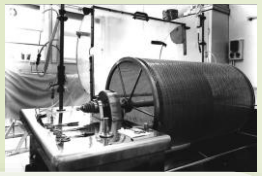
La Maladie Rénale Chronique (MRC)

Mme Gros Adeline, IPA en néphologie.
Mme Gagnet Perrine, IDE en Hémodialyse
CH Dole Louis Pasteur.

SOMMAIRE

Introduction
I/ Anatomie et physiologie du rein
II/ Les rôle du rein
III/ La maladie rénale chronique
IV/ Les traitements possibles
V/ La théorie de la transition
VI/ Zoom sur le rôle de l'AS
Conclusion
Annexe
Bibliographie

INTRODUCTION : un peu d'histoire



1827 – Naissance officielle de la néphrologie
Richard Bright décrit les maladies du rein (« Bright's disease »).

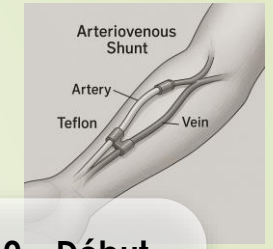
1943 – Premier rein artificiel
Kolff réalise la première hémodialyse efficace.

1946–1948 – Premières dialyses péritonéales
thérapeutiques

1950–1951 – Première biopsie rénale percutanée
Iversen & Brun.

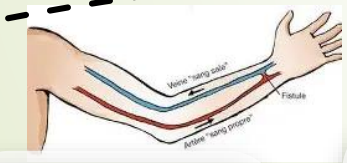
1956 – Première greffe rénale réussie
(jumeaux identiques)

1959 – Première greffe entre jumeaux
non identiques



1960 – Début de l'hémodialyse chronique.
Scribner et son shunt AV.

1962 – Première greffe entre non apparentés



1966 – Création de la fistule artérioveineuse
Brescia & Cimino

1976–1978 – Développement de la dialyse péritonéale ambulatoire
Moncrief & Popovich.

2002 – Définition mondiale de la MRC (KDOQI)

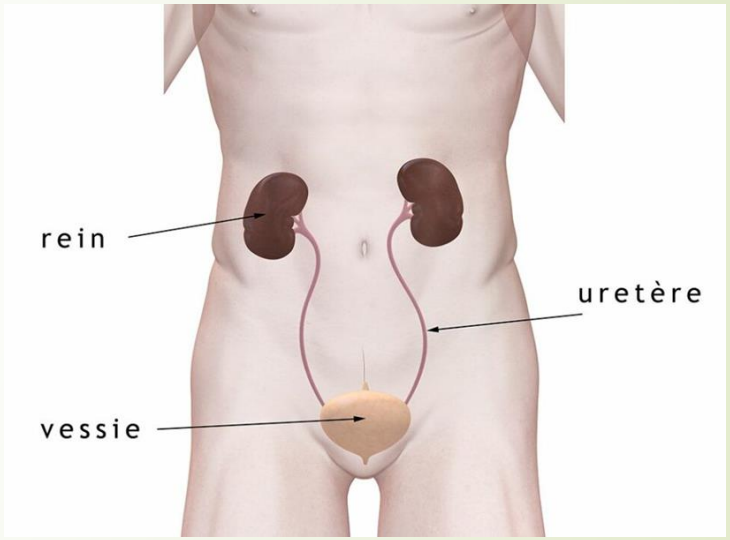
2007 – **Reprise de la greffe à cœur arrêté**
(donneurs maastricht III)

Années 2010 – Développement de la néphro protection moderne

2019–2021 – Arrivée des iSGLT2 : révolution dans la protection rénale

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

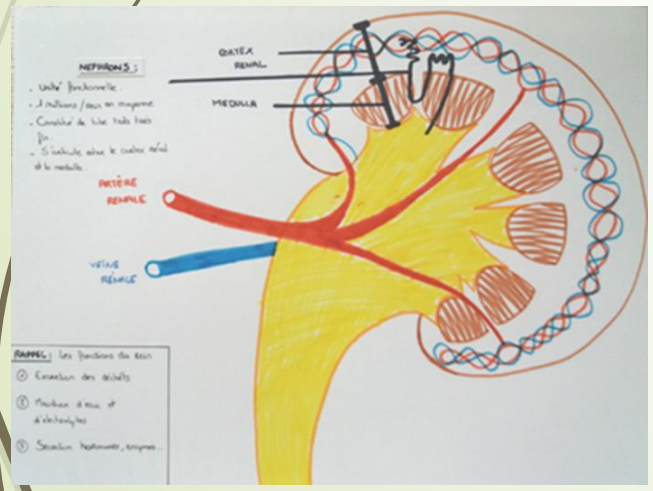
- Le système urinaire contient 2 reins, situés de part et d'autre de la colonne vertébrale, à la hauteur des dernières côtes.
- Chaque rein mesure 12cm de haut, 6cm de large, 3cm d'épaisseur, pèse 150g et à la forme d'un haricot
- Le rein est constitué d'un million de petites unités de filtration (appelées néphrons).
- L'urine est formée dans le rein et elle est ensuite transportée par les uretères jusqu'à la vessie où elle est stockée jusqu'à son élimination lors d'une miction.

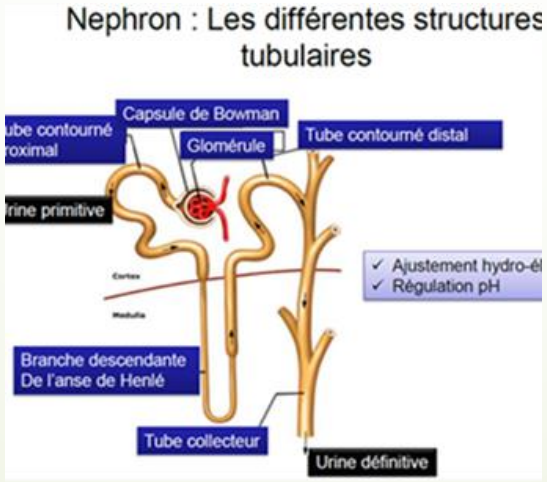


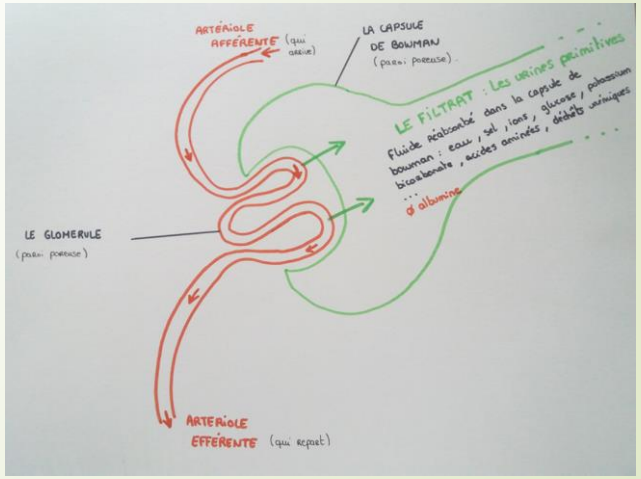
ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

Le rein, c'est comme une station d'épuration du sang.
Il reçoit le sang "sale", le filtre, garde ce qui est utile et élimine ce qui est toxique ou en trop dans les urines. Il le fait en continue, 24h/24.

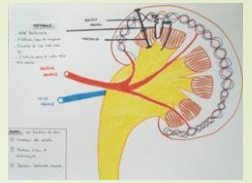
Pour faire ce travail, il utilise **deux mécanismes fondamentaux** : **L'ultrafiltration et la diffusion**

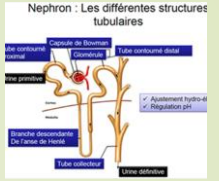






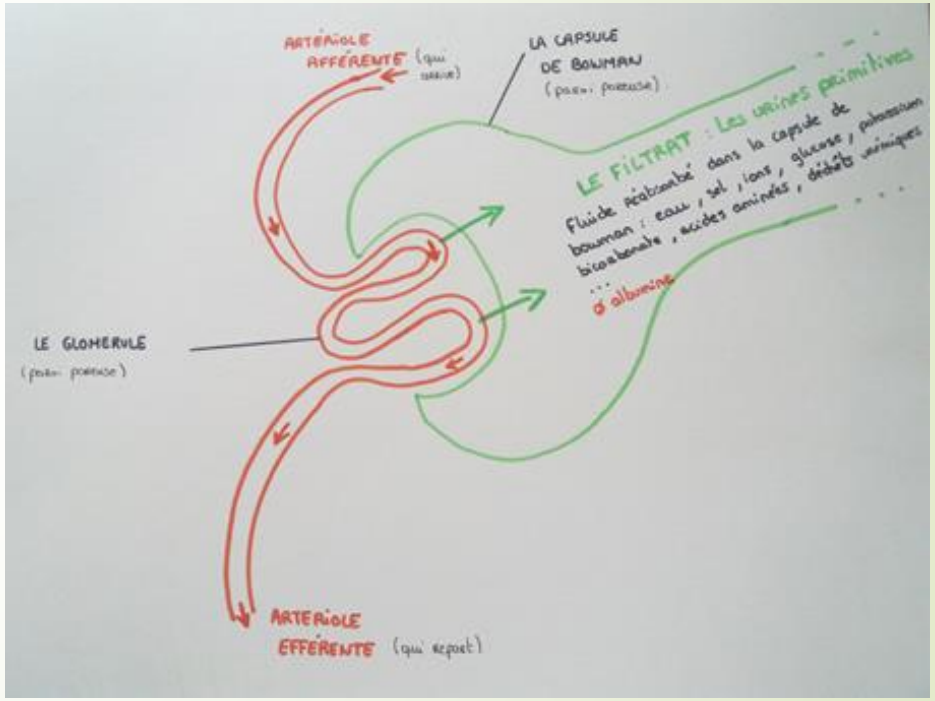
ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE



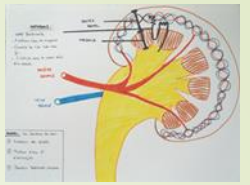


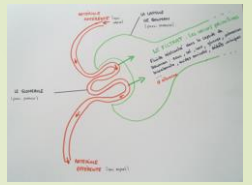
1. **<u>L'ultrafiltration : le "passage sous pression"</u>**

- C'est le **premier tri**.
- Le sang arrive dans un petit filtre du rein : le **glomérule.**
- La pression du sang pousse l'eau et les petites molécules (sels, urée, toxines…) à travers la paroi du filtre.
- Les grosses molécules (protéines, globules rouges) restent dans le sang.
- **Résultat :** on obtient un **"premier filtrat"**, comme une ébauche d'urine
- Chaque jour, ils filtrent environ **190 litres de sang** mais ne rejettent que 1,5 à 2 litres d'urines. Au total, les entrées et les sorties journalières d'eau s'équilibrent.



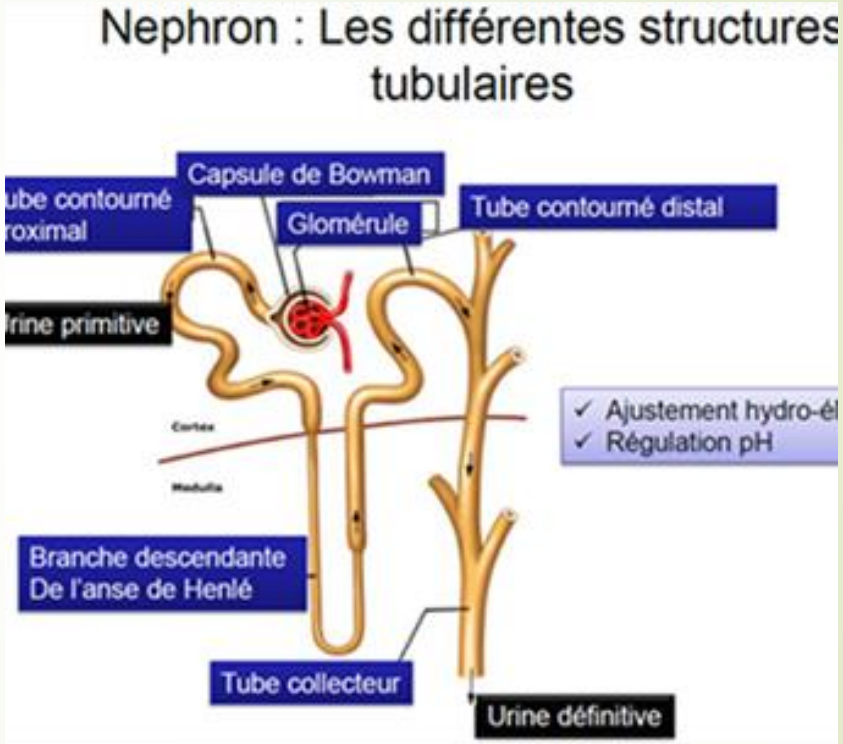
ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE





2. La diffusion : le "passage naturel des molécules"

- Après l'ultrafiltration, ce filtrat circule dans les tubules du rein.
- Là, le rein décide ce qu'il garde (la réabsorption) et ce qu'il élimine.
- Les molécules se déplacent toutes seules du côté où elles sont trop nombreuses, vers le côté où elles sont moins nombreuses.
- Cela permet d'éliminer l'excès de certaines substances : urée, potassium, phosphore…
- **Résultat :** les déchets quittent le sang pour aller vers l'urine.



LES RÔLES DU REIN

Le rein a deux grandes fonctions : une fonction d'élimination (exocrine) et une fonction hormonale (endocrine).

1. <u>Rôle exocrine : fabriquer l'urine (fonction d'élimination)</u>

Le rein élimine les déchets et régule l'équilibre interne du corps grâce à la formation de l'urine.

Cette fonction dépend des mécanismes vus précédemment :

- Ultrafiltration (glomérule)
- Diffusion et réabsorption (tubules)

→ **Élimine :** urée, créatinine, toxines, excès d'eau, potassium, sodium…

→ **Permet maintien :** du pH, de l'hydratation, des électrolytes.

(Rôle exocrine = formation et excrétion de l'urine).

LES RÔLES DU REIN

2. Rôle endocrine : production d'hormones essentielles

Le rein n'est pas seulement un filtre :
il produit aussi des hormones qui agissent dans tout l'organisme.

Les 3 principales :

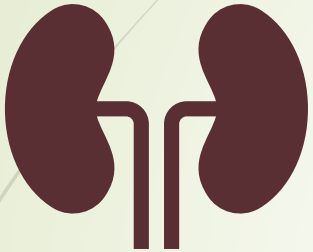
Érythropoïétine (EPO)
Stimule la fabrication des globules rouges dans la moelle osseuse.
En insuffisance rénale : cause l'anémie.

Rénine
Participe à la régulation de la pression artérielle (système rénine–angiotensine–aldostérone).
Permet d'ajuster la tension en cas de baisse de perfusion du rein.

Calcitriol (Vitamine D active)
Favorise l'absorption du calcium par les intestins.
Indispensable à la santé osseuse.
En cas de maladie rénale chronique : risque d'ostéodystrophie rénale.

(Rôle endocrine = production d'hormones régulant la tension, les globules rouges et le calcium.)

LA MALADIE RÉNALE CHRONIQUE



1. Définition :

- La maladie rénale chronique est une détérioration lente et progressive (qui s'étend sur des mois ou des années) de la capacité des reins à filtrer les déchets métaboliques du sang.

- La maladie rénale chronique est une maladie que l'on dit sourde. Cela signifie que la maladie ne te donne pas ou peu de signes…

2. Comment la détecter :

- **Analyse d'urine**

On utilise aussi une analyse d'urine pour vérifier si les reins laissent passer des choses qu'ils ne devraient pas. Cela permet de rechercher la présence de protéines ou d'autres éléments anormaux dans les urines, ce qui peut être un signe d'atteinte rénale.

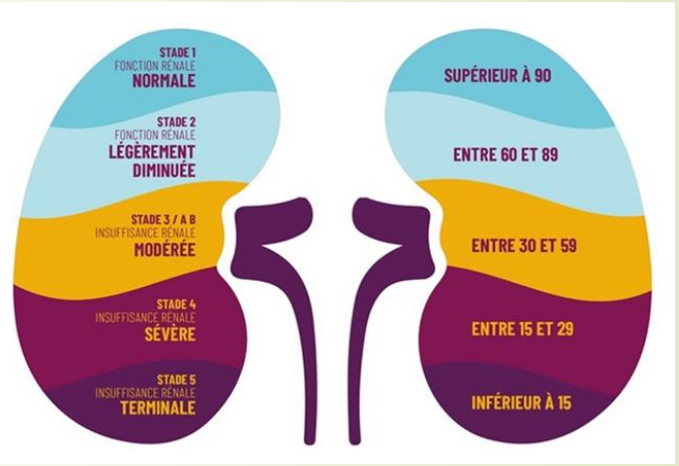
- **Analyse de sang**

Pour surveiller le fonctionnement de tes reins, on réalise une prise de sang:
Mesure la créatinine (un déchet fabriqué par les muscles et normalement éliminé par les reins).
À partir de cette valeur, on calcule le DFG (Débit de Filtration Glomérulaire) : donne une estimation du pourcentage de fonctionnement de tes reins.

Ensemble, ces examens aident à savoir si une maladie rénale chronique est présente et comment elle évolue…

LA MALADIE RÉNALE CHRONIQUE

Les stades de la maladie : **DFG : Débit de filtration glomérulaire:**



3. Les stades de la maladie rénale chronique (MRC)

Pourquoi c'est important ?

Le stade de la maladie indique le niveau de fonctionnement du rein, donc l'évolution. C'est grâce à lui que l'équipe décide quand préparer les traitements :
de suppléance par dialyse, transplantation ou traitement conservateur.

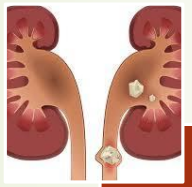
☆ Les 5 stades de la MRC :

Le stade est défini par le DFG (Débit de Filtration Glomérulaire) = taux de filtration du rein

Stade 1 : DFG ≥ 90 ml/min : Rein fonctionne normalement mais anomalies visibles (albuminurie, anomalies urinaires).
→ Pas de symptômes
Stade 2 : DFG 60–89 ml/min : Fonction un peu diminuée.
→ Surveillance, prévention
Stade 3 : DFG 30–59 ml/min : Stade modéré (3a / 3b).
→ Apparition possible d'anémie, HTA, troubles phospho-calciques.
→ Début de la néphro protection.
Stade 4 : DFG 15–29 ml/min : Stade sévère.
→ Préparation aux traitements de suppléance : information dialyse et greffe, consultation pré-greffe, choix du mode de dialyse, préparation FAV ou cathéter de DP.
→ Suivi rapproché.
Stade 5 : DFG < 15 ml/min : Stade terminal
→ Début nécessaire d'un traitement de suppléance :dialyse ou greffe rénale si possible.

LA MALADIE RÉNALE CHRONIQUE : Les causes

PS: aigüe ≠ chronique. Un épisode aigu peut se résoudre et le rein peut récupérer, mais lorsque les épisodes aigus se répètent, ils abîment progressivement le rein et peuvent conduire à une insuffisance rénale chronique.



Maladie rénale obstructive

- Causé par une obstruction des voies urinaires, empêchant l'écoulement normal de l'urine pouvant entrainer des dommages au système rénale

Maladie rénale fonctionnelle

- Se réfère un problème de fonctionnement des reins sans lésions structurelles visibles <, souvent liés à une diminution du débit plasmatique rénale (Hypovolémie vrai : déshydratation, hémorragie… Hypovolémie efficace : Hypotension, insuffisance cardiaque, chocs septiques…)

Maladie rénale organique

- implique des lésions structurelles du reins, souvent dues à des **néphropathies.**

Zoom : les différentes néphropathies:

1. Les néphropathies glomérulaires (NG) : Affecte le glomérule.

Causes : infections, GNRP (lupus, purpura...), maladie auto-immune (maladie de berger), diabète...

2. Les néphropathies vasculaires (NV) : Atteintes des vaisseaux rénaux.

Causes : HTA, athérosclérose, embole de cristaux de cholestérol...

3. Néphropathies interstitielles (NI) : Inflammation et fibrose du tissus interstitiel des reins.

Causes : infections, médicaments (AINS...), toxines...

4. Néphropathies tubulaires (NT) : Concerne les tubules rénaux.

Causes : ischémie par choc, médicaments (AINS, ATB, produit de contraste...

LA MALADIE RÉNALE CHRONIQUE : Le parcours MRC

La prise en charge initiale :

> Evaluation du stade et de l'étiologie de la maladie.

> Evaluation des risques de progression : importance de la cinétique du DFG.

> Evaluation des risques cardio-vasculaires

Recherche des complications

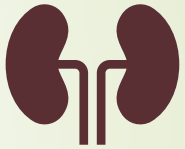
> Evaluation des besoins des patients : psychologique, sociale, professionnel, gérontologique, personnes aidantes, diététicienne.

L'annonce de la maladie :

> Oriente la prise en charge et le parcours de soin

> Projet personnalisé (nbre de RDV, suivi en alternance avec l'IPA et le médecin traitant, diététicienne, ETP si besoin...)

> Les prises en charge thérapeutiques : Objectif > Ralentir la progression de la maladie



Les mesures de néphroprotection :

> Préserve la fonction rénale

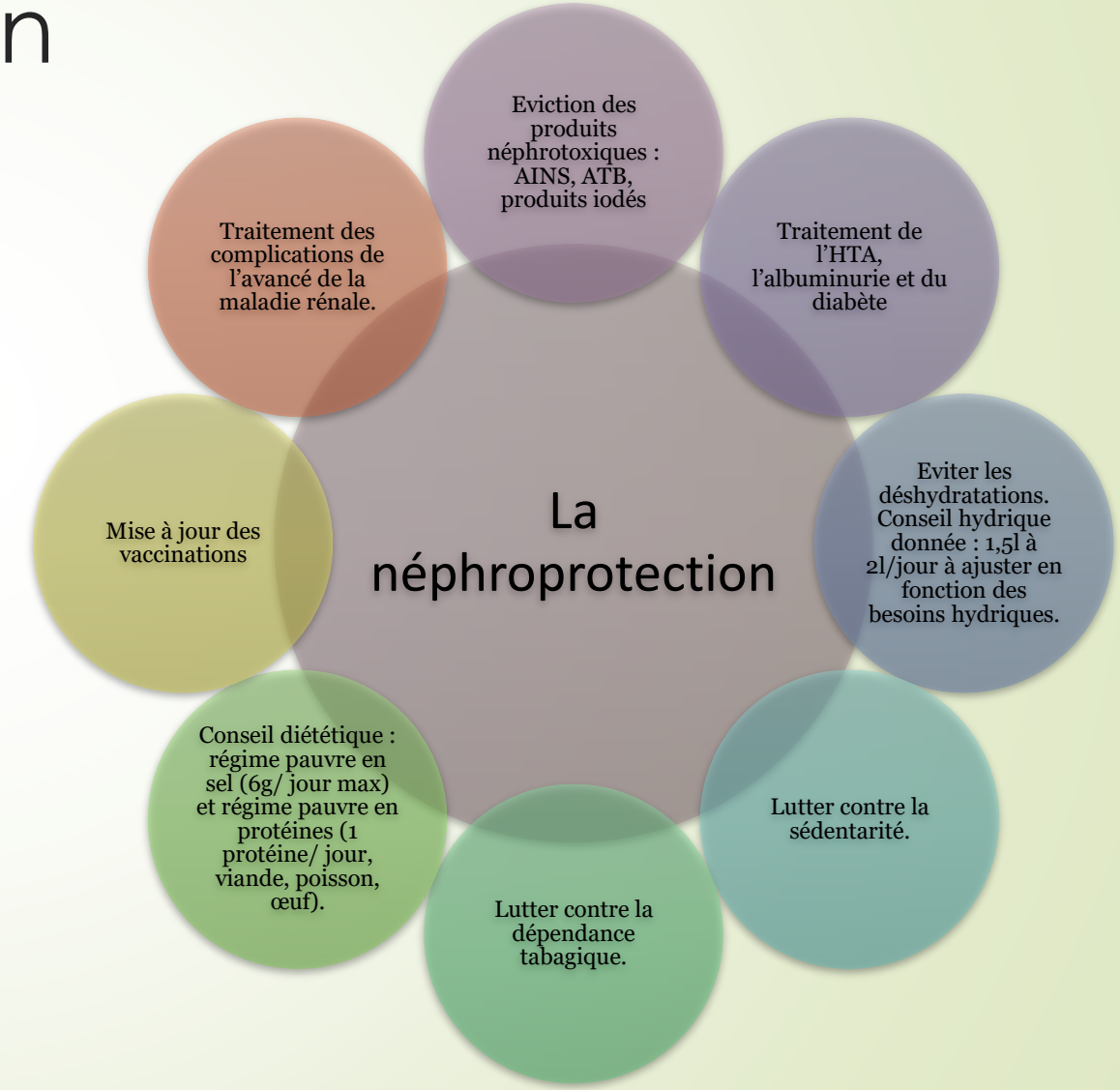
> Prévenir et ralentir la progression de la maladie rénale

> Réduire les facteurs de risques qui endommagent les reins (HTA, Diabète...)

LA MALADIE RÉNALE CHRONIQUE : La néphro protection

- Toutes ces actions sont menées lors des consultations de suivi régulier auprès des néphrologues, IPA et IDE d'ETP.

- Des ateliers peuvent être proposés en fonction des besoins spécifiques des patients faisant partie du parcours MRC: Présentation des différents traitements de suppléance, greffe…



Zoom sur la phase terminale de la MRC

Quand les reins ne fonctionnent plus correctement, ils ne peuvent plus :

- Éliminer les déchets (urée, créatinine…) → **toxines dans le sang.**
- Réguler l'eau → **rétention d'eau, œdèmes, essoufflement.**
- Maintenir les électrolytes → **anomalies du potassium, sodium…**
- Contrôler le pH sanguin → **acidose métabolique.**
- Produire des hormones : ↓ **EPO** → **anémie**
- ↓ Vitamine D active → **fragilité osseuse**
- Dysfonction du système rénine-angiotensine → **hypertension**

Résultat :

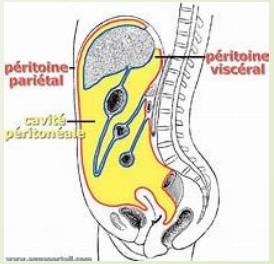
Cela peut entraîner l'accumulation des déchets, des troubles hydro-électrolytiques, une surcharge en eau, une anémie et des complications cardiaques.
Quand ces déséquilibres deviennent trop importants, il faut mettre en place des traitements pour remplacer le travail des reins : ce sont les traitements de suppléance (dialyse ou greffe).

Pourquoi un traitement?

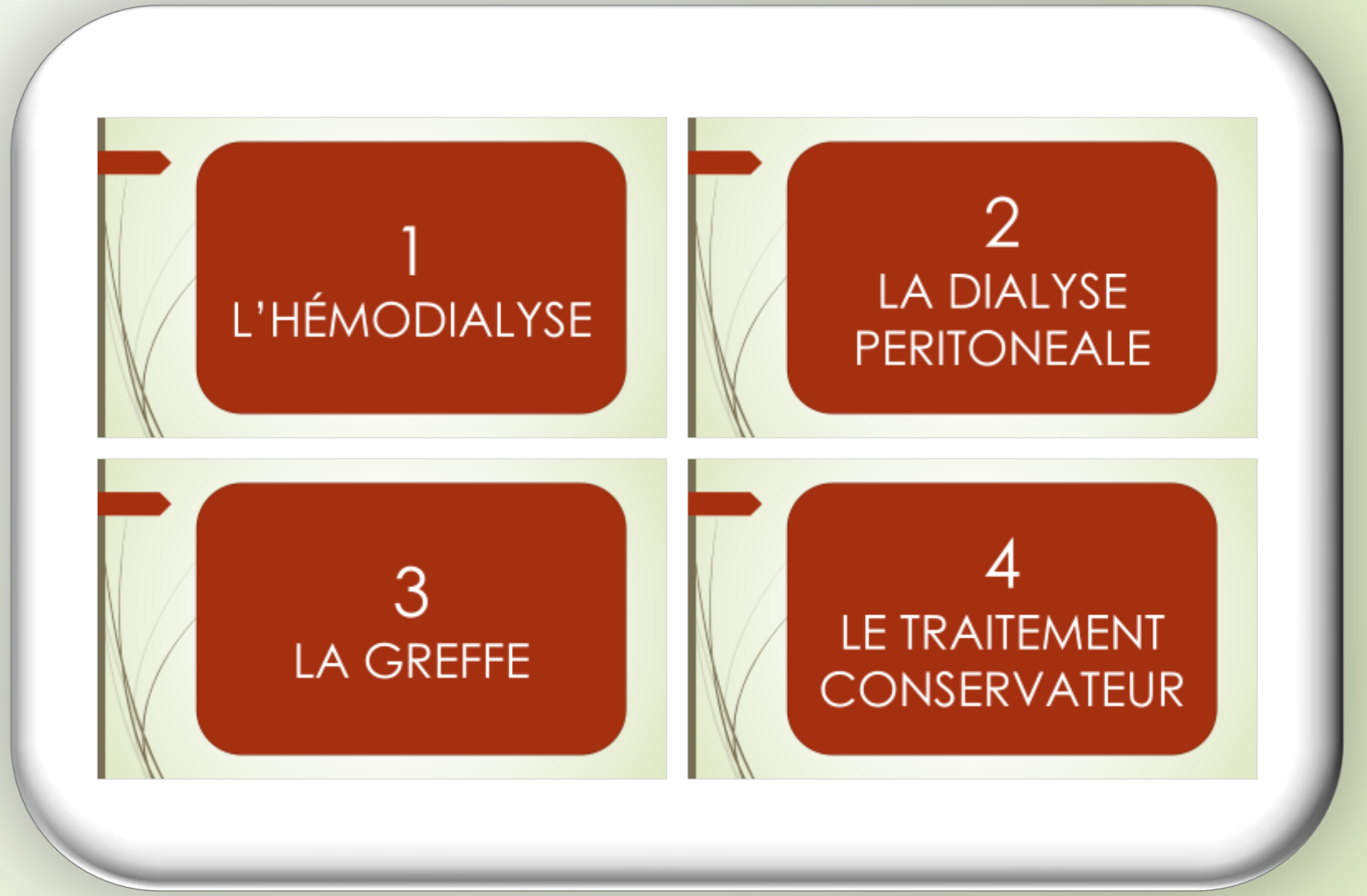
Ce qui compte avant tout, c'est que le traitement choisi soit celui qui s'adapte le mieux à la vie et aux priorités du patients.
L'objectif est de trouver avec la solution le traitement **le plus adaptée pour préserver sa qualité de vie.**

Quelle que soit la méthode de dialyse, le principe repose sur un échange entre le sang et un liquide appelé dialysat. Le traitement permet de remplacer le travail du rein.

Il se fait grâce à une membrane :
– en hémodialyse : une membrane artificielle appelé aussi le rein artificiel,
– en dialyse péritonéale : le péritoine.

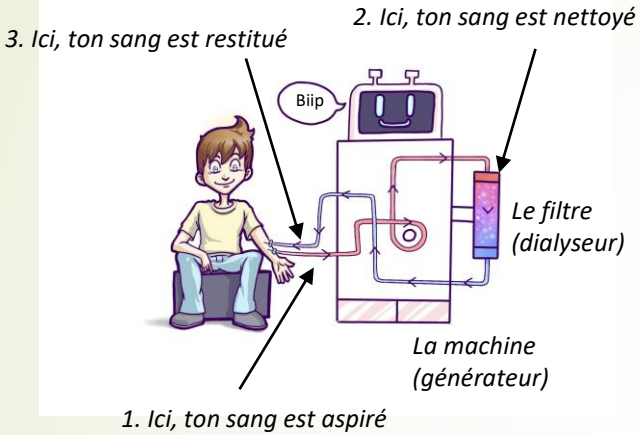


LES TRAITEMENTS POSSIBLES



1
L'HÉMODIALYSE

L'hémodialyse permet d'épurer le sang grâce à une machine qui filtre les déchets et l'excès d'eau.

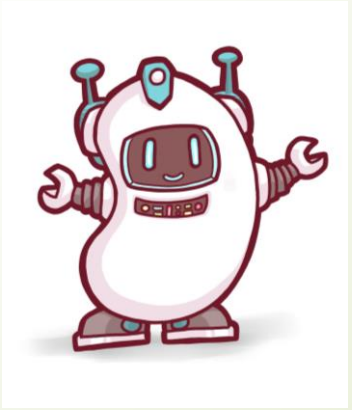


Où se déroule-t-elle ?

- **À l'hôpital** (centre de dialyse ou unité de proximité).
- **Ou à domicile** avec un équipement adapté.

La durée et la fréquence :

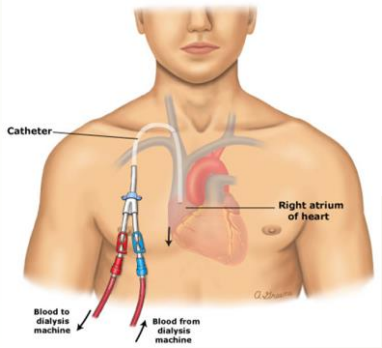
- En général, **3 séances de 4 heures par semaine**.
- Ou **6 séances de 2 heures par semaine** à domicile.
- Les séances peuvent avoir lieu en journée, en soirée ou la nuit.

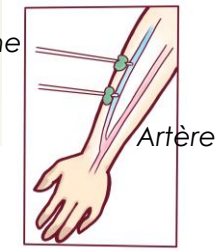


La voie d'abord :

Cela nécessite :

- la création d'une grosse veine: **une fistule artério-veineuse** (connexion entre une artère et une veine).
- ou l'accès à une grosse veine : **un cathéter d'hémodialyse** (tube placé dans une grosse veine).





Bon à savoir :

- Après sa création, il faut attendre environ 6 semaines avant de pouvoir l'utiliser.
- Pendant ce temps, la paroi de la veine devient plus épaisse et plus solide, un peu comme un tuyau d'arrosage haute pression.
- C'est important d'en prendre soin.
- Quand elle fonctionne bien, on sent un frémissement, appelé le thrill.

2

LA DIALYSE PERITONEALE

Pour réaliser la dialyse péritonéale, on utilise **le *péritoine*** (la membrane qui tapisse l'intérieur du ventre) pour nettoyer votre sang.

Le *péritoine* est :

- **Très perméable** (il laisse passer les substances).
- **Très vascularisé** (traversé par de nombreux vaisseaux).

Où ça se déroule ?

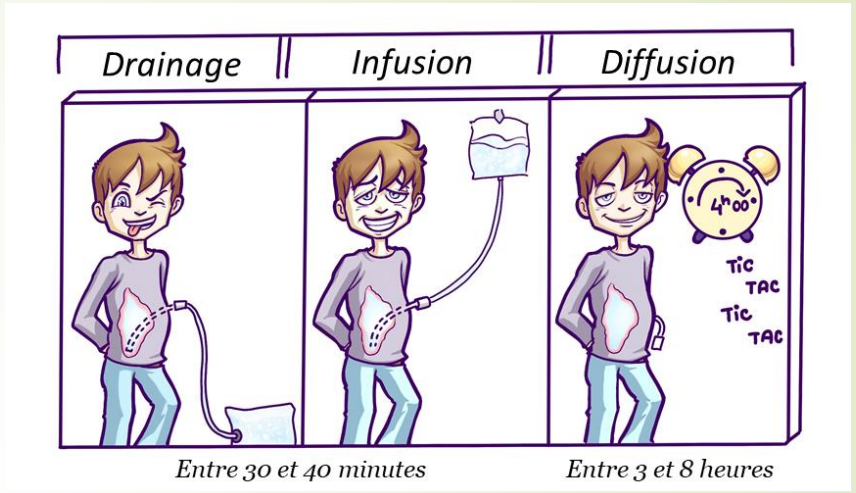
À domicile :

- La dialyse péritonéale se fait chez vous, de façon flexible, adaptée à ton rythme de vie.
- Les échanges peuvent avoir lieu le jour et/ou la nuit.
- Le matériel est livré régulièrement et stocké à domicile.
- Une infirmière vous accompagne pour vous aider à vous organiser.
- Vous aurez une formation à l'hôpital pour apprendre à utiliser le matériel.

Durée et fréquence des échanges :

Les étapes d'un échange :

- ***Le drainage* :** on retire le dialysat plein de déchets.
- ***L'infusion* :** on met un nouveau dialysat dans ton ventre.
- ***La diffusion (stase)* :** le liquide reste un certain temps et nettoie le sang.
- ***La répétition* :** ce cycle se fait plusieurs fois par jour.

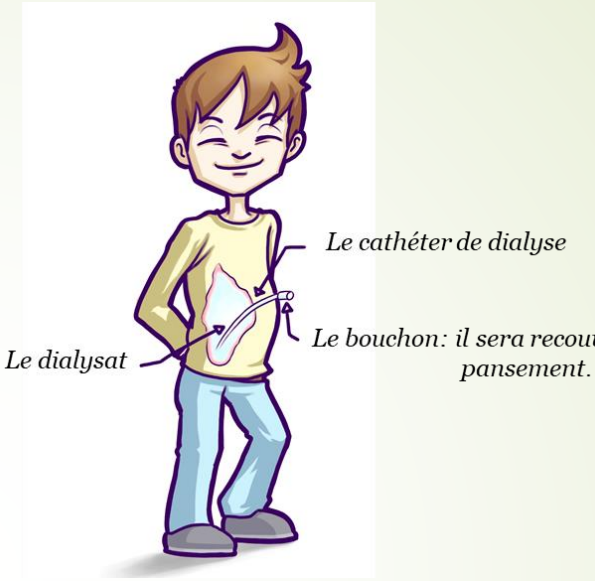


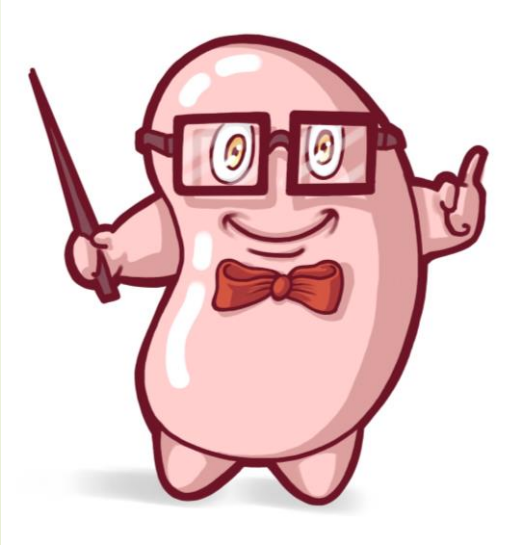
En général :

- **3 à 4 échanges par jour, 7 jours sur 7**. La dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA)
- Il est aussi possible d'utiliser une **machine la nuit** pendant environ 8 heures. La dialyse péritonéale automisée (DPA)

La voie d'abord :

- Un **cathéter souple** est posé dans la cavité péritonéale (sous anesthésie générale ou locale).
- Ce cathéter permet d'injecter et de retirer le dialysat.
- C'est une technique **sans douleur**, qui ne nécessite pas de piqûre dans une veine.





Bon à savoir :

- Le cathéter doit être soigneusement protégé par un pansement.
- Avec le bouchon et le pansement, Le patient est libre de ses mouvements entre les échanges.
- Un suivi régulier est essentiel pour prévenir les infections.

Quelle que soit la méthode utilisée, la dialyse reste un traitement lourd et contraignant. Elle modifie profondément le quotidien des patients, leur rythme de vie, leur alimentation, leurs activités et souvent leur vie familiale et sociale.

Quelques points à prendre en compte pour le choix du traitement :

- L'état de santé et les éventuelles contre-indications médicales.
- Les habitudes de vie (travail, famille, déplacements).
- Le logement et les possibilités de stockage du matériel.
- Le souhait d'être plus ou moins autonome envers le traitement.

Bon à savoir :

- Le choix d'une technique n'est **pas définitif** : il est possible de changer si les besoins évoluent.
- Le patient est formé et accompagné à chaque étape par une équipe spécialisée.
- Un soutien psychologique peut les aider à mieux vivre cette période.

L'alimentation et l'hydratation : Des recommandations diététiques adaptées seront données pour limiter les excès de sel, de phosphore, de potassium et gérer les apports hydriques.

L'activité physique : Rester actif est recommandé. Même une activité douce, régulière, contribue au bien-être et à la santé du patient.

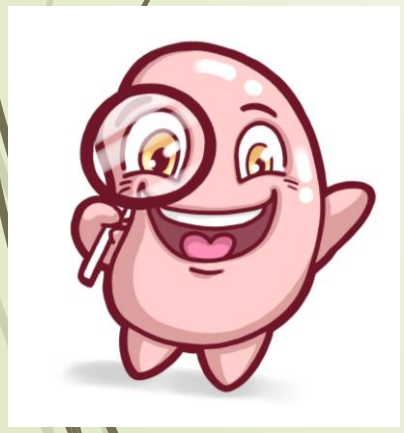
La vie sociale et les projets : Voyager est possible avec de l'organisation. Et maintenir les activités et les liens sociaux est important.

Votre suivi médical : Des consultations régulières et des bilans permettront d'adapter le traitement et de prévenir les complications.

3

LA GREFFE

La greffe rénale est **un traitement** de la maladie rénale chronique sévère. Elle permet de remplacer la fonction des reins lorsque celle-ci devient trop faible. La greffe est parfois proposée aux personnes ayant une maladie rénale avancée (stade 5), après une évaluation complète de son état de santé. Elle permet souvent d'améliorer la qualité de vie et l'autonomie.



Qui peut recevoir une greffe ?

Un grand nombre de personnes peuvent être candidates à la greffe rénale :
Toute personne avec une maladie rénale chronique sévère (stade 5), lorsque le fonctionnement des reins est inférieur à 15 %.
Certaines situations médicales ou psychologiques peuvent **contre-indiquer temporairement ou définitivement** la greffe.

Quand la greffe peut-elle avoir lieu ?

La greffe peut être réalisée :

- **Avant la dialyse** (on parle alors de greffe préemptive).
- **Après un certain temps sous dialyse**, lorsque les reins ne remplissent plus leurs fonctions.
- Le choix dépend de votre état de santé et des disponibilités d'un greffon compatible.

Qui peut donner un rein ?

Pour la transplantation rénale, le donneur peut être :

- un **donneur vivant**,
- ou un **donneur décédé**.

Le don doit être **libre, volontaire et gratuit**.
En France, il est **strictement encadré par la loi**.

Donneur vivant :

Depuis la **loi Caillavet du 22 décembre 1976**, le don d'organe est réglementé. Cette loi a été complétée par les **lois de bioéthique de 1994, 2004 et 2011.**

Qui peut donner ?

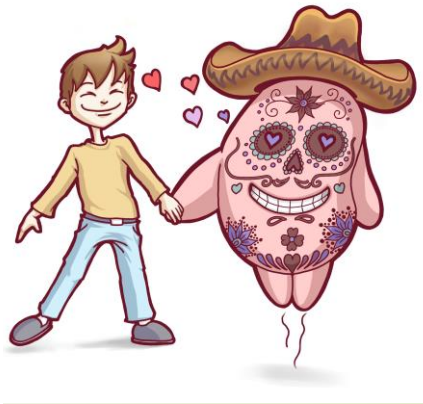
- Un parent proche (père, mère, frère, sœur, enfant, grand-parent, oncle, tante, cousin germain).
- Le conjoint marié ou pacsé.
- Un ami proche depuis au moins **2 ans**.

Le donneur vivant est entendu par le **tribunal judiciaire** et un **comité d'experts** avant toute autorisation.

Donneur décédé :

Dans le cas d'un donneur décédé :

- Le don est **anonyme**,
- Vous ne connaîtrez pas l'identité du donneur.
- Il peut s'agir d'un homme ou d'une femme, sans distinction.



LE PARCOURS AVANT LA GREFFE :

La transplantation rénale

1

Donneur décédé

Donneur vivant

2

Les examens

3

Inscription sur liste de greffe

agence de la biomédecine

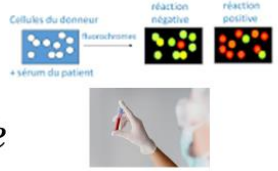
4

Appel à la greffe

5

Dernier test avant la greffe

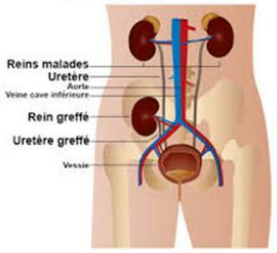
Le cross match



6

Le bloc opératoire

Greffe de rein



Le suivi

7

4

LE TRAITEMENT CONSERVATEUR

Dans certaines situations, il est possible de choisir de ne pas démarrer de dialyse. On parle alors de traitement conservateur optimal.

Le traitement conservateur est une prise en charge médicale et globale proposée aux patients atteints d'une maladie rénale chronique avancée **qui ne souhaitent pas ou ne peuvent pas bénéficier d'un traitement de suppléance** (dialyse ou greffe).

Il consiste à **accompagner le patient pour maintenir la meilleure qualité de vie possible**, en traitant les symptômes (fatigue, œdèmes, démangeaisons…), en adaptant l'alimentation, en évitant les complications et en assurant un suivi médical, psychologique et social.

L'objectif est d'offrir une prise en charge centrée sur le confort, le bien-être et le respect des choix du patient.

LA THÉORIE DE LA TRANSITION de Afaf Meleis

Cette théorie offre un cadre pour comprendre comment les individus naviguent à travers des périodes de changement et d'incertitude, en mettant l'accent sur l'importance du soutien et des ressources.

La personne, dans sa transition de santé, devra adopter de nouvelles compétences, des relations personnelles et des stratégies d'adaptation pour s'ajuster à un nouveau mode de vie et réussir à être à nouveau dans une situation stable et donc être en santé.

Il est important d'avoir conscience des enjeux de la prise en charge pré-dialyse afin de favoriser une meilleure compréhension des défis auxquels les patients sont confrontés. > Objectifs : Améliorer la qualité des soins apportés aux patients afin d'aider le patient à effectuer des transitions saines.

Lorsque la transition est réussie, les processus vont vers la santé. Lorsque la transition n'est pas réussie, les processus évoluent vers des situations à risques et de vulnérabilité.

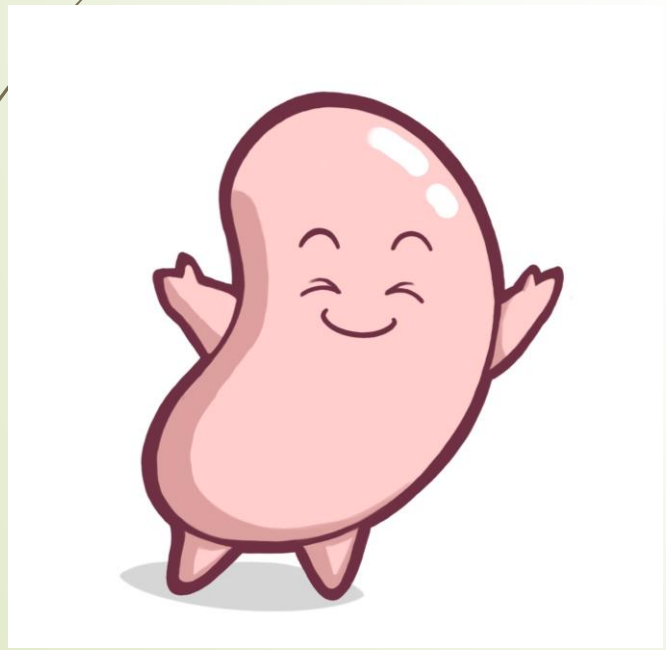
La théorie de transition : prise en charge en hémodialyse et en service

Soigner c'est accompagner, soutenir les personnes vivant une période de transition, caractérisée par une diminution plus ou moins importante de leur autonomie. Le soignant en hémodialyse se doit de prendre en compte de plusieurs aspects en lien avec cette transition santé-maladie :

1. **Identification des transitions :** Les patients en hémodialyse vivent une transition significative entre leur vie avant la dialyse et la nouvelle réalité en dialyse. Reconnaitre ses phases de transition permet de s'impliquer pour le bien-être physique et émotionnel des patients. Importance d'avoir une vision holistique de la vie du patient.

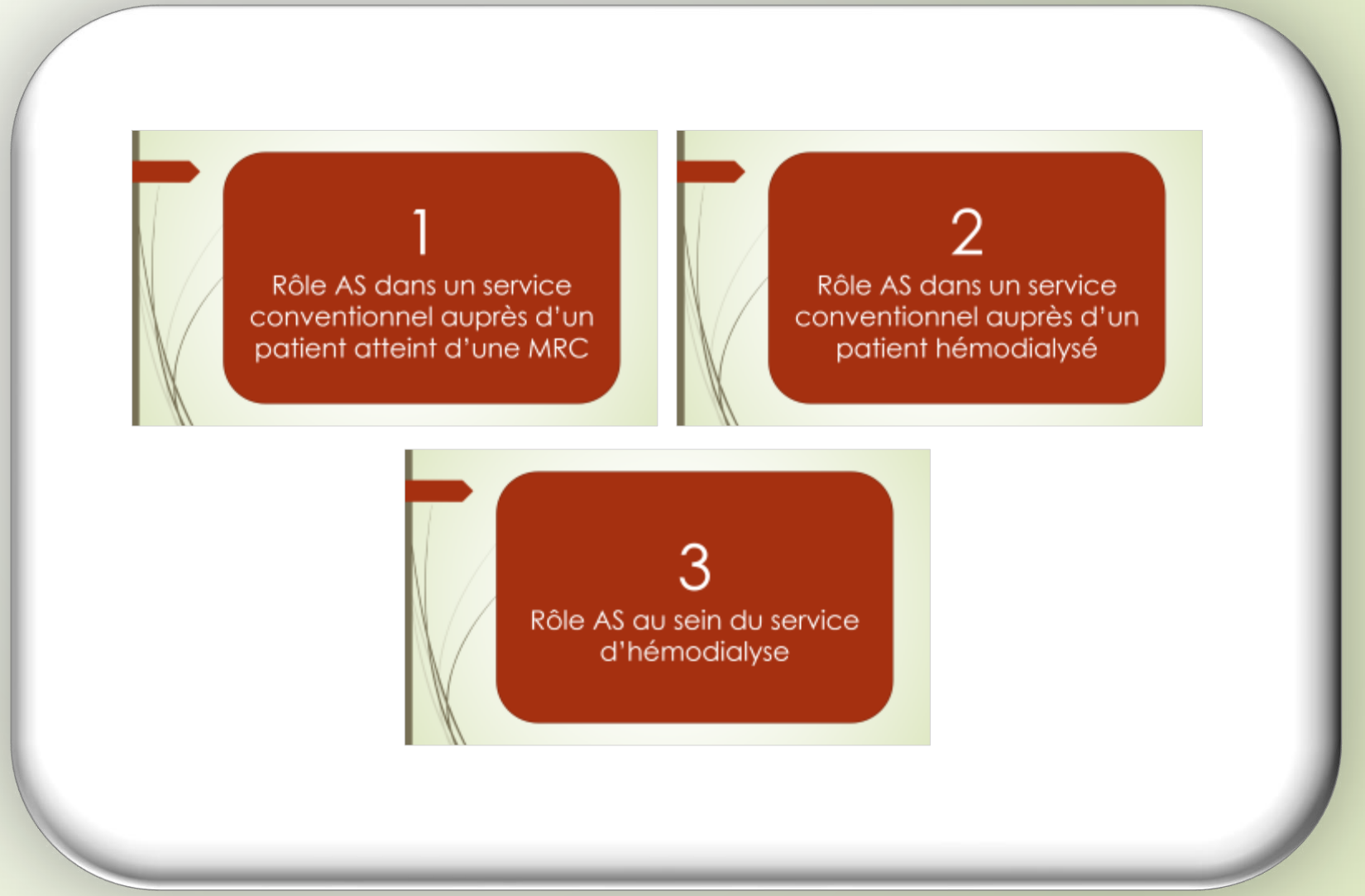
2. **Le soutien émotionnel et éducatif :** Selon cette théorie, le soutien social et les ressources du patient sont cruciaux. Par exemple, les AS peuvent jouer un rôle de soutien émotionnel, en écoutant les préoccupations des patients et en fournissant des informations claires sur le processus de dialyse dans le but d'atténuer l'anxiété liée à cette transition.

La théorie de transition : Conclusion



En intégrant ses éléments, les professionnels de santé de dialyse peuvent améliorer la prise en charge des patients, en facilitant leur transition et en contribuant à leur bien-être général pendant cette période difficile.

ZOOM SUR LE RÔLE DE L'AS



1

Rôle AS dans un service conventionnel auprès d'un patient atteint d'une MRC

1. Rôle AS dans un service conventionnel auprès d'un patient atteint d'une MRC

Surveillance clinique quotidienne :
Paramètre vitaux, poids, état d'hydratation, observation signes d'aggravation : fatigue, dyspnée, œdèmes, nausées, vomissements

Aide à la prévention des complications et ETP :
Déshydratation, surcharge hydrique, installation patient (risque escarre, dyspnée), prévention chute.

Accompagnement dans l'hygiène et le confort :
Préserver la qualité de vie

Participation à la prise alimentaire :
Aider au respect des régimes (Sur PM : sans sel, pauvre en potassium, hypo protéiné, contrôle hydrique…)

Rôle logistique :
Préparation, installation et nettoyage matériel et chambre, gestion et rangement des stocks, vérification disponibilité stock…

Soutien psychologique et relationnel:
Rôle clé : écoute et bienveillance, soutien moral, aider à restaurer l'estime de soi, repérage détresse psy

Travail en collaboration :
Observateur clé et maillon indispensable dans la transmission des observations

2

Rôle AS dans un service conventionnel auprès d'un patient hémodialysé

2. Rôle AS dans un service conventionnel auprès d'un patient hémodialysé

Préparation à la séance d'HD :
Patch Emla 1 h avant, aide à la toilette, bien respecter les heures d'HD

Surveillance spécifique en dehors des séances :
Surveillance du poids, surveillance FAV, (ôté les pansements 12 h après la séance), observance thérapeutique…

Surveillance du régime alimentaire + RH :
régime sans sel, pauvre en potassium, hyperprotéiné, hydrique. Refus alimentaire, tble digestifs.

prévention des risques en lien avec l'HD :
Risque de chute, hémorragique, infectieux…

Rôle logistique :
Préparation, installation et nettoyage matériel et chambre, gestion et rangement des stocks, vérification disponibilité stock…

soutien psycho renforcé :
Rôle clé : écoute et bienveillance, soutien moral, aider à restaurer l'estime de soi, repérage détresse psy

Transmissions renforcées :
poids, constante, douleur FAV, absence de thrill, signes d'hyperhydratation, tble digestif, infections, tble psy. Malaise post HD

3

Rôle AS au sein du service d'hémodialyse

3. Rôle AS au sein du service d'hémodialyse

Cadre réglementaire et législatif

Le rôle de l'aide-soignant est encadré par le Code de la santé publique :

- **L'article R.4311-4** définit les actes que l'aide-soignant est autorisé à réaliser, sous la responsabilité de l'infirmier, notamment les soins d'hygiène et de confort, la surveillance clinique du patient, l'aide à l'alimentation, à la mobilité et l'observation de l'état de santé.
- **L'article R.4311-5** précise que l'aide-soignant participe à la prévention, à l'éducation du patient et à la transmission des informations nécessaires à la continuité des soins, contribuant ainsi à la qualité et à la sécurité de la prise en charge.

En hémodialyse, ces missions s'exercent en complément d'une réglementation spécifique :
L'article D.6124-70 impose la présence d'une infirmière pour quatre patients et **d'un aide-soignant pour huit patients** lors des séances de dialyse.

3. Rôle AS au sein du service d'hémodialyse

Surveillance à l'arrivée du patient :
Poids d'arrivée, constantes, états général (signe de décompensation), observation de la FAV ou du pansement du KT, transmission à l'équipe, installation patient

Surveillance pendant la séance :
Surveillance TA toutes les heures, observation patient et alerte en cas de malaise ou problème, confort de nursing (installation, restauration…)

Surveillance post séance :
Compression FAV, pansements, aide au débranchement KT, constante avant le levé, poids de sortie. Accompagnement taxi, ou service.

Rôle logistique :
Préparation et installation du poste de dialyse, nettoyage matériel post HD, gestion et rangement des stocks, vérification disponibilité stock…

Prévention des complications :
Rôle clé : savoir les repérer (infection, douleur, rougeur FAV, hémorragie point de ponction, signe chute de TA, crampes…

Travail en collaboration :
Observateur clé et maillon indispensable dans la transmission des observations

3. Rôle AS au sein du service d'hémodialyse

Mais surtout un rôle psychologique, éducatif et d'accompagnement du patient dialysé

Soutien psychologique et relationnel

- **Présence rassurante** dans un contexte où la dialyse peut générer fatigue, anxiété et sentiment de perte de contrôle.
- **Écoute active et disponibilité** pour permettre au patient d'exprimer ses inquiétudes, ses difficultés ou ses émotions.
- **Prévention et repérage des fragilités** psychologiques ou sociales (isolement, dépression, difficultés professionnelles, familiales, financières), avec transmission à l'équipe.

Aide à la gestion de la douleur et de l'anxiété

- **Accompagnement à l'utilisation du MEOPA** (selon organisation du service), de poches de froid.
- **Installation confortable** pour limiter les douleurs posturales.
- **Gestes de contact apaisants** (tenir la main, présence physique rassurante).
- **Techniques de relaxation** ou d'accompagnement utilisées dans le service (ex. sophrologie, respiration guidée, massages simples).
- **Casque de réalité virtuelle** ou dispositifs distractifs pour détourner l'attention et réduire l'anxiété et la douleur perçue.
- **Soins de bien-être** (pose de vernis, soins des mains, confort, musique) favorisant détente et valorisation de l'image corporelle.

Participation à l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP)

- **Rappels du régime alimentaire** : gestion du potassium, du sel, des apports hydriques.
- **Prévention et hygiène de la FAV et du KT** de dialyse (sans gestes techniques).
- **Conseils concrets** facilitant l'adaptation du patient à son nouveau rythme de vie.
- **Encouragement à l'autonomie** et **valorisation** des efforts du patient.

L'aide-soignante en hémodialyse tient une place importante dans l'équipe pluridisciplinaire pour la prise en soins d'un patient dialysé, autant par les soins qu'elle réalise sous la responsabilité de l'infirmière, que par le soutien qu'elle apporte au patient.

Il est acteur central du bien-être du patient : il soutient, rassure, aide à gérer l'anxiété et la douleur, participe à l'ETP et favorise une expérience de dialyse plus sereine, humaine et soutenable.

CONCLUSION

La maladie rénale chronique est une pathologie silencieuse, souvent invisible dans ses débuts, qui s'installe progressivement. Sa vitesse d'évolution dépend à la fois du profil du patient, de ses comorbidités et de la cause initiale de l'atteinte rénale.

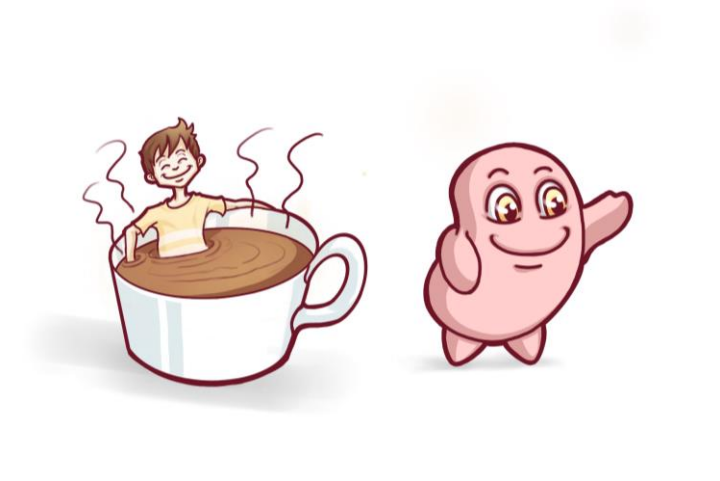
À mesure que la fonction rénale se détériore, le patient doit faire face à des changements profonds, tant physiques que psychologiques, sociaux et organisationnels.
Dans ce parcours complexe et parfois déstabilisant, l'Aide-soignant(e) occupe une place essentielle. Présent à chaque étape, il/elle devient bien plus qu'un acteur du quotidien: un repère, un soutien, parfois même un pilier, permettant au patient d'apprivoiser la maladie, de s'adapter aux contraintes des traitements, et de préserver autant que possible sa qualité de vie.

De la surveillance clinique à l'accompagnement relationnel, de la prévention aux soins de confort, l'AS contribue à donner du sens et de la continuité au parcours de soins. Sa présence rassurante, son écoute active et sa capacité à repérer les fragilités participent directement à la réussite du traitement.

Mais cet accompagnement n'a de valeur que s'il s'inscrit dans une dynamique collective. La collaboration interprofessionnelle — entre médecins, infirmiers, diététiciens, psychologues, assistantes sociales, IPA, AS, et autres professionnels — constitue la clé d'un suivi cohérent, sécurisant et personnalisé. C'est cette coordination, où chacun connaît son rôle et partage ses observations, qui garantit au patient la fluidité, l'humanité et la qualité de son parcours.

Enfin, il ne faut pas oublier que derrière les bilans, les chiffres et les techniques de suppléance, il y a une histoire, un vécu, un projet de vie. Accompagner un patient insuffisant rénal, ce n'est pas seulement prendre soin de ses reins : c'est prendre soin de lui, de ses peurs, de ses choix, de ses forces et de son avenir.

ANNEXES



Les apports hydriques :

1 verre = 100 ml à 150 ml
1 grand verre = 300 ml

1 tasse = 100 ml à 150 ml

1 assiette creuse = 200 ml à 400 ml

1 petit bol = 250 ml
1 grand bol = 400ml

8 glaçons = 100 ml

1 mug = 250 ml

ANNEXES

Alimentation riche en phosphore	Alimentation riche en potassium
– Les fromages à pâtes pressées : gruyère, raclette, emmental, cantal, gouda, parmesan. – Les fromages fondus et les crèmes de gruyère (surtout allégés), ainsi que la cancoillotte. – Les charcuteries, les abats, les gibiers, le pigeon… – Certains poissons : sardine, lieu, hareng fumé, dorade, anguille… et les fruits de mer. – Les fruits oléagineux : noix, pignons, cacahuètes… et les fruits secs : dattes, figues, pruneaux… – Les légumes secs (lentilles, pois chiche…). – Les céréales complètes et dérivées… – Le cacao, chocolat et dérivés. – Les aliments industriels. (E101,E322, E338, E339, E340, E341,E342, E343, E450, E451, E452, E541, E626 à 635, E1410, E1412 à E1415, E1442).	– Tous les sels de régime. – Tous les légumes secs (lentilles, pois chiches, haricots blancs…). – Certains fruits et légumes : fenouils, épinards, blettes, bananes, châtaignes, kiwis, abricots… – Les potages, soupes et bouillons. – Tous les oléagineux : noix, amandes, pignons, cacahuètes… – Tous les fruits secs : abricots, raisins, figues, pruneaux… – Tous les jus de fruits et de légumes frais en bouteilles – Tous les chocolats sous toutes ses formes. Les céréales et farines complètes (pain, riz et pâtes complètes). – Le café et les mélanges de café chicorée solubles. – Les aliments industriels. (additifs: E224, E501, E202, E560, E950).

ANNEXES

Alimentation riche en sel:

- Le sel de cuisine.
- Les plats cuisinés : pizza, quiches, raviolis…
- Les conserves : légumes, viandes, poissons…
- Certaines eaux minérales et gazeuses : Vichy célestins, St Yorre, Quezac, Badoit…
- La charcuterie, viandes et poissons séchés et salés.
- Les mollusques et crustacés.
- Les fromages.
- Les chips, apéritifs salés, cacahuètes et pistaches salés.
- Les potages et cubes bouillons déshydratés.
- Certains médicaments.
- Les olives et les cornichons.
- Et les Fast-food (Macdonald, Burger King, KFC…).

Les équivalences de 1g de sel

50g de jambon ou 25g de jambon fumé	50g de crabe ou 4 bâtons de surimi
50g de saucisse de Morteau	30g de saumon fumé
60g de chipolata ou cervelas ou pâté	25g de crevettes ou 5-6 huitres
160g de macédoine de légumes en conserve	80g de pain ou 1 croissant ou 6 biscottes
20g de saucisson	35g de céréales pour petit déjeuner
80g de fromage	40g de biscuits apéritifs
130g de thon ou sardine en conserve	85g de quiche ou pizza du commerce
100g de poisson pané	50g de foie gras
100g de moules	½ bouillon cube

ANNEXES

On peut retrouver les source de protéines dans :

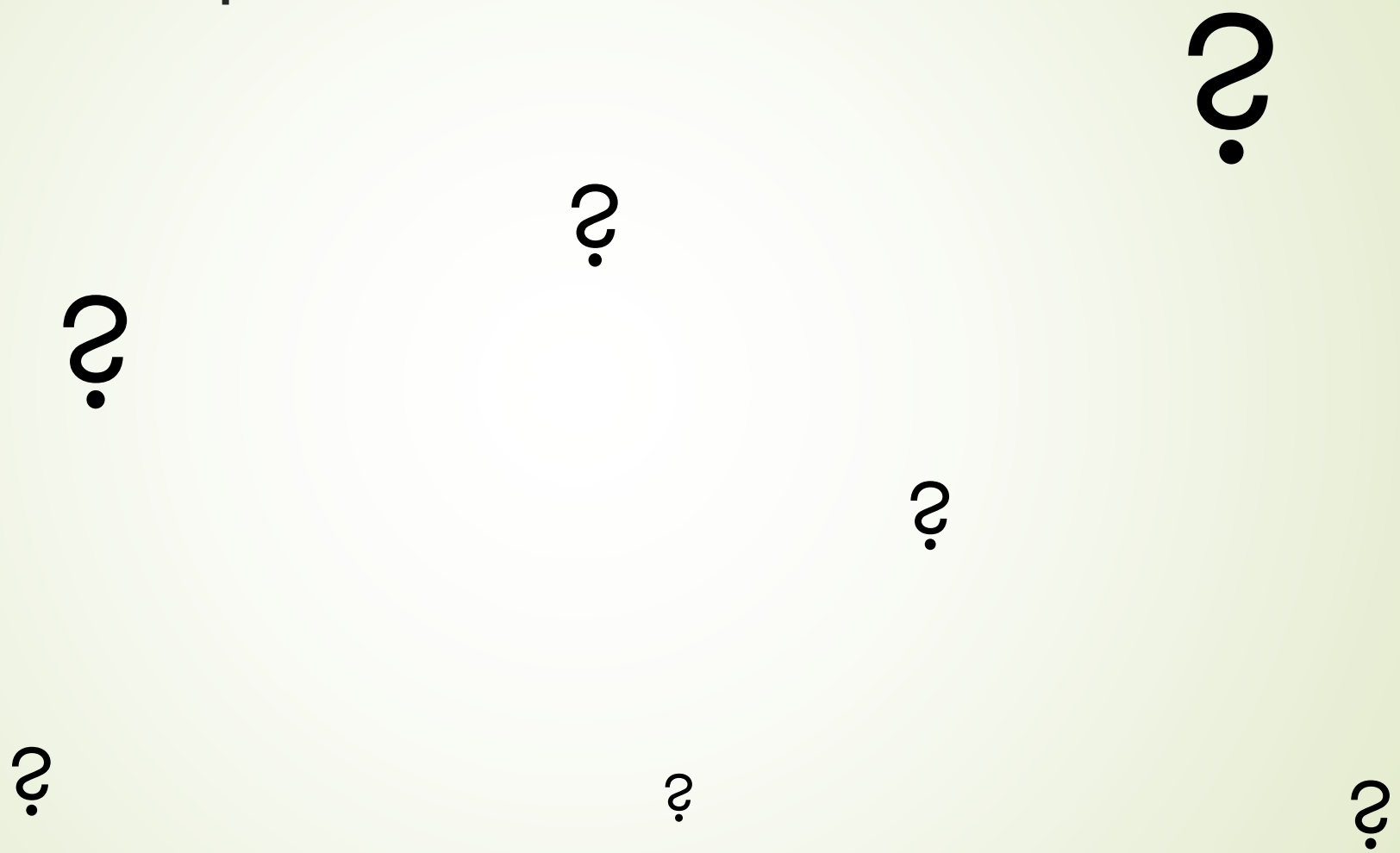
- **Les viandes, Poissons, Œufs.**

- **Les produits hyperprotidiques.**
- Les produits laitiers.
- Les légumineuses et fruits à coques.
- Céréales, féculents, pain, farines.

	Protéines animales	Protéines végétales
20 g de protéines dans :	• 100g de viande crue ou 75g cuite • 120g de poisson cru • 2-3 œufs crus • 100g de moules décortiquées • 120g de crustacés	• 200g de lentilles cuites • 230g de pois cassés • 230g de pois chiches cuits
10g de protéines dans :	• 1 tranche de jambon • 50g de charcuterie • 40g de fromage • 140g de fromage blanc • 100g de petit suisse • 100g de Skyr	• 250g de pâtes ou semoule cuites • 300g de riz cuit, d'épeautre cuit • 70g de tofu
5g de protéines dans :	• 125g de yaourt • 150 de de crème dessert • 150mL de lait	• 250g de pomme de terre cuites • 150g de maïs • 60g de pain ou 50g de biscottes • 50g de biscottes • 150mL de boisson au soja • 250g de légumes vert cuits • 20g d'amandes, noix… • 100g de pâtisserie • 50g de farine

BIBLIOGRAPHIE

- Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 16 mars 2025]. Guide du parcours de soins – Maladie rénale chronique de l'adulte (MRC). Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3288950/fr/guide-du-parcours-de-soins-maladie-renale-chronique-de-l-adulte-mrc.
- "5008 Hemodialysis System Operating. Consulté le 16 mars 2025. file:///C:/Users/adeli/OneDrive/Bureau/Stage/Fresenius%205008%20Hemodialysis%20System%20-%20User%20manual%20(2).pdf
- « KDIGO-2025-Anemia-in-CKD-Guideline_Public-Review-Draft_Nov42024.pdf ». Consulté le 16 mars 2025. https://kdigo.org/wp-content/uploads/2024/11/KDIGO-2025-Anemia-in-CKD-Guideline_Public-Review-Draft_Nov42024.pdf.
- Houillon L, Marcot C. Infirmier en pratique avancée mention néphrologie, dialyse et transplantation rénale. Paris: Editions Hatier; 2023. (COLLECTION IPA).
- Manuels MSD pour le grand public [Internet]. [cité 30 mars 2025]. Maladie rénale chronique - Troubles rénaux et des voies urinaires. Disponible sur: https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/troubles-rénaux-et-des-voies-urinaires/insuffisance-rénale/maladie-rénale-chronique
- Chapitre 1 Éléments de physiologie rénale - [Manuel de Néphrologie 10° édition] [Internet]. [cité 15 mars 2025]. Disponible sur: http://manuel3.cuen.fr/spip.php?article6

- France Rein [Internet]. [cité 16 mars 2025]. Les fonctions du rein. Disponible sur: https://www.francerein.org/vivre-avec-la-maladie/maladies-et-traitements/les-fonctions-du-rein/
- LA THÉORIE DE LA TRANSITION | Août 2017 | CHU de Québec-Université Laval [Internet]. [cité 7 mars 2025]. Disponible sur: https://www.chudequebec.ca/a-propos-de-nous/publications/revues-en-ligne/spiritualite-sante/dossiers/choisir-lors-de-situations-medicales-complexes/la-theorie-de-la-transition.aspx
- Code de la santé publique. Article R.4311-4 : Actes professionnels de l'aide-soignant. Legifrance
- Code de la santé publique. Article R.4311-5 : Missions de l'aide-soignant. Legifrance
- Code de la santé publique. Articles R.4311-1 à R.4311-3 : Actes professionnels infirmiers. Legifrance
- Code de la santé publique. Article D.6124-70 : Organisation des centres d'hémodialyse. Legifrance
- Code pénal. Article 226-13 : Secret professionnel. Legifrance
- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Legifrance
- Référentiel d'activités et de compétences du diplôme d'Aide-Soignant. Ministère des solidarités et de la santé

Des questions ?