

PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ILEOSTOMISÉS DE LA PÉRIODE POSTOPÉRATOIRE À LA SORTIE

BPA-PEC 2311 ILEOSTOM • Version 2 validée le 28/11/2023

[CONSULTER VERSION INTERACTIVE](#) 

DÉFINITION

Soins infirmiers techniques et éducatifs (1) auprès des patients porteurs d'une iléostomie pour favoriser leur autonomie.

Cette Bonne pratique est en lien avec celle relative à la COLOSTOMIE

 <https://ressources-aura.fr/wp-content/uploads/2023/07/BPA-PEC-2304COLOSTOM.pdf>

OBJECTIFS

- Assurer les soins techniques dans les suites opératoires
- Anticiper, organiser et coordonner la sortie du patient
- Conseiller/éduquer le patient et son entourage en vue de la reprise progressive de la vie sociale.

INDICATIONS

L'iléostomie temporaire /définitive est réalisée dans les cas suivants :

- 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.
- Grêle radique.

Le rétablissement de continuité peut être programmé secondairement.

PRÉ REQUIS

RAPPELS ANATOMO-PHYSIO-PATHOLOGIQUES

PRINCIPAUX ROLES DE L'INTESTIN GRELE (2-4)

- **Progression** du contenu intestinal grâce au péristaltisme jusqu'au côlon.
- **Digestion.** Dégradation enzymatique des protéides, lipides et glucides en substances absorbables : Protéines en acides aminés, lipides en glycérol et acides gras, glucides en monosaccharides (glucose principalement).
Les enzymes sont fournis par le pancréas.
Les acides biliaires permettent l'émulsion des graisses.
- **Absorption** par les microvillosités : 90% de la nourriture ingérée y est absorbée. L'eau est peu absorbée : le contenu de l'iléon qui parvient au côlon est encore très liquide.
Les éléments absorbés sont transportés au foie par la veine porte et par les chylifères (vaisseaux lymphatiques intestinaux).
- **Sécrétion** de mucus, d'enzymes et d'hormones.
- **Protection contre l'infection** grâce à son microbiote et aux follicules lymphatiques.

STOMIE DIGESTIVE : abouchement chirurgical d'un segment intestinal à la peau assurant une dérivation externe des effluents digestifs. Elle peut être temporaire ou définitive.

La confection chirurgicale de la stomie est latérale (présence de 2 orifices) ou terminale (1 seul orifice). La jéjunostomie et l'iléostomie sont des techniques chirurgicales d'abouchement à la peau de l'intestin grêle. L'iléostomie a l'aspect d'une trompe afin d'éviter le contact des selles avec la peau.

SIEGE

En général, para-sous-ombilical droit.

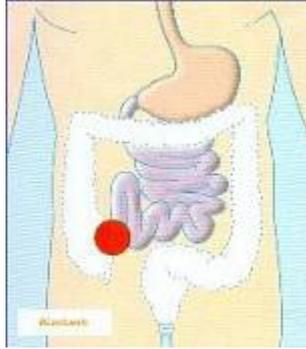


Fig.1 : Siège d'une iléostomie
Laboratoire Coloplast®

CONSEQUENCES DE L'ILEOSTOMIE (5)

- **Selles liquides.** Volume moyen attendu : de 0,5 à 1,2 L/24h. La reprise attendue du transit s'effectue sous 4 à 24 h postopératoires.
- **Selles corrosives** par la présence de sucs gastriques, sels biliaires et d'enzymes pancréatiques.
- **Possibles pertes hydroélectrolytiques** (supérieures à 1,2 voire 6 L/24h)

REPERAGE PREOPERATOIRE

Un repérage du futur emplacement de la stomie est réalisé en préopératoire par le chirurgien, ou par l'infirmier(ère) entérostomathérapeute (IDE ET) en collaboration avec celui-ci (6) à l'aide d'un crayon dermique chirurgical pour assurer un système efficace et confortable.

Il respecte les règles suivantes (7) :

- 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.
- Vérification ultime avec patient : debout, assis, couché.

L'emplacement déterminé peut être modifié du fait de contraintes anatomiques.

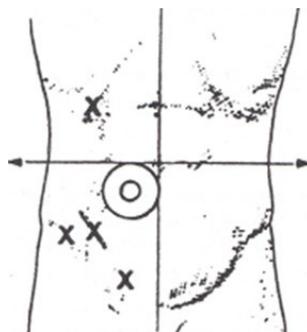


Fig.2 : Repérage théorique de l'iléostomie
DEVAUX S. Le point sur les Stomies et les fistules, Esford, 2011

PARCOURS-TYPE DU PATIENT ILEOSTOMISE-ETAPES CLEF

🔗 <https://ressources-aura.fr/wp-content/uploads/2023/07/BPA-PEC-2304COLOSTOM.pdf>

RISQUES ENCOURUS



RISQUES IMMEDIATS POSTOPERATOIRES

- **Déshydratation et troubles ioniques**
- Irritation/brûlure cutanée péristomiale liée aux selles corrosives
- **Nécrose de la stomie** : modification partielle ou totale de la couleur de la stomie (de rouge vif devient cyanosée, puis noire) (8)
- **Désunion voire désinsertion de la stomie** : stomie peu ou pas visible suite à lâchage de sutures partiel ou total
- Abscès péristomial
- Retard de transit voire occlusion intestinale
- Hémorragie
- Eviscération : extériorisation des anses grêles

RISQUES TARDIFS

- Déshydratation et troubles ioniques, déficit en vitamines (B12,...)
- Irritation/brûlure cutanée péristomiale liée aux selles corrosives
- Lithiase rénale et vésiculaire
- Prolapsus
- Eventration
- Occlusion

SYSTEMES D'APPAREILLAGE DES STOMIES

Les systèmes d'appareillage comportent un protecteur cutané adhésif et une poche. Ils peuvent être en une seule pièce, ou rester en deux pièces reliées entre elles par emboîtement, verrouillage ou un adhésif.

Deux types de systèmes d'appareillage munis d'un filtre à charbon peuvent être utilisés (cf. fig 3) :

- Avec poche « vidable » (9) incluant un clamp (scratch, picots)
- Avec poche vidangeable (10) dit « haut débit » munie d'un bouchon, particulièrement adaptée aux selles liquides avec présence de débris.



Fig. 3 : Systèmes d'appareillage « vidables » et vidangeables (LAMARTINE Nelly 2020)

🔗 Voir divers systèmes d'appareillage BP COLOSTOMIE Tableau récapitulatif p5 :
<https://ressources-aura.fr/wp-content/uploads/2023/07/BPA-PEC-2304COLOSTOM.pdf>

PRÉPARATION POUR LE PREMIER SOIN D'ILEOSTOMIE

Au bloc opératoire, la stomie du patient a été équipée d'un système d'appareillage :

- Stérile
- Transparent (surveillance de la stomie)
- Sans filtre (vérification de la reprise du transit : gaz, selles).

Le **premier changement de système d'appareillage** est réalisé **dans les 24h postopératoires, dès la reprise du transit** pour prévenir la brûlure péristomiale par les selles corrosives. Il est effectué avec anneau ou pâte et système haut débit.

Il est à réaliser de préférence soit juste avant un repas, soit à distance d'un repas.

TECHNIQUE

PREMIER SOIN D'ILEOSTOMIE Changement de système d'appareillage



Matériel

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Produit Hydroalcoolique (PHA)- Sac poubelle DAOM¹- Alèse absorbante (protection du lit)- Une paire de gants non stériles à usage unique- Eau du robinet- Compresse non stériles | <ul style="list-style-type: none">- Spray pour retrait de l'adhésif- Système d'appareillage (1 pièce ou 2 pièces) non stérile, transparent ou opaque avec fenêtre d'inspection et avec filtre-charbon- Une paire de ciseaux désinfectés- Gabarit de découpe- Anneau protecteur ou tube de pâte de protection cutanée |
|---|--|

OPTIONNEL

- En cas de dermabrasion péristomiale avec exsudat : Poudre protectrice
- Pour prévention de l'irritation ou en cas d'irritation : Spray protecteur cutané²

Attention !

- Tant que la **reprise du transit n'a pas eu lieu**, il conviendra d'obturer le filtre-charbon du système afin de pouvoir détecter la production des gaz.
- **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.
- **Installation** : Le patient est en position allongée pour ce 1^{er} changement. Pour les suivants, la position semi-assise et/ou debout pourra être proposée.

¹ DAOM : déchets assimilés aux ordures ménagères

² Spray protecteur cutané : non remboursé par la SS

Technique	
Expliquer au patient les étapes durant le soin.	
<i>Procéder à une friction des mains (FHA) avec un produit hydroalcoolique. Enfiler les gants.</i>	
1.	Vaporiser le spray de retrait entre la peau et le support, puis retirer l'appareillage en décollant du haut vers le bas tout en maintenant la peau.
<i>Eliminer les déchets dans le sac poubelle DAOM</i>	
2.	Nettoyer la peau péristomiale et la stomie sans frottement, à l'aide de compresses imbibées d'eau. Proscrire tout autre produit. Maintenir une compresse sur la stomie pour absorber les écoulements.
3.	Sécher parfaitement la peau péristomiale par tamponnement avec les compresses. Il est inutile de sécher la stomie.
4.	Vérifier l'intégrité de la peau et l'aspect de la stomie : ☞ En cas d'irritation (ou en prévention) : vaporiser le spray protecteur cutané (2 pulvérisations suffisent). Laisser sécher le spray à l'air. ☞ En cas de dermabrasion péristomiale avec exsudat : saupoudrer de poudre protectrice, l'étaler et ventiler l'excédent à l'aide d'une compresse non stérile.
5.	Mesurer le diamètre de la stomie (si stomie ovale, mesurer dans les 2 dimensions).
6.	Choisir le système (intégré à la poche ou le support seul) à la taille de la stomie : - Si système modelable : l'étirer en enroulant à partir du centre - Si système à découper : découper le support à + 2-3 mm du diamètre de la stomie. Si besoin, assouplir le système en le réchauffant manuellement.
Si système 1 pièce Si système 2 pièces	
7.	Les étapes 7 et 8 sont incontournables pour éviter l'irritation péristomiale. - Réaliser un joint de pâte autour de la stomie : afin que la pâte ne colle pas au doigt, humidifier l'index et l'appliquer par virgules successives sur la peau péristomiale. Ou - Ouvrir l'anneau (si besoin l'étirer à la taille de la stomie) et le coller au plus proche de la stomie (comme pour l' « étrangler »).
8.	Coller le système d'appareillage. Coller le support sur l'anneau ou sur le joint de pâte. ☞ Si joint de pâte , le renforcer avec un 2 ^{ème} joint de pâte protectrice en comblant l'espace entre la stomie et le support (mêmes précautions qu'item 7). Laisser sécher le joint (2min env.) Adapter la poche au support.
! Veiller à orienter la partie inférieure de la poche du système (comprenant l'orifice de vidange) : - De façon horizontale si le patient reste alité, afin de faciliter la vidange - De façon verticale dès que le patient se mobilise.	
9.	Masser doucement le système d'appareillage au plus près de la stomie pendant 1 à 2 min afin d'améliorer l'adhésivité. Vérifier que le système est collé à la peau.
<i>Eliminer les déchets. Désinfecter les ciseaux. Oter les gants et les jeter. FHA</i>	
TRACABILITE	Tracer dans le dossier de soins les éléments de surveillance : Présence de gaz, de selles (volume, aspect), aspect de la stomie et de la peau péristomiale, type et diamètre du système d'appareillage et réactions du patient.

PARTICULARITES DES STOMIES SUR BAGUETTES

Objectif : maintenir l'iléon en dehors de la cavité abdominale.

Une baguette peut être posée par le chirurgien lors d'une iléostomie latérale. Elle est alors :

- Soit extériorisée, retirée **sur prescription médicale généralement** vers J10 (+/- 3 jours) en milieu hospitalier. Elle nécessite des soins spécifiques.
- Soit sous cutanée (donc non visible) facilitant l'appareillage. Elle est retirée lors du rétablissement de la continuité.

La technique de 1^{er} changement de système d'appareillage est identique à celle décrite précédemment.

- Privilégier un système 2 pièces (commodités de manipulation).
- Utiliser un système d'appareillage de grand diamètre et faire une découpe qui laisse passer la baguette. Adapter le diamètre du support de la poche à la longueur de la baguette. Un joint de pâte doit être réalisé quotidiennement (même si présence d'anneau).
- Ne pas exercer de traction sur la baguette : risque de section ou ischémie de l'anse iléale extériorisée.
- Possibilité de la mobiliser (glisser) délicatement pour éviter adhérences et risque d'escarre.

FREQUENCE DES CHANGEMENTS DU SYSTEME D'APPAREILLAGE

FREQUENCE DES CHANGEMENTS DU SYSTEME D'APPAREILLAGE D'ILEOSTOMIE	
Système 1 pièce	Système 2 pièces
Changement du système : 1x/24h (48h maxi) + en cas fuite et/ou en cas de douleur péristomiale (possible infiltration de selles avec risque de brûlure cutanée)	Changement du support : 1x/2jours maxi Changement de poche + réfection du joint de pâte protectrice : 1x/24h + En cas fuite et/ou en cas de douleur péristomiale (possible infiltration de selles avec risque de brûlure cutanée)
<ul style="list-style-type: none">- Vidange régulière de la poche ou du sac collecteur au cours des 24h, selon niveau remplissage et selon confort patient.- Ne pas attendre que la poche soit remplie au-delà des 2/3 de sa capacité.- Après la vidange, nettoyer l'orifice de vidange extérieur et intérieur pour éviter les tâches et les odeurs.	



SURVEILLANCE

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

SURVEILLANCE	
RISQUES IMMEDIATS ET SECONDAIRES	
Risques	Actions de surveillance et d'évaluation
Hémorragie	Recherche de saignement au niveau de la stomie : une petite quantité de sang est normale dans les suites opératoires immédiates.
Iléus/Occlusion	Surveillance de la reprise d'un transit régulier : présence de gaz et/ou de selles.
Désinsertion par lâchage de suture	Recherche d'affaissement partiel ou total de la stomie : stomie visible.
Absès	Recherche de signes locaux : œdème, rougeur, douleur, induration, chaleur, écoulement. Recherche de signes généraux : fièvre, douleur.
Déshydratation et troubles ioniques	Recherche des signes de déshydratation : bilan des entrées et des sorties, pli cutané, ionogramme sanguin, courbe pondérale.
Irritation cutanée péristomiale	Recherche de signes d'altération de la peau : dermatabrasion, douleur, rougeur.
Nécrose	Recherche d'une modification de la coloration de la stomie : elle doit être rouge brillant, non cyanosée.
Eviscération	Recherche d'extériorisation des anses grêles au contact de la stomie.
RISQUES TARDIFS	
Les risques seront évoqués avec le patient au moment de sa sortie.	
Déshydratation	S'assurer d'une hydratation entre 1,5L à 2L/jour, dont une part avec Vichy St Yorre® (riche en sels Na, K, Cl, bicarbonates). Evaluer le volume et la consistance des selles quotidiennes. Evaluer le nombre de mictions et la coloration des urines (concentrées ou très claires). Surveiller le poids et la courbe (ne pas perdre de poids). Rechercher les signes d'une déshydratation : pli cutané, langue rôtie, urines rares et foncées, +/- soif, hypotension, tachycardie.
Irritation cutanée	Recherche de signes d'altération de la peau : dermatabrasion, douleur, rougeur.
Prolapsus	Recherche d'extériorisation d'une longueur anormale des anses grêles par la stomie.
Eventration	Recherche d'une déformation de la paroi abdominale.
Occlusion	Recherche du maintien d'un transit régulier : présence de gaz et de selles.
Sténose	Recherche d'un rétrécissement du calibre de la stomie.

DEPART DU PATIENT

🔗 <https://ressources-aura.fr/wp-content/uploads/2023/07/BPA-PEC-2304COLOSTOM.pdf>

La fiche conseils patient iléostomie imprimable en annexe I est remise au patient avec la fiche STOMIE DIGESTIVE (conseils vivre avec une stomie pages 16 à 19) éditée par l'INCa (lien intégré).

🔗 *Des vidéos explicatives peuvent être conseillées (liens en références bibliographiques) (11-13)*

BIBLIOGRAPHIE - Cadre réglementaire

1. LEGIFRANCE [Internet]. 2023 [cité 6 nov 2023]. Code de la santé publique. Titre Ier : Profession d'infirmier ou d'infirmière (Articles R4311-1 à R4312-92)Section 1 : Actes professionnels. (Articles R4311-1 à D4311-15-2) - Légifrance. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006190610/
2. HARPER HA. Précis de biochimie. Presses universitaires de Laval. Vol. 1. Québec; 1977.
3. GRANT A, WAUGH A. Ross et Wilson - Anatomie et physiologie normales et pathologiques. 11ème. Issy les Moulineaux: Elsevier-Masson; 2011. 520 p.
4. DUPONT S. L'anatomie et la physiologie pour les infirmier(e)s. 4eme édition. Elsevier-Masson; 2021. 458 p.
5. SORAVIA PD C, LATAILLADE L, BELEYER S. Les stomies digestives : indications, complications, prise en charge pré et postopératoire. Rev Médicale Suisse. 9 mars 2005;09(10):708-18.
6. Conseil National - Infirmier stomathérapeute [Internet]. [cité 24 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.ordre-infirmiers.fr/la-profession-infirmiere/les-metiers-infirmiers/infirmier-stomatherapeute.html>
7. DEVAUX S, BOLL G, CHAUMIER D, DEGARAT F, GUYOT-POMATHIOS M, LANGLOIS G, et al. Le point sur les stomies et les fistules et les troubles de la continence. Esford. 2011. 236 p.
8. HOLLISTER. Identifier une complication stomiale ou péristomiale Ref. FRO217. 2019.
9. Haute Autorité de Santé, Commission Nationale des Dispositifs Médicaux et des Technologies de Santé. Avis de la commission : Set d'appareillage stomie digestive [Internet]. 2012 [cité 22 mai 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-03/set_appareillage_stomie_digestive_21_fevrier_2012_4098_avis.pdf
10. Haute Autorité de Santé Commission d'évaluation des produits et prestations. Avis de la Commission : Dispositif : FLOW COLLECTOR, système collecteur vidangeable pour selles liquides à haut débit [Internet]. 2004 [cité 22 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/pp020309.pdf>
11. Comment nettoyer une stomie? [Internet]. Disponible sur: https://www.youtube.com/watch?v=MtHM1lonc_4
12. Comment vivre au quotidien avec une stomie ? 1ere partie [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=Kqep1poaUec>
13. Comment vivre avec une stomie Partie 2 [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=jxXINs7X2A0>

ANNEXE I : FICHE CONSEILS PATIENT

FICHE CONSEILS PATIENT ILEOSTOMIE



L'APPAREILLAGE

- Vidanger la poche régulièrement. Ne pas attendre qu'elle soit remplie à plus des 2/3.
- **CHANGER LA POCHE** tous les jours et le support tous les 3 jours maximum :
- Nettoyer la stomie et la peau à l'eau
- Sécher minutieusement par tamponnement
- Positionner l'appareillage et l'adapter en fonction du diamètre de la stomie qui va se modifier durant les premières semaines
- Laisser une marge de 2 à 3 mm entre le bord de la stomie et le support
- Mettre la pâte protectrice cutanée quotidiennement autour de la stomie pour faire barrière entre la peau des selles.

EN CAS D'IRRITATION CUTANEE :

- D'abord, s'assurer que les selles ont un volume inférieur à 1,2L et que leur consistance n'est pas trop liquide. (☞ Si selles liquides et trop abondantes, se référer à la rubrique ALIMENTATION alinéa 3 ci-après.)
- Mettre la poudre de protection puis la pâte protectrice.
Si la pâte (légèrement alcoolisée) procure à l'application une sensation brève de brûlure, elle peut être remplacée par une pâte sans alcool ou un anneau de renfort.
- Vérifier l'étanchéité de l'appareillage.
- Contacter le stomathérapeute, le service ou l'IDEL si persistance de l'irritation.

ALIMENTATION

- Elargir progressivement l'alimentation : réintroduire successivement tous les aliments, et adapter l'alimentation à la consistance des selles.
- Associer féculents et fibres alimentaires à chaque repas.
- Boire entre 1,5 à 2 litres d'eau par jour, dont une part en Vichy St Yorre®
- Apprécier le volume des selles (environ 500mL à 1,2L/jour).
 - ☞ En cas de volume trop important, se référer à votre ordonnance de sortie pour la prise des médicaments épaississants des selles et anti-diarrhéiques.
 - ☞ Si persistance du problème, consulter votre médecin.
- En cas d'absence de selles et signes associés (nausées, vomissements) : consulter votre médecin.

VIE COURANTE

☞ Voir fiche « LA STOMIE DIGESTIVE » INSTITUT NATIONAL du CANCER

<https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/LA-STOMIE-DIGESTIVE>



RÉDACTEURS 2023

Coordonnateur du groupe de travail 2023

PAILLARD-BRUNET Anne-Marthe, Cadre de Santé, cheffe de projet, DSRC AURA, LYON.

Membres du groupe de travail 2023

AITZAI Naima, IDE, Médecine Gastroentérologie, CH VALENCE

BESSET Mélanie, IDE entérosthérapeute, CH VALENCE

GOTTELAND Dominique, IDEL, ST BALDOPH

GUILLEVIN Céline, IDE entérosthérapeute, CLB, LYON

MIBORD Mélanie, IDE entérosthérapeute, CLB, LYON

PAILLARD-BRUNET Anne-Marthe, Cadre de Santé, cheffe de projet, DSRC AURA, LYON

PRADAL Stéphanie, IDE entérosthérapeute, CHU CLERMONT FERRAND

SEIDEL Laeticia, cadre de santé, Chirurgie digestive, CHU CLERMONT FERRAND

VERNEY-LAMARTINE Nelly, IDE entérosthérapeute, CH AUBENAS

RELECTEURS 2023

DARNON Delphine, IDE Entérosthérapeute, Clinique mutualiste Loire, SAINT ETIENNE

GRANGEON Lionel, IDE Entérosthérapeute, Clinique mutualiste Loire, SAINT ETIENNE

LABROSSE Hélène Dr, Pharmacien, DSRC ONCO AURA, LYON

SCOTTI Coraline, IDE Coordinatrice, Chirurgie digestive, CLB, LYON

ZULIN Vincente, Cadre de santé dispositif d'annonce et hygiène, Clinique St Vincent de Paul, BOURGOIN-JALLIEU

GOUEDO Christine, IDE Entérosthérapeute, Consultation Chirurgie digestive, CHUGA, GRENOBLE

THOMAS Géraldine, IDE Entérosthérapeute, Consultation Chirurgie digestive, CHUGA, GRENOBLE

PRESENTS A LA PLENIERE 2023

ALAIMO Servane, IDE, GH Les Portes Du Sud VENISSIEUX

ARQUILLIERE Nathalie, IDE, Libérale, RUY-MONCEAU

AUBERT Ingrid, IDE, Libérale, FOUR

BONNABRY Karine, Cadre de santé, CHU CLERMONT-FERRAND

BOURGOIN Cynthia, IDE, CH Saint Joseph Saint Luc, LYON

BROSSARD Sylvie, IPA, CHU CLERMONT-FERRAND

CELLUPICA Mary, IADE, Centre Léon Bérard, LYON

CERUTTI Murielle, IDE, Libérale, LETRA

COLIN Carole, IDE, Infirmerie Protestante, LYON

CROISSANT Anthony, IDE, CH Saint Joseph Saint Luc, LYON

CROUZET Béatrice, IDE, Clinique mutualiste, ST ETIENNE

DELHOMME Isabelle, IDE, Centre Léon Bérard, LYON

ENGEL Audrey, IDEC, Hospitalisation à Domicile - Soins et Santé, DAGNEU

ERKAN Ebru, IDE, Libérale, RUY-MONCEAU

FALCON Robert, IDE, Libéral, BRIVES

GESSANT Marlène, IDE, CHU SAINT ETIENNE

GIRARD MADOUX Corinne, IDE, CH CHAMBERY

GNANDJI Evelyne, IDE, Libérale, VILLEURBANNE

GOURGAUD Manon, IDE, CHU SAINT ETIENNE

GREGOIRE Pauline, IDE

GRIOTIER Christine, IDE, Infirmerie Protestante, LYON

GUILLOT-JEROME Sophie, IDE, Médipôle Hôpital Mutualiste, VILLEURBANNE

HAMON Gaëtane, IDE, Centre Léon Bérard, LYON

HATTE Véronique, IDE, Centre Hospitalier Pierre Oudot, BOURGOIN-JALLIEU

LABROSEE Hélène, Pharmacien cheffe de projet, DSRC AURA LYON

LAFON Daisy, IDE, CHU SAINT ETIENNE
LAURENCIN Stéphanie, Cadre de santé, Infirmierie Protestante, LYON
MARTIN Nadine, Cadre de santé, Centre Jean Perrin, CLERMONT-FERRAND
MAYNADIER Laure, Cadre de santé, Centre Jean Perrin, CLERMONT-FERRAND
MEY Gérane, IDEC/IDA, Centre Hospitalier Pierre Oudot, LYON
MIBORD Mélanie, IDE EST, Centre Léon Bérard, LYON
MILLARDET Alice, IDE, Libérale, BOURGOIN-JALLIEU
MORLIERE Lise, IDE, Centre Léon Bérard, LYON
PAILLARD-BRUNET Anne-Marthe, Cadre de Santé, cheffe de projet, DSRC AURA, LYON
PASTOR Clélia, IDE, Médipôle Hôpital Mutualiste, VILLEURBANNE
PENTATSEKO Illémo, IDE, CHG Mont D'Or, ALBIGNY SUR SAONE
PETIOT ROY Sylvie, Cadre de santé, IFPS ESQUIROL, Hospices Civiles de LYON
PEYRARD Céline, Cadre de santé, CHU SAINT ETIENNE
PONTVIANNE Dorine, Infirmière Hygiéniste, Centre Léon Bérard, LYON
SCHULTEISS Nadine, IDE, CHU SAINT ETIENNE
SIEDLIK Marie Hélène, Cadre de santé, CHU SAINT ETIENNE
THELISSON Linda, IDE, SSR Val Rosay, ST DIDIER AU MONT D'OR
TREFCON Camille, infirmière en pratique avancée, Hôpital Lyon Sud, Hospices Civils de LYON

REDACTEUR(S) 2010

Coordonnateur d'action du groupe SOINS 2010

TALON A., directeur des soins infirmiers, CRLCC Léon Bérard, Lyon.

Membres du groupe de travail pour la version 2010

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, référent groupe bonnes pratiques ONCORA, 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.

Contributeurs 2010

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, Infirmierie Protestante, Caluire ;
BIEZUS A., infirmière diplômée d'état, Centre Hospitalier Lucien Husel, 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 Husel, 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 ;
DESPORTES M., infirmière diplômée d'état, Clinique Trénel, Sainte Colombe les Vienne ;
DUMEZ E., infirmière diplômée d'état, Centre Hospitalier Lucien Husel, 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, Guilherand-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 Hessel, 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.