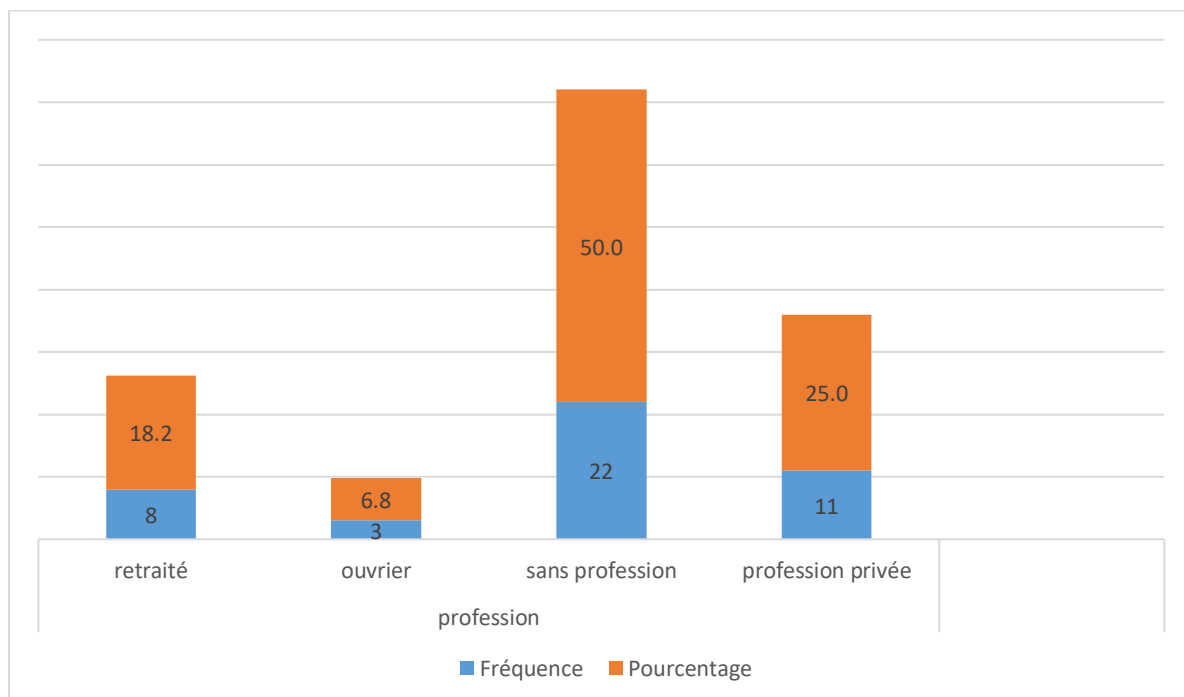


Figure 11 : Répartition des patients selon la profession.

Nous avons 22 (50%) patients sans profession, et 11 (25%) patients ont une profession privée.

Répartition selon le niveau d'instruction :

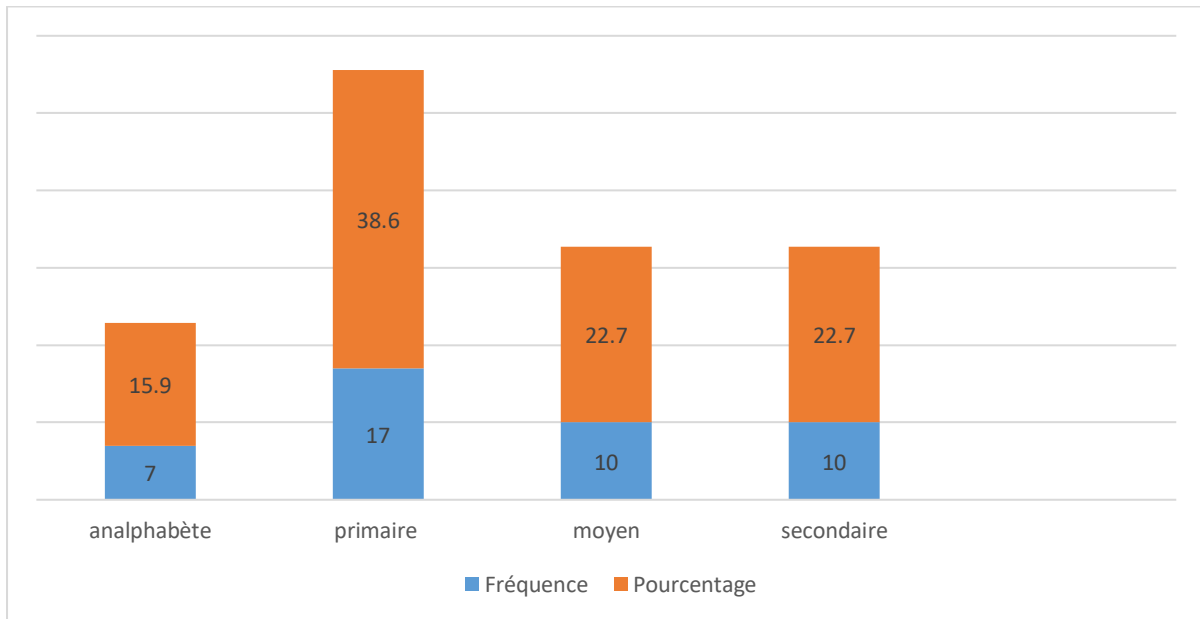


Figure 12 : Répartition des patients selon le niveau d'instruction.

Nous avons 24 (59%) patients sont analphabètes, ou avec un niveau primaire.

Répartition selon les pathologies associées :

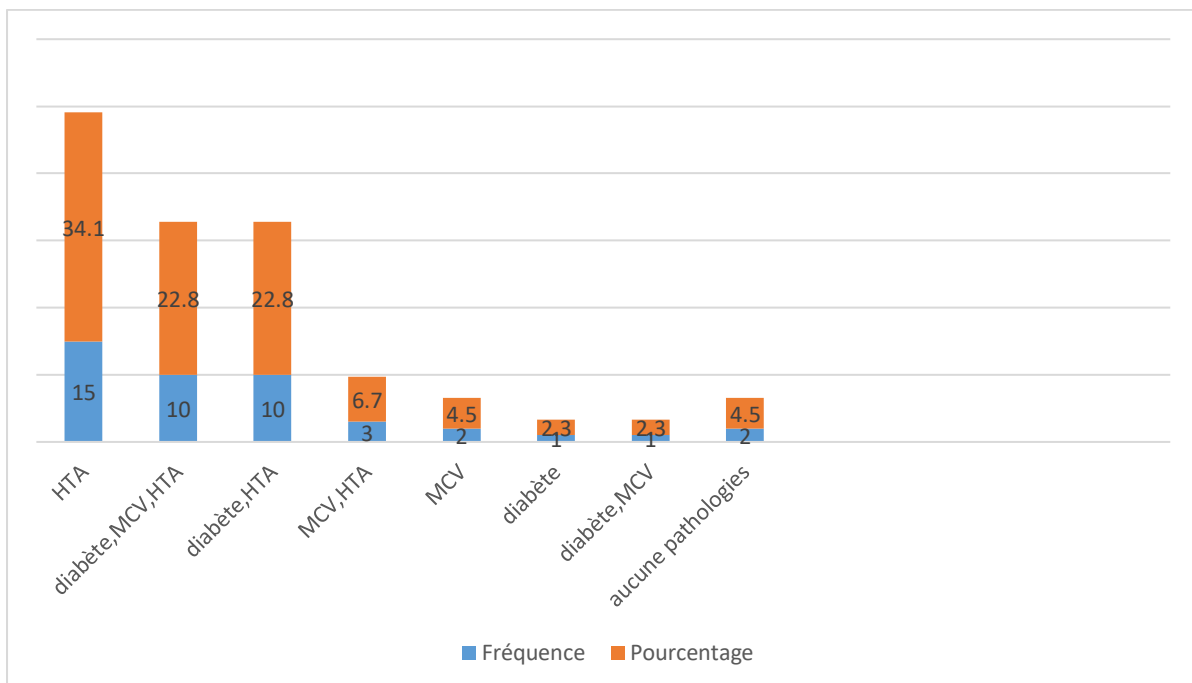
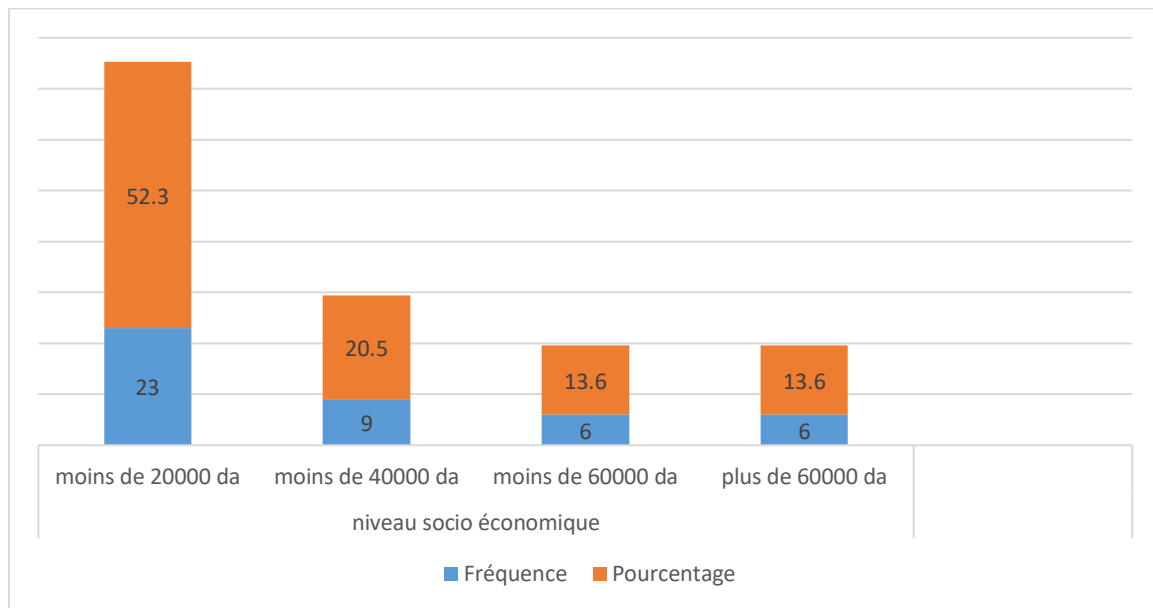


Figure 13 : Répartition selon les pathologies associées.

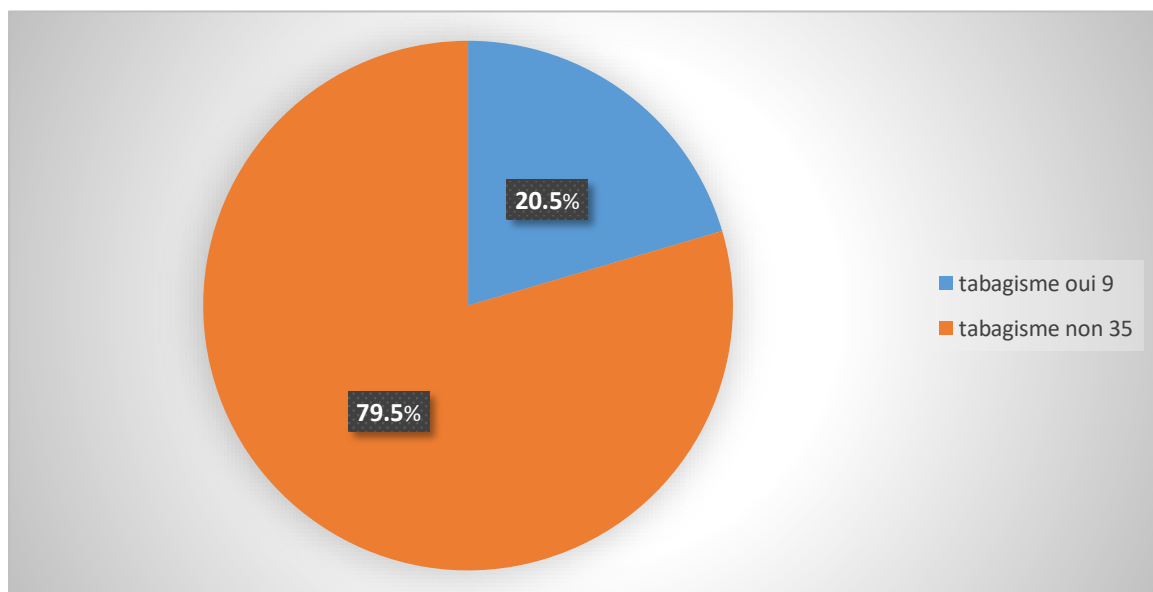
Nous avons 15 (34,1%) patients qui ont seulement l'hypertension artérielle, et 10 (22,8%) qui ont trois pathologies associées (diabète, hypertension artérielle et maladie cardiovasculaire)

Niveau socio-économique :**Figure 14 : Répartition des patients selon le niveau socio-économique.**

23 patients (52,3%) ont un salaire moins de 20000da /mois et 6 patients (13,6%) ont un salaire favorable.

Selon les addictions :

Tabagisme et alcool :

**Figure 15 : Répartition des patients selon les addictions.**

9 patients (20,5%) sont des fumeurs et aucun patient ne déclare prendre de l'alcool

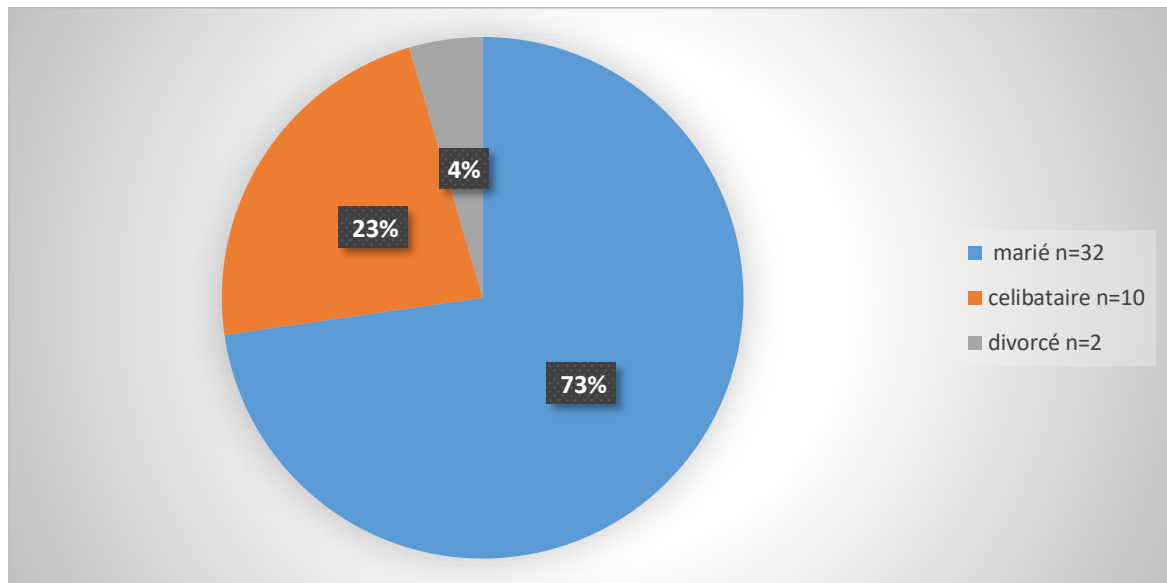
Situation familiale :

Figure 16 : Répartition des patients selon la situation familiale.

32 patients (72,2%) sont des patients mariés.

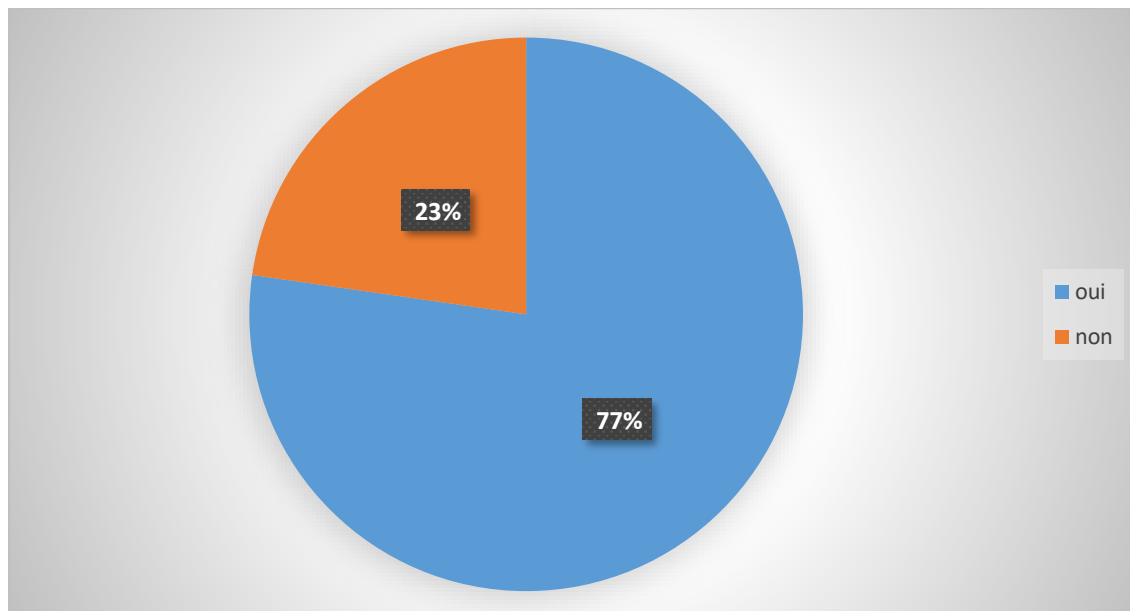
Assurance maladie :

Figure 17 : Répartition des patients selon l'assurance maladie.

34 patients (77,3%) sont assurés.

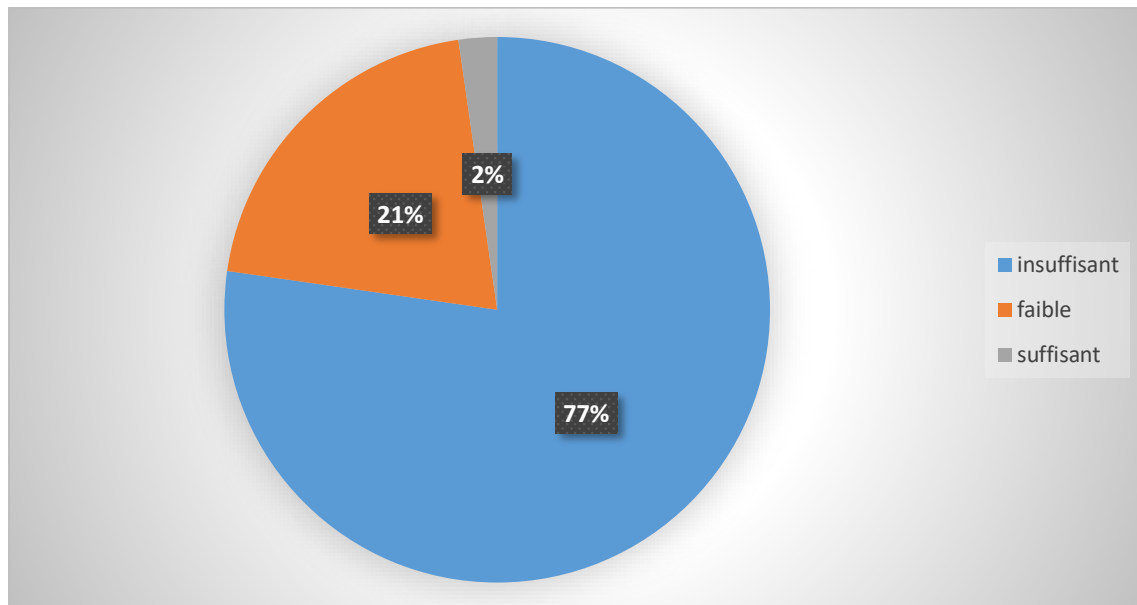
Connaissances antérieures sur la maladie :

Figure 18 : Répartition des patients selon les connaissances sur la maladie.

Les trois quarts des patients (3/4) ne connaissent rien de leur maladie parce qu'ils n'ont jamais consulté.

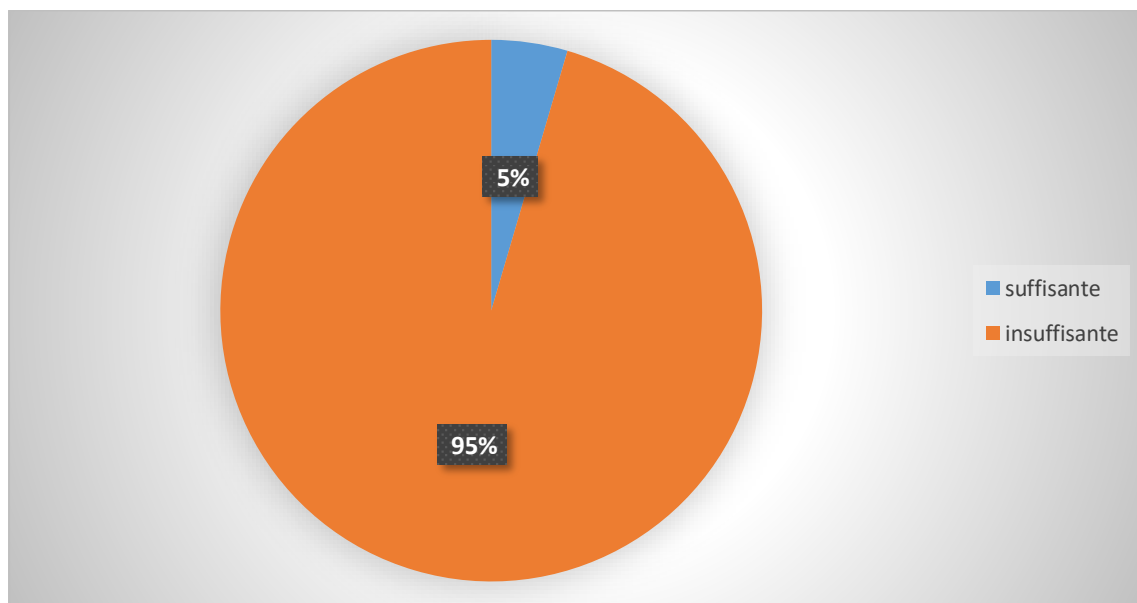
Niveau d'information sur le régime :

Figure 19 : Répartition des patients selon le niveau d'information sur le régime.

La quasi majorité des patients a une connaissance très faible sur le régime.

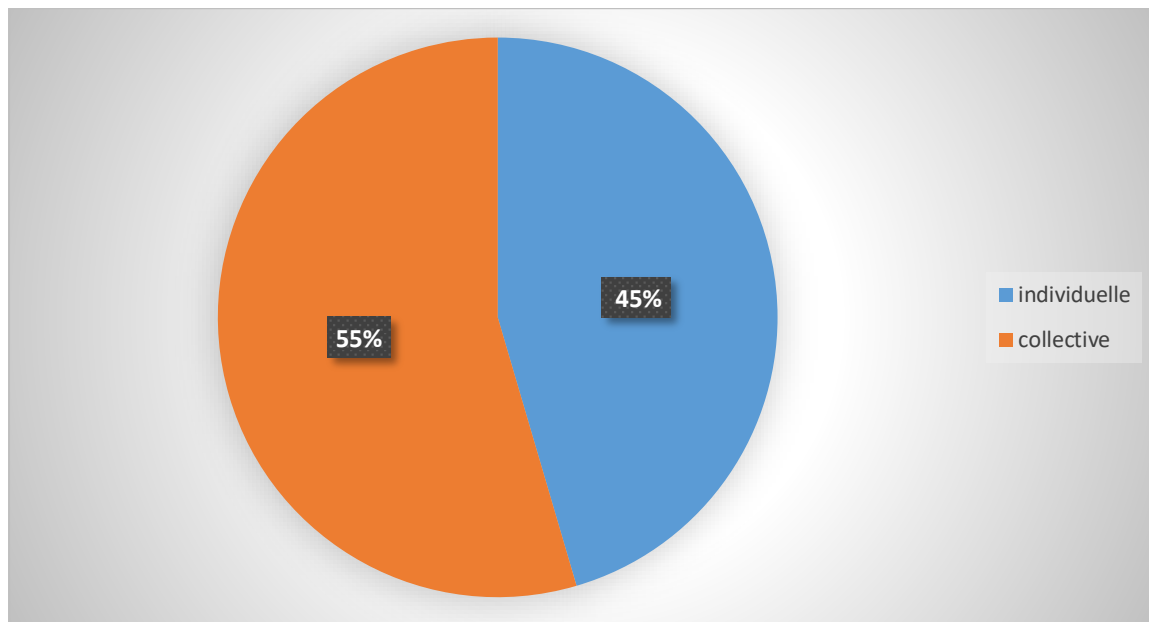
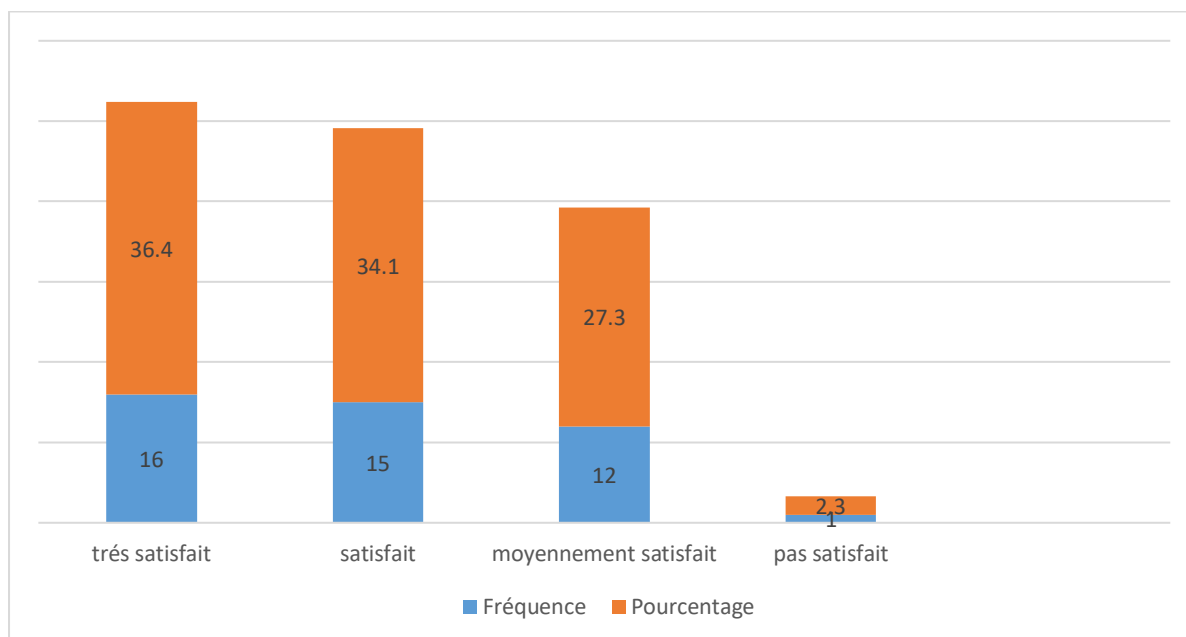
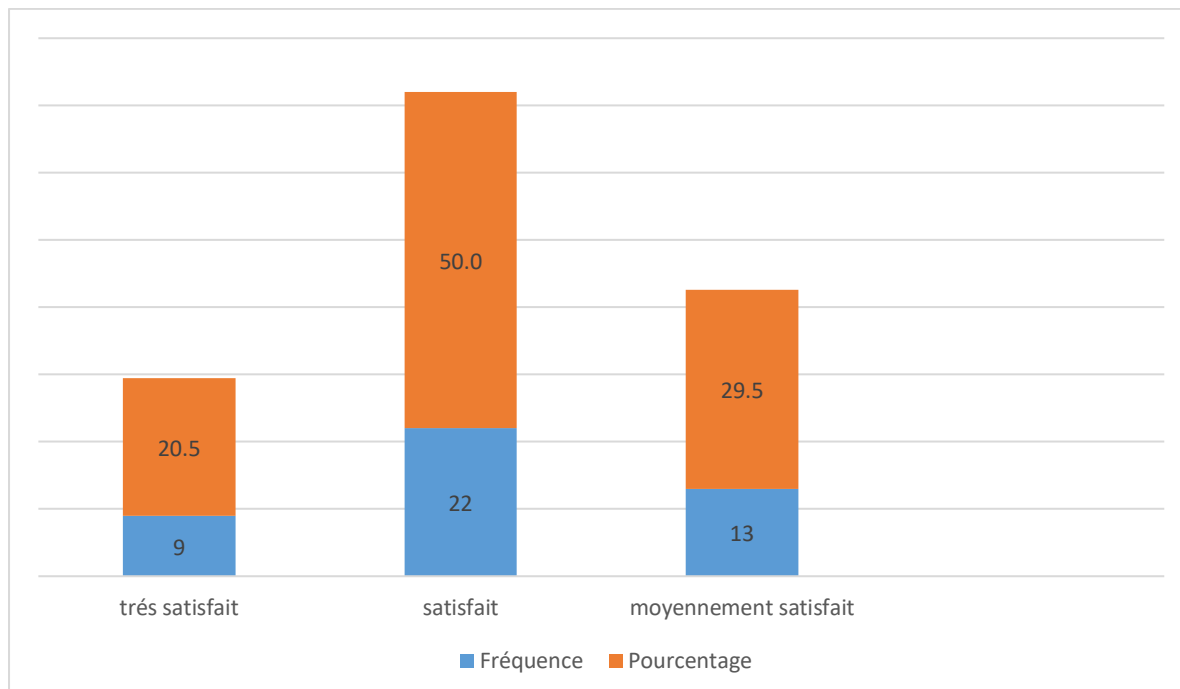
EVALUATION DES PATIENTS A L'ENQUETE DE SATISFACTION :**Selon la participation individuelle ou avec un accompagnant aux entretiens :**

Figure 20 : Répartition des patients selon la participation individuelle ou avec un accompagnant aux entretiens.

Plus la moitié des patients était accompagnée par un proche au moment des entretiens (24 versus 20 patients)

Durée des entretiens (en moyenne 45 minutes) :**Figure 21 : Répartition des patients selon la satisfaction de la durée des entretiens.**

Environ deux tiers des patients trouvent la durée d'entretien satisfaisante.

Techniques de communication utilisées :**Figure 22 : Répartition des patients selon la satisfaction des techniques de communication utilisées**

13 patients ont trouvé que nous n'avons pas été assez claires dans les explications.

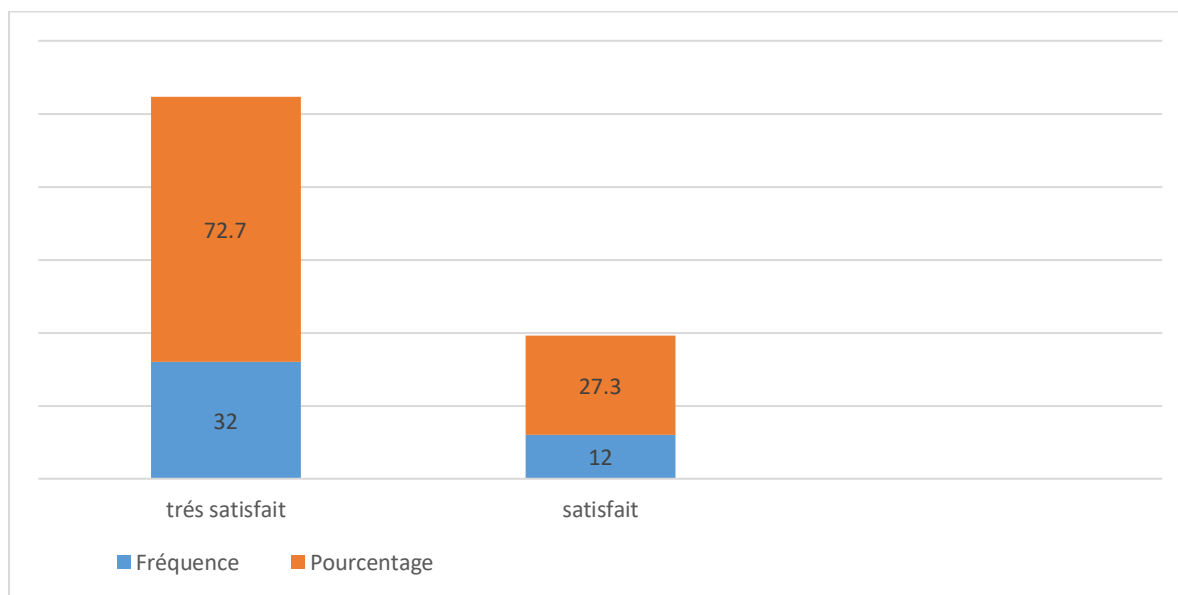
Niveau de pertinence des informations apportées aux patients :

Figure 23 : Répartition des patients selon la satisfaction du niveau de pertinence des informations apportées.

Environ trois quarts des patients sont très satisfaits de l'importance des informations apportées.

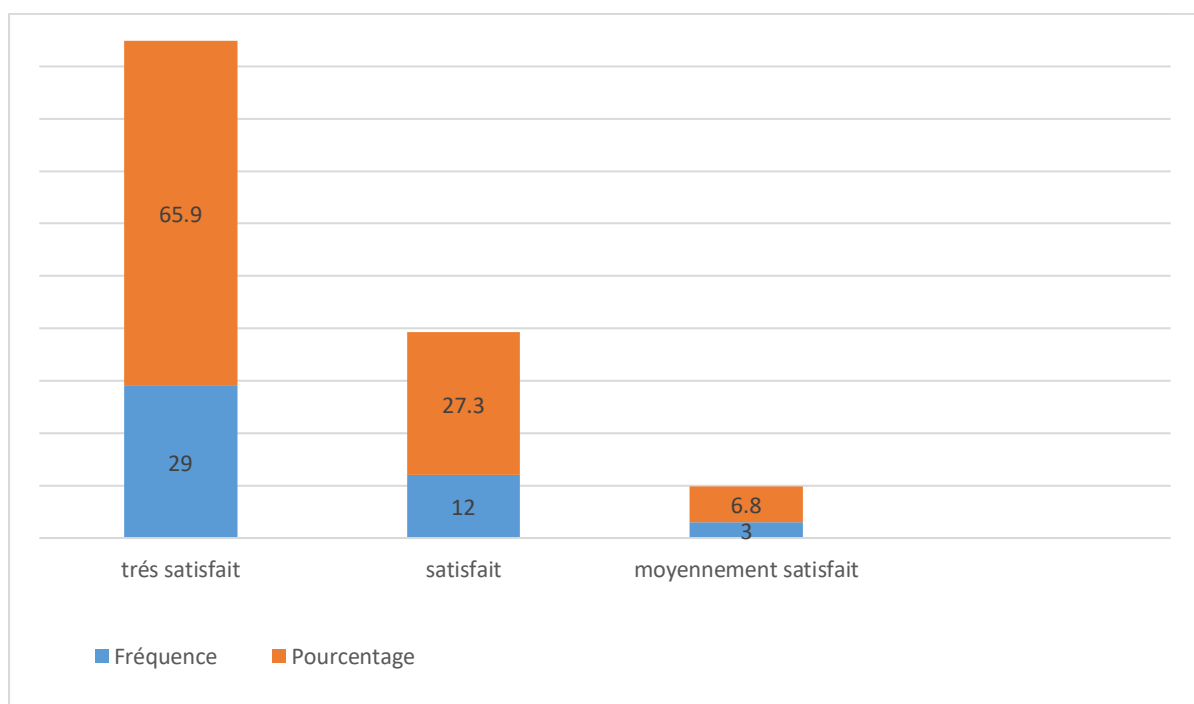
Selon les réponses proposées par rapport aux attentes des patients :

Figure 24 : Répartition des patients selon la satisfaction des réponses proposées.

La majorité des patients est satisfaite des réponses proposées à leurs questions

Intérêt des entretiens pour comprendre et vivre avec la maladie :

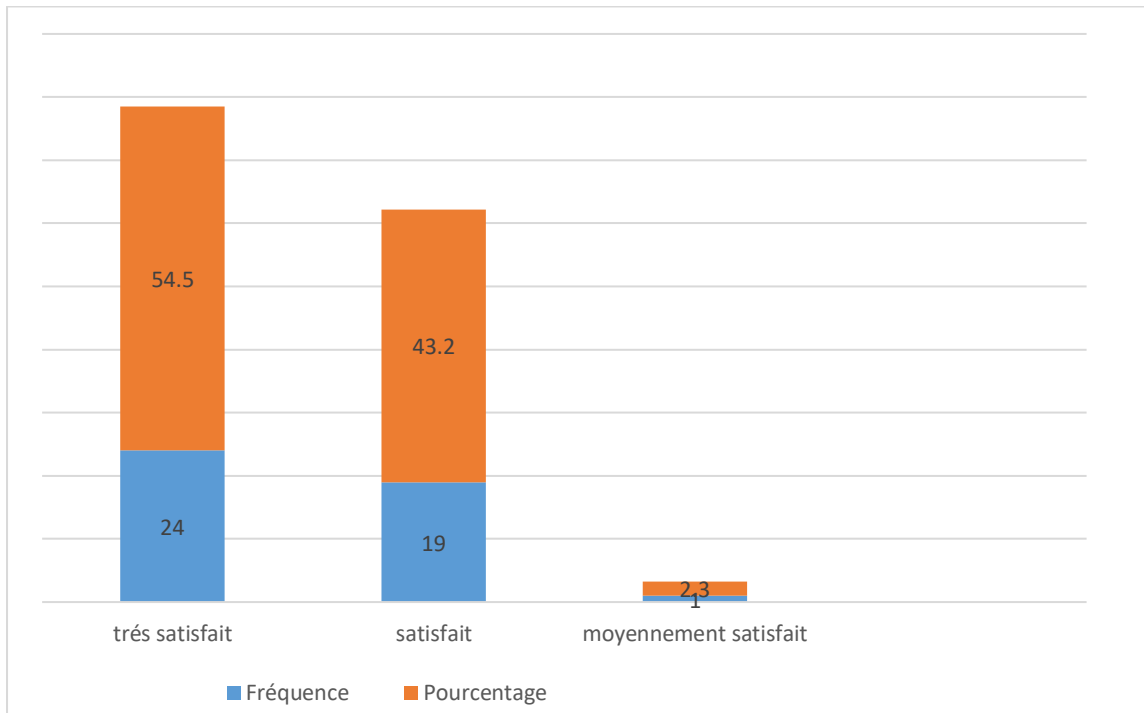


Figure 25 : Répartition des patients selon le niveau de satisfaction de la compréhension des différents aspects de la maladie.

La quasi majorité des patients a trouvé un grand intérêt aux entretiens pour comprendre et vivre avec leur maladie

Moyens matériels de démonstration utilisés lors des ateliers :

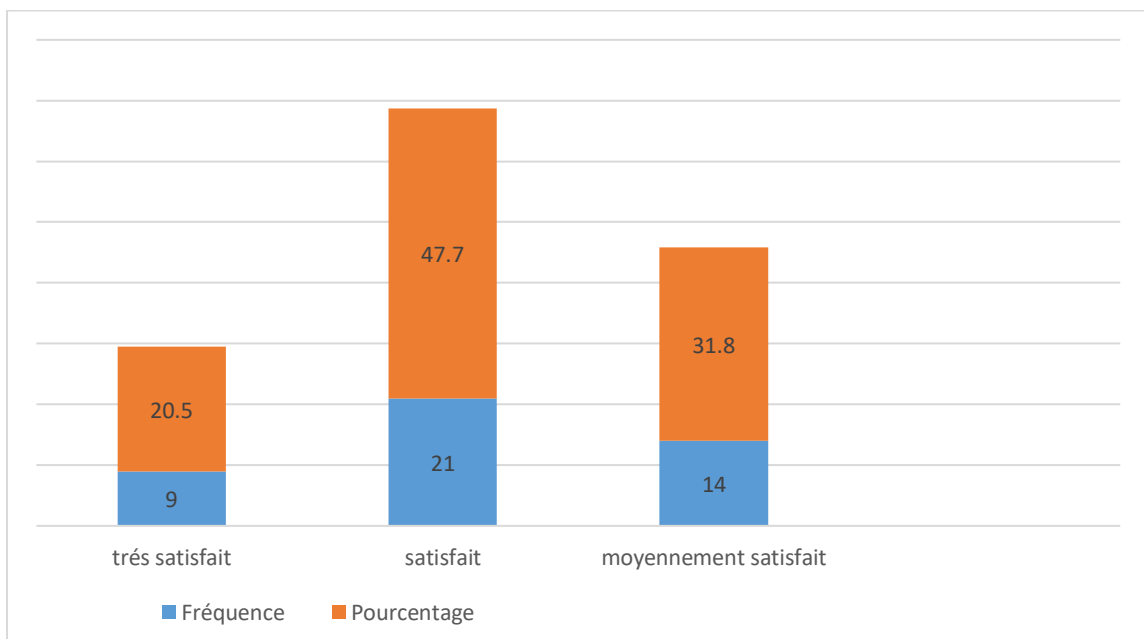


Figure 26 : Répartition des patients selon la satisfaction des moyens matériels de démonstration utilisés

Les deux tiers des patients environ sont globalement satisfaits des moyens utilisés.

Documents d'information utilisés :

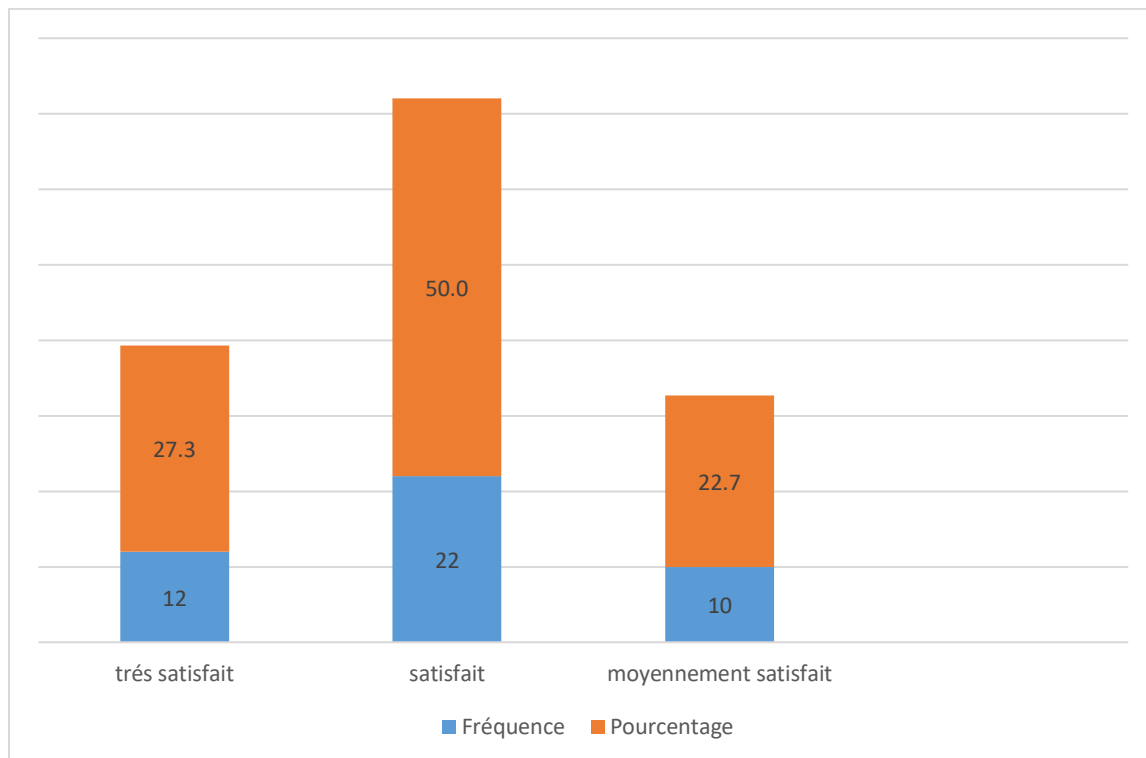


Figure 27 : Répartition des patients selon la satisfaction des documents utilisés.

Trois quart des patients sont satisfaits des documents d'information présentés.

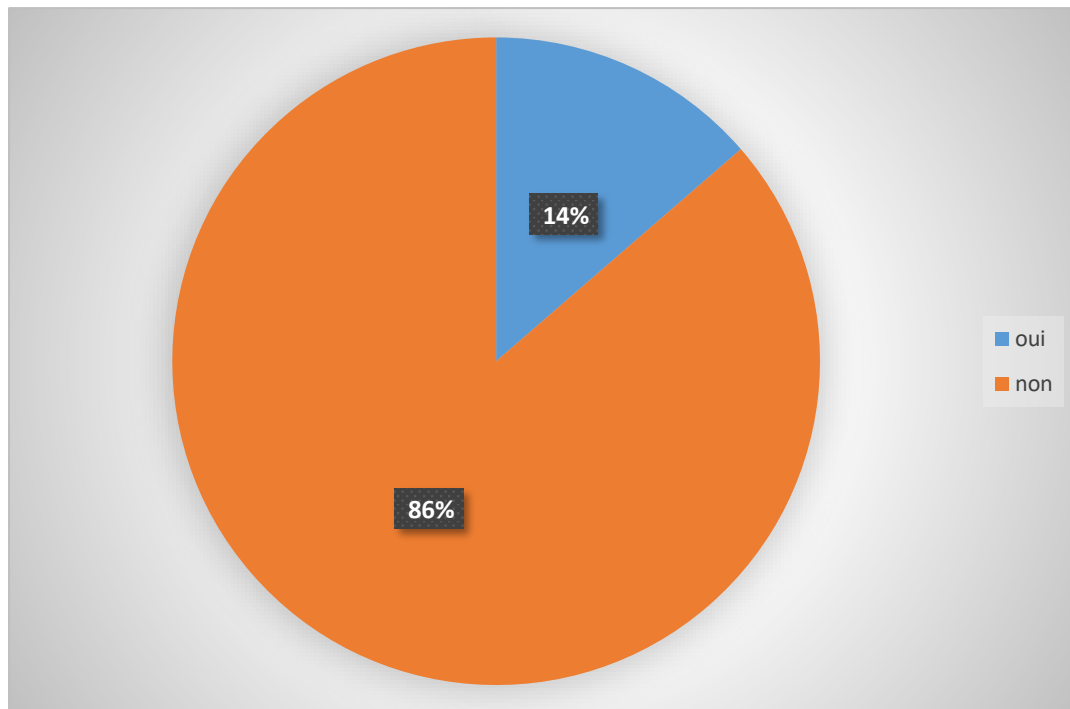
Propositions de thèmes complémentaires par les patients :

Figure 28 : Répartition des patients selon la proposition des thèmes complémentaires

Seuls six patients ont demandé des informations supplémentaires sur la maladie, le régime et le traitement.

CHAPITRE
4
DISCUSSION

Discussion

L'insuffisance rénale chronique terminale : habituellement précédée d'explication sur la maladie, le régime et les médicaments afin de retarder l'évolution.

Le patient est aussi informé sur les avantages et les inconvénients des différentes modalités du traitement de suppléance et sur la confection de l'abord de dialyse.

Dans notre recrutement, 77% des patients n'ont jamais consulté et ils n'avaient aucune idée sur les entretiens éducatifs, ni d'informations sur leur maladie, ou traitement ou son régime. Cette absence de connaissance peut-elle être expliquée par le niveau d'instruction bas (59% patients sont analphabètes, ou avec un niveau primaire) ou le niveau socioéconomique (52,3% ont un salaire moins de 20000da/mois ?

L'arrivée brutale de la majorité des patients à la dialyse -souvent en urgence- avec prise en charge définitive est un choc psychologique pour le patient et sa famille ; ces difficultés psychologiques d'adaptation avec la maladie sont à plusieurs niveaux :

- Au moment d'annonce de la mise en dialyse
 - Situation de dépendance des autres avec dégradation des relations avec l'entourage
 - Difficultés sociales et professionnelles
 - Fatigue limitant les activités quotidiennes
 - Contraintes alimentaires, en particulier, le contrôle des apports liquidiens en pays chaud
 - Médicaments : pourquoi et quand (ils disent que la dialyse suffit sans médicament, en plus ils ont plusieurs médicaments, ils oublient parfois de prendre leur médicament) ?
- De plus de ces difficultés psychologiques, le patient doit comprendre le rôle de la machine de dialyse, la gestion de la fistule artérioveineuse ou du cathéter, la qualité de vie individuelle et en société.

Lors de notre premier contact avec les patients, la majorité était dans un état de fragilité psychologique ; aussi, nous avons entamé les entretiens éducatifs par une séance de motivation, en les écoutant et en les laissant exprimer leurs sentiments et besoins. La quasi majorité des patients (97%) a trouvé un grand intérêt aux entretiens pour comprendre et essayer de vivre avec leur maladie.

Nous avons enrichi nos patients par des informations sur leur régime alimentaire vu que 90% n'ont pas des connaissances sur les aliments adaptés à leur maladie ni les apports

alimentaires convenables et d'autant que nous avons beaucoup de diabétiques et des hypertendus.

L'entretien sur le régime les a beaucoup intéressé, 70% étant satisfaits des documents présentés et même des réponses proposées à leurs questions

L'âge moyen des patients était de 60 ans et leur état physique et mental ont imposé une participation collective aux entretiens avec leurs proches dans environ la moitié des cas. Cependant, nous avons sensibilisé les patients pour être partie prenante de leur propre prise en charge, car les soins ambulatoires ne les mettent au contact du médecin traitant qu'au cours des séances de dialyse.

La description de la modalité d'hémodialyse avec ses avantages et ses inconvénients était correctement appréciée. Les conséquences de cette modalité sur la vie quotidienne du patient n'ont pu être appréhendées (faute de temps)

Les moyens pédagogiques de sensibilisation et d'informations, destinés à faciliter les apprentissages, à susciter l'interactivité et le questionnement des patients ont peut-être manqué de :

- Absence de psychologue, diététicien,...
- Absence de jeux de rôle (de préférence avec patients déjà dialysés)
- Absence très fréquente d'ordinateur au domicile

Limites du travail

La modification du plan d'éducation thérapeutique en plan de séances d'information et de sensibilisation a été motivée par :

- Courte durée de la période d'étude
- Le séjour des patients à l'hôpital était bref (environ 3 à 5 jours) ne permettant pas de multiplier les entretiens, et d'améliorer leur contenu
- L'absence de suivi de la maladie rénale chronique et donc l'absence de connaissance sur la maladie, le régime et le traitement

Conclusion

Les entretiens de sensibilisation et d'informations des patients sont une première étape pour mieux se prendre en charge, puis que la plupart des patients avaient une mauvaise connaissance sur leur maladie, le régime et leur traitement.

Ils étaient satisfaits de ces entretiens, des informations et des documents que nous avons donné, de même que pour les techniques de communication que nous avons utilisées.

Cependant, pour mieux réaliser les autosoins face aux symptômes éventuels, et améliorer la qualité de vie, un véritable programme d'éducation devrait être proposé et appliqué à ces patients.

Références :

1. Gueutin V, Deray G, Isnard-Bagnis C, Janus N. La physiologie rénale. *Journal de Pharmacie Clinique*. 2011;30(4):209-14.
2. Bessaguet F, Desmoulière A. Les reins. *Actualités pharmaceutiques*. 2020;59(595-596):57-60.
3. Lacour B. Physiologie du rein et bases physiopathologiques des maladies rénales. *Revue francophone des laboratoires*. 2013;2013(451):25-37.
4. Lacour B, Massy Z. Diagnostic, suivi biologique de l'insuffisance rénale chronique et prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale. *Revue francophone des laboratoires*. 2013;2013(451):59-73.
5. Brucker M, Caillard S, Moulin B. Quelles méthodes choisir pour évaluer la fonction rénale chez le transplanté? *Néphrologie & thérapeutique*. 2008;4:S40-S4.
6. Dussol B. Méthodes d'exploration de la fonction rénale: intérêt et limites des formules permettant d'estimer la fonction rénale. *Immuno-analyse & Biologie Spécialisée*. 2011;26(1):6-12.
7. 2008.
8. Vidal-Petiot E, Flamant M. Mesure et estimation du débit de filtration glomérulaire. *Néphrologie & Thérapeutique*. 2017;13(7):560-8.
9. Dussol B. Différents stades de l'insuffisance rénale chronique: recommandations. *Immuno-analyse & Biologie Spécialisée*. 2011;26(2):55-9.
10. Cheurfa T, Tlilane NK. L'insuffisance rénale chronique terminale en Algérie: Aspects épidémiologiques et économiques. *Les cahiers du cread*. 2015;112:113-35.
11. Canaud B. Principes et modalités d'application de l'hémodialyse au traitement de l'insuffisance rénale chronique. *Néphrologie & thérapeutique*. 2009;5(3):218-38.
12. Ryckelynck J-P, Lobbedez T, de Ligny BH. Dialyse péritonéale. *Néphrologie & thérapeutique*. 2005;1(4):252-63.
13. Arcari C, Canivet C, Mohara C, Ory-Magne F, Brefel-Courbon C. L'éducation thérapeutique du patient. *Pratique Neurologique-FMC*. 2012;3(1):55-61.
14. Bouric G, Beaumont M. L'éducation thérapeutique du patient. *Kinésithérapie, la revue*. 2011;11(115-116):17-9.
15. Chambouleyron M, Lasserre-Moutet A, Lagger G, Golay A. L'éducation thérapeutique du patient, quelle histoire! *Médecine des Maladies Métaboliques*. 2013;7(6):543-7.
16. Valérie G. L'éducation thérapeutique du patient.
17. Tourette-Turgis C, Isnard-Bagnis C. Éducation thérapeutique. *Néphrologie & thérapeutique*. 2013;9(4):235-40.
18. Taillardat-Beneteau C, editor L'éducation thérapeutique du patient (ETP). *Points de repères et perspectives. Annales pharmaceutiques françaises*; 2008: Elsevier.
19. Reach G. Éthique de l'éducation thérapeutique. *Douleur et Analgésie*. 2017;30(3):131-40.
20. Bourdillon F, Collin J-F. Une politique pour l'éducation thérapeutique du patient. Elsevier Masson; 2009. p. 1770-3.
21. Grimaldi A. L'éducation thérapeutique en questions. *Obésité*. 2014;9(4):262-70.
22. Iguenane J, Gagnayre R. L'éducation thérapeutique du patient: le diagnostic éducatif. *Les cahiers de kinésithérapie*. 2004;2:58-64.
23. Reach G. L'éducation thérapeutique du patient comme élément structurant du parcours du soin. *Médecine des maladies Métaboliques*. 2017;11(1):22-7.
24. Guilbert J-J. L'ensorcelante ambiguïté de «savoir, savoir-être et savoir-faire». *Pédagogie médicale*. 2001;2(1):23-5.
25. Manns BJ, Taub K, VanderStraeten C, Jones H, Mills C, Visser M, et al. The impact of education on chronic kidney disease patients' plans to initiate dialysis with self-care dialysis: a randomized trial. *Kidney international*. 2005;68(4):1777-83.

26. Hays R, Waterman AD. Improving preemptive transplant education to increase living donation rates: reaching patients earlier in their disease adjustment process. *Progress in Transplantation*. 2008;18(4):251-6.
27. Lacson Jr E, Wang W, DeVries C, Leste K, Hakim RM, Lazarus M, et al. Effects of a nationwide predialysis educational program on modality choice, vascular access, and patient outcomes. *American Journal of Kidney Diseases*. 2011;58(2):235-42.
28. Chisholm MA, Mulloy LL, Jagadeesan M, DiPiro JT. Impact of clinical pharmacy services on renal transplant patients' compliance with immunosuppressive medications. *Clinical transplantation*. 2001;15(5):330-6.
29. Disease K, Work IGOKHC. KDIGO 2018 clinical practice guideline for the prevention, diagnosis, evaluation, and treatment of hepatitis C in chronic kidney disease. *Kidney international supplements*. 2018;8(3):91.
30. Taylor RS, Brown A, Ebrahim S, Jolliffe J, Noorani H, Rees K, et al. Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *The American journal of medicine*. 2004;116(10):682-92.
31. Fadem SZ, Walker DR, Abbott G, Friedman AL, Goldman R, Sexton S, et al. Satisfaction with renal replacement therapy and education: the American Association of Kidney Patients survey. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*. 2011;6(3):605-12.
32. Schatell D, Wise M, Klicko K, Becker BN. In-center hemodialysis patients' use of the internet in the United States: a national survey. *American journal of kidney diseases*. 2006;48(2):285-91.
33. Morton R, Tong A, Howard K, Snelling P, Webster A. The views of patients and carers in treatment decision making for chronic kidney disease: systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *BMJ (Clinical research ed)*. 2010;340.
34. Winterbottom A, Conner M, Mooney A, Bekker HL. Evaluating the quality of patient leaflets about renal replacement therapy across UK renal units. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2007;22(8):2291-6.
35. Organization WH. Education thérapeutique du patient: programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques: recommandations d'un groupe de travail de l'OMS. Copenhague: OMS. Bureau régional de l'Europe, 1998.

Annexe I : fiche de renseignement de patient

FICHE DE RENSEIGNEMENT DE PATIENT	
	N° __
Nom et Prénom : _____	
Age: _____	
Adresse : _____	
Sexe: homme <input type="checkbox"/> femme <input type="checkbox"/>	
Profession : _____	
Niveau d'instruction :: _____	
Pathologies associées : <input type="checkbox"/> Diabète	
<input type="checkbox"/> Maladie cardiovasculaire	
<input type="checkbox"/> maladie respiratoire	
<input type="checkbox"/> Obésité	
<input type="checkbox"/> Anémie	
<input type="checkbox"/> hypertension artérielle	
<input type="checkbox"/> Autres (préciser) _____	
les addictions :	
➤ Tabagisme oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
➤ Alcool oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
➤ Autre _____	
Niveau socio économique: <input type="checkbox"/> <2000da <input type="checkbox"/> <4000da <input type="checkbox"/> <6000da <input type="checkbox"/> >6000da	
Thérapie:	
➤ Médicament _____ oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> lesquels <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div>	
Situation familiale : _____	
Assurance maladie : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Connaissances antérieur sur la maladie : <input type="checkbox"/> null <input type="checkbox"/> moyenne <input type="checkbox"/> fort	
Niveau d informations sur le régimes : <input type="checkbox"/> suffisante <input type="checkbox"/> insuffisante	
Par qui ? : _____	

Annexe II : Quiz de satisfaction d'ETP

Quiz de satisfaction d' ETP

1. Vous participer a des 4 ateliers : individuelle collectif

2. Que pensez vous sur La durée des entretiens ? :
 Très satisfait satisfait moyennement satisfait pas satisfait

3. Comment était nos techniques de communication ? :
 Très satisfait satisfait moyennement satisfait pas satisfait

4. Avez-vous comprendre comment vivre avec la maladie ? :
 Très satisfait satisfait moyennement satisfait pas satisfait

5. les moyens et matériels de démonstrations utilisés lors des ateliers étaient:
 Très satisfait satisfait moyennement satisfait pas satisfait

6. les informations sur le traitement était :
 Très satisfait satisfait moyennement satisfait pas satisfait

7. les informations sur le régime était :
 Très satisfait satisfait moyennement satisfait pas satisfait

8. Pensez vous que ces ateliers vont vous aidez a mieux vivre avec votre maladie :
 Très satisfait satisfait moyennement satisfait pas satisfait

9. Les explications donnees au cours ces ateliers étaient-elles claires :
 Très satisfait satisfait moyennement satisfait pas satisfait

10. L'organisation des ateliers vous a telle convenue :
 Très satisfait satisfait moyennement satisfait pas satisfait
11. les documents utilise ou remis étaient ils utiles ?
 Très satisfait satisfait moyennement satisfait pas satisfait

12. Pensez vous que d'autres thèmes devrait être abordes lors de ces ateliers ?
 Si... oui les quels ?

13. Comment jugez vous nos réponses a vos questions ?
 Très satisfait satisfait moyennement satisfait pas satisfait

14. Que pensez-vous sur le rythme de l'entretien ?
 Très satisfait satisfait moyennement satisfait pas satisfait
15. Le nombre de consultation d' ETP était :
 Très satisfait satisfait moyennement satisfait pas satisfait

16. Recommandez vous ces consultation d'ETP ?
 Oui non pourquoi?.....

17. Suggestions sur les points a améliorer ou commentaires :

Résumé :

La maladie rénale chronique, avant et pendant la dialyse nécessite un apprentissage aux soins pour réduire les complications et améliorer la qualité de vie

44 patients recrutés de novembre 2021 à mai 2022. 2 à 3 séances d'informations et sensibilisation ont été réalisées au moment de l'hospitalisation. Un questionnaire de satisfaction est proposé à la fin des entretiens.

Age moyen est de 60 ans ; niveau d'instruction est bas chez plus de la moitié ; niveau socioéconomique est bas chez la moitié ; les connaissances sur maladie, régime, et traitement sont insuffisantes chez la majorité.

La courte durée de la période d'étude, le séjour bref des patients à l'hôpital et l'absence de suivi de la maladie rénale chronique, ont imposé des entretiens de sensibilisation et d'informations que les malades ont apprécié.

L'ETP reste un objectif à atteindre pour améliorer la prise en charge de l'IRCT.

Mots clé : informations et sensibilisation, apprentissage aux soins

Abstract:

Chronic kidney disease, before and during dialysis, requires learning to care to reduce complications and improve quality of life

44 patients recruited from November 2021 to May 2022. 2 to 3 information and awareness sessions were carried out at the time of hospitalisation. A satisfaction questionnaire is proposed at the end of the interviews.

Average age is 60 years; education level is low in more than half; socio-economic level is low in half; knowledge about disease, diet, and treatment is insufficient in the majority.

The short duration of the study period, the short stay of the patients in hospital and the lack of follow-up of the chronic kidney disease, imposed awareness and information interviews that the patients appreciated.

Education therapy remains a goal to be achieved to improve the management of chronic end-stage renal disease.

Keys words: awareness and information, learning to care

ملخص:

يتطلب مرض الكلى المزمن، قبل وأثناء غسيل الكلى، التعرف على الرعاية لتقليل المضاعفات وتحسين نوعية تم تجنيد 44 مريضاً من نوفمبر 2021 إلى ماي 2022 وعقدت 2 إلى 3 جلسات إعلامية وتوعوية وقت دخول المستشفى ويقترح استبيان بشأن الرضى في نهاية المقابلات

متوسط العمر 60 سنة؛ مستوى التعليم منخفض عند أكثر من النصف؛ المستوى الاجتماعي الاقتصادي منخفض إلى النصف؛ المعرفة حول المرض والنظام الغذائي والعلاج غير كافية في الغالبية تطأبت المدة القصيرة لفترة الدراسة قصر إقامة المرضى، وعدم متابعة المرض الكلوي المزمن، اجتماعات توعوية ومعلومات يقدرها المرضى

لا يزال التعليم العلاجي هدفاً يجب تحقيقه لتحسين إدارة المرض الكلوي المزمن
الكلمات المفتاحية: إعلامية وتوعوية، التعرف على الرعاية