

Table des matières

I.	Définition	4
II.	Objectifs	4
III.	Population concernée.....	4
IV.	Pré-requis et Indications	4
1.	Rappel anatomo-physiologique:	4
2.	Education thérapeutique du patient	7
V.	Risques encourus	7
1.	Risques en période post-opératoire :	7
2.	Risques tardifs :.....	8
VI.	Préparation pour le premier changement de poche	8
VII.	Matériel	9
VIII.	Technique.....	9
IX.	Surveillance.....	11
1.	Surveillance des risques immédiats et secondaires :	11
2.	Surveillance des risques tardifs	12
3.	Au moment de la sortie, l'I.D.E. :	12
X.	Bibliographie	13
	Annexe I : Education du patient pour la prise en charge de la stomie.....	14
	Annexe II : Fiche explicative destinée au patient stomisé en prévision de sa sortie.....	18
	Annexe III : Exemple d'Appareillage	20
	Annexe IV : exemple de dossier d'éducation thérapeutique	21

CIBLE(S)

Infirmier(e)s Diplômé(e)s d'Etat (IDE), chirurgiens et stomathérapeutes des Etablissements Membres du Réseau Régional de Cancérologie Rhône-Alpes.

REDACTEUR(S)

Membres du groupe de travail pour cette version :

BARBOUTIE K., infirmière diplômée d'état, Clinique Trénel, Sainte Colombe les Viennes ;
BOBINEAU A., cadre de santé, Groupe Hospitalier Mutualiste les Portes du Sud, Vénissieux ;
GIAI-CHECA D., infirmière diplômée d'état, Centre Hospitalier de Chambéry, Chambéry ;
GRAFF E., cadre de santé, Institut de Formation en Soins Infirmiers, Saint Martin ;
GRAND L., cadre de santé, Clinique Saint Vincent de Paul, Bourgoin Jailleu ;
GUILLEVIN C., infirmière diplômée d'état stomathérapeute, CRLCC Léon Bérard, Lyon ;
LAURENT C., cadre de santé, CRLCC Léon Bérard, Lyon ;
RIVIERE M.F., infirmière diplômée d'état, Centre Hospitalier de Chambéry, Chambéry ;
ROUSSEAU K., infirmière diplômée d'état, Clinique Charcot, Sainte Foy les Lyon.

CONTRIBUTEUR(S) (membres présents à la plénière et/ou ayant fait des commentaires) :

ALBANET M.P., cadre de santé, Centre Hospitalier de Voiron, Voiron ;
BAILLARD V., infirmière diplômée d'état stomathérapeute, Hôpital Edouard Herriot, Lyon ;
BANDET K., direction des soins, Centre Hospitalier de Chambéry, Chambéry ;
BARBE F., manipulatrice en radiothérapie, Centre Hospitalier de Bourg en Bresse, Bourg en Bresse ;
BERNARD C., infirmière diplômée d'état, Infirmerie Protestante, Caluire ;
BIEZUS A., infirmière diplômée d'état, Centre Hospitalier Lucien Hussel, Vienne ;
BISVAL D., infirmière diplômée d'état, Centre Hospitalier de Bourg en Bresse, Bourg en Bresse ;
BOLLON C., cadre supérieur de santé, Hospices Civils de Lyon, Lyon ;
BONAN M., infirmière diplômée d'état, Clinique d'Argonay, Pringy ;
CHABRIER C., infirmière diplômée d'état, Centre Hospitalier Lucien Hussel, Vienne ;
CHAMPION S., infirmière diplômée d'état, Clinique Charcot, Sainte Foy les Lyon ;
CHARRE P., cadre de santé, Centre Hospitalier de Montélimar, Montélimar ;
COROT N., infirmière diplômée d'état, Centre Hospitalier Lyon Sud, Pierre Bénite ;
CREUX R., cadre de santé, Centre Hospitalier des Vals d'Ardèche, Privas ;
CROZE S., cadre de santé, Centre Hospitalier Intercommunal Annemasse Bonneville, Annemasse ;
DELAPLACETTE S., cadre de santé, Clinique d'Argonay, Pringy ;
DELHORME F., infirmière diplômée d'état, Clinique Convert, Bourg en Bresse ;
DELTEL V., cadre de santé, Hôpital Privé Jean Mermoz, Lyon ;
DESMONCEAUX S., directeur des soins infirmiers, Clinique d'Argonay, Pringy ;
DESORTES M., infirmière diplômée d'état, Clinique Trénel, Sainte Colombe les Vienne ;
DUMEZ E., infirmière diplômée d'état, Centre Hospitalier Lucien Hussel, Vienne ;
DUMONT M., assistante projet, Réseau Régional de Cancérologie Rhône-Alpes, Lyon ;
FRANCILLARD B., cadre de santé, Hospitalisation à Domicile Soins et Santé, Caluire et Cuire ;
GEOFFROY A., directeur des soins infirmiers, Hôpital Privé Drome Ardèche, Guilhaud-Granges ;
GIRAUD-HERAUD L., infirmier diplômé d'état, Centre Hospitalier Intercommunal Annemasse Bonneville, Annemasse ;
GIUSTI N., cadre de santé, Hôpital Intercommunal Sud Léman Valserine, Saint Julien en Genevois ;
GRAFF E., cadre de santé, Institut de Formation en Soins Infirmiers, Saint Martin ;
GRAND L., cadre de santé, Clinique Saint Vincent de Paul, Bourgoin Jailleu ;
GUILLET L., cadre de santé, Centre Hospitalier de Belley, Belley ;
GUILLEVIN C., infirmière diplômée d'état stomathérapeute, CRLCC Léon Bérard, Lyon ;
JACTA I., infirmière diplômée d'état, Clinique Charcot, Sainte Foy les Lyon ;
LE DIOURON D., référent éducation thérapeutique, Clinique d'Argonay, Pringy ;

LINGESSO F., infirmière diplômée d'état stomathérapeute, Hôpital Edouard Herriot, Lyon ;
LUCCHINI A., cadre de santé, Centre Hospitalier de Bourg en Bresse, Bourg en Bresse ;
MARIA A., infirmière diplômée d'état, Centre Hospitalier de Montbrison, Montbrison ;
MARMONT M.C., infirmier diplômée d'état stomathérapeute, Clinique Mutualiste, Ambérieu ;
MARTIN M., infirmière diplômée d'état, Hôpitaux Drome Nord, Romans Sur Isère ;
MOLLET D., manipulatrice en radiothérapie, Centre Hospitalier de Bourg en Bresse, Bourg en Bresse ;
NEYRET A.L., infirmière diplômée d'état, Clinique Charcot, Sainte Foy les Lyon ;
PASSOT M., infirmière diplômée d'état stomathérapeute, Centre Hospitalier Lyon Sud, Pierre Bénite ;
PEDRERO R.M., infirmière diplômée d'état, Hôpital de la Croix Rousse, Lyon ;
PINTOR N., infirmière diplômée d'état, Centre Hospitalier Lucien Hussel, Vienne ;
POUJET V., infirmière diplômée d'état stomathérapeute, Clinique du Renaison, Roanne ;
QUINONES N., directeur des soins infirmiers, Hôpital Privé Jean Mermoz, Lyon ;
REYNAUD M., cadre supérieur de santé, Hôpitaux Drome Nord, Romans Sur Isère ;
ROUGETET C., cadre de santé, Polyclinique de Savoie, Annemasse ;
SABY A.M., infirmière diplômée d'état, Centre Hospitalier des Vals d'Ardèche, Privas ;
SANCHEZ J., cadre de santé, Clinique d'Argonay, Pringy ;
SCHADT E., directeur des soins infirmiers, Clinique Belledonne, Saint Martin d'Hères ;
SIMOND B., manipulatrice en radiothérapie, Centre Hospitalier de Bourg en Bresse, Bourg en Bresse ;
TALON A., directeur des soins infirmiers, CRLCC Léon Bérard, Lyon ;
YILDIZ M.C., infirmière diplômée d'état, CRLCC Léon Bérard, Lyon.

I. DEFINITION

Soins infirmiers techniques et éducatifs auprès des patients porteurs d'une iléostomie en vue de les rendre autonomes.

II. OBJECTIFS

1. Assurer la prise en charge des soins techniques dans les suites post-opératoires immédiates,
2. Eduquer le patient ([cf. annexe I : Education du patient pour la prise en charge de la stomie p.14](#)),
3. Mettre en œuvre les moyens qui permettent la reprise de la vie sociale ([cf. annexe II : Fiche explicative destinée au patient stomisé en prévision de sa sortie p.18](#)).

III. POPULATION CONCERNEE

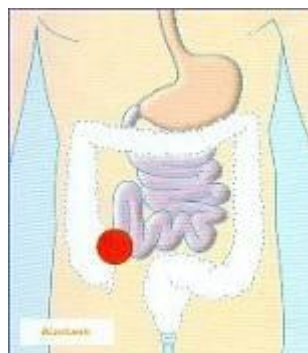
1. Population cible : le patient, ses proches.
2. Professionnels responsables : Infirmier(e)s Diplômé(e)s d'Etat (IDE), chirurgiens et stomathérapeutes.

IV. PRE-REQUIS ET INDICATIONS

1. Rappel anatomo-physiologique:

1.1/ Quelques définitions :

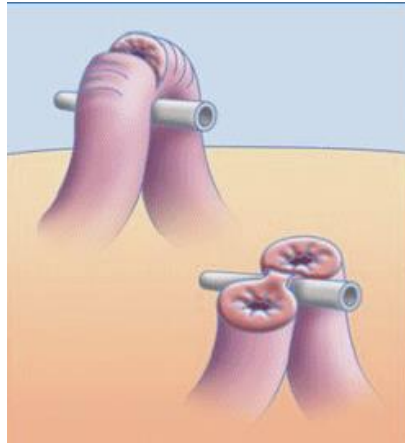
- L'iléostomie correspond à l'abouchement chirurgical à la peau, de la partie terminale de l'intestin grêle, l'iléon, afin de donner une issue à la totalité de son contenu.
- La stomie peut être temporaire ou définitive.
- Type d'iléostomie :
 - ✓ Siège : en général fosse iliaque droite.



Avec l'aimable autorisation du Laboratoire Coloplast®

- ✓ Iléostomie latérale ou terminale

Stomie latérale sur baguette



Avec l'aimable autorisation du Laboratoire Coloplast®

Rôle principal de l'intestin grêle :

- Rôle de transformation et de dégradation des aliments en protides, glucides et lipides.
- Rôle de réabsorption des glucides, lipides, protides, vitamines, eau, électrolytes et sels biliaires (iléon) à différent niveau de l'intestin grêle.
- Rôle moteur de l'intestin grêle.

Conséquences de l'iléostomie :

- Selles liquides (stomie en amont du colon, partie du tube digestif qui réabsorbe l'eau),
- Selles corrosives (présence de sels biliaires et d'enzymes pancréatiques non réabsorbés).

1.2/ Indications

L'iléostomie de protection est réalisée :

- En amont d'une anastomose pour la protéger,
- En amont d'une atteinte digestive non traitée (occlusion...),
- En amont d'une fistule pour l'assécher.

Le rétablissement de continuité est programmé secondairement. Les délais restent à l'appréciation du chirurgien.

Les indications de l'iléostomie définitive peuvent-être :

- Pathologie tumorale non résécable,
- Colo-proctectomie totale,
- Grêle radique.

1.3/ Repérage pré-opératoire

L'iléostomie est le plus souvent située dans la région para-sous-ombilicale droite.

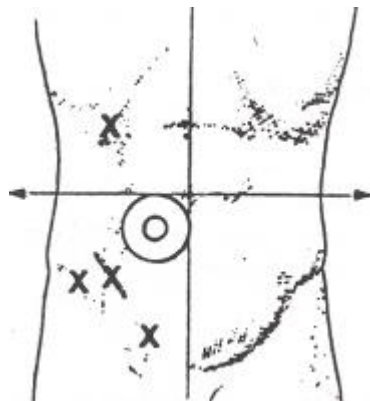
Le repérage doit être réalisé et vérifié dans les trois positions :

- Debout,
- Assise,
- Couchée.

Pour le repérage :

- Utiliser une série de disques de différents diamètres variant de 60 à 100 mm, perforés en leur centre,
- Choisir le disque dont le diamètre est égal à la moitié de la distance qui sépare l'ombilic de la crête iliaque,
- Tracer la médiane, puis une ligne horizontale perpendiculaire à celle-ci au niveau de l'ombilic,
- Poser le disque dans le quadrant inférieur droit,
- Marquer le centre du disque. Ce point correspond au premier repérage, il peut être modifié en fonction des critères ci-après.

Le repérage de l'iléostomie peut-être fait au crayon dermique



Repérage théorique de l'iléostomie

La stomie doit être :

- Située à travers les muscles grands droits afin d'éviter le risque d'éventration,
- A distance d'une cicatrice,
- A distance de tout relief osseux (crête iliaque, rebord costal),
- Hors d'un pli cutané,
- Sur une surface plane (au moins 7 cm de diamètre),
- Visible par le patient,
- Compatible avec les habitudes de vie (habillement, travail, sport) et les handicaps éventuels.

2. Education thérapeutique du patient

2.1/ Définition :

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), l'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique.

- Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du Patient,
- Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie.

2.2/ L'information a été donnée (hors contexte d'urgence) lors d'une consultation avec le chirurgien, ou éventuellement le stomathérapeute.

2.3/ Explication du geste chirurgical : s'il s'agit d'une stomie temporaire ou définitive.

L'IDE stomathérapeute met en place une démarche éducative : vérifie la compréhension par le patient du geste chirurgical, favorise l'expression du ressenti et des représentations.

V. RISQUES ENCOURUS

1. Risques en période post-opératoire :

- **Hémorragie** : sang dans la poche (écoulement sanguin important),
- **Nécrose de la stomie** : complication rare se traduisant par une modification de la couleur de la stomie qui de rouge devient cyanosée, puis noire.

Cause :

- ✓ Mauvaise vascularisation du segment intestinal,
- ✓ Pour une stomie latérale, une tension peut être provoquée par la baguette responsable de l'ischémie,
- Irritation cutanée péri-stomiale liée aux selles corrosives,
- Désinsertion : stomie peu ou pas visible suite à un lâchage de sutures partiel ou total entraînant une désunion muco-cutanée et un risque infectieux important,
- Déshydratation et troubles ioniques,
- Eviscération: extériorisation des anses grêles au contact de la stomie due à un aléa chirurgical,
- Erosion cutanée péri-stomiale de type brûlure au 2° degré,
- Sténose,
- Occlusion liée aux suites opératoires,
- Abscès.

2. Risques tardifs :

- Irritation cutanée péri-stomiale,
- Déshydratation et troubles ioniques (risque important),
- Prolapsus,
- Eventration,
- Occlusion,
- Déficit en vitamine B12,
- Lithiase rénale et vésiculaire.

VI. PREPARATION POUR LE PREMIER CHANGEMENT DE POCHE

1. Le patient doit avoir été équipé au bloc opératoire d'une poche :
 - Transparente (surveillance de la stomie),
 - Sans filtre,
 - Vidangeable (avec possibilité d'adapter un sac collecteur) ou vidable (avec clamp),
 - Stérile.
2. Pour le premier changement de poche, il n'y a pas de règle établie en termes de délai. Celui-ci a lieu :
 - En cas de fuite,
 - Suite à l'émission de gaz et/ou de selles liquides,
 - Pour une gêne lors de la réfection du pansement abdominal (pansement près de la stomie).

VII. MATERIEL

1. Un Produit Hydro-Alcoolique (P.H.A.),
2. Un système deux pièces dans la majorité des cas (support + poche), non stérile, transparent, vidable ou vidangeable avec filtre ([cf. annexe III : Exemple d'appareillage p.20](#)),
3. Une pâte de protection cutanée,
4. Poudre de protection (en cas d'irritation cutanée),
5. Une paire de ciseaux,
6. Eau non stérile,
7. Compresses non stériles,
8. Gants non stériles,
9. Sacs poubelles DAOM.

VIII. TECHNIQUE

1. Expliquer au patient les étapes du soin,
2. Procéder à une friction des mains avec un P.H.A.,
3. Enfiler des gants à U.U,
4. Enlever l'appareillage existant en décollant du haut vers le bas tout en maintenant la peau,
5. Eliminer les déchets dans le sac poubelle (selon protocole du CLIN en vigueur),
6. Maintenir une compresse sur la stomie pour absorber les écoulements,
7. Rechercher des plis cutanés en mettant le patient en position assise (recherche de plis ou atteinte cutanée qui modifierait la découpe du support),
8. Découper le support au diamètre adapté + 3 à 4 mm. Découper de façon ovale si présence de plis cutanés en suivant la forme de la stomie,
9. Nettoyer doucement la stomie et la peau péri-stomiale sans frottement, à l'aide de compresses imbibées d'eau, proscrire tout autre produit,
10. Sécher parfaitement la peau péri-stomiale par tamponnement avec des compresses,
11. Vérifier le séchage,
12. Assouplir le protecteur cutané en le réchauffant manuellement,
13. Coller le support,
14. Comblent l'espace entre la stomie et l'appareillage avec la pâte protectrice (afin que la pâte ne colle pas au doigt, humidifier l'index et l'appliquer par virgules successives) ou anneaux protecteurs,

Cette étape est incontournable pour éviter les risques d'irritations.

15. Laisser sécher la pâte,
16. Mettre en place l'appareillage et positionner la poche :
 - de façon horizontale si le patient reste alité, afin de faciliter la vidange.

- de façon verticale dès que le patient se mobilise.
17. Oter les gants et les jeter,
 18. Eliminer les déchets,
 19. Procéder à une friction des mains avec un P.H.A.,
 20. Transcrire sur le dossier de soin des éléments de surveillance : selles, quantité, aspect de la stomie et de la peau péristomiale, mesure de la stomie, du type de matériel utilisé et les réactions du patient pendant le soin.

Nota bene :

1. **En cas d'irritation péri-stomiale, appliquer préalablement une poudre protectrice sur la partie irritée sans excédent (elle absorbe le suintement et limite la sensation de brûlures liée à la présence d'alcool dans la pâte), puis poser la pâte protectrice qui reste indispensable.**

2. En cas d'iléostomie sur baguette extériorisée :
 - Ne pas exercer de traction ou mobilisation de la baguette car il y a un risque de section de l'anse ou un risque de problème vasculaire (ischémie de traction),
 - Utiliser un appareillage de grand diamètre et faire une découpe large qui passe au-delà de la baguette.
 - Ablation de la baguette extériorisée entre J10 et J12 sur prescription médicale.

3. En cas d'émission de selles abondantes et continues, un système d'aspiration peut être installé pour faciliter le soin. Ne pas mettre en contact direct avec la stomie mais à distance.

4. Entre les changements de poche, il est nécessaire de vider la poche toutes les 3 à 4 heures. Après la vidange, nettoyer le bas de la poche extérieur et intérieur pour éviter les tâches et les odeurs.

En cas d'effluent > 1L/ jour possibilité d'installer un système d'appareillage haut débit (il s'agit d'une poche spécifique sur laquelle un sac collecteur peut-être adapté).

5. Au cours du séjour, il sera proposé au patient les différents types d'appareillages qu'il pourra utiliser.

IX. SURVEILLANCE

Dans les premiers jours, la stomie est œdématiée, son aspect va évoluer : l'œdème disparaît rapidement ce qui va réduire son calibre.

- S'il s'agit d'une stomie latérale, elle aura 2 orifices.
- S'il s'agit d'une stomie terminale, elle aura 1 orifice.

L'iléostomie a l'aspect d'une trompe afin d'éviter le contact des selles avec la peau.

1. Surveillance des risques immédiats et secondaires :

Risques	Actions de surveillance et d'évaluation
Hémorragie	✓ Recherche de saignement au niveau de la stomie : cependant une petite quantité de sang est normale dans les suites opératoires immédiates.
Nécrose	✓ Recherche d'une modification de la coloration de la stomie : elle doit être rouge, non cyanosée.
Désinsertion par lâchage de suture	✓ Recherche d'affaissement partiel ou total de la stomie : stomie visible.
Eviscération	✓ Recherche d'extériorisation des anses grêles au contact de la stomie.
Déshydratation et troubles ioniques	✓ Recherche des signes de déshydratation : Bilan des entrées et des sorties, pli cutané, ionogramme sanguin, courbe pondérale.
Irritation cutanée péri-stomiale	✓ Recherche de signes d'altération de la peau : dermabrasion, douleur, rougeur.
Occlusion	✓ Surveillance de la reprise d'un transit régulier : présence de gaz et/ou de selles.
Abcès	✓ Recherche de signes locaux : œdème, rougeur, douleur, induration, chaleur, écoulement, ✓ Recherche de signes généraux : fièvre, douleur.

2. Surveillance des risques tardifs

Les risques seront évoqués avec le patient au moment de sa sortie.

Risques	Actions de surveillance et d'évaluation
Déshydratation	✓ S'assurer d'une bonne hydratation (au moins 1,5 L d'eau par jour), ✓ Recherche d'un hyper débit de l'iléostomie.
Irritation cutanée	✓ Recherche de signes d'altération de la peau : dermabrasion, douleur, rougeur.
Occlusion	✓ Recherche du maintien d'un transit régulier : présence de gaz et de selles.
Prolapsus	✓ Recherche d'extériorisation d'une longueur anormale des anses grêles par la stomie.
Eventration	✓ Recherche d'une déformation de la paroi abdominale.
Sténose	✓ Recherche d'un rétrécissement du calibre de la stomie.

3. Au moment de la sortie, l'I.D.E. :

3.1/ Evalue la capacité du patient à prendre en charge sa stomie. Elle peut associer un proche à cette démarche éducative,

3.2/ S'assure, si besoin de la continuité des soins par une infirmière libérale (transmissions écrites) et propose éventuellement la mise en relation avec une stomathérapeute,

3.3/ Vérifie avec le patient les différentes ordonnances, notamment celles concernant le matériel de stomie,

3.4/ Informe le patient sur la possibilité de faire livrer le matériel choisi par un prestataire de service ou une pharmacie de ville,

3.5/ Ecoute le patient et ses proches, répond à leurs questions, donne des conseils complémentaires pour la sortie,

3.6/ Laisse au patient les coordonnées du stomathérapeute et du service en cas de difficultés rencontrées lors du retour à domicile,

3.7/ Remet au patient la fiche de liaison infirmière adulte ([cf. fiche de liaison « infirmière adulte »](#))

3.8/ Remet les coordonnées des associations de patients stomisés.

X. BIBLIOGRAPHIE

1. **AFET (Association Française d'Entérostoma - Thérapeutes)**. Guide de bonnes pratiques en stomathérapie. Edition Hollister-Incare-la ligue contre le cancer, comité de l'Isère et du Rhône. 2003.
2. **Guimbaud R. et al.** Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections digestives n°10 : « Nouveaux cahiers de l'infirmière ».Editions Elsevier-Masson. août 2005.
3. **Hoerni B. et al.** Soins infirmiers aux personnes atteintes d'hémopathies et de cancers n°19 : « Nouveaux cahiers de l'infirmière ». Editions Masson. juin 2005.
4. **Böll G. et al.** Le point sur les stomies, les fistules et les troubles de la continence. Edition Atlas, B. Braun. 2000.
5. **HAS-INPES**. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Juin 2007.
6. Décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.
7. **Décret n° 2004-802** du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code Les dispositions réglementaires des parties IV et V du code de la santé publique font l'objet d'une publication spéciale annexée au Journal officiel de ce jour.
8. Site internet fédération patient stomisé : <http://www.fsf.asso.fr/>.

ANNEXE I : EDUCATION DU PATIENT POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA STOMIE

Le rôle éducatif de l'IDE commence dès l'admission du patient. Elle lui propose de s'inscrire dans une démarche éducative.

Pour appréhender l'état psychologique du patient, évaluer son degré de connaissance sur sa pathologie et le geste chirurgical qui va être effectué, l'IDE l'amène à reformuler les informations qu'il a reçues du chirurgien.

Tout au long du séjour, l'IDE est attentive au ressenti et aux réactions du patient pour adapter sa démarche.

Elle peut utiliser des supports éducatifs et solliciter des personnes ressources.

L'éducation du patient repose sur quatre étapes :

1. Elaborer un diagnostic éducatif

Selon l'HAS, « ...Le diagnostic va permettre de connaître le patient, d'identifier ses besoins et ses attentes, de formuler avec lui les compétences à acquérir et à mobiliser... »

Le diagnostic sera réajusté tout au long de la démarche.

A titre d'exemple, voici une liste non exhaustive de questions possibles :

- 1.1/ L'IDE apprécie le degré de connaissance du patient sur sa maladie, la chirurgie et ses conséquences : Que connaissez-vous de votre maladie ? Que savez-vous de votre intervention ?
- 1.2/ L'IDE interroge le patient sur ce qu'est une stomie : Comment vous représentez vous une stomie ? A quoi cela sert-il ? Comment imaginez-vous les soins ?
- 1.3/ L'IDE repère les difficultés potentielles à l'éducation : troubles cognitifs et sensoriels, handicaps divers, contexte social et familial.
- 1.4/ Elle repère les potentialités et les ressources du patient.
- 1.5/ Elle évalue le désir et la capacité d'implication du patient dans la démarche éducative : Vous sentez vous capable de changer votre poche ?

2. Définir le programme d'éducation

Il s'agit d'un programme d'éducation individuel et personnalisé.

Il a pour objectif de formuler avec le patient les compétences à acquérir et les objectifs à atteindre au regard de son projet.

L'éducation thérapeutique intègre deux types de compétence :

2.1/ Les compétences d'auto-soin et de sécurité :

Selon l'H.A.S, « Les autosoins représentent des décisions que le patient prend avec l'intention de modifier l'effet de sa maladie sur sa santé ».

Parmi ces compétences d'autosoins, des compétences dites de sécurité visent à sauvegarder la vie du patient et sont prioritaires dans l'apprentissage.

Compétences d'autosoins et de sécurité	Exemples pour le patient iléostomisé
Adapter des doses de médicament, initier un auto traitement.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Etre capable de réagir lors d'une irritation cutanée : application de poudre et de pâte de protection, ✓ Etre capable d'anticiper le renouvellement du matériel prescrit.
-Soulager les symptômes, prendre en compte les résultats d'une autosurveillance, d'une automesure.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Etre capable d'évaluer la fréquence et le volume des selles et de repérer les modifications (nombre de vidanges de la poche sur la journée).
Réaliser des gestes techniques et des soins.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Etre capable d'assurer les soins d'hygiène de sa stomie au quotidien.
Mettre en œuvre des modifications de mode de vie (équilibre diététique, programme d'activité physique...).	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Etre capable d'adapter son alimentation à son transit, ✓ Etre capable d'adapter son appareillage en fonction de ses loisirs.
Prévenir des complications évitables.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Etre capable d'observer et d'évaluer l'état de la peau péristomiale et d'appliquer la pâte quotidiennement, ✓ Prendre l'initiative de modifier son alimentation en cas de dérèglement du transit quel qu'il soit, ✓ Etre capable de dépister les signes de déshydratation et mettre en place les actions nécessaires.
Faire face au problème occasionné par la maladie.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Etre capable d'alerter en cas de complications, ✓ Etre capable d'organiser son quotidien en prévenant les incidents : prévoir son matériel en vue d'un voyage, repérer dans la journée le moment propice pour réaliser ses soins, etc....
Impliquer son entourage dans la gestion de la maladie, des traitements et des répercussions qui en découlent.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Etre capable de solliciter l'aide de ses proches en cas de besoin.

2.2/ Les compétences d'adaptation

Selon l'H.A.S, « les compétences d'adaptation s'appuient sur le vécu et l'expérience antérieure du patient et font partie d'un ensemble plus large de compétences psychosociales.

Elles reposent sur le développement de l'autodétermination et de la capacité d'agir du patient.

Elles permettent de soutenir l'acquisition des compétences d'autosoins.

Ces deux compétences sont indissociables.

3. Mettre en œuvre le programme d'éducation

Les séances d'éducation thérapeutique sont conduites en fonction des objectifs déterminés avec le patient.

Le programme des séances est évolutif et est réajusté en fonction de ses capacités d'apprentissage.

Un document de suivi peut être élaboré afin de visualiser l'évolution des compétences du patient. Il permet la coordination entre les différents partenaires de soins impliqués dans l'éducation (diététicienne, stomathérapeute, médecin traitant, infirmière libérale,...).

4. Evaluer les compétences

L'évaluation est réalisée au minimum à la fin de chaque séance d'apprentissage et tout au long de la prise en charge, à la demande du patient ou des professionnels de santé.

Selon l'H.A.S, évaluer consiste à « faire le point avec le patient sur ce qu'il sait, ce qu'il a compris, ce qu'il sait faire et appliquer, ce qu'il lui reste éventuellement à acquérir, la manière dont il s'adapte à ce qui lui arrive ».

ANNEXE II : FICHE EXPLICATIVE DESTINEE AU PATIENT STOMISE EN PREVISION DE SA SORTIE

Au cours de votre hospitalisation, vous avez reçu des conseils sur la prise en charge de votre stomie (hygiène et appareillage), sur la vie quotidienne, la diététique, par l'équipe soignante et par diverses brochures mises à votre disposition.

Conseils pratiques :

1. Sur l'appareillage

- 1.1/ Changer la poche tous les jours et le support tous les 3 jours maximum,
- 1.2/ Vidanger la poche régulièrement, n'attendez pas qu'elle soit remplie à plus des 2/3,
- 1.3/ Nettoyer la stomie et la peau à l'eau,
- 1.4/ Sécher minutieusement par tamponnement,
- 1.5/ Positionner l'appareillage et l'adapter en fonction du diamètre de la stomie qui va se modifier durant les premières semaines,
- 1.6/ Laisser une marge de 3 à 4 mm entre le bord de la stomie et le support,
- 1.7/ Mettre la pâte protectrice cutanée quotidiennement autour de la stomie. En cas d'irritation, cette pâte procure une sensation de brûlure quelques secondes, mais il est important de l'appliquer car elle fait barrière aux effluents et permet à votre peau de se reconstruire.

En cas d'irritation cutanée :

- Ne pas utiliser d'autre produit que l'eau,
- Mettre la poudre de protection puis la pâte protectrice,
- Vérifier l'étanchéité de l'appareillage,
- Contacter le stomathérapeute, le service ou l'infirmière libérale, si persistance de l'irritation.

2. Alimentation

Il est nécessaire d'adapter vos habitudes alimentaires à votre transit.

Quelques conseils utiles :

- Elargissez progressivement l'alimentation en ré-introduisant successivement tous les aliments et en surveillant votre transit. Au bout de 2 à 3 mois, le régime alimentaire sera quasi normal.
- Boire au moins 1,5 à 2 litres d'eau par jour.

Il est nécessaire de bien apprécier le volume des selles. En cas d'augmentation de celui-ci, buvez plus. Par ailleurs, pendant quelques jours ayez une alimentation pauvre en fibres.

- En cas de fortes chaleurs ou de fièvre, les pertes doivent être compensées par des boissons bicarbonatées (Vichy St Yorre®, ...). Si l'abondance des selles persiste, consultez votre médecin.
- En cas d'absence de selles, consultez le médecin ou la stomathérapeute.

3. Sur la vie courante

Lors du retour à domicile, vous pouvez reprendre progressivement vos habitudes de vie.

3.1/ Hygiène :

Les douches, les bains avec appareillage sont possibles.

Pour les hommes, en cas de pilosité importante près de la stomie, couper les poils aux ciseaux ou à la tondeuse, proscrire l'usage de crèmes dépilatoires et le rasoir.

3.2/ Habillement :

Eviter la compression de la stomie par des vêtements ou une ceinture trop serrés.

3.3/ Activité professionnelle :

La reprise est possible et les modalités sont à rediscuter avec le médecin.

3.4/ Loisirs :

Il est important de maintenir une activité physique en évitant les sports violents.

Il est possible de se baigner avec l'appareillage, celui-ci est étanche. Cependant, Il est nécessaire d'obturer le filtre à gaz avec les pastilles autocollantes fournies dans les boîtes.

3.5/ Les voyages :

Bien prévoir le matériel nécessaire pour le séjour ainsi que les ordonnances.

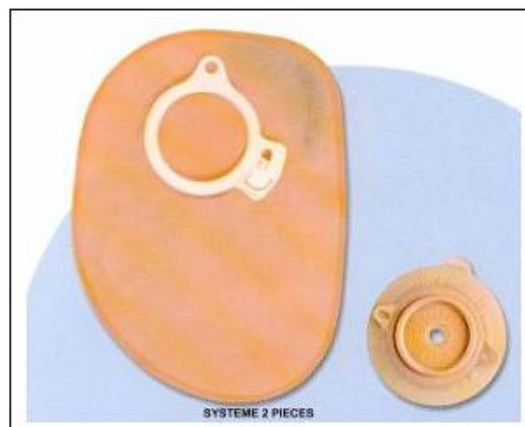
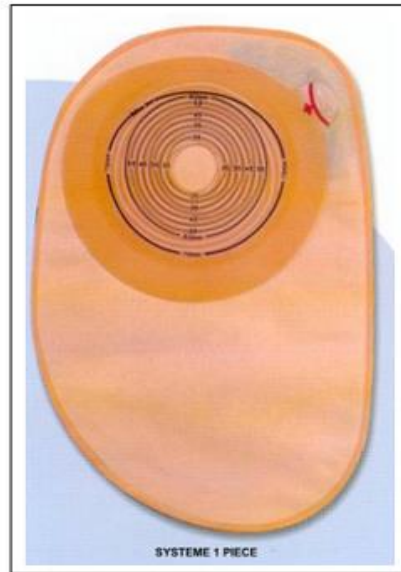
Tenir compte des conditions sanitaires en fonction de la destination : risque de diarrhées.

3.6/ Vie de couple :

La chirurgie et la présence d'une stomie peuvent modifier la vie sexuelle.

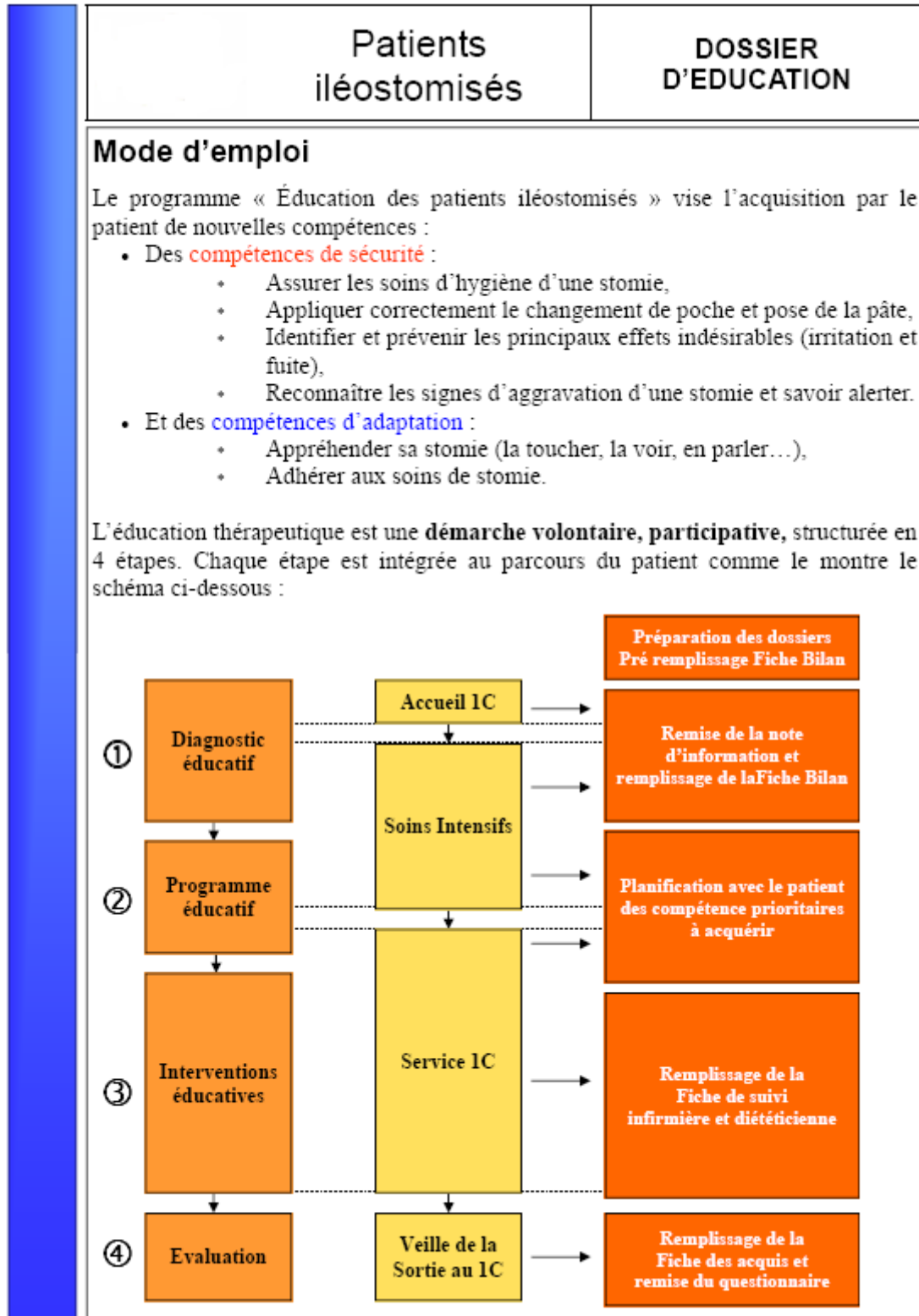
Si des difficultés sont rencontrées, ne pas hésiter à en parler (médecin, équipe paramédicale, psychologues, associations....)

ANNEXE III : EXEMPLE D'APPAREILLAGE



Systeme haut débit

ANNEXE IV : EXEMPLE DE DOSSIER D'EDUCATION THERAPEUTIQUE



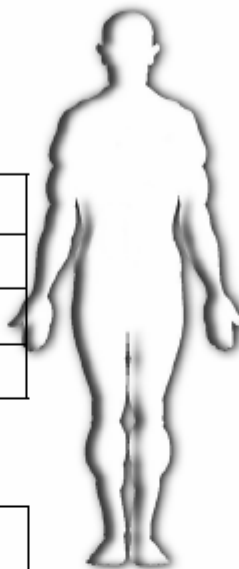
Patients iléostomisés	FICHE DE BILAN (1/2)
	Service de soins :

Date : / /

Soignant :

Étiquette du patient

Situation santé	<input type="checkbox"/>
Type cancer	
Début d'affection	
ATCD particulier	
Chirurgien référent	



<input type="checkbox"/>	Contexte de vie
Lieu de vie	
Situation familiale	
Profession	

Traitement	<input type="checkbox"/>
Date d'intervention	
Type d'intervention	

<input type="checkbox"/>	Matériel à la sortie	
Système	1 pièce <input type="checkbox"/>	2 pièces <input type="checkbox"/>
	Diamètre	
Laboratoire		
Approvisionnement		


Handicap gênant la pratique du traitement	
Difficultés visuelles	<input type="checkbox"/>
Difficultés motrices	<input type="checkbox"/>
Difficultés de communication	<input type="checkbox"/>
Difficultés de mémoire	<input type="checkbox"/>


CAPACITÉS : le patient...		
...comprend son intervention chirurgicale	oui	non
...connaît le terme stomie	oui	non
...comprend ce qu'est une stomie	oui	non

Le patient envisage de gérer sa stomie à domicile	SEUL	AVEC AIDE
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personnes ressources	<input type="checkbox"/>	

⇒ MOTIVATION à acquérir de nouvelles compétences pour gérer sa stomie	Faible <input type="checkbox"/>	Bonne <input type="checkbox"/>	Très bonne <input type="checkbox"/>
--	---------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

Patients iléostomisés	FICHE DE BILAN (2/2)
	Service de soins :

Vécu du patient « ce qu'il nous dit »	 <i>avec date et signature</i>
Définition du mot stomie donnée par le patient	
Ressenti exprimé au sujet de sa stomie	
Expression des difficultés face à la gestion de sa stomie	
Questions particulières	

Compétences prioritaires à acquérir durant l'hospitalisation négociés avec le patient (et personnes ressources)	
1.	
2.	
3.	

Patients iléostomisés	FICHE DE SUIVI INFIRMIER	
	Service de soins :	

Remise de brochures d'information	<input type="checkbox"/>	quand ?
Remise de la trousse	<input type="checkbox"/>	quand ?
Film visionné	<input type="checkbox"/>	quand ?

Effectué ou acquis par le patient (P), par le patient et le soignant (P+S), par le soignant

DATE	IDE	Type d'appareillage Et Ⓢ découpe socle	Vidange poche	Nettoyage stomie	Séchage	Découpe socle	Pose socle	Pose pâte	Pose poche	Si irritation : Pose poudre

Reconnaitre les signes d'aggravation d'une stomie et savoir alerter	Insuffisant (date)	Partiel (date)	Correct (date)
Le patient connaît les principaux risques tardifs (irritation, prolapsus, sténose...)			
Le patient est capable de gérer l'irritation			
Le patient est capable de gérer une fuite			
Le patient est capable d'alerter en cas de complications aiguës			

État de la stomie et de la peau péristomiale	Difficultés ou remarques du patient pendant le soin	Objectif de soin négocié avec le patient pour le lendemain

Patients iléostomisés	FICHE DES ACQUIS
	Service de soins :

*L'évaluation des compétences à acquérir est à réaliser la veille de la sortie du patient de manière à pouvoir réajuster si besoin.
Elle est accompagnée de la remise des brochures et coordonnées.*

LES ACQUIS DU PATIENT A L'ISSU DES SEANCES EDUCATIVES	CORRECT	PARTIEL	INSUFFISANT
Le patient appréhende sa stomie (en parler, la toucher...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le patient est capable d'assurer ses soins d'hygiène (de sa stomie, alimentaire, habillage...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le patient est capable d'appareiller sa stomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le patient est capable d'avoir un comportement adapté face à une difficulté liée à sa stomie (irritation, fuite...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le patient est capable d'alerter en cas de complications aiguës (connaissance du circuit d'alerte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A l'approche de la sortie	
Remise des coordonnées du service	<input type="checkbox"/> quand ?
Remise des coordonnées associations	<input type="checkbox"/> quand ?
Remise liste des stomathérapeutes	<input type="checkbox"/> quand ?
Mode de sortie envisagée	<input type="checkbox"/>