

RÉNIF' MAG

MAGAZINE DES MALADIES RÉNALES

MALADIE RÉNALE CHRONIQUE STADE 5

ET APRÈS ?

DOSSIER
MÉDICAL

L'HÉMODIALYSE EN CENTRE ET EN UDM : COMPRENDRE POUR MIEUX
CHOISIR SON PARCOURS

LES MÉTHODES DE SUPPLÉANCE EN AUTONOMIE

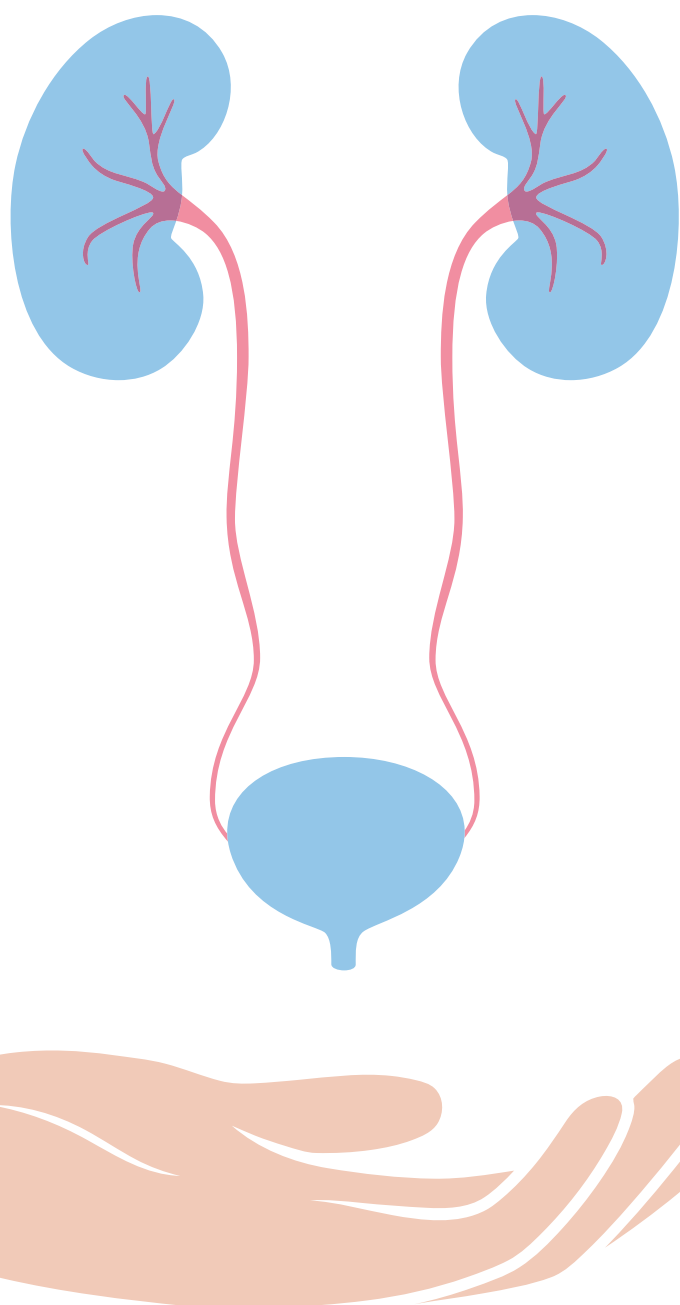
INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE : LE CHOIX DU TRAITEMENT CONSERVATEUR

Alimentation et dialyse : une nouvelle assiette !

De nouveaux ateliers pour mieux vivre avec la polypathologie

Insuffisance rénale chronique stade 5 : rester actif avant et pendant les
traitements de suppléance

Sommaire



DOSSIER MÉDICAL

L'hémodialyse en centre et en UDM : comprendre pour mieux choisir son parcours	4
Les méthodes de suppléance en autonomie	6
Insuffisance rénale chronique : le choix du traitement conservateur	8

NUTRITION

Alimentation et dialyse : une nouvelle assiette !	10
---	----

EDUCATION THÉRAPEUTIQUE

Quand plusieurs maladies se côtoient : de nouveaux ateliers pour mieux vivre avec la polypathologie	12
---	----

ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

Insuffisance Rénale Chronique Stade 5 : rester actif avant et pendant les traitements de suppléance	14
---	----

A VOUS DE JOUER

RECETTES DE CUISINE

A VOTRE SERVICE

AGENDA DES ATELIERS

Rénif'mag

55 rue de Turbigo 75003 Paris.
contact@renif.fr | Tél : 01 48 01 93 00 | www.renif.fr

Directeur de publication : Dr Xavier Belenfant

Directeur de rédaction : Stéphanie Willems

Rédacteur en chef : Dr Barbara Lesavre

Comité scientifique : Dr Xavier Belenfant, Dr Eric Gauthier

Crédits photos : Istock by Getty Images.

Impression : Sprint-Evoluprint SAS - Parc industriel Euronord, 10 rue du Parc CS 85001 Bruguères 31151 Fenouillet Cedex

Dépôt légal à date de parution.

Éditorial

Maladie rénale chronique stade 5, et après ?

Une nouvelle prise en charge, marquée par le choix éclairé

Découvrir que l'on atteint le stade 5 de la maladie rénale chronique peut sembler un coup d'arrêt. Pourtant, comme en témoignent les pages de ce magazine, cette phase ouvre différentes possibilités : la transplantation*, la dialyse avec toutes ses variantes et le traitement conservateur. Quelle que soit la méthode, l'activité physique adaptée et l'alimentation restent des éléments primordiaux pour maintenir l'autonomie la plus adaptée ... Autant de leviers pour continuer à vivre pleinement.

Des traitements orientés vers l'autonomie

L'hémodialyse et la dialyse péritonéale ne sont pas des impasses, mais des solutions pour préserver votre santé et votre autonomie. Comme le souligne le Dr Michel, 85 % des patients commencent leur parcours en centre ou en Unité de Dialyse Médicalisée (UDM), un environnement sécurisant, surtout en phase urgente. Mais saviez-vous que ce choix n'est jamais définitif ? Les patients bénéficient en amont, et au décours d'une prise en charge urgente, si tel est le cas, d'une information sur les différentes méthodes afin de choisir la plus adaptée.

Le Dr Fessi nous rappelle d'ailleurs que la France reste en retard sur les méthodes autonomes (seulement 22 % des patients), alors que ces approches offrent une meilleure qualité de vie. Grâce à la formation, à la télémedecine et à des innovations comme les machines plus légères ou les cathéters sécurisés, l'autonomie devient de plus en plus accessible.

Traitement conservateur

Celui-ci est devenu au fil des années un traitement reconnu comme alternative aux méthodes de suppléance, comme nous l'explique le Dr Belenfant.

Bouger, manger, vivre : des piliers au quotidien

L'activité physique adaptée (APA) n'est pas un luxe, mais une nécessité. Comme l'explique Erwan Potfer, coordinateur Rénif, elle permet de limiter le déconditionnement, de maintenir la masse musculaire et même de retrouver confiance en son corps. L'APA s'adapte à vos capacités.

Côté assiette, Séverine Frigout-Carmignani, diététicienne, nous éclaire sur un changement radical : en dialyse, il faut augmenter les protéines (1,2 g/kg/j) pour compenser les pertes, tout en gérant strictement les liquides, le sel, le phosphore et le potassium. Pas de panique : ces contraintes ne signifient pas renoncer au plaisir.

Et si la polyopathie devenait une force ?

Vivre avec une maladie rénale chronique, c'est souvent composer avec d'autres pathologies : diabète, hypertension, insuffisance cardiaque... Cette polyopathie peut générer une charge mentale lourde : gestion des médicaments, coordination des soins, adaptation des recommandations alimentaires parfois contradictoires.

De nouveaux ateliers d'éducation thérapeutique vous aideront à y voir plus clair : « Consignes alimentaires contradictoires » et « Charge mentale de la polyopathie ».

Un message pour conclure : vous avez le choix, et vous avez des alliés

La maladie rénale chronique stade 5 marque une nouvelle étape, qui ne doit pas être une perte de son autonomie. Les options sont multiples, et l'accompagnement (médical, activité physique, nutritionnel, psychologique) est là pour vous soutenir.

*La transplantation ayant été abordée précédemment dans un autre numéro, nous aborderons uniquement les méthodes de dialyse.

LE MOT DE
Sébastien Homs
Néphrologue



L'HÉMODIALYSE EN CENTRE ET EN UDM : COMPRENDRE POUR MIEUX CHOISIR SON PARCOURS

Dr Pierre-Antoine Michel, néphrologue, hôpital Tenon

Découvrir que l'on doit débiter une dialyse, ou voir un proche traverser cette étape, est un moment de vie intense, souvent accompagné de nombreuses questions. Face à la maladie rénale chronique, la médecine propose aujourd'hui plusieurs parcours. Parmi eux, l'hémodialyse assistée, qu'elle se déroule en centre lourd ou en Unité de Dialyse Médicalisée (UDM), occupe une place centrale.

Cet article a pour but de vous éclairer sereinement sur cette modalité, ses avantages, ses contraintes, mais aussi sur sa grande flexibilité.

La modalité la plus fréquente : ce que nous disent les chiffres

Si vous commencez votre parcours en centre ou en UDM, sachez que vous partagez cette réalité avec une grande majorité de patients. Selon les données 2024 du registre REIN (géré par l'Agence de la biomédecine), l'hémodialyse en structure reste, de loin, la modalité de traitement la plus commune en France, particulièrement au moment du démarrage (85,5% des patients dont 82,1 % en centre et 3,4 % en UDM) de la prise en charge.

Il est très fréquent que la dialyse doive être initiée de manière urgente ou lors d'une période de repli (par exemple, après la perte d'un greffon rénal ou l'arrêt

d'une autre technique). Dans ces moments où la santé est fragilisée, l'environnement sécurisant du centre lourd est privilégié pour stabiliser votre état général. Chez les patients prévalents, le centre constitue la modalité de traitement de près de 52 % des patients alors que l'UDM est la modalité de traitement de 27% des patients (rapport annuel REIN 2024)

L'accès vasculaire : la clé de la séance
Pour nettoyer le sang, le générateur de dialyse (le « rein artificiel ») a besoin d'un accès à votre circulation sanguine. Deux options principales existent :

- La fistule artério-veineuse (FAV) : c'est l'accès privilégié. Il s'agit d'une petite intervention chirurgicale qui relie une artère et une veine au niveau du bras, permettant à la veine de devenir plus solide et plus facile à ponctionner.
- Le cathéter tunnelisé : C'est un tube souple placé dans une veine importante (souvent au niveau du cou). Il est fréquemment utilisé lorsque la dialyse doit être démarrée rapidement ou en attendant que la fistule soit prête.

Chaque option est choisie et surveillée avec le plus grand soin par l'équipe médicale pour garantir votre confort et votre sécurité.

Le quotidien en structure : organisation et accompagnement

En pratique, l'hémodialyse en structure se déroule habituellement à raison de 3 séances de 4 heures par semaine.

Un accompagnement professionnel rassurant

Le principal avantage de cette modalité est l'assistance totale. Vous n'êtes jamais seul : une équipe d'infirmières et d'infirmiers experts prend tout en charge. Ce sont eux qui s'occupent du montage du générateur, de la ponction de votre accès vasculaire et de votre surveillance constante pendant toute la durée de la séance.

La présence médicale s'adapte à la structure :

- En centre lourd : un médecin néphrologue est présent sur place et passe vous voir à chaque séance.
- En UDM (Unité de Dialyse Médicalisée) : elle s'adresse à des patients plus stables. Le médecin passe au moins une fois par semaine, mais reste joignable à tout moment.

Les contraintes du collectif

Bien que rassurant, le traitement en centre impose des contraintes qu'il est important d'anticiper :

- Le déplacement : il faut se rendre à la structure trois fois par semaine, ce qui demande de l'organisation (souvent en transport sanitaire).
- La promiscuité : les soins se déroulent généralement dans des salles communes. Le nombre important de patients peut parfois limiter l'intimité.
- La rigidité des horaires : le centre gère des flux importants (un patient est souvent programmé juste avant ou juste après vous). Les horaires sont donc fixes, ce qui peut parfois rendre les échanges plus pressés.

Au-delà de la séance : prendre soin de soi au quotidien

La dialyse ne s'arrête pas aux portes du centre. Pour préserver votre santé cardiovasculaire et votre énergie, le traitement s'accompagne de deux piliers essentiels :

- L'équilibre hygiéno-diététique : entre deux séances, les reins ne filtrent plus les excès. Il est donc nécessaire de limiter la prise de poids (liée à l'eau que l'on boit) et de surveiller son alimentation pour éviter l'accumulation de potassium (hyperkaliémie) ou de phosphore (hyperphosphorémie).
- La polymédication : protéger votre cœur et contrôler votre hypertension nécessite souvent la prise quotidienne de plusieurs médicaments. C'est un travail d'équipe entre vous, vos proches et vos médecins.

Une certitude : vous n'êtes pas bloqué, vous avez le choix !

C'est sans doute le message le plus important de cet article : le choix d'une technique n'est jamais définitif.

La médecine actuelle encourage la flexibilité. Si vous commencez en centre en urgence, cela ne signifie pas que vous y passerez le reste de votre vie. Dès que votre état général s'améliore, que vous reprenez des forces et que vous aspirez à plus d'autonomie, d'autres horizons s'ouvrent à vous.

Selon vos souhaits et votre mode de vie, vous pourrez vous tourner vers :

- L'autodialyse : où vous apprenez à réaliser une partie de vos soins en structure.
- La dialyse péritonéale : qui se réalise à domicile, chaque jour, via le ventre.
- L'hémodialyse quotidienne à domicile : pour une plus grande liberté thérapeutique.

Votre projet de vie est unique. Discutez-en régulièrement avec votre néphrologue : vos traitements peuvent et doivent évoluer en même temps que vous.



LES MÉTHODES DE SUPPLÉANCE EN AUTONOMIE

Dr Hafedh Fessi, néphrologue, Paris

Le traitement de la maladie rénale chronique stade 5 avancé par une méthode de suppléance a débuté dans les années 1970. En France, il a été mis en œuvre essentiellement selon un mode autonome, à domicile et en autodialyse.

Le terme « autonomie », provient du grec *autos* (« soi-même ») et *nomos* (« loi » ou « règle »).

L'autonomie moderne désigne la capacité de la personne à faire reconnaître sa singularité. Favoriser et accepter l'autonomie dans le cadre d'un contrat de soins fondé sur l'égalité implique une requalification de la dissymétrie fondamentale de la relation patient-soignant dans laquelle le patient prend une place plus importante.

La dialyse autonome se pratique selon 2 méthodes différentes : l'hémodialyse et la dialyse péritonéale (DP). Ces techniques peuvent être pratiquées à domicile ; l'hémodialyse peut aussi être réalisée dans un centre d'autonomie dit d'autodialyse.

Environ 22% des patients en France sont traités par une technique de dialyse autonome (6,5% en DP, 1,5% en hémodialyse à domicile et 14% en autodialyse). La France reste en retrait par rapport à d'autres pays développés, en particulier pour la DP et l'hémodialyse à domicile.

L'hémodialyse et la DP sont deux méthodes de traitement équivalentes ; il n'y a pas d'avantage de l'une des techniques par rapport à l'autre. En l'absence de contre-indication médicale à l'une ou l'autre de ces méthodes, le choix du patient reste un élément déterminant dans la décision thérapeutique.

Tout patient atteint d'insuffisance rénale chronique (IRC) à un stade avancé doit bénéficier d'une information objective, complète et loyale sur les différentes méthodes de traitement de sa maladie afin de permettre un choix éclairé.

L a dialyse à domicile

Deux méthodes de dialyse sont réalisées en toute sécurité et de manière autonome à domicile par le patient lorsqu'il a fait ce choix de traitement : l'hémodialyse à domicile et la dialyse péritonéale. Ces 2 méthodes requièrent une formation complète et adéquate à toutes les étapes du traitement, ainsi qu'une installation à domicile adaptée, prenant en compte la gestion des dispositifs médicaux et des consommables dans le cadre de vie de chaque patient.

- L'hémodialyse à domicile (HDD) :

L'HDD nécessite un abord vasculaire, par fistule artérioveineuse ou cathéter central tunnelisé,

permettant les échanges entre le sang et un liquide de dialyse afin d'éliminer les déchets à travers un filtre synthétique.

Elle peut être pratiquée avec une certaine flexibilité, selon les convenances du patient : quotidiennement, tous les deux jours ou la nuit (nocturne). La durée des séances varie de quelques heures (moins de 3 heures) en journée à plusieurs heures (6 à 8 heures) durant la nuit. Le patient peut la pratiquer seul ou bien avec l'aide d'une tierce personne.

- La dialyse péritonéale (DP) :

La DP nécessite un abord péritonéal au moyen d'un cathéter mis en place à travers la paroi abdominale, permettant les échanges entre le sang et un liquide de dialyse afin d'éliminer les déchets à travers la membrane du péritoine.

C'est une technique quotidienne, douce et flexible. Elle peut être pratiquée manuellement en journée ou à l'aide d'un appareil automatisé la nuit. Le patient peut la pratiquer seul, avec l'aide d'une tierce personne ou d'une infirmière.

L'autodialyse

Il s'agit d'une alternative au domicile pour les patients autonomes qui ne peuvent pas réaliser leur traitement à la maison (manque d'espace, difficultés familiales, etc...). Elle est effectuée dans un centre d'autonomie, où le patient est également formé à toutes les étapes du traitement. Une infirmière supervise le centre d'autodialyse.

Ce mode de prise en charge offre une certaine flexibilité et la possibilité d'augmenter la durée des séances en journée ou sa fréquence en semaine.

Les bénéfices de la dialyse autonome pour le patient sont bien concrets : agir pour soi, maîtriser son destin et acquérir une certaine indépendance. Comparée à la dialyse en centre, les bénéfices de la dialyse autonome se traduisent par une meilleure qualité de vie, un temps de récupération après dialyse plus court avec moins de fatigue, une meilleure qualité du sommeil ainsi qu'une meilleure santé mentale et physique. En ce qui concerne les résultats cliniques, ils sont également meilleurs sur le plan cardiovasculaire.

D'autre part, la télésurveillance en dialyse autonome diminue le fardeau de la maladie, renforce la confiance du patient, réduit le temps de déplacement, permet de lutter contre l'isolement et l'éloignement, et favorise une prise en charge plus proactive avec un gain de réactivité. Dans une étude portant sur la télésurveillance des machines et accessoires connectés, il a été observé une réduction de 44 % du taux d'inobservance médicamenteuse, une amélioration de la formation à l'autonomie chez 23% des patients et une diminution de 32% du taux d'échec toutes causes confondues, en particulier chez les nouveaux patients (44%).

Plusieurs développements sont actuellement en cours concernant la dialyse autonome, afin de la faciliter et d'en améliorer l'accessibilité. La télésurveillance devrait favoriser l'autonomie à domicile et en autodialyse. De nouvelles techniques de préparation du dialysat, reposant sur sa régénération en ligne grâce à des cartouches, permettent une réduction de la consommation d'eau à environ 5 litres au lieu de 25 litres. Par ailleurs, de nouvelles machines plus simples, plus légères (environ 15 kg) et plus miniaturisées (WAK) sont en développement. Enfin, de nouvelles techniques de ponction, incluant des dispositifs implantables destinés à remplacer les aiguilles de ponction de fistule ou des dispositifs de connexion de cathéter plus sécurisés, permettraient de réduire les risques infectieux et thrombotiques.

Enfin, La réglementation évolue en faveur de l'autonomie. L'année 2027 constituera une étape charnière avec la levée de l'obligation de présence d'une tierce personne pour assister le patient, ainsi qu'une réforme du financement visant à inciter les structures à orienter davantage les patients vers des modalités de dialyse autonome.

Pour favoriser l'autonomie il est aujourd'hui nécessaire de réinvestir sa dimension relationnelle afin de construire avec le patient « une alliance thérapeutique basée sur la confiance, le partage des connaissances et l'écoute de l'autre » (Parizeau).



INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE : LE CHOIX DU TRAITEMENT CONSERVATEUR

Dr Xavier Belenfant, néphrologue, CHI André Grégoire, président Rénif

Le traitement conservateur est l'alternative à la dialyse ou à la transplantation rénale pour la prise en charge de la maladie rénale « avancée » (stade 5) (HAS 2023).

Lorsque la maladie rénale chronique progresse, une discussion s'engage entre le patient et l'équipe médico-soignante sur l'orientation de la prise en charge thérapeutique. Le moment opportun pour cette discussion diffère d'une personne à l'autre, en fonction de la vitesse de progression de la néphropathie (pouvant être estimée par la baisse du débit de filtration glomérulaire estimé – eDFG), de la coexistence d'autres maladies et du désir du patient et/ou de son entourage. Cette discussion amène à aborder :

- Les traitements de suppléance : dialyse à domicile, hémodialyse en unité autonome (autodialyse) ou médicalisée et transplantation rénale. Leurs modalités, leurs contraintes, leurs risques, leurs bénéfices et leurs impacts sur le mode de vie sont abordés, souvent, lors de plusieurs entretiens : en consultation avec le médecin néphrologue, avec le médecin généraliste, avec les infirmières de néphrologie (infirmières d'éducation thérapeutique -IPA-).

- Une alternative est la poursuite de la prise en charge médicale sans recours aux traitements de suppléance en cas d'aggravation de la maladie rénale. Cette option est appelée « traitement conservateur ». (SFNDT 2022, Davison 2024)

Le traitement conservateur est la poursuite et l'adaptation du traitement personnalisé par l'équipe de néphrologie et le médecin traitant, éventuellement avec le soutien des compétences d'autres soignants (infirmier, psychologue, diététicienne ...). Cette modalité de prise en charge peut être à l'initiative du patient et/ou de l'équipe médicale.

A l'initiative du patient
Certains patients choisissent de ne pas opter pour une prise en charge en dialyse et/ou par transplantation rénale. Cette option, parfois abordée avec le médecin lors des consultations, conduit à proposer une rencontre avec les équipes soignantes. Celle-ci a pour objet une présentation claire et loyale des différents traitements adaptés à leur situation personnelle. Des entretiens avec d'autres patients (les pairs), des associations d'usagers ou des échanges

avec le médecin traitant peuvent contribuer à cette réflexion. Mûrement et patiemment réfléchi, cette décision peut être transcrite dans les « directives anticipées », et portée à la connaissance de la personne de confiance, et de l'entourage. Dans ce cas, l'équipe de néphrologie devra respecter ces directives et en partager la connaissance avec le médecin traitant. À tout moment, à l'initiative du patient, ce choix pourra être bien entendu modifié.

A l'initiative de l'équipe de néphrologie
Lorsqu'un patient présente de nombreuses et sévères pathologies en dehors de l'atteinte rénale et/ou une autonomie réduite, le bénéfice d'une prise en charge en dialyse peut être discutable. La dialyse peut, dans ces cas, altérer un équilibre déjà précaire, dégrader la qualité de vie, voire conduire à de fréquentes hospitalisations, alors qu'un traitement médical personnalisé pourrait préserver une meilleure qualité de vie.

Cette réflexion relève d'une discussion d'équipe, souvent élargie à d'autres spécialistes : gériatres, cardiologues, neurologues, oncologues, médecins et psychologues des équipes d'accompagnement ... Parallèlement, elle s'accompagne de nombreux échanges avec le patient, sa personne de confiance (loi et décret de 2016) et/ou ses aidants principaux. D'authentiques réunions de concertation pluriprofessionnelles (RCP) ont pour objectif, d'apprécier, dans un débat contradictoire, et d'argumenter les différentes options thérapeutiques.

Modalités du traitement conservateur
Le traitement conservateur est la poursuite d'un traitement coordonné par l'équipe médicale habituelle et le médecin généraliste. Le traitement diététique, médicamenteux et physique est adapté à chaque cas. L'objectif étant toujours de ralentir la progression de la maladie rénale, de prévenir ou de traiter les complications, sans omettre la prise en charge des pathologies associées (diabète, maladies cardiovasculaires, cancer ...). La motivation principale sera de maintenir le plus longtemps possible une qualité de vie appréciable. La recherche précoce des symptômes invalidants sera systématique afin de les atténuer par des ajustements de traitement ou des modalités de prise en charge (hospitalisation à domicile, soins de support ...).

Conclusion
Le traitement conservateur est devenu au fil des années un traitement reconnu, comme alternative aux méthodes de suppléance rénale, et est enseigné au cours des formations médicales, d'infirmières, d'aides-soignantes, de psychologues ... Conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), il doit aujourd'hui être explicité à tous les patients dont la maladie pourrait évoluer vers le stade de suppléance rénale.

Il a ainsi fait l'objet de nombreuses publications ces quinze dernières années ainsi que de « guides/recommandations » internationaux et nationaux (en accès libre) auxquels les professionnels comme les patients peuvent se référer.

Références

Groupe de travail de la SFNDT (Société Francophone de Néphrologie Dialyse, et Transplantation). Traitement conservateur de la maladie rénale stade 5 : guide pratique. Néphrologie Thérapeutique 2022 ;18 :155-171.

Décret n°2016-1067 du 3 août 2016 relatif aux directives anticipées.

Loi 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

HAS. Guide du parcours de soins – Maladie rénale chronique de l'adulte (MRC). Actualisation. 2023. (page 32).

Davison et coll. Conservative kidney management and kidney supportive care : core components of integrated care for people with kidney failure. Kidney International 2024 ;105 :34-45.



ALIMENTATION ET DIALYSE : UNE NOUVELLE ASSIETTE !

Séverine Frigout-Carmignani, diététicienne-nutritionniste,
NephroCare Île-de-France

La mise en dialyse est une étape de l'insuffisance rénale qui s'accompagne de nouvelles recommandations nutritionnelles pouvant paraître déroutantes. Les conseils diététiques liés à la dialyse sont en effet très différents, voire opposés, à ceux proposés lors de la période de pré-suppléance.

Deux grands changements **Majoration des apports en protéines**

Aux stades 4 et 5 de l'insuffisance rénale, il est conseillé de réduire ses apports en protéines à 0.6 g/kg/jour dans un but de néphroprotection.

Dès la mise en dialyse, les besoins sont augmentés à 1.2 g/kg/jour. En effet, durant la séance de dialyse il y a des pertes de protéines qu'il faut compenser afin de prévenir la fonte musculaire et le risque de dénutrition. Il existe 2 catégories de protéines : les protéines d'origine animale, apportées par les poissons, la viande, les œufs et les produits laitiers, et les protéines d'origine végétale, essentiellement contenues dans les céréales et les légumineuses.

Afin de limiter la perte protidique durant la séance de dialyse, une collation riche en protéines est conseillée. Tous les 3 mois au minimum, votre état nutritionnel sera évalué. Si besoin, le néphrologue pourra vous prescrire

un complément nutritionnel oral hyperprotidique afin de prévenir ou de corriger une éventuelle dénutrition.

La gestion des apports en liquides

Là encore, les conseils sont très différents de ceux du stade de pré-suppléance au cours duquel il était conseillé de boire abondamment.

Au stade de la dialyse, la diurèse (volume des urines sur 24 heures) diminue progressivement. L'eau s'accumule alors dans l'organisme et constitue l'essentiel de la prise de poids interdialytique (PPID).

C'est pourquoi il est conseillé d'adapter vos apports en boissons à votre diurèse et/ou à votre prise de poids entre deux séances de dialyse.

La quantité quotidienne de boissons conseillée est la suivante :

- si vous urinez : l'équivalent de votre diurèse + 500mL de boissons
- si vous n'urinez plus : 750 mL de boissons.

Toutes les boissons (café, soupe, lait...) sont à prendre en compte dans vos apports en liquides, y compris celles consommées pour la prise de médicaments.

En revanche, l'eau contenue dans les aliments ne doit pas être comptabilisée dans vos apports en liquide : seuls les liquides comptent !

E t les minéraux

Le sel

L'apport recommandé est de 6 g/jour, comme au stade de l'insuffisance rénale pré-suppléance.

Il est naturellement présent dans certains aliments, tels que les crustacés et les mollusques. Il participe également au procédé de fabrication du pain, de la charcuterie et du fromage.

Véritable exhausteur de goût, il est aussi utilisé par l'industrie agroalimentaire comme agent de conservation. Il est ainsi présent dans les conserves et dans les plats prêts à l'emploi. Il est donc préférable de limiter la consommation de plats industriels ou de traiteur et de cuisiner des aliments frais ou congelés natures. Pour l'assaisonnement des plats, il est conseillé d'utiliser des épices, des herbes aromatiques, du citron, de l'ail ou des oignons, afin de limiter, voire de supprimer l'ajout de sel.

Le phosphore

Il est naturellement présent sous forme de phosphates organiques dans les aliments riches en protéines. Il est important de ne pas supprimer ces aliments pour ne pas nuire aux apports en protéines. En effet, une restriction trop sévère pourrait entraîner une dénutrition dommageable pour la santé et la qualité de vie du patient.

A ces sources naturelles, viennent s'ajouter de multiples sources de phosphates dits inorganiques, apportés par les additifs phosphatés. Il s'agit de phosphore rajouté artificiellement dans de nombreux produits transformés. Ces additifs peuvent majorer l'apport quotidien en phosphore de 1 gramme par jour, alors que les recommandations d'apports sont de 800 mg par jour.

De plus, le phosphore contenu dans ces additifs est particulièrement bien absorbé par l'intestin voire mieux que le phosphore naturel. Son taux d'absorption intestinale est de 80 à 90 %, contre 30 à 60 % pour le phosphore issu des aliments riches en protéines. La palme du taux d'absorption intestinale est décernée aux boissons de type cola, contenant de l'acide phosphorique avec un taux d'absorption de 90 % !

Il est donc indispensable de les repérer en lisant les étiquettes et de supprimer les produits dont la liste d'ingrédients comporte les mots « phosphate » ou « phosphorique ».

Si nécessaire, le médecin peut aussi prescrire un chélateur du phosphore : ce médicament limite l'absorption intestinale du phosphore et il doit être pris au milieu des repas contenant du phosphore.

Le potassium

La restriction en potassium a longtemps été de mise chez tous les patients dialysés. Cependant, celle-ci ne doit pas être systématique pour tous les patients mais doit être adaptée à la kaliémie comme l'indiquent les recommandations KDOQI 2020.

Avant d'agir sur l'alimentation, il convient de corriger une

acidose installée, de modifier si possible les traitements à risque d'hyperkaliémie, d'évaluer la présence d'une constipation ou d'une dialyse défailante.

Plutôt qu'une interdiction totale, il est préférable de contrôler la fréquence et la quantité de consommation des aliments riches en potassium, en évitant les « charges excessives ».

Une cuisson longue dans l'eau des végétaux permet de réduire de 40 à 70 % leur teneur en potassium.

Une fois encore, il est indispensable de lire les étiquettes afin d'éviter les additifs potassiques présents dans certains produits industriels, qui majorent les apports en potassium.

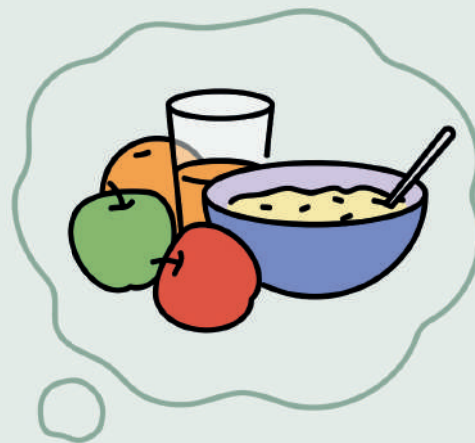
E n pratique dans l'assiette

Pour maintenir ou retrouver un bon état nutritionnel, l'alimentation doit être variée et équilibrée, et composée de chaque famille d'aliments :

- les viandes, poissons ou œufs : 2 fois par jour
- les produits laitiers (lait, laitages et fromage) : 2 à 3 fois par jour, dont 1 part de fromage maximum
- les féculents (céréales, pommes de terre, pain) : à chaque repas
- les fruits : 2 portions par jour
- les légumes : 2 à 3 portions par jour
- les matières grasses : à chaque repas, en privilégiant les graisses d'origine végétale
- les boissons : seule l'eau est indispensable. La quantité doit être adaptée au volume de vos urines (diurèse) et à la prise de poids entre 2 séances
- sucre et produits sucrés : pour le plaisir ! Cette famille n'est pas indispensable à l'équilibre alimentaire mais elle peut être consommée avec modération

Les quantités seront adaptées individuellement selon vos résultats biologiques et vos besoins.

L'éducation nutritionnelle du patient dialysé est essentielle pour une meilleure qualité de vie. L'accompagnement par une diététicienne-nutritionniste constitue un soutien qui facilite l'autonomie du patient vis-à-vis de son alimentation. La connaissance des aliments et de leurs équivalences permet d'éviter les interdits systématiques et de diversifier son alimentation, afin que les repas restent un moment de convivialité et de plaisir !



QUAND PLUSIEURS MALADIES SE CÔTOIENT : DE NOUVEAUX ATELIERS POUR MIEUX VIVRE AVEC LA POLYPATHOLOGIE

Emma Belissa, coordinatrice d'éducation thérapeutique Rénif

L'évolution de la médecine permet aujourd'hui à de nombreuses personnes de vivre plus longtemps avec des maladies chroniques. Cependant, cette avancée s'accompagne d'une réalité de plus en plus fréquente : la polypathologie, c'est-à-dire la coexistence de plusieurs maladies chroniques chez une même personne.

Pour de nombreux patients atteints d'une maladie rénale chronique, la prise en charge ne se limite pas aux reins. Diabète, hypertension artérielle, insuffisance cardiaque, maladies respiratoires ou rhumatologiques peuvent également faire partie du quotidien. Cette situation soulève de nombreux défis, tant sur le plan pratique que psychologique.

Afin de répondre à ces besoins, le programme d'éducation thérapeutique de Rénif propose désormais deux nouveaux ateliers spécifiquement conçus pour les patients concernés par la polypathologie : « Consignes alimentaires contradictoires » et « Charge mentale de la polypathologie ».

Quand les recommandations alimentaires semblent s'opposer

L'alimentation constitue un pilier essentiel de la prise en charge de nombreuses maladies chroniques. Pourtant, lorsqu'une personne doit gérer plusieurs pathologies simultanément, les conseils reçus peuvent parfois sembler difficiles à concilier.

Un patient diabétique apprendra à surveiller certains apports glucidiques. Une personne souffrant d'insuffisance rénale pourra recevoir des recommandations concernant les protéines, le sel ou le potassium. Une maladie cardiovasculaire amènera souvent à réduire les matières grasses saturées et le sodium. Face à ces multiples consignes, une question revient fréquemment : « Finalement, qu'ai-je le droit de manger ? » ou encore une affirmation : « il ne me reste plus rien à manger ».

Cette impression de recevoir des messages contradictoires peut générer de la confusion, de la frustration et parfois même un sentiment d'échec. Certains patients finissent par restreindre excessivement leur alimentation, tandis que d'autres renoncent à suivre des recommandations qu'ils jugent trop complexes.

L'atelier « Consignes alimentaires contradictoires » a été conçu pour répondre à ces préoccupations. Animé par des diététiciens, il offre un espace d'échange permettant d'exprimer les conseils alimentaires reçus en rapport avec leur situation personnelle, de remettre en perspectives les recommandations valables pour tous et de retrouver une approche plus globale permettant un équilibre global sans contradiction.

L'objectif n'est pas d'ajouter de nouvelles règles, mais plutôt d'aider chacun à faire le tri parmi les informations reçues. Les participants sont invités à partager leurs expériences, leurs interrogations et

les difficultés rencontrées au quotidien. À partir de situations concrètes, l'équipe aide à identifier des solutions adaptées et réalistes.

L'atelier permet également de rappeler qu'il n'existe pas une alimentation parfaite applicable à tous. Les recommandations doivent toujours être individualisées et tenir compte de l'ensemble des pathologies, mais aussi des habitudes de vie, des goûts et des contraintes de chacun.

Au-delà des aspects techniques, cet atelier vise à redonner confiance aux participants dans leurs choix alimentaires et à leur permettre de retrouver davantage de sérénité au moment des repas, de renouer avec le plaisir et la convivialité.

U ne charge mentale souvent invisible

Vivre avec plusieurs maladies chroniques ne se résume pas à suivre des traitements ou à respecter des recommandations alimentaires et médicales. Cela implique également une organisation quotidienne parfois très exigeante.

Prendre plusieurs médicaments à différents moments de la journée, gérer plusieurs ordonnances, renouveler les prescriptions, planifier les examens médicaux, assister aux consultations de différents spécialistes, surveiller certains paramètres de santé : autant de tâches qui peuvent mobiliser une énergie considérable. À cela s'ajoutent souvent les préoccupations liées à l'évolution des maladies, les inquiétudes concernant l'avenir ou encore l'impact de la maladie sur la vie familiale, professionnelle et sociale.

Cette accumulation de responsabilités constitue ce que l'on appelle la charge mentale de la maladie chronique. Lorsqu'il faut faire face à plusieurs pathologies simultanément, cette charge peut devenir particulièrement importante.

Pourtant, ce poids reste souvent invisible. Beaucoup de patients s'efforcent de gérer leur quotidien sans toujours exprimer leurs difficultés. Ils peuvent avoir le sentiment qu'ils devraient être capables de tout maîtriser ou hésiter à évoquer leur fatigue psychologique lors des consultations médicales.

U n nouvel espace de parole et de réflexion

L'atelier « Charge mentale de la polypathologie » a été créé pour permettre aux patients de mettre des mots sur cette réalité souvent méconnue.

Animé par des professionnels formés à l'accompagnement psychologique et à l'éducation thérapeutique, cet atelier offre un cadre bienveillant dans lequel chacun peut partager son expérience.

Les participants sont invités à réfléchir aux multiples sollicitations auxquelles ils doivent faire face au quotidien : gestion des rendez-vous, coordination des soins, prise des traitements, adaptation permanente aux contraintes imposées par les différentes maladies. L'atelier aborde également les émotions fréquemment rencontrées dans ces situations : fatigue,

découragement, sentiment d'être submergé, culpabilité ou parfois colère face aux contraintes de la maladie.

L'un des objectifs est de permettre aux participants d'identifier leurs propres ressources et les stratégies déjà mises en place pour faire face à ces difficultés. Les échanges entre patients constituent souvent une source précieuse d'idées, de soutien et de reconnaissance mutuelle.

Entendre que d'autres personnes rencontrent des problématiques similaires contribue à rompre le sentiment d'isolement que peuvent ressentir certains patients.

M ieux vivre avec la complexité

Ces deux nouveaux ateliers partagent une même ambition : accompagner les patients dans la gestion de situations complexes qui dépassent souvent le cadre d'une seule maladie.

L'éducation thérapeutique ne consiste pas uniquement à transmettre des connaissances. Elle vise également à développer les compétences nécessaires pour vivre au quotidien avec une maladie chronique, prendre des décisions éclairées et préserver sa qualité de vie.

Dans le contexte de la polypathologie, cet accompagnement prend une importance toute particulière. Les patients deviennent de véritables coordinateurs de leur parcours de soins et doivent composer avec des recommandations parfois nombreuses et parfois difficiles à articuler.

En proposant des espaces d'échange centrés à la fois sur les aspects nutritionnels et psychologiques, ces nouveaux ateliers ont pour vocation d'aider chacun à retrouver des repères, à renforcer sa confiance et à se sentir moins seul face aux défis de la maladie.

Parce que derrière chaque dossier médical se trouve avant tout une personne, il est essentiel de prendre en compte non seulement les maladies elles-mêmes, mais aussi leur impact sur la vie quotidienne. C'est dans cette perspective que s'inscrivent ces nouvelles actions d'éducation thérapeutique, au service d'une prise en charge toujours plus globale et plus humaine.



INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE STADE 5 : RESTER ACTIF AVANT ET PENDANT LES TRAITEMENTS DE SUPPLÉANCE

Erwan Potfer, enseignant en APA, coordinateur Rénif

La maladie rénale chronique évolue en plusieurs stades. Au stade 5, les reins fonctionnent de manière très diminuée. Selon l'évolution de la situation médicale, plusieurs traitements de suppléance peuvent alors être discutés : l'hémodialyse, la dialyse péritonéale ou la transplantation rénale. La transplantation a été évoquée dans la précédente édition de ce magazine. Dans tous les cas, l'objectif reste le même : préserver autant que possible la santé, l'autonomie et la qualité de vie.

Dans cette période, l'activité physique adaptée, ou l'APA, peut avoir toute sa place. Il ne s'agit pas de faire du sport intensif ni de rechercher la performance. L'APA vise plutôt à proposer une activité sécurisée, progressive et personnalisée, en tenant compte de la fatigue, de l'essoufflement, des douleurs, des autres maladies associées et du niveau d'autonomie de chacun. Les recommandations récentes encouragent l'activité physique chez les personnes vivant avec une maladie rénale chronique, lorsque l'état de santé le permet et en l'absence de contre-indications médicales (souvent temporaires).

Pendant la dialyse : bouger est parfois possible. Lorsqu'une personne débute l'hémodialyse, les séances peuvent prendre du temps dans la semaine. Elles sont souvent associées à de la fatigue et à une baisse de l'activité physique quotidienne. Pourtant, dans certains centres, il est possible de pratiquer une activité physique pendant la séance elle-même. On parle alors d'exercice intradialytique.

L'exemple le plus connu est l'utilisation d'un pédalier ou ergocycle. Ce petit appareil est installé au niveau des pieds, pendant que la personne est assise ou semi-allongée. Le mouvement ressemble à celui d'un vélo, mais l'intensité est douce et adaptée. L'objectif n'est pas de « s'entraîner vite et fort », mais de mobiliser les jambes, de limiter le déconditionnement et de maintenir les capacités physiques.

Les études scientifiques montrent que le pédalage pendant l'hémodialyse est généralement bien toléré lorsqu'il est encadré par des professionnels et adapté à chaque patient. Il peut améliorer certains aspects de la capacité fonctionnelle, par exemple la capacité à marcher ou à réaliser des efforts du quotidien.

D'autres travaux suggèrent aussi des effets favorables sur la qualité de vie, la récupération après dialyse ou sur la condition physique générale.

En pratique, une séance peut commencer par quelques minutes de pédalage seulement. La durée, la fréquence et la résistance du pédalier sont ensuite ajustées progressivement. L'activité doit rester confortable : le patient doit pouvoir parler pendant l'effort. La séance est interrompue en cas de malaise, de douleur thoracique, d'essoufflement inhabituel, de crampes importantes, de vertiges ou de chute de tension. Comme pour tout soin, la sécurité prime.

L'intérêt du pédalier est aussi psychologique : il permet de redevenir acteur pendant un temps souvent vécu comme passif. Pour certaines personnes, cela redonne confiance dans leur corps et dans leur capacité à bouger malgré la maladie.

Ne pas attendre la dialyse pour commencer
Même si l'APA peut être proposée pendant la dialyse, il est préférable de ne pas attendre ce moment pour commencer. Avant la dialyse, au stade 5, l'APA peut aider à préserver la force et la masse musculaire, l'équilibre, la marche, la souplesse et l'autonomie. Elle peut aussi contribuer à limiter le cercle vicieux bien connu : plus on est fatigué, moins on bouge ; moins on bouge, plus les gestes du quotidien deviennent difficiles.

Pour certains, cela signifie marcher quelques minutes plusieurs fois par semaine. Pour d'autres, faire des exercices simples de renforcement, se lever d'une chaise plusieurs fois, travailler l'équilibre ou apprendre à fractionner les efforts. Le tout est d'adapter l'activité physique à la personne et de faire en sorte qu'elle soit répétée régulièrement.

En ce sens, Rénif a mis en place un programme d'APA de 12 semaines, y compris pour les patients en insuffisance rénale de stade 5, avant la mise en place d'un traitement de suppléance. Les séances peuvent se faire en individuel (à domicile) ou en collectif (au sein d'une structure partenaire). Un premier bilan de condition physique est établi par un enseignant en APA pour concevoir un programme personnalisé de 10 séances. Et, à la fin du programme, un bilan de fin d'accompagnement est réalisé avec le patient pour lui permettre de poursuivre en toute autonomie une activité physique régulière et pérenne. L'objectif est d'aider chacun à trouver une activité réalisable, sécurisée et surtout plaisante.

Bibliographie

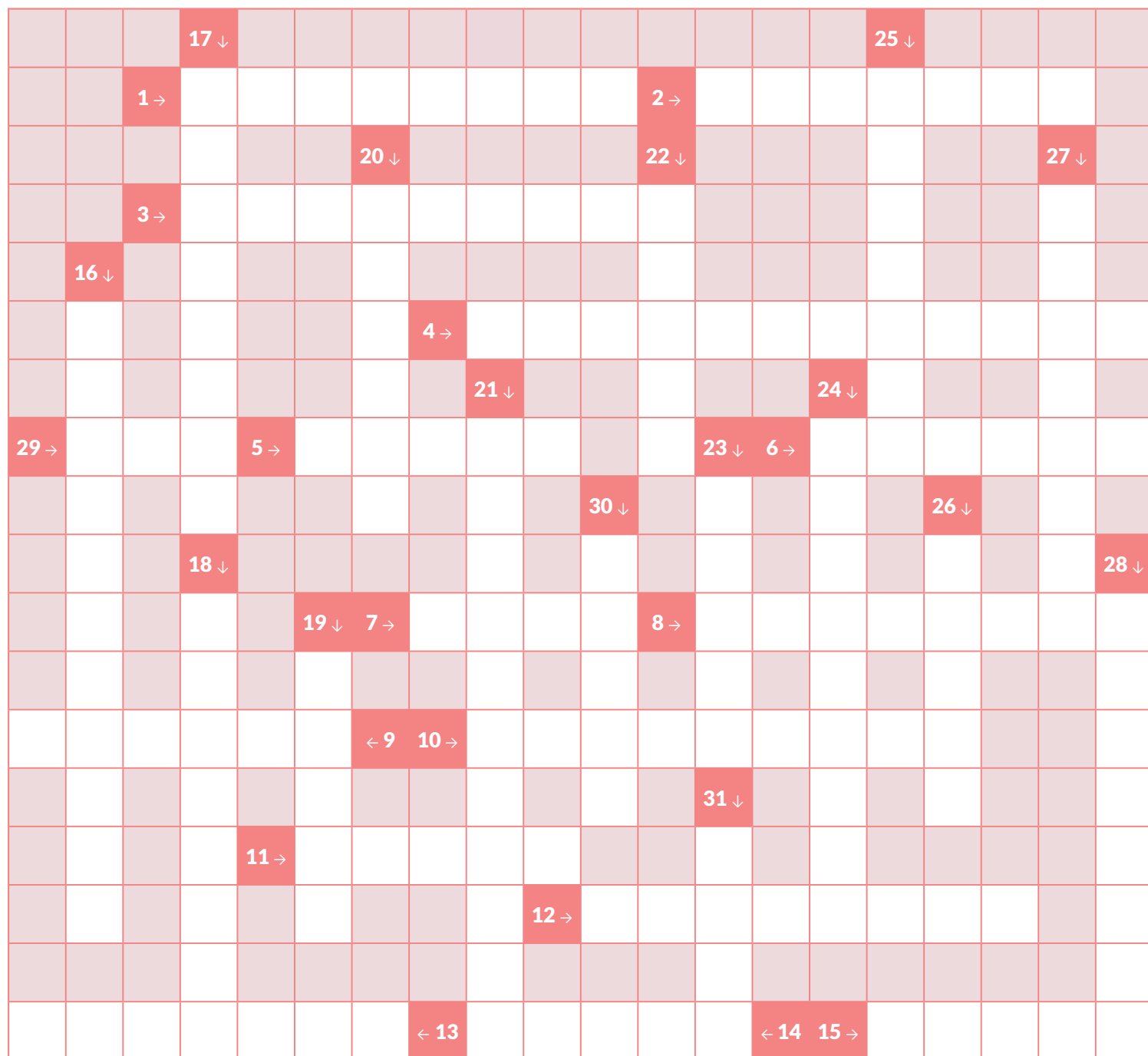
Baker, et al. (2022). Clinical practice guideline exercise and lifestyle in chronic kidney disease. BMC Nephrology, 23, Article 75.

France Rein . Activités physiques adaptées.

Haute Autorité de Santé. (2023). Guide du parcours de soins – Maladie rénale chronique de l'adulte (MRC).

Kidney Disease: Improving Global Outcomes CKD Work Group. (2024). KDIGO 2024 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. Kidney International, 105(4S), S117–S314.

MOTS FLÉCHÉS



Solutions page 19

1 : Petits gâteaux secs

2 : C'est la santé

3 : Sans tache

4 : capable de se développer dans des environnements froids

5 : Sans chaleur

6 : Répétition inutile

7 : Peut rendre roi ou reine

8 : Vêtements très chauds

9 : Corps céleste brillant

10 : Trottinette

11 : Fine couche de glace

12 : Descente incontrôlée

13 : empreinte de végétaux ou d'animaux d'espèces disparues

14 : Potage

15 : Classique de Noël

16 : Repos hivernal

17 : Vent très froid et violent

18 : Idées sans rapport avec la réalité

19 : Confettis du ciel en hiver

20 : Lueur qui paraît à l'horizon un peu avant le lever du soleil

21 : Mauvais temps

22 : abus

23 : Roi des forêts

24 : Aident à enlever le numéro 11

25 : Escalade le long d'une paroi rocheuse

26 : Quand le froid prend ses quartiers

27 : Epoque où le soleil atteint son plus grand éloignement de l'équateur

28 : Délice à savourer avec modération

29 : Loup de mer

30 : Pas mûre

31 : Ou face

CARPACCIO DE BETTERAVES AU FROMAGE

Temps de préparation : 20 minutes

Ingrédients pour 4 personnes

400 g de petites betteraves cuites
120 g de fêta
50 g de roquette
40 g de cerneaux de noix concassés

2 à 3 c. à soupe d'huile d'olive
½ à 1 citron pressé
1 c. à soupe rase de miel



Couper les betteraves en tranches très fines et les disposer en rosace sur un plat.
Ajouter, par-dessus, la fêta, préalablement coupée en petits morceaux ou écrasée grossièrement à la fourchette.
Recouvrir de roquette.
Parsemer de noix concassées.
Réaliser l'assaisonnement en mélangeant l'huile, le jus de citron et le miel. Verser sur le plat juste au moment de servir.

Apport nutritionnel par portion

Protéines : 8 g ●
Sel : 1 g
Glucides : 12 g
Potassium : 420 mg ●●

Suggestion de menu

Carpaccio de betteraves
au fromage
Poulet rôti
Riz safrané
Orange

1 ● = 10 g de protéines
1 ● = 1 g de sel
1 ● = 200 mg de potassium

GÂTEAU MOELLEUX À LA FARINE DE CHÂTAIGNE

Temps de préparation : 20 minutes

Temps de cuisson : 50 minutes

Ingrédients pour 8 personnes

160 g de sucre (ou 140 g + 3 sachets de sucre vanillé)

100 ml d'huile de tournesol

100 ml de lait

4 œufs

160 g de farine de châtaigne

1 sachet de levure chimique

1 cuillère à café de vanille liquide (ou du sucre vanillé, voir plus haut)

50 ml de rhum, de Grand Marnier ou de Cointreau



Préchauffer le four à 140°C.

Dans un saladier, mélanger toutes les poudres ensemble : la farine, la levure, le sucre et le sucre vanillé.

Casser les œufs et séparer les blancs des jaunes. Battre les blancs en neige ferme.

Battre les jaunes, puis ajouter l'huile, le lait, la vanille liquide et l'alcool.

Au batteur électrique ou au fouet, mélanger soigneusement cette préparation avec les poudres.

Quand le mélange est homogène, incorporer délicatement, à la spatule, les blancs en neige.

Beurrer et fariner un moule à manquer. Verser la préparation et faire cuire 50 minutes.

Vérifier la cuisson avec la pointe d'un couteau.

Démouler tiède. Le fond va un peu coller, donc décoller le gâteau avec une spatule à pâtisserie.

Apport nutritionnel pour une personne

Protéines : 5 g

Sel : 0,3 g

Glucides : 35 g

Potassium : 50 mg

Suggestion de menu

Un thé au lait et une part de moelleux à la farine de châtaigne pour le goûter

1 ● = 10 g de protéines

1 ● = 1 g de sel

1 ● = 200 mg de potassium

AGENDA 2026-2027

Agenda 2026-2027

Comment participer aux ateliers ?

01

Être adhérent de Rénif

02

Inscription obligatoire

Comment s'inscrire ?



Tel : 01 48 01 93 00



Mail : contact@renif.fr



Site internet : <https://www.renif.fr/ateliers>

Où se déroulent les ateliers ?



En visioconférence
sur la plateforme sécurisée
ETPLINK



Rénif Paris 3^e
55 rue de Turbigo 75003 Paris



Hôpital Privé Marne la Vallée
33 rue Léon Menu
94360 Bry-sur-Marne



Institut de Promotion de la Santé (IPS)
3 Place de la Mairie
78190 Trappes



L'Escale Léon Froissant
14 chemin des Berges
91620 La Ville du Bois

PSYCHOLOGIE



Rénif



Visioconférence

Prendre soin de soi		Lundi 16 novembre 17h30 - 18h30
Mon quotidien : les changements		Mardi 6 octobre 17h30 - 18h30 Mercredi 16 décembre 11h - 12h
S'autoriser à se projeter		Jeudi 15 octobre 18h - 19h
Vivre son quotidien plus sereinement		Jeudi 3 décembre 18h - 19h
Aspects émotionnels de la dialyse et de la greffe	Mercredi 9 décembre 10h - 12h	

TRAITEMENTS



Rénif



Visioconférence

Déchiffrer son bilan biologique	Lundi 16 novembre 10h30 - 12h30	Jeudi 8 octobre 14h30 - 15h30 Jeudi 10 décembre 14h30 - 15h30
Surveiller sa santé	Lundi 5 octobre 10h30 - 12h30 Jeudi 12 novembre 14h30 - 16h30 Lundi 7 décembre 10h30 - 12h30	
Médicament, complément alimentaire : de quoi parle-t-on ?	Jeudi 5 novembre 14h30 - 15h30 Mercredi 10 février 14h - 16h	
Automédication	Mercredi 21 octobre 14h30 - 16h30 Jeudi 8 décembre 14h30 - 16h30	
Se soigner avec les plantes est-il sans danger ?	Jeudi 12 novembre 14h30 - 16h30 Vendredi 11 décembre 14h30 - 16h30	
Les médicaments génériques	Jeudi 5 novembre 15h45 - 17h45	

POLYPATHOLOGIES



Rénif



IPS Trappes

Consignes alimentaires contradictoires	Jeudi 17 décembre 10h - 12h30	Vendredi 20 novembre 10h - 12h30
Charge mentale de la Polypathologie	Mercredi 25 novembre 10h - 12h	

DIÉTÉTIQUE ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Il est indispensable de commencer par l'atelier «Bien dans son assiette» pour pouvoir participer aux autres ateliers de diététique.

	 Rénif	 Visioconférence	 Hôpital Privé Marne-la-Vallée	 La Ville du Bois	 IPS Trappes
Bien dans son assiette	Mercredi 14 octobre 15h - 17h	Mardi 13 octobre 10h - 11h15	Vendredi 2 octobre 14h - 16h	Vendredi 6 novembre 15h - 17h	Mardi 6 octobre 10h - 12h
	Mardi 3 novembre 17h - 19h	Mercredi 18 novembre 11h30 - 12h45			
	Mardi 1er décembre 17h - 19h	Vendredi 8 janvier 14h - 15h15			
	Mardi 12 janvier 14h - 16h	Mercredi 27 janvier 11h - 12h15			
	Mardi 2 février 15h - 17h				
Mettons notre grain de sel	Mardi 20 octobre 17h - 19h	Mardi 20 octobre 11h - 12h15	Vendredi 16 octobre 14h - 16h	Vendredi 20 novembre 15h - 17h	Mardi 1er décembre 10h - 12h
	Mardi 3 novembre 14h - 16h	Mercredi 25 novembre 14h - 15h15			
	Vendredi 4 décembre 10h - 12h				
	Jeudi 21 janvier 15h - 17h				
Les protéines, ce n'est pas que la viande	Mercredi 7 octobre 10h - 12h	Mardi 20 octobre 15h - 16h15		Vendredi 4 décembre 15h - 17h	Jeudi 19 novembre 10h - 12h
	Lundi 19 octobre 15h - 17h	Vendredi 13 novembre 14h - 15h15			
	Mardi 24 novembre 10h - 12h	Vendredi 5 février 11h - 12h15			
	Mercredi 20 janvier 15h - 17h				
	Jeudi 11 février 10h - 12h				
Le potassium, une affaire de cœur	Vendredi 9 octobre 10h - 12h	Lundi 12 octobre 11h - 12h15	Vendredi 20 novembre 14h - 16h		
	Jeudi 19 novembre 16h - 18h	Mardi 8 décembre 14h - 15h15			
	Mardi 26 janvier 14h - 16h	Lundi 8 février 14h - 15h15			
Graisses et cholestérol	Lundi 2 novembre 15h - 17h	Jeudi 15 octobre 9h30 - 10h45	Vendredi 4 décembre 14h - 16h		
	Jeudi 26 novembre 14h - 16h	Jeudi 3 décembre 14h - 15h15			
	Mercredi 16 décembre 14h - 16h				
	Mardi 9 février 10h - 12h				
Lithiases et hydratation	Mardi 3 novembre 10h - 12h	Mardi 8 décembre 18h - 19h15			
Lithiases et alimentation	Jeudi 26 novembre 10h - 12h	Mercredi 16 décembre 18h - 19h15			
Déchiffrons les emballages alimentaires	Mercredi 4 novembre 10h - 12h				
	Lundi 7 décembre 16h - 18h				
Quel est le menu du jour ?	Mercredi 18 novembre 16h - 18h	Lundi 14 décembre 18h - 19h15			

ÉCRITURE



Rénif



Visioconférence

Atelier d'écriture

Par la fenêtre
Jeudi 5 novembre
10h - 12h

En cavale
Mardi 8 décembre
10h - 12h

Quand les enfants quittent le nid
Vendredi 16 octobre
10h - 12h

Les expressions régionales
Vendredi 13 novembre
10h - 12h

Quand on fouille dans son grenier
Vendredi 11 décembre
10h - 12h

ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE



Rénif



Visioconférence

Programmer son activité physique

Mercredi 2 décembre
16h - 18h

Mercredi 14 octobre
11h - 12h

Mercredi 16 décembre
10h - 11h

Bienfaits de l'activité physique

Mercredi 25 novembre
16h - 18h

Mercredi 7 octobre
11h - 12h

Mercredi 9 décembre
11h - 12h

Séances d'activité physique adaptée*

Prochain cycle
Mercredi 6 janvier 2027

*Séances en visioconférence supervisées par des enseignants en activité physique adaptée. Cycle de 6 semaines à raison d'une séance/semaine tous les mercredis de 17h à 18h.



JOURNÉE PATIENTS

MARDI 17 NOVEMBRE 2026

MAS
10 rue des Terres au Curé 75013 Paris

Inscription en ligne sur www.renif.fr

ADHÉRER À RÉNIF*

POUR BÉNÉFICIER DE NOS SERVICES



@renif-idf



@Renif_idf



@renif.fr



@renif.fr



Rénif
Association Régionale de Néphrologie
d'Île-de-France

CONTACTEZ-NOUS

Adresse : 55 rue de Turbigo
75003 Paris

Tel : 01 48 01 93 00

Email : contact@renif.fr

Site : www.renif.fr