

AOÛT 2009

# Soins et prise en charge des stomies



## Déclin de responsabilité

Les infirmières et les établissements où elles travaillent ne sont pas tenues d'appliquer cette ligne directrice. Son utilisation doit être souple afin de l'adapter aux besoins individuels et aux situations particulières. Elle ne constitue en rien une responsabilité ni une décharge de la responsabilité. Bien que tous les efforts aient été consentis pour s'assurer de l'exactitude du contenu au moment de la publication, ni les auteurs, ni l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO) ne garantissent l'exactitude de l'information contenue dans cette ligne directrice, ni n'acceptent aucune responsabilité quant au manque à gagner, aux dommages, aux blessures ou aux dépenses découlant d'erreurs ou d'omissions dans le contenu de ce document.

## Droit d'auteur

À l'exception des portions de ce document pour lesquelles une limite ou une interdiction particulière contre la copie est indiquée, le reste de ce document peut être reproduit et publié, en entier seulement, sans modification, sous toute forme, y compris le format électronique, à des fins éducatives ou non commerciales. Si une adaptation du document est requise pour une raison quelconque, le consentement ou la permission de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario doit être obtenu. Une citation ou une référence doit apparaître dans le travail copié, tel qu'indiqué ci-dessous :

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.(2009) *Soins et prise en charge des stomies* . Toronto, Canada. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Ce programme est financé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

## Coordonnées

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

158 Pearl Street, Toronto (Ontario) M5H 1L3

Site Web : [www.rnao.org/bestpractices](http://www.rnao.org/bestpractices)

## Mot de bienvenue de Doris Grinspun,

### Directrice exécutive de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

C'est avec grand plaisir que l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO) diffuse à la communauté des soins de santé cette ligne directrice intitulée *Soins et prise en charge de la stomie*. Les pratiques professionnelles basées sur des données probantes vont de pair avec la qualité des services que les infirmières offrent dans leur travail quotidien. La RNAO est ravie de vous fournir cette ressource clé.



La RNAO remercie sincèrement les nombreux individus et établissements qui nous aident à concrétiser notre vision des lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers (LDPE) : le gouvernement de l'Ontario qui a reconnu notre capacité à diriger le programme et à obtenir un financement sur plusieurs années; Irmajean Bajnok, directrice des programmes d'affaires internationales et de lignes directrices sur les pratiques exemplaires (AILDPE) de la RNAO, pour ses compétences et son leadership qui ont permis de faire avancer la production des LDPE; ainsi que chaque chef d'équipe impliqué, notamment Kathryn Kozell pour ces LDPE en particulier, pour son intendance superbe, son engagement et surtout ses compétences incroyables. Nous remercions également Rishma Nazarali, chef des programmes d'AILDPE de la RNAO, pour son travail acharné

visant à faire donner vie à ces LDPE. Un remerciement tout particulier au groupe d'experts des LDPE – nous respectons et apprécions vos compétences et votre travail bénévole. Nous n'y serions pas parvenus sans vous!

La communauté des infirmières, de par son engagement et sa passion pour l'excellence en soins infirmiers, partage ses connaissances et son temps, ce qui est essentiel à la création et à l'évaluation de chaque ligne directrice. Les employeurs ont répondu avec enthousiasme à l'appel en désignant des champions des pratiques exemplaires, en mettant en œuvre les lignes directrices et en procédant à leur évaluation, et en travaillant afin de créer une culture de pratique fondée sur les données probantes.

La mise en place réussie de ces lignes directrices nécessite un effort conjugué de la part des infirmières cliniciennes et de leurs autres collègues du secteur de la santé, les infirmières qui enseignent en milieu universitaire et en milieu de travail, de même que les employeurs. Après avoir assimilé ces lignes directrices avec leurs têtes et leurs cœurs, les infirmières, de même que les étudiants en soins infirmiers, informés et avertis, auront besoin d'un lieu de travail sain et accueillant pour les aider à mettre en pratique ces lignes directrices.

Nous vous demandons de parler de cette ligne directrice avec les membres de l'équipe pluridisciplinaire. Nous avons beaucoup à apprendre les uns des autres. Ensemble, nous voulons être sûrs que les membres du public reçoivent les meilleurs soins possible, chaque fois qu'ils entrent en contact avec nous. Tentons d'en faire les véritables gagnants de ce grand effort!

A handwritten signature in black ink that reads "Doris Grinspun". The signature is fluid and includes a long horizontal flourish at the end.

Doris Grinspun, inf.aut, M.Sc.Inf., PhD (doctorante), O. ONT.

Directrice exécutive

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

## Table des matières

### CONTEXTE

Comment utiliser ce document . . . . .	6
Intention et champ d'activité . . . . .	7
Résumé de recommandations . . . . .	8
Interprétation des données probantes . . . . .	11
Membres du groupe d'élaboration de la Ligne directrice . . . . .	12
Remerciements aux intervenants . . . . .	14
Contexte . . . . .	17

### RECOMMANDATIONS

Recommandations principales . . . . .	19
Recommandations relatives à la pratique professionnelle . . . . .	26
Recommandations relatives à la formation . . . . .	45
Recommandations relatives à l'établissement et aux règlements . . . . .	47
Lacunes relatives à la recherche et implications futures . . . . .	49
Évaluation/Surveillance de la ligne directrice . . . . .	50
Stratégies de mise en œuvre . . . . .	52
Processus de mise à jour et d'examen de la ligne directrice . . . . .	53

### RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Liste de références . . . . .	54
Bibliographie . . . . .	60

Annexe A : Glossaire de termes.....	64
Annexe B : Glossaire de termes cliniques .....	65
Annexe C : Processus d'élaboration de la ligne directrice.....	73
Annexe D : Processus suivi pour les examens systématiques et la stratégie de recherche .....	74
Annexe E : Exemple de dossier d'enseignement sur les stomies.....	77
Annexe F : Renseignements relatifs à la sexualité .....	80
Annexe G : Exemple de formulaire d'évaluation .....	81
Annexe H : Les médicaments et le fonctionnement de la stomie .....	84
Annexe I : Conseils relatifs à la gestion de l'alimentation dans le cadre des soins de la stomie.....	88
Annexe J : Diagrammes de processus pour l'enseignement relatif à une stomie.....	92
Annexe K : Section ontarienne, l'Association canadienne des personnes stomisées.....	97
Annexe L : Renseignements relatifs aux ressources .....	98
Annexe M : Formulaire des soins de la stomie .....	102
Annexe N : Stratégies relatives aux besoins et aux soins spéciaux .....	103
Annexe O : Liste de produits pour stomie .....	104
Annexe P : Contenu du programme d'éducation recommandé sur la stomie pour les fournisseurs de soins de santé.....	106
Annexe Q : Les stades de développement d'Erikson.....	111
Annexe R : Programmes d'éducation reconnus.....	112
Annexe S : Charte des droits d'une personnes stomisée .....	113
Annexe P : Description de la Trousse .....	114

## Comment utiliser ce document

Cette ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers consiste en un document détaillé comportant les ressources nécessaires au soutien de la pratique des soins infirmiers basée sur des données probantes. Le document doit être révisé et appliqué en fonction des besoins particuliers de l'établissement ou de l'endroit où les soins sont prodigués, ainsi que des besoins et des désirs du client. Les lignes directrices ne doivent pas être appliquées comme un « livre de recettes » mais utilisées en tant qu'outil pour aider à la prise de décisions en ce qui concerne les soins individualisés prodigués au client, et pour s'assurer que les structures et les soutiens adéquats sont en place pour prodiguer les meilleurs soins possible.

Les infirmières, les autres professionnels des soins de santé, de même que les administrateurs qui font la promotion des changements sur le plan de la pratique des soins infirmiers et qui y contribuent eux-mêmes, trouveront ce document précieux pour l'élaboration de règlements, de procédures, de protocoles, de programmes de formation, d'outils de documentation et d'évaluation, etc. On recommande d'utiliser les lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers comme un outil de référence. Les infirmières qui offrent des soins directs aux clients pourront bénéficier d'un examen des recommandations, des données probantes qui appuient ces recommandations et du processus qui a été utilisé pour élaborer les lignes directrices. Toutefois, il est fortement recommandé que les pratiques infirmières dans les établissements où les soins sont prodigués adaptent ces lignes directrices dans des formats qui seront faciles à utiliser dans le cadre du travail quotidien. Cette ligne directrice contient quelques formats suggérés pour ces adaptations locales.

Les établissements qui désirent utiliser les lignes directrices peuvent décider de le faire de plusieurs façons :

- a) Évaluer les pratiques actuelles en matière de soins de santé et de soins infirmiers grâce aux recommandations présentées dans les lignes directrices.
- b) Définir les recommandations qui permettront de répondre à des besoins reconnus sur le plan des pratiques professionnelles ou de combler des lacunes dans les services offerts.
- c) Élaborer de manière méthodique un plan visant à mettre en place les recommandations et les ressources.

La RNAO désire connaître la façon dont vous avez mis en place cette ligne directrice. Veuillez communiquer avec nous pour faire part de votre expérience. Des ressources de mise en place seront mises à la disposition des utilisateurs par l'entremise du site Web de la RNAO afin d'aider les personnes et les établissements à mettre en place les lignes directrices sur les pratiques exemplaires.

## Intention et champ d'activité

Les lignes directrices sur les pratiques exemplaires sont des énoncés élaborés de façon systématique afin de venir en aide aux praticiens et aux clients qui doivent prendre des décisions concernant les soins de santé appropriés (Field et Lohr, 1990).

Cette ligne directrice fournit des recommandations fondées sur les données probantes à l'intention des infirmières autorisées et des infirmières auxiliaires autorisées, relatives à l'évaluation et à la prise en charge de personnes ayant une colostomie, une iléostomie ou une urostomie, y compris l'évaluation et la prise en charge de la peau péristomiale.

Cette ligne directrice met l'accent sur trois domaines des soins : préopératoire, postopératoire et suivi. Tous les individus stomisés, d'un bout à l'autre du continuum des soins, y compris les besoins de la famille et des fournisseurs de soins, sont pris en considération.

Cette ligne directrice devrait s'appliquer à tous les domaines des soins infirmiers, y compris la pratique clinique, l'administration et l'éducation.



# Résumé des recommandations

## Recommandations principales

RECOMMANDATION		* Niveau de données probantes
1	Développer une relation thérapeutique avec le client et sa famille.	III
2	Effectuer une évaluation exhaustive du client/de la famille, qui inclut : a) les antécédents et un examen physique; b) l'aspect psychosocial (adaptation, modification de l'image corporelle, détérioration de la qualité de vie, préoccupations relatives à la sexualité et à la vie sexuelle); et c) les normes culturelles, spirituelles et religieuses.	III
3	Consulter les membres de l'équipe interdisciplinaire afin de procéder à une évaluation et à une intervention, au besoin, pour tous les clients qui ont besoin d'une stomie ou qui en ont déjà une.	IV
4	Concevoir un plan de soins mutuellement acceptable par le client/sa famille et tous les prestataires de soins de santé, lequel optimise la santé et l'auto-efficacité de la prise en charge de la stomie.	III

## Recommandations relatives à la pratique professionnelle : Phase préopératoire

RECOMMANDATION		Niveau de données probantes
5	Une éducation préopératoire doit être donnée à tous les clients nécessitant une chirurgie pour stomie et à leur famille.	Ib
6	Le marquage de l'emplacement de la stomie doit être effectué chez tous les clients qui subissent une chirurgie pour stomie.	Ila
7	Examiner l'impact potentiel de la chirurgie pour stomie sur l'intimité et la fonction sexuelle avec le client/son partenaire.	Ia
8	Une formation en relaxation musculaire progressive (FRMP) devrait être offerte à tous les patients qui subissent une chirurgie pour stomie, dans le cadre des soins normaux.	Ib

\*Voir la page 11 pour obtenir une interprétation des données probantes.



## Recommandations relatives à la pratique professionnelle : Phase postopératoire

RECOMMANDATION		Niveau de données probantes
9	Évaluer la stomie immédiatement après la chirurgie et évaluer l'état de la stomie/de la peau péristomiale lors de chaque changement d'appareillage, au moyen d'un outil de classification validé, pour surveiller l'apparition de complications.	IV
10	Déterminer les facteurs de risque qui influencent les complications stomiales et péristomiales.	III
11	Passer en revue le profil pharmaceutique du client en relation avec le type de stomie, pour s'assurer que l'absorption et l'efficacité maximales seront obtenues.	IV
12	Éviter d'insérer un suppositoire de glycérine dans une colostomie pour aider à l'évacuation de l'effluent.	Ib
13	Les clients stomisés qui risquent de développer des complications nutritionnelles ou qui en développent doivent bénéficier des conseils d'un diététiste.	Ila
14	Préparer le client et sa famille en leur enseignant au moins les compétences minimales spécifiques à leurs besoins avant le congé de l'hôpital.	IV
15	Donner au client et à sa famille son congé de l'hôpital avec un soutien à domicile.	Ib
16	Veiller à ce que le plan de soins de la stomie soit individualisé afin de répondre aux besoins du client et de sa famille.	IV
17	L'évaluation et le suivi par une infirmière stomothérapeute sont recommandés pour le client et sa famille après la chirurgie pour stomie, afin de réduire la détresse psychologique, de favoriser une qualité de vie optimale et de prévenir les complications.	Ilb
18	Renseigner les clients et les membres de leur famille afin qu'ils puissent reconnaître les complications qui affectent la stomie et la peau péristomiale.	IV
19	L'irrigation de la colostomie peut être mise en œuvre comme méthode sûre et efficace pour la prise en charge des colostomies descendantes ou sigmoïdes chez certains clients adultes.	III

## Recommandations relatives à la formation

RECOMMANDATION		Niveau de données probantes
20	L'éducation sur les stomies pour les prestataires de soins de santé à tous les niveaux doit être un processus systématique axé sur les clients, mis en place dans les milieux d'enseignement et dans les lieux de travail.	IV
21	Consulter les infirmières stomothérapeutes pour l'élaboration de programmes d'éducation sur les stomies qui s'adressent aux prestataires de soins de santé appropriés, aux clients, aux membres de leur famille et à leurs fournisseurs de soins.	IV

## Recommandations relatives à l'établissement et aux règlements

RECOMMANDATION		Niveau de données probantes
22	Les établissements doivent avoir recours à une infirmière stomothérapeute certifiée pour l'élaboration de politiques et la gestion des programmes.	IV
23	Tous les clients stomisés et leur famille doivent avoir accès à une éducation exhaustive.	IV
24	Un mécanisme doit être mis en place pour le transfert d'informations entre les établissements de soins, afin de faciliter l'éducation permanente et le soutien clinique du client.	IV
25	Les établissements doivent avoir accès à une équipe interdisciplinaire composée de professionnels de la santé bien renseignés et qualifiés, afin de fournir des soins de qualité dans le cadre de la prise en charge des stomies.	IV
26	<p>La mise en place réussie des lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers repose sur une planification, des ressources et sur un soutien organisationnel et administratif adéquats, en plus d'une facilitation appropriée. Les établissements peuvent souhaiter élaborer un plan de mise en œuvre qui inclut :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une évaluation de la préparation de l'établissement et des obstacles à la mise en œuvre, qui tient compte de la situation locale.</li> <li>■ L'implication de tous les membres (dans un rôle de soutien direct ou indirect) qui contribueront au processus de mise en œuvre.</li> <li>■ Des occasions continues de discussion et d'éducation afin de renforcer l'importance des pratiques exemplaires.</li> <li>■ Le dévouement d'une personne qualifiée pour fournir le soutien requis au processus d'éducation et de mise en œuvre.</li> <li>■ Des occasions continues de discussion et d'éducation afin de renforcer l'importance des pratiques exemplaires.</li> <li>■ Des occasions de réfléchir à l'expérience personnelle et organisationnelle en matière de mise en œuvre des lignes directrices.</li> </ul>	IV

# Interprétation des données probantes

## Niveaux des données probantes

la	Données probantes provenant d'une méta-analyse ou d'un examen systématique d'essais contrôlés randomisés.
lb	Données probantes provenant d'au moins un essai contrôlé randomisé.
IIa	Données probantes provenant d'au moins une étude contrôlée bien conçue, sans randomisation.
IIb	Données probantes provenant d'au moins un autre type d'étude quasi-expérimentale bien conçue, sans randomisation.
III	Données probantes provenant d'études descriptives non expérimentales bien conçues, comme des études comparatives, des études de corrélation et des études de cas.
IV	Données probantes provenant de rapports ou d'opinions de comités d'experts ou de l'expérience clinique d'autorités respectées.

Adapté de SIGN 50: A Guideline Developer's Handbook (2008)

## Membres du groupe d'élaboration de la Ligne directrice

**Kathryn Kozell**, inf.aut., M.Sc.inf, APN(AC), CETN(c)

### Chef d'équipe

Ancienne présidente, CAET  
Coordonnatrice des initiatives en matière de qualité  
London Health Sciences Centre  
London (Ontario)

**Helen Abrams**, Dt.P., CNSD

### Diététiste clinique

University Hospital  
London Health Sciences Centre  
London (Ontario)

**Patti Barton**, inf.aut., ISP, CETN(c)

Chef des pratiques cliniques et pédagogiques  
Services spécialisés de stomothérapie  
Toronto (Ontario)

**Nancy Bauer**, HBA, HB Admin, inf. aut.,  
infirmière stomothérapeute

### Facilitatrice de la RNAO

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de  
l'Ontario  
Toronto (Ontario)

**Ruth Best**, inf.aut., B.A., infirmière  
stomothérapeute

Infirmière spécialisée en soins des plaies  
cutanées et des stomies  
London Health Sciences Centre  
London (Ontario)

**Karen Bruton**, inf.aut, B.Sc.inf.(c), infirmière  
stomothérapeute

Infirmière-ressource en soins cliniques  
Northumberland Hills Hospital  
Cobourg (Ontario)

**Helen Fatum**, inf.aut., B.Sc.inf., infirmière  
stomothérapeute

Stomothérapeute/éducatrice des patients  
North Bay General Hospital  
North Bay (Ontario)

**Louise Forest-Lalande**, inf.aut., M.Ed.,  
infirmière stomothérapeute

### Directrice consultante en sciences infirmières

CHU Sainte-Justine  
Montréal (Québec)

**Dr Mikel Gray**, inf.aut., Ph.D., FNP, PNP,  
CUNP, CCCN, FAANP, FAAN

### Professeur, infirmier praticien

Département d'urologie et École de soins infirmiers,  
University of Virginia  
Charlottesville (Virginie, É.-U.)

**Connie Lynne Harris**, inf.aut, M.Sc.,  
infirmière stomothérapeute

### Spécialiste clinique principale, plaies des stomies

CarePartners  
Waterloo (Ontario)

**Virginia McNaughton**, inf.aut., MPA,  
CETN(c)

### Consultante en pratique avancée

Plaies, stomies, incontinence  
Saint Elizabeth Health Care  
Markham (Ontario)

**Debbie Miller**, inf.aut, B.Sc.inf., M.Sc.inf.  
APN(AC), CETN(c)

Praticienne spécialisée en soins des stomies  
Sunnybrook Health Sciences Centre  
Toronto (Ontario)

**Susan Mills-Zorzes**, inf.aut., B.Sc.inf.,  
MDE, CWOCN, CETN(c)

Directrice, stomothérapie, CAET  
Programme d'éducation en soins infirmiers;  
infirmière stomothérapeute

St. Joseph's Care Group  
Thunder Bay (Ontario)

**Nancy Parslow**, inf.aut., CETN(c)  
Infirmière spécialisée en soins des plaies  
Southlake Regional Health Centre  
Newmarket (Ontario)

**Colleen Simpson**, inf.aut., B.Sc.inf.  
Infirmière soignante  
Elm Grove Living Centre  
Toronto (Ontario)

**Samantha Mayo**, inf.aut., M.Sc.inf.  
Adjointe à la recherche  
L'Association des infirmières et infirmiers autorisés  
de l'Ontario  
Toronto (Ontario)

**Rishma Nazarali**, inf.aut., B.Sc.inf., M.Sc.inf.  
Directrice de programme, lignes directrices  
sur les pratiques exemplaires  
L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de  
l'Ontario  
Toronto (Ontario)

**Catherine Wood**, BMOS  
Adjointe de programmes  
L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de  
l'Ontario  
Toronto (Ontario)

Des déclarations de conflit d'intérêts et de confidentialité ont été faites par tous les membres du groupe d'élaboration de cette ligne directrice. Des renseignements supplémentaires sont disponibles auprès de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.



## Remerciements aux intervenants

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario tient à remercier les personnes et les groupes suivants pour leur contribution à la révision de cette Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers, ainsi que pour leurs précieux commentaires :

NOM, TITRES DE COMPÉTENCE	TITRE, ORGANISME, VILLE, PROVINCE
DEBORAH ABNER, INF.AUT., B.Sc., M.Sc.INF (A), INFIRMIÈRE STOMOTHÉRAPEUTE	Infirmière stomothérapeute clinicienne, CUSM – Hôpital Royal Victoria, Montréal (Québec)
SYLVIA ALLOY-KOMMUSAAR, INF.AUT.	Superviseure, Extendicare Van Daele, Sault Ste. Marie (Ontario)
JACQUELINE BAPTISTE-SAVOIE, INF.AUT., B.Sc.INF., WOCN, CIC	Infirmière clinicienne en stomothérapie et en soin des plaies, The Scarborough Hospital, Scarborough (Ontario)
JO-ANNE BILLINGS, INF.AUT.	Infirmière autorisée, soins ambulatoires; infirmière de soins intégraux, clinique d'urologie, The Credit Valley Hospital, Mississauga (Ontario)
DI BRACKEN, B.A., B.ED.	Présidente, Ostomy Toronto; présidente sortante, IOA; ancienne présidente, UOAC, Ostomy Toronto, Toronto (Ontario)
MONA BURROWS, RN(EC), B.Sc.INF., M.Sc. INF., PHCNP	Professeure, St. Lawrence College/Laurentian University B.Sc. inf. Programme travail-études, Cornwall (Ontario)
STEPHANIE CHADWICK, INF.AUT., B.Sc.INF., STOMOTHÉRAPEUTE, M.Sc. (CANDIDATE), IIWCC	Consultante en soins des plaies et en stomothérapie, St Joseph's Health Centre, Toronto (Ontario)
DEBRA CLARKE, INF.AUT.	Chef d'équipe, 2B, médical-chirurgical, Northumberland Hills Hospital, Cobourg (Ontario)
CAROL T. COKER, M.S.INF., ARNP, CWOCN	PDG, CTC Healthcare Consulting, Inc., Pembroke Pines, Floride, États-Unis
SUZANNE COLLINS, INF.AUT., M.S., CWOCN, DAPWCA	Spécialiste clinique, Mölnlycke Health Care, Charlotte, Caroline du Nord, États-Unis
LYNN COWDREY-CARROLL, M.SERV.SOC., TRAVAILLEUSE SOCIALE AUTORISÉE	Travailleuse sociale en soins chirurgicaux, London Health Sciences Centre, London (Ontario)
GAIL CREELMAN, INF.AUT., STOMOTHÉRAPEUTE	Stomothérapeute, IWK Health Centre, Halifax (Nouvelle-Écosse)
HEIDI H. CROSS, INF.AUT., M.Sc.INF., FNP-BC, CWOCN	Infirmière praticienne en stomothérapie et en soins des plaies, SUNY Upstate Medical University Hospital, Syracuse, New York, États-Unis
MIKE D'ORAZIO, STOMOTHÉRAPEUTE, M.GESTION	Propriétaire-consultant, Ostomy Associates, Broomall, Pennsylvanie, États-Unis
MICHELLE DAGLORIA, INF.AUT.	Éducatrice clinique, chargée de la pratique professionnelle de la médecine, Guelph General Hospital, Guelph (Ontario)

BARBARA DALE, INF.AUT., CWOCN, CHHN	Directrice du soin des plaies, Quality Home Health, Livingston, Tennessee, États-Unis
DIANE GRÉGOIRE, INF.AUT., STOMOTHÉRAPEUTE, B.Sc.INF., M.Sc.INF.	Coordonatrice pour la spina bifida, Children's Hospital of Eastern Ontario Ottawa (Ontario)
LISA HEGLER, INF.AUT., B.Sc.INF., CWOCN	Infirmière stomothérapeute, Providence Health (St. Paul's Hospital), Vancouver (Colombie-Britannique)
KELLY HERON, INF.AUT., B.Sc.INF., CWCN, COCN, STOMOTHÉRAPEUTE	Directrice de la pratique clinique de la chirurgie, stomothérapeute, Windsor Regional Hospital, Windsor (Ontario)
JO HOEFLOK, INF.AUT., B.Sc.INF., M.A., STOMOTHÉRAPEUTE, CGN(C)	Infirmière en pratique avancée, gastroentérologie/chirurgie générale St. Michael's Hospital, Toronto (Ontario)
JENNIFER HUITSON, INF.AUT., B.Sc.INF., MDE	Éducatrice chirurgicale, Ross Memorial Hospital, Lindsay (Ontario)
NATHAN KELLY, ÉTUDIANT AU B.Sc.INF.	Étudiant, Brock University, St. Catharines (Ontario)
RHODA KELLY-VOOGJARV, RB, B.Sc.INF., STOMOTHÉRAPEUTE	Infirmière de bureau, Dr. Harry M. Voogjarv Medical Professional Corporation, Timmins (Ontario)
LORI KING	Représentante des consommateurs, North Bay (Ontario)
LISA KIRK, INF.AUT., B.Sc.INF., CWOCN	Infirmière autorisée, CWOCN, Riley Hospital for Children, Indianapolis, Indiana, États-Unis
ANN KLEIN, INF.AUT., B.Sc.INF., INFIRMIÈRE STOMOTHÉRAPEUTE	Spécialiste en stomothérapie/soin des plaies, services chirurgicaux, Southlake Regional Health Centre, Newmarket (Ontario)
JANE KORVER, INF.AUT., BAS, CWOCN	Infirmière en stomothérapie/soin des plaies rattachée à l'hôpital, Mercy Medical Center, Cedar Rapids, Iowa, États-Unis
LEE ANN KRAPFL, B.Sc.INF., INF.AUT., CWOCN	Infirmière spécialisée en stomothérapie/soin des plaies, Mercy Medical Center, Dubuque, Iowa, États-Unis
LISA C. LYNCH, INF.AUT.	Chef d'équipe – unité chirurgicale, Queensway Carleton Hospital, Ottawa (Ontario)
ANTONINI MARIO, INFIRMIER STOMOTHÉRAPEUTE	Infirmier stomothérapeute, Autorité sanitaire 11 Empoli, (Italie), Empoli, Italie
LINA MARTINS, M.Sc.INF., STOMOTHÉRAPEUTE	Infirmière clinicienne spécialisée, infirmière stomothérapeute, équipe peau, plaies et stomie, London Health Sciences Centre, London (Ontario)
JOAN A. MCINERNEY, M.S.INF., RN-BC, CWOCN	Coordonnatrice des soins infirmiers soins des plaies/stomie, NCH Healthcare System, Naples, Floride, États-Unis
ESTRELLA C. MERCURIO, B.Sc.INF., INF.AUT., M.A., GNC(C), STOMOTHÉRAPEUTE	Directrice des soins et des services, ParaMed Home Health Care, Toronto (Ontario)
FAYE MILITANTE, INF.AUT., B.Sc.INF., STOMOTHÉRAPEUTE, CWON	infirmière stomothérapeute autorisée, Providence St. Vincent Medical Center, Portland, Oregon, États-Unis

SUSAN S. MORELLO, B.Sc.INF., INF.AUT., CWOCN, CBN	Coordonnatrice clinicienne, Sizewise, Kansas City, Missouri, États-Unis
ELISE NIELSEN, INF.AUT., B.Sc.INF., STOMOTHÉRAPEUTE	Consultante clinicienne, plaies/stomie, Saint Elizabeth Health Care, Markham (Ontario)
LIZA PADILLA, INF.AUT., CGN(C), B.Sc, AVEC MENTION, B.Sc.INF.	Coordonnatrice clinicienne, The Ottawa Hospital, Ottawa (Ontario)
JOYCE PITTMAN, PhD (DOCTORANTE) APRN-BC, CWOCN	Infirmière praticienne/CWOCN, équipe des plaies/des stomies, Clarian Health, Indianapolis, Indiana, États-Unis
ROSE RAIZMAN, INF.AUT., B.Sc.INF., M.Sc., STOMOTHÉRAPEUTE	Infirmière clinicienne spécialisée; stomothérapeute, York Central Hospital, Richmond Hill (Ontario)
VALERIE J. RZEPKA, INF.AUT., B.Sc.INF., M.Sc.	Analyste en politiques de soins infirmiers, l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, Toronto (Ontario)
CONNIE SCHULZ, INF.AUT., BN(C), INFIRMIÈRE STOMOTHÉRAPEUTE	Spécialiste clinicienne/plaies et stomie, The Ottawa Hospital – General Campus, Ottawa (Ontario)
FAELYNNE SONKE, INF.AUT., B.Sc.INF., CPN(C)	Directrice clinicienne des patients chirurgicaux hospitalisés, Niagara Health System, St. Catharines (Ontario)
DIANE ST-CYR, INF.AUT., STOMOTHÉRAPEUTE, B.Sc., M.ED.	Infirmière stomothérapeute, Centre universitaire de santé McGill, campus de l'Hôpital général de Montréal, Montréal, (Québec)
JANE THERIAULT, B.Sc.INF., INF.AUT., CWOCN	Coordonnatrice des soins cliniques, University of Michigan Hospital, Ann Arbor, Michigan, États-Unis
KAREN THOMPSON, INF.AUT., B.Sc.INF., M.ED., CCHN(C)	Consultante en pratique clinique, ParaMed Home Health, London (Ontario)
RAMONA TOMSHACK, INF.AUT., B.Sc.INF., CIC, CWOCN, APN-CNS	Prévention des infections/WOC(ET), Sarah Bush Lincoln Health Center, Mattoon, Illinois, États-Unis
GWEN B. TURNBULL, INF.AUT., B.S., STOMOTHÉRAPEUTE	Consultante, Clearwater, Floride, États-Unis
NANCY S. WALSH, INF.AUT., B.S., CWOCN	Directrice des initiatives en soins infirmiers, Danbury Hospital, Danbury, Connecticut, États-Unis
KAREN WITKOWSKI, INF.AUT., B.Sc.INF., STOMOTHÉRAPEUTE	Infirmière clinicienne/stomothérapeute, Trillium Health Centre, Mississauga (Ontario)
LAUREN WOLFE, INF.AUT., B.Sc.INF., CWOCN	CWOCN, Richmond Hospital, Minoru Residence and Lions Manor (Vancouver Coastal Health Authority), Richmond (Colombie-Britannique)
BONITA YARJAU, INF.AUT., B.Sc.INF., STOMOTHÉRAPEUTE	Coordonnatrice, programme de stomothérapie, Health Sciences Centre, Winnipeg (Manitoba)
MARY M. YODER, INF.AUT., M.S.INF., CWON	Consultante en soins des plaies et en stomies, Arkansas Valley Regional Medical Center, La Junta, Colorado, États-Unis



## Contexte

La stomie est une procédure chirurgicale dont le résultat est le détournement vers l'extérieur des selles et de l'urine, au travers d'une stomie abdominale. Les stomies les plus courantes sont la colostomie et l'iléostomie pour les selles, et l'urostomie pour l'urine. Ces procédures sont effectuées chez des individus de tous les âges, des nouveau-nés aux personnes âgées. Les statistiques relatives à la fréquence exacte de la chirurgie pour stomie au Canada ne sont pas facilement accessibles; toutefois, une étude transversale menée par un groupe de recherche privé en 1999-2000 a révélé qu'environ 13 000 chirurgies pour stomie avaient été pratiquées pendant cette période. Les provinces qui signalaient le nombre le plus élevé de procédures par an étaient respectivement l'Ontario, le Québec et la Colombie-Britannique. La stomie réalisée le plus souvent est la colostomie (55 %), suivie par l'iléostomie (31 %) et l'urostomie (14 %). Les stomies peuvent être soit temporaires, soit permanentes, et sont réalisées pour plusieurs étiologies différentes, y compris, notamment, le cancer colono-rectal (36 %), la maladie intestinale inflammatoire (15 %); le cancer de la vessie (12 %); la diverticulite (11 %); l'entérocolite nécrosante néonatale, les anomalies congénitales, la maladie de Hirschsprung et d'autres cancers et affections tels que l'obstruction, la perforation et les traumatismes (The Oryx Group, 2001). Le cancer colono-rectal entraînant une stomie est plus fréquent chez les hommes, tandis que les stomies découlant d'un cancer abdominal sont observées plus souvent chez les femmes. L'urostomie associée au cancer de la vessie est principalement associée aux hommes, tandis que les stomies associées à la maladie intestinale inflammatoire, comme la colite ulcéreuse et la maladie de Crohn, sont subies de façon égale par les hommes et par les femmes (Colwell, Goldberg et Carmel, 2004).

Le profil des soins de santé au Canada a changé considérablement. Une population vieillissante, l'incidence accrue des cancers (Société canadienne du cancer/Institut national du cancer du Canada, 2008) et les exigences associées en matière de santé relatives aux soins de multiples diagnostics simultanés entraînent « des soins tout au long de la vie ». Le Conseil canadien de la santé se consacre à la prévention et à la prise en charge des états chroniques, afin d'encourager les discussions sur les changements aux politiques publiques, à la gestion des soins de santé et à la prestation des services de santé requis pour améliorer les résultats en matière de santé pour les Canadiens (Broemeling et al., 2008). Les états chroniques touchent au moins le tiers des Canadiens, et ce pourcentage augmente avec l'âge. Comme bon nombre des diagnostics qui entraînent la création d'une stomie sont chroniques, les clients stomisés, que la situation soit temporaire ou permanente, font partie de ce profil des états de santé chroniques.

Dans tous les établissements, des soins actifs aux soins de longue durée en passant par les soins à domicile, un client stomisé a besoin de soins et d'une prise en charge spécialisés qui favorisent l'autonomie et la qualité de vie du client, de sa famille et de ses fournisseurs de soins. Au Canada, une infirmière stomothérapeute est une infirmière autorisée qui possède les connaissances avancées et la préparation en compétences cliniques après avoir suivi un programme de certification reconnu sur la prise en charge des stomies, des plaies et de l'incontinence (voir l'annexe B). En tant que spécialistes reconnues par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (mars 2007) les infirmières stomothérapeutes fournissent les compétences cliniques et les soins de soutien aux clients et aux membres de leur famille pendant toute leur vie. Le fait d'encourager des soins de stomies d'excellente qualité grâce à des consultations auprès d'experts, à l'éducation et aux pratiques exemplaires fondées sur les données probantes, permet aux clients de bénéficier de l'uniformité et de la continuité des soins prodigués par tous les membres de l'équipe interdisciplinaire.

La prestation de soins spécialisés des stomies commence dès avant la chirurgie, et se poursuit pendant la période postopératoire et la période de réadaptation – en fait, pendant toute la vie du client stomisé. En raison de la nature d'un client qui « vit avec une stomie pour la vie », les soins et la prise en charge des stomies sont appuyés par la disponibilité de cliniques pour patients stomisés externes et des agences de soins infirmiers communautaires. Le dimensionnement constant de la stomie et de l'appareillage pour stomie, le traitement des complications relatives à la peau péristomiale, les modifications de l'appareillage pour stomie, l'accès aux produits pour stomisés et à l'aide financière, les consultations en matière d'alimentation et le soutien émotionnel ne sont que quelques-uns des enjeux relatifs à la prise en charge de la santé dont un client peut avoir besoin. Les clients peuvent également bénéficier du soutien offert par l'Association canadienne des personnes stomisées (ACPS), qui compte 48 sections d'un bout à l'autre du pays et plus de 3 200 membre. L'ACPS est « un organisme géré par des bénévoles, qui se consacre à aider toutes les personnes vivant avec des détournements gastrointestinaux ou urinaires en leur fournissant un soutien émotionnel et des services d'éducation et d'information par l'entremise des membres, de la famille, des fournisseurs de soins associés et du grand public » (Association canadienne des personnes stomisées, communication personnelle, 22 septembre 2008).

On compte entre 250 et 300 infirmières stomothérapeutes au Canada (Association Canadienne des Stomothérapeutes, 2008), mais la demande dépasse les disponibilités pour cette spécialisation. Bien que le groupe d'élaboration ait fait de son mieux pour fournir les meilleures études possible pour étayer ses recommandations, il est reconnu que la science à la base de la pratique des soins et de la prise en charge des stomies fondée sur les données probantes est limitée. Par conséquent, le niveau des données probantes reflète souvent l'opinion d'experts et les références à la « documentation parallèle », autrement dit, par exemple, des documents non publiés, des avis consultatifs et des documents provenant de conférences (Université de la Colombie-Britannique, Searching for Grey Literature, consulté le 31 juillet 2008). Les infirmières autorisées, les infirmières auxiliaires autorisées et les membres d'une profession de la santé non réglementée qui fournissent également les soins des stomies dans tous les établissements pourront consulter cette ligne directrice et y avoir recours, en sachant qu'elle représente ce qu'il y a de mieux dans les documents sur les soins des stomies à ce jour et l'excellence des soins de santé.

Cette ligne directrice est divisée en phases de la pratique, afin de présenter les complexités des enjeux associés aux soins et les besoins du client de manière logique. Le groupe d'élaboration souhaite faire comprendre au lecteur que le soin et la prise en charge de clients stomisés ne sont pas linéaires et que les besoins en constante évolution du client doivent être reflétés par un plan de prestation des soins aussi exhaustif qu'extrêmement flexible. Les phases représentent la trajectoire unique du client et se chevauchent fréquemment.

## Recommandations principales

Les recommandations principales sont celles qui fournissent des conseils sur tout le continuum des soins, pendant la période préopératoire et la période postopératoire, et lors de chaque interaction avec le client.

### RECOMMANDATION 1

Développer une relation thérapeutique avec le client et sa famille.

Niveau de données probantes = III

### Discussion sur les données probantes

Une relation thérapeutique est fondée sur un processus interpersonnel entre l'infirmière et le client ou sa famille. La relation thérapeutique est une relation ayant un but, axée sur les objectifs, dans le meilleur intérêt du client et qui vise à obtenir les meilleurs résultats possible (RNAO, 2002).

Les associations d'infirmières professionnelles ont déterminé qu'une relation thérapeutique, ou une relation d'aide, est un aspect central des soins infirmiers et ont intégré des qualités de la relation entre l'infirmière et le client dans de nombreux énoncés sur la pratique (Ordre des infirmières et infirmiers, 1999; RNAO, 2002).

Les qualités de la relation thérapeutique comprennent l'écoute active, la confiance, le respect, la sincérité, la compréhension et une réponse aux préoccupations du client (RNAO, 2002).

L'infirmière doit posséder des connaissances spécifiques sur le client qui va subir une chirurgie pour stomie et sur ses besoins, afin d'assurer l'efficacité de la relation thérapeutique.

L'infirmière doit connaître :

- l'affection ou la maladie qui touche le client
- la raison pour la chirurgie qui nécessite la création d'une stomie temporaire ou permanente
- le type de stomie
- les exigences prévues en matière de soins, en fonction des besoins du client
- la façon dont le client comprend et perçoit la vie avec une stomie
- le réseau de soutien disponible constitué de la famille, de la personne la plus proche et des ressources communautaires

Les relations thérapeutiques commencent avant la chirurgie, afin de nouer des liens et d'obtenir des renseignements exacts concernant la façon dont le client interprète sa maladie et ce qu'il ressent à ce sujet, son image corporelle, la chirurgie proposée, la vie familiale, la situation familiale, et les rôles et les relations.

Haugen et al. (2006) ont utilisé l'Ostomy Adjustment Scale (OAS) pour mesurer l'adaptation à long terme à une stomie chez 146 clients adultes ayant une colostomie, une iléostomie ou une urostomie permanente. Les résultats de l'OAS relatifs à l'adaptation étaient plus élevés lorsque le client considérait que l'éducation reçue avant et après la chirurgie était utile. Les résultats étaient également plus élevés lorsque l'éducation sur la stomie était complétée par la présence d'une infirmière stomothérapeute.

Persson et Larsson (2005) ont administré à 49 patients qui subissaient une chirurgie pour stomie un questionnaire qui mesurait le degré de satisfaction relativement aux soins après une chirurgie pour

stomie. Ils ont également découvert que la réception d'informations satisfaisantes concernant les soins des stomies avait une pondération en tant qu'indicateur le plus important de la qualité des soins après la chirurgie pour stomie. Ces résultats sont semblables à ceux d'une étude précédente présentée par Persson et al. (2005) qui comparait les facteurs de prédiction, ou la satisfaction par rapport à l'insatisfaction, chez 91 clients qui avaient subi une chirurgie pour stomie au moins six mois avant la collecte des données. La satisfaction était associée à la possibilité de communiquer avec l'infirmière stomothérapeute concernant leur état de santé et leur vie, et l'insatisfaction était associée à la présence de complications liées à la stomie et au manque d'occasions de communiquer avec l'infirmière stomothérapeute concernant leur état de santé et leur vie.

Marquis, Marrel et Jambon (2003) ont mesuré la qualité de vie de 4 739 clients qui avaient subi une chirurgie pour stomie pour différentes affections cancéreuses ou non malignes, comme la maladie intestinale inflammatoire. Les répondants qui ont indiqué que les infirmières qui fournissaient les soins des stomies s'intéressaient sincèrement au répondant en tant que personne avaient des résultats plus élevés en matière de qualité de vie que ceux qui indiquaient une relation inadéquate avec les infirmières qui assuraient le soin de leur stomie.

Erwin-Toth (1999) a présenté une ethnographie de 10 jeunes adultes qui relataient leurs expériences d'adaptation à une stomie créée alors qu'ils avaient entre six et 12 ans. Tous les répondants ont indiqué que leur famille avait eu une influence importante sur l'adaptation à la chirurgie pour stomie. Les parents étaient désignés comme la source de soutien la plus importante, et les frères et sœurs comme ressources secondaires importantes. Les répondants qui étaient séparés d'un parent ont signalé qu'ils avaient éprouvé des difficultés à retrouver un sentiment de normalité après la chirurgie pour stomie, ce que n'ont pas signalé ceux qui avaient été élevés avec leurs parents et leurs frères et sœurs. Tous les répondants ont indiqué qu'ils avaient appris à s'occuper de leur stomie « peu de temps après la chirurgie », et tous ont indiqué que leurs parents avaient participé activement à la prise en charge de la stomie.

Olejnik et al. (2005) ont étudié 30 parents dont les enfants (qui avaient au plus deux ans) avaient subi une chirurgie pour stomie. Tous ont reçu des instructions sur les soins de la stomie avant la chirurgie et pendant le séjour initial à l'hôpital, 93 % des parents se sont rappelés avoir reçu des informations adéquates pour leur permettre de s'occuper de la stomie pendant le séjour initial à l'hôpital : 53 % ont signalé avoir reçu des informations adéquates dans les 24 heures après la chirurgie, et 40 % supplémentaires ont indiqué avoir reçu des informations adéquates pour leur permettre de prendre en charge la stomie de leur enfant avant le congé de l'hôpital. Quarante-vingt-trois pour cent des parents ont indiqué que l'éducation sur les stomies fournie par l'infirmière était compréhensible. L'âge et le niveau de scolarisation des parents étaient associés à la probabilité qu'ils trouvent les instructions de l'infirmière compréhensibles et applicables aux soins de la stomie; les parents plus jeunes et plus instruits étaient plus susceptibles de comprendre l'enseignement que les parents plus âgés et moins instruits.

Ces données semblent indiquer que les parents sont la source d'information la plus importante pour les enfants au fur et à mesure qu'ils apprennent à prendre en charge leur stomie et à s'y adapter. Les parents, à leur tour, se fient aux infirmières pour leur fournir des informations initiales concernant la stomie après la chirurgie, et la grande majorité d'entre eux (93 %) apprennent avec succès à commencer à s'occuper de la stomie de leur enfant pendant le séjour initial à l'hôpital. Les parents plus âgés et moins instruits sont susceptibles d'avoir besoin d'une éducation et d'un soutien plus intensifs que les parents plus jeunes et plus instruits.

Ces résultats fournissent des preuves importantes que l'établissement d'une relation thérapeutique entre l'infirmière et le client, à laquelle s'ajoute la consultation avec une infirmière stomothérapeute, est important pour assurer la satisfaction relativement aux soins après la chirurgie pour stomie, pour l'adaptation à long terme à la stomie et pour l'apprentissage des compétences requises pour la prise en charge autonome de la stomie.

**RECOMMANDATION 2**

Effectuer une évaluation exhaustive du client/de la famille, qui inclut : a) les antécédents et un examen physique; b) l'aspect psychosocial (adaptation, modification de l'image corporelle, détérioration de la qualité de vie, préoccupations relatives à la sexualité et à la vie sexuelle); et c) les normes culturelles, spirituelles et religieuses.

Niveau de données probantes = III

## Discussion sur les données probantes

### a) Antécédents et examen physique

Les antécédents préopératoires et une évaluation physique fournissent des informations qui serviront de données de base pour l'élaboration d'un plan de soins exhaustif. Les experts s'entendent pour dire que cette évaluation devrait inclure :

- des données démographiques, y compris l'âge et le sexe
- le diagnostic et le problème énoncé du client
- les antécédents du problème du client
- le pronostic : curatif ou palliatif
- le plan chirurgical, y compris le type de stomie (iléostomie, urostomie, colostomie) et la durée prévue (temporaire, permanente)
- la façon dont les clients et leur famille interprètent la chirurgie prospective
- la préparation psychologique du client et de sa famille
- la façon dont les clients et leur famille interprètent la vie avec une stomie
- les antécédents sociaux, y compris la profession, les relations personnelles, la sexualité, les pratiques culturelles et spirituelles, et les aspects financiers relatifs aux fournitures pour stomisés
- les défis physiques et cognitifs, et les conditions environnementales/de vie qui pourraient avoir un impact sur l'apprentissage et les soins auto-administrés
- une évaluation fonctionnelle axée sur les habiletés cognitives et psychomotrices requises pour la prise en charge d'une stomie, y compris la reconnaissance des patients qui ont des besoins physiques spécifiques, comme des troubles de la dextérité, de la vue ou de l'ouïe
- une évaluation de l'abdomen en vue du marquage de l'emplacement de la stomie

Modifié de Borwell, (1996)

La chirurgie pour stomie modifie radicalement l'élimination de l'urine ou des selles, ce qui force le client à apprendre de nouvelles compétences physiques afin de prendre en charge la stomie elle-même, l'effluent fécal ou urinaire produit par la stomie et la peau péristomiale (Persson et Helstrom, 2002). Les clients qui ont une nouvelle stomie doivent maîtriser de multiples habiletés psychomotrices pour enlever leur poche, nettoyer la stomie et la peau péristomiale, vider la poche et éliminer l'effluent.

### b) L'aspect psychosocial

La chirurgie pour stomie est associée à de nombreux défis psychosociaux qui ont un impact négatif sur la qualité de vie (Gooszen et al., 2000; de Gouveia Santos, Chaves et Kimura, 2006; Holzer et al., 2005; Karadag et al., 2003; Krouse et al., 2007; Ma et al., 2007; Marquis, Marrel et Jambon, 2003; McVey, Madill et Fielding 2001; Nugent et al., 1999; Ross et al., 2007; Scarpa et al., 2004; Wu, Chau et Twinn, 2007). McVey, Madill et Fielding (2001) ont examiné les défis psychosociaux associés à la chirurgie pour stomie et à la vie avec une

stomie, par l'entremise d'une conception mixte qui comprenait des entrevues semi-structurées avec huit participants et l'administration de différents instruments validés à 16 participants supplémentaires. Ils ont déterminé que le phénomène de « contrôle personnel amoindri » était le principal défi psychologique que devaient relever les personnes qui subissaient une chirurgie pour stomie et qui apprenaient à s'adapter à une stomie. Les résultats de leur recherche indiquent que la chirurgie pour stomie et le diagnostic de la maladie sous-jacente qui a entraîné la création de la stomie créent initialement une dépendance désagréable associée à des émotions de détresse, y compris la dépression et l'anxiété, et suscitant de multiples stratégies défensives. Les facteurs déterminants, y compris l'éducation, le soutien fourni par les infirmières, ainsi que le soutien émotionnel et l'encouragement de la part des familles, aident le patient à retrouver un sentiment d'autonomie partielle. L'éducation avant et après la chirurgie doit être un processus continu (Persson et Hellstrom, 2002). Le rétablissement à long terme est initialement caractérisé par une prise en charge des soins de la stomie, suivie par la tentative de retrouver un sentiment de normalité et de reprendre les activités sociales et professionnelles. Le désir de retrouver un sentiment de normalité émerge également comme thème majeur du rétablissement dans l'ethnographie d'Erwin-Toth (1999) traitant de jeunes adultes qui ont subi une chirurgie pour stomie pendant leur enfance.

## Adaptation

Reynaud et Meeker (2002) ont administré à 27 adultes qui avaient subi une iléostomie ou une colostomie et qui étaient âgés entre 50 et 84 ans une évaluation Jaloweic Coping Scale modifiée qui posait des questions au sujet de 60 méthodes d'adaptation. Les stratégies d'adaptation combatives, axées sur l'autonomie en matière de prise en charge de la stomie, étaient utilisées le plus fréquemment lors de la vie avec une stomie associée au cancer ou à la maladie intestinale inflammatoire. Carlsson et al. (2001) ont également découvert qu'un style d'adaptation combatif était celui utilisé le plus souvent, lors de leur étude auprès de 21 participants ayant une iléostomie causée par la maladie intestinale inflammatoire. Wu, Chau et Twinn (2007) ont administré à 96 participants dans deux établissements de soins actifs en Chine une version chinoise de la SF-36 et de l'échelle d'autoefficacité relative aux stomies. Ils ont également découvert une corrélation positive entre une autoefficacité plus élevée et une qualité de vie en matière de santé. De Gouveia Santos, Chaves et Kimura (2006) ont comparé les styles d'adaptation de 42 participants ayant une stomie temporaire avec ceux de 72 participants ayant une stomie permanente, en utilisant l'inventaire des stratégies d'adaptation de Lazarus & Folkman et l'inventaire de la qualité de vie de Ferrans & Powell. Les participants ayant une stomie temporaire avaient tendance à recourir à des stratégies d'évasion/d'évitement pour faire face à leur stomie, tandis que ceux qui avaient une stomie permanente avaient généralement recours à un style de confrontation, mettant l'accent sur la résolution planifiée de problèmes et sur l'autonomie.

Ces données indiquent fortement que les patients stomisés doivent faire face aux défis psychologiques associés au contrôle personnel amoindri, particulièrement lors de la période de rétablissement immédiatement après la chirurgie. Les styles d'adaptation les plus couramment utilisés pour faire face à ce défi psychologique étaient les stratégies de confrontation conçues pour retrouver une autonomie en matière de prise en charge des stomies et rétablir un sentiment d'autoefficacité. McVey, Madill et Fielding (2001), Reynaud et Meeker (2002) et Wu, Chan et Twinn (2007) ont tous observé que les interventions par les infirmières qui permettaient aux clients d'augmenter leur autoefficacité en matière de prise en charge de la stomie agissaient comme catalyseurs lorsque ceux-ci tentaient de retrouver un sentiment de normalité après la chirurgie pour stomie.

## Altération de l'image corporelle

L'image corporelle est définie comme la façon dont un individu perçoit son apparence physique et sa fonction physique. Les clients stomisés signalent systématiquement un changement de leur image

corporelle découlant directement de leur chirurgie (Holzer et al., 2005; Krouse et al., 2007; Marquis, Marrel et Jambon, 2003; Notter et Burnard, 2006; Persson et Helstrom, 2002; Piwonka et Merino, 1999; Ross et al., 2007). Brown et Randle (2005) ont effectué un examen systématique de la documentation et ont noté que les femmes avaient tendance à déclarer que les facteurs relatifs à l'image corporelle étaient l'aspect le plus négatif de la chirurgie pour stomie. La détérioration de l'image corporelle est associée à des symptômes de faiblesse, de fragilité et de manque d'attrait, ainsi qu'au sentiment d'être stigmatisé. Persson et Helstrom (2002) ont fait rapport sur une étude phénoménologique auprès de neuf participants, qui ont souligné le choc initial et la détresse émotionnelle ressentis lorsqu'il ont vu leur stomie pour la première fois. Une étude classique sur ce sujet a noté que la détérioration de l'image corporelle pouvait persister pendant 10 ans après la création d'une stomie (Orbach et Tallent, 1965).

## Détérioration de la qualité de vie

Les résultats d'études existantes démontrent systématiquement que la chirurgie pour stomie nuit initialement à la qualité de vie en matière de santé (Gooszen et al., 2000; Holzer et al., 2005; Karadag et al., 2003; Krouse et al., 2007; Ma et al., 2007; Marquis, Marrel et Jambon, 2003; McVey, Madill, et Fielding 2001; Nugent et al., 1999; Ross et al., 2007; Scarpa et al., 2004; Wu, Chau et Twinn, 2007). Marquis, Marrel et Jambon (2003) ont administré un instrument validé sur la qualité de vie à des répondants qui avaient subi une colostomie, une iléostomie ou une urostomie lors de leur congé de l'hôpital, et trois, six et 12 mois après le congé. L'analyse a révélé que les résultats en matière de qualité de vie ont augmenté régulièrement pendant la première année suivant la création de la stomie, mais la seule différence statistiquement significative s'est produite entre le congé de l'hôpital et trois mois après. Ma et al. (2007) ont évalué l'effet de l'âge sur la qualité de vie pendant les 12 premiers mois suivant la chirurgie pour stomie chez un groupe de 49 participants (âge médian de 64 ans, fourchette entre 23 et 86 ans) lors du congé de l'hôpital, et encore après six et 12 mois. Les adultes âgés de 70 ans ou plus avaient généralement des résultats plus élevés en matière de qualité de vie que les adultes plus jeunes, mais l'augmentation progressive en matière de qualité de vie au cours de la première année postopératoire ne se manifestait pas. Ces résultats fournissent la preuve incontestable que l'administration d'un instrument validé en matière de qualité de vie spécifique à l'état ou générique était recommandée pour établir l'effet immédiat de la chirurgie pour stomie sur la qualité de vie et pour permettre les mesures longitudinales au fur et à mesure que le patient s'adapte à la vie avec une stomie.

## Sexualité et préoccupations de nature sexuelle

Les études existantes révèlent systématiquement que les clients stomisés ressentent de l'anxiété et expriment des préoccupations relativement à des questions de nature sexuelle (Campo et al., 2003; Carlsson, Berglund et Nordgren, 2001; Cheng, 2001; Erwin-Toth, 1999; Karadag et al., 2003; Krouse et al., 2007; Nordstrom et Nyman, 1991; Nugent et al., 1999; Persson et Hellstrom 2002; Piwonka et Marino, 1999; Prieto, Thorsen et Juul, 2005; Ross et al., 2007; Salter 1992). L'examen systématique de Brown et Randle (2005) a signalé une dysfonction sexuelle chez 45 % des individus qui subissaient une colostomie et une dysérection chez 90 % des hommes qui subissaient une cystectomie totale et une urostomie. Richbourg et al. (2007) ont indiqué que 26 % des patients ayant une colostomie, 17 % des patients ayant une iléostomie et 40 % des patients ayant une urostomie éprouvaient des difficultés sexuelles après la chirurgie pour stomie, pour un taux de prévalence de 26 % chez tous les stomisés. La sexualité fait partie intégrante de la qualité et vie et est étroitement associée à l'image corporelle. Le groupe de Persson (Persson et Larsson, 2005; Persson et al., 2005) a signalé que la sollicitude de l'infirmière concernant les problèmes sexuels du client était un élément de la façon dont celui-ci percevait sa satisfaction avec les soins reçus. Ces données justifient une évaluation des problèmes sexuels après la chirurgie pour stomie.

### c) Normes culturelles, spirituelles et religieuses

La Transcultural Nursing Society définit la culture comme étant les normes et les pratiques d'un groupe particulier, qui sont apprises et partagées et qui orientent la façon de penser, les décisions et les gestes. Les soins infirmiers multiculturels sont définis comme étant les approches variables requises pour fournir des soins appropriés sur le plan culturel, qui tiennent compte des valeurs culturelles, des convictions et des pratiques du client, y compris la sensibilité à son environnement et au milieu où il finira par retourner (Leininger, 1991).

La spiritualité est différente de la religion : la religion est l'institution sociale relative à l'appartenance, aux convictions, aux rituels et aux coutumes (Zinnbauer et al., 1997), tandis que la spiritualité correspond au sentiment de bien-être personnel d'une personne, à son optimisme, à son but et à ses convictions relatives au sens de la vie (Miller et Thoreson, 2003; Zinnbauer et al., 1997). Lors d'une étude qualitative, Baldwin et al. (2008) décrivent l'influence de la vie avec une stomie intestinale sur la qualité de vie spirituelle, en utilisant la mesure de la qualité de vie avec une stomie de City of Hope (<http://prc.coh.org/pdf/Quality%20of%20Life%20Ostomy.pdf>). Les participants se composaient uniquement de vétérans américains de sexe masculin, et pour cette raison, les résultats ne peuvent pas être appliqués à la population générale. Toutefois, les résultats indiquaient une grande variabilité dans les réponses de ces individus à des éléments qui relevaient du domaine spirituel, comme « un sentiment de paix intérieure », « un sentiment d'espoir » et « une raison de vivre », en plus de décrire leur soutien dans des « activités spirituelles » comme la méditation ou la prière, ou des « activités religieuses », comme fréquenter un lieu de culte. Les auteurs fournissent deux exemples de la grande variabilité des réponses : un individu dans le quartile supérieur des réponses décrivait les « changements positifs » comme une « occasion de changer sa vie pour le mieux » (pendant le temps qu'il lui reste), contrairement à un individu dans le quartile inférieur, qui a décrit la procédure chirurgicale comme une « chose positive négative suprême » qui aidait à comprendre « ce en quoi la vie consiste réellement ».

Plusieurs facteurs religieux et spirituels peuvent influencer la réaction de l'individu à la chirurgie pour stomie, y compris ses convictions religieuses, le degré de religiosité et les coutumes religieuses et spirituelles spécifiques observées dans la vie de tous les jours. Des études supplémentaires sont requises afin de mieux comprendre la manière dont ces réactions peuvent changer après une chirurgie pour stomie (Baldwin et al., 2008).

Holzer et al. (2005) ont administré un instrument validé sur la qualité de vie à 257 personnes vivant avec une stomie dans 13 endroits d'Europe et de la Méditerranée. Bien que leur étude ait été conçue pour évaluer les différences basées sur la région géographique, ils ont indiqué que les personnes ayant un patrimoine culturel islamique présentaient des résultats en matière de qualité de vie inférieurs à ceux des autres répondants, quelle que soit leur origine géographique. Kuzu et al. (2002) ont étudié la qualité de vie chez 178 patients musulmans traités pour le cancer du rectum. Une proportion considérablement plus élevée des participants qui ont subi une résection abdominopérinéale et une colostomie ont signalé qu'ils se sentaient contraints de cesser de prier et de jeûner, par rapport aux participants traités par résection du côlon ou résection antérieure, qui permettait de conserver le sphincter. Toutefois, Kuzu et al. (2002) ont constaté que dans le cas des individus qui cessaient de prier dans une mosquée ou individuellement après leur chirurgie pour stomie, leurs activités sociales étaient considérablement réduites par rapport à ceux qui continuaient de faire les deux ( $P < 0,05$ ).

Bien que les preuves existantes soient rares, ces données semblent indiquer que les facteurs culturels ont une influence sur l'adaptation à une stomie et que l'évaluation du patrimoine culturel du client est un élément essentiel d'une évaluation exhaustive des soins infirmiers. Ils recommandent que les musulmans soient conseillés avant et après la chirurgie en ce qui concerne la modification de leur vie religieuse.



**RECOMMANDATION 3**

Consulter les membres de l'équipe interdisciplinaire afin de procéder à une évaluation et à une intervention, au besoin, auprès de tous les clients qui ont besoin d'une stomie ou qui en ont déjà une.

Niveau de données probantes = IV

## Discussion sur les données probantes

Une communication efficace et un esprit d'équipe au sein de l'équipe interdisciplinaire sont des facteurs essentiels pour permettre aux clients et à leur famille de recevoir des informations appropriées et cohérentes. Par exemple, Notter et Burnard (2006) et McVey, Madill et Fielding (2001) préconisent un counseling ou un soutien psychologique formel avant ou après la chirurgie. Tseng et al. (2004) recommandent une consultation continue avec les membres de l'équipe d'oncologie médicale lorsque les clients stomisés subissent des traitements supplémentaires pour des tumeurs malignes, comme la chimiothérapie ou la radiothérapie. Gray, Colwell et Goldberg (2005) recommandent d'aiguiller les patients qui ont une hernie péristomiale à un chirurgien afin d'évaluer la possibilité de corrections chirurgicales.

**RECOMMANDATION 4**

Concevoir un plan de soins mutuellement acceptable par le client/sa famille et tous les prestataires de soins de santé, lequel optimise la santé et l'auto-efficacité de la prise en charge de la stomie.

Niveau de données probantes = III

## Discussion sur les données probantes

Dans un examen systématique effectué par Brown et Randle (2005), il semblait y avoir un lien entre l'implication du client au processus de prise de décisions et un rétablissement physique plus rapide, en raison du contrôle perçu. L'information, la rétroaction positive et le soutien fournis par l'infirmière contribuent à l'acquisition de la confiance en soi, ce qui permet au client de s'impliquer dans ses soins (Brown et Randle, 2005). Piwonka et Merino (1999) ont constaté que « les soins auto-administrés étaient la variable la plus importante permettant de prédire une adaptation positive », tant chez les hommes que chez les femmes.

Le client et l'infirmière doivent élaborer un plan de soins contenant des objectifs ajustables, en fonction des besoins du client (Brown et Randle, 2005). Les infirmières doivent promouvoir l'autonomie du client et travailler dans cette direction (Ma et al., 2007). Le fait de permettre aux membres de la famille immédiate de s'impliquer dans le plan d'action facilite l'adaptation du client à sa stomie (Brown et Randle, 2005; Pittman et al., 2008; Piwonka et Merino, 1999).

## Recommandations relatives à la pratique professionnelle : Phase préopératoire

### RECOMMANDATION 5

Une éducation préopératoire doit être donnée à tous les clients nécessitant une chirurgie pour stomie et à leur famille.

Niveau de données probantes = Ib

### Discussion sur les données probantes

En raison des changements apportés aux techniques chirurgicales et des séjours plus courts à l'hôpital, Colwell et Gray (2007) soutiennent qu'une éducation préopératoire est essentielle si les clients doivent effectuer des tâches de prise en charge de la stomie, même des tâches simples comme le vidage et le changement d'une poche, après le congé de l'hôpital. Les séjours de plus en plus courts à l'hôpital limitent le temps disponible pour l'enseignement et, surtout, limitent le temps dont disposent le client et sa famille pour absorber les connaissances et acquérir les compétences psychomotrices requises pour une prise en charge réussie de la stomie.

Colwell et Gray (2007) ont procédé à un examen systématique de la documentation et ont trouvé un seul essai clinique randomisé, une étude de comparaison par cohortes (la méthode d'affectation aux groupes n'était pas précisée) et une étude transversale qui évaluaient l'efficacité d'une éducation préopératoire. En se basant sur les résultats de ces études, ils ont conclu que des données limitées existent indiquant que l'éducation préopératoire donnée par une infirmière stomothérapeute permettait d'augmenter la qualité de vie en matière de santé, l'acquisition de compétences pendant la période postopératoire immédiate et l'adaptation à long terme à une stomie.

Chaudhuri et al. (2005) ont comparé un programme structuré d'éducation préopératoire donné dans un cadre communautaire avec un programme postopératoire conventionnel donné pendant la période postopératoire immédiate dans un établissement de soins actifs, lors d'un essai clinique randomisé auprès de 42 participants qui subissaient une colostomie ou une iléostomie pour la prise en charge du cancer colono-rectal. Lorsque les résultats ont été mesurés, six semaines plus tard, les participants randomisés dans l'intervention d'éducation préopératoire changeaient les poches beaucoup plus rapidement, avaient des séjours à l'hôpital plus courts après la chirurgie et moins d'hospitalisations planifiées, par rapport aux participants qui ont reçu un enseignement postopératoire conventionnel.

Haugen, Bliss et Savik (2006) ont présenté un rapport sur les résultats de l'Ostomy Adjustment Scale (OAS), un instrument validé qui mesure l'adaptation à long terme, chez un groupe de 147 répondants ayant une stomie permanente. Une analyse multidimensionnelle a indiqué que l'enseignement préopératoire donné par une infirmière stomothérapeute était associé à des résultats plus élevés sur l'OAS, ce qui indiquait une adaptation positive à la vie avec une stomie. Olejnik et al. (2005) ont signalé que les parents qui avaient initialement fait part de difficultés à s'adapter à la stomie de leur enfant ont indiqué que l'information fournie par l'infirmière était plus susceptible d'être perçue comme étant compréhensible et utile que l'information fournie par le chirurgien.

Ces résultats fournissent des données probantes à l'effet que l'enseignement préopératoire favorise l'acquisition à court terme des compétences requises pour la prise en charge d'une stomie, et ils indiquent que cet avantage exerce un effet positif sur l'adaptation à long terme à une stomie permanente. Consultez l'annexe E pour obtenir un modèle de dossier d'enseignement sur les stomies, avant et après la chirurgie.

**RECOMMANDATION 6**

Le marquage de l'emplacement de la stomie doit être effectué chez tous les clients qui subissent une chirurgie pour stomie.

Niveau de données probantes = IIa

## Discussion sur les données probantes

Colwell et Gray (2007) ont procédé à un examen systématique de la documentation et ont trouvé trois études qui comparaient les résultats postopératoires chez les clients chez qui l'emplacement de la stomie avait été marqué avant la chirurgie et chez les clients chez qui il n'avait pas été marqué. Une des études était un groupe de comparaison par cohortes non randomisé, et les deux autres étaient des examens rétrospectifs. Park et al. (1999) ont effectué un examen rétrospectif des complications stomiales chez 1 616 clients ayant une stomie intestinale. Une analyse de régression logistique a révélé que le marquage préopératoire de l'emplacement de la stomie permettait de réduire la probabilité de complications stomiales postopératoires. Le marquage de l'emplacement de la stomie fait l'objet d'une recommandation conjointe de l'American Society of Colorectal Surgeons et de la Wound, Ostomy, Continence Nurses Society (2007).

Le marquage de l'emplacement de la stomie doit être effectué par une infirmière stomothérapeute ou un professionnel de la santé qui a suivi une formation sur les principes du marquage de l'emplacement des stomies et est au courant des implications des soins des stomies et d'un marquage inadéquat de l'emplacement d'une stomie. Dans le cas des patients pédiatriques, comme bon nombre de stomies sont créées pendant les premières heures après la naissance et dans une situation d'urgence, elles ne sont pas nécessairement marquées avant la chirurgie.

Bien que les preuves soient limitées, les études existantes suggèrent fortement que le marquage de l'emplacement de la stomie par une infirmière stomothérapeute ou professionnel de la santé qui a suivi une formation sur les principes de cette procédure permet de réduire les complications stomiales et péristomiales. Ces preuves sont augmentées par l'expérience clinique des chirurgiens et des infirmières stomothérapeutes, ce qui a entraîné la recommandation conjointe publiée par la WOCN Society et l'American Society of Colorectal Surgeons. Par conséquent, le marquage de l'emplacement de la stomie devrait être effectué chez tous les clients qui subissent une chirurgie électorale ayant pour but la création d'une stomie.

**RECOMMANDATION 7**

Examiner l'impact potentiel de la chirurgie pour stomie sur l'intimité et la fonction sexuelle avec le client/son partenaire.

Niveau de données probantes = 1a

## Discussion sur les données probantes

Une chirurgie pour stomie, que la stomie soit temporaire ou permanente, peut avoir un profond impact sur l'intimité et la sexualité. Bien que la fonction sexuelle puisse être altérée, la sexualité ne peut pas être détruite (Junkin & Beitz, 2005). Chez les hommes, une altération de la fonction sexuelle peut découler de dommages causés au plexus prostatique et aux nerfs du système autonome proches du rectum lors d'une chirurgie pour le cancer colorectal ou de la vessie, entraînant une perte de sensation et une dysérection. Chez les femmes, des dommages aux nerfs, vasculaires et aux tissus peuvent entraîner la

dyspareunie, des dommages au vagin, une altération de la lubrification vaginale, des problèmes relatifs à l'engorgement, un espace vaginal réduit et un prolapsus de la paroi vaginale ou de la vessie (Black, 2004).

Un examen systématique effectué par Brown et Randle (2005) a constaté que les patients se préoccupent de questions sexuelles, qu'ils se trouvent moins attrayants sur le plan sexuel et qu'ils signalent des problèmes relatifs à leur vie sexuelle, y compris l'impuissance et la dysérection chez les hommes et la dyspareunie, la sécheresse vaginale et la perte de désir chez les femmes. Kilic et al. (2007) ont examiné l'effet sur la fonction sexuelle d'une stomie permanente résultant d'une malignité gastrointestinale ou de la maladie intestinale inflammatoire chez 40 individus, en comparant leurs expériences avec 20 contrôles (sans stomie). Le recours à l'inventaire de la satisfaction sexuelle de Golombok-Rust a permis de constater que les femmes présentaient un taux de dysfonctionnement sexuel plus élevé que les hommes. Les résultats relatifs au vaginisme et à l'anorgasmie étaient plus élevés chez les groupes ayant subi une colostomie que chez ceux ayant subi une iléostomie, ce qui était statistiquement significatif. L'impuissance diminuait au fil du temps, le dysfonctionnement sexuel était considérablement plus prononcé chez le groupe stomisé que chez le groupe de contrôle, et les individus qui avaient une meilleure image corporelle présentaient une meilleure fonction sexuelle.

Dans une étude danoise comparant des patients stomisés avec des patients non stomisés à la suite d'une chirurgie pour le cancer colorectal, Ross et al. (2007) ont constaté que lors de l'entrevue de suivi après deux ans, la fonction sexuelle, le plaisir sexuel et les problèmes sexuels chez les femmes n'étaient pas affectés de façon importante par la présence d'une stomie, mais que les patients de sexe masculin stomisés présentaient beaucoup plus de problèmes sexuels que les patients non stomisés. Symms et al. (2008) ont examiné la santé sexuelle et la qualité de vie chez des vétérans de sexe masculin, avec ou sans stomie à la suite d'une résection intestinale, en utilisant un questionnaire modifié de City of Hope sur la qualité de vie et les stomies, et des groupes de discussion. Des 481 participants, 224 avaient subi une stomie. Les résultats indiquaient que 44 % des stomisés qui étaient sexuellement actifs avant leur chirurgie pour stomie étaient inactifs après la chirurgie, par rapport à 17 % des non-stomisés. Une proportion plus importante des stomisés qui n'avaient pas de problèmes érectiles avant la chirurgie en avaient après la chirurgie, par rapport aux participants du groupe de contrôle (62 % par rapport à 27 %). Les stomisés qui reprenaient leur activité sexuelle et qui en étaient satisfaits appréciaient davantage la vie, étaient plus satisfaits de leur apparence, présentaient moins d'interférence avec leurs activités sociales et leur isolement, éprouvaient moins de difficultés à s'adapter à la stomie et dans leurs relations personnelles, et présentaient moins d'interférence avec leur capacité d'intimité.

Krouse et al. (2007) a envoyé par courrier le questionnaire de City of Hope sur la qualité de vie avec une stomie à des individus stomisés en raison d'une chirurgie, qu'elle ait été pour un cancer ou pas. Des 599 répondants (dont la plupart étaient cancéreux), les deux groupes ne présentaient aucune différence statistiquement significative concernant les questions relatives à la fonction sexuelle. La moitié environ des participants de chaque groupe n'avait pas de relations sexuelles après la chirurgie. La dysérection était présente chez 79 % des cancéreux et chez 76 % des non-cancéreux. Cheng (2001) a adapté une échelle de qualité de vie pour déterminer les facteurs pouvant influencer la qualité de vie d'individus ayant une colostomie vivant à Hong Kong : 28 % des participants ont indiqué qu'ils n'étaient pas actifs sexuellement en raison de leur âge, de la douleur causée par la plaie, de la crainte de blesser leur stomie ou d'impotence postopératoire. Nugent et al. (1999) a envoyé un questionnaire à des patients stomisés (250 avaient une colostomie et 141 une iléostomie) : 43 % des patients ayant une colostomie qui ont répondu éprouvaient des problèmes relatifs à leur vie sexuelle, 17 % d'entre eux étant impuissants (20 % étaient impuissants avant la chirurgie); 45 % des patients ayant une iléostomie qui ont répondu éprouvaient des problèmes sexuels, 32 % d'entre eux étant impuissants. Des 19 femmes, 15 souffraient de dyspareunie (ce problème existait chez deux d'entre elles avant la chirurgie).

Bien que la majeure partie de la documentation à date est axée sur la personne stomisée, la situation peut également avoir un impact sur son partenaire. Persson et al. (2004) ont examiné les perceptions des conjoints relativement à la vie avec une personne ayant reçu un diagnostic de cancer du rectum qui a entraîné une stomie. Neuf conjoints (ou conjointes) ont été interviewés pendant deux séances de discussion en groupe. Cinq thèmes ont émergé de cette étude, dont un comprenait « l'altération du corps ». Les conjoints ont indiqué que leur relation avait changé; ils s'abstenaient de tout contact intime, et certains éprouvaient des difficultés à discuter de la fonction sexuelle avec leur partenaire.

Les prestataires de soins de santé sont tenus d'aborder avec leurs patients les préoccupations relatives à la santé sexuelle et à l'intimité (Symms et al., 2008). Pour que les infirmières puissent dispenser des soins holistiques complets, les préoccupations relatives à la sexualité et à la santé sexuelle doivent faire partie du plan de soins (Junkin et Beitz, 2005). Persson et Larsson (2005) ont examiné dans une étude prospective et descriptive les perceptions des patients stomisés sur de nombreuses questions relatives à la qualité des soins. La plupart des répondants estimaient que les éléments relatifs à la participation étaient importants; toutefois, 74 % de ceux qui avaient une colostomie et 53 % de ceux qui avaient une iléostomie étaient insatisfaits des occasions de parler de leur vie sexuelle avec les infirmières stomothérapeutes. Les conjoints de personnes stomisées ont constaté que le personnel soignant possédait peu d'information concernant les problèmes sexuels découlant d'une chirurgie pour stomie (Persson et al., 2004). Kilic et al. (2007) ont examiné l'effet sur la fonction sexuelle d'une stomie permanente résultant d'une malignité gastrointestinale ou de la maladie intestinale inflammatoire chez 40 individus, en comparant leurs expériences avec celles de 20 participants du groupe de contrôle (sans stomie). Selon l'inventaire de la satisfaction sexuelle de Golombok-Rust, 40 % des patients stomisés estimaient n'avoir pas été informés adéquatement concernant la chirurgie et son résultat.

Les infirmières ont besoin d'éducation sur la manière d'évaluer et de répondre aux questions sur la sexualité afin de fournir des informations, un soutien et des conseils concrets de façon plus efficace aux patients stomisés (Persson et al., 2005; Symms et al., 2008). Elles ont besoin de comprendre le type de chirurgie et son effet possible sur les patients, de savoir quand aiguiller le patient vers de l'aide supplémentaire et de comprendre leurs limites en matière de discussion sur des questions sexuelles (Black, 2004). Le modèle PLISSIT (permission, information limitée, suggestion spécifique, thérapie intensive) décrit dans Junkin et Beitz (2005) constitue un cadre que les infirmières et les autres prestataires de soins de santé peuvent suivre lors de l'évaluation et de la détermination des interventions requises en matière de santé sexuelle. Il est essentiel de donner au client ou à son partenaire la permission de discuter de l'intimité et de la sexualité. Le fait de fournir de l'information et de faire des suggestions spécifiques sur les manières d'aborder les préoccupations particulières du client fait partie du champ d'activité de l'infirmière, pourvu qu'elle possède des connaissances solides et qu'elle se sente à l'aise d'aborder les préoccupations particulières du client. Les clients qui ont besoin d'aide supplémentaire (thérapie intensive) doivent être aiguillés vers d'autres professionnels de la santé (psychothérapeute, clinique de santé sexuelle). Dans une étude examinant l'impact des visites à domicile pendant une période de six mois, les patients ont reçu un suivi mensuel (groupe expérimental) ou après trois et six mois (groupe de contrôle). Aucune réduction des problèmes sexuels n'a été observée entre les deux groupes (Addis, 2003). On a supposé que cet échec découlait peut-être des difficultés éprouvées à discuter de questions sexuelles dans la société turque ou que le chercheur n'était pas en mesure de fournir des conseils spécifiques concernant les troubles sexuels.

La chirurgie pour stomie peut avoir un effet considérable sur la fonction sexuelle, et par conséquent sur l'intimité et les relations sexuelles, non seulement pour le client mais également pour son partenaire. L'occasion d'écouter, de soutenir et d'encourager un dialogue ouvert avec le client et son partenaire est essentielle. Reportez-vous à l'annexe F pour obtenir des conseils supplémentaires sur l'intimité et la sexualité.

#### RECOMMANDATION 8

Une formation en relaxation musculaire progressive (FRMP) devrait être offerte à tous les patients qui subissent une chirurgie pour stomie, dans le cadre des soins normaux.

Niveau de données probantes = Ib

### Discussion sur les données probantes

La FRMP est une technique de comportement basée sur la relaxation progressive de 10 groupes de muscles majeurs et le contrôle de la respiration. Cheung, Molassiotis et Chang (2003) ont comparé les niveaux d'anxiété et la qualité de vie relative à la santé lors d'un essai clinique randomisé auprès de 59 participants. Les participants randomisés au groupe de contrôle ont bénéficié de soins traditionnels après la chirurgie pour stomie, et ceux randomisés au groupe expérimental ont bénéficié des soins traditionnels plus la FRMP, qui a commencé le cinquième jour après la chirurgie. Les participants randomisés à la FRMP présentaient des résultats considérablement inférieurs en matière de niveau d'anxiété et des résultats considérablement supérieurs en matière de qualité de vie, tel que mesurée sur un instrument générique d'évaluation de la qualité de vie après 10 semaines. Aucune différence n'a été constatée lorsque les groupes ont été comparés au moyen d'un instrument d'évaluation de la qualité de vie spécifique à l'affection. Aucun effet secondaire indésirable n'a été signalé. Ces résultats appuient la FRMP de routine pour les clients qui subissent une chirurgie pour stomie, commençant le cinquième jour après l'intervention, comme moyen d'améliorer la qualité de vie et de réduire l'anxiété pendant la première phase postopératoire après la création d'une stomie. Des recherches supplémentaires à ce sujet et concernant d'autres interventions comportementales pour améliorer la qualité de vie et réduire l'anxiété chez cette population s'avèrent nécessaires.

## Recommandations relatives à la pratique professionnelle : Phase postopératoire

#### RECOMMANDATION 9

Évaluer la stomie immédiatement après la chirurgie et évaluer l'état de la stomie/de la peau péristomiale lors de chaque changement d'appareillage, au moyen d'un outil de classification validé pour surveiller l'apparition de complications.

Niveau de données probantes = IV

### Discussion sur les données probantes

La stomie et la peau péristomiale doivent être évaluées pendant la période postopératoire immédiate (voir l'annexe G pour obtenir un exemple de formulaire d'évaluation). Cette évaluation sert à surveiller les progrès de la guérison et à des fins de comparaison future, au cas où des complications apparaîtraient.

Dans un examen systématique de la documentation, Salvadlena (2008) fait remarquer les contradictions dans les définitions opérationnelles des complications, le signalement inadéquat de l'attrition des participants et les données manquantes lors du signalement des complications, ce qui génère des lacunes dans notre connaissance de la prévalence et de l'incidence des complications liées aux stomies, ainsi que des lacunes dans notre connaissance des facteurs de risque et de protection. Colwell et Beitz (2007) ont signalé une étude de validation du contenu des définitions de complications associées aux stomies, basée

sur les réponses de 686 infirmières spécialisées en soins des plaies, des stomies et de l'incontinence. Les complications étaient divisées en deux grandes catégories : stomiales et péristomiales. Les complications stomiales affectent la stomie elle-même, et les complications péristomiales affectent la peau immédiatement autour de la stomie. Les définitions des complications stomiales validées dans le cadre de cette étude étaient les suivantes : 1) hernie parastomiale, 2) prolapsus, 3) nécrose, 4) séparation cutanéomuqueuse, 5) rétraction, 6) sténose, 7) fistule, et 8) traumatisme. Les définitions des complications péristomiales validées dans le cadre de cette étude étaient les suivantes : 1) varices, 2) candidose, 3) folliculite, 4) transplantation des muqueuses, 5) lésions pseudo-verruqueuses, 6) pyoderma gangrenosum, 7) granulomes de suture, 8) dermatite irritative de contact, et 9) traumatisme.

L'examen systématique de la documentation qui appuie la présente ligne directrice sur les pratiques exemplaires a également dévoilé une certaine variabilité dans les définitions opérationnelles des complications stomiales et des complications péristomiales. De plus, les études disponibles étaient limitées à plusieurs des complications stomiales les plus communes et problématiques, à savoir la rétraction, l'hernie péristomiale, le prolapsus et la nécrose. Les problèmes relatifs à la peau péristomiale étaient généralement groupés dans une seule catégorie. Les définitions de ces complications stomiales communes sont présentées dans le tableau 9-1. Certaines des études examinées évaluaient les problèmes associés à l'adaptation à une stomie. Bien que l'adaptation psychosociale soit une préoccupation centrale pour les infirmières qui s'occupent de clients stomisés, ces questions font l'objet d'une discussion dans la recommandation 2.

**Tableau 9-1 : Définitions de complications stomiales et de complications péristomiales communes**

Complication	Définition
Rétraction	Disparition de la protrusion normale de la stomie, en ligne avec le niveau de la peau ou sous celui-ci
Hernie péristomiale	Défaut du fascia abdominal qui permet à l'intestin de former une saillie dans la région péristomiale
Prolapsus	Télescopage de l'intestin au travers de la stomie
Nécrose	Mort du tissu stomial en raison d'une détérioration de la circulation sanguine locale
Problèmes relatifs à la peau péristomiale	Une des nombreuses dermatoses affectant la peau qui entoure directement la stomie; parmi ses manifestations courantes, on peut inclure la dermatite irritative, la dermatite allergique, la candidose, la folliculite ou le traumatisme

Modifié de Colwell et Beitz (2007)

Plusieurs études documentent la présence de complications stomiales et péristomiales pertinentes sur le plan clinique, se produisant soit au début de la période postopératoire, soit des mois, voire des années plus tard. Salvadalena (2008) a procédé à un examen systématique de la documentation et a repéré 13 études qui mesuraient l'incidence des complications stomiales et péristomiales après une chirurgie pour stomie, y compris huit essais cliniques randomisés. Les taux de complication globaux se situaient entre 12 % et 72 %. Les complications les plus communes étaient la rétraction stomiale, l'hernie péristomiale, la nécrose et les problèmes relatifs à la peau péristomiale (tableau 9-2).

Tableau 9-2 : Incidence de complications stomiales et péristomiales après 3 mois et 12 mois

Complication	Incidence après 3 mois	Incidence après 12 mois
Rétraction	Entre 3 % et 7 %	Entre 10 % et 24 %
Hernie péristomiale	0,8 %	Entre 12 % et 40 %
Prolapsus	Entre 0 % et 3 %	Entre 4 % et 10 %
Nécrose	Entre 0 % et 3 %	7 %
Problèmes relatifs à la peau péristomiale	14,7 %	Entre 15 % et 43 %

Modifié de Salvadalena (2008)

Herlufsen et al. (2006) ont présenté une étude transversale auprès de 202 personnes qui avaient une iléostomie, une colostomie ou une urostomie permanente. Des complications se sont produites chez 45 % de ces personnes et étaient classées comme légères (57 %), moyennes (33 %) ou graves (10 %). Parmi les types de dommages cutanés, on pouvait citer l'érosion, la macération, l'érythème et la dermatite irritative. Collectivement, ces dommages représentaient 77 % de toutes les complications. Les troubles relatifs à la peau péristomiale avaient persisté pendant plus de trois mois dans 76 % des cas, mais 80 % n'ont pas consulté un professionnel. Les clients qui avaient une iléostomie présentaient le taux de complications le plus élevé (57 %), suivis par ceux qui avaient une urostomie (48 %) puis une colostomie (35 %).

Les études axées sur l'incidence ou la prévalence de complications stomiales ou péristomiales chez les nouveau-nés ou les enfants sont très rares. Duchesne et al. (2002) ont présenté les complications chez huit nouveau-nés qui ont subi une chirurgie pour stomie pour une entérocolite nécrosante néonatale (n=7) ou une imperforation de l'anus (n=1). Le taux de complications dans ce petit groupe s'élevait à 25 %. Park et al. (1999) mentionnent également l'inclusion de nouveau-nés dans leur examen rétrospectif de 1 616 participants, mais les taux de complications ne sont présentés que sous forme regroupée.

Collectivement, ces résultats prouvent que les complications stomiales et péristomiales sont communes et affectent tous les types de stomies. La prévalence de ces complications et les conséquences négatives qui y sont associées renforcent la nécessité d'une évaluation de la stomie et de la peau péristomiale, pendant la période postopératoire immédiate et au moins un an après la chirurgie pour stomie. Bien que les preuves à l'appui de leur utilisation soient insuffisantes, les experts s'entendent pour dire que le recours à un outil d'évaluation normalisé permet d'améliorer l'exactitude du diagnostic, ce qui permet à son tour d'orienter le traitement. Le besoin d'élaborer et de valider des outils de classification normalisés est présent.



**RECOMMANDATION 10**

Déterminer les facteurs de risque qui influencent les complications stomiales et péristomiales.

Niveau de données probantes = III

## Discussion sur les données probantes

Les études révèlent de nombreux facteurs associés à une incidence accrue de complications stomiales ou péristomiales. Bien que les observations ne suffisent pas pour calculer les risques relatifs, les études existantes révèlent toutefois de nombreux facteurs constitutionnels et potentiellement modifiables associés à un risque accru de complications stomiales et péristomiales.

## Chirurgie d'urgence pour une stomie

Les données probantes concernant l'influence d'une chirurgie pour stomie d'urgence par rapport à une chirurgie planifiée sont mixtes. Duchesne et al. (2002) ont terminé une enquête transversale auprès de 391 personnes ayant une colostomie ou une iléostomie, et Mahjoubi et al. (2005) ont examiné de façon rétrospective les dossiers médicaux de 330 patients ayant une colostomie terminale. Les deux groupes ont indiqué que la chirurgie d'urgence n'était pas associée à un risque accru de complications stomiales ou péristomiales, en comparaison avec les clients qui ont subi une chirurgie pour stomie planifiée. Park et al. (1999) ont procédé à une analyse rétrospective de stomies intestinales chez 1 616 clients, y compris 1 072 clients dont la stomie a été créée lors d'une chirurgie d'urgence. Tout comme Duchesne et Mahjoubi, ils n'ont décelé aucune différence importante dans l'incidence de complications stomiales ou péristomiales.

À l'opposé de ces résultats, deux études ont été trouvées qui ont décelé des associations statistiquement significatives entre l'emplacement de la stomie et la chirurgie d'urgence par rapport à la chirurgie élective. Cottam et al. (2007) ont présenté les résultats d'une étude prospective et descriptive auprès de 3 970 clients qui avaient une stomie intestinale. Ils ont découvert que les clients qui subissaient une chirurgie pour stomie d'urgence étaient beaucoup plus susceptibles d'éprouver des problèmes relatifs à l'emplacement de la stomie que les clients pris en charge lors d'une chirurgie élective. Arumugam et al. (2003) ont effectué une évaluation prospective de 97 clients qui s'apprêtaient à subir une chirurgie pour colostomie ou iléostomie. Eux aussi ont associé la chirurgie d'urgence avec une probabilité plus élevée de problèmes relatifs à l'emplacement de la stomie (ce que ces chercheurs ont défini comme une stomie située dans un pli abdominal), et une incidence considérablement plus élevée de problèmes relatifs à la peau péristomiale.

Les résultats de ces études semblent indiquer que bien que la chirurgie d'urgence ne soit pas associée à une augmentation globale de l'incidence des complications stomiales ou péristomiales, elle est associée à une probabilité accrue de mauvais emplacement de la stomie et de problèmes associés relatifs à la poche.

## Hauteur de la stomie

Une étude effectuée par Cottam et al. (2007) auprès de 3 970 clients ayant une stomie intestinale a révélé une association entre la hauteur de la stomie et la probabilité de complications stomiales ou péristomiales. Lorsque l'on combine les iléostomies et les colostomies, la hauteur moyenne des stomies exemptes de complications était de 15 mm, par rapport à une hauteur moyenne de 11,3 mm pour les stomies associées à des complications. Un modèle de régression logistique de la hauteur de la stomie comme facteur de prédiction des problèmes associés à la stomie a découvert que les hauteurs inférieures à 10 mm étaient associées à une probabilité de 35 % de problèmes de prise en charge.

## Sexe

Les données existantes indiquent que le sexe n'est pas un facteur de risque indépendant pour les complications. Ni Duchesne et al. (2002), ni Park et al. (1999), ni Pittman et al. (2008) n'ont découvert que le sexe avait une influence sur le risque de complications stomiales ou péristomiales. Cottam et al. (2007) ont signalé que le risque de complication était plus élevé chez les femmes que chez les hommes (38 % par rapport à 30 %), mais une analyse de régression logistique a indiqué que le sexe interagissait avec la hauteur de la stomie et de nombreux autres facteurs, comme l'indice de masse corporelle et le type de stomie, pour influencer le risque de complications.

## Âge

Des données mixtes existent également concernant l'influence de l'âge sur l'incidence de complications stomiales ou péristomiales. L'âge était associé à une probabilité accrue de complications stomiales ou péristomiales précoces dans deux études (les complications précoces étaient définies comme celles qui se produisaient dans le mois suivant la chirurgie pour stomie) (Mahjoubi et al., 2005; Park et al., 1999). Toutefois, Park et al. ont signalé que cette différence disparaissait lorsque seules les complications tardives étaient analysées. L'âge moyen des participants à l'étude de Mahjoubi et al. était de 57,49 ans (écart-type de 12,28 ans). Les participants à l'étude de Park et al. étaient décrits comme étant d'âges variés, allant de nouveau-nés à des adultes plus âgés, mais aucune statistique descriptive présentant l'âge moyen ou la fourchette d'âges des participants n'était fournie. L'âge moyen des participants à l'étude de Cottam et al. (2007) était de 63 ans (fourchette entre 15 et 99 ans). Contrairement à ce qu'ont signalé les groupes de Mahjoubi et de Park, ceux-ci ont déclaré que l'âge avancé était associé à une réduction de l'incidence des complications. Pittman et al. (2008) ont évalué l'incidence de trois résultats relatifs à la chirurgie pour stomie chez un groupe de 239 personnes ayant une stomie, y compris des problèmes relatifs à la peau péristomiale. Les participants à cette étude avaient un âge moyen de 68,8 ans (fourchette entre 28 et 92 ans). Comme le groupe de Cottam, ils ont découvert que l'âge avancé était associé à une incidence réduite de problèmes relatifs à la peau péristomiale. Arumugam et al. (2003) ont évalué 97 adultes dont l'âge moyen était de 65 ans (écart-type de 16 ans, fourchette entre 16 et 99 ans) et ont déclaré que l'âge n'avait aucune relation avec l'incidence de problèmes relatifs à la stomie ou la peau péristomiale.

En se basant sur ces études, il n'est pas possible de déterminer de façon fiable l'influence de l'âge comme facteur de risque indépendant pour les complications stomiales ou péristomiales. Plusieurs facteurs peuvent justifier la variabilité considérable des résultats des études, y compris des différences dans les raisons sous-jacentes à la chirurgie pour stomie chez différents groupes d'âges, des différences dans le type de stomie créée chez les différents groupes d'âges, des différences dans le nombre et la nature des états de comorbidité ou la probabilité que de l'aide soit demandée en cas de complication.

Les chercheurs ont également avancé des hypothèses concernant l'influence des facteurs associés indirectement au vieillissement, comme une réduction de la perception sensorielle, l'altération de la fonction cognitive et une réduction de la motricité fine (Mahjoubi et al., 2005; Park et al., 1999; Tseng et al., 2004), ce qui les a entraînés à recommander l'importance d'évaluer chacun de ces facteurs sur la capacité des clients âgés à prendre en charge leur stomie et surveiller l'apparition de complications.

## Peau néonatale

La peau du nouveau-né prématuré a été reconnue comme facteur de risque pouvant influencer les complications stomiales et péristomiales. Chez les nouveau-nés prématurés, la cohésion entre le derme et l'épiderme est réduite, ce qui peut les mettre à risque de toxicité systémique (Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses, 2008).

## Obésité

L'obésité (définie comme un indice de masse corporelle  $>25 \text{ kg/m}^2$ ) a été associée à des problèmes relatifs à la stomie (rétraction, prolapsus et nécrose) et à la peau péristomiale dans de nombreuses études (Argumugam et al., 2003; Cottam et al., 2007; Duchesne et al., 2002; Mahjoubi et al., 2005; Richbourg et al., 2007). Toutefois, une étude n'a découvert aucune association avec les complications stomiales ou péristomiales (Park et al., 1999).

## Maladies sous-jacentes et comorbides

Les troubles sous-jacents et comorbides étaient associés à une probabilité accrue de complications stomiales et péristomiales dans plusieurs études (Arumugam et al., 2003; Cottam et al., 2007; Pittman et al., 2008). Les troubles gastrointestinaux associés à une probabilité accrue de complications comprenaient la maladie intestinale inflammatoire et la diverticulite (Arumugam et al., 2003; Cottam et al., 2007; Duchesne et al., 2002; Pittman et al., 2008). Le diabète sucré et la maladie intestinale inflammatoire étaient associés à une incidence accrue de problèmes relatifs à la peau péristomiale (Arumugam et al., 2003; Pittman et al., 2008).

## Colostomie, iléostomie par rapport à urostomie

Les données existantes appuient systématiquement une association entre le type de stomie et l'incidence et le type de complications stomiales ou péristomiales. Bien que des études supplémentaires sur l'influence du type de stomie soient requises avant que des conclusions finales puissent être tirées, les données existantes appuient les conclusions suivantes :

- 1) Les iléostomies sont associées à une incidence plus élevée de problèmes relatifs à la peau péristomiale que les colostomies (Duchesne et al., 2002; Herlufsen et al., 2006; Pittman et al., 2008). Cottam et al. (2007) et Park et al. (1999) ont signalé que la création d'une iléostomie en trompe était associée à un nombre de complications considérablement plus élevé que les iléostomies ou les colostomies terminales.
- 2) Les urostomies sont associées à une incidence plus élevée de problèmes relatifs à la peau péristomiale que les colostomies (Herlufsen et al., 2006).

**RECOMMANDATION 11**

Passer en revue le profil pharmaceutique du client en relation avec le type de stomie, pour s'assurer que l'absorption et l'efficacité maximales seront obtenues.

Niveau de données probantes = IV

## Discussion sur les données probantes

Les clients qui ont subi une iléostomie ou une colostomie peuvent vivre des changements relatifs à l'absorption des médicaments, en raison de la réduction de la longueur de l'intestin après la chirurgie pour stomie. Cela concerne particulièrement le client qui a une iléostomie, car la majeure partie des médicaments est absorbée dans l'iléon. L'observation de résidus de médicaments dans la poche pour stomie du client peut indiquer qu'il faudrait songer à prescrire des formules à action rapide différentes, comme des comprimés non enrobés, des capsules de gélatine, des solutions ou des suspensions, pour maximiser l'absorption thérapeutique. Les médicaments peuvent également entraîner un changement de l'odeur, de la couleur et de la consistance des matières fécales. Que le médicament soit sur ordonnance ou en vente libre, le client doit être renseigné au sujet des médicaments qu'il prend et de leur effet sur le fonctionnement de la stomie. Les clients qui ont une urostomie n'ont pas le même problème relatif à la malabsorption, car l'intestin grêle utilisé pour fabriquer le conduit iléal n'a aucune importance. Toutefois, une décoloration de l'urine est l'effet secondaire le plus courant des médicaments. L'établissement d'une relation thérapeutique avec un pharmacien fournit au client une source qu'il peut consulter régulièrement et auprès de laquelle il peut se renseigner, ce qui favorise son autonomie. Voir l'annexe H pour obtenir une liste des médicaments et du fonctionnement de la stomie. Pour les implications relatives aux médicaments qui touchent le client nouveau-né ou pédiatrique, veuillez consulter un pharmacien ou le Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques (CPS).

**Recommandation 12**

Éviter d'insérer un suppositoire de glycérine dans une colostomie pour aider à l'évacuation de l'effluent.

Niveau de données probantes = Ib

## Discussion sur les données probantes

McClees et al. (2004) ont comparé la production de matières fécales, le volume des matières fécales et la flatuosité après l'utilisation d'un suppositoire de glycérine lors d'un essai croisé randomisé portant sur huit adultes ayant subi une colostomie. Les participants ont été assignés aléatoirement à vider leur poche avec l'aide d'un suppositoire de glycérine inséré dans la stomie une fois par jour, par rapport à leur méthode habituelle de vidage de la poche (poche seulement pour trois d'entre eux, poche plus irrigation pour cinq d'entre eux). Au bout de deux semaines, les participants ont passé à l'autre groupe et des données ont été recueillies pendant deux semaines supplémentaires. L'insertion quotidienne d'un suppositoire n'avait aucune influence sur la production de matières fécales, le volume des matières fécales et la flatuosité par rapport à leur méthode habituelle de vidage de leur colostomie. Le manque d'efficacité du suppositoire était partiellement attribué au fait qu'il ne restait pas dans l'intestin suffisamment longtemps. Bien que l'échantillon était peu nombreux, cet essai clinique croisé randomisé fournit des preuves limitées qu'un suppositoire de glycérine n'a aucun effet positif sur la production de matières fécales, le volume des matières fécales et la flatuosité. Un consensus du groupe d'experts a conclu que l'administration de suppositoires chez les populations pédiatriques et adultes était inefficace et n'était recommandée pour aucun type de stomie.

**Recommandation 13**

Les clients stomisés qui risquent de développer des complications nutritionnelles ou qui en développent doivent bénéficier des conseils d'un diététiste.

Niveau de données probantes = IIa

## Discussion sur les données probantes

### Poids

La prise ou la perte de poids après la création de la stomie peut modifier la forme de l'abdomen. Des fuites de matières fécales ou d'urine peuvent se produire si l'accessoire n'est plus bien fixé (Burch, 2007).

### Besoins alimentaires particuliers

Les clients qui mastiquent mal en raison de dentiers mal ajustés ou de dents manquantes ou qui mangent rapidement présentent un risque plus élevé de maldigestion et d'obstructions potentielles (Burch, 2006). Une des principales occasions par lesquelles le corps peut décomposer la nourriture commence avec une mastication adéquate. Des aliments mal mâchés apparaîtront souvent indigérés dans la poche pour stomie et le client s'inquiètera du fait qu'il n'absorbe pas sa nourriture (Price, 1989). Si le client ne peut pas mâcher sa nourriture adéquatement, une alimentation à la texture modifiée ou l'élimination de quelques fruits ou légumes qui sont une source de préoccupations (maïs, maïs soufflé, noix, céleri) pourrait être appropriée. Il est important que cela soit adapté à chaque client.

Il est possible que certains clients suivaient un régime restrictif ou spécial avant la création de la stomie. La stomie pourrait éliminer la nécessité de ces restrictions, et dans de nombreux cas le client peut reprendre une alimentation normale. C'est particulièrement vrai pour les clients atteints de colite ulcéreuse, dont la maladie a été éliminée complètement grâce à une colostomie totale ou l'ablation chirurgicale d'un cancer qui causait une obstruction. S'il reste des dommages permanents au reste de l'intestin, causés par la radiothérapie ou une maladie de Crohn active, l'alimentation qui avait été prescrite antérieurement pourrait devoir être maintenue ou modifiée en relation avec la stomie.

### Production élevée et déshydratation

La production d'une iléostomie se situe généralement entre 500 et 1000 ml par jour (Doughty, 2005; Gallagher et Gates, 2004). Une production plus élevée que ces niveaux peut être liée à une maladie antérieure, une obstruction partielle, la stimulation du mouvement de l'intestin causée par certains aliments, les médicaments, ou le raccourcissement de l'intestin qui laisse une surface inadéquate pour l'absorption. L'incapacité de maintenir l'absorption orale, associée à une production élevée, peut entraîner la déshydratation (voir l'annexe I pour les signes et les symptômes de la déshydratation). Certains aliments peuvent aider à épaissir ou à liquéfier les selles, ce qui peut être soit bénéfique, soit évité dans le cas de préoccupations particulières, telles qu'un effluent élevé dans le cas d'une iléostomie ou de la constipation dans le cas d'une colostomie (voir l'annexe I pour obtenir une liste d'aliments qui liquéfient/épaississent les selles). La présence d'un côlon intact absorberait entre 250 et 500 cm<sup>3</sup> de fluide supplémentaire, et une augmentation d'entre 1 et 2 tasses des fluides pris par la bouche est nécessaire pour répondre aux besoins en matière d'hydratation (Doughty, 2005).

Des pertes d'électrolytes peuvent être évidentes avec une iléostomie à production élevée, car le côlon est la principale zone d'absorption du sodium et du potassium. La consommation quotidienne d'aliments riches en sodium et en potassium suffit généralement à corriger ou prévenir cette déplétion. Certains cliniciens suggèrent la consommation de boissons énergétiques additionnées d'électrolytes, mais ces boissons sont coûteuses et ne présentent aucun avantage réel par rapport aux aliments riches en sodium et en potassium (voir l'annexe I pour obtenir une liste des sources alimentaires élevées de sodium et de potassium et de boissons énergétiques). Une sur-hydratation intentionnelle (la consommation excessive de fluides, c.-à-d. plus de 4 litres par jour) peut réduire les électrolytes de façon artificielle et causer une toxicité par l'eau. Toutefois, une consommation d'eau supérieure à ce qui est nécessaire ne semble pas augmenter l'effluent iléal (Kramer, 1987).

## Obstruction intestinale

L'obstruction d'une stomie peut être très douloureuse, et au début, la plupart des clients craignent cet événement. Pour minimiser le potentiel d'obstruction pendant la phase œdémateuse postopératoire de la stomie, qui dure environ entre 6 et 8 semaines (Floruta, 2001; Gallagher et Gates, 2004), il est recommandé de réduire les matières fibreuses dans le tube digestif (c.-à-d. celles qui résistent à la décomposition) pendant quelque temps, particulièrement dans le cas d'une iléostomie (Floruta, 2001). Un blocage alimentaire peut se produire lorsque des fibres insolubles deviennent logées à proximité de la stomie (Doughty, 2005). Un questionnaire auquel ont répondu 604 clients stomisés (Floruta, 2001) a révélé que bien que 88 % d'entre eux aient indiqué ne pas suivre un régime alimentaire particulier, 61 % évitaient certains aliments en raison du potentiel de blocage de la stomie. L'annexe I énumère des aliments fréquemment évités pendant la période postopératoire et fournit des conseils généraux concernant l'alimentation en relation avec les blocages.

## Constipation

La constipation est un problème principalement associé à une colostomie distale. Une consommation adéquate de fluides devrait soulager les selles dures chez les adultes et les enfants, avec l'inclusion d'aliments à haute teneur en fibres.

### Recommandation 14

Préparer le client et sa famille en leur enseignant au moins les compétences minimales spécifiques à leurs besoins avant le congé de l'hôpital.

Niveau de données probantes = IV

## Discussion sur les données probantes

Traditionnellement, les clients apprenaient pendant la période postopératoire immédiate et avant le congé de l'hôpital quand et comment vider la poche pour stomie, la procédure à suivre pour enlever l'ancienne poche et en appliquer une nouvelle, les soins de la peau péristomiale, les effets de l'alimentation sur la stomie, l'auto-surveillance permettant de déceler les complications stomiales ou péristomiales et les effets sur l'apparence des vêtements. Toutefois, les avancées relatives aux techniques chirurgicales ont réduit considérablement la durée moyenne du séjour à l'hôpital. Par exemple, le séjour moyen à l'hôpital après la résection du côlon sigmoïde, créant une colostomie, est de cinq jours, et le séjour moyen pour une proctocolectomie laparoscopique avec création d'une iléostomie est de 4,3 jours (Colwell & Gray, 2007). Par conséquent, dans les hôpitaux d'aujourd'hui, il est difficile pour les infirmières de répondre aux besoins en matière d'éducation d'un client ayant une nouvelle stomie. Bien qu'aucune étude ne permette

de définir un ensemble de compétences postopératoires minimales pour les clients ayant une nouvelle stomie, une conférence de consensus des infirmières spécialisées dans le soin des plaies, des stomies et de l'incontinence aux États-Unis (Wound, Ostomy and Continence Nurses Society, 2007) a conclu que l'ensemble de compétences postopératoires minimales pour les personnes stomisées devrait inclure la capacité : 1) de manipuler la pince ou le bec de la poche, si celle-ci en est dotée, et 2) de vider la poche de façon autonome. Parmi les compétences supplémentaires qui doivent être enseignées, le cas échéant, on peut citer : 1) les restrictions relatives au bain, aux vêtements et aux activités, 2) un examen de l'influence des médicaments sur ordonnance ou en vente libre sur le fonctionnement de la stomie, 3) l'influence de l'alimentation sur le fonctionnement de la stomie, 4) les soins de la peau péristomiale, 5) le contrôle des odeurs, 6) la surveillance pour déceler les complications, et 7) les conseils relatifs à la sexualité (Colwell et Gray, 2007).

Un consensus sur l'opinion d'expert atteint par les membres du groupe d'experts a permis de définir les renseignements suivants qui doivent être transmis au client et à sa famille pendant la période postopératoire qui suit immédiatement la création d'une stomie :

- visionnement d'une vidéo/d'un CD d'éducation sur les soins de la stomie
- observation d'au moins un changement complet de l'appareillage pour stomie
- autonomie en matière de vidange de la poche
- où obtenir les fournitures nécessaires
- aide financière pour obtenir les fournitures (p. ex., Programme d'appareils et accessoires fonctionnels de l'Ontario)
- restrictions relatives aux bains, aux vêtements et aux activités
- restrictions alimentaires immédiates (le cas échéant)
- revue des médicaments – sur ordonnance et en vente libre (le cas échéant)
- vue d'ensemble des documents sur la stomie fournis lors du congé de l'hôpital
- numéro de téléphone à composer en cas d'urgence pour obtenir de l'aide

Parmi les autres sujets qui dépendent des besoins du client et de sa famille, on pourrait citer :

- l'ajustement de l'appareillage en fonction de la taille de la stomie
- l'alimentation à long terme
- les soins généraux de la peau
- le contrôle des odeurs
- les complications – les clients devraient apprendre comment prévenir ou reconnaître les signes et les symptômes :
  - a. de problèmes relatifs à la peau péristomiale
  - b. d'obstruction
  - c. d'herniation
- les conseils relatifs à la sexualité
- les points dont il faut tenir compte lors des voyages
- l'accès aux ressources communautaires, y compris le groupe d'entraide, l'Association canadienne des personnes stomisées, dans la région

Reportez-vous à l'annexe E et à l'annexe J pour obtenir des exemples de diagrammes de processus pour l'enseignement relatif à une stomie.

## Recommandation 15

Donner au client et à sa famille son congé de l'hôpital avec un soutien à domicile.

Niveau de données probantes = Ib

## Discussion sur les données probantes

Addis (2003) a fait rapport sur un essai clinique randomisé auprès de 50 patients ayant une colostomie ou une iléostomie nouvellement créée. Les participants ont été affectés au hasard dans un groupe qui recevait des visites à domicile 2 à 5 jours après le congé de l'hôpital, puis une fois par mois pendant les six mois suivants. Les participants qui faisaient partie du groupe de contrôle recevaient des visites à domicile trois et six mois après le congé de l'hôpital. Les participants qui ont reçu six visites à domicile ont indiqué des résultats considérablement plus élevés en matière de qualité de vie relativement à la santé après trois mois, par rapport aux participants du groupe de contrôle. Les patients qui ont reçu six visites à domicile indiquaient également une autonomie considérablement supérieure par rapport aux soins auto-administrés après six mois. Bien que des études supplémentaires soient requises pour élucider davantage la gamme d'avantages associés à un soutien à domicile, les données provenant de cet essai clinique randomisé indiquent que des visites effectuées par des infirmières à domicile permettent d'augmenter l'auto-efficacité et la qualité de vie des patients qui vivent avec avec une stomie.

La planification du congé de l'hôpital nécessite la collaboration et la coordination des services et des ressources. L'infirmière joue un rôle de premier plan dans la conception de cette partie du plan de soins. Il faut réfléchir tôt aux aiguillages requis pour les services infirmiers communautaires et le contact avec l'infirmière stomothérapeute, les demandes d'aide financière permettant de soutenir l'achat de fournitures pour stomie, les dispositions nécessaires pour obtenir une infirmière visiteuse pour la stomie, la formation d'autres fournisseurs de soins dans le protocole de soin des stomies du client, et les rendez-vous de suivi avec l'infirmière stomothérapeute. Bien que les besoins en matière de soins du client évoluent et changent pendant la période postopératoire, l'importance de la planification du congé indique au client qu'on se soucie de lui et qu'on lui fait confiance pour rentrer chez lui. La planification permet également d'éviter « les arrangements de dernière minute ou les oublis » qui pourraient avoir un impact négatif sur la création d'un plan de congé de l'hôpital axé sur le client. Reportez-vous à l'annexe K pour obtenir les noms et les numéros de téléphone de la section ontarienne de l'Association canadienne des personnes stomisées. Reportez-vous à l'annexe L pour obtenir des informations sur les associations, les fabricants, les vêtements et les accessoires, et les finances relativement aux stomies. Reportez-vous à l'annexe M pour obtenir un exemple de formulaire de soins des stomies.

## Recommandation 16

Veiller à ce que le plan de soins de la stomie soit individualisé afin de répondre aux besoins du client et de sa famille.

Niveau de données probantes = IV

## Discussion sur les données probantes

Un consensus sur l'opinion d'experts appuie le fait que les soins auto-administrés de la stomie constituent un objectif souhaitable pour la plupart des adultes. Parmi les objectifs des soins, on peut inclure une stomie sans fuites, sans odeurs et sans complications. Wu, Chau et Twinn (2007) ont évalué l'auto-efficacité des soins de la stomie chez un groupe de 96 participants. Ils ont indiqué que les



participants qui présentaient une auto-efficacité plus importante en matière de soin de la stomie avaient des résultats plus élevés relativement à la qualité de vie en matière de santé. Les facteurs associés à une auto-efficacité moins élevée en matière de soin de la stomie comprennent un âge avancé, un niveau d'études inférieur et la dépendance sur d'autres personnes pour assurer le soin de la stomie, par exemple pour changer la poche. Reportez-vous à l'annexe N pour obtenir des stratégies relatives aux soins pour les clients ayant des besoins spéciaux.

Bien qu'aucune étude comparant la simplicité de l'utilisation des produits pour stomie avec la durée du port de la poche, la fréquence des fuites ou l'incidence des complications n'ait été trouvée, l'opinion d'expert appuie également le choix du produit pour stomie le plus simple qui convient aux besoins du client. Bourke et Davis (2002) ont présenté les résultats d'un sondage auprès de 2 060 personnes vivant avec une stomie, après la mise en place d'un programme qui donnait accès à des fournitures pour stomisés sans coût direct pour le client. Plus de la moitié des femmes (59,9 %) et des hommes (53,7 %) ont déclaré avoir changé le type d'appareillage pour stomie utilisé pour prendre en charge leur stomie. La raison citée le plus fréquemment pour justifier le changement du type d'appareillage pour stomie était la facilité d'utilisation.

Il est donc essentiel que le meilleur système pour stomie possible soit choisi avec ces objectifs en tête, ainsi qu'en fonction des besoins spécifiques et des préférences du client. À l'heure actuelle, il existe au Canada plusieurs entreprises qui effectuent la commercialisation de nombreux accessoires et produits pour stomie. L'infirmière stomothérapeute est la mieux placée pour évaluer et recommander des produits en fonction des besoins en matière de soins du client ou de sa famille. Toutefois, il est important que le client soit impliqué dans le processus de décision. Reportez-vous à l'annexe O pour obtenir une liste complète des produits pour stomie.

Vous trouverez ci-dessous une liste des facteurs qui doivent être pris en considération lors du choix d'un produit pour stomie :

- le type de stomie : matières fécales ou urine
- le type de construction de la stomie
- client bébé, enfant ou adulte
- l'emplacement de la stomie
- les caractéristiques de la stomie
- les caractéristiques de la peau péristomiale
- les sensibilités ou les allergies cutanées
- la dextérité manuelle ou les déficiences physiques relatives à la prise en charge
- les capacités cognitives pour l'apprentissage
- les préférences personnelles du client
- les conditions de vie : à domicile, soins prolongés, maison de groupe
- les répercussions sur la profession
- les pratiques religieuses
- le coût
- les habitudes de vie
- l'accessibilité des produits
- la quantité et la consistance de l'effluent

## Recommandation 17

L'évaluation et le suivi par une infirmière stomothérapeute sont recommandés pour le client et sa famille après la chirurgie pour stomie, afin de réduire la détresse psychologique, de favoriser une qualité de vie optimale et de prévenir les complications.

Niveau de données probantes = IIb

## Discussion sur les données probantes

Les données probantes provenant de multiples études révèlent que la détresse psychologique est prévalente après la création d'une stomie, entraînant une détérioration de l'image corporelle et de l'estime de soi, et une baisse de la qualité de vie (Gooszen et al., 2000; Holzer et al., 2005; Karadag et al., 2003; Krouse et al., 2007; Ma et al., 2007; Marquis, Marrel et Jambon, 2003; McVey, Madill et Fielding 2001; Nugent et al., 1999; Ross et al., 2007; Scarpa et al., 2004; Wu, Chau et Twinn, 2007). La durée moyenne requise pour résoudre la détresse psychologique produite par la chirurgie pour stomie et rétablir une qualité de vie optimale est inconnue, mais les données actuelles semblent indiquer que ce processus demande 12 mois ou plus. Lors de la plus importante étude sur la qualité de vie chez des personnes vivant avec une stomie publiée au cours de la dernière décennie, Marquis, Marrel et Jambon (2003) ont constaté que les résultats en matière de qualité de vie augmentaient régulièrement pendant la première année après la création d'une nouvelle stomie.

McVey, Madill et Fielding (2001) ont décrit la détresse psychologique caractérisée par une détérioration aiguë du contrôle personnel, qui persistait pendant au moins trois mois après la chirurgie pour stomie.

Les données actuelles révèlent également que l'impact négatif d'une stomie sur l'état physique et fonctionnel persistait pendant une période allant de plusieurs mois à plusieurs années après une chirurgie pour stomie. Lors d'un examen systématique des complications stomiales et pérostomiales, Salvadlena (2008) a signalé que l'incidence de problèmes relatifs à la peau péristomiale après 12 mois se situait entre 15 % et 43 %, l'incidence d'hernies parastomiales après 12 mois entre 12 % et 40 %, et l'incidence de rétraction après 12 mois entre 10 % et 24 %. Pringle et Swan (2001) ont suivi 112 patients qui avaient une colostomie et le cancer colono-rectal pendant un an. Ils ont indiqué que la moitié de leurs participants signalait une fatigue importante après un an, que 10 % ressentaient des douleurs graves et que 10 % avaient eu besoin d'être aiguillés vers un médecin pour des problèmes physiques liés leur stomie ou à la maladie associée. Dans leur examen systématique des facteurs qui affectent la vie avec une stomie, Brown et Randle (2005) signalent une étude auprès de 66 patients ayant une urostomie, qui avaient subi leur chirurgie pour stomie au moins six ans avant la collecte des données: 65 % des répondants ont signalé qu'ils souffraient de problèmes relatifs à la peau péristomiale à ce moment-là et 40 % ont indiqué qu'ils avaient demandé des prestations d'invalidité en raison de problèmes liés à leur stomie. Tseng et al. (2004) ont également noté que 37 % d'un groupe de 73 participants ayant une colostomie permanente avaient cessé de travailler ou avaient perdu leur emploi en raison des défis associés à la prise en charge de leur stomie.

Les données actuelles suggèrent fortement que des soins continus prodigués par une infirmière stomothérapeute ou une infirmière spécialisée en soins des stomies permettent de soulager la détresse psychologique associée à la stomie, améliorent la qualité de vie et réduisent le risque de complications. Les clients consultent une infirmière stomothérapeute ou une infirmière spécialisée en soins des stomies lorsqu'ils éprouvent des problèmes physiques et des défis psychosociaux associés à leur stomie. Richbourg, Thorpe et Rapp (2007) ont mené une enquête auprès de 43 personnes vivant avec une stomie afin de déterminer les difficultés vécues par les clients après le congé de l'hôpital. Les répondants ont indiqué qu'ils consultaient une infirmière stomothérapeute principalement lorsqu'ils éprouvaient

des problèmes relatifs à leur stomie ou à la peau péristomiale. Duchesne et al. (2002) ont examiné rétrospectivement les dossiers médicaux de 204 patients qui subissaient une chirurgie intestinale et ont constaté que les soins prodigués par une infirmière stomothérapeute avaient un effet de protection contre les complications stomiales ou péristomiales (risque relatif 0,15, IC de 95 % 0,03-0,74). Une étude prospective quasi-expérimentale fournit des preuves supplémentaires qu'un accès continu à une infirmière stomothérapeute ou une infirmière spécialisée en soins des stomies permettait d'améliorer la qualité de vie et de réduire la fréquence des changements de l'appareillage pour stomie. Bohnenkamp et al. (2004) ont présenté les résultats d'une étude prospective comparative par cohortes qui comparait l'influence des soins fournis par des infirmières à domicile avec des interactions de télésanté avec une infirmière spécialisée en soins des stomies. Quatorze patients ont été affectés à des visites à domicile conventionnelles ou à des visites de télésanté avec l'infirmière spécialisée en soins des stomies; l'affectation aux groupes n'était pas randomisée. Les clients qui ont bénéficié d'interactions de télésanté avec l'infirmière spécialisée en soins des stomies ont signalé un degré de satisfaction plus élevé avec leurs soins et des résultats supérieurs en matière de qualité de vie, et utilisaient moins de poches pour stomie que les patients qui bénéficiaient de visites à domicile conventionnelles.

Collectivement, ces résultats étayaient fortement la nécessité d'un suivi régulier assuré par une infirmière stomothérapeute pour toutes les personnes vivant avec une stomie, pendant un minimum de 12 mois après la chirurgie et au besoin.

#### Recommandation 18

Renseigner les clients et les membres de leur famille afin qu'ils puissent reconnaître les complications qui affectent la stomie et la peau péristomiale.

Niveau de données probantes = IV

## Discussion sur les données probantes

Une éducation sur la stomie est essentielle pour les clients afin qu'ils puissent reconnaître les signes et les symptômes de complication. Une reconnaissance précoce et la notification d'un professionnel de la santé sont des facteurs qu'il est important de renforcer lors de l'enseignement des soins des stomies aux clients, particulièrement lorsqu'on soupçonne une complication. Dans une étude effectuée par Herlufsen et al. (2006) seulement 38 % des individus atteints d'un trouble de la peau péristomiale reconnaissaient qu'ils avaient un trouble de la peau. Ce qui est encore plus révélateur, 80 % des personnes qui avaient une rupture de la peau péristomiale n'avaient pas demandé l'aide d'un professionnel de la santé.

Lors d'une étude qualitative et descriptive menée par Notter et Burnard (2006), il a été demandé à 50 femmes qui avaient subi une proctocolectomie avec une iléostomie en trompe de décrire leurs expériences et leurs perceptions. Les observations étaient axées sur la douleur et le choc, l'image corporelle et la sexualité, l'iléostomie en trompe et le rôle des infirmières généralistes et spécialisées. Bien qu'elles ne soient pas explicites, les implications relatives à la pratique de cette étude recommandent fortement que le client soit exposé aux « réalités de la stomie » pendant la période préopératoire, c'est-à-dire qu'on évite de lui montrer une image d'une stomie propre, nette et facile à prendre en charge. Pour ces femmes, la réalité et la vérité étaient tout à fait opposées. Sans le vouloir, les infirmières contribuaient au niveau de détresse vécu et aux questions relatives à la qualité de vie à long terme. Ces expériences négatives peuvent faire en sorte que les clients acceptent moins volontiers de s'auto-administrer des soins, ce qui a un impact sur la reconnaissance rapide des complications. Les infirmières sont encouragées « à voir la vie à travers les yeux des femmes (toutes les clientes) alors qu'elles sont sur le parcours de la chirurgie et du rétablissement » (Notter et Burnard, 2006).

Dans une étude effectuée par McKenzie et al. (2006) entre un et quatre mois après la chirurgie, 25 % des clients considéraient que l'élimination des systèmes pour stomie usés était la partie la plus difficile du changement de poche, et que la routine d'élimination affectait considérablement leurs activités sociales et récréatives. Plus de 40 % des patients considéraient que le nettoyage de la stomie était la partie la plus longue de la procédure de changement. L'implication pour la pratique est l'obstacle psychologique et l'évitement potentiel du client à assurer les aspects fondamentaux des soins de sa stomie. Le choix du système pour stomie, par exemple une poche vidable et réutilisable par rapport à une poche fermée jetable, doit tenir compte des préférences du client. Les ramifications du retard à changer une poche qui fuit ou à éviter le nettoyage de la peau péristomiale sont des facteurs de risque. Ces gestes peuvent prédisposer le client à une irritation cutanée légère, qui peut mener rapidement à une dermatite grave.

Richbourg et al. (2007) appuient la stratégie voulant que les clients s'exercent à enlever et à réappliquer leur système pour stomie dans des conditions qui simulent leur milieu de vie. Une fois encore, cela renforce l'établissement d'une routine de soins normale pour une stomie intestinale ou urinaire, ainsi que les principes de l'inspection de base et de la prise en charge de la stomie et de la peau péristomiale par le client ou par sa famille. Il est important que le client connaisse la présentation normale de sa stomie et de sa peau, afin qu'une comparaison puisse permettre de déceler des problèmes soupçonnés.

Richbourg et al. (2007) ont déterminé que les clients doivent savoir comment reconnaître et traiter des problèmes communs relatifs à la peau péristomiale et connaître des méthodes de prévention des odeurs.

#### Recommandation 19

L'irrigation de la colostomie peut être mise en œuvre comme méthode sûre et efficace pour la prise en charge des colostomies descendantes ou sigmoïdes chez certains clients adultes.

Niveau de données probantes = III

### Discussion sur les données probantes

Il a été démontré que l'irrigation de la colostomie était une solution de rechange efficace permettant la continence de la colostomie, ce qui a eu un impact positif sur la qualité de vie de 25 patients dont les cas ont été examinés. Des améliorations importantes ont été constatées relativement aux limitations du rôle en matière de problèmes physiques, de fonctionnement social, de problèmes émotionnels, de la santé mentale générale, de la vitalité et de la douleur corporelle (Karadag, Mentis et Ayaz, 2005).

Le client a besoin d'avoir accès à une infirmière stomothérapeute ou à une infirmière spécialisée en soins des stomies, qui peut fournir une évaluation clinique et qui possède les compétences nécessaires pour enseigner l'irrigation de la colostomie au client. Des documents pédagogiques complémentaires et des séances d'exercices constituent des ressources supplémentaires qui peuvent améliorer la capacité du client à effectuer la procédure d'irrigation après la période de guérison postopératoire. Le coût de l'irrigation est considérablement inférieur à celui de la prise en charge quotidienne des poches. Pour certains clients, cela peut constituer un élément attrayant. Des installations pour patients externes au sein d'un hôpital ou d'un centre de soins infirmiers communautaire deviennent une ressource à laquelle le client et sa famille peuvent accéder au fur et à mesure que les compétences en matière d'irrigation sont acquises après le congé de l'hôpital, au fil du temps et lors du suivi, au besoin. L'irrigation pédiatrique n'est pas une pratique habituelle, sauf dans des cas de diagnostic ou d'autres procédures de prise en charge particulières prescrites.

## Recommandations relatives à la formation

### Recommandation 20

L'éducation sur les stomies pour les prestataires de soins de santé à tous les niveaux doit être un processus systématique axé sur les clients, fourni dans les milieux scolaires et dans les lieux de travail.

Niveau de données probantes = IV

### Discussion sur les données probantes

Redman (2004) décrit la préparation à l'autogestion comme étant « la formation dont les individus atteints d'états de santé chroniques ont besoin pour prendre leurs médicaments et maintenir un régime thérapeutique, continuer leur vie de tous les jours comme leur emploi et leur famille et faire face à l'avenir, ce qui inclut les changements aux plans de vie et la frustration, la colère et la dépression » (p.4) qui accompagnent un état chronique. Une stomie n'est pas généralement considérée comme un état chronique, mais la vie avec une stomie nécessite que le client acquière bon nombre des mêmes compétences d'autogestion. Toutefois, bon nombre de prestataires de soins de santé ne possèdent pas les connaissances et les compétences en matière de stomies nécessaires pour fournir l'éducation et le soutien clinique qui permettront aux clients de prendre des décisions éclairées, de réaliser leurs objectifs et de surmonter les obstacles à une autogestion efficace.

Les prestataires de soins de santé qui enseignent aux clients stomisés et les soutiennent comprennent les infirmières auxiliaires autorisées (inf. aux. aut.) et les infirmières autorisées (inf. aut.). Leur formation professionnelle de base, suivie dans des collèges communautaires ou des universités, est déterminée par des normes globales énoncées par le ministère de la Formation et des Collèges et Universités ([www.edu.gov.on.ca/eng/general/college/progstan/health/nurse.html](http://www.edu.gov.on.ca/eng/general/college/progstan/health/nurse.html); [www.edu.gov.on.ca/eng/general/college/progstan/health/supwork.html](http://www.edu.gov.on.ca/eng/general/college/progstan/health/supwork.html)) et par l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario ([www.cno.org](http://www.cno.org))

Ces normes fournissent une vue d'ensemble générale des objectifs relatifs à la pratique, et laissent aux établissements d'enseignement individuels le soin d'établir les objectifs d'apprentissage spécifiques. Chaque établissement détermine donc les axes prioritaires et le temps consacré à chacun. Pour le généraliste, l'éducation et la pratique relative aux stomies et aux soins des stomies peuvent se limiter à : a) la physiologie, avec une discussion en classe basée sur des études de cas; b) une ou deux heures d'exercices sur des modèles en laboratoire; c) des soins réels apportés à une personne stomisée lors d'un stage. Bon nombre de nouvelles diplômées n'ont jamais pris soin de personnes stomisées avant de commencer un emploi rémunéré (communication personnelle, Algonquin College, 2008).

Tous les programmes scolaires qui préparent les infirmières ou les prestataires de soins de santé non réglementés (préposés aux services de soutien à la personne) à entrer en pratique doivent comprendre des principes de prise en charge des stomies fondés sur les théories et les compétences, basés sur une compréhension des techniques d'auto-gestion. Les composants théoriques doivent être enseignés en fonction du niveau de compétences approprié pour le prestataire de soins de santé réglementé ou non réglementé, en fonction des compétences spécifiques au prestataire décrites dans la Loi sur les professions de la santé réglementées. Les composants théoriques enseignés en se basant sur le niveau du prestataire de soins de santé (inf. aux. aut., inf. aut., préposé aux services de soutien à la personne) doivent inclure la totalité ou une partie des éléments suivants : anatomie et physiologie, procédés relatifs à la maladie menant à une chirurgie de dérivation de la vessie ou de l'intestin, interventions chirurgicales communes, changements au mode de vie découlant de l'intervention et stratégies permettant d'évaluer les besoins du client relativement au soutien émotionnel, concret et informatif afin de maximiser son autonomie.

Pendant l'orientation à tous les établissements dans lesquels les clients stomisés recherchent des soins ou en reçoivent, la nouvelle employée doit recevoir des informations concernant les soins à donner à un client stomisé. Ces informations doivent viser à aider le prestataire de soins à maximiser la capacité individuelle d'autogestion de son client. Les attentes de la nouvelle employée et la sélection de ses clients doivent être adaptées à son champ d'activité légal. Les programmes doivent aborder les ressources nécessaires pour soutenir la pratique et la manière d'accéder à ces ressources localement, par exemple l'accès des clients aux documents et aux groupes de soutien, aux fournitures et aux consultations d'expert données par une infirmière stomothérapeute.

Consultez l'annexe P pour obtenir le contenu recommandé des programmes d'éducation pour des niveaux spécifiques de préparation scolaire et d'orientation pour les infirmières autorisées, les infirmières auxiliaires autorisées et les préposés aux services de soutien à la personne.

#### Recommandation 21

Consulter les infirmières stomothérapeutes pour l'élaboration de programmes d'éducation sur les stomies qui s'adressent aux prestataires de soins de santé appropriés, aux clients, aux membres de leur famille et à leurs fournisseurs de soins.

Niveau de données probantes = IV

## Discussion sur les données probantes

Les infirmières autorisées qui possèdent un baccalauréat ou un diplôme d'études plus avancé et qui suivent un programme de formation d'infirmière stomothérapeute (PFIS) officiel et accrédité par Wound Ostomy Continence sont des infirmières stomothérapeutes. Grâce à leur formation spécialisée supplémentaire, les infirmières stomothérapeutes sont en position idéale pour devenir des expertes en la matière et des éducatrices pour les programmes d'éducation sur les stomies. Ces infirmières pratiquent avec des connaissances et des compétences avancées relativement au soin et à l'enseignement de clients stomisés, de tous les âges et à tous les stades de développement (voir l'annexe Q pour obtenir les stades de développement d'Erikson). Elles fournissent des soins directs aux clients, ainsi qu'un soutien en matière d'éducation et de consultation aux prestataires de soins de santé. Au Canada, l'Association Canadienne des Stomothérapeutes ([www.caet.ca](http://www.caet.ca)) établit les compétences en matière d'éducation et de pratique requises pour travailler comme infirmière stomothérapeute, et l'Association des infirmières et infirmiers du Canada établit les normes et les exigences relatives à une certification en soins infirmiers spécialisés ([http://www.cna-aiic.ca/CNA/nursing/certification/default\\_f.aspx](http://www.cna-aiic.ca/CNA/nursing/certification/default_f.aspx)).

Voir l'annexe R pour obtenir une liste des programmes de formation pour infirmières stomothérapeutes.

# Recommandations relatives à l'établissement et aux règlements

## Recommandation 22

Les établissements doivent avoir recours à une infirmière stomothérapeute certifiée pour l'élaboration de politiques et la gestion des programmes.

Niveau de données probantes = IV

## Discussion sur les données probantes

Les PFIS, comme celui de l'Association Canadienne des Stomothérapeutes (CAET), sont approuvés par le World Council of Enterostomal Therapy (WCET). Le PFIS de la CAET prépare les infirmières autorisées canadiennes sur le plan pédagogique et clinique à travailler dans les domaines de la prise en charge des stomies, des plaies et de l'incontinence. Le programme est orienté sur l'application de connaissances et de compétences cliniques à titre de consultantes ou lors de soins directs fournis aux clients ayant une stomie, des plaies complexes et atteints d'incontinence. Les rôles connexes comprennent l'éducation des clients et du personnel, ainsi que la recherche, l'élaboration de politiques et l'administration. À la fin d'un programme théorique interactif en ligne d'une durée de 18 mois, qui comprend 225 heures de préceptorat clinique sous la supervision directe d'un praticien expert, l'infirmière stomothérapeute étudiante reçoit un certificat en stomothérapie. Ce certificat permet à l'infirmière stomothérapeute de passer l'examen de certification en stomothérapie de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada afin de devenir une infirmière stomothérapeute au Canada.

## Recommandation 23

Tous les clients stomisés et leur famille doivent avoir accès à une éducation exhaustive.

Niveau de données probantes = IV

## Discussion sur les données probantes

Les clients ont le droit de bénéficier de soins et d'une prise en charge des stomies experts pendant toute leur vie, pour les aider à s'adapter aux changements qui découlent de la vie avec une stomie (voir l'annexe S pour obtenir la Charte des droits des personnes stomisées). La conception, l'élaboration et la mise en œuvre de tels programmes doit indiquer un continuum de soins. Les programmes doivent commencer par une approche structurée, exhaustive et organisée des soins auto-administrés et de la reconnaissance et de la prévention des complications.

## Recommandation 24

Un mécanisme doit être mis en place pour le transfert d'informations entre les établissements de soins, afin de faciliter l'éducation permanente et le soutien clinique du client.

Niveau de données probantes = IV

## Discussion sur les données probantes

Les soins et l'éducation du client, qui ont principalement lieu après l'intervention, ont lieu chez le client (maison de soins infirmiers, abris, résidence privée, etc.). Les clients sont à risque de vivre des défis

physiques et émotionnels après la chirurgie. Pour cette raison, l'échange transparent d'informations entre l'hôpital et la communauté concernant l'état de santé du client, ses progrès postopératoires et son éducation en matière de stomies est essentiel pour assurer une adaptation optimale (voir les annexes E et J).

#### Recommandation 25

Les établissements doivent avoir accès à une équipe interdisciplinaire composée de professionnels de la santé bien renseignés et qualifiés, afin d'obtenir des soins de qualité dans le cadre de la prise en charge des stomies.

Niveau de données probantes = IV

### Discussion sur les données probantes

Reportez-vous à la discussion sur les données probantes pour la Recommandation n° 3.

#### Recommandation 26

La mise en place réussie des lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers repose sur une planification, des ressources, ainsi qu'un soutien organisationnel et administratif adéquats, en plus d'une facilitation appropriée. Les organismes peuvent souhaiter élaborer un plan de mise en œuvre qui inclut :

- Une évaluation de la préparation de l'organisation et des obstacles à la mise en œuvre, qui tient compte de la situation locale.
- L'implication de tous les membres (dans un rôle de soutien direct ou indirect) qui contribueront au processus de mise en œuvre.
- Des occasions continues de discussion et d'éducation afin de renforcer l'importance des pratiques exemplaires.
- Le dévouement d'une personne qualifiée pour fournir le soutien requis au processus d'éducation et de mise en œuvre.
- Des occasions continues de discussion et d'éducation afin de renforcer l'importance des pratiques exemplaires.
- Des occasions de réfléchir à l'expérience personnelle et organisationnelle en matière de mise en œuvre des lignes directrices.

Niveau de données probantes = IV

### Discussion sur les données probantes

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario a préparé (par l'entremise d'un groupe d'infirmières, de chercheurs et d'administrateurs) la *Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices pour la pratique clinique* (RNAO, 2002b). Elle est fondée sur des données probantes disponibles, des notions théoriques et un consensus. Il est conseillé d'utiliser la *Trousse* comme guide de mise en place de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires de la RNAO intitulée *Soins et prise en charge des stomies*. La mise en œuvre réussie des lignes directrices sur les pratiques exemplaires nécessite le recours à un processus de planification systématique et à un leadership solide de la part des infirmières qui peuvent transformer les recommandations fondées sur des données probantes en politiques et en procédures qui ont un impact sur la pratique au sein de l'établissement. La *Trousse* de la RNAO (2002b) fournit un modèle structuré pour la mise en œuvre de changements apportés à la pratique. Veuillez consulter l'annexe T pour obtenir une description de la *Trousse*.



## Lacunes relatives à la recherche et implications futures

Lors de son examen des données probantes pour cette ligne directrice, le groupe d'experts a trouvé plusieurs lacunes dans les comptes rendus de recherche concernant les soins et la prise en charge des stomies. En étudiant ces lacunes, le groupe d'experts a reconnu les domaines prioritaires suivants pour la recherche :

- D'autres études importantes sont requises pour valider les opinions des experts et influencer les connaissances qui mèneront à une amélioration de la pratique et des résultats relatifs aux soins et à la prise en charge des stomies.
- Des études supplémentaires sont requises dans le domaine de la prise en charge de la peau péristomiale, particulièrement en ce qui concerne les présentations complexes et les questions relatives à la qualité de vie des personnes stomisées.
- L'impact de systèmes de poches simples par rapport aux systèmes complexes sur la maîtrise par le client des soins auto-administrés de la stomie doit être analysé sans influence potentielle ou perçue de la part de l'industrie.
- L'impact de l'éducation fournie par les infirmières sur la capacité du client à apprendre, à mettre en œuvre et à se rappeler les informations, et l'influence sur la maîtrise réussie des soins auto-administrés de la stomie.
- L'impact d'une théorie appliquée des soins infirmiers sur la maîtrise réussie des soins auto-administrés de la stomie par le client.
- L'efficacité d'outils et de stratégies d'éducation spécifiques conçus pour aider les enfants et leur famille à s'adapter à la vie avec une stomie.
- L'efficacité des ressources disponibles sur Internet conçues pour aider les enfants et leur famille à s'adapter à la vie avec une stomie.
- L'efficacité des groupes de soutien au sein de la clientèle.

La liste ci-dessus, bien qu'elle ne soit aucunement exhaustive, constitue une tentative de reconnaître et de prioriser certaines des lacunes en matière de recherche dans ce domaine. Les recommandations présentées dans cette ligne directrice sont fondées sur des données probantes obtenues par l'entremise d'études qualitatives ou quantitatives, tandis que d'autres sont fondées sur le consensus ou sur les opinions d'experts.



## Évaluation/Surveillance de la ligne directrice

On conseille aux organismes qui font la mise en œuvre des recommandations présentées dans cette ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers de tenir compte de la manière dont la mise en œuvre et son impact seront surveillés et évalués. Le tableau suivant, basé sur un cadre décrit dans la *Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des Lignes directrices pour la pratique clinique (2002b)* de la RNAO, fournit un exemple de la manière dont cette matrice, provenant de la *trousse d'outils*, peut être utilisée.

**OBJECTIF :** évaluer les soutiens requis, le processus concerné et l'impact des recommandations relatives aux soins et à la prise en charge des stomies.

Niveau de l'indicateur	Structure	Processus	Résultat
	Ce dont vous avez besoin	Comment y parvenir	Ce qui se passe
Établissement	Changements relatifs aux politiques, aux procédures et aux pratiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Examiner la culture de l'établissement afin de déterminer les obstacles et les soutiens pour qu'une culture de pratique fondée sur les données probantes puisse se développer et prospérer</li> <li>■ Examiner les politiques, les procédures et les pratiques relatives aux stomies</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Chef de file choisi dans l'établissement pour les pratiques fondées sur les données probantes</li> <li>■ Pratiques exemplaires – un point permanent à l'ordre du jour des comités</li> <li>■ Les politiques, les procédures et les pratiques traduisent et soutiennent les pratiques exemplaires en soins des stomies</li> </ul>
	Changements apportés à la documentation	<p>La documentation doit changer afin d'inclure :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Les renseignements à fournir lors du congé de l'hôpital, concernant les organismes locaux (United Ostomy Association [UOA]) et les fournisseurs de produits locaux</li> <li>■ La documentation inter-établissements doit changer afin de traduire le degré d'autonomie du client en matière de soins auto-administrés et les obstacles qui existent relativement à la maîtrise des soins auto-administrés (y compris les complications).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ La documentation relative au congé et inter-établissements indiquent l'UOA, les fournisseurs, le niveau d'autonomie du client et les complications reconnues</li> </ul>

Niveau de l'indicateur	Structure	Processus	Résultat
	Système de signalement des incidents/faits inusités	<p>Les commentaires relatifs à l'intervention chirurgicale doivent inclure :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Analyse des rapports au niveau du comité approprié, p. ex., <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comité mensuel de l'équipe chirurgicale</li> <li>• Comité de sécurité des clients</li> <li>• Comité consultatif médical</li> </ul> </li> <li>■ Discussion individuelle</li> <li>■ Collecte de faits en vue de la discussion avec le chirurgien, s'il s'agit d'un problème qui revient souvent</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Recours accru à l'infirmière stomothérapeute pour l'éducation préopératoire et la localisation de la stomie</li> <li>■ Réduction du taux d'hospitalisation secondaire relatif aux complications stomiales/péristomiales</li> <li>■ Recours accru aux cliniques ambulatoires pour la prise en charge/la surveillance continue de présentations complexes de la stomie</li> </ul>
Prestataire	Infirmières qualifiées dans les soins des stomies	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Fournir une formation concernant les produits, l'anatomie, les complications, les consultations</li> <li>■ Procéder à un sondage auprès du personnel avant/après</li> </ul>	Le personnel signale une capacité accrue à fournir des soins
Client	Maximiser l'autonomie du client	Le sondage sur la satisfaction des clients contient des éléments axés sur la maîtrise des soins auto-administrés et l'acquisition de l'autonomie, sur la continuité et sur l'uniformité des soins	Les résultats du sondage indiquent une hausse de l'autonomie et de la satisfaction des clients
Coûts financiers	Sommes réservées à l'éducation relative aux stomies	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Infirmière stomothérapeute interne ou consultante disponible</li> <li>■ Le nouveau personnel professionnel suit une formation sur les stomies lors de son orientation</li> <li>■ Éducation continue sur les stomies</li> </ul>	<p>Sommes budgétées pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Les infirmières stomothérapeutes</li> <li>■ L'orientation</li> <li>■ L'apprentissage électronique disponible</li> </ul>

## Stratégies de mise en œuvre

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario et le groupe d'experts chargés de l'élaboration des lignes directrices ont compilé une liste de stratégies de mise en œuvre afin d'aider les organismes ou les disciplines de soins de santé qui souhaitent mettre en œuvre cette ligne directrice. Voici un résumé de ces stratégies :

- Avoir au moins une personne dédiée, comme une infirmière en pratique avancée ou une infirmière-ressource en soins cliniques, qui fournira le soutien, les compétences cliniques et le leadership requis. Cette personne doit également avoir un excellent entente et de solides compétences en facilitation et en gestion de projet.
- Procéder à une évaluation des besoins de l'établissement en matière de soins et de prise en charge des stomies, afin de déterminer les connaissances actuelles et les besoins futurs en matière d'éducation.
- L'évaluation initiale des besoins peut inclure une approche analytique, un sondage et un questionnaire, des approches collectives (p. ex., groupes de consultation) et les incidents critiques.
- Mettre sur pied un comité de direction comprenant des intervenants et des membres interdisciplinaires clés qui s'engagent à prendre la tête de l'initiative de changement. Déterminer les objectifs à court et à long terme. Maintenir un plan de travail afin d'assurer le suivi des activités, des responsabilités et des échéanciers.
- Créer une vision qui aidera à orienter l'effort de changement et élaborer des stratégies qui permettront de réaliser et de maintenir la vision.
- La conception du programme devrait inclure :
  - la population ciblée;
  - les buts et les objectifs;
  - les mesures des résultats;
  - les ressources requises (ressources humaines, installations, équipement); et
  - les activités d'évaluation.
- Assurer la conception de séances d'éducation et de soutien continu relatifs à la mise en œuvre. Les séances d'éducation peuvent comprendre des présentations, un guide de l'animateur, des documents à distribuer et des études de cas. Des reliures, des affiches et des cartes de poche peuvent être utilisées comme rappels continus de la formation. Planifier des séances d'éducation qui sont interactives, qui comprennent la résolution de problèmes, qui abordent des problèmes immédiats et qui permettent de mettre de nouvelles compétences en pratique (Davies et Edwards, 2004).
- Fournir un soutien à l'établissement, par exemple faire en sorte que les structures soient en place pour faciliter la mise en œuvre. Par exemple, embaucher des substituts afin que les participants ne soient pas distraits par des préoccupations relatives au travail, et avoir une philosophie organisationnelle qui reflète la valeur des pratiques exemplaires grâce à des politiques et à des procédures. Élaborer de nouveaux outils d'évaluation et de documentation (Davies et Edwards, 2004).
- Reconnaître et soutenir les champions désignés des pratiques exemplaires pour chaque unité, afin de favoriser et de soutenir la mise en œuvre. Célébrer les jalons et les réalisations, en reconnaissant le travail bien fait (Davies et Edwards, 2004).
- Les établissements qui procèdent à la mise en œuvre de cette ligne directrice doivent adopter une gamme de stratégies d'auto-apprentissage, d'apprentissage en groupe, de mentorat et de renforcement qui, au fil du temps, permettront de développer les connaissances et l'assurance des infirmières relativement à la mise en œuvre de cette ligne directrice.

- En plus des infirmières qualifiées, l'infrastructure requise pour la mise en œuvre de cette ligne directrice nécessite un accès à des matériels de traitement et à des équipements spécialisés. Le personnel doit suivre une orientation sur l'utilisation de produits et de technologies spécifiques, et un recyclage régulier doit être planifié.
- Le travail d'équipe, l'évaluation collaborative et la planification du traitement avec le client, sa famille et l'équipe interdisciplinaires sont utiles pour la mise en œuvre réussie de la ligne directrice. Les aiguillages nécessaires doivent être effectués auprès des services ou des ressources dans la communauté, ou au sein de l'établissement.

En plus des stratégies susmentionnées, la RNAO a élaboré des ressources pour la mise en œuvre qui sont disponibles sur son site Web. Une trousse d'outils pour la mise en œuvre des lignes directrices peut s'avérer utile, si elle est utilisée de façon appropriée. Une brève description de cette trousse d'outils est disponible dans l'annexe T. Une version complète du document en format PDF est également disponible sur le site Web de la RNAO, à l'adresse [www.rnao.org/bestpractices](http://www.rnao.org/bestpractices).

## Processus de mise à jour et d'examen de la ligne directrice

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario propose de mettre à jour cette ligne directrice en procédant comme suit :

1. Chaque ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers sera révisée par une équipe de spécialistes (équipe de révision) tous les trois ans après la dernière série de révisions.
2. Pendant la période de trois ans qui sépare la préparation et la révision, le personnel de la RNAO affecté au programme effectuera un suivi régulier des examens systématiques et des essais contrôlés aléatoires dans le domaine.
3. Selon les résultats obtenus, le personnel affecté au programme peut recommander de devancer la date de la période de révision. On consultera de manière adéquate une équipe formée de membres du groupe initial et d'autres spécialistes du domaine, qui apporteront leur point de vue afin de prendre la décision d'examiner et de réviser (ou non) la ligne directrice avant l'échéance de trois ans.
4. Trois mois avant l'échéance de révision de trois ans, le personnel affecté au programme des lignes directrices sur les pratiques exemplaires commencera la planification du processus de révision comme suit :
  - a. Invitation de spécialistes du domaine à se joindre à l'équipe de révision, laquelle sera formée de membres du groupe initial et d'autres spécialistes recommandés.
  - b. Compilation des commentaires reçus, des questions apparues pendant l'étape de diffusion, ainsi que d'autres commentaires et cas d'expérience provenant des sites de mise en place.
  - c. Compilation des nouvelles lignes directrices pour la pratique clinique dans le domaine, des nouvelles revues systématiques, des nouvelles méta-analyses, des nouveaux examens techniques et des nouveaux essais aléatoires, ainsi que des autres éléments pertinents de la documentation dans ce domaine.
  - d. Établissement d'un plan de travail détaillé comportant des échéances et des résultats attendus.
5. La nouvelle version des lignes directrices sera diffusée selon les structures et les processus établis.

## Liste de références

Addis, G. (2003). The effect of home visits after discharge on patients who have had an ileostomy or a colostomy. *World Council of Enterostomal Therapists Journal*, 23(1), p. 26-33.

American Dietetic Association et Les diététistes du Canada (2000) *Manual of clinical dietetics 6th edition*. Chicago, Illinois : American Dietetic Association.

ARUMUGAM, P. J., L. BEVAN, L. MACDONALD, A. J. WATKINS, A. R. MORGAN, J. BEYNON, ET AL. (2003). A prospective audit of stomas – analysis of risk factors and complications and their management. *Colorectal Disease*, 5(1), p. 49-52.

Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (2008). *Evidence-based clinical practice guideline: Neonatal skin care 2nd edition*. Washington, DC : Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses.

AUKAMP, V., et D. SREDL (2004). Collaborative care management for a pregnant woman with an ostomy. *Complimentary Therapies in Nursing & Midwifery*, 10, p. 5-12.

BAKER, C., S. OGDEN, W. PRAPAIPANICH, C. K. KEITH, L. C. BEATTIE, et L. NICKESON (1999). Hospital consolidation: Applying stakeholder analysis to merger life cycle. *Journal of Nursing Administration*, 29(3), p. 11-20.

BALDWIN, C. M., M. GRANT, C. WENDEL, S. RAWL, C. M. SCHMIDT, C. KO, ET AL. (2008) Influence of intestinal stoma on spiritual quality of life of US veterans. *Journal of Holistic Nursing*, 26(3), p. 185-194.

BENJAMIN, H.C. (2002). Teaching the stoma care routine to a patient with low vision. *British Journal of Nursing*, 11(19), p. 1270-1277.

BLACK, P. K. (2004). Psychological, sexual and cultural issues for patients with a stoma. *British Journal of Nursing*, 13(12), p. 692-697.

BLACK, P. et C. HYDE (2004) Caring for people with a learning disability, colorectal cancer and stoma. *British Journal of Nursing*, 13(16), p. 970-975.

BLACK, N., M. MURPHY, D. LAMPING, M. MCKEE, S. SANDERSON, J. ASKHAM, ET AL. (1999). Consensus development methods: Review of best practice in creating clinical guidelines. *Journal of Health Services Research & Policy*, 4(4), p. 236-248.

BOHNENKAMP, S. K., P. MCDONALD, A. M. LOPEZ, E. KRUPINSKI, et A. BLACKETT (2004). Traditional versus telenursing outpatient management of patients with cancer with new ostomies. *Oncology Nursing Forum*, 31(5), p. 1005-1010.

BORWELL, B. (1996). Colostomies and their management. *Nursing Standard*, 11(8), p. 49-55.

BOURKE, R., et E. DAVIS (2002). Investigation of aspects of a government funded ostomy appliance scheme. *World Council of Enterostomal Therapists Journal*, 22(1), p. 16-23.

BRAY L., et C. SANDERS (2006). Preparing children and young people for stoma surgery. *Paediatric Nursing*, 18(4), p. 33-37.

BRESSMER, S., J. BROWN, T. CHRISTANSON, J. COTE, D. CUTTING, J. HOEFLOK, ET AL. (2008). *Basics of ostomy care for healthy professionals*. Coloplast Canada : Mississauga (Ontario).

BROEMELING, A., D. WATSON, et F. PREBTANI (2008). Population patterns of chronic health conditions, co-morbidity and healthcare use in Canada: Implications for policy and practice. *Healthcare Quarterly*, 11(3), p. 70-76.

- BROWN, H., et J. RANDLE (2005). Living with a stoma: A review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 14(11), p. 74-81.
- BURCH, J. (2006). Dietary considerations for the older ostomate. *Nursing and Residential Care*, 8(8), p. 354.
- BURCH, J. (2007). Dietary needs for care home residents with a stoma. *Nursing and Residential Care*, 9(8), p. 359-362.
- CAMPO, C. J., R. CAPARRÓS SANZ, L. MARTÍN BEDIA, S. MENDOZA GARCÍA, et M. L. PUENTE MUÑOZ (2003). Psychological evaluation of patients with an ostomy. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 23, p. 8-12.
- Association Canadienne des Stomothérapeutes (2008). *About CAET*. Consulté en février 2009 à l'adresse [www.caet.ca/about.htm](http://www.caet.ca/about.htm)
- Société canadienne du cancer/Institut national du cancer du Canada (2008). *Canadian Cancer Statistics*. Toronto, Ontario : Société canadienne du cancer.
- CARLSSON, E., B. BERGLUND, et S. NORDGREN (2001). Living with an ostomy and short bowel syndrome: Practical aspects and impact on daily life. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 2, p. 96-105.
- CHAUDHRI, S., L. BROWN, I. HASSAN, et A. F. HORGAN (2005). Preoperative intensive, community-based vs. traditional stoma education: A randomized, controlled trial. *Diseases of the Colon and Rectum*, 48(3), p. 504-509.
- CHENG, W. S. (2001). Adapting a quality of life scale for those with a colostomy in Hong Kong: A preliminary study. *World Council of Enterostomal Therapists Journal*, 21(3), p. 21-23.
- CHEUNG, Y. L., A. MOLASSIOTIS, et A. M. CHANG(2003). The effect of progressive muscle relaxation training on anxiety and quality of life after stoma surgery in colorectal cancer patients. *Psycho-Oncology*, 12(3), p. 254-266.
- Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (1999). *Standard for the therapeutic nurse-client relationship and registered nurses and registered practical nurses in Ontario*. Toronto, Canada : Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario.
- COLWELL, J. C., et J. BEITZ (2007). Survey of Wound, Ostomy and Continence (WOC) nurse clinicians on stomal and peristomal complications: A content validation study. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 1, p. 57-69.
- COLWELL, J. C., et M. GRAY (2007). Does preoperative teaching and stoma site marking affect surgical outcomes in patients undergoing ostomy surgery? *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 34(5), p. 492-496.
- COLWELL, J. C., M. GOLDBERG, et J. CARMEL (éditeurs). (2004). *Fecal & urinary diversions: Management principles*. St. Louis, Missouri : Mosby Inc.
- COTTAM, J., K. RICHARDS, A. HASTED, et A. BLACKMAN (2007). Results of a nationwide prospective audit of stoma complications within 3 weeks of surgery. *Colorectal Disease*, 9(9), p. 834-838.
- DAVIES, B., et N. EDWARDS (2004). RNs measure effectiveness of best practice guidelines. *Registered Nurse Journal*, 16(1), p. 21-23.
- DE GOUVEIA SANTOS, V. L., E. C. CHAVES, et M. KIMURA (2006). Quality of life and coping of persons with temporary and permanent stomas. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 33(5), p. 503-509.
- DOUGHTY, D. (2005). Principles of ostomy management in oncology patients. *Journal of Supportive Oncology*, 3(1), p. 59-69.

DUCHESNE, J. C., Y. Z. WANG, S. L. WEINTRAUB, M. BOYLE, et J. P. HUNT (2002). Stoma complications: A multivariate analysis. *American Surgeon*, 68(11), p. 961-966.

ERWIN-TOTH, P. (1999). The effect of ostomy surgery between the ages of 6 and 12 years on psychosocial development during childhood, adolescence, and young adulthood. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 26(2), p. 77-85.

FIELD, M. J., et K. N. LOHR (éditeurs). (1990). *Clinical practice guidelines: Directions for a new program*. Washington, DC : National Academy Press.

FLORUTA, C. V. (2001). Dietary choices of people with ostomies. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 28(1), p. 28-31.

GALLAGHER, S., et J. GATES (2004). Challenges of ostomy care and obesity. *Ostomy Wound Management*, 50(9), p. 38-49.

GOOSZEN, A. W., R. H. GEELKERKEN, J. HERMANS, M. B. LAGAAY, et H. G. GOOSZEN (2000). Quality of life with a temporary stoma: Ileostomy vs. colostomy. *Diseases of the Colon and Rectum*, 43(5), p. 650-655.

GRAY, M., J. C. COLWELL, et M. T. GOLDBERG(2005). What treatments are effective for the management of peristomal hernia? *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 32(2), p. 87-92.

HAUGEN, V., D. Z. BLISS, et K. SAVIK (2006). Perioperative factors that affect long-term adjustment to an incontinent ostomy. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 33(5), p. 525-535.

Santé Canada. (2008). Canadian Nutrient File 2007b Version. Consulté le 7 décembre 2008 à l'adresse <http://webprod.hc-sc.gc.ca/cnf-fce/index-eng.jsp>

HERLUFSEN, P., A. G. OLSEN, B. CARLSEN, H. NYBAEK, T. KARLSMARK, T. N. LAURSEN, ET AL. (2006). Study of peristomal skin disorders in patients with permanent stomas. *British Journal of Nursing*, 15(16), p. 854-862.

HIGGINS, J. P. T., et S. GREEN (éditeurs). (2008). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.0.1*. Consulté en février 2009 à l'adresse [www.cochrane-handbook.org](http://www.cochrane-handbook.org)

HOLZER, B., K. MATZEL, T. SCHIEDECK, J. CHRISTIANSEN, P. CHRISTENSEN, J. RIUS, ET AL. (2005). Do geographic and educational factors influence the quality of life in rectal cancer patients with a permanent colostomy? *Diseases of the Colon and Rectum*, 48(12), p. 2209-2216.

International Ostomy Association Coordination Committee. (1993). *Charter of ostomates' rights*. Consulté le 5 février 2009 à l'adresse [www.ostomyinternational.org/aboutus.htm](http://www.ostomyinternational.org/aboutus.htm)

JUNKIN, J., et J. M. BEITZ (2005). Sexuality and the person with a stoma: Implications for comprehensive WOC nursing practice. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 32(2), p. 121-128.

KANDEL, K. (1999). *A guide to crisis intervention*. Beach Grove, Californie : Brooks-Cole.

KARADAG, A., B. B. MENTES, et S. AYAZ (2005). Colostomy irrigation: Results of 25 cases with particular reference to quality of life. *Journal of Clinical Nursing*, 14(4), p. 479-485.

KARADAG, A., B. B. MENTES, A. UNER, O. IRKORUCU, A. AYAZ, et S. OZKAN (2003). Impact of stomatherapy on quality of life in patients with permanent colostomies or ileostomies. *International Journal of Colorectal Disease*, 18(3), p. 234-238.

KERZNER, H. (2001). *Project management: A systems approach to planning, scheduling, and controlling 7th edition*. New York, New York : John Wiley & Sons.



- KILIC, E., O. TAYCAN, A. K. BELLİ, et M. ÖZMEN (2007). The effect of permanent ostomy on body image, self-esteem, marital adjustment, and sexual functioning. *Turkish Journal of Psychiatry*, 18(4), p. 1-8.
- KRAMER, P. (1987). Effect of specific foods, beverages and spices on amount of ileostomy output in human subjects. *American Journal of Gastroenterology*, 82(4), p. 327-332.
- KROUSE, R., M. GRANT, B. FERRELL, G. DEAN, R. NELSON, et D. CHU (2007). Quality of life outcomes in 599 cancer and non-cancer patients with colostomies. *Journal of Surgical Research*, 138(1), p. 79-87.
- KUZU, M.A., O. TOPCU, K. UCAR, S. ULUKENT, E. UNAL, N. ERVERDI, ET AL. (2002). Effect of sphincter-sacrificing surgery for rectal carcinoma on quality of life in Muslim patients. *Diseases of the Colon and Rectum*, 45(10), p. 1359-1366.
- LEININGER, M. (1991). Becoming aware of types of health practitioners and cultural imposition. *Journal of Transcultural Nursing*, 2(2), p. 32-39.
- MA, N., J. HARVEY, J. STEWART, L. ANDREWS, et A. G. HILL (2007). The effect of age on the quality of life of patients living with stomas: A pilot study. *ANZ Journal of Surgery*, 77(10), p. 883-885.
- MAHJoubi, B., A. MOGHIMI, R. MIRZAEI, et A. BIJARI (2005). Evaluation of the end colostomy complications and the risk factors influencing them in Iranian patients. *Colorectal Disease*, 7(6), p. 582-587.
- MARQUIS, P., A. MARREL, et B. JAMBON (2003). Quality of life in patients with stomas: The Montreux Study. *Ostomy Wound Management*, 49(2), p. 48-55.
- MCCLEES, N., E. L. MIKOLAJ, S. L. CARLSON, et J. PRYOR-MCCANN (2004). A pilot study assessing the effectiveness of a glycerin suppository in controlled colostomy emptying. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 31(3), p. 123-129.
- MCKENZIE, F., C. A. WHITE, S. KENDALL, A. FINLAYSON, M. URQUHART, et I. WILLIAMS (2006). Psychological impact of colostomy pouch change and disposal. *British Journal of Nursing*, 15(6), p. 308-316.
- MCVEY, J., A. MADILL et D. FIELDING (2001). The relevance of lowered personal control for patients who have stoma surgery to treat cancer. *British Journal of Clinical Psychology*, 40(4), p. 337-360.
- MILLER, W. R., et C. E. THORESON (2003). Spirituality, religion and health: An emerging research field. *American Psychologist*, 58(1), p. 24-35.
- National Health and Medical Research Centre (1998). *A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guideline*. Consulté en février 2009 à l'adresse [www.nhmrc.gov.au/publications/synopses/\\_files/cp30.pdf](http://www.nhmrc.gov.au/publications/synopses/_files/cp30.pdf)
- NORDSTROM, G. M., et C. R. NYMAN (1991). Living with a urostomy: A follow up with special regard to the peristomal-skin complications, psychosocial and sexual life. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, 138, 247-251.
- NOTTER, J., et P. BURNARD (2006). Preparing for loop ileostomy surgery: Women's accounts from a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 43(2), p. 147-159.
- NUGENT, K. P., P. DANIELS, B. STEWART, R. PATANKAR, et C. D. JOHNSON (1999). Quality of life in stoma patients. *Diseases of the Colon and Rectum*, 42, p. 1569-1574.
- OLEJNIK, B., E. MACIORKOWSKA, T. LENKIEWICZ, et M. SIERAKOWSKA (2005). Educational and nursing problems of parents of children with stoma. *Roczniki Akademii Medycznej W Białymstoku*, 50(Suppl 1), p. 163-166.

ORBACH, C. E., et N. TALLENT (1965). Modification of perceived body and of body concepts. *Archives of General Psychiatry*, 12, p. 126-135.

The Oryx Group. (2001). *The Canadian Ostomy Patient*. Pennington, New Jersey : The Oryx Group.

PARK, J. J., P. A. DEL, C. P. ORSAY, R. L. NELSON, R. K. PEARL, J. R. CINTRON, ET AL. (1999). Stoma complications: The Cook County Hospital experience. *Diseases of the Colon and Rectum*, 42(12), p. 1575-1580.

PERSSON, E., B. GUSTAVSSON, A. L. HELLSTROM, G. LAPPAS, et L. HULTEN (2005). Ostomy patients' perceptions of quality of care. *Journal of Advanced Nursing*, 49(1), p. 51-58.

PERSSON, E., et A. HELLSTROM (2002). Experiences of Swedish men and women 6 to 12 weeks after ostomy surgery. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 29(2), p. 103-108.

PERSSON E., et B. LARSSON (2005). Quality of care after ostomy surgery: A perspective study of patients. *Ostomy Wound Management*, 51(8), p. 40-48.

PERSSON, E., E. SEVERINSSON, et A. L. HELLSTROM (2004). Spouses perceptions of and reactions to living with a partner who has undergone surgery for rectal cancer resulting in a stoma. *Cancer Nursing*, 27(1), p. 85-90.

PITTMAN J., S. M. RAWL, C. M. SCHMIDT, M. GRANT, C. Y. KO, C. WENDEL, ET AL. (2008). Demographic and clinical factors related to ostomy complications and quality of life in veterans with an ostomy. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 35(5), p. 493-503.

PIWONKA, M. A., et J. M. MERINO (1999). A multidimensional modeling of predictors influencing the adjustment to a colostomy. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 26(6), p. 298-305.

PRICE, A., L. ALLEN, et T. ATWOOD (1989). Healthcare practitioners help ostomy patients adjust nutritionally. *Ostomy Wound Management*, 24, p. 30-41.

PRIETO, L., H. THORSEN, et K. JUUL (2005). Development and validation of a quality of life questionnaire for patients with colostomy or ileostomy. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3, p. 62.

PRINGLE, W., et E. SWAN (2001). Continuing care after discharge from hospital for stoma patients. *British Journal of Nursing*, 10(19), p. 1275-1288.

REDMAN, B. K. (2004). *Patient self-management of chronic disease: The health care provider's challenge*. Sudbury, MA : Jones & Bartlett.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2002, révisé en 2006). *Établissement de la relation thérapeutique*. Toronto, Canada : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2002b). *Trousse sur la marche à suivre : mise en place des lignes directrices pour la pratique clinique*. Toronto, Canada : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

REYNAUD, S. N., et B. J. MEEKER, (2002). Coping styles of older adults with ostomies. *Journal of Gerontological Nursing*, 28(5), p. 30-36.

RICHBOURG, L., J. M. THORPE, et C. G. RAPP (2007). Difficulties experienced by the ostomate after hospital discharge. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 34(1), p. 70-79.

ROSS, L., A. G. ABILD-NIELSEN, B. L. THOMSEN, R. V. KARLSEN, E. H. BOESEN, et C. JOHANSEN (2007). Quality of life of Danish colorectal cancer patients with and without a stoma. *Supportive Care in Cancer*, 15(5), p. 505-513.

SALTER, M. (1992). Aspects of sexuality for patients with stomas and continent pouches. *Journal of Enterostomal Therapy Nursing*, 19(4), p. 126-130.

SALVADALENA, G. (2008). Incidence of complications of the stoma and peristomal skin among individuals with colostomy, ileostomy and urostomy. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 35(6), p. 596-607.

SCARPA, M., M. BAROLLO, L. POLESE, et M. R. KEIGHLEY (2004). Quality of life in patients with an ileostomy. *Minerva Chirurgica*, 59(1), p. 23-29.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2008). *SIGN 50: A guideline developer's handbook*. Édimbourg, Royaume-Uni : Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

SYMMS, M. R., S. M. RAWL, M. GRANT, C. S. WENDEL, S. J. COONS, S. HICKEY, ET AL. (2008). Sexual health and quality of life among male veterans with intestinal ostomies. *Clinical Nurse Specialist*, 22(1), p. 30-40.

TSENG, H. C., H. H. WANG, Y. Y. HSU, et W. C. WENG (2004). Factors related to stress in outpatients with permanent colostomies. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 20(2), p. 70-77.

TURNBULL, G.B. (2007). Special consideration for patients in a wheelchair. *Ostomy Wound Management*, 53(6), p. 8.

L'Association canadienne des personnes stomisées, communication personnelle, 22 septembre 2008.

University of British Columbia (2008). *Searching for Grey Literature*. Consulté le 31 juillet 2008 à l'adresse <http://tohy.library.ubc.ca/subjects/subjpage2.cfm?id=877>

Wound, Ostomy and Continence Nurses Society (2007). ASCRS and WOCN joint position statement on the value of preoperative stoma marking for patients undergoing fecal ostomy surgery. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 34(6), p. 627-628.

Wound, Ostomy and Continence Nurses Society. (juin 2007). Ostomy Consensus Session at the annual conference of the Wound, Ostomy and Continence Nurses Society, Salt Lake City, Utah.

WU, H. K.-M., J. P.- C. CHAU, et S. TWINN (2007). Self-efficacy and quality of life among stoma patients in Hong Kong. *Cancer Nursing*, 30(3), p. 186-193.

ZINNBAUER, B. J., K. I. PARGAMENT, B. F. COLE, M. S. RYE, E. M. BUTTER, T. G. BELAVICH, ET AL. (1997). Religion and spirituality: Unfuzzifying the fuzzy. *Journal of the Scientific Study of Religion*, 36(4), p. 549-564.

## Bibliographie

- BARR, J. E. (2004). Assessment and management of stomal complications: A framework for clinical decision making. *Ostomy Wound Management*, 50(9), p. 50-52.
- BASS, E., A. DELPINO, A. TAN, R. PEARL, C. ORSAY, H. ABCARIAN (1996). Does preoperative stoma marking and education by the Enterostomal Therapist affect outcomes? *Journal of Diseases of Colon and Rectum*, 40(4), p. 440-442.
- BASTABLE, S. B. (2008). *Nurse as educator: Principles of teaching and learning for nursing practice 3rd edition*. Sudbury, MA : Jones & Bartlett.
- BEKKERS, M., F. VANKNIPPENBERG, H. VANDENBORNE (1995). Psychological adaptation to stoma surgery. *Journal of Behavioral Medicine*, 18, p. 1-3.
- BOSIO, G., F. PISANI, L. LUCIBELLO, A. FONTI, A. SCROCCA, C. MORANDELL, ET AL. (2007). A proposal for classifying peristomal skin disorders: Results of a multicenter observational study. *Ostomy Wound Management*, 53, p. 38-43.
- BRECKMAN, B. (2005). *Stoma care and rehabilitation*. Exeter Devon, Royaume-Uni : Churchill Livingstone.
- BRECKMAN, B. (1981). *Stoma care: A guide for nurses, doctors and other health care workers*. Buckinghamshire, Royaume-Uni : Beaconsfield Publishers.
- BROWN, C. B. (2001) Ostomy nursing practice and research: A clinician's perspective. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 28(1), p. 4-5.
- BULMAN, J. (2001). Changes in diet following the formation of a colostomy. *British Journal of Nursing*, 10(3), p. 179-186.
- COLWELL, J. C., et A. FICHERA (2005). Care of the obese patient with an ostomy. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 32(36), p. 378-383.
- CONSTABLE, S. B. (2008). *Nurse as educator: Principles of teaching and learning for nursing practice (3rd edition)*. Sudbury, MA : Jones & Bartlett.
- GALLO-SILVER, L., D. MAYDICK-YOUNGBERG, et M. WEINER (2005) OSTOMY SURGERIES. In H.H. ZARETSKY, E.F. RICHTER, et M.G. EISENBERG (éditeurs), *Medical aspects of disability: A handbook for the rehabilitation professional*. (p. 427-443). New York, New York : Springer Publishing Company.
- GARTNER, A., et F. RIESMAN (1976). Self-help models and consumer intensive health practice. *American Journal of Public Health*, 66(8), p 783-786.
- HAMPTON, B. G., et R. A. BRYANT (éditeurs). (1992). *Ostomies and continent diversions: Nursing management*. St. Louis, Missouri : Mosby.
- HAUGEN, V., D. Z. BLISS, et K. SAVIK (2006). Perioperative factors that affect long-term adjustment to an incontinent ostomy. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 33, p. 525-535.
- HUI-QIN, Z. (2003). Analysis of anxiety status in permanent colostomy patients 11-16 days post-operatively. *World Council of Enterostomal Therapists Journal*, 23(4), p. 42-43.
- JEFFRIES, E., J. JOELS, J. WOOD, M. BUTLER, R. CALLUM, G. LITTLE, ET AL. (1995). A service evaluation of stoma care nurses' practice. *Journal of Clinical Nursing*, 4(4), p. 235-242.

- JENKS, J., K. MORIN, et N. TOMASELLI (1997). The influence of ostomy surgery on body image in patients with cancer. *Applied Nursing Research*, 10(4), p. 174-180.
- JEPSON, R. G., et J. C. CRAIG (2008). Cranberries for preventing urinary tract infections. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1(4).
- JETER, K.F. (1982). Perioperative teaching and counseling. *Cancer*, 70(s3), p. 1346-1349.
- JONES, E. (1991). Nursing patients having cancer surgery. In R. Tiffany, et D. BORLEY (éditeurs), *Oncology for Nurses and Healthcare Professionals*. London, Harper Collins.
- KANDEL, K. (1999). *A guide to crisis intervention*. Beach Grove, Californie : Brooks-Cole.
- KELLY, M. (1987). Adjusting to Ileostomy. *Nursing Times*, 18, p. 29-31.
- KLOPP, A. L. (1990). Body image and self-concept among individuals with stomas. *Journal of Enterostomal Therapy*, 17(3), p. 98-105.
- LEWIS, S. J., M. EGGER, P. A. SYLVESTER, et S. THOMAS (2001). Early enteral feeding versus "nil by mouth" after gastrointestinal surgery: Systematic review and meta-analysis of controlled trials. *British Medical Journal*, 323(7316), p. 773-776.
- LICHENTHAL, C. (1990). Self study model on readiness to learn. In S. B. BASTABLE, *Nurse as educator: Principles of teaching and learning for nursing practice 3rd edition*. Sudbury, MA : Jones & Bartlett.
- MAKELA, J. T., P. H. TURKU, et S. T. LAITINEN (1997). Analysis of late stomal complications following ostomy surgery. *Annales chirurgiae et gynaecologiae*, 86(4), p. 305-310.
- MARTINEZ, L. A. (2005). Self-care for stoma surgery: Mastering independent stoma self-care skills in an elderly woman. *Nursing Science Quarterly*, 18(1), p. 66-69.
- MCKENZIE, F. (1988). Sexuality after total pelvic exentuation. *Nursing Time*, 84(20), p. 27-30.
- NICHOLS, T. R., et M. REIMER (2008). The impact of stabilizing forces on postsurgical recovery in ostomy patients. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 35(3), p. 316-320.
- NORWELL, R. (1991). Body image disturbance: Cognitive behavioural formulation and intervention. *Journal of Advance Nursing*, 16(12), p. 1400-1403.
- O'BRIEN, B. K. (1999). Coming of age with an ostomy. *American Journal of Nursing*, 99(8), p. 71-74, 76.
- O'CONNOR, G. (2005). Teaching stoma-management skills: The importance of self-care. *British Journal of Nursing*, 14(6), p. 320-324.
- O'SHEA, H. S. (2001). Teaching the adult ostomy patient. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 28(1), p. 47-54.
- PERSSON, E., B. GUTAVSSON, A. L. HELLSTROM, G. FRIDSTEDT, G. LAPPAS, et L. HULTEN (2005). Information to the relatives of people with ostomies: Is it satisfactory and adequate? *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, (32)4, 2p. 38-244.
- PERSSON, E., B. GUSTAVSSON, A. L. HELLSTROM, G. LAPPAS, et L. HULTEN (2005). Ostomy patients' perceptions of quality of care. *Journal of Advanced Nursing*, 49(1), p. 51-58.
- PIEPER, B., et C. MIKOLS (1996). Pre-discharge and post discharge concerns of persons with an ostomy. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 23(2), p. 105-109.

- PINTER, F. (2001). Stoma care is far more than simply applying a bag. *World Council of Enterostomal Therapists Journal*, 21(4), p. 26-27.
- RATLIFF, C. R., et A. M. DONOVAN (2001). Frequency of peristomal complications. *Ostomy Wound Management*, 47(9), p. 26-29.
- RATLIFF, C. R., K. A. SCARANO, A. M. DONOVAN, et J. C. COLWELL (2005). Descriptive study of peristomal complications. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 32(1), p. 33-37.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2006). *Crisis Intervention*. Toronto, Canada : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.
- ROLSTAD, B.S. (1996). Principles and techniques in the use of convexity. *Ostomy Wound Management*, 42(1), p. 24-32.
- ROPER, N., W. LOGAN, et A. TIERNAY (1985). *The elements of nursing (2nd edition)*. Londres : Churchill Livingstone.
- RUBIN, G. P., et H. B. DEVLIN (1987). The quality of life with a stoma. *British Journal of Hospital Medicine*, 38(4), p. 300-303, 306.
- SCHULTZ, J. C. (2002). Preparing the patient for colostomy care: A lesson well learned. *Ostomy Wound Management*, 48(10), p. 22-25.
- SREDL, D., et V. AUKAMP (2006) Evidence-based nursing care management for the pregnant woman with an ostomy. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 33(1), p. 42-49.
- STOKES, S. A., et G. J. MOTTA (1982). The geriatric patient. In D. C BRADWELL, et B. S. JACKSON (éditeurs), *Principles of Ostomy Care*. St. Louis, Missouri : Mosby.
- TJANDRA, J. J., J. W. KILKENNY, W. D. BUIE, N. HYMAN, C. SIMMANG, T. ANTHONY, ET AL. (2005). Practice parameters for the management of rectal cancer (revised). *Diseases of the Colon and Rectum*, 48(3), p. 411-423.
- TSUKADA, K., K. TOKUNAGA., T. IWAMA, Y. MISHIMA, K. TAZAWA, et M. FUJIMAKI (1994). Cranberry juice and its impact on peristomal skin conditions for urostomy patients. *Ostomy Wound Management*, 40(9), p. 60-67.
- TURNBULL, G. B. (1998). The ostomy assessment inventory: A data gathering process to enhance appropriate pouching system selection. *Ostomy Wound Management*, 44(2), p. 28-37.
- TURNBULL, G.B. (2002). The ostomy files: A one- or two-piece pouching system? *Ostomy Wound Management*, 48(11), p. 16-18.
- TURNBULL, G. B. (2004). The ostomy files: Using intellect and judgement at the table. *Ostomy Wound Management*, 50(5), p. 15-16.
- TURNBULL, G.B. (2007). An alternative solution for difficult-to-manage colostomies in the descending and sigmoid colon. *Ostomy Wound Management*, 53(8), p. 12.
- TURNBULL, G.B. (2007). A pressure ulcer and an ostomy: An unlikely combination? *Ostomy Wound Management*, 53(5), p. 10-12.
- L'Association canadienne des personnes stomisées (2007). *Visitor training guidelines for chapters*. Toronto, Canada : L'Association canadienne des personnes stomisées.

WADE, B. E. (1990). Colostomy patients: Psychological adjustment at 10 weeks and 1 year after surgery in districts which employed stoma care nurses and districts which did not. *Journal of Advance Nursing*, 15(11), p. 1297-1304.

WATSON, P. (1985). Meeting the needs of patients undergoing ostomy surgery. *Journal of Enterostomal Therapy*, 12(4), p. 121-124.

WHITE, C. A., et J. C. HUNT (1997). Psychological factors in postoperative adjustment to stoma surgery. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 79(1), p. 3-7.

WRIGHT, J. (2008). Managing retracted stomas. *Journal of Community Nursing*, 22(5), p. 16-21.

## Annexe A : Glossaire de termes

**Consensus** : un processus servant à prendre des décisions en matière de politique. Ce n'est pas une méthode scientifique de création de nouvelles connaissances. Le développement d'un consensus utilise simplement à bon escient les informations disponibles, qu'il s'agisse de données scientifiques ou de la sagesse collective des participants (Black et al., 1999).

**Essais contrôlés randomisés** : essais cliniques qui comprennent au moins un traitement mis à l'essai et un traitement de contrôle, une adhésion et un suivi concurrents du groupe ayant suivi le traitement et du groupe de contrôle, et dans lesquels les traitements à administrer sont choisis au moyen d'un processus aléatoire.

**Examen systématique** : application d'une méthode scientifique rigoureuse à la préparation d'un article d'analyse (National Health and Medical Research Centre, 1998). Les examens systématiques permettent d'établir les domaines où les effets des soins de santé sont uniformes, les domaines où les résultats d'études peuvent être appliqués à différentes populations, différents environnements et des différences relatives au traitement (p. ex., posologie), et les domaines dans lesquels les effets peuvent varier considérablement. Le recours à des méthodes explicites et systématiques lors des examens limite les déviations (erreurs systématiques) et réduit les effets attribuables au hasard, fournissant ainsi des résultats plus fiables sur lesquels il est possible de tirer des conclusions et de prendre des décisions (Higgins et Green, 2008).

**Intervenant** : un individu, un groupe ou un organisme ayant un intérêt direct dans les décisions et les mesures prises par des organismes, qui peut tenter d'influencer ces décisions et ces mesures (Baker, et al., 1999). Les intervenants comprennent tous les individus ou groupes qui seront affectés directement ou indirectement par le changement ou la solution au problème.

**Lignes directrices pour la pratique clinique ou lignes directrices sur les pratiques exemplaires** : énoncés élaborés de façon systématique pour aider les praticiens et le client à prendre des décisions concernant les soins appropriés pour une situation clinique (pratique) particulière (Field et Lohr, 1990).

**Recommandations relatives à la formation** : énoncés des exigences pédagogiques et des approches/stratégies pédagogiques pour l'introduction, la mise en œuvre et la viabilité de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires.

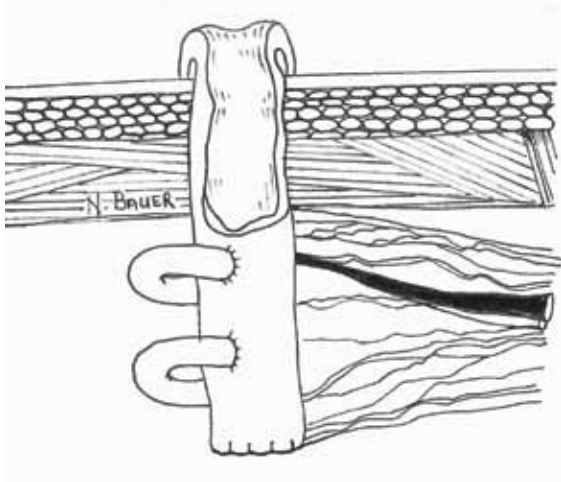
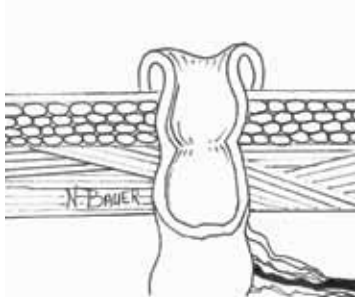
**Recommandations relatives à la pratique professionnelle** : énoncés relatifs aux pratiques exemplaires, axés sur la pratique des professionnels de la santé et qui sont préférablement fondés sur les données probantes.

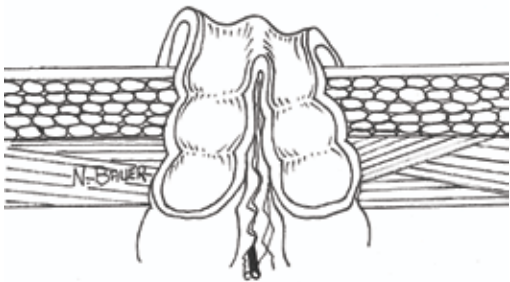
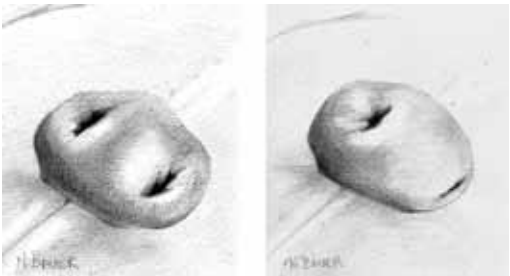
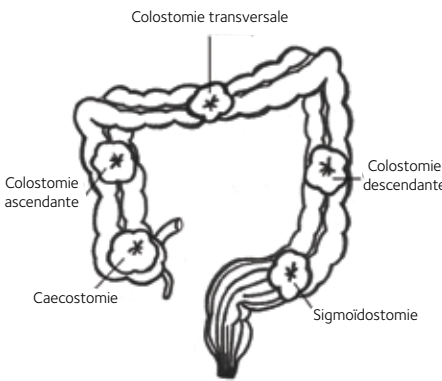
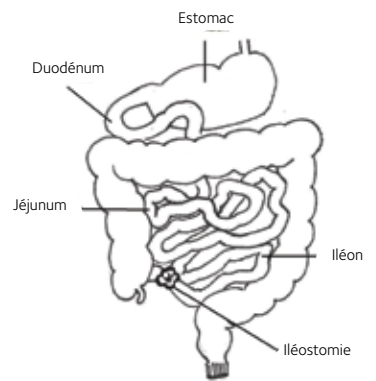
**Recommandations relatives à l'établissement et aux règlements** : énoncés des conditions requises pour établir des pratiques permettant la mise en œuvre réussie de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires. Les conditions liées à la réussite incombent généralement à l'établissement, bien qu'elles puissent avoir des implications pour les politiques à un niveau gouvernemental ou social plus large.



## Annexe B : Glossaire de termes cliniques

Appareillage	Également appelé système de poche. Voir l'annexe O pour les appareillages et les accessoires pour stomies.
Ceintures	Voir l'annexe O pour les appareillages et les accessoires pour stomies.
Colectomie	Ablation d'une partie ou de la totalité du côlon.
Colostomie	L'ouverture créée chirurgicalement par laquelle une partie du côlon est apportée jusqu'à la surface de la peau en traversant la paroi abdominale. Les colostomies peuvent être décrites plus précisément en termes de construction, d'emplacement et de permanence.
Convexité	Surface courbée ou arrondie vers l'extérieur; crée une tension sur la peau, aplatisant le contour de la peau péristomiale afin qu'une stomie ait une saillie plus prononcée; peut être intégrée (faire partie de la barrière) ou ajoutée (anneaux pour barrière cutanée). Voir l'annexe O pour les appareillages et les accessoires pour stomies.
Dénudement	Peau rouge et abîmée; toute érosion et ulcération superficielle produite de façon mécanique ou chimique.
Dermatite	Voir Dermatite de contact péristomiale (allergique ou irritative)
Déviation	Création chirurgicale d'une autre voie pour l'évacuation de l'effluent du tractus gastrointestinal ou du tractus urinaire, peut être décrite comme « continente » ou « incontinente ».
Effluent	Matières évacuées – urine ou selles.
Électrolyte	Sel ionisé contenu dans le sang, les fluides des tissus et les cellules. Ces sels comprennent le potassium, le sodium et le chlore.
Maladie de Crohn	Inflammation et ulcération, généralement de la partie terminale de l'iléon ou de l'intestin grêle.
Résection abdomino-périnéale	Une procédure utilisant une approche abdominale et périnéale pour la résection du cancer du rectum. Cette procédure nécessite l'ablation du rectum et des glandes lymphatiques périrectales.
Ressources d'éducation	Livres, revues, vidéos, CD, sites Web, dispositifs d'apprentissage, logiciels.
Valve anti-reflux	Valve incorporée à l'appareillage pour urostomie. Cette valve empêche l'urine de remonter dans les reins une fois qu'elle s'est drainée dans la poche.

Appareillages pour stomie	Se composent d'une barrière cutanée et d'un dispositif de collecte qui permet de recueillir l'effluent et de protéger la peau. Les appareillages pour stomie sont disponibles en produits à une pièce ou à deux pièces. La poche est attachée à la barrière cutanée, qui adhère à l'abdomen, et est ajustée au-dessus et autour de la stomie afin de recueillir les selles et l'urine. Voir l'annexe O pour obtenir une description des appareillages et des accessoires pour stomie.
Candidose péristomiale	La prolifération d'un organisme du genre <i>Candida</i> , dont l'ampleur est suffisante pour causer une inflammation, une infection ou une maladie de la peau péristomiale.
Choix de l'emplacement de la stomie (préopératoire)	Choix de l'emplacement idéal pour la stomie sur l'abdomen avant la chirurgie, effectué par un professionnel de la santé qualifié, généralement l'infirmière stomothérapeute ou le chirurgien, afin d'aider à prévenir les complications futures et les problèmes liés à l'appareillage.
Colite ulcéreuse	Inflammation ulcéreuse des couches des muqueuses et sous-muqueuses, caractérisée par des rémissions et des exacerbations (poussées actives).
Collerette	Voir l'annexe O pour les appareillages et les accessoires pour stomies.
Conduit iléal (urostomie)	<p>Une méthode de détournement du courant d'urine en greffant les urètres dans un segment de l'iléon préparé et isolé, dont une extrémité est suturée pour le fermer. L'autre extrémité est raccordée à une ouverture dans la paroi abdominale.</p> <p>La procédure de création d'un conduit iléal est la forme d'urostomie la plus commune. La partie de l'intestin produira du mucus.</p>  <p>Illustration par Nancy Bauer, HBA, HB Admin, inf. aut., infirmière stomothérapeute. Publié avec autorisation.</p>
Construction d'une stomie terminale	<p>Une stomie dans laquelle l'extrémité coupée proximale du côlon est formée en stomie et le côlon distal est soit réséqué, soit fermé.</p>  <p>Illustration par Nancy Bauer, HBA, HB Admin, inf. aut., infirmière stomothérapeute. Publié avec autorisation.</p>

<p><b>Création d'une stomie en trompe</b></p>	<p>Généralement créée dans le côlon transverse. Une stomie en trompe peut être créée dans l'intestin grêle et dans le gros intestin. Il s'agit d'une stomie à deux ouvertures : la première élimine les selles, la deuxième le mucus.</p>  <p>Vue transversale Illustration par Nancy Bauer, HBA, HB Admin, inf. aut., infirmière stomothérapeute. Publié avec autorisation.</p>  <p>Vue de dessus Illustration par Nancy Bauer, HBA, HB Admin, inf. aut., infirmière stomothérapeute. Publié avec autorisation.</p>
<p><b>Dermatite allergique péristomiale de contact</b></p>	<p>Toute inflammation de la peau qu'on pense être attribuable à une réaction allergique à des composants d'un produit (appareillages ou accessoires pour stomie).</p>
<p><b>Dermatite irritative péristomiale de contact</b></p>	<p>Lésions cutanées causées par le contact avec l'effluent fécal ou urinaire.</p>
<p><b>Emplacement de la stomie</b></p>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p><b>Colostomie</b></p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p><b>Iléostomie</b></p>  </div> </div> <p>Illustration par Nancy Bauer, HBA, HB Admin, inf. aut., infirmière stomothérapeute. Publié avec autorisation.</p>

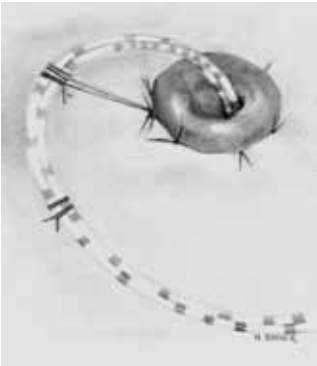
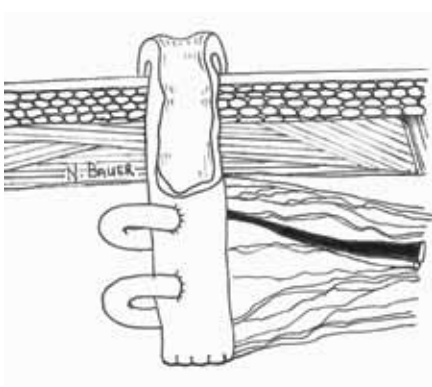


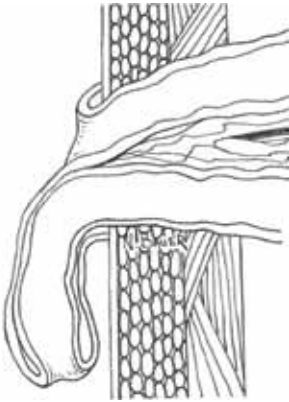
<p><b>Endoprothèse</b></p>	<p>Tout matériau ou dispositif utilisé pour maintenir le tissu en place, pour maintenir l'ouverture des vaisseaux sanguins, ou pour fournir un soutien à une greffe ou à une anastomose pendant la guérison.</p> <p>P. ex., soutient l'anastomose ou empêche le blocage attribuable à l'œdème des urètres au niveau des sites d'insertion dans l'iléon à la suite de la formation d'un conduit iléal.</p>	
<p><b>Fistule muqueuse</b></p>	<p>La partie de l'intestin qui ne fonctionne plus, qui est ramenée à la surface de la peau.</p> <p>La fistule muqueuse a généralement un profil plus bas que la stomie fonctionnelle.</p>	
<p><b>Folliculite</b></p>	<p>Inflammation d'un (de) follicule(s), généralement causée par le <i>Staphylococcus aureus</i>.</p>	
<p><b>Fournisseurs aux organismes</b></p>	<p>Infrastructure organisationnelle de soins de santé : hôpitaux, cliniques pour les malades externes, soins communautaires, ressources et secteur.</p>	
<p><b>Granulome</b></p>	<p>Se présente sous forme de tissu friable, généralement de petite bosses arrondies parsemées sur la fonction cutanéomuqueuse, pouvant être causé par le matériau des sutures retenu ou réactif.</p>	
<p><b>Hernie – péristomiale ou parastomiale</b></p>	<p>Une hernie parastomiale est une anomalie dans le fascia qui permet à un segment d'intestin de sortir dans la section faible. Pendant la création de la stomie, une ouverture est pratiquée dans le fascia pour permettre d'avancer l'intestin. Chez certains clients, cette anomalie peut s'agrandir, laissant l'intestin créer un renflement dans cette section. La hernie peut être soutenue au moyen d'une ceinture large ou d'un bandage, ou peut nécessiter une correction chirurgicale.</p>	

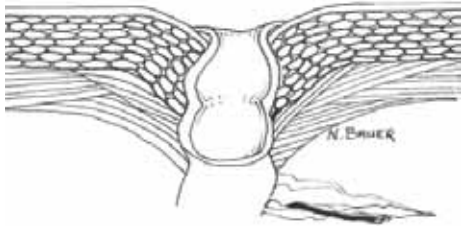
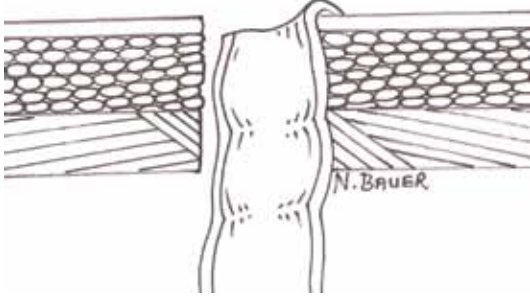
Illustration par Nancy Bauer, HBA, HB Admin, inf. aut., infirmière stomothérapeute. Publié avec autorisation.

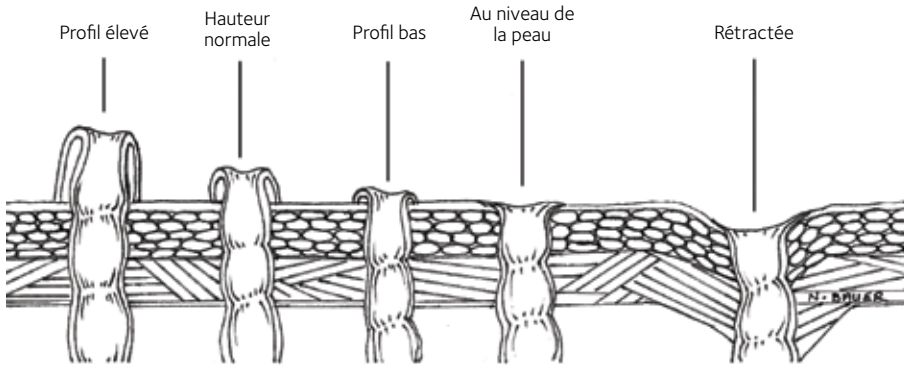

Illustration par Nancy Bauer, HBA, HB Admin, inf. aut., infirmière stomothérapeute. Publié avec autorisation.

Illustration par Nancy Bauer, HBA, HB Admin, inf. aut., infirmière stomothérapeute. Publié avec autorisation.

Hyperplasie	Prolifération excessive de cellules normales dans le tissu normal d'un organe.
Iléostomie	Un passage chirurgical pratiqué dans la paroi abdominale, au travers duquel un segment de l'iléon est extériorisé. Une stomie terminale ou une stomie en trompe peut être créée.
Infirmière en soin des plaies, des stomies et de l'incontinence (WOCN)	Voir Infirmière stomothérapeute.
Infirmière spécialisée en soins des stomies	Voir Infirmière stomothérapeute.
Infirmière stomothérapeute	Infirmière autorisée qui possède les connaissances avancées et la préparation en compétences cliniques fournies par un programme de certification reconnu sur la prise en charge des stomies, des plaies et de l'incontinence.
Irrigation du côlon/ du gros intestin	Procédure consistant à instiller un fluide dans une stomie fécale afin d'encourager l'élimination des selles avant une intervention chirurgicale, ou comme une solution de rechange au port de poches, pour certains clients.
Jonction cutanéomuqueuse	La jonction entre la peau et une membrane muqueuse, comme une stomie.
Karaya	Voir l'annexe O pour les appareillages et les accessoires pour stomies.
Lésions pseudo-verruqueuses	Lésions semblables à des verrues présentes dans la zone péristomiale.
Maladie intestinale inflammatoire	Le terme utilisé pour dénoter plusieurs maladies chroniques avec rechute du tractus gastrointestinal, dont l'étiologie est inconnue. Voir Colite ulcéreuse ou Maladie de Crohn.
Obstruction (intestinale)	Un blocage complet ou partiel du gros intestin ou de l'intestin grêle.
Peau péristomiale	Les 3 à 4 pouces (10 × 10 cm) de peau qui entourent une stomie abdominale.
Péristaltisme	Mouvement constitué par une succession de contractions se propageant d'amont en aval, qui permet à certains organes creux (particulièrement le tube digestif) d'assurer la propulsion de leur contenu.

Poche (appareillage ou sac)	Un contenant étanche qui recueille l'effluent (urine ou selles).
Procédure de Hartmann	<p>[Henri Hartmann, chirurgien français, 1860–1952] L'ablation chirurgicale d'une portion malade du côlon distal ou du rectum proximal avec création d'une colostomie terminale, accompagnée de la suture en surjet du reste du côlon distal ou du rectum.</p> <p>La procédure peut constituer la première partie d'une chirurgie en deux parties, au cours de laquelle la colostomie et le reste suturé en surjet sont reconnectés plus tard.</p> <p>La procédure de Hartmann est surtout utilisée chez les clients affaiblis ou dans les circonstances émergentes qui font en sorte qu'une anastomose primaire ou une excision complète du segment distal ne serait pas appropriée.</p>  <p>Illustration par Nancy Bauer, HBA, HB Admin, inf. aut., infirmière stomothérapeute. Publié avec autorisation.</p>
Proctocolectomie	Ablation chirurgicale du côlon et du rectum.
Prolapsus (stomial)	<p>Une complication de la chirurgie pour stomie, entraînant le « télescopage » de l'intestin au travers de la stomie. La longueur du prolapsus stomial peut varier.</p> <p>Cette complication se produit le plus souvent lors de la création d'une stomie en trompe transversale.</p> <p>Voir Création d'une stomie en trompe.</p>  <p>Illustration par Nancy Bauer, HBA, HB Admin, inf. aut., infirmière stomothérapeute. Publié avec autorisation.</p>
Pyoderma Gangrenosum	<p>Une forme rare de la présentation ulcérate ou gangréneuse de la maladie. Se présente sous forme de pustules entourées d'une bordure enflammée, qui progressent rapidement pour former des ulcérations ayant une base granuleuse ou encroûtée et des bords saillants d'un violet bleuté.</p>

Relation thérapeutique	Une relation ayant un but, axée sur les objectifs, dans le meilleur intérêt du client et qui vise à obtenir les meilleurs résultats possible.
Ressources financières	Aide fournie par le gouvernement, assurances, soutien du secteur, associations.
Ressources humaines	Connaissances, aptitudes, compétences spécialisées et talents des professionnels de la santé (Kerzner, 2001).
Ressources sociales	Groupes d'entraide, bulletins d'information, conférences, camps, famille, autres personnes qui offrent un soutien.
Rétraction (stomie rétractée)	<p>La disparition de la protrusion normale de la stomie jusqu'au niveau de la peau ou sous la peau. Cette situation peut être intermittente – les clients déclarent parfois que la stomie disparaît lorsqu'ils sont assis ou lorsque les intestins fonctionnent.</p> <p>Voir Stomie au niveau de la peau – Hauteur de la stomie.</p>  <p>Illustration par Nancy Bauer, HBA, HB Admin, inf. aut., infirmière stomothérapeute. Publié avec autorisation.</p>
Séparation cutanéomuqueuse	<p>Le détachement de la stomie d'avec la peau. Il peut être causé par une guérison inadéquate, une tension sur l'intestin ou une infection superficielle.</p>  <p>Illustration par Nancy Bauer, HBA, HB Admin, inf. aut., infirmière stomothérapeute. Publié avec autorisation.</p>
Sténose	Le rétrécissement ou la contraction de la stomie au niveau de la peau ou du fascia, nuisant à l'évacuation de l'effluent.
Stomie	<p>Une intervention chirurgicale qui crée une ouverture entre le tractus urinaire ou gastrointestinal et la peau.</p> <p>Vient du mot grec qui signifie « bouche »; ouverture pratiquée lors d'une chirurgie pour permettre l'évacuation de l'effluent</p>

<p>Stomie au niveau de la peau</p>	<p>A stoma that is level with the skin. See appendix O for pouching systems. Stoma Height - Cross sectional Profiles.</p>  <p>Illustration par Nancy Bauer, HBA, HB Admin, inf. aut., infirmière stomothérapeute. Publié avec autorisation.</p>
<p>Stomie – permanente</p>	<p>Une stomie qui ne sera jamais fermée.</p>
<p>Stomie – temporaire</p>	<p>En général, le plan chirurgical consiste à reconnecter l'intestin et à fermer la stomie.</p>
<p>Tige</p>	<p>Tout matériau ou dispositif de soutien utilisé lors de la création d'une iléostomie en trompe. Il est inséré sous le segment d'intestin extériorisé afin de maintenir sa position sur la surface abdominale.</p> <p>Voir Création d'une stomie en trompe.</p>  <p>Illustration par Nancy Bauer, HBA, HB Admin, inf. aut., infirmière stomothérapeute. Publié avec autorisation.</p>
<p>United Ostomy Association of Canada</p>	<p>Un organisme géré par des bénévoles, qui se consacre à aider toutes les personnes vivant avec des détournements gastrointestinaux ou urinaires en leur fournissant un soutien émotionnel et des services d'éducation et d'information par l'entremise des membres, de la famille, des fournisseurs de soins associés et du grand public.</p>
<p>Urostomie</p>	<p>Voir Conduit iléal.</p>
<p>Visiteur en matière de stomie</p>	<p>Une personne stomisée qui a suivi un programme de formation et qui rend visite aux individus avant ou après la chirurgie pour stomie. Le visiteur offre un soutien et des conseils concrets plutôt que des renseignements médicaux.</p>



## Annexe C : Processus d'élaboration de la ligne directrice

La RNAO, avec le soutien financier du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, s'est lancée sur un projet d'une durée de plusieurs années, traitant de l'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers, d'une mise en œuvre pilote, de leur évaluation et de leur diffusion. L'un des domaines sur lesquels l'Association se concentre est les interventions en matière de soins infirmiers concernant la prise en charge et les soins des stomies. Ce travail a été effectué de façon impartiale, sans influence du gouvernement de l'Ontario.

En janvier 2008, un groupe d'infirmières et d'infirmiers, de chercheurs et d'autres professionnels de la santé qui possédaient de l'expérience en matière de pratique et de recherche relativement aux soins et à la prise en charge des stomies, provenant d'une gamme d'établissements, a été convoqué sous l'égide de la RNAO. Le groupe d'experts a discuté de la portée de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires et est parvenu à un consensus à ce sujet.

Par la suite, une recherche effectuée dans les ouvrages scientifiques afin de trouver des lignes directrices sur les pratiques cliniques, des examens systématiques, des études de recherche pertinentes et des sites Web a été effectuée. Aucune ligne directrice sur les pratiques exemplaires existante n'a été trouvée. Dans le cadre du processus rigoureux d'élaboration des lignes directrices dans le cadre du programme de lignes directrices sur les pratiques cliniques exemplaires, un examen systématique a été effectué. Consultez l'annexe D pour obtenir des renseignements sur la stratégie de recherche et ses résultats.

Les membres du groupe d'experts ont discuté des résumés des données probantes et des articles clés et sont arrivés à un consensus sur les meilleures données disponibles sur lesquelles baser leurs recommandations. Le groupe d'experts s'est alors divisé en sous-groupes d'experts en différents sujets afin de rédiger des recommandations relatives aux interventions en matière de soins infirmiers. Le résultat du processus a été l'élaboration de recommandations en matière de pratique, d'éducation, d'organisation et de politique. Les membres du groupe d'experts ont révisé ensemble les recommandations provisoires, ont discuté des lacunes, ont examiné les données provisoires et se sont entendus relativement à une série finale de recommandations.

Ce document provisoire a été présenté à un groupe d'intervenants externes à des fins de vérification et de rétroaction – ces vérificateurs sont remerciés sur la page 14 du présent document. Les intervenants représentaient différents groupes de professionnels de la santé, de clients et de familles, ainsi que des associations professionnelles. Les intervenants externes ont reçu une série de questions spécifiques afin d'orienter leurs commentaires et ont pu donner une rétroaction spécifique et leurs impressions générales.

Les commentaires des intervenants ont été compilés et vérifiés par le groupe d'élaboration – les discussions et le consensus ont entraîné des révisions au document provisoire avant la mise à l'essai.

## Annexe D : Processus suivi pour les examens systématiques et la stratégie de recherche

La stratégie de recherche utilisée lors de l'élaboration de cette ligne directrice a ciblé deux domaines clés. Le premier consistait en une recherche structurée des sites Web afin de trouver des lignes directrices sur les pratiques cliniques publiées concernant les soins et la prise en charge des stomies, et le deuxième était un examen de la documentation afin de trouver des études primaires, des méta-analyses et des examens systématiques publiés dans ce domaine entre 1998 et 2008.

### Partie 1 : Recherche portant sur les lignes directrices

En décembre 2007, une personne a procédé à une recherche sur une liste établie de sites Web afin de trouver du contenu associé au sujet. La liste de sites a été compilée en se basant sur la connaissance actuelle relative aux sites Web présentant les pratiques fondées sur les données probantes, aux développeurs de lignes directrices connus, ainsi que sur les recommandations trouvées dans la documentation. La présence ou l'absence de lignes directrices a été notée pour chaque site faisant l'objet de la recherche, ainsi que la date de la recherche. Il était parfois indiqué que le site ne contenait pas de lignes directrices, mais un renvoi était effectué vers un autre site Web ou une autre source pour l'obtention des lignes directrices. Les lignes directrices ont été téléchargées si des versions intégrales étaient disponibles, ou commandées par téléphone ou par courriel.

- Agency for Healthcare Research and Quality: [www.ahrq.gov](http://www.ahrq.gov)
- Alberta Medical Association – Clinical Practice Guidelines: [www.albertadoctors.org](http://www.albertadoctors.org)
- American College of Chest Physicians: [www.chestnet.org/education/hsp/guidelinesProducts.php](http://www.chestnet.org/education/hsp/guidelinesProducts.php)
- American Medical Association: [www.ama-assn.org](http://www.ama-assn.org)
- Bandolier Journal: [www.medicine.ox.ac.uk/bandolier](http://www.medicine.ox.ac.uk/bandolier)
- British Columbia Council on Clinical Practice Guidelines: [www.bcguidelines.ca/gpac](http://www.bcguidelines.ca/gpac)
- British Medical Journal – Clinical Evidence: [www.clinicalevidence.com/ceweb/conditions/index.jsp](http://www.clinicalevidence.com/ceweb/conditions/index.jsp)
- Canadian Centre for Health Evidence: [www.cche.net/che/home.asp](http://www.cche.net/che/home.asp)
- Canadian Cochrane Network and Centre: [www.ccmc.cochrane.org](http://www.ccmc.cochrane.org)
- Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé : [www.ccohta.ca](http://www.ccohta.ca)
- Institut canadien d'information sur la santé : [www.cihi.ca](http://www.cihi.ca)
- Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs : [www.ctfphc.org](http://www.ctfphc.org)
- Centers for Disease Control and Prevention : [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov)
- Centre for Evidence-Based Mental Health : <http://cebmh.com>
- Centre for Health Evidence : [www.cche.net/che/home.asp](http://www.cche.net/che/home.asp)
- Centre for Health Services and Policy Research : [www.chspr.ubc.ca](http://www.chspr.ubc.ca)
- Clinical Resource Efficiency Support Team (CREST) : [www.crestni.org.uk](http://www.crestni.org.uk)
- CMA Infobase : Clinical Practice Guidelines: <http://mdm.ca/cpgsnew/cpgs/index.asp>
- Cochrane Database of Systematic Reviews : [www.update-software.com/publications/cochrane](http://www.update-software.com/publications/cochrane)
- Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE) : [www.crd.york.ac.uk/crdweb](http://www.crd.york.ac.uk/crdweb)
- Evidence-based On-Call : [www.eboncall.org](http://www.eboncall.org)
- Guidelines Advisory Committee : [www.gacguidelines.ca](http://www.gacguidelines.ca)
- Institut de recherche en services de santé : [www.ices.on.ca](http://www.ices.on.ca)
- Institute for Clinical Systems Improvement : [www.icsi.org](http://www.icsi.org)
- Institute of Child Health : [www.ich.ucl.ac.uk/ich](http://www.ich.ucl.ac.uk/ich)

- Institute of Health Economics : [www.ihe.ca](http://www.ihe.ca)
- Joanna Briggs Institute : [www.joannabriggs.edu.au](http://www.joannabriggs.edu.au)
- Medic8.com : [www.medic8.com/ClinicalGuidelines.htm](http://www.medic8.com/ClinicalGuidelines.htm)
- Medscape Women's Health : [www.medscape.com/womenshealthhome](http://www.medscape.com/womenshealthhome)
- Monash University Centre for Clinical Effectiveness : [www.mihsr.monash.org/cce](http://www.mihsr.monash.org/cce)
- National Guideline Clearinghouse : [www.guidelines.gov](http://www.guidelines.gov)
- National Institute for Clinical Excellence (NICE) : [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)
- National Library of Medicine Health Services/Technology Assessment Test (HSTAT) : <http://hstat.nlm.nih.gov/hq/Hquest/screen/HquestHome/s/64139>
- Netting the Evidence: A SchHARR Introduction to Evidence-Based Practice on the Internet: [www.shef.ac.uk/scharr/ir/netting](http://www.shef.ac.uk/scharr/ir/netting)
- New Zealand Guidelines Group : [www.nzgg.org.nz](http://www.nzgg.org.nz)
- NHS Centre for Reviews and Dissemination : [www.york.ac.uk/inst/crd](http://www.york.ac.uk/inst/crd)
- NIH Consensus Development Program : <http://consensus.nih.gov>
- NIHR Health Technology Assessment Programme : [www.ncchta.org](http://www.ncchta.org)
- PEDro: The Physiotherapy Evidence Database : [www.pedro.org.au](http://www.pedro.org.au)
- Royal College of General Practitioners : [www.rcgp.org.uk](http://www.rcgp.org.uk)
- Royal College of Nursing : [www.rcn.org.uk/index.php](http://www.rcn.org.uk/index.php)
- Royal College of Physicians : [www.rcplondon.ac.uk](http://www.rcplondon.ac.uk)
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network : [www.sign.ac.uk](http://www.sign.ac.uk)
- Lignes directrices sur la pratique clinique de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada : [www.sogc.org/guidelines](http://www.sogc.org/guidelines)
- SUMSearch : <http://sumsearch.uthscsa.edu>
- The Qualitative Report : [www.nova.edu/ssss/QR](http://www.nova.edu/ssss/QR)
- TRIP Database : [www.tripdatabase.com](http://www.tripdatabase.com)
- U.S. Preventive Service Task Force : [www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm](http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm)
- University of California, San Francisco : [www.ucsf.edu](http://www.ucsf.edu)

De plus, une recherche sur Internet a été effectuée en utilisant le moteur de recherche « Google », en utilisant des termes clés, pour trouver les lignes directrices existantes sur les pratiques en matière de soin et de prise en charge des stomies. Cette recherche a été effectuée par une personne, qui a noté les résultats de la recherche, les sites Web consultés, la date et un résumé des résultats.

Il a également été demandé aux membres du groupe d'experts de consulter leurs archives personnelles afin de trouver les lignes directrices qui n'avaient pas été trouvées dans le cadre de la stratégie de recherche ci-dessus.

La stratégie de recherche décrite ci-dessus n'a permis de trouver aucune ligne directrice sur les soins et la prise en charge des stomies.

## PARTIE 2 : Examen de la documentation

Une recherche dans les bases de données a été effectuée par un bibliothécaire du Réseau universitaire de santé afin de trouver des données probantes existantes concernant les soins et la prise en charge des stomies. Une première recherche dans les bases de données CINAHL, PsycInfo, Medline, et EMBASE visant à trouver les études publiées entre 1998 et 2008 a été effectuée en janvier 2008. Cette recherche a été structurée de manière à répondre aux questions cliniques suivantes préparées par le groupe d'experts :

1. Quels sont les besoins physiques et psychosociaux qui nécessitent des interventions infirmières afin de préparer les nouveau-nés, les enfants ou les adultes à une chirurgie pour stomie?
  - a. Préopératoires
  - b. Postopératoires
  - c. Futurs/Suivi
2. Quelles interventions infirmières sont efficaces pour améliorer le soin des stomies et le soin de la peau péristomiale (p. ex., pour réduire le degré et la fréquence des complications, pour réduire le temps de guérison) chez les nouveau-nés, les enfants ou les adultes?
3. Quelles interventions infirmières sont efficaces pour encourager le patient à prendre soin lui-même de la stomie et de la peau péristomiale chez les enfants ou les adultes?
4. Quelles interventions infirmières sont efficaces pour la prise en charge des complications relatives aux stomies ou à la peau péristomiale chez les nouveau-nés, les enfants ou les adultes?
5. Quelles sont les considérations particulières relatives aux soins des personnes stomisées qui ont des besoins spéciaux, y compris les personnes aveugles?
6. Quelles sont les besoins en matière d'éducation pour les infirmières qui s'occupent de personnes stomisées?
7. Quelles interventions d'éducation axées sur le patient sont efficaces pour améliorer l'état physique et psychosocial de personnes stomisées?
8. Quelles ressources utilisées par les infirmières lors du soin des stomies sont les plus efficaces pour la prise en charge des stomies (p. ex., favoriser la guérison, réduire les complications)?
9. Quelles ressources utilisées par les patients dans le cadre de soins autonomes des stomies et de la peau péristomiale sont les plus efficaces pour la prise en charge des stomies (p. ex., favoriser la guérison, réduire les complications)?

Pour obtenir des renseignements détaillés sur les résultats de la recherche, veuillez vous reporter à *Ostomy Care and Management: a systematic review of the assessment and management of colostomies, ileostomies, and urostomies, including the assessment and management of peristomal skin* (Mayo et al., sous presse).

# Annexe E : Exemple de dossier d'enseignement sur les stomies

## DOSSIER D'ENSEIGNEMENT SUR LES STOMIES

Client : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Avant la chirurgie : enseignement achevé	Date et initiales
Date de l'intervention	
Type de chirurgie/de stomie	
Raison de la chirurgie	
Visite par l'infirmière stomothérapeute	
Choix et marquage de l'emplacement de la stomie	
Emplacement et aspect de la stomie	
A donné des livrets d'éducation sur la chirurgie	
A donné des échantillons du système de poche	
But de la poche et de la barrière cutanée	
Connaissance d'autres personnes ayant une stomie	
A visionné la vidéo sur les stomies	

Après la chirurgie : enseignement achevé à l'hôpital	Date et initiales
Stomie (taille, enflure, rétrécissement et aspect)	
Type de drainage pendant le séjour à l'hôpital	
Observer/aider à vider la poche	
Autonomie en matière de vidange de la poche	
Observer/aider à l'évacuation des gaz de la poche	
Autonomie en matière d'évacuation des gaz de la poche	
Observer/aider au changement de la poche et de la barrière cutanée	
Discuter des options en matière de contrôle des odeurs	
Signes de fuites de la poche (prévention et traitement)	
A visionné la vidéo sur les stomies et a reçu le livret d'éducation (si cela n'a pas été fait avant la chirurgie)	
Qui appeler en cas de problème après le congé de l'hôpital	

Après la chirurgie : enseignement à domicile achevé après le congé	Date et initiales
Type de drainage à la maison	
Stomie (taille, enflure, rétrécissement et aspect)	
Autonomie en matière de vidange de la poche	
Observer/aider au changement de la poche et de la barrière cutanée	
Autonomie en matière de changement de la poche et de la barrière cutanée	
Signes de fuites de la poche (prévention et traitement)	
Rupture de la peau (prévention et traitement)	
Instructions relatives à l'application	
Liste de fournitures/où se les procurer	
Soin des fournitures/trousse d'urgence	
Discuter des options en matière de contrôle des odeurs	
Instructions relatives à la nutrition/l'alimentation	
Bain	
Activités/déplacements	
Modifications des vêtements	
Préoccupations relatives à la fonction sexuelle	
Aide financière (PAAF, DVA, assurance privée, aide sociale, invalidité)	
Groupe d'entraide de l'Association canadienne des personnes stomisées	
Visiteur en matière de stomie	
Instructions relatives au congé de l'hôpital	

Colostomie : enseignement achevé	Date et initiales
Soin de la plaie périnéale (le cas échéant)	
Drainage muqueux par le rectum (si le rectum reste en place)	
Soin d'une fistule muqueuse (le cas échéant)	
Renseignements relatifs à l'irrigation d'une colostomie	
Essai d'irrigation d'une colostomie (facultatif)	
Constipation/diarrhée/gaz	

Iléostomie : enseignement achevé	Date et initiales
Soin de la plaie périnéale (le cas échéant)	
Drainage muqueux par le rectum (si le rectum reste en place)	
Perte de sodium et remplacement	
Perte de potassium et remplacement	
Obstruction/blocage et prise en charge	
Déséquilibre des fluides et traitement	
Médicaments	

Urostomie : enseignement achevé	Date et initiales
Raccordement de la poche à un sac à jambe supplémentaire (facultatif)	
Raccordement de la poche à un système de drainage nocturne (facultatif)	
Entretien du système de drainage nocturne ou du sac à jambe	
Mucus dans l'urine	
Absorption de fluides/jus de canneberge	
Infection urinaire	
Échantillon d'urine provenant de la stomie	

Signature de l'infirmière :

Initiales

Signature de l'infirmière :

Initiales

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Reproduit avec l'autorisation de ET NOW, CarePartners, Waterloo, Ontario.

## Annexe F : Renseignements relatifs à la sexualité

### Intimité et sexualité

- Évaluer la relation que le client avait avec son partenaire avant l'intervention chirurgicale ou les anciennes relations qu'il a eues, le cas échéant
- Rassurer le client et son partenaire en leur expliquant que les relations intimes peuvent reprendre une fois qu'il en a la force et qu'il s'est rétabli après la chirurgie
- Passer en revue avec le client et son partenaire les changements de la fonction sexuelle qui peuvent se produire à la suite de différents traitements (p., ex., chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie)
- Encourager le client/le partenaire à faire part de ses sentiments à son partenaire ou au fournisseur de soins
- Rappeler au client et à son partenaire qu'il existe de nombreuses façons de s'exprimer sexuellement
- Rassurer le client et son partenaire en leur expliquant que la proximité physique ne blessera pas la stomie
- Expliquer au client qu'il n'est pas nécessaire de dire à quelqu'un qu'il a une stomie, à moins qu'il estime que la relation devient plus sérieuse ou plus intime

### Conseils aux clients lors des situations d'intimité

- Planifier l'activité sexuelle pour les moments où la stomie est moins active
- Éviter les aliments qui peuvent augmenter la production de gaz ou d'odeurs
- Mettre des gouttes désodorisantes dans la poche
- Choisir une poche qui possède un filtre permettant d'évacuer les gaz
- Songer à utiliser des poches opaques ou recouvertes d'une toile ou d'une ceinture
- Passer à une poche « miniature » plus petite ou à un couvre-stomie
- Vider ou changer la poche avant l'activité
- Ajouter une ceinture pour stomie, au besoin
- Veiller à ce que les poches soient fixées solidement et bien ajustées
- Porter du parfum/de l'eau de Cologne
- Porter des dessous afin d'augmenter sa sensualité et camoufler la stomie
- Essayer différentes positions confortables
- Faire jouer de la musique afin d'éviter d'entendre des sons qui pourraient être gênants
- En cas d'accident, parler des sentiments et des émotions

### Sites Web

[www.ideas-na.com](http://www.ideas-na.com)

[www.intimatemomentsappareil.com](http://www.intimatemomentsappareil.com)

[www.mtsinai.on.ca](http://www.mtsinai.on.ca)

[www.weircomfees.com](http://www.weircomfees.com)

[www.meetanostomate.com](http://www.meetanostomate.com)

Source : Bressmer et al. (2008) Réimprimé avec autorisation



# Annexe G : Exemple de formulaire d'évaluation

## Dossier d'évaluation de la stomie

### RENSEIGNEMENTS DE BASE

Intervention chirurgicale : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Type de stomie :  Colostomie  Iléostomie  Urostomie  Fistule muqueuse  
 Autre : \_\_\_\_\_

Permanente  Temporaire Date approximative de la fermeture : \_\_\_\_\_

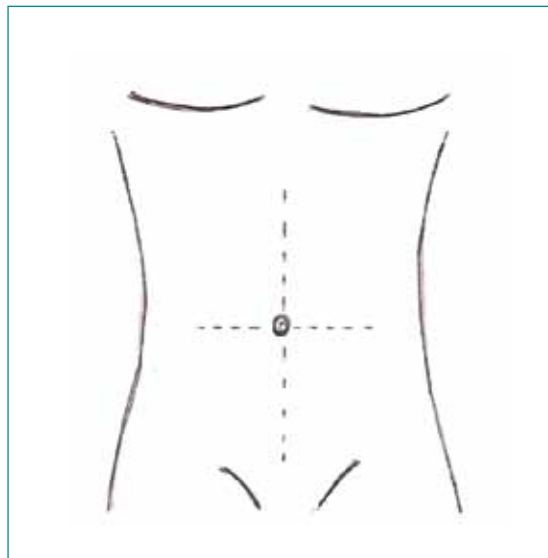
Stomie terminale  Stomie en trompe  Tige en place Date de l'enlèvement : \_\_\_\_\_

Endoprothèses urétérales Date de l'enlèvement : \_\_\_\_\_

Cathéter

### EMPLACEMENT DE LA STOMIE

Légende :	
S	stomie
T	tubes
p	plaie
FM	fistule muqueuse
PO	protubérance osseuse
PC	pli cutané



## ÉVALUATION

Apposer le paraphe à côté de l'évaluation appropriée lors de chaque changement d'appareillage pendant les 6 premières semaines, ou lorsqu'un problème est détecté.

		Date :					
<b>STOMIE</b>							
Taille	Ronde (mesurer au moyen du guide de mesure de la stomie)						
	Ovale (mesurer la longueur et la largeur)						
Couleur	Rouge (circulation sanguine suffisante)						
	Pâle (taux d'hémoglobine peu élevé)						
	Teinte rouge foncé/violacée (indique des ecchymoses)						
	Gris à noir (ischémie – pas de circulation sanguine)						
Autre :							
Aspect	Sain (luisant et humide)						
	Tendu (œdémateux)						
	Lacéré (la stomie a été coupée ou déchirée)						
	Granulomes (nodules sur la stomie)						
Protrusion	Normale (entre 1,5 et 2,5 cm)						
	À ras (la muqueuse au niveau de la peau)						
	Rétractée (sous le niveau de la peau)						
	Avec prolapsus (d'une longueur supérieure à 5 cm)						
Autre :							
<b>JONCTION CUTANÉO-MUQUEUSE</b>							
Intacte	(sutures intactes autour de la stomie)						
Détachée	à _____ heures (stomie détachée de la peau)						
<b>PEAU PÉRISTOMIALE</b>							
Couleur	En bonne santé (aucune différence avec la peau adjacente)						
	Érythème (rouge)						
	Avec ecchymoses (couleur violacée à jaunâtre)						
Intégrité	Intacte (aucune rupture de la peau)						
	Macérée (peau blanche et friable, trop d'humidité)						
	Érosion (dommages cutanés superficiels)						
	Éruptions (lésions sur la peau)						
	Ulcération (lésion traversant le derme)						
	Autre :						
Turgor	Normal (souple, bonne élasticité)						
	Flasque (mou)						
	Ferme (dur)						
Facteurs de prédisposition	Eczéma, psoriasis						
Autre :							

		Date :					
<b>EFFLUENT</b>							
Selles	Texture : Formées						
	Épaisses						
	Pâteuses						
	Molles						
	Flatuosité						
	Pas de fonction (ni selles ni flatuosité)						
	Production normale (entre 750 et 1000 mL)						
	Production élevée (plus de 1500 mL en 24 heures)						
	Production peu élevée (moins de 500 mL en 24 heures)						
Urine	Couleur : paille à ambrée						
	Teinte rose						
	Rouge						
	Transparence : translucide						
	Trouble						
	Sédiment						
	Odeur : aucune						
	Légère						
	Désagréable						
Production normale (entre 1200 et 2500 mL en 24 heures)							
Production élevée (plus de 2500 mL en 24 heures)							
Production peu élevée (moins de 1200 mL en 24 heures)							
<b>PERCEPTION DU PATIENT</b>							
	Intéressé/pose des questions						
	Se détourne lors du changement de la stomie						
<b>APPAREILLAGE POUR STOMIE UTILISÉ</b>							
	Une pièce						
	Deux pièces						
	Convexité						
	Pâte/bandes/barrières citanées						
	Poudre pour stomie						
	Ceinture						

Signature :

Initiales

Signature :

Initiales

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Signature :

Initiales

Signature :

Initiales

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

La RNAO souhaite remercier Karen Bruton, inf.aut., B.Sc inf(c), infirmière stomothérapeute, et Helen Fatum, inf.aut., B.Sc. inf. infirmière stomothérapeute, membres du groupe d'experts, pour l'élaboration de ce formulaire d'évaluation.

## Annexe H : Les médicaments et le fonctionnement de la stomie

Classe de médicaments	Type de médicaments	Type de stomie	Commentaires généraux (pour obtenir des renseignements spécifiques, voir le CPS)
Analgésique	Acétaminophène	Conduit iléal Iléostomie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Urine trouble, hématurie, éruptions cutanées, démangeaisons</li> <li>• Dans le cas d'une iléostomie, les analgésiques ne doivent pas être à action prolongée</li> <li>• Diarrhée en cas de surdose</li> </ul>
	Salicylate	Iléostomie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prendre avec les repas pour assurer leur absorption</li> <li>• Éviter les médicaments kératinisés en raison de leur longue absorption</li> </ul>
		Colostomie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les selles de couleur rose ou rouge peuvent indiquer des saignements intestinaux</li> </ul>
	Opiacés	Colostomie  Iléostomie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Surveiller les schémas d'élimination de l'intestin</li> <li>• Constipation : dans le cas d'une colostomie descendante ou sigmoïde, des laxatifs émoullissants peuvent s'avérer nécessaires</li> <li>• Selles épaisses, iléus paralytique</li> </ul>
Adrénocorticoïde	Glucocorticoïde	Peau péristomiale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amincissement de la peau, pétéchies, hyperpigmentation, dermatite allergique</li> </ul>
Antiacide	Remarque : produits de magnésium, de calcium ou d'aluminium	Iléostomie Colostomie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contre-indiqué dans le cas d'obstruction de l'intestin, de saignements rectaux</li> <li>• Peut causer la diarrhée, la constipation</li> <li>• Peut causer une décoloration ou des « taches de couleur » dans les selles</li> <li>• Une utilisation chronique peut entraîner une dépendance pour le fonctionnement des intestins</li> </ul>
Antibiotique		Conduit iléal Iléostomie Colostomie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dommages aux reins, néphrotoxicité</li> <li>• Nausées, vomissements, diarrhée moyenne à grave</li> <li>• Entérocolite, mucosité</li> <li>• Colite pseudo-membraneuse – rare</li> <li>• Éruptions cutanées péristomiales</li> </ul>
Antifongique		Conduit iléal Iléostomie Colostomie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Surinfection de la voie gastro-intestinale avec une « mousse noire » sur la stomie</li> <li>• Selles ou urines malodorantes</li> </ul>

Classe de médicaments	Type de médicaments	Type de stomie	Commentaires généraux (pour obtenir des renseignements spécifiques, voir le CPS)
Anticoagulant	Héparine Warfarine	Conduit iléal Colostomie Iléostomie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saignements dans les selles ou l'urine</li> <li>• Diarrhée</li> <li>• Augmentation des saignements des muqueuses de la stomie</li> <li>• Iléostomie : alimentation normale pour maintenir une consommation adéquate de vitamine K, peut nécessiter une ordonnance</li> </ul>
Antidiarrhéique		Iléostomie Colostomie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Constipation, rash, nausées, vomissements, anorexie</li> <li>• Iléus paralytique</li> </ul>
Antiflatulent		Iléostomie Colostomie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réactions indésirables sans importance clinique connue ou contre-indications</li> </ul>
Antinéoplasique (agent chimiothérapeutique)		Iléostomie Colostomie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En raison de la large classification des agents chimiothérapeutiques, il est recommandé de consulter un pharmacien spécialisé en pharmacie et thérapie oncologiques</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diarrhée, nausées, vomissements, selles noires poisseuses, constipation</li> <li>• Dermate, mucosite, saignements inhabituels par la stomie, jaunissement de la peau</li> </ul>
		Conduit iléal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Changement de couleur de l'urine, hématurie</li> </ul>
Laxatifs	Agent mucilagineux Laxatif émoullient Stimulant	Iléostomie Colostomie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En raison de la grande variété de produits, consultez le pharmacien pour obtenir les implications spécifiques</li> <li>• <b>Non recommandé</b> dans le cas des iléostomies, sauf l'utilisation d'agents épaississants dans certaines situations</li> <li>• Contre-indication dans les cas d'obstruction intestinale, d'ulcération, de surcharge ou de douleurs abdominales. Ne remplace pas les alimentations à haute teneur en fibres</li> <li>• L'utilisation à long terme cause une décoloration marron des muqueuses, appelée melanos coli</li> <li>• Dépendance sur les laxatifs avec le temps</li> </ul>

Classe de médicaments	Type de médicaments	Type de stomie	Commentaires généraux (pour obtenir des renseignements spécifiques, voir le CPS)	
	Hyperosmotique	Iléostomie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diarrhée excessive, crampes abdominales, déshydratation, déséquilibre des électrolytes</li> </ul>	
	Lubrifiant	Colostomie Iléostomie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilisation prudente dans les cas de colostomie et d'iléostomie</li> <li>• <b>Non recommandé</b> chez les enfants de moins de 6 ans et chez les personnes âgées, qui sont susceptibles de souffrir de la pneumonie de déglutition</li> <li>• Irritation cutanée péristomiale</li> <li>• Nuit à l'étanchéité du système de stomie autour de la stomie</li> </ul>	
	Suppositoire	Colostomie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les suppositoires <b>ne sont pas recommandés</b></li> </ul>	
	Lavement		Iléostomie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>N'EST JAMAIS EFFECTUÉ DANS LE CAS D'UNE ILÉOSTOMIE OU D'UN CONDUIT ILÉAL</b></li> </ul>
			Colostomie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peu d'avantages pour les colostomies ascendantes ou les colostomies transversales, en raison de selles pâteuses</li> <li>• Dans le cas des colostomies descendantes et des colostomies sigmoïdes, peut aider à enlever les selles résiduelles ou les particules lors des procédures radiographiques après le diagnostic</li> <li>• Peut être utilisé pour nettoyer une fistule muqueuse de l'intestin grêle au moyen d'une solution saline normale</li> <li>• Peut être utilisé pour nettoyer une fistule muqueuse du gros intestin au moyen d'une solution sur ordonnance au choix</li> <li>• Pour minimiser le risque de perforation intestinale, l'utilisation d'une tête conique est recommandée pour l'administration</li> </ul>
Contrôle chimique des odeurs		Iléostomie Colostomie  Conduit iléal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ne jamais utiliser l'aspirine comme désodorisant pour les poches, en raison du risque d'ulcérations des muqueuses</b></li> <li>• Lire les instructions attentivement lors d'une administration par la bouche (usage interne) ou de l'insertion dans la poche pour stomie (usage externe)</li> <li>• Aucun besoin d'un désodorisant pour la poche, mais il est possible d'utiliser du vinaigre dilué dans le sac de vidange au chevet pendant la nuit</li> </ul>	

Classe de médicaments	Type de médicaments	Type de stomie	Commentaires généraux (pour obtenir des renseignements spécifiques, voir le CPS)
	Composés de subcarbonate de bismuth		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peut être pris par la bouche ou inséré dans la poche</li> <li>• La prise par la bouche peut entraîner des selles poisseuses noires ou la constipation</li> </ul>
	Composés de chlorophylle		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peut être pris par la bouche ou inséré dans la poche</li> <li>• La prise par la bouche peut entraîner des selles molles verdâtres et une langue verte</li> </ul>
Contraceptifs oraux		Iléostomie Colostomie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absorbés dans la partie la plus proximale de l'iléon (intestin grêle) avec un bon effet</li> <li>• Il faut demander au client de surveiller si des morceaux du comprimé se retrouvent dans la poche pour stomie, ce qui indique une malabsorption</li> <li>• Les clients qui présentent un « syndrome de l'intestin court » connu doivent être conseillés afin d'adopter une autre méthode</li> </ul>
Vitamines		Iléostomie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Malabsorption possible de la vitamine B12, surveillance requise</li> <li>• Comme les comprimés kératinisés ne seront peut-être pas absorbés, une forme posologique différente doit être utilisée</li> </ul>
		Conduit iléal  Colostomie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'acide ascorbique pris conjointement avec des sulfamides est contre-indiqué en raison de la cristallisation dans le rein</li> <li>• La vitamine C peut causer une irritation péristomiale</li> <li>• En général, les vitamines peuvent causer une odeur fécale et urinaire plus forte et modifier la couleur de l'urine</li> </ul>

La RNAO souhaite remercier Rob Campbell, B.Sc.phm., directeur de la pharmacie ambulatoire du London Health Sciences Centre, pour sa contribution au tableau de médicaments.

## Annexe I : Gestion de l'alimentation Conseils relatifs aux soins de la stomie

### Signes et symptômes de la déshydratation :

- Étourdissements
- Faiblesse
- Soif
- Bouche et langue sèches
- Réduction de la quantité d'urine produite
- Urine jaune foncé
- Sentiment d'agitation

### Aliments qui peuvent épaissir les selles :

- Compote de pommes
- Son d'avoine
- Gruau
- Pommes de terre
- Marshmallows
- Beurre d'arachides
- Biscuits soda
- Riz
- Tapioca
- Bananes
- Pâtes
- Pain
- Fromage

### Aliments qui peuvent liquéfier les selles :

- Alcool (bière, vin et spiritueux)
- Jus de pruneaux
- Légumineuses
- Réglisse noire
- Chocolat
- Aliments épicés
- Boissons contenant de la caféine (thé, café, colas)

American Dietetic Association et Les diététistes du Canada (2000)



## Aliments riches en sodium et quantité approximative de sodium :

Aliment :	Quantité :	Quantité de sodium :
Sel de table	1 c. à café	2373 mg
Bouillon	250 ml	1217 mg
Cocktail de légumes	250 ml	690 mg
Bacon	1 tranche	178 mg
Cheddar	2 oz (50 gm)	310 mg
Jambon	1 tranche	436 mg
Soupe en boîte	250 ml	1660 mg
Cornichon	1 moyen	833 mg
Pizza surgelée	100 gm	555 mg
Saucisse	1	821 mg
Hot dog	1	670 mg
Crêpe	1 moyenne	368 mg
Cottage 2 % m.g.	125 ml	485 mg

## Aliments riches en potassium et quantité approximative de potassium :

Aliment :	Quantité :	Quantité de potassium :
Banane	1 grosse	487 mg
Abricots séchés	½ tasse	930 mg
Babeurre	250 ml	466 mg
Lait 2 % m.g.	250 ml	473 mg
Jus d'orange	250 ml	500 mg
Pêche crue	1 moyenne	186 mg
Tomate crue	1 moyenne	292 mg
Pomme de terre au four	1 moyenne	926 mg
Frites	portion moyenne	923 mg
Céréales All Bran	½ tasse	408 mg

## Contenu en sodium et en potassium des boissons énergisantes :

Gatorade 250 ml	Sodium : 102 mg	Potassium : 28 mg
(Santé Canada, 2008)		

## Signes et symptômes d'une obstruction de l'iléostomie ou de la colostomie

- Crampes abdominales, selles liquides ou aucune évacuation
- Évacuation de grandes quantités de selles liquides ou aucune évacuation
- Flatuosité réduite ou nulle
- Nausées et vomissements
- Distension abdominale
- Stomie enflée

Colwell, Goldberg, et Carmel, 2004

## Aliments pouvant causer une obstruction, que l'on évite généralement lors des 6 à 8 semaines après l'intervention :

- |                           |                        |                |
|---------------------------|------------------------|----------------|
| ■ Son de blé grossier     | ■ Boyaux à saucisse    | ■ Noix         |
| ■ Légumes chinois         | ■ Fruits secs          | ■ Maïs soufflé |
| ■ Noyaux/pépins de fruits | ■ Membrane des oranges | ■ Céleri       |
| ■ Germes de soja          | ■ Champignons crus     |                |
| ■ Grains entiers de maïs  | ■ Ananas cru           |                |

## Aliments communs qui produisent des gaz :

- |                   |                     |                      |
|-------------------|---------------------|----------------------|
| ■ Légumineuses    | ■ Concombre         | ■ Melon              |
| ■ Œufs            | ■ Brocoli           | ■ Oignon             |
| ■ Pelure de pomme | ■ Bière             | ■ Chou               |
| ■ Laitue          | ■ Boissons gazeuses | ■ Navet              |
| ■ Chou-fleur      |                     | ■ Choux de Bruxelles |

## Aliments communs qui peuvent causer un effluent malodorant ou décoloré :

- Ail
- Poisson
- Asperges
- Œufs
- Betteraves – l'urine peut devenir décolorée et prendre une teinte rougeâtre

## Instructions générales postopératoires à l'intention du client stomisé :

- Mâchez complètement vos aliments.
- Si un dentier est mal ajusté ou des dents manquent, cela peut nécessiter une modification de l'alimentation pour éliminer certains aliments qui, s'ils ne sont pas bien mâchés, peuvent entraîner des obstructions.
- Pendant la phase postopératoire, le péristaltisme peut augmenter, faisant en sorte que des aliments non digérés se retrouvent dans la poche pour stomie. Il faut rassurer le client en lui expliquant qu'avec le temps, le temps de transit diminuera et qu'avec une mastication suffisante, les aliments devraient être partiellement ou totalement décomposés.
- Évitez de consommer une quantité trop importante d'un même aliment, particulièrement s'il s'agit d'un aliment qui peut causer une obstruction.
- Au bout de 6 à 8 semaines, la plupart des clients peuvent reprendre une alimentation normale. Toutefois, on conseille de consommer entre 4 et 6 repas plus petits par jour plutôt que 2 ou 3 gros repas, pour permettre au tube digestif de mieux digérer et absorber les aliments. Cela est particulièrement vrai pour les clients qui ont subi une iléostomie. On recommande aux clients de prendre un repas du soir moins copieux si le sommeil est interrompu en raison d'une poche pleine au milieu de la nuit, ou de réduire la consommation de fluides quelques heures avant le sommeil dans le cas d'une urostomie.
- Évitez d'utiliser des pailles, de boire des boissons gazeuses ou de sauter des repas, car cela peut causer un excédent de gaz dans la poche.

## Annexe J : Diagrammes de processus pour l'enseignement relatif à une stomie.

### Stomies – Organigramme d'enseignement – STOMIES URINAIRES

**Objectifs relatifs aux connaissances :** effectuer toutes les étapes dans les 6 semaines qui suivent la chirurgie

Ce tableau aidera le patient et l'infirmière à assurer le suivi des progrès et des besoins en matière d'apprentissage, avant et après la chirurgie.

Ce que le patient comprend relativement à ce processus :

C = peut le comprendre/le décrire      R = a besoin d'aide      Incapable de comprendre  (indiquer dans la variation)

OU Date : \_\_\_\_\_      Date du CONGÉ DE L'HÔPITAL : \_\_\_\_\_

Objectifs relatifs aux connaissances	Pré-opératoire						À l'hôpital						Domicile											
	Semaine 1		Semaine 2		Semaine 3		Semaine 4		Semaine 5		Semaine 6		Semaine 1		Semaine 2		Semaine 3		Semaine 4		Semaine 5		Semaine 6	
1. A discuté des sentiments relatifs à la chirurgie et la stomie																								
2. A passé en revue les ressources/les groupes d'entraide																								
3. A passé en revue l'anatomie/la physiologie du tractus urinaire avant/après la chirurgie																								
4. A passé en revue le type de chirurgie et de stomie																								
5. A passé en revue les fournitures pour stomie et comment faciliter le financement																								
6. Prise en charge et prévention des odeurs d'urine																								
7. A passé en revue les exigences relatives à l'alimentation et aux fluides																								
8. Signes et symptômes d'une infection urinaire																								
9. Comment obtenir un échantillon d'urine si une infection urinaire est soupçonnée																								
10. Prise en charge de la trousse pour drainage nocturne																								
11. Changement de la taille de la stomie au bout de 6 semaines																								
12. Troubles de la peau péristomiale et prise en charge																								
13. Bain et douche																								
14. Reprise des activités																								
15. Activités sociales, retour au travail/à l'école																								
16. Voyages																								
17. Intimité et sexualité																								
18. Décrire le régime de changements de l'appareillage pour stomie																								
Autre																								

## Stomies – Organigramme d'enseignement – STOMIES URINAIRES – suite

**Procédures de prise en charge** : effectuer toutes les étapes dans les 6 semaines qui suivent la chirurgie

Infirmière stomathérapeute/Hôpital : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Niveau d'autonomie du patient :    **D** = Dépendant    **A** = Aide requise    **I** = Indépendant

À l'hôpital : exigences minimales, autonome relativement aux points 1 à 4 avant le congé. Idéalement, les points 1 à 20 essayés avec de l'aide avant le congé.

À domicile : maintient son autonomie relativement aux points 1 à 4; l'objectif est de devenir autonome relativement aux points 5 à 20 d'ici 4 à 6 semaines après la chirurgie

Procédures de prise en charge	Pré-opératoire						À l'hôpital														
	Domicile		Semaine 1		Semaine 2		Domicile		Semaine 3		Semaine 4		Domicile		Semaine 5		Domicile		Semaine 6		
1. Regarder/toucher la stomie																					
2. Vider la poche																					
3. Connecter/déconnecter la trousse pour drainage nocturne																					
4. Nettoyer la trousse pour drainage nocturne																					
5. Recueillir/préparer les fournitures pour un changement normal																					
6. Enlever l'appareillage pour stomie																					
7. Nettoyer la stomie et la peau péristomiale																					
8. Inspecter la stomie et la peau péristomiale et décrire leur état																					
9. Enlever les poils péristomiaux, au besoin																					
10. Mesurer la stomie																					
11. Tracer le motif sur l'endos de la collerette ou mouler la collerette (si le modèle utilisé est taillé sur mesure)																					
12. Tailler/mouler l'ouverture dans la collerette																					
13. Ajouter des anneaux pour barrière cutanée sur l'endos de la collerette (s'ils sont utilisés)																					
14. Vérifier que la peau est propre et sèche																					
15. Poser la collerette sur la peau																					
16. Fixer la poche à la collerette (avec un appareillage à 2 pièces)																					
17. Fermer le robinet																					
18. Fixer la ceinture pour stomie (si elle est utilisée)																					
19. Jeter les fournitures usées																					
Autre																					

## Stomies – Organigramme d'enseignement – STOMIES FÉCALES

**Objectifs relatifs aux connaissances :** effectuer toutes les étapes dans les 6 semaines qui suivent la chirurgie

Ce tableau aidera le patient et l'infirmière à assurer le suivi des progrès et des besoins en matière d'apprentissage, avant et après la chirurgie

Ce que le patient comprend relativement à ce processus :

C = peut le comprendre/le décrire      R = a besoin d'aide      Incapable de comprendre  (indiquer dans la variation)

OU Date : \_\_\_\_\_      À l'hôpital      Pré-opératoire      Domicile Semaine 1      Domicile Semaine 2      Domicile Semaine 3      Domicile Semaine 4      Domicile Semaine 5      Domicile Semaine 6

Objectifs relatifs aux connaissances	À l'hôpital	Pré-opératoire	Domicile Semaine 1	Domicile Semaine 2	Domicile Semaine 3	Domicile Semaine 4	Domicile Semaine 5	Domicile Semaine 6
1. A discuté des sentiments relatifs à la chirurgie et la stomie								
2. A passé en revue les ressources/les groupes d'entraide								
3. A passé en revue l'anatomie/la physiologie du tractus gastrointestinal avant/après la chirurgie								
4. A passé en revue le type de chirurgie et de stomie								
5. A passé en revue les fournitures pour stomie et comment faciliter le financement								
6. Prise en charge et prévention des gaz et des odeurs								
7. A passé en revue les exigences relatives à l'alimentation et aux fluides								
8. Signes/symptômes d'obstruction/de blocage et prise en charge								
9. Signes/symptômes de diarrhée et de déshydratation								
10. Signes/symptômes de constipation								
11. Changement de la taille de la stomie au bout de 6 semaines								
12. Troubles de la peau péristomiale et prise en charge								
13. Bain et douche								
14. Reprise des activités								
15. Activités sociales, retour au travail/à l'école								
16. Voyages								
17. Intimité et sexualité								
18. Décrire le régime de changements de l'appareillage pour stomie								
Autre								

## Stomies – Organigramme d'enseignement – STOMIES FÉCALES – suite

**Procédures de prise en charge** : effectuer toutes les étapes dans les 6 semaines qui suivent la chirurgie

Infirmière stomathérapeute/Hôpital : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Niveau d'autonomie du patient :      D = Dépendant      A = Aide requise      I = Indépendant

À l'hôpital : exigences minimales, autonome relativement aux points 1 à 4 avant le congé. Idéalement, les points 1 à 20 essayés avec de l'aide avant le congé.

À domicile : maintient son autonomie relativement aux points 1 à 4; l'objectif est de devenir autonome relativement aux points 5 à 20 d'ici 4 à 6 semaines après la chirurgie

Procédures de prise en charge	Pré-opératoire	À l'hôpital	Domicile Semaine 1	Domicile Semaine 2	Domicile Semaine 3	Domicile Semaine 4	Domicile Semaine 5	Domicile Semaine 6
1. Regarder/toucher la stomie								
2. Vider la poche								
3. Évacuer les gaz de la poche								
4. Ajouter des gouttes désodorisantes à la poche (facultatif)								
5. Recueillir/préparer les fournitures pour un changement normal								
6. Enlever l'appareillage pour stomie								
7. Nettoyer la stomie et la peau péristomiale								
8. Inspecter la stomie et la peau péristomiale et décrire leur état								
9. Enlever les poils péristomiaux, au besoin								
10. Mesurer la stomie								
11. Tracer le motif sur l'endos de la collerette ou mouler la collerette (si le modèle utilisé est taillé sur mesure)								
12. Tailler/mouler l'ouverture dans la collerette								
13. Ajouter de la pâte ou des anneaux pour barrière cutanée sur l'endos de la collerette (s'ils sont utilisés)								
14. Vérifier que la peau est propre et sèche								
15. Poser la collerette sur la peau								
16. Fixer la poche à la collerette (avec un appareillage à 2 pièces)								
17. Fermer l'extrémité de la poche au moyen de la pince ou de la fermeture intégrée								
18. Fixer la ceinture pour stomie (si elle est utilisée)								
19. Jeter les fournitures usées								
Autre								

Réimprimé avec l'autorisation du Centre d'accès aux soins communautaires de Toronto

Remerciements : CASC Toronto Central - Joanne Greco, directrice des services à la clientèle; CASC Toronto Central - Dipti Purbhoo, gestionnaire des services à la clientèle; CASC Toronto Central - Raquel Lashley, coordonnatrice des soins; SEHC Metro Toronto - Maureen Cooling, inf. aut., ET; Spectrum Health Care - Holly Murray, inf. aut, B.Sc. inf., WOCN; University Health Network - Debra Johnston, inf.aut., B.Sc.inf., ET; University Health Network - Claudia Ganson, inf.aut., B.Sc.inf., ET; ParaMed Home Health Care - Estrella Mercurio, inf.aut., B.Sc.inf., ET; Toronto East General Hospital - JoAnne McKeown, inf.aut., B.Sc.inf., WOCN; St. Michael's Hospital - Jo Hoeflok, inf.aut., B.Sc.inf., MA, ET, ACNP, CGN (C), Sunnybrook Health Sciences Centre - Debbie Miller, inf.aut., B.Sc.inf., M.inf., ET; Ostomy Toronto - Carol Roda.





## Annexe K : Sections ontariennes de L'Association canadienne des personnes stomisées

*Section de Belleville, Quinte West et la région*  
tél. 613-399-3010

*Brantford & District Ostomy Association*  
tél. 519-752-5037

*Comtés de Halton et de Peel*  
tél. 905-542-2386

*Hamilton & District Ostomy Association*  
tél. 905-389-8822

*Kitchener/Waterloo Area Ostomy Chapter*  
tél. 519-894-4573

*Section du district de Kawartha*  
tél. 705-292-9910

*London & District Ostomy Association*  
tél. 515-641-2782

*Niagara Ostomy Association*  
tél. 905-646-2228

*North Bay Ostomy Association*  
tél. 705-474-8600, poste 2065

*Oshawa & District Ostomy Association*  
tél. 905-665-1711, poste 558

*United Ostomy Support Group, Ottawa Inc.*  
tél. 613-447-0361

*Section de Sarnia/Lambton*  
tél. 519-344-9060

*Oshawa & District Ostomy Association*  
tél. 519-273-4327

*Sudbury & District Ostomy Association*  
tél. 705-693-3847

*Section de Sault Ste. Marie de l'ACPS*  
tél. 705-759-4940

*Thunder Bay (Sleeping Giant)*  
tél. 807-344-7736

*Ostomy Toronto*  
tél. 416-596-7718

*Windsor & District Ostomy Association*  
tél. 519-727-0488

Pour obtenir des renseignements supplémentaires sur les sections (sites Web, personne-ressource), consultez : L'Association canadienne des personnes stomisées [www.ostomycanada.ca](http://www.ostomycanada.ca)

## Annexe L : Renseignements relatifs aux ressources

Organisme	Description des ressources
Bladder Cancer “Webcafe” <a href="http://blcwebcafe.org">http://blcwebcafe.org</a>	Ressource en ligne pour les personnes ayant reçu un diagnostic de cancer de la vessie et les personnes qui s'occupent d'elles
Association Canadienne des Stomothérapeutes 1720, ch. Norway Ville Mont-Royal (Québec) H4P 1Y2 tél. 1-888-739-5072 <a href="http://www.caet.ca">www.caet.ca</a>	Livrets d'éducation (colostomie, iléostomie, urostomie)
Société canadienne du cancer tél. 1-888-939-3333 <a href="http://www.cancer.ca">www.cancer.ca</a>	Documentation d'éducation disponible en ligne (p. ex., information sur des types de cancer, disponibles en de nombreuses langues)
Canadian Society of Intestinal Research tél. 1-866-600-4875 <a href="http://www.badgut.com">www.badgut.com</a>	Documentation d'éducation disponible en ligne (p. ex., symptômes, traitement, recherche, groupes d'entraide disponibles)
Action Cancer Ontario 620 University Avenue Toronto (Ontario) M5G 2L7 tél. 416-971-9800 <a href="http://www.cancercare.on.ca">www.cancercare.on.ca</a>	Documentation d'éducation disponible en ligne (p. ex., prévention, dépistage pour de nombreux types de cancers, services disponibles en Ontario)
Association canadienne du cancer colorectal 60 St. Clair Avenue East, bureau 204 Toronto (Ontario) M4T 1N5 tél. 416-920-4333 <a href="http://www.colorectal-cancer.ca">www.colorectal-cancer.ca</a>	Documentation d'éducation disponible en ligne (p. ex., dépistage, traitement, nutrition, recherche)
Fondation canadienne des maladies inflammatoires de l'intestin 60 St. Clair Avenue East, bureau 600 Toronto (Ontario) M4T 1N5 <a href="http://www.cffc.ca">www.cffc.ca</a>	Documentation d'éducation disponible en ligne (p. ex., maladie de Crohn, colite, nutrition, sexualité)
Friends of Ostomates Worldwide – Canada 19 Stonehedge Park Ottawa (Ontario) K2H 8Z3 <a href="http://www.fowcanada.org">www.fowcanada.org</a>	Organisme sans but lucratif géré par des bénévoles. Envoie des fournitures et des documents à des pays du monde entier
Gay and Lesbian Ostomates (GLO) Network <a href="http://www.glo-uoa.org">www.glo-uoa.org</a>	Groupe d'entraide pour les stomisés homosexuels/ bisexuels, leurs partenaires, leur famille, leurs fournisseurs de soins et leurs amis

Organisation	Description des ressources
International Ostomy Association <a href="http://www.ostomyinternational.org">www.ostomyinternational.org</a>	Une association internationale, gérée par des stomisés, qui fournit des informations et des lignes directrices sur la prise en charge aux associations membres, afin d'aider à former de nouvelles associations de stomisés et se faire le défenseur de la cause pour toutes les questions et les politiques relatives aux stomies.
Catalogue de produits de Krames Health and Safety Education Superior Medical Limited 520 Champagne Drive Toronto (Ontario) M3J 2T9 <a href="http://www.superiormedical.com">www.superiormedical.com</a>	Livrets d'éducation que les organismes peuvent acheter (colostomie, iléostomie, urostomie)
Mount Sinai Hospital <a href="http://www.mountsinai.on.ca">www.mountsinai.on.ca</a>	Information sur la « procédure relative à la poche pelvienne »
Ostomy Toronto 344 Bloor Street West, bureau 501 Toronto (Ontario) M5S 3A7 tél. 416-596-7718 <a href="http://www.ostomytoronto.com">www.ostomytoronto.com</a>	Documentation d'éducation disponible en ligne (p. ex., prévention, dépistage pour de nombreux types de cancers, services disponibles en Ontario)
Ostomy Resource Centre Toronto (Ontario) tél. 416-598-7718	Offre un soutien personnel, des conseils, des documents sur les stomies et le visionnement de vidéos
United Ostomy Associations of America tél. 1-800-826-0826 <a href="http://www.uoaa.org">www.uoaa.org</a>	Documentation d'éducation disponible en ligne (p. ex., guide sur l'urostomie continent; poche iléo-anale, intimité/sexualité et stomie)
L'Association canadienne des personnes stomisées 344 Bloor Street West, bureau 501 Toronto (Ontario) M5S 3A7 <a href="http://www.ostomycanada.ca">www.ostomycanada.ca</a>	Commander du matériel d'éducation en ligne
World Council of Enterostomal Therapists <a href="http://www.wcetn.org">www.wcetn.org</a>	Une association internationale qui donne une identité à ceux qui se préoccupent des soins des stomisés; qui donne aux membres l'occasion de se rencontrer afin de discuter des intérêts communs relatifs à la stomothérapie; qui favorise les activités qui aident les membres stomothérapeutes à augmenter leurs connaissances et accroître leur contribution à la stomothérapie; et qui favorise une sensibilisation accrue envers le rôle et la contribution du WCET

## Fabricants de produits pour stomisés (sièges sociaux canadiens)

- De multiples ressources sont disponibles pour les infirmiers et les clients (p. ex., vidéos/DVDs, revues, livrets, documents, produits pour stomisés)
- Des échantillons peuvent être obtenus en appelant les fabricants.

<p>Coloplast Canada Corporation 3300 Ridgeway Drive, unité 12 Mississauga (Ontario) L5L 5Z9 tél. 1-888-880-8605 <a href="http://www.coloplast.ca">www.coloplast.ca</a></p>	<p>Convatec 2365 Cote-de-Liesse Montréal (Québec) H4N 2M7 tél. 1-800-465-6302 <a href="http://www.convatec.com">www.convatec.com</a></p>
<p>Hollister Incorporated 95 Mary Street Aurora (Ontario) L4G 1G3 tél. 1-800-263-7400 <a href="http://www.hollister.com">www.hollister.com</a></p>	<p>Nu-Hope Laboratories, INC. <a href="http://www.nu-hope.com">www.nu-hope.com</a> • ceintures pour hernie, produits et accessoires pour stomies</p>

## Vêtements et accessoires pour stomisés

<p>Colo-majic Distribution Canada Ltd. 2892 McGill Crescent Prince George (Colombie-Britannique) V2N 1Z6 tél. 1-866-611-6028 <a href="http://www.colostomymajic.com">www.colostomymajic.com</a> • garnitures de poche pouvant être jetées aux toilettes pour les systèmes sans fosse septique</p>	<p>Intimate Moments Apparel <a href="http://www.intimatemomentsapparel.com">www.intimatemomentsapparel.com</a></p>
<p>Weir Comfees 89A High Street C.P. 1088 Sutton (Ontario) L0E 1R0 tél. 1-866-856-5088 <a href="http://www.weircomfees.com">www.weircomfees.com</a></p>	<p>White Rose Collection <a href="http://www.whiterosecollection.com">www.whiterosecollection.com</a></p>

## Ressources financières

Affaires indiennes et du Nord

[infoPubs@ainc-inac.gc.ca](mailto:infoPubs@ainc-inac.gc.ca)

tél. 1-800-567-9604

Gouvernement provincial de l'Ontario

Programme d'appareils et accessoires fonctionnels

tél. 1-800-268-6021

tél. 416-327-8804

[http://www.health.gov.on.ca/fr/public/forms/adp\\_fm.aspx](http://www.health.gov.on.ca/fr/public/forms/adp_fm.aspx)

- Pour les stomies permanentes seulement
- Formulaires en ligne
- Disponibles uniquement aux résidents de l'Ontario

Gouvernements provinciaux

- Communiquez avec le gouvernement pour déterminer le financement pouvant être disponible

Régimes d'assurance privés

- Communiquez avec votre assureur pour déterminer ce qui est couvert

Anciens combattants Canada

tél. 1-866-522-2122 (anglais)

[information@vac-acc.gc.ca](mailto:information@vac-acc.gc.ca)

# Annexe M : Exemple de formulaire des soins de la stomie

## INTERVENTION CHIRURGICALE

Procédure chirurgicale \_\_\_\_\_  
 Chirurgien \_\_\_\_\_  
 Date de l'intervention \_\_\_\_\_  
 Intervention future prévue :  
 Oui  Non  Inconnu

## TYPE DE STOMIE

Iléostomie  Colostomie   
 Urostomie   
 Terminale  En trompe   
 Fistule muqueuse   
 Temporaire  Permanente   
 Inconnu   
 Tige  Endoprothèses (x )  Cathéter   
 Date d'enlèvement de la tige \_\_\_\_\_  
 Par qui \_\_\_\_\_

## FINANCEMENT

Formulaire PAAF rempli : Oui  Non   
 (PAAF non applicable aux stomies temporaires)  
 Assurance privée : Oui  Non   
 Soutien financier : DVA  DIA   
 HIN  POSPH  Employeur   
 CSPAAAT  N° de demande \_\_\_\_\_  
 Autre \_\_\_\_\_

## TAILLE/CONSTRUCTION DE LA STOMIE

Taille \_\_\_\_\_  
 Avec protrusion   
 Rétractée   
 Au niveau de la peau   
 Ovale  Ronde   
 Nérose  Sténose   
 Desquamation muqueuse   
 Autre \_\_\_\_\_



## EFFLUENT

Selles :  
 Liquides  Pâteuses  Épaisses   
 Formées   
 Urine :  
 Translucide  Mucus  Sanglante   
**PEAU PÉRISTOMIALE**  
 Intacte  Rouge  Humide  Éruption   
 Séparation cutanéomuqueuse   
 Autre \_\_\_\_\_  
 Interventions : \_\_\_\_\_

## SOINS D'UNE FISTULE MUQUEUSE

Pansement tous les jours  Poche   
 Nbre \_\_\_\_\_  
**FRÉQUENCE DU CHANGEMENT D'APPAREIL**  
 Une fois/semaine  Deux fois/semaine   
 Autre \_\_\_\_\_

## AUTONOMIE RELATIVE AUX SOINS

Vidange de la poche :  
 Autonome  A besoin d'aide   
 Dépend d'un fournisseur de soins   
 Changement de collette/poche :  
 Autonome  A besoin d'aide   
 Dépend d'un fournisseur de soins   
 Déficiences/limites physiques

## ALIMENTATION

Alimentation normale  (pour colo et uro)  
 Post-iléostomie pendant \_\_\_\_\_ semaines   
 Fluides d'hydratation :  
 Minimum de 1,5 L/jour   
 Minimum de 2 L/jour   
 Autre \_\_\_\_\_

## ALLERGIES AUX PRODUITS

Oui  Non

## MÉDICAMENTS

(pour les iléostomies seulement)  
 Pas de comprimés à libération prolongée   
 Pas de comprimés kératinisés   
 Pas de laxatifs

## FOURNISSEUR

Hollister  ConvaTec  Coloplast   
 Autre \_\_\_\_\_  
 Type :  
 Une pièce  Deux pièces   
 Type de fermeture  
 Agrafe  Intégrée   
 Collette :  
 N° plat \_\_\_\_\_  
 N° convexe \_\_\_\_\_  
 Poche :  
 N° vidable \_\_\_\_\_  
 N° à extrémité fermée \_\_\_\_\_  
 N° urinaire \_\_\_\_\_  
 N° poche urinaire pour la nuit \_\_\_\_\_  
 Quantité :  
 5 collerettes  10 poches

## ACCESSOIRES

N° pâte \_\_\_\_\_  
 N° ceinture \_\_\_\_\_  
 N° poudre \_\_\_\_\_  
 N° anneaux pour barrière cutanée \_\_\_\_\_  
 Autre \_\_\_\_\_

## ADAPTATION GÉNÉRALE

\_\_\_\_\_

Activité physique :  
 Ne rien soulever (de plus de 2,5 kg)/tirer/pousser  
 pendant 6 semaines   
 Sexualité :  
 A fait l'objet d'une discussion  s.o.

## RESSOURCES

Livret d'enseignement sur les stomies   
 Conseils pour les voyages  Instructions relatives à l'alimentation   
 Trousse pour le congé  Ostomy Toronto   
 Liste des détaillants   
 Guide de ressources   
 Aiguillage vers un visiteur spécialisé en stomies

Rempli par (en caractères d'imprimerie)

Signature \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

## ADRESSOGRAPHE

Réimprimé avec l'autorisation du Centre d'accès aux soins communautaires de Toronto Remerciements : CASC Toronto Central - Joanne Greco, directrice des services à la clientèle; CASC Toronto Central - Dipti Purbhoo, gestionnaire des services à la clientèle; CASC Toronto Central - Raquel Lashley, coordonnatrice des soins; SEHC Metro Toronto - Maureen Cooling, inf. aut., ET; Spectrum Health Care - Holly Murray, inf. aut. B.Sc.inf., WOCN; University Health Network - Debra Johnston, inf.aut., B.Sc.inf., ET; University Health Network - Claudia Ganson, inf.aut., B.Sc.inf., ET; Paramed Home Health Care - Estrella Mercurio, inf.aut., B.Sc.inf., ET; Toronto East General Hospital - JoAnne McKeown, inf.aut., B.Sc.inf., WOCN; St. Michael's Hospital - Jo Hoefloek, inf.aut., BSN, MA, ET, ACNP, CGN (C), Sunnybrook Health Sciences Centre - Debbie Miller, inf.aut., B.Sc.inf., M.inf., ET; Ostomy Toronto - Carol Roda.

## Annexe N : Stratégies relatives aux besoins et aux soins spéciaux

Client ayant des besoins spéciaux	Stratégie de soins/dispositif/ressource d'apprentissage
Pédiatrie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jouet ou poupée portant une poche pour stomie</li> <li>• Photos d'autres enfants stomisés</li> <li>• Scénarios, sites Web, clavardoirs</li> <li>• Groupes d'entraide pour jeunes</li> </ul> <p style="text-align: right;">(Bray et Saunders, 2006)</p>
Troubles de la vue	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En gros caractères</li> <li>• Instructions audio</li> <li>• Éclairage personnalisé, supports et miroirs grossissants pour visualiser la stomie</li> <li>• Appareillage à deux pièces à « enclenchement », produisant un signal sonore de l'application</li> <li>• Ruban adhésif sur l'abdomen pour marquer le positionnement de la barrière cutanée</li> <li>• Barrière cutanée ou poche prédécoupée</li> <li>• Signal tactile de l'emplacement de la stomie et du positionnement de la barrière cutanée</li> </ul> <p style="text-align: right;">(Benjamin, 2002)</p>
Client en fauteuil roulant	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Marquage préopératoire, pendant que le client est sur le fauteuil roulant</li> <li>• Poche fermée par rapport à vidable, pour gérer l'accès aux toilettes</li> <li>• Extensions des tubes de vidange pour les urostomies et les stomies à production élevée de matières fécales</li> <li>• Barrières cutanées à port prolongé</li> </ul> <p style="text-align: right;">(Turnbull, 2007)</p>
Grossesse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soins prénataux et postnataux en collaboration entre l'obstétricien/ gynécologue et le spécialiste des maladies gastrointestinales</li> <li>• Éclairage personnalisé, supports et miroirs grossissants pour visualiser la stomie</li> <li>• Barrière cutanée et/ou poche flexible pour tenir compte du grossissement de l'abdomen</li> <li>• Adhésif supplémentaire ou barrière cutanée sous forme de pellicule pour fixer la poche en raison des changements hormonaux faisant en sorte que le produit n'adhère pas à la peau</li> <li>• Barrières cutanées précédoupées afin d'éviter les traumatismes et les saignements de la stomie, attribuables à une vascularisation accrue de la stomie</li> <li>• Ajustement fréquent de l'ouverture pour stomie dans la barrière cutanée afin de tenir compte de la taille de la stomie en raison du grossissement de l'abdomen</li> <li>• Ceinture abdominale pour un soutien supplémentaire</li> </ul> <p style="text-align: right;">(Aukamp et Sredl, 2004)</p>
Troubles de l'apprentissage, y compris l'analphabétisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Images Makaton, signes et symboles pour la communication <a href="http://www.makaton.org/about/ss_how.htm">www.makaton.org/about/ss_how.htm</a></li> <li>• Utilisation d'objets réels et de photos pour transmettre le message</li> <li>• Orthophoniste, thérapeute par le jeu, thérapeute par l'art dramatique pour aider à traduire l'information</li> </ul> <p style="text-align: right;">(Black et Hyde, 2004)</p>

## Annexe O : Liste de produits pour stomie

Catégories génériques	Description des produits	Indications	Contre-indications/ Précautions
Appareillages pour stomie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une pièce : la barrière cutanée et la poche sont intégrées</li> <li>• Deux pièces – la poche adhère à la barrière cutanée ou s'enclenche dessus</li> </ul>	<p>Facteurs dont il faut tenir compte lors de du choix d'un appareillage pour stomie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Type et consistance de l'effluent</li> <li>• Taille et construction de la stomie</li> <li>• Dextérité manuelle et acuité visuelle</li> <li>• Degré d'activité physique</li> <li>• Ressources financières</li> <li>• Préférences</li> </ul>	
Barrière cutanée	<p>Fabriqué en polymères synthétiques ou en matières naturelles (karaya) pour protéger la peau contre l'effluent. Peut être :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plat ou convexe</li> <li>• Port régulier ou port prolongé</li> </ul> <p>• Avec ou sans ruban adhésif</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obligatoire pour protéger la peau péristomiale</li> <li>• Stomies ayant une protrusion insuffisante : Les barrières convexes peuvent s'avérer efficaces</li> <li>• Peau sensible ou allergies cutanées: Les barrières sans ruban adhésif ou les barrières avec Karaya peuvent s'avérer efficaces</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliser la convexité avec prudence en ce qui concerne les stomies postopératoires ou les hernies parastomiales</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Flottant, stationnaire ou sans collerette</li> <li>• Prédécoupé, taillé sur mesure ou ouverture malléable</li> <li>• Disponibles en tailles adaptées aux nouveau-nés prématurés et aux enfants</li> <li>• Certaines barrières cutanées pédiatriques sont disponibles sans trou de départ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nouveaux clients postopératoires: Les barrières flottantes contribuent à réduire la pression et la douleur à l'abdomen lors de la fixation de la poche sur la barrière</li> <li>• Les barrières taillées sur mesure peuvent être appropriées pour les clients qui ont peu de dextérité manuelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les barrières prédécoupées ne sont pas recommandées pour les stomies ovales</li> <li>• Les barrières cutanées pédiatriques ont tendance à se dissoudre plus rapidement; elles sont plus flexibles et moins résistantes</li> </ul>
Poche	<p>Différentes tailles, y compris tailles pour prématurés et pour enfants</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vidables</li> <li>• Extrémité fermée</li> <li>• Production élevée</li> <li>• Agrafe, fermeture Velcro ou bec</li> <li>• Transparent, opaque</li> <li>• Filtre permettant d'évacuer les gaz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépend du choix personnel</li> <li>• Les systèmes pour urostomie ont un mécanisme anti-reflux pour empêcher le refoulement de l'urine</li> <li>• Les filtres peuvent être utiles pour les clients dont la flatuosité est accrue</li> <li>• Adapteurs spéciaux requis pour les poches pour effluent élevé et les poches urinaires lors d'un raccordement à un drain direct</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les filtres peuvent s'obstruer lorsque l'effluent est liquide; les filtres ne sont pas recommandés pendant la période postopératoire immédiate</li> <li>• Les poches opaques ne sont pas recommandées pendant la période postopératoire immédiate</li> </ul>



Catégories génériques	Description des produits	Indications	Contre-indications/ Précautions
Poudre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poudre faite avec le matériau de la barrière cutanée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absorbe l'humidité de la peau péristomiale suintante pour favoriser l'adhérence de la barrière</li> <li>• Aide à l'enlèvement de la pâte</li> <li>• Élimine les irrégularités présentes dans la séparation cutané-muqueuse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• N'est pas requis pour la peau péristomiale intacte</li> </ul>
Agents de remplissage	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pâte*</li> <li>• Bandes de pâte</li> <li>• Anneau</li> <li>• Anneaux : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prédécoupés</li> <li>• Malléables</li> <li>• Convexes</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilisé pour remplir les plis de la peau et les surfaces inégales de la peau</li> <li>• Réduit les fuites d'effluent sous la barrière</li> <li>• Pour ajouter de la convexité à une barrière</li> <li>• * La pâte est un agent de remplissage et non un adhésif</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La plupart des pâtes contiennent de l'alcool; les utiliser avec prudence sur la peau dénudée</li> <li>• Utiliser une pâte sans alcool chez les nouveau-nés prématurés</li> </ul>
Agents d'étanchéité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Serviettes</li> <li>• Produits à pulvériser</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chez les clients qui ont une sensibilité connue aux produits adhésifs</li> <li>• Troubles de la peau comme l'eczéma</li> <li>• Changements cutanés attribuables à la chimiothérapie</li> <li>• Empêche l'arrachement de la peau</li> <li>• Peut être utilisé pour rendre étanche la barrière cutanée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contre-indiqué avec les barrières à port prolongé</li> <li>• Contre-indiqué sur la peau dénudée, sauf s'il s'agit de produits ne contenant pas d'alcool</li> <li>• Les produits sans alcool sont recommandés chez les nouveau-nés prématurés</li> </ul>
Dissolvants à adhésif	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Serviettes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accumulation d'adhésif</li> <li>• Peau hypersensible : douleur lors de l'enlèvement du produit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peau dénudée</li> <li>• Nouveau-nés prématurés</li> </ul>
Ceinture	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibles en tailles pour adultes et pour enfants</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour augmenter la stabilité de la barrière</li> <li>• Pour les clients physiquement actifs et lors des situations intimes, au besoin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurer un ajustement approprié</li> <li>• Éviter un ajustement serré</li> </ul>
Ceinture pour hernie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibles en différentes tailles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hernies péristomiales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilisation prudente avec la convexité</li> </ul>
Désodorisant	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gels</li> <li>• Liquides</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réduit l'odeur des selles dans la poche</li> <li>• Désodorise les systèmes de drainage direct (selles et urine)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ces produits doivent être utilisés SEULEMENT avec une poche</li> </ul>
Protecteurs pour stomie		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sports de contact</li> <li>• Conditions de travail dangereuses</li> </ul>	

# Annexe P : Contenu du programme d'éducation recommandé sur les stomies pour les prestataires de soins de santé

Prestataire de soins de santé	Programme	Orientation
<p>Préposé aux services de soutien à la personne</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Les éléments suivants doivent être enseignés à un niveau d'<b>information</b> (taxonomie de Bloom) afin que le préposé aux services de soutien à la personne puisse décrire l'effet de la chirurgie en relation avec le fonctionnement de la stomie               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Anatomie de base :                   <ol style="list-style-type: none"> <li>i. Système génito-urinaire</li> <li>ii. Système gastrointestinal</li> </ol> </li> <li>b. Procédures chirurgicales de base de création d'une stomie</li> </ol> </li> <li>2. Les éléments suivants doivent être enseignés à un niveau d'<b>information</b> (taxonomie de Bloom) avec la capacité de signaler les anomalies à un membre d'une profession de la santé réglementée               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Reconnaissance des stomies normales et des stomies anormales communes</li> <li>b. Reconnaissance des effluents normaux et anormaux de la stomie dans le cas d'une iléostomie, d'une colostomie, d'une urostomie</li> <li>c. Reconnaissance de la peau péristomiale normale et anormale</li> <li>d. Compréhension générale de l'effet de l'alimentation sur l'effluent de la stomie</li> <li>e. Vue d'ensemble des types de produits de confinement et des produits auxiliaires comme les pâtes, les poudres, les barrières cutanées, les dissolvants d'adhésif, etc.</li> <li>f. Le rôle de l'infirmière stomothérapeute, de l'infirmière autorisée et de l'infirmière auxiliaire autorisée en matière de soins des stomies</li> </ol> </li> </ol>	<p>Les éléments suivants doivent être enseignés à un niveau de <b>compréhension</b> et d'<b>application</b>, lorsqu'ils concernent un client spécifique.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Décrire la maladie et la chirurgie menant à la stomie</li> <li>2. Prédire le résultat pour le client</li> <li>3. Utiliser les outils d'évaluation prédéterminés afin de veiller à ce que l'appareillage soit bien ajusté</li> <li>4. Enlever les anciens appareillages</li> <li>5. Évaluer l'usure de l'appareillage</li> <li>6. Préparer le nouvel appareillage</li> <li>7. Poser l'appareillage</li> <li>8. Passer en revue les procédures avec le client</li> <li>9. Signaler les anomalies à une personne spécialement désignée</li> </ol>

Prestataire de soins de santé	Programme	Orientation
<p><b>INFIRMIÈRE AUXILIAIRE AUTORISÉE</b> (inf. aux. aut.)</p> <p>L'infirmière auxiliaire autorisée assume la responsabilité de ses connaissances et de son jugement, et travaille en collaboration avec d'autres membres de l'équipe de soins de santé; prend soin de clients stables, moins complexes, dont les résultats sont plus prévisibles.</p> <p>L'infirmière auxiliaire autorisée possède des connaissances de base ou ciblées en matière de pratique clinique, de prise de décisions, de pensée critique, de recours à la recherche et de leadership.</p> <p>L'infirmière auxiliaire autorisée disposera d'une plus grande autonomie lorsqu'elle prend soin des clients dont l'état est moins complexe. Au fur et à mesure que la complexité du cas du client augmente, il existe une augmentation correspondante</p>	<p>3. Les éléments suivants doivent être enseignés à un niveau d'application (taxonomie de Bloom)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Soutien de l'hygiène normale pour un client stomisé</li> <li>Aider un client stomisé à se vêtir</li> <li>Préparation appropriée d'un appareillage déterminé d'avance par un membre d'une profession de la santé réglementée ou le client</li> <li>Enlèvement de l'appareillage</li> <li>Application d'un appareillage prédéterminé</li> <li>Élimination appropriée de l'appareillage</li> <li>Comment commander l'appareillage ou obtenir des informations concernant la commande</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les politiques et les procédures de l'établissement en matière de stomie</li> <li>Les types habituels de clients stomisés dans l'établissement</li> <li>Outils relatifs à la documentation</li> <li>Les types de produits disponibles</li> <li>Comment commander les produits figurant ou ne figurant pas sur le formulaire</li> <li>Comment consulter l'infirmière stomothérapeute</li> <li>Discussion des rôles des autres prestataires de soins, p.ex., préposé aux services de soutien à la personne</li> <li>Exercice concret en matière de planification et de mise en œuvre des soins à donner à un client stomisé, soit lors d'une étude de cas, soit en cas d'affectation d'un client</li> </ul>
<p>1. Les éléments suivants doivent être enseignés à un niveau de <b>compréhension</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Options générales en matière de chirurgie pour les clients qui vont subir une chirurgie pour stomie <ol style="list-style-type: none"> <li>Localiser la région de l'intestin</li> <li>Prédire les effets sur les selles, selon la région</li> </ol> </li> <li>Décrire l'effet potentiel sur les médicaments de la réduction du temps de transit. <ol style="list-style-type: none"> <li>Réactions indésirables potentielles parce que les médicaments sont absorbés trop rapidement, soit ne sont pas absorbés</li> </ol> </li> </ol> <p>2. Les éléments suivants doivent être enseignés à un niveau d'<b>application</b> :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Associer le produit approprié aux besoins de du client besoins pour les clients sans complications</li> </ol>	<p>1. Les éléments suivants doivent être enseignés à un niveau de <b>compréhension</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Options générales en matière de chirurgie pour les clients qui vont subir une chirurgie pour stomie <ol style="list-style-type: none"> <li>Localiser la région de l'intestin</li> <li>Prédire les effets sur les selles, selon la région</li> </ol> </li> <li>Décrire l'effet potentiel sur les médicaments de la réduction du temps de transit. <ol style="list-style-type: none"> <li>Réactions indésirables potentielles parce que les médicaments sont absorbés trop rapidement, soit ne sont pas absorbés</li> </ol> </li> </ol> <p>2. Les éléments suivants doivent être enseignés à un niveau d'<b>application</b> :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Associer le produit approprié aux besoins de du client besoins pour les clients sans complications</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les politiques et les procédures de l'établissement en matière de stomie</li> <li>Les types habituels de clients stomisés dans l'établissement</li> <li>Outils relatifs à la documentation</li> <li>Les types de produits disponibles</li> <li>Comment commander les produits figurant ou ne figurant pas sur le formulaire</li> <li>Comment consulter l'infirmière stomothérapeute</li> <li>Discussion des rôles des autres prestataires de soins, p.ex., préposé aux services de soutien à la personne</li> <li>Exercice concret en matière de planification et de mise en œuvre des soins à donner à un client stomisé, soit lors d'une étude de cas, soit en cas d'affectation d'un client</li> </ul>

Prestataire de soins de santé	Programme	Orientation
<p>de la nécessité que les infirmières auxiliaires autorisées consultent les infirmières autorisées, les superviseurs ou les médecins.</p> <p>Complexité des besoins du client en matière de soins (comprend les besoins biopsychosociaux, culturels, émotionnels et en matière d'apprentissage de la santé)</p> <p><b>Pratique autonome des infirmières auxiliaires autorisées :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Besoins en matière de soins bien définis et établis</li> <li>• Mécanismes d'adaptation et systèmes de soutien en place et efficaces</li> <li>• État de santé bien contrôlé ou pris en charge</li> <li>• Peu de fluctuation de l'état de santé au fil du temps</li> <li>• Le client est un individu, une famille ou un groupe</li> </ul> <p><b>Caractère prévisible</b></p> <p><b>Pratique autonome des infirmières auxiliaires autorisées :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Résultats prévisibles (moment et nature) (p. ex., client paraplégique dont les soins sont bien établis et les résultats prévisibles)</li> <li>• Changements prévisibles de l'état de santé</li> </ul> <p><b>Risque de résultats négatifs en réponse aux soins</b></p> <p><b>Pratique autonome des infirmières auxiliaires autorisées :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réponses prévisibles, localisées et pouvant être prises en charge</li> <li>• Signes et symptômes évidents</li> </ul> <p>Ligne directrice sur les pratiques de l'Ordre des infirmières et infirmiers :</p> <p>Recours aux infirmières autorisées et aux infirmières auxiliaires autorisées.</p>	<p>b. Le choix et l'application d'une grande variété de produits pour stomie</p> <p>3. Les éléments suivants doivent être enseignés à un niveau d'analyse :</p> <p>a. L'anatomie du système génito-urinaire et gastrointestinal</p> <p>i. Résumer les conséquences des différentes interventions chirurgicales sur la fonction normale, en fonction du site de l'intervention</p> <p>b. L'anatomie, la physiologie et la fonction du système tégumentaire</p> <p>i. La détection des facteurs spécifiques au client qui affectent le système tégumentaire en relation avec la stomie</p> <p>4. Les éléments suivants doivent être enseignés à un niveau de <b>synthèse</b> :</p> <p>a. Procéder à une évaluation ciblée de la stomie</p> <p>i. Différencier la présentation normale de la stomie de la présentation anormale</p> <p>b. Procéder à une évaluation ciblée des effluents de la stomie</p> <p>i. Reconnaissance des effluents normaux et anormaux de la stomie dans le cas d'une iléostomie, d'une colostomie, d'une urostomie</p> <p>c. Procéder à une évaluation ciblée de la peau entourant la lésion</p> <p>i. Distinguer la peau normale de la peau anormale</p> <p>ii. Reconnaître les réactions cutanées péristomiales communes</p> <p>iii. Proposer des protocoles de traitement standard pour les réactions cutanées</p> <p>iv. Proposer les indications et l'usage relatifs aux produits tégumentaires utilisés de façon routinière lors du soin des stomies</p>	

Prestataire de soins de santé	Programme	Orientation
<p><b>Infirmière autorisée (inf. aut.)</b>            « L'infirmière autorisée reconnaît, analyse et interprète les déviations des réactions prévues du client et modifie le plan de soins de façon autonome. »            L'infirmière peut « ordonner » à une autre infirmière autorisée ou à une infirmière auxiliaire autorisée de procéder au soin de plaies. Le programme pour les infirmières auxiliaires autorisées et celui pour les infirmières autorisées sont semblables, mais ces dernières doivent avoir une compréhension plus approfondie.</p> <p>Ligne directrice sur les pratiques de l'Ordre des infirmières et infirmiers : Recours aux infirmiers autorisés et aux infirmiers auxiliaires autorisés.</p>	<p>5. Les éléments suivants doivent être enseignés à un niveau <b>d'évaluation</b>.</p> <p>a. Évaluer l'effet de l'alimentation sur l'effluent de la stomie</p> <p>i. Recommander des changements d'alimentation en cas de diarrhée, de gaz ou de constipation</p> <p>b. Choisir les appareils appropriés pour un client stable, sans complications</p> <p>i. Évaluer l'efficacité de ces appareils</p>	
	<p>1. Les éléments suivants doivent être enseignés à un niveau <b>d'application</b></p> <p>a. Interpréter la pertinence des différentes options en matière d'intervention chirurgicale pour les patients qui subiront une chirurgie pour stomie</p> <p>i. Localiser la région de l'intestin</p> <p>ii. Passer en revue les interventions chirurgicales spécifiques et mettre en relation l'anatomie avec la fonction ou la perte de fonction (B12, effet sur la nutrition, etc.)</p> <p>iii. Prédire les effets sur les selles, selon la région</p> <p>b. Interpréter l'effet potentiel de la réduction du temps de transit sur des médicaments spécifiques.</p> <p>i. Réactions indésirables potentielles parce que les médicaments soit sont absorbés trop rapidement, soit ne sont pas absorbés</p> <p>2. Les éléments suivants doivent être enseignés à un niveau <b>d'analyse</b> :</p> <p>a. Évaluer le caractère approprié du produit utilisé en fonction du besoin du client</p> <p>b. Le choix et l'application d'une grande variété de produits pour stomie</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les politiques et les procédures de l'établissement en matière de stomie</li> <li>• Les types de produits disponibles</li> <li>• Comment commander les produits figurant ou ne figurant pas sur le formulaire</li> <li>• Comment consulter l'infirmière stomothérapeute</li> <li>• Discussion sur les rôles des autres prestataires de soins, p.ex., préposé aux services de soutien à la personne</li> <li>• Exercice concret en matière de planification et de mise en œuvre des soins à donner à un client stomisé</li> </ul>

Prestataire de soins de santé	Programme	Orientation
	<p>3. Les éléments suivants doivent être enseignés à un niveau de <b>synthèse</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Procéder à une évaluation ciblée de la stomie           <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Différencier la présentation normale de la stomie de la présentation anormale</li> <li>ii. Procéder à une évaluation ciblée des effluents de la stomie</li> <li>iii. Reconnaissance des effluents normaux et anormaux de la stomie dans le cas d'une iléostomie, d'une colostomie, d'une urostomie</li> </ul> </li> <li>a. Procéder à une évaluation ciblée de la peau entourant la lésion           <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Différencier une lésion normale d'une lésion anormale</li> <li>ii. Reconnaître les réactions cutanées péristomiales communes</li> <li>iii. Proposer des protocoles de traitement standard pour les réactions cutanées</li> <li>iv. Proposer les indications et l'usage relatifs aux produits tégmentaires utilisés de façon routinière lors du soin des stomies</li> </ul> </li> </ul> <p>4. Les éléments suivants doivent être enseignés à un niveau d'<b>évaluation</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. L'anatomie, la physiologie et la fonction du système tégmentaire;           <ul style="list-style-type: none"> <li>i. L'évaluation des facteurs spécifiques au client qui affectent le système tégmentaire en relation avec la stomie</li> <li>ii. Choisir les traitements appropriés pour les problèmes cutanés péristomiaux</li> </ul> </li> <li>b. Évaluer l'effet de l'alimentation sur l'effluent de la stomie           <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Recommander des changements d'alimentation en cas de diarrhée, de gaz ou de constipation</li> </ul> </li> </ul>	

# Annexe Q : Les stades de développement d'Erikson

## INTERVENTION EN CAS DE CRISE ET STADES DE DÉVELOPPEMENT D'ERIKSON

Stade	Crise	Problèmes courants	Résultat souhaité	Interventions
Bébé	Confiance par rapport à méfiance	<ul style="list-style-type: none"> <li>La mère ne s'attache pas</li> <li>Le père ne se joint pas à la famille</li> </ul>	Les enfants développent un sentiment de confiance lorsque les personnes qui s'occupent d'eux leur donnent soins et affection et se montrent fiables	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enseignement de compétences parentales</li> <li>Les deux parents prennent part aux soins</li> </ul>
Bambin	Autonomie par rapport au doute	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les parents exercent un contrôle excessif et ne permettent pas l'autonomie</li> </ul>	Les enfants ont besoin de ressentir un sentiment d'autonomie et de contrôle relatif à leurs aptitudes physiques. Le succès mène à l'autonomie, l'échec entraîne la honte et le doute	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les parents doivent encourager l'enfant à manifester un certain autocontrôle</li> <li>Équilibre entre les limites et l'indépendance</li> </ul>
Enfant d'âge préscolaire	Initiative par rapport à culpabilité	<ul style="list-style-type: none"> <li>Difficultés à jouer avec d'autres enfants et à amorcer le jeu</li> <li>Trop compétitifs, ne partagent pas</li> </ul>	Les enfants ont besoin de commencer à maîtriser leur environnement. Le succès à ce stade entraîne un sens des responsabilités. Les enfants qui exercent trop de pouvoirs font l'objet de désapprobation, ce qui entraîne un sentiment de culpabilité.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Donner l'exemple à la maison et encourager une interaction appropriée avec la famille</li> <li>Enseigner à l'enfant à se soumettre à l'autorité, sans pour autant l'humilier</li> </ul>
Enfance	Assiduité par rapport à infériorité	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'enfant ne maîtrise pas les compétences nécessaires</li> </ul>	Les enfants ont besoin de faire face à de nouvelles exigences sociales et scolaires. Le succès mène à un sentiment de compétence, l'échec entraîne un sentiment d'infériorité	<ul style="list-style-type: none"> <li>Encourager un niveau de compétence, féliciter l'enfant et garder les compétences et les tâches à un niveau approprié pour l'âge de l'enfant</li> </ul>
Adolescence	Identité par rapport à confusion des rôles	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les parents n'augmentent pas les responsabilités et l'adolescent ne parvient pas à gérer une plus grande responsabilité d'adulte</li> <li>Ne transfère pas ses besoins de ses parents à ses camarades</li> </ul>	Les adolescents ont besoin d'acquérir une estime de soi et un sens de leur identité personnelle. Les adolescents ont besoin de pouvoir prendre des décisions et d'avoir des responsabilités. Le succès mène à la capacité de ne pas se mentir à soi-même  L'échec entraîne une	<ul style="list-style-type: none"> <li>Discussion axée sur les négociations et les compromis</li> <li>Les adolescents ont besoin d'interactions sociales avec des camarades et ont besoin d'être entendus</li> <li>Présenter aux adolescents les responsabilités financières et physiques et les réalités de l'âge adulte</li> </ul>

Stade	Crise	Problèmes courants	Résultat souhaité	Interventions
Jeune adulte	Intimité par rapport à isolement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ne parvient pas à former des relations intimes</li> <li>• Ne devient pas autonome sur le plan économique et social</li> </ul>	confusion des rôles et une faible estime de soi Les jeunes adultes ont besoin de former des relations intimes et amoureuses. Le succès mène à des relations, tandis que l'échec entraîne la solitude et l'isolement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adaptation sociale plus importante requise lorsque l'adolescent entre dans le monde des adultes, avec des rôles et des responsabilités d'adulte</li> <li>• Les parents sont seulement des conseillers</li> </ul>
Adulte d'âge moyen	Souci de pérennité par rapport à stagnation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les enfants partent – le mariage s'effondre</li> <li>• Les compétences des grands-parents sont inadéquates</li> </ul>	Les adultes ont besoin de se sentir utiles, de créer et de s'occuper de choses qui leur survivront, ce qui est souvent réalisé lorsqu'ils ont des enfants	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultation matrimoniale</li> <li>• Changement de carrière</li> <li>• Fixer des limites avec les enfants</li> </ul>
Adulte plus âgé	Intégrité personnelle par rapport au désespoir	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cesse de participer</li> <li>• Ressent des sentiments de colère et de honte s'il devient dépendant</li> </ul>	Les adultes plus âgés se penchent sur leur vie avec un sentiment d'accomplissement. Le succès à ce stade mène à des sentiments de sagesse.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encourager le bénévolat</li> <li>• Se concentrer sur les aspects positifs de la vie</li> <li>• Thérapie familiale</li> </ul>

(Kandel, 1999)

## Annexe R : Programmes d'éducation reconnus

Pays	Site Web	Programmes
Canada	<a href="http://www.caet.ca">www.caet.ca</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'Association Canadienne des Stomothérapeutes – Programme de formation d'infirmière stomothérapeute (CAET-ETNEP)</li> </ul>
États-Unis d'Amérique	<a href="http://www.wocn.org">www.wocn.org</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cleveland Clinic – R.B. Turnbull, Jr. School, Cleveland, Ohio</li> <li>• Emory University Wound, Ostomy and Continence Nursing Education Center</li> <li>• Harrisburg Area WOC Nursing Education program (Wick's)</li> <li>• La Salle University School of Nursing</li> <li>• University of Texas, M.D. Anderson Cancer Center, WOCNEP</li> <li>• University of Virginia Graduate Program in WOC Nursing</li> <li>• WebWOC Nursing Education Program</li> </ul>



## Annexe S : Charte des droits d'une personne stomisée

La Charte du droit des patients stomisés présente les besoins spécifiques de ce groupe particulier que sont les patients stomisés et les soins qu'ils nécessitent. Ils doivent recevoir l'information et le soin qui leur permettront de vivre une vie autonome et indépendante, et de participer à toutes les décisions les concernant.

L'objectif de l'Association Internationale des stomisés est que cette Charte soit mise en place dans tous les pays du monde.

### Le patient stomisé doit :

- Recevoir des conseils pré-opératoires afin d'être complètement conscient des bénéfices de l'opération et des points essentiels de la vie avec une stomie.
- Avoir une stomie appropriée, placée de manière appropriée, avec une prise en considération totale du confort du patient.
- Recevoir un soutien médical professionnel et expérimenté, ainsi qu'une aide en stomathérapie et en psychologie durant la période pré et post opératoire, à la fois à l'hôpital et au retour à domicile.
- Recevoir au bénéfice de sa famille, de ses aides personnelles et de ses amis, un soutien et des informations afin d'améliorer leur compréhension de sa situation et de ce qui est nécessaire pour avoir un niveau de vie satisfaisant avec une stomie.
- Recevoir une information complète et impartiale sur toutes les fournitures et tous les produits adaptés disponibles dans son pays.
- Avoir un accès non restreint aux produits liés à sa stomie.
- Être informé de l'existence des associations nationales de stomisés, des services et aides qu'elles peuvent lui fournir.
- Être protégé contre toute forme de discrimination.
- Avoir l'assurance que l'information personnelle à propos d'une stomie sera traitée avec discrétion et confidentialité afin de sauvegarder sa vie privée; qu'aucune information concernant son état médical ne sera divulgué par quiconque possède cette information à une entité qui effectue la fabrication, la vente ou la distribution de produits pour stomie ou de produits liés; et qu'aucune information à ce sujet ne sera divulguée à une personne pouvant en bénéficier, directement ou indirectement, en raison de sa relation avec le marché commercial des produits pour stomie, sans le consentement exprès de la personne stomisée.

Publié par le comité de coordination de l'Association Internationale des stomisés, juin 1993. Révisé par le Conseil mondial, juin 1997, 2004, 2007.

## Annexe P : Description de la Trousse

La mise en place réussie des lignes directrices pour la pratique clinique exemplaire repose sur une planification, des ressources et un soutien organisationnel et administratif adéquats, en plus d'une facilitation appropriée. À cet égard, la RNAO a préparé (par l'entremise d'un groupe d'infirmières, de chercheurs et d'administrateurs) la *Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices pour la pratique clinique*. Elle est fondée sur des données probantes disponibles, des notions théoriques et un consensus. Il est conseillé d'utiliser la *Trousse* comme guide de mise en place de toute ligne directrice pour la pratique clinique exemplaire dans un établissement de santé.

La *Trousse* offre des directives étape par étape pour les personnes et les groupes qui participent à la planification, à la coordination et à la facilitation de la mise en place de lignes directrices. Plus spécifiquement, la *Trousse* aborde les étapes essentielles suivantes de l'élaboration d'une ligne directrice :

1. Définition d'une ligne directrice pour la pratique clinique bien élaborée et fondée sur des données probantes
2. Identification, évaluation et engagement des partenaires
3. Évaluation de l'état de préparation de l'établissement en vue de la mise en place de la ligne directrice.
4. Définition et planification de méthodes de mise en place fondées sur des données probantes.
5. Évaluation de la planification et de la mise en place.
6. Détermination et obtention des ressources nécessaires à la mise en place.

Une mise en place de lignes directrices qui amène des changements fructueux dans la pratique professionnelle et des répercussions cliniques positives constitue une entreprise complexe. La *Trousse* est une ressource essentielle à la gestion de ce processus. La *Trousse* peut être téléchargée à l'adresse [www.rnao.org/bestpractices](http://www.rnao.org/bestpractices).

*Remarques*

Lined area for writing remarks, consisting of 21 horizontal lines.



# Lignes directrices sur les pratiques cliniques exemplaires

## Soins et prise en charge des stomies

Rendu possible grâce au financement fourni par le ministère  
de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario



ISBN-13: 978-0-920166-95-6  
ISBN-10: 0-920166-95-4



9 780920 166956

THIS IS ART  
FOR THE SPINE

Lignes directrices sur les  
pratiques cliniques  
exemplaires

**Soins et prise en charge des stomies**

AOÛT 2009

 RNAO