

HAUTE ÉCOLE ARC SANTÉ - NEUCHÂTEL

TRAVAIL DE BACHELOR

Sous la direction de : VOIROL Christian

Module de Recherche : REC

CUCHE Guillaume

PRÊTRE Adrien

ROULET Nicolas

**« Chez les patients porteurs de colostomie, quel est l'impact
des différentes stratégies d'éducation thérapeutique sur les
complications ? »**

Promotion

Bachelor 16

Neuchâtel, le 5 juillet 2019

TABLE DES MATIÈRES

Liste des figures	v
Liste des tableaux	v
Résumé.....	vi
Remerciements	ix
1 Introduction	1
2 Problématique	4
2.1 Objectif du chapitre	5
2.2 Question de recherche.....	5
2.3 Pertinence de la problématique pour les soins infirmiers.....	7
2.4 Revue exploratoire de la littérature	13
2.5 Précision des concepts pertinents retenus	27
2.6 Perspectives et propositions pour la pratique.....	28
3 Concepts et champs disciplinaires infirmiers	31
3.1 Objectif du chapitre	32
3.2 La théorie de la gestion des symptômes (Symptom Management Theory)	53
4 Méthode	60
4.1 Objectif du chapitre	61
4.2 Question PICOT	61
4.3 Critères de sélection des articles	62

5	Synthèse des résultats et discussion	77
5.1	Objectif du chapitre	78
5.2	Synthèses des articles retenus	78
5.3	Article 1 (Appendice B)	78
5.4	Article 2 (Appendice C)	79
5.5	Article 3 (Appendice D)	79
5.6	Article 4 (Appendice E)	80
5.7	Article 5 (Appendice F)	81
5.8	Article 6 (Appendice G)	82
5.9	Article 7 (Appendice H)	83
5.10	Article 8 (Appendice I)	83
5.11	Article 9 (Appendice J)	84
5.12	Article 10 (Appendice K)	84
5.13	Article 11 (Appendice L)	86
5.14	Article 12 (Appendice M)	86
5.15	Article 13 (Appendice N)	87
5.16	Développement des résultats en lien avec la question PICOT ..	88
5.17	Réponse à la question PICOT	96
5.18	Perspectives et propositions pour la pratique	96
6	Conclusion	98
6.1	Objectif du chapitre	99

6.2	Synthèse des principaux résultats	99
6.3	Apports du travail de Bachelor	99
6.4	Limites	101
6.5	Perspectives pour la recherche.....	103
7	Liste des références	105
8	Appendices	118
8.1	Appendice A	119
8.2	Appendice B	123
8.3	Appendice C	128
8.4	Appendice D	133
8.5	Appendice E	139
8.6	Appendice F	143
8.7	Appendice G	148
8.8	Appendice H	153
8.9	Appendice I	158
8.10	Appendice J	164
8.11	Appendice K	170
8.12	Appendice L	175
8.13	Appendice M	179
8.14	Appendice N	185

Liste des figures

Figure 1 : Schéma conceptuel de la TSG	59
Figure 2 : Diagramme de flux, 1 ^{ère} recherche sur la base de données PubMed	70
Figure 3 : Diagramme de flux, 2 ^{ème} recherche sur la base de données PubMed	71
Figure 4 : Diagramme de flux, base de données CINAHL	72
Figure 5 : Diagramme de flux, base de données PsycINFO	73
Figure 6 : Diagramme de flux, base de données Medline	74
Figure 7 : Diagramme de flux, base de données Web of Science.....	75

Liste des tableaux

Tableau 1 Protocole ERAS et temporalité.....	47
Tableau 2 Mots clés et descripteurs.....	64
Tableau 3 Références et impact factor des articles retenus	66

Résumé

But : Cette recherche a comme objectif de déterminer comment les différentes stratégies d'éducation thérapeutiques impactent les complications chez les patients porteurs de colostomie.

Problématique : La colostomie fait partie de la famille des stomies. La stomie est l'ouverture chirurgicale d'un orifice sur la peau au niveau de l'abdomen. Cette stomie peut être provisoire ou définitive. Cette intervention est due entre autres à un cancer, une maladie inflammatoire, maladie diverticulaire, neurologique, traumatique, etc. La stomie peut induire de multiples complications qui influencent directement l'autonomie de la personne et sa qualité de vie. Les infirmiers ont un rôle à jouer dans la prise en charge des patients de développer leurs compétences sur la gestion de leur stomie (empowerment) et ainsi de les accompagner dans un processus favorisant l'autonomie. L'éducation thérapeutique est un outil adéquat et adaptable afin d'aider le patient à acquérir de nouvelles compétences et faciliter le changement de comportement en plus du changement physique. De plus, la maladie chronique est souvent la cause de réhospitalisation, ce qui influence les coûts de la santé. Diverses interventions semblent être des solutions efficaces pour assurer un suivi en partenariat avec le patient afin d'atteindre les objectifs d'autonomisation et d'acceptation nécessaires au processus d'empowerment.

Concepts et champs disciplinaires : La revue de littérature concernant la thématique a permis de définir les concepts qui sont : Les complications postchirurgicales liées à la mise en place d'une stomie, l'éducation thérapeutique (ETP), les différents moyens d'éducation thérapeutique et les patients porteurs de colostomies. Le cadre théorique choisi pour ce travail est la Théorie de la Gestion des Symptômes (Symptom Management Theory) de (Humphreys et al., 2008).

Méthode : À l'aide de la méthodologie PICOT (Fineout-Overholt & Melnyk, 2011), les auteurs ont précisé la thématique en construisant la question de recherche suivante : « Chez les patients porteurs de colostomie, comment les différentes stratégies d'éducation thérapeutique ont un impact sur les complications ? » Par la suite, une recherche d'articles scientifiques a été réalisée dans les différentes bases de données (PubMed, Medline, PsycINFO, CINAHL et Web of science). Treize articles ont été sélectionnés puis analysés au travers de la grille de Fortin (Fortin & Gagnon, 2016a), afin de répondre à la question de recherche.

Résultats : Dans les différents articles, plusieurs moyens d'éducation thérapeutique au patient (ETP) sont analysés afin de comparer le temps d'hospitalisation et les complications entre 2 groupes de patients. Par cette analyse, il a été démontré que le programme ERAS diminue le temps de séjour et diminue le temps à l'indépendance de la gestion de la stomie de manière significative. En revanche, le taux de complications et de réhospitalisation

n'était pas significativement impacté. D'autres moyens d'ETP ont permis de démontrer une influence positive sur l'adhérence au traitement permettant une meilleure gestion autonome des symptômes ainsi qu'une meilleure adaptation psychosociale à la stomie. Le taux de réhospitalisation est significativement plus faible ce qui n'est pas le cas des complications.

Conclusion : Par ce travail, il est recommandé de compléter le programme ERAS avec d'autres interventions. Elles permettent une prise en globale du patient et prolongée dans le temps, contrairement au programme ERAS qui préconise une prise en charge à court terme. La conclusion a permis de mettre en évidence les apports de ce travail ainsi que les éléments facilitants et contraignants. Les limites et les perspectives pour la recherche sont également mises en évidence.

Mots clés : Patients colostomisés, éducation thérapeutique, stratégies d'éducation thérapeutique, complications

Remerciements

Toutes les personnes qui ont œuvré pour la réalisation de ce travail et sans qui sa rédaction n'aurait pas été possible sont remerciées ici chaleureusement :

- Monsieur Christian Voirol, Directeur de travail de Bachelor, pour ses nombreux conseils, son soutien et sa disponibilité tout au long de l'élaboration de son travail.
- Odile Roulet et Sylvie Cuche sont également remerciées pour leur temps consacré à la relecture et aux corrections de ce travail de Bachelor.
- Les familles et ami.e.s des auteurs pour leur soutien apporté tout au long de la réalisation de ce travail.
- Le lecteur pour son indulgence face à un texte parfois peu fluide en raison de la dyslexie de deux des auteurs.

1 Introduction

Au cours de la dernière année de formation, du cursus de Bachelor HES-SO en soins infirmiers, la réalisation d'un Travail de Bachelor est demandée. Le travail se présente sous forme d'une revue de littérature. Elle implique dans un premier temps un questionnement clinique suivi de recherches d'articles scientifiques au travers de diverses bases de données scientifiques sur la thématique du sujet principal. Une analyse pertinente et approfondie des résultats des différentes études trouvées et la comparaison de ceux-ci a permis de mettre en avant des recommandations pour la pratique.

Ce travail scientifique permet le développement de nombreuses compétences, telles que la rigueur, l'organisation et l'exercice du regard critique obligeant à travailler la posture réflexive. Il est le fruit d'une démarche méthodologique et scientifique enseignée et apprise au cours des trois années de formation. Réalisé par trois étudiants de la Haute École ARC de Neuchâtel, il nécessite une forte collaboration entre eux et les initie à ce type de relation pour leur pratique professionnelle future.

Le travail se construit en plusieurs étapes. La première étape est l'ébauche de la problématique. Elle est apparue tout d'abord lors d'une rencontre avec une stomathérapeute dans le cadre d'un stage. Par la suite, la lecture de revues systématiques a permis d'ancrer le travail dans une thématique actuelle. Des recherches dans la littérature (livres et articles) ont permis de délimiter les différents sujets, de les définir et de mettre en avant les principaux concepts. Cela a constitué la deuxième étape. L'apparition d'une question de recherche à la fin de ce processus a pour but de définir des mots

clés pour la recherche d'articles dans différentes bases de données. La troisième étape est l'analyse de ces articles en vue de répondre à la question de recherche pour émettre des recommandations pour la pratique, basées sur des données probantes. Finalement, cela permet de proposer des perspectives pour des recherches futures.

Basée sur une méthodologie scientifique et s'imprégnant de la science infirmière leurs auteurs sont fiers de ce travail bien qu'il ait plus de valeur à leurs yeux qu'à ceux de la communauté infirmière et scientifique.

2 Problématique

2.1 Objectif du chapitre

La problématique permet de déterminer l'orientation du travail en présentant la question de départ. Elle a pour but de démontrer les bien-fondés de la question pour la discipline infirmière (Fortin & Gagnon, 2016).

Dans ce chapitre, la manière dont la question de départ a été construite et en quoi elle est pertinente pour les soins infirmiers est expliquée. Une brève définition des quatre concepts du métaparadigme infirmiers (Fawcett, 2005) est donnée. Les modes de savoirs infirmiers (Carper, 1978; Chinn & Kramer, 2008) y sont également décrits. Les liens qui unissent la question avec les concepts du métaparadigme sont détaillés dans le chapitre 3 intitulé « Concepts et champs disciplinaires infirmiers ». Une revue exploratoire de la littérature (scoping review) est présentée afin de mieux cerner le sujet et de préciser les concepts pertinents. Pour finir, les perspectives pour la pratique infirmière sont mises en lumière.

2.2 Question de recherche

Parmi tous les thèmes proposés, la problématique choisie est la suivante : « Quelles sont les interventions de soins les plus appropriées post-chirurgie abdominale avec colostomie ? » Ce choix est motivé par plusieurs raisons présentées ci-après.

Cette thématique a été sélectionnée, par un attrait pour l'aspect technique et les actions de soins concrètes qui peuvent être appliquées à ce type de problématique. De plus, ces interventions sont particulièrement fréquentes

dans les contextes de soins et la prise en charge psychologique qui accompagne ces interventions peut s'avérer particulièrement intéressante.

Une volonté de travailler sur une thématique qui implique une grande responsabilité pour le corps infirmier et une certaine autonomie dans la prise en charge des patients, favorisant le développement du rôle propre, est également un élément à prendre en compte dans ce choix.

En outre, ce sujet est intéressant, car des patients stomisés ont déjà été rencontrés lors des différentes périodes de formation pratique. C'est une problématique récurrente, dont les soins, bien que variés, sont peu mis en valeur. Par leur nature, ces soins ne sont pas très avenants et peuvent créer un malaise chez les patients comme chez les soignants, principalement de par l'odeur associée. Un des auteurs a passé quelques jours avec une infirmière stomathérapeute et a ainsi pu observer beaucoup d'aspects de la prise en charge, à plus ou moins long terme, des patients stomisés. Au cours de ce stage, il a pu se rendre compte de la diversité et de la complexité de ces prises en charge. Cette expérience a été décisive pour le choix de la problématique de notre travail.

Les soins postopératoires en chirurgie abdominale avec colostomie englobent plusieurs aspects de l'individu. En effet, cette problématique étudiée sous plusieurs angles, tels que la prévention et la promotion de la santé, les soins aigus dans les phases postopératoires précoces ainsi que dans le suivi sur le long terme, les enjeux psychologiques en lien avec le regard de soi,

l'image corporelle, l'éducation à la santé et le travail d'autonomisation (l'empowerment)¹.

Bien que l'utilisation du concept d'empowerment soit vaste et que les définitions soient multiples selon les contextes, il a été décidé de se référer au grand dictionnaire terminologique qui traduit « empowerment » par autonomisation et le définit comme suit :

« Le processus par lequel une personne ou un groupe social, acquiert la maîtrise des moyens qui lui permettent de se conscientiser, de renforcer son potentiel et se transformer dans une perspective de développement, d'amélioration de ses conditions de vie et de son environnement » (Office québécois de la langue française, 2003).

2.3 Pertinence de la problématique pour les soins infirmiers

Afin de justifier l'inscription du travail de Bachelor dans la discipline infirmière, il apparaît comme nécessaire d'établir des liens entre la question de départ, les concepts du métaparadigme et les savoirs infirmiers qui délimitent la science infirmière.

2.3.1 Métaparadigme infirmier.

Une majorité des théoriciennes américaines, notamment Jacqueline Fawcett en 2005, ont clarifié la spécificité du travail infirmier en créant des modèles

¹L'empowerment est un processus qui permet aux personnes d'acquérir un meilleur contrôle des actions et des décisions qui influent sur leur santé (Nutbeam & Kickbusch, 1998). Le mot anglais est utilisé en français, faute de mot équivalent.

conceptuels, dans le but de décrire la profession et de guider la recherche. Ces modèles conceptuels servent de base à l'élaboration de théories en science infirmière. Le métaparadigme infirmier est formé par quatre concepts : la personne, l'environnement, la santé et les soins infirmiers (Pepin, Ducharme, & Kérouac, 2017).

D'après Potter et Perry (2010), qui reprennent les définitions de métaparadigme selon Fawcett, la personne est un bénéficiaire des soins infirmiers ; elle est au centre des soins. Ce n'est pas uniquement un individu, il peut en effet s'agir d'une famille, d'un groupe ou d'une communauté.

L'environnement se rapporte aux contextes dans lesquels se déroulent les soins infirmiers, c'est-à-dire le milieu physique et social de la personne.

La santé correspond à l'état de bien-être optimal qu'une personne puisse atteindre.

Pour finir, les soins infirmiers sont définis comme toutes les mesures prises (objectifs, actions et résultats) par les infirmiers, en collaboration avec la personne.

Dans la suite du travail, les définitions de chaque métaparadigme d'après Fawcett sont reprises afin de présenter comment elles s'articulent en regard de notre problématique dans le chapitre concept et champ disciplinaire.

Après avoir traité les concepts du métaparadigme infirmier, il convient de considérer les modes de savoirs infirmiers, afin de mettre en évidence la pertinence de la question de départ pour les soins infirmiers.

2.3.2 Les quatre modes de savoirs infirmiers.

La définition du terme « savoir » est diverse. Il est défini comme : « avoir appris quelque chose et le connaître ou le pratiquer » (Larousse, 2020). Le même auteur le décrit comme « Ensemble de connaissances acquises par l'étude » (Larousse, 2020). Ce terme peut également se rapporter à ce que la personne connaît, c'est-à-dire le pouvoir affirmer l'existence de (Le Robert, 2020).

La discipline infirmière est fondée sur quatre savoirs ou mode fondamentaux, qui sont complémentaires et permettent une approche différente dans le raisonnement clinique (Carper, 1978). Les quatre modèles fondamentaux de connaissances sont : le savoir personnel, le savoir esthétique, le savoir éthique, et le savoir empirique. (Carper, 1978). L'approche proposée par Carper permet un cadre de référence aux infirmiers afin d'acquérir l'ensemble des connaissances à la pratique réflexive et à la recherche en science infirmière.

2.3.2.1 Le savoir personnel.

Le savoir personnel prend appui sur l'expérience personnelle de l'infirmier de devenir un être unitaire, conscient et authentique. Il englobe la compréhension subjective de soi et de l'autre, ou ce que l'infirmier connaît de lui-même, tant par son intuition qui lui permet de comprendre de façon sensible une situation de soins donnée (Pepin, Kérouac, & Ducharme, 2010).

Le savoir personnel fait référence à un développement de la connaissance de soi et à la compréhension subjective de soi et d'autrui (Carper, 1978). Cette définition peut être approfondie en suggérant à l'infirmier une réflexion « Est-ce que je sais ce que je fais ? » et « Est-ce que je fais ce que je sais ? » (Chinn & Kramer, 2008). Ces deux questions ont pour but d'approfondir la connaissance de soi comme personne et infirmier. Dès lors, accompagner un patient portant une stomie peut rappeler à l'infirmier des sentiments semblables ressentis dans une situation similaire tant dans un contexte professionnel ou personnel. Cette pratique réflexive sur la situation permet à l'infirmier d'acquérir des outils nécessaires pour aborder une meilleure prise en charge.

2.3.2.2 Le savoir esthétique.

Le savoir esthétique, ou l'art des soins infirmiers, fait référence à l'appréciation de la signification d'une situation et nécessite des ressources créatives pour rejoindre l'autre profondément et rendre possible ou transformer une expérience. Il est lié aux expressions de type asiatique qui découlent des expériences quotidiennes de l'infirmière : la beauté d'un geste, l'intensité d'une interaction et l'adresse manifestée au moment de la coordination d'activités de soins qui font une différence pour l'autre. Il s'exprime dans la pratique par un art et par des actes qui transforment (Pepin et al., 2010). En d'autres termes, la compréhension des besoins du patient stomisé et l'utilisation des ressources pour lui apporter une aide optimale sont

capitales pour la conception de la relation avec le patient. Le mode esthétique se traduit par l'expression des gestes relationnels que le soignant adopte envers le patient stomisé, tel que l'attitude du soignant, sa posture et son comportement non verbal.

2.3.2.3 Le savoir éthique.

Le savoir éthique fait référence aux processus de prise en compte de valeurs et de clarification d'ordre moral qu'exigent de nombreuses situations de soin. Cette dimension du savoir concerne ce qui est juste, bon, désirable et s'appuie sur des principes et des codes (Pepin et al., 2010). Les principes éthiques sont l'autonomie de la personne, la bienfaisance, la non-malfaisance, la vérité, la confidentialité, la justice et l'équité. Ils servent de guide pour les infirmiers dans la mise en place des interventions de soins éthiquement acceptables. Durant sa pratique, l'infirmier doit réfléchir sans cesse et se remettre en question, afin de prodiguer un soin correspondant à ses valeurs, ses désirs, ses codes déontologiques et ses principes éthiques. (Pepin et al., 2010).

2.3.2.4 Le savoir empirique.

Le savoir empirique « est issu de la recherche scientifique, de l'observation, de l'exploration, de la description et de l'explication des phénomènes » (Pepin et al., 2010, p. 20). Les infirmiers doivent développer des connaissances spécifiques grâce à des recherches dans la littérature scientifique, afin de comprendre les phénomènes. Dans ce travail, il s'agit de définir les termes, stomies, colostomies, maladies chroniques, complications, les premiers soins

postopératoires, l'autonomisation, les soins infirmiers, les soins aux patients, les éducations, la qualité de vie et le deuil. Par la suite des recherches sont réalisées afin d'expliquer les conséquences et les facteurs de risque de la stomie sur les complications psychologiques et celles qui entravent le processus d'autonomisation. Puis, la recherche scientifique est mise en lien avec les pratiques probantes dans les interventions infirmières prodiguées aux patients stomisés. Une pratique infirmière fondée sur des données scientifiques est essentielle pour offrir une intervention de qualité.

Les soins aux stomisés s'incluent dans les quatre modes de savoirs infirmiers. En se référant aux définitions précédemment effectuées, il est possible de tirer différents parallèles entre ces deux concepts.

L'authenticité obligatoire dans la relation aux patients stomisés, le questionnement constant sur nos connaissances en lien avec notre pratique, avec le changement de poche par exemple, renvoie directement au savoir personnel. Il permettra à l'infirmier de mieux saisir la situation et d'améliorer sa prise en charge.

Comprendre les besoins des patients stomisés et y adapter les réponses infirmières en mobilisant les ressources optimales favorise les interactions de forte intensité. Ici dans la thématique du travail, il s'agit de s'adresser au patient avec le moyen d'éducation thérapeutique le plus probant, le plus efficient. Ce cas de figure se réfère au savoir esthétique.

En voulant favoriser l'autonomie de la personne entre autres, mais également en souhaitant éviter les complications et favoriser le bien-être du patient, la thématique fait appel au savoir éthique.

La recherche de moyens probants et efficaces se réfère au savoir empirique permettant de comprendre les différents phénomènes, dans ce travail, relatif à la stomie. Ces données probantes vont permettre aux infirmiers d'offrir aux patients stomisés des interventions de qualité.

2.4 Revue exploratoire de la littérature

La revue exploratoire de la littérature a pour objectif de recueillir des informations pertinentes afin d'élargir nos connaissances au travers de diverses revues scientifiques de littérature. Cela a comme but de préciser la question naïve : « Quelles sont les interventions de soins les plus appropriées post-chirurgie abdominale avec colostomie ? »

Cette recherche dans la littérature a permis de préciser la thématique et ainsi formuler une question de départ.

2.4.1 Chirurgie abdominale.

L'énoncé fait référence à la chirurgie abdominale, ainsi qu'à la colostomie. Afin de se référer au bon système et qu'il n'y ait pas de confusion avec la chirurgie plastique de l'abdomen, il est préférable d'utiliser le terme de chirurgie viscérale. Également appelée chirurgie digestive, la chirurgie viscérale fait référence aux traitements chirurgicaux de toutes les affections

d'organes digestifs, de la paroi abdominale et des autres organes intraabdominaux non digestifs.

2.4.1.1 Stomie.

Dans ce travail, le focus est porté sur les colostomies, qui font partie de la famille des stomies.

Étymologiquement, le terme « stoma », issu du grec, signifie la bouche. Une stomie est l'ouverture chirurgicale d'un orifice sur la peau. Un viscère y est abouché, permettant ainsi l'évacuation de son contenu vers l'extérieur du corps. L'ouverture se fait normalement sur l'abdomen.

Plusieurs causes peuvent amener à une telle intervention. Elles sont reliées à une incapacité de l'organe à fonctionner. En voici les principales (Slater, 2012) :

- Cancer de l'intestin ou de la vessie
- Maladie intestinale inflammatoire
- Polypose adénomateuse familiale (cancer du côlon et du rectum)
- Maladie diverticulaire
- Neurologiques
- Traumatismes
- Congénitales
- Fistule
- Incontinence fécale ou urinaire
- Volvulus

- Fuite anastomotique
- Ischémie de l'intestin (colite ischémique)
- Incontinence fécale

Il existe plusieurs types de stomies en fonction de l'organe dont la décharge est visée (Slater, 2012) :

- L'iléostomie, qui est une stomie du troisième segment de l'intestin grêle
- L'urostomie, qui est une stomie des voies urinaires
- La colostomie, qui est une stomie du côlon

2.4.1.2 Colostomie.

La colostomie étant l'objet central du travail, en voici une définition plus détaillée.

Il s'agit de l'abouchement du côlon à la peau. La colostomie peut se situer aux différents niveaux du côlon, ascendant, transverse ou descendant. La partie concernée aura une influence sur la consistance des selles, entre autres.

Si la partie ascendante est concernée par la colostomie, les selles seront liquides et pâteuses avec un débit quotidien de 500 à 800 ml. Le point d'ouverture de la stomie sera dans la partie supérieure droite de l'abdomen, l'hypocondre droit.

Une colostomie transverse peut se situer aussi bien dans l'hypocondre droit ou gauche. Les selles seront liquides à pâteuses. Elles s'écouleront à un débit quotidien d'un litre.

La colostomie descendante présente un débit variable de selles normales à semi-solides. Elle se situe dans la partie inférieure gauche de l'abdomen, dans la fosse iliaque (Soravia, Beyeler, & Lataillade, 2005).

Selon l'étiologie de la stomie, cette dernière peut être temporaire ou définitive. Dans le cas d'une stomie provisoire, c'est la protection post interventionnelle de la stomie qui est visée. Dans le cas d'une amputation abdomino-périnéale, ce qui représente une stomie définitive, une excision du rectum sera effectuée. La colostomie définitive résulte d'une intervention chirurgicale telle que la résection abdomino-périnéale du rectum ou après la chirurgie de Hartmann (sigmoïdectomie ou rectosigmoïdectomie avec fermeture du moignon rectal), en cas de cancer colorectal à un stade plus avancé, ce qui rend la reconstruction intestinale impossible (Soravia et al., 2005).

2.4.1.3 Maladie chronique.

La colostomie peut être considérée comme une maladie chronique par son impact sur la vie du patient à long terme.

Une affection chronique est la résultante d'un processus dégénératif prolongé dans le temps. Ce processus est constitué de phases stables et de phases dites de crise (ENSP, 2004). De par sa durée, la maladie chronique requiert une prise en charge sur le long terme, sur plusieurs années, de manière continue (OMS, 2003). Étant inéluctable, elle se vit au quotidien et des adaptations sont donc nécessaires pour compenser une baisse des

capacités psychiques, cognitives et physiques. Des modifications de l'image corporelle peuvent également apparaître. Son degré de sévérité dépend de son impact sur les activités de la vie quotidienne influent directement la qualité de vie. (ENSP, 2004 ; Sager Tinguely & Weber, 2011).

Le diagnostic ne définit pas à lui seul la maladie chronique. Les répercussions sur la personne sont sa définition (RAT AC, 2004). Cependant la maladie chronique suppose toute de même quelques points clés (RAT AC, 2004) à savoir :

- La présence d'une atteinte d'origine organique, psychologique ou cognitive
- La présence de la maladie depuis 3 à 12 mois, ou supposée comme telle
- La modification de la vie quotidienne du patient pour donner suite aux atteintes
- La limitation de la participation et des activités du patient
- La dépendance face à une aide-auxiliaire de tout type (médicament, technologie, matériel...)
- Le besoin de soin, d'éducation et d'adaptation

Les maladies chroniques sont en augmentation et leurs causes sont à mettre en lien avec l'évolution des habitudes de vie de la population et l'augmentation de l'expérience de vie (Sager Tinguely & Weber, 2011).

Lors de la maladie chronique, des soins de longue durée doivent être prodigués. Le maintien et la restauration d'un niveau de vie optimal, tout en tenant compte de l'état de santé du patient et de sa dépendance fonctionnelle, en sont ses buts (Sager Tinguely & Weber, 2011).

L'OMS met également en avant le lien entre la précarité et la maladie. La maladie peut être à la fois une cause et une conséquence de la précarité. Une amélioration de l'état de santé permettrait donc de sortir de la pauvreté (OMS, 1999). Les affections chroniques amènent les individus à se retrouver dans des situations de pauvreté.

Les besoins des patients chroniques ne se résument pas à des interventions de types biomédicales, mais nécessitent au contraire une approche plus globale. Cette approche doit anticiper les nécessités des patients afin de garantir une continuité des soins dans l'environnement du patient. L'objectif visé est le développement de la capacité d'auto-soins, du patient et de son entourage (OMS, 2003).

Cinq axes sont proposés pour assurer une offre de soins adéquate (Sager Tinguely & Weber, 2011) :

- Garantir une continuité des soins tout au long de l'accompagnement de la personne entre les différents professionnels ainsi qu'entre le lieu de soin et le lieu de vie de la personne.
- Mettre en œuvre des soins permettant la gestion du traitement et des symptômes dans la vie quotidienne, par la mise en place

d'enseignement. Ceux-ci permettront de contrôler les facteurs de risque prévenant ainsi les phases aiguës et les complications.

- Accompagner la personne dans son vécu de la maladie pour assurer une qualité de vie.
- Orienter la personne vers les diverses ressources à sa disposition.
- Soutenir son entourage, qui est son principal réseau, dans le maintien de son autonomie. Tenir compte de la complexité de la situation et du rôle d'expert du patient dans celle-ci.

2.4.1.4 Complications.

La chirurgie comporte toujours un risque de complications, il s'agit ici de les présenter. De plus leur impact peut-être à plus ou moins long terme. L'évolution de la maladie chronique peut directement en dépendre tout comme la qualité de vie du patient.

De manière très vaste et générale, les complications sont des « phénomènes pathologiques qui surviennent au cours d'une maladie sans lui être spécifiques, et qui généralement l'aggravent. » (Marroun, Sené, Querauvilliers, & Fingerhut, 2018). Dans le cas de la stomie, les complications peuvent être à la fois physiques et psychiques (Porrett & McGarth, 2005). Les complications physiques peuvent être catégorisées en plusieurs groupes, dont deux premiers sous-groupes relatifs à la proximité de l'intervention chirurgicale (Shabbir & Britton, 2010). Ainsi, nous parlerons de complication précoce et tardive. Les différentes complications possibles et leurs causes sont décrites

plus en détail au chapitre intitulé « Complications » dans la partie « Concepts » du travail.

2.4.2 Les interventions de soins infirmiers.

Le but, ici, est d'avoir un aperçu des actions dont l'infirmier dispose dans la prise en charge de patients colostomiés.

2.4.2.1 Les différentes étapes du processus vers l'autonomie.

En postopératoire, le patient sera confronté à de nouvelles difficultés. Le passage d'un orifice caché à un orifice visible sur l'abdomen apporte un réel changement à l'image corporelle du patient. La perte du contrôle du sphincter, les odeurs et l'incontinence qui en découlent ont pour conséquence que la personne peut avoir une image négative d'elle-même (Çakmak, Aylaz, & Kuzu, 2010).

La peur de fuites et les mauvaises odeurs amènent souvent la personne à s'isoler socialement par peur de dégoûter son entourage. Le but du soignant est d'abord un suivi adapté aux patients en individualisant le plus possible le suivi, afin de répondre au mieux aux demandes du bénéficiaire de soins (Liao & Qin, 2014). Ce suivi commence avant l'intervention et se poursuit après le retour à domicile. Il faut que le patient se sente le plus en sécurité possible avec sa stomie. Une relation de confiance bien établie dans le suivi permet au patient de se confier au soignant qui le suit et de partager au mieux ses préoccupations. Il faut également s'intéresser à la représentation qu'ont les patients de leur stomie, car la subjectivité est centrale dans le suivi du patient.

L'altération de l'image corporelle est le principal souci des patients stomisés. Ils ressentent souvent la sensation d'être amputés. De ce changement découle une baisse de l'estime de soi et un sentiment de dévalorisation. Le déni, un état dépressif et d'autres mécanismes de défense sont utilisés. (Kiliç, Taycan, Belli, & Özmen, 2007).

Il faut mobiliser le maximum de ressources du patient, pour lui permettre d'intégrer au maximum son atteinte dans sa vie quotidienne (Kiliç et al., 2007).

2.4.2.2 Les soins infirmiers.

Les soins infirmiers interviennent dans la plupart des étapes de la mise en place d'une colostomie à la suite d'une chirurgie viscérale, et même parfois en amont.

En préopératoire, le rôle de l'infirmier est principalement d'informer le patient et de vérifier ses connaissances. Une grande partie de ce travail peut être confié à l'infirmier stomathérapeute (Arantes et al., 2015b). En postopératoire, le travail de l'infirmier évoluera en fonction de l'autonomisation du patient. Dans un premier temps, la personne ne sait pas faire ses soins. Le travail de l'infirmier consiste donc à surveiller l'évolution de la plaie opératoire et de la stomie (aspect, point de suture, peau péristomiale, reprise du transit et étanchéité) et à changer la poche de stockage des selles. Les soins à la stomie dans cette phase postopératoire sont détaillés ci-dessous (Alvarez, Beyeler, Lataillade, & Soravia, 2013 ; Arantes et al., 2015).

2.4.2.3 Soins aux patients porteurs d'une stomie.

Les soins aux patients porteurs de stomie doivent respecter les principes fondamentaux suivants :

- L'observation de la reprise du transit, ce qui va engendrer le premier changement de poche, est les premiers soins postopératoires.
- Faire le soin en respectant l'intimité du patient.
- Séparer les soins de plaie opératoire des soins de la stomie.
- Pratiquer un soin propre, mais pas stérile, car la stomie n'est pas stérile, c'est une muqueuse qui reste toujours humide et insensible.
- Les soins d'hygiène des stomies se font avec de l'eau du robinet et éventuellement avec un savon neutre. Le soignant portera des gants non stériles, un tablier et un masque s'il y a des risques de projections de liquides biologiques.
- Proscrire l'utilisation de substances telles que : benzine, alcool, teintures, pommades (risque d'allergies et/ou décollement de l'appareillage).
- Mesurer la stomie et observer sa forme afin d'adapter au mieux la découpe de la plaque (marge de 2 à 5 mm) et permettre également le choix du bon appareillage (plaque convexe ou non).
- Utiliser et modeler à bout de doigts un protecteur cutané (sous forme d'anneaux ou barrettes) pour combler les plis ou creux anatomiques afin de garantir l'étanchéité.

- Utiliser, tant que les selles sont encore liquides, une pâte protectrice pour protéger le pourtour de la stomie (joint d'étanchéité).
- En postopératoire immédiat, utiliser une plaque de base (hydrocolloïde) et une poche pouvant être vidée d'apparence transparente (pour observer la stomie) et sans filtre (la reprise du transit est évaluable à l'aide des premières flatulences).

(Arantes et al., 2015 ; Alvares, Soravia, Beyeler, & Lataillade, 2013).

Les soins postopératoires à long terme visant l'empowerment et l'autonomisation, le rôle infirmier se concentre sur l'éducation et la dispense de conseils thérapeutiques en vue d'une autonomisation (Arantes et al., 2015b).

2.4.2.4 Éducation thérapeutique.

L'éducation thérapeutique vise à aider les patients à acquérir ou à maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique (OMS, 1997 ; Gagnayre, 2007, p. 2). Elle concerne tous types d'actions liées au traitement curatif ou à la prévention des risques et/ou des complications d'une pathologie (Formarier & Jovic, 2012, p. 152).

L'éducation thérapeutique fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychologique, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, ainsi que des comportements liés à la santé et à la maladie.

L'éducation thérapeutique a pour but d'aider les patients et leurs familles à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, afin qu'ils puissent maintenir et améliorer leur qualité de vie (Arantes et al., 2015b, p. 7).

L'éducation thérapeutique n'est pas exclusivement réservée aux personnes porteuses de stomie. Les proches aidants jouent souvent un rôle important dans la prise en charge à domicile et doivent impérativement être mis au courant des actes, observations, surveillances et connaître les complications relatives et générales d'une stomie. Leur rôle est de soutenir la personne porteuse de stomie dans leurs soins quotidiens (Kirkland-Kyhn, Martin, Zaratkiewicz, Whitmore, & Young, 2018 ; McMullen et al., 2014).

2.4.2.5 La qualité de vie.

Jadis, les termes utilisés dans la littérature pour exprimer la qualité de vie (QV) étaient un état de bien-être, de satisfaction, d'être heureux, de bonheur, d'équilibre, d'être bien dans sa peau, d'avoir la santé, etc. (Formarier, 2007, p. 3). Le concept de qualité de vie est apparu dans les années soixante aux États-Unis afin de préciser que la seule influence matérielle ne suffisait pas pour bien vivre. Ce concept a évolué avec le développement des maladies chroniques, le vieillissement de la population et la multiplication des handicaps liés aux accidents graves (Formarier, 2007, p. 3).

À ce jour, il existe un nombre important de définitions de la qualité de vie, car c'est un concept abstrait, situationnel, complexe et multidimensionnel.

Néanmoins, la définition qui nous semble la plus appropriée par rapport à la thématique de notre travail est celle de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) : « C'est la perception qu'a l'individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes » (Formarier & Jovic, 2012, p. 260).

La colostomie a un impact important et souvent négatif sur la qualité de vie de la personne. Les préoccupations sont notamment les incontinences, les écoulements rectaux, les émissions de gaz, les difficultés du retour au travail, la diminution de l'activité sexuelle, des voyages et des loisirs (Krouse et al., 2007), comme présenté au chapitre 2.2.1.4.

2.4.3 Le deuil.

Les différentes pertes en lien avec la stomie doivent être acceptées par le patient. Ce processus s'inscrit dans la thématique du deuil. Il s'agit là d'un des enjeux majeurs chez les patients stomisés. Une meilleure acceptation permet une meilleure qualité d'auto-soins.

Dans le langage courant, le deuil est défini comme un processus psychique mis en œuvre par le sujet à la suite de la perte d'un objet d'amour externe. On parle de faire son deuil de quelque chose, de renoncer, de se résigner à la perte de quelque chose (Larousse, 2018). Le deuil est une réaction et un sentiment de tristesse éprouvés à la suite de la mort d'un proche, de la perte d'une fonction corporelle, d'une mutilation ou d'une déformation, de la perte

d'un objet cher ou d'une maladie incurable (Kübler-Ross & Kessler, 2005). Le deuil n'est pas une pathologie. Il doit être vécu et réalisé, et ne pas être nié. Un deuil peut être entravé par l'utilisation de stratégie d'adaptation inadéquate ou avoir des symptômes qui se prolongent entraînant des complications (Hanus & Bacqué, 2000 ; Hanus, 2006). Les deuils qui sont non reconnus peuvent notamment être susceptibles d'entraîner des complications, voire de véritables maladies (Doka, 1989).

Les complications psychologiques qu'engendre la mise en place d'une stomie sont reprises dans les concepts définis dans le chapitre 3. Les deuils ne sont pas uniquement rattachés à la perte d'un proche. Comme expliqué ci-dessus, le processus existe aussi lors d'une perte (pas forcément létale) liée à notre propre personne. Dans le cas de la mise en place d'une colostomie à demeure, les pertes sont multiples : perturbation de l'image corporelle, perte d'autonomie, perte de fonction sociale ou professionnelle selon les cas, etc. (Mave et al., 1992).

En résumé, le deuil est un processus important. S'il n'est pas réalisé de manière complète, le patient sera plus à risque de complications. Son auto prise en charge sera également de meilleure qualité s'il est réalisé de manière convenable.

Dans ce genre de situation, le deuil suit un certain cheminement de 5 étapes : le déni, la colère, le marchandage, la dépression et l'acceptation. Il est cependant nécessaire de préciser que tout le monde ne passe pas

forcément par ces 5 étapes et les réactions ne suivent pas toujours le même ordre (Kübler-Ross & Kessler, 2005).

2.5 Précision des concepts pertinents retenus

La notion de concepts comprend de nombreuses définitions et celles-ci varient en fonction des différentes approches et des courants de pensée. Afin de définir le cadre, une définition de la notion de concepts est nécessaire (Formarier & Jovic, 2012).

La notion de concept est travaillée en regard de la discipline infirmière dans ce travail de Bachelor afin d'avoir une visée scientifique. Fawcett (2013) définit le concept comme étant un mot ou une expression qui résume un phénomène, comme une idée, une observation ou une expérience (Fawcett, 2013).

Voici les concepts retenus comme pertinents et qui seront détaillés dans le chapitre concepts et champs disciplinaires de ce travail.

- Complications post chirurgicales liées à la mise en place d'une stomie
 - Complications somatiques
 - Complications psychologiques
- Éducation thérapeutique (ETP)
- Différents moyens d'éducation thérapeutique
 - Enhanced Recovery After Surgery (ERAS)
 - Entretien d'éducation thérapeutique pré/postopératoire
 - La technologie comme support d'éducation thérapeutique

- Patients porteurs de colostomie

2.6 Perspectives et propositions pour la pratique

Les différentes recherches sur la thématique des colostomies et les problématiques qui y sont reliées démontrent les perspectives de soins infirmiers chez le patient porteur d'une colostomie définitive. Ces dernières sont nombreuses et variées. Outre le changement de la première poche dans la phase postopératoire, un accompagnement important du bénéficiaire de soins est nécessaire pour l'accompagner dans son travail d'acceptation et d'adaptation à cette nouvelle condition.

Au travers d'observations pratiques personnelles, il a été compris que parfois les personnes rentrant de l'hôpital savent réaliser le geste, mais ne connaissent ou ne comprennent pas pourquoi elles le font de cette manière. Elles ne comprennent pas non plus toujours les indications thérapeutiques reçues à l'hôpital.

Or, pour que la personne puisse atteindre l'autonomie et développer un processus d'empowerment, il est nécessaire qu'elle comprenne les tenants et les aboutissants des indications thérapeutiques données. Ces informations nécessaires à la compréhension sont souvent données à l'hôpital en postopératoire. Cette période est courte, la personne doit emmagasiner beaucoup d'informations et le processus de compréhension peut être entravé par des mécanismes de défense tels que le déni (la première phase du deuil)

ou un rejet de la stomie, car la personne n'accepte pas sa nouvelle image corporelle.

Il existe une liste non exhaustive de moyens et outils d'éducation thérapeutique. De natures multiples, les plus courants en lien avec la problématique sont définis dans la partie « Concepts et champs disciplinaires infirmiers ». Les différents moyens d'éducation thérapeutique peuvent être utilisés par les infirmiers et les bénéficiaires de soins pour atteindre, étape par étape, l'autonomie et finalement l'empowerment de la personne. Les infirmiers ont aussi un rôle important dans le travail d'acceptation de la colostomie, pour mettre en évidence et mobiliser les ressources de la personne. C'est un travail de partenariat avec le patient qui s'effectue sur le plus ou moins long terme, mais qui est nécessaire pour assurer la pérennité des soins et des surveillances adéquates par la personne porteuse de colostomie définitive.

Un suivi postopératoire à domicile par l'infirmier semble être la solution la plus efficace pour assurer ce suivi en partenariat avec la personne afin d'atteindre les objectifs d'autonomisation et d'acceptation nécessaires au processus d'empowerment.

En conclusion de ce chapitre, il est démontré que les concepts clés retenus (colostomie, complication et éducation thérapeutique) de la thématique du travail s'inscrivent réellement dans la discipline infirmière. Réunis, ils démontrent une envie d'amélioration de la situation du patient par un accompagnement du développement de l'autonomie du patient. Cela se fait

par des soins physiques et psychiques permettant l'acceptation de cette situation nouvelle qui va s'inscrire dans le temps. Pour la réalisation de cette démarche et dans le but d'être efficient, il s'agira de s'appuyer sur des données probantes dont la réalisation semble possible.

3 Concepts et champs disciplinaires infirmiers

3.1 Objectif du chapitre

Les concepts pertinents pour la suite du travail sont définis dans ce chapitre. Il s'agit des concepts suivants : Les complications post chirurgicales liées à la mise en place d'une stomie, l'éducation thérapeutique (ETP), les différents moyens d'éducation thérapeutique et les patients porteurs de colostomies. De plus la théorie des symptômes qui est le cadre théorique de ce travail y est présentée.

3.1.1 Complications post chirurgicales liées à la mise en place d'une stomie.

La pose d'une stomie peut engendrer différentes complications (somatiques, psychologiques et postopératoires) qui sont présentées dans cette section. Il est important de les définir de façon précise, afin de pouvoir les prévenir et en limiter leurs conséquences.

3.1.1.1 Complications somatiques.

Les complications somatiques peuvent être classifiées en 4 catégories différentes : les complications précoces, les complications tardives, les complications cutanées péristomiale et les complications métaboliques (Soravia et al., 2005).

Tout d'abord, il y a les complications précoces, qui interviennent rapidement après l'intervention chirurgicale pour la mise en place de la stomie. Elles peuvent être de type hémorragique, infectieux, mais également traumatique. Dans le cas de la pose d'une stomie, les complications précoces sont souvent liées à une déchirure de la paroi intestinale par des points transfixiants. Une

réintervention est souvent nécessaire. Une occlusion est également possible, mais dans ce cas, une réintervention n'est pas forcément nécessaire. Une mise au repos de l'intestin par un jeûne et la pose d'une sonde naso-gastrique peut être suffisante (Soravia et al., 2005).

Deuxièmement, on peut observer des complications tardives, qui peuvent être de type positionnel, si la stomie est positionnée dans un pli de flexion. Elles doivent être anticipées avec un marquage préalable à l'intervention qui prend en compte toutes les modifications corporelles du patient (Arantes et al., 2015b, p. 8).

Dans les deux temporalités, des complications physiques sont envisageables. Le prolapsus stomial est constaté quand il y a une augmentation de la longueur de stomie. Il résulte de la mauvaise fixation de la stomie sur la paroi abdominale, qui peut être favorisée par une augmentation de la pression abdominale, lorsque le patient tousse par exemple. Le prolapsus stomial peut être réduit via des manipulations, mais parfois une intervention est nécessaire (Norton, William, Taylor, Nunwa, & Whayman, 2008), il est constaté quand il y a une augmentation de la longueur de stomie. Il résulte de la mauvaise fixation de la stomie sur la paroi abdominale, qui peut être favorisée par une augmentation de la pression abdominale, lorsque le patient tousse par exemple.

À l'inverse, une rétraction de la stomie est également possible. La stomie donnera alors l'impression de faire un fossé dans l'abdomen. Cette rétraction

peut être due soit à une mobilisation insuffisante des intestins en phase postopératoire, soit à une prise de poids. Pour y remédier, plusieurs solutions sont possibles. En utilisant du matériel convexe, il est possible d'essayer de pousser un peu la stomie. Divers accessoires prévus à cet effet sont d'ailleurs proposés par différents fournisseurs de matériel pour patients stomisés. Au contraire d'une réintervention, cette technique présente l'avantage de limiter les fuites et de protéger la peau. La perte de poids est une autre solution (Burch, 2012).

Une autre complication est la hernie parastomiale. Elle survient à la suite d'une cicatrisation insuffisante, d'un tonus musculaire des muscles abdominaux faibles, ou d'une ouverture aponévrotique trop large. La hernie parastomale concerne principalement les patients âgés, qui ont moins de tonus musculaire (Porret & McGarth, 2005). Cette hernie est visible par un gonflement dans la région stomisée. L'utilisation de vêtement de taille peut aider à la diminution de la visibilité du gonflement. Si un appareillage adéquat n'est plus possible et que l'évacuation de la stomie ne s'effectue plus correctement, une intervention chirurgicale est nécessaire (Husain & Cataldo, 2008).

Un autre risque de complication physique est la réduction de la lumière de l'ouverture cutanée, elle peut conduire à une sténose stomiale. Ce rétrécissement est dû au processus de cicatrisation qui engendre une résection cutanée trop étroite. La sténose conduit à des problèmes de débit fécal. Pour

corriger cela, une dilatation digitale ou instrumentale peut être effectuée, mais parfois la chirurgie est nécessaire (Porret & McGarth, 2005).

Les complications les plus récurrentes en postopératoire, surtout pour les iléostomies, mais aussi pour les colostomies (Perez et al., 2006), sont les lésions cutanées péristomiales (Szymanski, St-Cyr, Alam, & Kassouf, 2010). En effet, la peau péristomiale est constamment exposée à un certain nombre de substances : les selles, les médicaments, les systèmes de poches de stomie et les produits de soins cutanés pour stomies, tels que les films barrières et les pâtes adhésives/revêtements (Meisner, Lehur, Moran, Martins, & Jemec, 2012).

Les troubles cutanés liés à la stomie peuvent avoir deux types de causes principales. Premièrement, les troubles cutanés, principalement des irritations cutanées peuvent être provoquées par le contact de la peau avec des selles ou par une intolérance aux produits utilisés. Dans le cas de contact de la peau avec les selles, il faut vérifier la bonne mise en place du matériel. Pour prévenir toute irritation, lors du nettoyage de la stomie, il faut utiliser uniquement de l'eau, sans savon. La prévention du contact des selles avec la peau peut être effectuée avec de la pâte ou des anneaux hydrocolloïdes. L'orifice de la poche doit également être découpé à la taille de la stomie. De plus, il faut régulièrement changer l'appareillage, tous les 2-3 jours (Bartle, Darbyshire, & Whitfield, 2013).

Par ailleurs, des réactions allergiques au matériel peuvent survenir (Sica & Burch, 2008). Il faut alors identifier ces réactions et remplacer le matériel. L'utilisation de crème hydrocortisone peut aider à diminuer l'inflammation de la peau péristomiale (DermNetNZ, 2012).

Deuxièmement, les complications cutanées péristomiales peuvent être causées par des mycoses, qui se développent dans les milieux humides. C'est pourquoi il est important de bien sécher le pourtour de la stomie et de surveiller les plis. Un traitement antimycosique est parfois nécessaire (Soravia et al., 2005).

Selon une étude berlinoise sur les complications post chirurgie de colostomie (Braumann et al., 2018), le risque de complications postopératoires est de 52,7%. Il peut même monter jusqu'à 61,6% en cas d'intervention en urgence. Si la chirurgie est programmée, une consultation aura au préalable été réalisée pour déterminer l'endroit le plus adapté pour la stomie, en fonction de la morphologie du ventre du patient, ce qui n'est pas toujours effectué en urgence (Maydick, 2016 ; Salvadalena et al., 2015). La masse corporelle, reprise sous l'indicateur BMI ou IMC (body mass index = indice de masse corporelle), a également un impact sur le risque de complications. Dans une situation non urgente, une personne avec un BMI supérieur à 30 (ce qui correspond à une obésité) présente 66,9% de risque de développer une complication. Ce risque se situe à 48,6% chez un patient possédant un BMI dit normal, soit entre 18,5 et 25. Dans une situation d'urgence, le risque de

complication pour une personne obèse est de 88,9%. Dans cette même étude, l'influence de la localisation de la stomie sur le risque de complications a été étudiée et les résultats montrent qu'elle n'est pas significative ($p = 0.15$) (Braumann et al., 2018). Probablement que le risque est multifactoriel et que la localisation n'est pas un facteur prédominant, même s'il est important.

En conclusion, cette étude démontre l'importance de la consultation préopératoire dans la prévention des risques de complications, car cette consultation permet de prendre en compte la morphologie abdominale du patient pour déterminer l'endroit le plus adapté pour la stomie. Chez les patients souffrant d'obésité, il faut également veiller à placer la stomie le plus haut possible pour une meilleure gestion de celle-ci (Salvadalea et al., 2015 ; Roveron, De Toma, & Barbierato, 2016). En outre, plus le BMI est élevé, plus les risques de complications sont élevés et plus leur gestion est compliquée (Arumugam et al., 2003 ; Beck, 2011 ; Duchesne, Wang, Weintraub, Boyle, & Hunt, 2002 ; De Raet, Delvaux, Haentjens, & Van Nieuwenhove, 2008). L'obésité n'influe pas uniquement sur le facteur de risque des complications, mais également sur leur sévérité (Braumann et al., 2018).

Les patients stomisés sont régulièrement victimes de constipations et de flatulences, il s'agit d'une complication physiologique (Burch, 2007). La constipation peut survenir après la stomie, mais parfois elle existait déjà avant l'intervention. Dans ce cas, le même traitement peut être utilisé que par le passé (Burch, 2007). De manière générale, la constipation est favorisée par

l'âge élevé du patient (Emmanuel, 2004), un régime pauvre en nutriments (Collett, 2002), une maladie concomitante (« Constipation in older patients: effects on quality of life », 2006) ou des effets indésirables de médicaments, de type analgésique comme les morphiniques (Lawson, 2003). Pour traiter la constipation, la prévention s'avère la méthode la plus efficace et, en dernier recours, l'utilisation de médicaments est possible (Burch, 2014). Dans ce but préventif, l'alimentation est le plus grand moyen d'action. Il est recommandé, de bien mâcher, de manger de manière régulière, d'adopter un régime équilibré, de vérifier l'effet des aliments sur sa stomie (Burch, 2007) et de boire 1,5 à 2 litres d'eau quotidiennement (Fitzpatrick, Stammers, & Taylor, 2003) (Longmore, Wilkinson, & Rajagonpalan, 2004). Cette éducation à la diététique est essentielle, car la constipation est récurrente chez les patients stomisés et le rôle de l'infirmier est donc de transmettre ces informations (Burch, 2006). Cette éducation a également lieu d'être pour les flatulences. Ce sont des gaz intestinaux résultants de l'air ingéré, ainsi que des bactéries se trouvant dans le côlon (Burch, 2014). Elles ne sont pas contrôlables par le patient et peuvent survenir à n'importe quel moment, ce qui peut être embarrassant (Collett, 2002). Elles sont causées par le fait d'avaler de l'air. Pour les prévenir, il faut ainsi éviter de parler en mangeant, de mâcher des chewing-gums, de boire avec une paille, ainsi que de fumer (Burch, 2014).

Pour la gestion des odeurs liées aux flatulences ou à la matière fécale présente dans le sac, plusieurs solutions sont envisageables. Par exemple, des

gouttes ou du spray peuvent être mis dans la poche (Pullen, 2002). Ces sprays peuvent également être utilisés quand l'odeur se fait ressentir ou lors du changement de poche (Burch, 2014). Comme pour la constipation, l'alimentation joue un rôle important. Les boissons gazeuses, le poisson et divers légumes sont à proscrire (Alvarez et al., 2013). À l'inverse, la menthe poivrée et le jus de canneberge sont recommandés, car ils diminuent les odeurs (Burch, 2014).

Des diarrhées et des selles molles sont possibles, cela fait partie des complications physiologiques. Il faut en établir les causes, qui peuvent être multiples, et en traiter l'étiologie. Dans ce cas de figure, l'hydratation du patient doit être surveillée.

Pour prévenir ces événements, les conseils diététiques prodigués par l'infirmier sont très importants. Ils permettront aux patients d'améliorer leur qualité de vie (Burch, 2006, 2014).

3.1.1.2 Complications psychologiques.

À la suite de l'opération chirurgicale de résection d'une partie de l'intestin avec mise en place d'une colostomie, le patient subit des altérations physiques, psychologiques et sociales. De nombreux questionnements surgissent pour la personne concernée. Ainsi, des craintes peuvent apparaître quant à l'acceptation de sa nouvelle apparence physique et à la réaction des proches et du conjoint, couplée au rejet qui pourrait être généré. Le patient peut aussi s'interroger sur l'impact de sa stomie sur sa vie professionnelle, sociale et

intime, et sur toutes les adaptations qui seront nécessaires. Des questionnements existentiels peuvent remettre en question ses projets, voire le sens de sa vie. (Ligue suisse contre le Cancer 2017:12).

Les changements psychologiques les plus relevés sont : l'estime de soi diminuée, la perception altérée de l'image corporelle, la dysfonction sexuelle, les problèmes conjugaux et divers troubles psychiatriques, principalement la dépression (Kiliç et al., 2007).

Le retour à domicile est une période de doutes. Les personnes stomisées s'interrogent sur leurs capacités à changer elles-mêmes leur appareillage. Elles éprouvent des craintes lorsqu'elles sont en public quant aux bruits provoqués par l'évacuation des selles dans la poche et quant aux odeurs qui pourraient fuiter. Elles s'inquiètent de la visibilité de la forme de la poche à travers les vêtements et des questions d'autrui par rapport à cela. Ces doutes peuvent pousser les personnes stomisées à s'isoler socialement et se dévaloriser (Neale & Phillips, 1988 ; Ligue Suisse contre le Cancer, 2017, p. 29).

De toutes ces contraintes et problématiques psychiques qui découlent de la mise en place de la colostomie, on observe qu'une d'entre elles est dominante et présente chez toutes les patientes et tous les patients dans les premiers temps suivant l'opération : l'impact sur l'image corporelle.

L'image corporelle est « l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit, la façon dont notre corps nous apparaît à nous-même ». C'est la somme des jugements conscients et inconscients que

nous portons à l'égard de notre corps. Elle englobe les perceptions présentes et passées. » (Beyeler & Perrotin, 2006, p. 5).

L'image corporelle a aussi un rôle à jouer dans la compréhension de soi (Salter et al., 1992, p. 2).

La stomie a une connotation négative pour la plupart des gens et, depuis plusieurs années, on recherche des techniques pour supprimer le recours à la poche de stomie. En préopératoire, la plupart des patients peuvent être profondément dégoûtés à l'idée de devoir avoir une stomie (Salter et al., 1992, p. 253).

Lorsque la stomie est en place, elle provoque effectivement une asymétrie abdominale, créant une distorsion du schéma corporel et donc, un changement de l'image du corps. Il a été démontré que cet état se maintient souvent à la sortie de l'hôpital, lors du retour à domicile. Cela peut avoir pour conséquence que la personne néglige sa stomie, car elle ne veut pas la voir et refuse de la toucher. La mise en place de la stomie peut ainsi provoquer des réactions de non-acceptation de celle-ci, de la révolte et de la colère (Trabelsi, Ben abeljalil, Derbal, & Bougmiza, 2017, p. 100).

Les patients peuvent expérimenter un sentiment de dégoût vis-à-vis de leur corps. Cette perturbation de l'image de soi peut avoir des conséquences importantes au niveau de la vie sexuelle des personnes porteuses de stomie, car elles se trouvent souvent moins attirantes qu'avant (Trabelsi et al., 2017, pp. 100-101). De plus, la présence d'une colostomie pourrait contribuer aux

difficultés sexuelles des patients atteints d'un cancer colorectal. La chirurgie des stomies peut provoquer des dysfonctions sexuelles chez les hommes et les femmes, telles que la dysfonction érectile et la dyspareunie (douleur lors des rapports sexuels) (Tekkis et al., 2009 ; Traa, De Vries, Roukema, & Den Oudsten, 2012).

Ainsi, les complications postopératoires se manifestent tant sur le plan somatique que psychologique. L'approche utilisée auprès des patients doit donc être globale.

Pour diminuer l'incidence des complications, il faut entre autres obtenir l'adhésion du patient au traitement. Pour y parvenir, il faut éduquer le patient pour développer ses compétences dans le domaine de sa santé et sa pathologie.

3.1.2 Éducation thérapeutique (ETP).

Une définition de l'éducation thérapeutique est tentée. Il est important de préciser la différence entre « éducation pour la santé » et « éducation thérapeutique ». Le but recherché est le même. Il s'agit d'entretenir et de développer son capital santé en acquérant des compétences. Néanmoins, les démarches pédagogiques pour atteindre ce but ne sont pas les mêmes (Simon, 2007, p. 3).

« Dans la première situation, la personne est estimée en bonne santé, le temps nécessaire à l'appropriation de compétences est donc sans conséquence immédiate par rapport à ce qui est défini comme une maladie ». (Simon, 2007,

p. 3). La notion de danger sur la santé « éloignée » permet une prise de conscience et de transformation s'inscrivant dans la durée. « L'éducation intervient alors comme une possibilité de soutenir une réflexion et de favoriser au moment opportun des apprentissages significatifs » (Simon, 2007, p. 3). En d'autres termes, l'éducation pour la santé, par le biais de la réflexion, permet de comprendre sa situation et d'agir de la manière la plus adaptée au moment souhaité.

« Dans la seconde situation, la personne souffrant d'une maladie ou étant réellement concernée par des facteurs de risque (par exemple après un accident cardiovasculaire), les temps biocliniques, psychologiques, sociaux et pédagogiques ne sont pas les mêmes » (Simon, 2007). La recherche permanente d'un équilibre entre les réaménagements psychoaffectifs et l'urgence d'apprentissage pour accomplir les auto-soins qu'entraîne une maladie chronique fondent la relation éducative entre le patient et le personnel soignant (Simon, 2007). Selon Simon, la relation éducative consiste donc en une recherche d'action permettant une adaptation à l'urgence tout en tenant compte de la sphère émotionnelle du patient.

Selon l'OMS (1998), l'éducation thérapeutique « devrait permettre aux patients d'acquérir et de conserver les capacités et compétences qui les aident à vivre de manière optimale leur vie avec leur maladie » (OMS, 1998).

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) a pour but d'aider non seulement les patients, mais aussi l'entourage à maintenir ou à améliorer leur

qualité de vie, malgré la maladie chronique en acquérant des connaissances sur la pathologie et le traitement. De plus, l'ETP s'inscrit dans un processus continu, intégré dans les soins et centré sur le patient (OMS, 1998). L'ETP est composée de divers champs d'action tels que « des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage de l'autogestion et de soutien psychologique concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, le cadre hospitalier et de soins, les informations organisationnelles et les comportements de santé et de maladie. »(OMS, 1998).

Chez les patients stomisés, l'ETP diminue significativement les complications (de 45% à 20%) et l'anxiété. (Stokes et al., 2017)

Le patient doit acquérir huit compétences au terme d'un programme ETP, quels que soient la maladie, la condition ou le lieu d'exercice (Ivernois & Gagnayre, 2008). Ces huit compétences sont :

1. Faire connaître ses besoins, ses valeurs, ses émotions et informer son entourage.
2. Comprendre et savoir expliquer sa maladie et ses traitements.
3. Repérer les symptômes précoces et analyser les situations à risque.
4. Être capable de faire face à une situation de crise.
5. Prévenir et résoudre un problème thérapeutique.
6. Pratiquer les gestes techniques.
7. Adapter sa thérapeutique à un autre contexte de vie.
8. Utiliser les ressources du système de soins et connaître ses droits.

3.1.3 Différents moyens d'éducation thérapeutique.

À la suite de cette énumération, une liste non exhaustive des moyens thérapeutiques est définie. Les moyens retenus le sont sur la base des articles analysés dans la suite du travail (cf. Tableau 3 Références et impact factor des articles retenus).

3.1.3.1 Enhanced Recovery After Surgery (ERAS).

La méthodologie Enhanced Recovery After Surgery, qui signifie littéralement « récupération améliorée après une intervention chirurgicale », regroupe plusieurs méthodes : ERAS, Enhanced Recovery Programm (ERP), ou anciennement Fast-track. Celles-ci se réfèrent à la même méthodologie. Pour éviter toute confusion, nous utiliserons tout au long de ce travail le terme « méthodologie ERAS » ou simplement « ERAS » pour la désigner.

ERAS est une méthodologie qui se base sur des données probantes et qui modifie la façon dont les patients sont pris en charge avant, pendant et après l'intervention chirurgicale. Elle a pour but de réduire au minimum la réaction de l'organisme au stress causé par la chirurgie (Kehlet, 2011 ; Lassen et al., 2009). Un nombre grandissant de preuves suggèrent que la mise en place d'un programme ERAS pour des patients devant subir une chirurgie majeure accélère le rétablissement et diminue la durée d'hospitalisation (Fearon et al., 2005).

Une multitude d'actions spécifiques aux différents types de chirurgie sont proposées par la méthodologie. Le seul critère pour que la méthodologie

change est que de nouveaux éléments fondés sur des données probantes viennent remplacer les anciens (Burch, 2014).

Il a été démontré que la mise en place d'ERAS chez une population de patients ayant subi une intervention chirurgicale viscérale avec la mise en place d'une stomie est associée à une diminution importante du temps d'hospitalisation (Forsmo, Pfeffer, Rasdal, Sintonen, et al., 2016). Pour une intervention chirurgicale provoquant la mise en place d'une stomie, le protocole ERAS illustré au travers du tableau 1 est le suivant :

Tableau 1 *Protocole ERAS et temporalité*

(Burch, 2014b)

	Rôle du patient	Rôle de l'infirmier
Avant l'intervention : Enseignement préopératoire	Se familiariser avec le matériel (poche de stomie) et le protocole de changement de la poche Questionnement	Expliquer l'intervention Donner des pistes d'apprentissage Montrer le matériel (poche de stomie) et le protocole de changement de la poche Marquage du site de la stomie
J-0 Postopératoire	Premier levé ; Boire Selon tolérance, alimentation, Repas léger	Observation de la stomie (marqueur inflammatoire) Quantifier le rendement de la stomie Observer la couleur des selles
J+1	Boire et manger selon tolérance Mobilisation lit-fauteuil Marche	Retrait apport liquidien intraveineux si liquides oraux tolérés Ablation sonde urinaire, exceptée si chirurgie rectale Analgésie épidurale Début de l'ETP pour autonomisation du changement de la poche
J+2	Boire et manger Se mobiliser	Cesser analgésie épidurale Analgésie voie orale ; Stimulation au changement de poche autonome sous supervision Selon constipation, prescription de

	Rôle du patient	Rôle de l'infirmier
		laxatifs oraux 2X/jours
J+3	Changement de la poche autonome avec un minimum d'aide	Poursuivre ETP Soins à la stomie Surveillances
J+4	Changement de la poche seul sous supervision	Poursuivre ETP
J+5	Doit être capable de changement la poche de manière autonome Selon avis médical, retour à domicile	Poursuivre ETP

Auparavant, les infirmiers bénéficiaient de plus de temps pour la formation postopératoire du patient. Dans le contexte actuel des soins, le temps d'hospitalisation est diminué au maximum. Pour pallier à cette diminution du temps d'éducation postopératoire, une partie importante de la formation au patient s'effectue au niveau préopératoire (Younis et al., 2012). L'éducation postopératoire doit souvent être entreprise sur une base quotidienne, peut-être même plus d'une fois par jour pour s'assurer que la personne stomisée se sente suffisamment en confiance pour être renvoyée chez elle. Le suivi après la sortie de l'hôpital dépend des pays. Si celui-ci est entrepris, il comporte des visites à domicile par une infirmière stomathérapeute et un suivi téléphonique (Zhang, Wong, You, & Zheng, 2012).

La méthodologie ERAS mobilise plusieurs professionnels de santé différents et n'est donc pas une méthodologie uniquement infirmière (Eras Society, 2016). Cependant, le leadership et l'adhésion du personnel infirmier sont importants et celui-ci joue un rôle central pour la réussite de la mise en œuvre d'ERAS (Brown & Xhaja, 2018). Les infirmiers spécialisés dans les soins des stomies sont essentiels à la réussite d'ERAS. Ils doivent s'assurer que les patients bénéficiant d'une formation aux soins de leur stomie puissent être en mesure de tirer pleinement profit d'ERAS et de vivre un retour sécuritaire à domicile. Ceci est possible grâce à une planification spécifique des soins, à la formation préopératoire et à la restructuration de la formation postopératoire (Burch, 2014).

3.1.3.2 Entretien d'éducation thérapeutique préopératoire et postopératoire.

L'entretien préopératoire a toujours existé, mais au cours des vingt dernières années, l'accent a été mis sur une éducation préopératoire pour les patients devant subir une intervention chirurgicale viscérale avec mise en place d'une colostomie (Chaudhri, Brown, Hassan, & Horgan, 2005). Des actions telles que le marquage préopératoire du site de la stomie en combinaison avec de l'éducation précoce aux changements du matériel spécifique et des informations sur les complications principales étant dispensées par un infirmier spécialisé en stomathérapie ont été regroupées lors de cet entretien préopératoire. Il a été prouvé que ces différents éléments, s'ils sont abordés dans la phase préopératoire, sont associés à une diminution des complications liées à la stomie. Ils peuvent également avoir pour conséquences positives une durée du séjour hospitalier plus courte et moins de réhospitalisations dans les phases précoces (Bass et al., 1997 ; Millan, Tegido, Biondo, & García-Granero, 2010).

Cet entretien d'éducation et de conseils préopératoires peut aussi être effectué en groupe restreint, avec les patients et leurs proches. Le but de ces groupes est d'établir une approche centrée sur le patient et ses proches, de prendre en considération leurs besoins éducatifs, de répondre à leurs questions et de minimiser l'impact psychosocial de la stomie et son entretien (Stokes et al., 2017).

3.1.3.3 Des supports multimédias pour l'éducation thérapeutique.

Certaines contraintes, telles que le temps d'hospitalisation diminué ou le temps réduit d'éducation par les infirmières, peuvent entraver les bons résultats de l'éducation à l'auto-soins pour la personne (Zhang et al., 2013). L'utilisation de la technologie éducative pour l'éducation des patients a grandement augmenté au cours de la dernière décennie. Les technologies multimédias peuvent être utilisées pour préparer les patients aux interventions, fournir des informations sur leur santé, enseigner des stratégies d'adaptation et faciliter les comportements d'auto-soins (Wofford, Smith, & Miller, 2005). Les supports technologiques d'éducation thérapeutiques sont multiples et se déclinent sur plusieurs médias, tels qu'une application mobile ou un DVD.

3.1.4 Patients porteurs de colostomie.

Dans la présente partie, il s'agit de décrire la population type à laquelle le travail fait référence. Le patient stomisé se définit comme une personne porteuse de colostomie à long terme dont l'opération a été planifiée.

Par peur de se trouver dans l'embarras et par peur des accidents, le porteur de colostomie évite les contacts sociaux et peut même quitter son emploi. Cet arrêt de travail peut engendrer des problèmes financiers, qui sont liés à sa prise en charge, au matériel et aux soins de professionnels (Dabirian, Yaghmaei, Rassouli, & Tafreshi, 2010).

Le lien entre précarité et maladie semble être présent et rappelle la causalité qui les unit, problématique de toute maladie chronique. Le porteur de colostomie est donc un patient chronique, les impacts de la stomie sur sa vie sont présents sur le long terme et sont d'ordre psychologique, social et physique (cf. chapitre 2.4.1.4 Complications). La capacité du patient à prendre part à des activités sera diminuée et sa qualité de vie s'en trouvera réduite (Chongpison et al., 2016).

Les interventions auprès de ce type de patients viseront à accroître l'acceptation et à identifier les problèmes prioritaires du patient avec sa nouvelle stomie. Il faut que la personne puisse se sentir en confiance afin de prendre charge sa stomie de manière indépendante (Brown & Randle, 2005).

Le court séjour hospitalier nécessaire à l'intervention ne permet pas au patient de se préparer au changement et à la gestion de sa stomie à domicile. Le porteur de colostomie sera submergé d'informations et incapable de comprendre les soins postopératoires. Arrivé chez lui, mais mal préparé à identifier et faire face aux problèmes de sa stomie, il ne pourra réduire l'incidence de ses complications (Saunders et al., 2014). Ne se sentant pas en sécurité dans la gestion des difficultés de sa nouvelle stomie, il retournera de lui-même à l'hôpital pour se faire aider (Tyler et al., 2014). Un patient nouvellement stomisé se rendra deux fois plus en milieu hospitalier qu'un patient souffrant de la même pathologie, mais non stomisé (Tyler et al., 2014).

Le rôle de l'infirmier est donc d'apporter le soutien nécessaire aux porteurs de colostomie pour renforcer leur sentiment de sécurité et leur confiance, afin d'améliorer leur propre prise en charge. Le patient doit mettre en place des stratégies d'adaptation pour vivre au mieux sa nouvelle vie et diminuer la prévalence des complications, lui assurant une bonne qualité de vie.

3.2 La théorie de la gestion des symptômes (Symptom Management Theory)

La problématique se focalise sur les personnes porteuses de colostomie, donc un problème chronique ayant un large éventail de signes, de symptômes et de complications possibles. Pour accéder à leur processus d'autonomisation et d'empowerment, ces personnes doivent pouvoir gérer au mieux leurs symptômes afin d'en éviter les éventuelles complications. La théorie infirmière qui paraît la plus adaptée à ce type de problématique est la Théorie de Gestion des Symptômes (TGS) (ou Symptom Management Theory en anglais (SMT)).

Effectivement, placer l'expérience vécue de la personne malade à la base du processus de soins infirmiers représente actuellement un enjeu majeur pour la pratique des soins.

Cette théorie, comme son nom l'indique, s'intéresse au(x) symptôme(s) ressenti(s) par le patient ou aux effets indésirables des traitements, de quoi ces symptômes sont dépendants, ce qu'il représente pour la personne.

L'application de cette théorie est surtout pertinente lors de pathologies chroniques, car celles-ci présentent des symptômes chroniques. La TGS a pour

but d'éliminer les symptômes ou, du moins, de diminuer grandement leurs impacts sur la qualité de vie du patient.

Les personnes porteuses d'une stomie définitive doivent faire face à de nombreux effets chroniques indésirables, à des effets secondaires liés aux thérapies ou au matériel utilisé, mais aussi à l'impact de la stomie sur l'image de soi et sur les interactions sociales. Comme dit précédemment, les complications sont récurrentes chez les patients porteurs de stomie. Ainsi par la reconnaissance des symptômes, nous visons une diminution de l'incidence. Il est alors intéressant de comprendre comment les personnes ressentent les différents effets physiques, psychiques et sociaux et comment elles les appréhendent. Cette démarche permettra de construire, en collaboration avec elles, des méthodes pour s'adapter. Les patients développeront ainsi des capacités d'autogestion, ce qui diminuera la détresse provoquée par la mise en place de la stomie.

Un symptôme se définit comme une expérience individuelle reflétant des changements dans le fonctionnement bio-psycho-social dans les perceptions ou dans la cognition d'une personne. A contrario, un signe se définit comme une manifestation objective de la maladie, identifiée par la personne elle-même ou par d'autres. (Humphreys et al., 2008).

La TSG est inspirée de la théorie de l'auto-soins de Dorothea Orem et de modèles venant de la sociologie, de l'anthropologie et de la psychologie. Le modèle a été révisé en 2001 (Dodd et al., 2001), puis en 2008 (Humphreys et al., 2008).

Ces dernières versions proposent 6 conditions à prendre en compte avant la mise en pratique de la TSG :

1. « L'évaluation des symptômes doit se baser sur la perception de l'individu qui expérimente le symptôme et qui l'auto-évalue.
2. Ce modèle s'applique aux personnes qui vivent une expérience de symptômes, mais il peut être aussi utilisé pour les personnes susceptibles de développer des symptômes à cause de l'influence de variables contextuelles telles que les conditions de travail, par exemple. Dans ce cas, des stratégies d'intervention préventives peuvent être initiées.
3. Lorsque les personnes ne peuvent pas s'exprimer verbalement, les soignants doivent tenir compte de l'interprétation de l'expérience des symptômes proposés par les proches.
4. Tout symptôme gênant doit être géré.
5. Les stratégies de gestion de symptômes peuvent s'adresser à la personne, une famille, un groupe ou un environnement de travail ;

La gestion des symptômes est un processus dynamique qui peut être modifié par les résultats obtenus par la personne et par les interrelations entre la personne, la santé/maladie et l'environnement, trois notions capitales dans le domaine des sciences infirmières. »(Dodd et al., 2001).

Il est possible de faire un lien entre la TSG et le métaparadigme infirmier. Effectivement, lors de la révision de 2001, trois concepts centraux en lien avec le métaparadigme infirmier (Fawcett, 1984) ont été définis : le concept de la personne, le concept de l'environnement et le concept de la santé/ maladie.

- Le concept de la personne : Une personne percevra et répondra à un symptôme en rapport avec les variables psychologiques, démographiques, physiologiques, sociologiques et développementales (maturation).
- Le concept environnemental : C'est le contexte dans lequel les symptômes se manifestent. Il est en rapport avec les variables physiques (environnement privé, lieu de travail et institution dans laquelle la personne est traitée), culturelles (croyances, valeurs et pratiques ethniques et religieuses) et sociales (réseaux de soutien et relations interpersonnelles).
- Le concept de la santé : état de santé lié à des variables comprenant tous types de handicaps, les accidents subits et les facteurs de risques présents chez la personne.

La TSG contient trois concepts clés :

- L'expérience du symptôme
- Les stratégies de gestion du symptôme
- Les résultats obtenus sur la gestion du symptôme

Pour l'expérience du symptôme, les infirmiers cherchent à comprendre comment les patients vivent leurs symptômes, en lien avec le contexte et les différentes expériences liées aux symptômes. Si les différents symptômes ont un impact élevé sur la qualité de vie de la personne, ils la pousseront probablement à chercher de l'aide (Lenz, Pugh, Milligan, Gift, & Suppe, 1997). Les symptômes peuvent être évalués selon des critères de fréquence, d'occurrence, de durée, d'impacts, de sévérité et de détresse provoquée (Humphreys et al., 2008).

Comment la personne s'adapte-t-elle à son ou ses symptôme(s), en sachant qu'ils sont majoritairement multiples et interdépendants (« symptom cluster ») (Kim & Abraham, 2008) ? Comment les infirmiers et les autres professionnels de santé impliqués dans la situation peuvent-ils s'accorder sur la manière la plus adaptée de gérer ces symptômes ? La stratégie est d'accompagner le patient dans le processus d'adaptation afin qu'il devienne autonome dans la gestion de ses soins, en mobilisant les notions d'éducation thérapeutique et d'empowerment. Les stratégies mises en place peuvent avoir trois objectifs différents :

- Réduire la fréquence de l'expérience du symptôme
- Soulager le fardeau lié au symptôme
- Minimiser la sévérité du symptôme

L'objectif final est toujours de mettre en place les stratégies d'intervention les plus adaptées pour le bénéficiaire de soin et pour son réseau primaire.

Le résultat obtenu suite à l'application d'une méthode de gestion du symptôme doit être mesurable, afin que la pertinence d'une stratégie ou d'une intervention puisse être évaluée (Eicher, Delmas, Cohen, Baeriswyl, & Viens Python, 2013, p. 6). Si une amélioration est constatée, la stratégie choisie peut être maintenue. L'amélioration de l'état du symptôme peut induire chez la personne un meilleur fonctionnement physique et mental, une amélioration de la qualité de vie et une diminution du séjour à l'hôpital (Dodd et al., 2001).

En résumé, lorsque les personnes deviennent conscientes de leur perception d'un ou de plusieurs symptômes, qu'elles initient des stratégies de gestion et qu'elles évaluent les résultats sur l'état de ce dernier, leur perception du symptôme en est modifiée (Eicher et al., 2013)

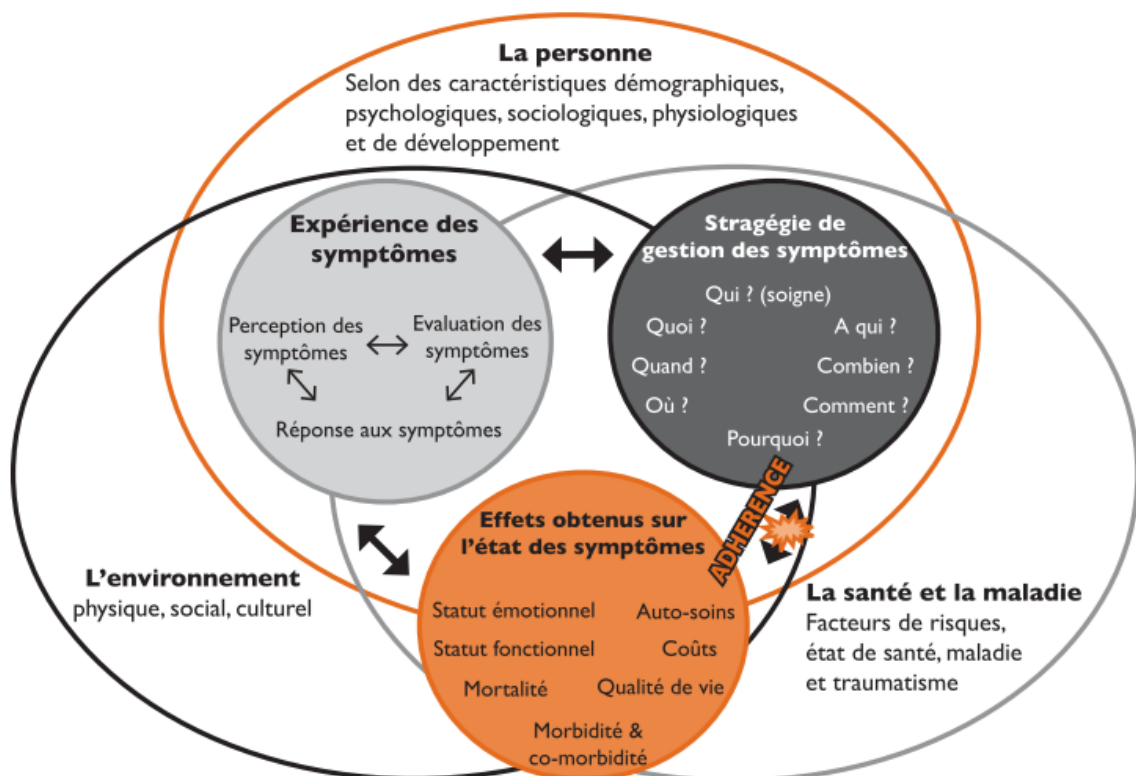


Figure 1 : Schéma conceptuel de la TSG

4 Méthode

4.1 Objectif du chapitre

Ce chapitre délimite la question de recherche à l'aide de la méthodologie PICOT.

La problématique a permis d'explorer et de définir globalement les différents concepts de la question de base. Grâce à ces recherches préliminaires, des concepts pertinents ont pu être établis et une première question de recherche a pu émerger. Puis, le chapitre des concepts a permis de décrire précisément et d'explorer en profondeur ces concepts pertinents. Il est maintenant nécessaire d'utiliser la méthodologie PICOT pour formuler les questions cliniques de recherche et mettre en évidence des concepts clés. Ces derniers orienteront les recherches bibliographiques de manière optimale et systématique dans les différentes bases de données (Melnik & Fineout-Overholt, 2011).

4.2 Question PICOT

- **Population** : Patient porteur d'une colostomie suite à une intervention chirurgicale abdominale électorive
- **Interventions** : Différentes stratégies d'éducation thérapeutique
- **Outcomes** : Complications postopératoires

Après le choix des mots clés PICO(T), la question de recherche se formule ainsi :

- **Chez les patients porteurs de colostomie, quel est l'impact des différentes stratégies d'éducation thérapeutique sur les complications ?**

Il s'agit par conséquent d'une question de recherche de type « Intervention » (Melnyk & Fineout-Overholt, 2011).

Afin d'effectuer la recherche bibliographique dans les bases de données, les quatre mots clés de la question PICOT ont été traduits en anglais, puis à partir des traductions, des descripteurs spécifiques à chaque base de données ont été recherchés. Ce processus est synthétisé dans le tableau nommé « tableau des descripteurs » (cf. tableau 2). Les cinq bases de données utilisées pour la recherche d'articles **scientifiques sont** : PubMed, CINAHL, PsycINFO, Medline et Web of science.

4.3 Critères de sélection des articles

Pour qu'un article soit sélectionné, il devait satisfaire plusieurs critères d'exclusion et d'inclusion. Ils sont détaillés ci-dessous.

4.3.1 Critères d'exclusion.

- Les articles publiés il y a plus de 10 ans (<2009) ;
- Les articles ne correspondant pas à la thématique du travail de Bachelor ;

4.3.2 Critères d'inclusion.

- Les articles sont issus de journaux scientifiques reconnus ;
- Les articles publiés sur une période inférieure à 10 ans (2009-2019) ;
- Les articles avec un niveau de preuves élevé ;
- Les articles publiés dans des journaux ayant un impact factor supérieur ou égal à 1.5 l'année de parution de l'étude ;
- Les articles sont disponibles en intégralité (option : « full text ») ;
- Les articles sont rédigés en anglais ou en français ;

4.3.3 Mots-clés et descripteurs.

La traduction des mots-clés de la question PICOT en anglais et leurs conversions en descripteurs spécifiques à chaque base de données est représentée dans le tableau 2 ci-dessous.

Tableau 2 *Mots clés et descripteurs*

	P	I		O
MOTS-CLÉS	Patient colostomisé	Éducation thérapeutique	Stratégies d'éducation thérapeutique	Complications
SYNONYMES	Colostomie/ Stomie	Efficacité personnelle	Méthode/ Stratégie	Séquelles/ Problèmes/ Désagrément
MOTS-CLÉS ANGLAIS (DEEPL)	Ostomate patient	Therapeutic Education/ Empowerment	Means of therapeutic education	Complications
SYNONYMES	Ostomy patient/ Ostomated patient	Education Therapy/ Patient education/ Educational Therapeutics/ Nursing education/ self-efficacy	Therapeutic education means/ Thérapeutic education method	Complexities/ Difficulty
MESH PUBMED	Colostomy/ Ostomy	Patient Education as Topic/ (Health Education)	Method/ ERAS protocol	Postoperative Complications
CINAHL HEADINGS	Colostomy/ ostomy	Patient Education	Teaching Methods	Postoperative Complications
THÉSAURUS PSYCHINFO	Colostomy/ ostomy	Client Education/ (Patient education)/ Nursing education	Teaching methods	Sequelae
THÉSAURUS MEDLINE	Colostomy/ ostomy	Patient Education as Topic/ Nursing Education	Teaching methods	Postoperative Complications
WEB OF SCIENCE	Colostomy	Patient education	-	Complications

4.3.4 Articles retenus.

La liste des articles retenus et l'impact factor de l'année de publication est présenté dans le tableau 3 ci-dessous

Tableau 3 *Références et impact factor des articles retenus*

Articles retenus		Impact Factor :
1.	Crawford, D., Texter, T., Hurt, K., Vanaelst, R., Glaza, L., & Vander Laan, K. J. (2012). Traditional nurse instruction versus 2 session nurse instruction plus DVD for teaching ostomy care: A multisite randomized controlled trial. <i>Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing</i> , 39(5), 529-537. https://doi.org/10.1097/WON.0b013e3182659ca3	1.142
2.	Forsmo, H. M., Pfeffer, F., Rasdal, A., Østgaard, G., Mohn, A. C., Körner, H., & Erichsen, C. (2016). Compliance with enhanced recovery after surgery criteria and preoperative and postoperative counselling reduces length of hospital stay in colorectal surgery: Results of a randomized controlled trial. <i>Colorectal Disease</i> , 18(6), 603-611. https://doi.org/10.1111/codi.13253	2.689
3.	Forsmo, H. M., Pfeffer, F., Rasdal, A., Sintonen, H., Körner, H., & Erichsen, C. (2016). Pre- and postoperative stoma education and guidance within an enhanced recovery after surgery (ERAS) programme reduces length of hospital stay in colorectal surgery. <i>International Journal of Surgery</i> , 36, 121-126. https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2016.10.031	2.211
4.	Goldblatt, J., Buxey, K., Paul, E., Foot-Connolly, R., Leech, T., & Bell, S. (2018). Study on the time taken for patients to achieve the ability to self-care their new stoma. <i>ANZ Journal of Surgery</i> , 88(6), E503-E506. https://doi.org/10.1111/ans.14195	1.586
5.	Karabulut, H. K., Dinç, L., & Karadag, A. (2014). Effects of planned group interactions on the social adaptation of individuals with an intestinal stoma: A quantitative study. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 23(19-20), 2800-2813. https://doi.org/10.1111/jocn.12541	1.635
6.	Lim, S. H., Chan, S. W. C., Chow, A., Zhu, L., Lai, J. H., & He, H. G. (2019). Pilot trial of a STOMA psychosocial intervention programme for colorectal cancer patients with stomas. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , (January 2018), 1338-1346. https://doi.org/10.1111/jan.13973	2.267
7.	Millan, M., Tegido, M., Biondo, S., & García-Granero, E. (2009). Preoperative Stoma Siting and Education By Stomatherapists in Colorectal Cancer Patients: a Descriptive Study of 12 Colorectal Surgery Units in Spain. <i>Colorectal Disease</i> , 88-92. https://doi.org/10.1111/j.1463-1318.2009.01942.x	2.438

Articles retenus		Impact Factor :
8.	Ren, L., Zhu, D., Wei, Y., Pan, X., Liang, L., Xu, J., ... Wu, Z. Z. (2012). Enhanced Recovery after Surgery (ERAS) program attenuates stress and accelerates recovery in patients after radical resection for colorectal cancer: A prospective randomized controlled trial. <i>World Journal of Surgery</i> . https://doi.org/10.1007/s00268-011-1348-4	2.228
9.	Rojanasarot, S. (2018). The Impact of Early Involvement in a Postdischarge Support Program for Ostomy Surgery Patients on Preventable Healthcare Utilization. <i>Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing</i> , 45(1), 43-49. https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000395	1.586
10	Stokes, A. L., Tice, S., Follett, S., Paskey, D., Abraham, L., Bealer, C., ... Puleo, F. J. (2017). Institution of a preoperative stoma education group class decreases rate of peristomal complications in new stoma patients. <i>Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing</i> , 44(4), 363-367. https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000338	1.586
11	Teeuwen, P. H. E., Bleichrodt, R. P., Strik, C., Groenewoud, J. J. M., Brinkert, W., van Laarhoven, C. J. H. M., ... Bremers, A. J. A. (2009). Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) versus conventional postoperative care in colorectal surgery. <i>Journal of Gastrointestinal Surgery</i> , 14(1), 88-95. https://doi.org/10.1007/s11605-009-1037-x	2.195
12	Wang, Q.-Q., Zhao, J., Huo, X.-R., Wu, L., Yang, L.-F., Li, J.-Y., & Wang, J. (2018). Effects of a home care mobile app on the outcomes of discharged patients with a stoma: A randomised controlled trial. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 27(19-20), 3592-3602. https://doi.org/10.1111/jocn.14515	1.635
13	Younis, J., Salerno, G., Fanto, D., Hadjipavlou, M., Chellar, D., & Trickett, J. P. (2012). Focused preoperative patient stoma education, prior to ileostomy formation after anterior resection, contributes to a reduction in delayed discharge within the enhanced recovery programme. <i>International Journal of Colorectal Disease</i> , 27(1), 43-47. https://doi.org/10.1007/s00384-011-1252-2	2.238

4.3.5 Processus de recherche.

Le processus de recherche s'est déroulé en plusieurs étapes. La première consiste à chercher des synonymes aux quatre mots clés tirés de la question PICOT. Ensuite, ces synonymes ont été traduits en anglais, en essayant à nouveau de trouver un maximum de synonymes. Enfin, un descripteur adapté dans chaque base de données a été identifié. Finalement, des recherches assemblant différents descripteurs dans chaque base de données ont été réalisées (voir chapitre flow chart ci-dessous).

Les premières recherches, effectuées dans la base de données PubMed, ont permis de trouver deux articles. D'autres descripteurs ont été associés et deux nouveaux articles pertinents sont ainsi venus s'ajouter à la liste des références de ce travail. L'onglet « similar article » de chacun des articles trouvés a été utilisé et, par ce moyen, cinq nouvelles études pertinentes ont été trouvées, en lien avec notre question PICOT. Au total, ce sont donc neuf articles qui ont été trouvés au travers de la base PubMed.

Les recherches dans les bases de données PsycINFO et Medline se sont avérées infructueuses. En effet, lorsque tous les descripteurs étaient insérés, aucun article n'était détecté. Le nombre de descripteurs a été réduit pour élargir les recherches, mais les résultats n'étaient alors plus appropriés.

Les investigations dans la base de données CINAHL a permis de trouver une étude pertinente supplémentaire en lien avec la thématique.

Afin d'augmenter le nombre et la richesse des sources scientifiques à analyser, une recherche dans Web of science a permis de faire émerger un nouvel article.

Enfin, deux articles ont été retenus à la suite de plusieurs apparitions dans des bibliographies de revues systématiques. Après leur lecture, ils ont paru pertinents et ont également été sélectionnés.

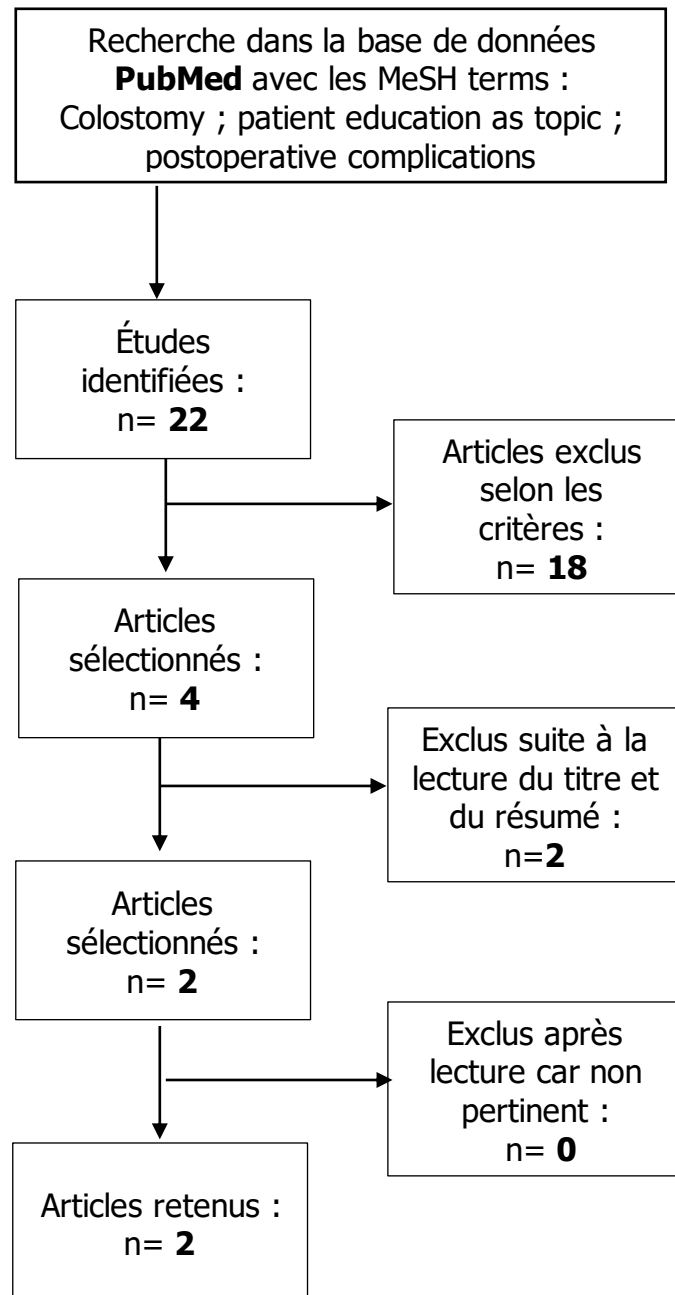
Base de données PubMed :

Figure 2 : Diagramme de flux, 1^{ère} recherche sur la base de données PubMed

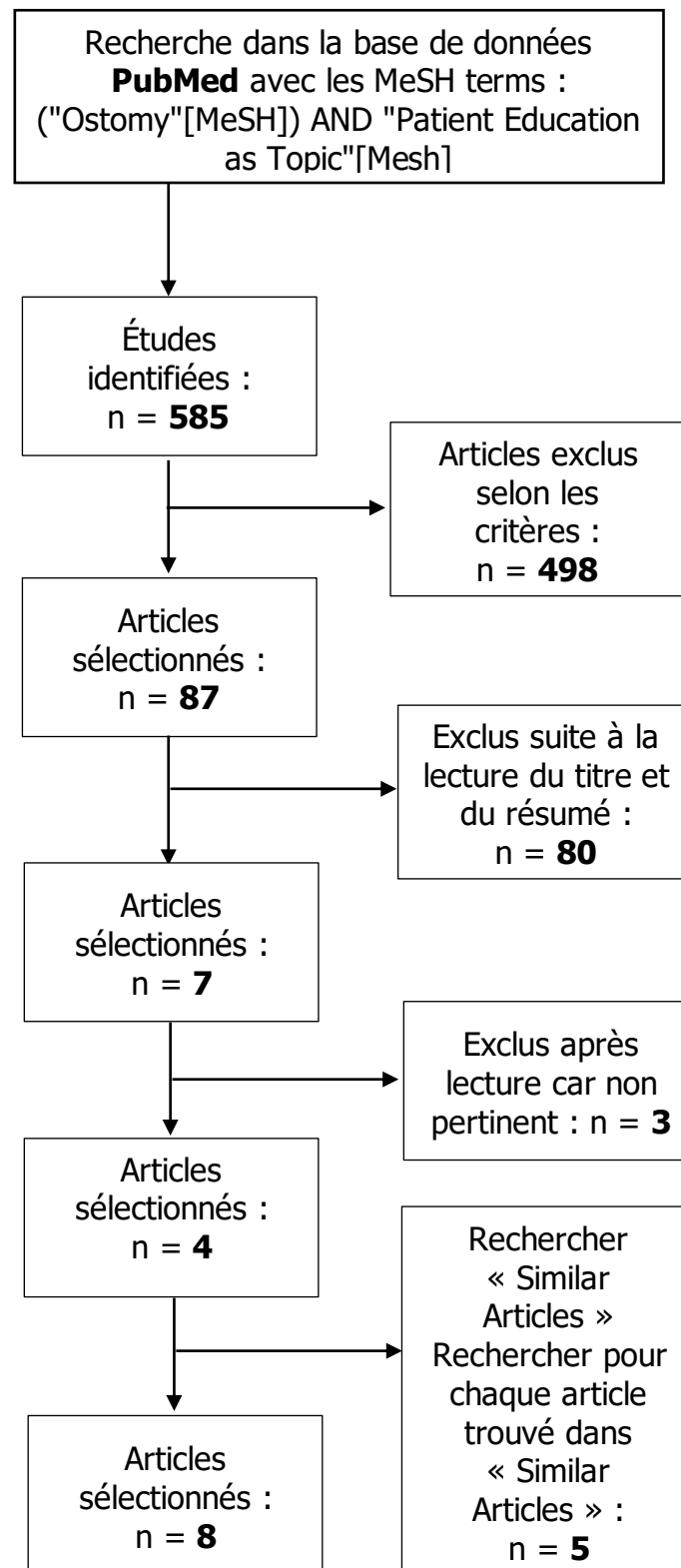
Base de données PubMed- suite :

Figure 3 : Diagramme de flux, 2^{ème} recherche sur la base de données PubMed

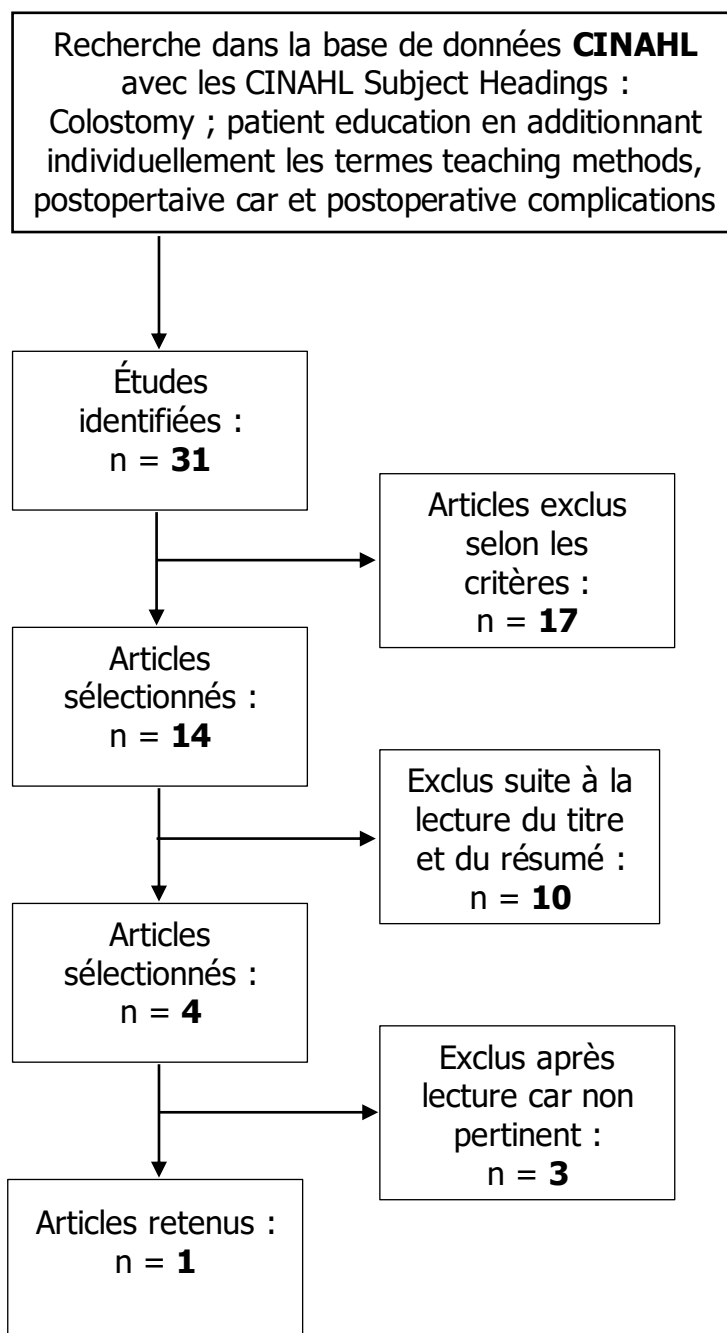
Base de données CINAHL

Figure 4 : Diagramme de flux, base de données CINAHL

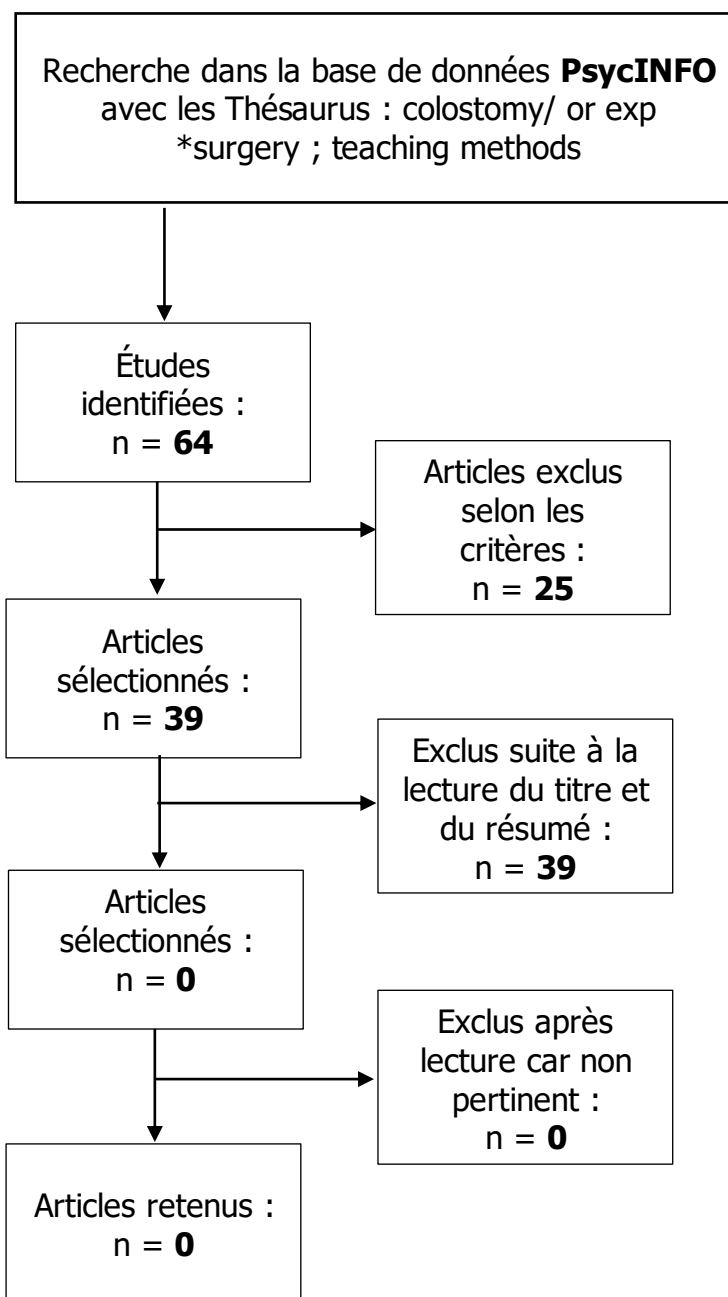
Base de données PsycINFO :

Figure 5 : Diagramme de flux, base de données PsycINFO

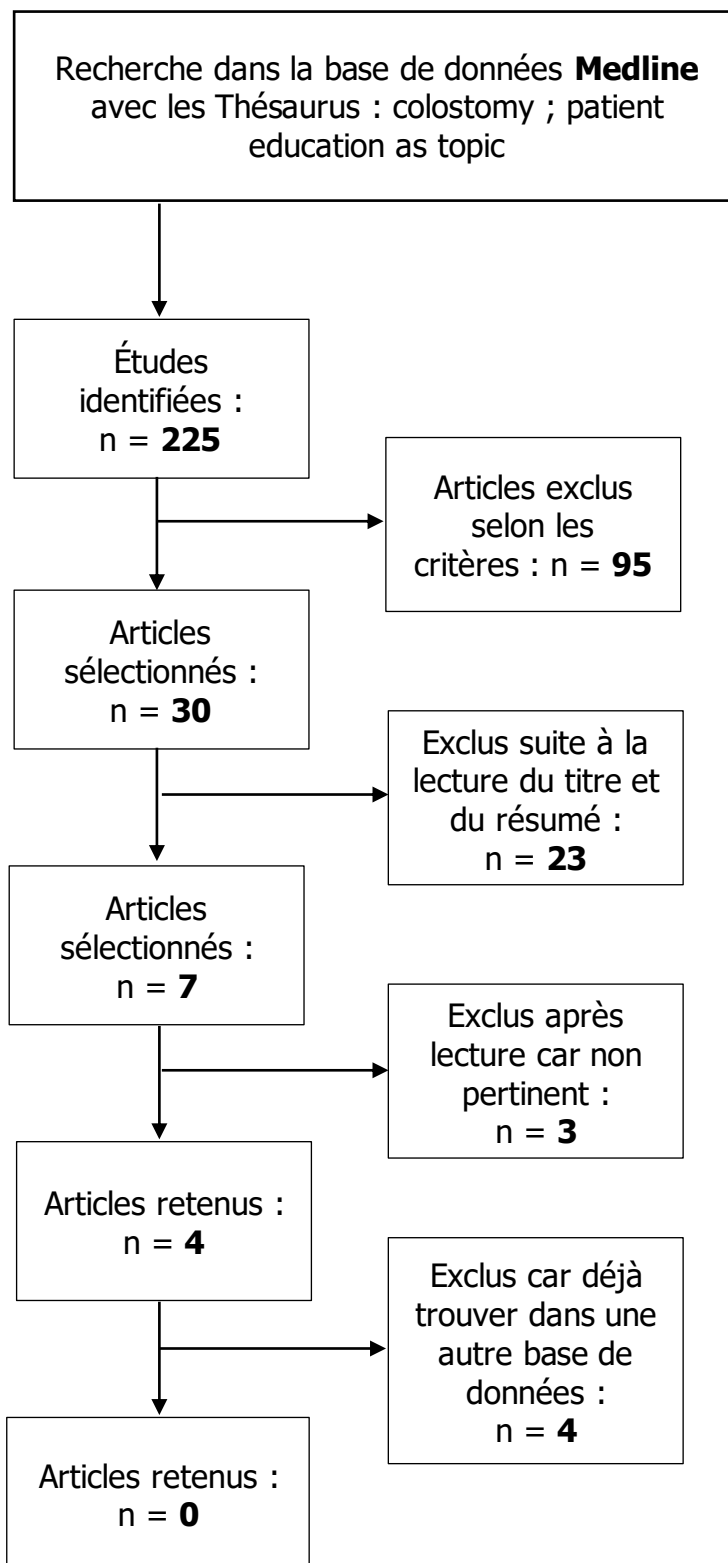
Base de données Medline :

Figure 6 : Diagramme de flux, base de données Medline

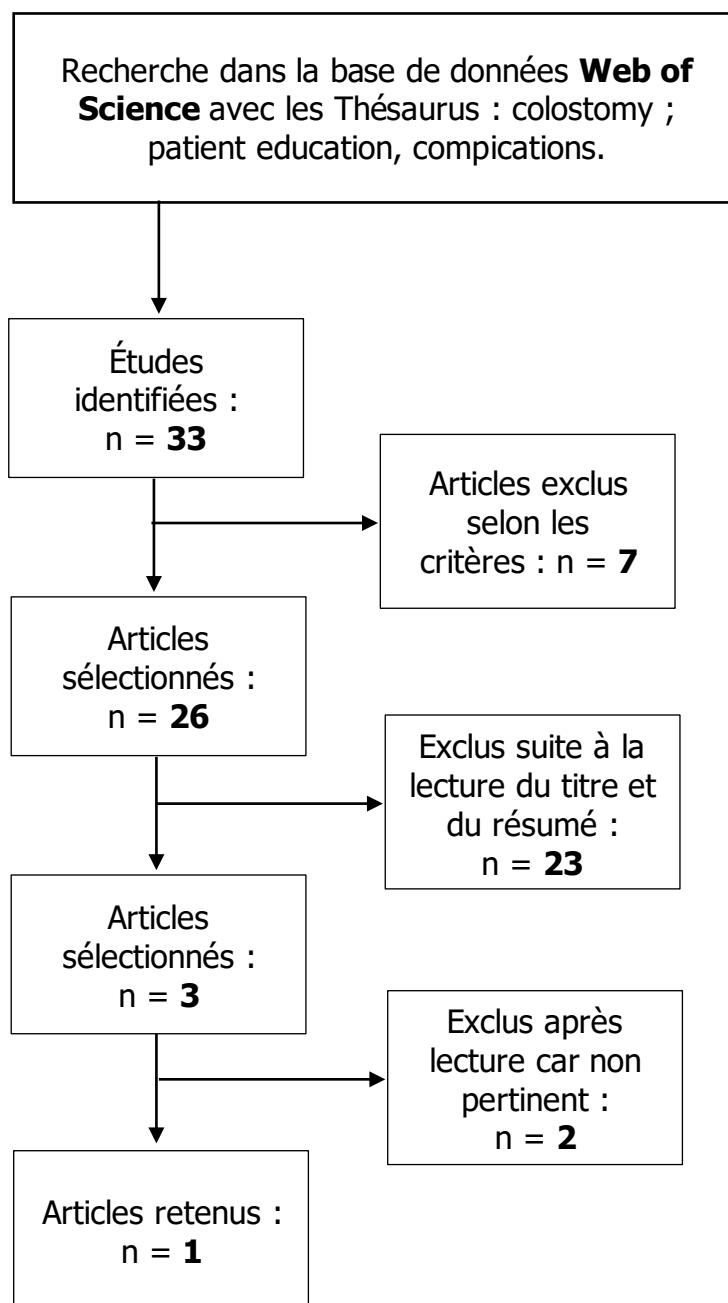
Base de données Web of Science :

Figure 7 : Diagramme de flux, base de données Web of Science

4.3.6 Processus d'analyse des articles.

Tous les articles ont été synthétisés et analysés au travers des grilles d'analyse de Fortin (Fortin & Gagnon, 2016) disponibles en appendices (cf : appendices B à N).

5 Synthèse des résultats et discussion

5.1 Objectif du chapitre

Ce chapitre présente les brefs résumés des articles retenus. Ils sont suivis de la synthèse de l'ensemble des résultats des études présentées. Ils permettent d'exposer des interventions de soins pertinentes pour les patients ayant subi une chirurgie viscérale avec la mise en place d'une colostomie. Pour clore ce chapitre, quelques propositions pour la pratique infirmière sont émises.

5.2 Synthèses des articles retenus

Voici un résumé de chacun des articles analysés, réalisé sur la base de grilles de Fortin (2010).

5.3 Article 1 (Appendice B)

Crawford, D., Texter, T., Hurt, K., Vanaelst, R., Glaza, L., & Vander Laan, K. J. (2012). Traditional nurse instruction versus 2 session nurse instruction plus DVD for teaching ostomy care: A multisite randomized controlled trial. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 39(5), 529-537. doi :10.1097/WON.0b013e3182659ca3

Cette étude randomisée contrôlée a pour but de comparer une méthode d'instruction standard avec l'appui d'un DVD à une méthode d'éducation standard.

Les résultats de cette étude ne démontrent pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes, en ce qui concerne les compétences acquises et les soins personnels pour la stomie. La confiance n'est pas non plus influencée de manière significative avec l'éducation par DVD.

Il est néanmoins notifié que l'intégration de DVD aux soins traditionnels permet d'organiser des séances d'auto-apprentissage, de façon plus flexible. L'enseignement par DVD serait aussi efficace qu'un enseignement standard et le DVD peut également être utilisé après la sortie de l'hôpital par le patient.

5.4 Article 2 (Appendice C)

Forsmo, H. M., Pfeffer, F., Rasdal, A., Østgaard, G., Mohn, A. C., Körner, H., & Erichsen, C. (2016). Compliance with enhanced recovery after surgery criteria and preoperative and postoperative counselling reduces length of hospital stay in colorectal surgery: Results of a randomized controlled trial. *Colorectal Disease, 18*(6), 603-611. doi :10.1111/codi.13253

Dans cet essai clinique randomisé, l'objectif était de comparer des patients traités selon une approche multimodale (ERAS) avec une préoccupation particulière pour les conseils, et des patients traités d'après les soins standards. L'ensemble de ces patients a subi une résection colorectale programmée. L'étude a mis en évidence que le nombre de jours totaux d'hospitalisation est significativement plus court chez les patients suivis par le programme ERAS, par rapport aux soins standards après une chirurgie colorectale. Cette étude n'a révélé aucune différence entre les deux groupes de traitement en ce qui concerne la mortalité, la morbidité majeure ou mineure, les réopérations ou les réadmissions à l'hôpital.

5.5 Article 3 (Appendice D)

Forsmo, H. M., Pfeffer, F., Rasdal, A., Sintonen, H., Körner, H., & Erichsen, C. (2016). Pre- and postoperative stoma education and guidance within an enhanced recovery after surgery (ERAS) programme reduces length of

hospital stay in colorectal surgery. *International Journal of Surgery*, 36, 121-126. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2016.10.031>

Dans cette étude, Forsmo, Pfeffer, Rasdal, Sintonen, Körner et Erichsen (2016) souhaitent principalement évaluer si la méthodologie ERAS pré et postopératoire, chez des patients devant subir une intervention chirurgicale viscérale avec la mise en place planifiée d'une stomie, diminue le temps d'hospitalisation. Les évaluations secondaires étaient les suivantes : la morbidité majeure ou mineure, la mortalité, les complications précoces liées à la stomie, taux de réadmission et la qualité de vie.

Sur la base des données récoltées et analysées, les auteurs ont démontré que le temps d'hospitalisation était significativement plus court chez les patients du groupe ayant bénéficié de la méthodologie ERAS. Les résultats des évaluations secondaires n'étaient pas significativement différents entre les deux groupes. Les complications postopératoires directement liées à la stomie étaient plus basses pour le groupe ERAS que dans le groupe de soins éducatifs standards, mais pas de manière suffisamment significative.

5.6 Article 4 (Appendice E)

Goldblatt, J., Buxey, K., Paul, E., Foot-Connolly, R., Leech, T., & Bell, S. (2018). Study on the time taken for patients to achieve the ability to self-care their new stoma. *ANZ Journal of Surgery*, 88(6), E503-E506. doi :10.1111/ans.14195

L'objectif principal des auteurs est de mesurer le temps nécessaire pour atteindre une indépendance en matière d'auto-soins de la stomie. Le but

secondaire est de déterminer les différentes variables qui peuvent influencer sur ce temps. L'étude révèle que le sexe masculin est plus facilement indépendant. Selon les résultats, la visite d'une stomathérapeute préopératoire est statistiquement déterminante dans la réduction du temps pour atteindre l'autonomie des auto-soins de la stomie. À l'inverse, une préadmission précoce n'aurait aucune influence. Ainsi, l'éducation préopératoire serait plus efficace que l'éducation postopératoire. Le marquage préopératoire adéquat permet également de diminuer le temps nécessaire pour atteindre l'autonomie.

5.7 Article 5 (Appendice F)

Karabulut, H. K., Dinç, L., & Karadag, A. (2014). Effects of planned group interactions on the social adaptation of individuals with an intestinal stoma: A quantitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 23(19-20), 2800-2813. doi :10.1111/jocn.12541

Dans cette étude, l'effet du groupe d'interaction planifié sur l'adaptation psychosociale a été mesuré. Le but était de déterminer l'adaptation à la stomie et à la maladie à l'aide d'un groupe thérapeutique. À l'aide des différents scores mesurés, cette étude démontre l'impact significativement positif des groupes d'interaction sur l'adaptation psychosociale à la stomie. Ces groupes permettent également aux personnes y ayant pris part d'ajuster leurs connaissances des soins de stomie et de mieux s'administrer leurs propres soins.

5.8 Article 6 (Appendice G)

Lim, S. H., Chan, S. W. C., Chow, A., Zhu, L., Lai, J. H., & He, H. G. (2019). Pilot trial of a STOMA psychosocial intervention programme for colorectal cancer patients with stomas. *Journal of Advanced Nursing*, (January 2018), 1338-1346. doi :10.1111/jan.13973

Cette étude vise à évaluer les effets préliminaires d'un programme d'intervention psychosociales « STOMA » chez les patients atteints d'un cancer colorectal avec une stomie nouvellement formée. Il s'agit d'un essai pilote randomisé et contrôlé (ECR) pré-test et post-test auprès d'un groupe d'intervention et d'un groupe témoin. Les résultats n'ont révélé aucune différence significative dans les niveaux d'auto-efficacité des soins aux stomisés à chaque étape, bien que le groupe d'intervention ait obtenu des scores supérieurs. Les résultats de cette étude ont révélé des différences significatives dans les niveaux d'acceptation, avec des scores plus élevés dans le groupe d'intervention. Les participants du groupe d'intervention ont obtenu des niveaux plus élevés de compétence en stomie, bien qu'il n'y ait pas eu de différences significatives dans les groupes. Il n'y avait pas de différences significatives entre les groupes quant à la durée du séjour à l'hôpital. L'effet du programme d'intervention actuel concernant l'amélioration de l'anxiété et de la dépression n'a pas été concluant dans cette étude. Il n'y avait pas de différences significatives dans la qualité de vie, bien que le groupe intervention ait enregistré des scores plus élevés, ce qui peut s'expliquer par la diminution progressive des préoccupations au cours des quatre mois suivants le congé.

5.9 Article 7 (Appendice H)

Millan, M., Tegido, M., Biondo, S., & García-Granero, E. (2010). Preoperative stoma siting and education by stomatherapists of colorectal cancer patients: a descriptive study in twelve Spanish colorectal surgical units. *Colorectal disease: the official journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland*. Doi :10.1111/j.1463-1318.2009. 01942.x

Déterminer les améliorations possibles dans la prise en charge de patients stomisés est, ici le but visé. Cette étude espagnole réalisée dans une douzaine d'unités de soins espagnoles a déterminé que les visites préopératoires permettent de diminuer de manière significative les complications postopératoires, telles que les irritations cutanées. L'anxiété est également diminuée grâce à ce type de consultation.

5.10 Article 8 (Appendice I)

Ren, L., Zhu, D., Wei, Y., Pan, X., Liang, L., Xu, J., ... Wu, Z. Z. (2012). Enhanced Recovery after Surgery (ERAS) program attenuates stress and accelerates recovery in patients after radical resection for colorectal cancer: A prospective randomized controlled trial. *World Journal of Surgery*. doi :10.1007/s00268-011-1348-4

Dans cette étude, l'objectif était de comparer une prise en charge avec le programme Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) et une prise en charge conventionnelle péri-opératoire chez les patients ayant un cancer colorectal qui ont subi une résection radicale. Les auteurs ont mesuré l'indice nutritionnel et métabolique, qui comprend l'hémoglobine, l'albumine, la pré-albumine, les triglycérides, la transferrine et le bilan azoté. Ils ont aussi mesuré l'indice de récupération au travers des paramètres suivant : le délai des premières

flatulences et des défécations, le délai avant la première administration du régime alimentaire liquide, le temps de séjour à l'hôpital après la chirurgie, les frais, la mortalité et la morbidité peropératoire. Enfin, ils ont encore mesuré l'indice de stress, qui comprend le niveau glucocorticoïde (cortisol) et le niveau de résistance à l'insuline. Les auteurs ont conclu que le protocole ERAS atténue la réponse au stress chirurgical et accélère la récupération sans augmenter les taux de morbidité ou de mortalité.

5.11 Article 9 (Appendix J)

Rojanasarot, S. (2018). The Impact of Early Involvement in a Postdischarge Support Program for Ostomy Surgery Patients on Preventable Healthcare Utilization. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 45(1), 43-49. doi :10.1097/WON.0000000000000395

L'objectif de cette étude était d'évaluer l'impact d'un programme de soutien comme complément aux soins. Ce programme était dirigé par une infirmière sur des patients porteurs de stomies après leur hospitalisation. L'étude a comparé les taux de réadmission à l'hôpital et de visites aux urgences attribuables aux complications des stomies entre le groupe inscrit au programme et le groupe témoin. Les résultats de l'étude suggèrent que le programme de soutien post-congé a réduit la probabilité de réadmission à l'hôpital et de visites aux urgences en raison de complications postopératoires.

5.12 Article 10 (Appendix K)

Stokes, A. L., Tice, S., Follett, S., Paskey, D., Abraham, L., Bealer, C., ... Puleo, F. J. (2017). Institution of a preoperative stoma education group class

decreases rate of peristomal complications in new stoma patients. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 44(4), 363-367. <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000338>

Dans cette étude, Stokes, Tice, Folett, Paskey, Abraham, Bealer et Puleo (2017) ont comparé les complications liées à la stomie, les complications péristomiales, la durée du séjour hospitalier, la morbidité et les réhospitalisations suite au retour à domicile entre un groupe de patients ayant participé à des séances éducatives préopératoires de groupe, et pouvant être accompagnés de leurs proches et un groupe contrôle formé de patients ayant reçu des soins standards. Tous les patients de cette étude étaient des personnes devant subir une intervention chirurgicale programmée avec mise en place d'une stomie.

Sur la base des données récoltées et analysées, les deux groupes ne diffèrent pas de manière significative pour ce qui est de la morbidité, du taux de réhospitalisations et des complications postopératoires générales. La différence moyenne de la durée du séjour hospitalier n'est pas statistiquement significative, malgré une réduction visible de celle-ci dans le groupe ayant bénéficié des séances éducatives de groupe et préopératoire. Par contre, les complications de la stomie en elle-même et les complications péristomiales sont significativement diminuées chez les patients du groupe d'intervention. Les auteurs suggèrent que cette approche pourrait mieux préparer les patients et leurs familles à gérer leur stomie.

5.13 Article 11 (Appendice L)

Teeuwen, P. H. E., Bleichrodt, R. P., Strik, C., Groenewoud, J. J. M., Brinkert, W., van Laarhoven, C. J. H. M., ... Bremers, A. J. A. (2009). Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) versus conventional postoperative care in colorectal surgery. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 14(1), 88-95. <https://doi.org/10.1007/s11605-009-1037-x>

Dans cette étude, Teeuwen, Bleichrodt, Strik, Groenewoud, Brinkert, van Laarhoven, van Goor et Bremers (2009) ont comparé la durée du séjour hospitalier, la mortalité, la morbidité et les complications postopératoires entre un groupe de patients recevant des soins selon la méthodologie ERAS et un groupe recevant des soins dit « traditionnels » dans une population de patients devant subir une chirurgie viscérale avec anastomose d'une partie de l'intestin et mise en place d'une colostomie.

La morbidité, la mortalité et les complications postopératoires sont plus élevées dans le groupe de soins dit traditionnel, mais la différence n'est pas suffisamment significative. Par contre, le séjour hospitalier est en moyenne significativement plus court dans le groupe ayant reçu des soins selon la méthodologie ERAS.

5.14 Article 12 (Appendice M)

Wang, Q.-Q., Zhao, J., Huo, X.-R., Wu, L., Yang, L.-F., Li, J.-Y., & Wang, J. (2018). Effects of a home care mobile app on the outcomes of discharged patients with a stoma: A randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 27(19-20), 3592-3602. <https://doi.org/10.1111/jocn.14515>

Dans cette étude, Wang, Zhao, Hui, Wu, Yang, Li et Wang (2018) ont comparé l'adaptation psychosociale, l'auto-efficacité des soins et les complications liées à la stomie, entre un groupe contrôle recevant des soins d'éducation dits standards et un groupe d'intervention recevant, en plus des soins standards, un suivi de soins par une application mobile.

Les deux groupes ont montré un ajustement psychosocial. Cependant, les patients du groupe d'intervention ont obtenu des résultats significativement plus élevés que les patients de l'autre groupe. Par contre, pour ce qui est de l'auto-efficacité dans les soins de leur stomie et des complications liées à la stomie, les patients du groupe d'intervention ont montré de meilleurs résultats que les patients du groupe témoin, sans que cela soit statistiquement significatif.

5.15 Article 13 (Appendice N)

Younis, J., Salerno, G., Fanto, D., Hadjipavlou, M., Chellar, D., & Trickett, J. P. (2012). Focused preoperative patient stoma education, prior to ileostomy formation after anterior resection, contributes to a reduction in delayed discharge within the enhanced recovery programme. *International Journal of Colorectal Disease*, 27(1), 43-47. <https://doi.org/10.1007/s00384-011-1252-2>

Dans cette étude, Younis, Salerno, Fanto, Hadjipavlou, Chellar et Trickett (2012) ont testé le programme ERP chez des patients devant subir une résection antérieure élective avec création d'une iléostomie, afin d'évaluer si celui-ci permet de réduire la durée du séjour hospitalier, les complications postopératoires, la morbidité et la mortalité, et d'éviter les réhospitalisations.

Sur la base des données récoltées et analysées, cette étude démontre que la durée moyenne du séjour à l'hôpital est significativement plus basse lorsque le patient suit le programme ERP. Par contre, aucune différence significative n'est observée au niveau de la morbidité, de la mortalité et des complications postopératoires, par rapport au groupe contrôle. Le groupe ayant bénéficié du programme ERP n'a pas compté de patient réhospitalisé après le retour à domicile, contre 2,5% des patients du groupe contrôle. Les auteurs soutiennent que la mise en place d'un programme ERP profite sans aucun doute au patient en jouant un rôle positif dans la convalescence postopératoire, avec une réadaptation et un retour au travail plus précoce.

5.16 Développement des résultats en lien avec la question PICOT

Les treize articles retenus exposent différentes problématiques. L'enjeu principal est de mesurer l'impact du programme ERAS sur différents paramètres, tel que le taux de complications et la durée de séjour par exemple. Les résultats des différentes études sont comparés afin d'y porter un regard plus objectif.

D'autres études permettent également d'explorer de nouvelles perspectives, telles que des entretiens de groupe, une approche psychosociale ou des supports multimédias (DVD et application mobile). Les résultats de celles-ci ont pour but de mesurer l'impact de nouvelles approches sur les complications essentiellement.

Plusieurs études démontrent que le programme ERAS permet de diminuer de manière significative le temps d'hospitalisation des patients stomisés. Certains scientifiques s'accordent à dire que la durée de séjour peut être réduite de trois jours pour les patients suivant le programme ERAS. En effet, leurs études montrent que la durée de séjour passe de 9 jours pour le groupe de contrôle à 6 jours pour le groupe d'intervention ($p < 0,01$) (Teeuwen et al., 2009 ; Forsmo, Pfeffer, Rasdal, Sintonen, et al., 2016). Une autre étude révèle également que la durée moyenne d'hospitalisation est significativement plus courte dans le groupe d'intervention (8 jours contre 14 jours pour le groupe contrôle). Dans cette étude, le temps d'hospitalisation était plus long que dans les précédentes études, car le taux d'iléostomie était plus important que celui de colostomie dans le groupe de patients (Younis et al., 2012). Une étude a observé la durée d'hospitalisation la plus courte : 5 jours pour le groupe bénéficiant du programme ERAS, contre 8 jours pour le groupe contrôle ($P = 0.001$) (Forsmo, Pfeffer, Rasdal, Østgaard, et al., 2016). Une dernière étude corrobore ces résultats. En effet, un séjour hospitalier moyen de 1.6 à 5.7 jours a été observé pour le groupe ERAS, alors que le groupe témoin a enregistré une durée moyenne de 2.4 à 6.6 jours (Ren et al., 2012).

L'ensemble de ces études sont unanimes, le programme ERAS permet une diminution significative de la durée du séjour hospitalier. En revanche, cette durée est variable selon les études, ce qui s'explique notamment par les

typologies socio-démographiques et cliniques des stomies qui diffèrent d'une étude à l'autre.

Il est important de souligner qu'une durée de séjour plus courte n'implique pas pour autant forcément moins de complications. Néanmoins, certains auteurs ont démontré que les complications postopératoires liées à la stomie sont plus faibles dans le groupe ERAS (38%) que dans le groupe de contrôle (51%) ($p=0,15$) (Forsmo, Pfeffer, Rasdal, Sintonen, et al., 2016). La complication la plus fréquente est la dermatite péristomiale. Cette étude montre également que les patients iléostomisés sont ceux qui présentent le plus de complications ($p<0,001$). Le programme ERAS permet une diminution des complications postopératoires, constatée dans toutes les études analysées. Néanmoins, cette différence n'est pas statistiquement significative. Une étude démontre que les complications générales postopératoires sont survenues chez 9.4% des patients du groupe témoin et chez 9.7% des patients du groupe ERAS (Ren et al., 2012). Ce résultat est contrasté par d'autres analyses qui montrent un nombre de complications significativement plus bas dans le groupe d'intervention (19,6%) que dans le groupe contrôle (51,3%) ($p<0,01$) (Teeuwen et al., 2009). À l'inverse, une autre étude ne révèle pas de différence significative entre les deux groupes (Younis et al., 2012).

Outre le programme ERAS, d'autres méthodes ont été testées pour analyser leur impact sur les complications. Dans le cas d'entretiens préopératoires, les complications peuvent également être réduites. L'étude qui s'est intéressée à

cette pratique montre que 8,2% des patients vus en préopératoire présentent des complications, contre 36,4% des patients n'ayant pas eu ce type d'entrevue ($p < 0,001$) (Millan, Tegido, Biondo, & García-Granero, 2009). Ce résultat se confirme dans les 3 mois suivants la création de la stomie, avec un taux de complication à 10,3% pour les patients vus en préopératoire contre 24,2% pour les patients qui n'ont pas été vus en préopératoire ($p < 0,004$). Le marquage préopératoire diminue significativement les complications, passant de 23,1% à 6,5% ($p < 0,01$). Une autre étude a montré des résultats similaires, les complications liées à la stomie diminuent de manière significative chez les patients ayant suivi un entretien de groupe postopératoire ($p = 0,002$) (Stokes et al., 2017). En revanche, l'impact des complications générales ne diffère pas entre les deux groupes.

Certains auteurs se sont intéressés au taux de cortisol (indice de stress). Ils ont constaté que celui-ci était nettement plus faible dans le groupe d'intervention (ERAS) que dans le groupe témoin, 1 jour et 5 jours après l'opération (respectivement $p = 0,007$ et $p = 0,002$). Il permet de démontrer un stress moins élevé dans le groupe d'intervention (Ren et al., 2012). Pour d'autres chercheurs, l'entretien préopératoire permet de diminuer l'anxiété postopératoire chez les patients stomisés ($p < 0,01$) (Millan et al., 2009). Une autre étude se basant sur les actions psychosociales STOMA met également en évidence une diminution significative de l'anxiété à moyen terme (1 et 4 mois après l'hospitalisation) ($p = 0,01$) (Lim et al., 2019).

La majorité des études révèlent que le programme ERAS n'a pas d'influence significative sur la morbidité et de la mortalité. En effet, une seule étude démontre un taux de morbidité significativement moins élevé dans le groupe ayant bénéficié du programme ERAS (33.6% pour le groupe contrôle vs 14.8% dans le groupe ERAS ($p < 0.01$)) (Teeuwen et al., 2009). Les autres chercheurs démontrent que le programme ERAS n'a pas d'influence significative sur la morbidité et de la mortalité. Ainsi, certains auteurs ont constaté que le taux de morbidité et de mortalité n'était pas significatif entre les deux groupes ($p = 0,03$ dans les deux cas) (Younis et al., 2012). Ces résultats sont renforcés pas une autre étude attestant de la non-influence de programme ERAS sur la morbidité ($p = 0,15$) et sur la mortalité ($p = 0,32$) (Forsmo, Pfeffer, Rasdal, Sintonen, et al., 2016). Deux dernières études ne démontrent pas qu'il n'y a aucune différence significative avec ou sans intervention du programme ERAS sur la morbidité et la mortalité (Forsmo, Pfeffer, Rasdal, Østgaard, et al., 2016 ; Ren et al., 2012).

Selon certains auteurs, le taux de réadmission n'est pas amélioré par le programme ERAS ($p = 0,62$) (Forsmo, Pfeffer, Rasdal, Sintonen, et al., 2016). Trois autres études confirment leurs propos ($p = 0,1$) ($p = 0,6$) ($p = 0,226$) (Younis et al., 2012) ; (Teeuwen et al., 2009) ; (Forsmo, Pfeffer, Rasdal, Østgaard, et al., 2016). Ces derniers se sont également intéressés à l'impact du programme sur le taux de réopération et leurs recherches montrent que le

programme ERAS n'a pas d'influence significative sur le taux réopération ($p=0,241$) (Forsmo, Pfeffer, Rasdal, Østgaard, et al., 2016).

Intervention à part entière du programme ERAS, l'entretien préopératoire démontre une efficacité dans la prévention des complications. En effet, certains auteurs démontrent que grâce à ce type d'intervention, les complications passent de 36.4% à 8.2% ($p<0,01$) (Millan et al., 2009). Une autre méthode préopératoire consistant en des groupes thérapeutiques, qui ne font pas encore partie du programme ERAS, apporte selon certains auteurs des résultats probants sur les complications postopératoires en lien avec la stomie ($p=0,002$) (Stokes et al., 2017). Cette méthode n'a pas d'influence sur la durée du séjour hospitalier ($p=0,87$), le taux de réadmission ($p=0,35$) et sur les complications générales postopératoires ($p=0,61$).

Si le marquage du site de la stomie en préopératoire est pratiqué, il permettrait, selon certains auteurs, une diminution de 16,6% des complications cutanées ($p<0,01$) et de 10,3% ($p<0,02$) des dermatites. Les mêmes auteurs ont démontré que les visites préopératoires permettent également de réduire le taux d'anxiété ($p<0,01$) (Millan et al., 2010). Réalisé par une stomathérapeute, ce type de visite permettrait également de réduire la durée de séjour ($p=0,03$), ainsi que le temps nécessaire à atteindre une gestion autonome de la stomie (Goldblatt et al., 2018). En revanche, une admission précoce n'aurait pas de résultat significatif ($p=0,13$) (Goldblatt et al., 2018).

Après le séjour hospitalier, le taux de réadmission des patients ayant bénéficié d'un entretien postopératoire est plus faible de 8% et atteint ainsi 17% ($p=0,03$) (Rojanasarot, 2018). Trente jours après l'hospitalisation, le taux de réadmission est significativement plus faible dans le groupe ayant pris part au programme ERAS ($p=0,02$). Le programme d'entretien postopératoire a permis, si les données démographiques, les caractéristiques de la chirurgie ainsi que le niveau d'accès aux soins de santé sont pris en compte, de réduire de 55% le taux de réadmission. Lors de ce programme, un kit d'auto-soins a été distribué permettant de réduire le taux de réadmission hospitalier.

Un nouveau programme d'intervention psychosocial (STOMA), essai pilote dans le domaine des stomies, a également permis de réduire la durée de séjour hospitalier. Cependant, cette réduction n'est pas statistiquement significative ($p=0,13$). Un résultat d'amélioration non significatif a également été constaté dans les compétences inhérentes à la stomie ($p=0,22$), tout comme dans l'auto-efficacité aux auto-soins, lors des différentes mesures. Ce programme a permis aux participants d'améliorer l'acceptation de leur stomie sur le moyen terme, 1 mois ($p=0,03$) et 4 mois ($p=0,006$) après le séjour hospitalier (Lim et al., 2019).

Des chercheurs ont essayé d'améliorer l'adaptation à la stomie à l'aide de groupes d'interaction ayant lieu en postopératoire. Ils ont eu un impact significativement positif sur cette variable ($p<0,05$). Ces groupes ont également permis aux patients, via des échanges par les pairs, d'améliorer

leur rapport à la maladie ($p < 0,05$) (Karabulut, Dinç, & Karadag, 2014). Comme mis en évidence précédemment, placé en préopératoire, ce type de groupe permet également de réduire l'incidence des complications (Stokes et al., 2017).

Une éducation thérapeutique s'appuyant, en plus d'une éducation dite traditionnelle, sur un DVD a démontré que les participants à ce programme n'ont pas eu de meilleures connaissances inhérentes à la stomie que les participants ayant reçu uniquement une éducation traditionnelle ($p = 0,1$). En ce qui concerne les compétences en stomie et la confiance dans les soins personnels, aucune différence significative n'est à relever ($p = 0,85$) ($p = 0,84$). Les auteurs relatent que le DVD est autant efficace qu'une éducation traditionnelle, offrant ainsi une plus grande flexibilité dans des séances d'auto-apprentissages, et permettant d'impliquer de manière plus active le patient dans sa prise en charge (Crawford et al., 2012).

Une autre stratégie technologique étudiée est celle d'une application mobile. Elle a pour principe des consultations et conseils thérapeutiques par des stomathérapeutes en ligne. Cette dernière a permis, à chacune des trois mesures, de démontrer une différence significative de l'ajustement psychosocial ($p < 0,001$). Aucune différence statistiquement significative n'est constatée, dans le domaine de l'auto-efficacité de la stomie ($p = 0,84$) et des complications ($p = 0,63$) (Wang et al., 2018).

5.17 Réponse à la question PICOT

Au vu des résultats détaillés ci-dessus, une réponse à la question PICOT est tentée. La question est la suivante :

- **Chez les patients porteurs de colostomie, quel est l'impact des différentes stratégies d'éducation thérapeutique sur les complications ?**

Chez les patients porteurs de stomie, les moyens d'ETP sélectionnés ont démontré des résultats contrastés sur l'impact des complications postopératoires. En effet, la méthode ERAS permet une diminution de la durée de séjour, sans impacter de manière significative le taux de complications. En revanche, des entretiens de groupe et l'utilisation de l'application mobile préviennent le taux de complications.

Ces moyens, ainsi que les autres interventions psychosociales, comme le programme STOMA, permettent aux patients d'améliorer leur image de soi, leur rapport à leur stomie, à eux-mêmes et aux autres. Cette amélioration psychosociale permet de favoriser l'autogestion du patient, réduisant ainsi l'incidence des complications, ou du moins une prise en charge plus rapide de celle-ci.

5.18 Perspectives et propositions pour la pratique

Le programme ERAS, élément central de la recherche, est déjà implanté dans le monde hospitalier occidental. Ce programme permet, par la réduction de la durée de séjour, une diminution des coûts d'hospitalisation des stomisés.

Il répond ainsi à une pression économique de plus en plus présente sur le système de santé. Cependant, les complications ne sont pas significativement diminuées que cela soit à court, moyen et long terme. À se demander quels en sont les impacts sur les patients stomisés, et les coûts de la santé sur le long terme.

Le programme ERAS permet une accélération de la récupération et du gain de l'indépendance dans la gestion de la stomie et des auto-soins, sans pour autant l'optimiser. Il pourrait ainsi être judicieux d'y incorporer des entretiens de groupe ou une application mobile permettant de rendre le programme ERAS plus efficient et d'avoir une approche plus globale. Le programme ERAS ne serait plus vu comme un outil permettant uniquement la réduction du séjour hospitalier, mais comme un vrai programme d'approche globale.

L'intégration de ces différentes approches complémentaires permettrait une vision sur le long terme, en transformant le patient en un véritable acteur de sa prise en charge. Cette démarche pourrait permettre une détection plus rapide des dégradations de la stomie et une meilleure prévention des complications au cours de la vie du stomisé. Elle permettrait une meilleure acceptation de la stomie et une adaptation plus efficace. Elle faciliterait le rapport à la stomie, à soi-même et aux autres. L'isolement social serait atténué et les patients porteurs de stomie seraient mieux intégrés à la société.

6 Conclusion

6.1 Objectif du chapitre

Pour conclure ce travail, les principaux résultats sont d'abord synthétisés. L'apport du travail de Bachelor est décrit. Puis, les limites de ce travail de recherche et les éléments à améliorer sont détaillés. Enfin, des perspectives pour des recherches futures sont proposées.

6.2 Synthèse des principaux résultats

En partant de la question « Quelles sont les interventions de soins les plus appropriées post-chirurgie abdominale avec colostomie ? », et en y précisant les différents concepts, ce travail met en avant différentes interventions permettant la diminution de l'incidence des complications. Les groupes thérapeutiques et l'application mobile permettent une meilleure adaptation psychosocial facilitant une prise en charge autonome. Le programme ERAS accélère la réhabilitation sans diminuer le taux de complications. Une association de ces différents moyens d'ETP permettrait une prise en charge efficiente et durable pour le patient.

6.3 Apports du travail de Bachelor

Une des composantes essentielles du présent travail de Bachelor a été la collaboration entre ses différents auteurs. En effet, ils ont dû faire preuve d'ouverture, de concessions et de bonne volonté pour réaliser ce travail. Il n'a pas toujours été facile de trouver une entente pour certaines des directions à prendre. Des négociations ont eu lieu, afin d'exposer les différents points de vue. Les auteurs sortent grandis de ces échanges, dont les schémas seront reproduits au cours de leur future carrière professionnelle.

La mobilisation et l'approfondissement de la méthodologie de recherche constituent un apprentissage clé réalisé via ce travail. La méthodologie de recherche a été exercée de manière approximative dans un premier temps. Une rigueur plus appliquée a dû se mettre en place et s'explique par une meilleure maîtrise des bases de données. Cette maîtrise croissante a permis une amélioration de la qualité des articles trouvés. Une amélioration de l'analyse des articles s'est également ressentie à l'aide de l'utilisation des grilles de Fortin, une familiarisation à l'anglais scientifique et aux termes anglais spécifiques au domaine de la stomie.

Tout au long de ce travail, les connaissances dans les domaines de la stomie et l'éducation thérapeutique ont été développées. Elles ont permis un positionnement lors des différentes périodes de formations pratiques vis-à-vis des professionnels intervenant auprès de patients stomisés. Ce positionnement a permis de recueillir des informations et des témoignages utiles pour la réalisation de ce travail.

De plus, par la lecture d'articles sur le programme ERAS, certaines connaissances acquises seront directement transférables à la pratique, principalement en unité de chirurgie où certains des auteurs vont travailler. En effet ce programme est très largement utilisé dans les différents hôpitaux de Suisse romande.

Ce travail basé sur une démarche scientifique a permis aux auteurs de découvrir la réelle valeur du travail scientifique dans l'argumentation des

interventions infirmières face aux différents intervenants auprès des patients. De plus, il démontre la réelle importance du travail infirmier en complément des interventions médico-déléguées dans l'accompagnement du patient.

L'organisation et la tenue de délais sont un autre point clé du travail. À la demande du directeur de ce travail, les auteurs ont réalisé un échéancier. La tenue de ce dernier n'a pas été facile. Les membres du groupe ont ainsi pu réaliser la difficulté de planifier un travail de grande envergure, se déroulant sur plus d'une année. Le travail rendu dans les temps, l'objectif de la tenue du délai peut néanmoins être considéré comme partiellement atteint.

La difficulté à travailler pendant les périodes de formation pratique est également à relever. Elle démontre aux étudiants la difficulté de garder une activité de recherche en parallèle de sa pratique professionnelle. Cependant conscients de l'importance de la recherche dans la perspective d'une amélioration de sa pratique, les voilà prévenus quant à l'importance de prendre le temps de faire ces recherches dans leur temps libre. Ceci leur permettra de gagner en crédibilité et en efficience dans leur pratique professionnelle.

6.4 Limites

Ce travail de revue de littérature comporte quelques limites. Certaines sont liées au processus de recherche d'articles dans les bases de données. En effet, dans un premier temps, beaucoup d'articles en rapport avec la question PICOT ont été trouvés, mais l'impact factor du journal, l'année où la recherche a été publiée, n'étaient pas suffisants. Des recherches plus globales ont été

réalisées, en enlevant certains descripteurs pour trouver suffisamment d'articles pertinents. Tous les articles retenus ont un impact factor suffisant, à l'exception d'un seul (Crawford et al., 2012). Il a tout de même été gardé, car les résultats se révélaient intéressants pour la recherche, renforçant ainsi le nombre d'articles traitant de l'utilisation de la technologie comme moyen éducatif. De plus, il s'agit d'un essai contrôlé randomisé, ce qui signifie que l'étude présente un haut niveau de preuves. Il est encore à noter que cet article a été publié dans le journal « Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing », un journal scientifique spécialisé dans les soins infirmiers pour les personnes porteuses d'une stomie. Ce type de journal, par sa nature extrêmement spécifique, est beaucoup moins cité que d'autres journaux plus globaux, et souffre donc d'un impact factor plus faible.

Un des articles a été trouvé sur une base de données différente des six bases de données principales. L'article (Lim et al., 2019) a en effet été obtenu sur la base de données Web of science. Cependant, le journal jouit d'un impact factor suffisant et l'article présente un bon niveau de preuve.

D'autres limites sont directement liées aux articles sélectionnés. Toutes les études ont été réalisées dans des pays différents, ce qui implique que la culture et les conditions de vie des patients étudiés peuvent aussi être très différentes. De plus, les systèmes de santé, les techniques de soin, les formations professionnelles et les conditions de travail peuvent grandement différer entre les pays où les études utilisées pour cette revue exploratoire ont été réalisées.

Il se peut donc que les résultats varient légèrement selon les études à cause de cette diversité. Cela signifie également que si une même étude était menée en Suisse, les résultats pourraient être différents. De plus, pour toutes les études, le groupe d'intervention est comparé à un groupe dit de « soins standards ». Toutefois, les « soins standards » peuvent être différents selon les pays, ce qui implique que le groupe de référence ne jouit pas forcément des mêmes conditions-cadres. Par conséquent, les variations et la comparaison des résultats peuvent différer.

Enfin, pour ce travail, une recherche impliquant des patients devant recevoir une intervention chirurgicale abdominale sur cancer colorectal, sans que cela implique exclusivement la pose d'une stomie, a été utilisée (Teeuwen et al., 2009). Il est donc possible que les résultats mis en avant par cette étude diffèrent des autres recherches, car le groupe de patients étudiés est moins spécifique.

6.5 Perspectives pour la recherche

Ce travail démontre que diverses stratégies d'éducation thérapeutique peuvent être mises en place. Le développement de la technologie et des applications de santé commence également à prendre de l'ampleur, principalement dans la gestion des maladies chroniques.

Ce travail se focalise sur quelques stratégies d'éducation thérapeutique, mais une étude plus large pourrait être entreprise pour analyser un panel de possibilités plus grand et permettre ainsi de mieux comparer les différents

moyens d'éducation thérapeutique et mettre en lumière les plus efficaces. Une réponse à la question PICOT plus objective serait ainsi donnée.

De prochaines études pourraient se pencher sur l'intégration des groupes thérapeutiques directement dans la prise en charge ERAS, ce qui n'est pas encore le cas. Des recherches pourraient être menées sur l'utilisation d'applications mobiles pour soutenir les patients lors de la phase préopératoire, sur le modèle des études menées sur l'utilisation de ces applications lors de la phase postopératoire. La création de groupes, comme cela existe sur les différents réseaux sociaux, sur ces applications mobiles pourrait également être étudiée, au vu des résultats probants fournis par les groupes thérapeutiques.

Il est aussi important de noter que la méthodologie ERAS est multidisciplinaire. Une grande partie de la responsabilité de la mise en œuvre d'ERAS incombe aux infirmiers. Cette méthodologie exige que tous les membres de l'équipe multidisciplinaire travaillent en partenariat pour qu'elle fonctionne efficacement (Bryan & Dukes, 2010). Bien que les soins infirmiers aient un rôle clé dans la réussite d'un tel programme, il existe peu de recherches de science infirmière dans ce domaine (Foss & Bernard, 2014). Il serait intéressant d'investiguer qualitativement l'expérience des patients.

La prise en charge sur le long terme serait privilégiée et s'inscrirait dans le courant de la réduction des coûts de la santé dans la prise en charge des maladies chroniques, problématique actuelle de santé publique.

7 Liste des références

- Alvares, R., Soravia, C., Beyeler, S., & Lataillade, L. (2013). *Soins au patient porteur de colostomie / iléostomie. Protocol HUG*. (S.l.) : (s.n.). Repéré à <https://www.hug-ge.ch/procedures-de-soins/soins-au-patient-porteur-de-colostomie-ileostomie>
- Arantes, N., Barboutie, K., Bironien, L., Bobineau, A., Checa, D., Graff, E., ... Yildiz, M. C. (2015). Prise En Charge Des Patients Colostomisés De La Période Post-Opératoire à La Sortie. *Réseau Espace Santé-Cancer: Rhône-Alpes*, 4.
- Arumugam, P. J., Bevan, L., Macdonald, L., Watkins, A. J., Morgan, A. R., Beynon, J., & Carr, N. D. (2003). A prospective audit of stomas—analysis of risk factors and complications and their management. *Colorectal Disease*, 5(1), 49-52. <https://doi.org/10.1046/j.1463-1318.2003.00403.x>
- Bartle, C., Darbyshire, M., & Whitfield, J. (2013). Addressing common stoma complications. *Nursing & Residential Care*, 15(3), 128-133.
- Bass, E. M., Del Pino, A., Tan, A., Pearl, R. K., Orsay, C. P., & Abcarian, H. (1997). Does preoperative stoma marking and education by the enterostomal therapist affect outcome? *Diseases of the colon and rectum*.
- Beck, S. J. (2011). Stoma issues in the obese patient. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*, 24(4), 259-262. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1295689>
- Beyeler, S., & Perrotin, L. B.-. (2006). L'image corporelle, un concept de soins.
- Braumann, C., Müller, V., Knies, M., Aufmesser, B., Schwenk, W., & Koplin, G. (2018a). Complications After Ostomy Surgery: Emergencies and Obese Patients are at Risk—Data from the Berlin Ostomy Study (BOSS). *World Journal of Surgery*, (Mic), 1-7. <https://doi.org/10.1007/s00268-018-4846-9>
- Brown, D., & Khaja, A. (2018). Nursing Perspectives on Enhanced Recovery After Surgery. *Surgical Clinics of North America*. <https://doi.org/10.1016/j.suc.2018.07.008>
- Brown, H., & Randle, J. (2005). Living with a stoma: A review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00945.x>
- Bryan, S., & Dukes, S. (2010). The Enhanced Recovery Programme for stoma patients: an audit. *British Journal of Nursing*.

- Burch, J. (2006). Nutrition and the ostomate: input, output and absorption. *British Journal of Community Nursing*, 11(8), 349-351.
- Burch, J. (2007). Constipation and flatulence management for stoma patients. *British Journal of Community Nursing*, 12(10), 449-452. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2007.12.10.27282>
- Burch, J. (2007). Dietary needs for care home residents with a stoma. *Nursing & Residential Care*, 9(8), 359-362. Repéré à <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=106159379&lang=es&site=ehost-live&scope=site>
- Burch, J. (2012). Spoilt for choice: stoma accessories and appliances. *Nursing & Residential Care*, 14(10), 510-514. <https://doi.org/10.12968/nrec.2012.14.10.510>
- Burch, J. (2014). Constipation and flatulence management for stoma patients. *British Journal of Community Nursing*, 12(10), 449-452. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2007.12.10.27282>
- Burch, J. (2014). Stoma care and enhanced recovery. *Gastrointestinal Nursing*, 10(7), 26-32. <https://doi.org/10.12968/gasn.2012.10.7.26>
- Çakmak, A., Aylaz, G., & Kuzu, M. A. (2010). Permanent stoma not only affects patients' quality of life but also that of their spouses. *World Journal of Surgery*. <https://doi.org/10.1007/s00268-010-0758-z>
- Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *ANS. Advances in nursing science*.
- Chaudhri, S., Brown, L., Hassan, I., & Horgan, A. F. (2005). Preoperative intensive, community-based vs. traditional stoma education: A randomized, controlled trial. *Diseases of the Colon and Rectum*.
- Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2008). *Integrated theory and knowledge development in nursing* (7th ed.). (S.l.) : (s.n.).
- Chongpison, Y., Hornbrook, M. C., Harris, R. B., Herrinton, L. J., Gerald, J. K., Grant, M., ... Krouse, R. S. (2016). Self-reported depression and perceived financial burden among long-term rectal cancer survivors. *Psycho-Oncology*. <https://doi.org/10.1002/pon.3957>

- Collett, K. (2002). Practical aspects of stoma management. *Nursing Standard*, 17(8), 45-55.
- Crawford, D., Texter, T., Hurt, K., Vanaelst, R., Glaza, L., & Vander Laan, K. J. (2012). Traditional nurse instruction versus 2 session nurse instruction plus DVD for teaching ostomy care: A multisite randomized controlled trial. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 39(5), 529-537. <https://doi.org/10.1097/WON.0b013e3182659ca3>
- Dabirian, A., Yaghmaei, F., Rassouli, M., & Tafreshi, M. Z. (2010). Quality of life in ostomy patients: A qualitative study. *Patient Preference and Adherence*. <https://doi.org/10.2147/PPA.S14508>
- De Raet, J., Delvaux, G., Haentjens, P., & Van Nieuwenhove, Y. (2008). Waist circumference is an independent risk factor for the development of parastomal hernia after permanent colostomy. *Diseases of the Colon and Rectum*, 51(12), 1806-1809. <https://doi.org/10.1007/s10350-008-9366-5>
- DermNetNZ. (2012). Skin problems with stomas. Repéré à <https://www.dermmetnz.org/reactions/stoma.html>
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., ... Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. [Review] [49 refs]. *Journal of Advanced Nursing*.
- Doka, K. (1989). *Disenfranchised grief: recognizing hidden sorrow*. (S.l.) : (s.n.).
- Duchesne, J. C., Wang, Y. Z., Weintraub, S. L., Boyle, M., & Hunt, J. P. (2002). Stoma complications: a multivariate analysis. *American Surgeon*, 68(11), 961-966; discussion 966.
- Eicher, M., Delmas, P., Cohen, C., Baeriswyl, C., & Viens Python, N. (2013). Version Française de la Théorie de Gestion des Symptômes (TGS) et son application. *Recherche en soins infirmiers*, 112(1), 14. <https://doi.org/10.3917/rsi.112.0014>
- Emmanuel, A. (2004). *ConHijwlinn In: Norton C and Chelvanayaganl S (eds) Bowel continence nursing*. Beaconsfield Publisher. Beaconsfield.
- ENSP. (2004). *Prise en charge de la maladie chronique: quels rôles pour les secteurs professionnels, familiaux et alternatifs?* Rennes.
- Eras Society. (2016). *Encare, provider of ERAS*. (S.l.) : (s.n.). Repéré à

<https://www.encare.net/eras-society>

- Fawcett, J. (1984). The Metaparadigm of Nursing: Present Status and Future Refinements. *The Journal of Nursing Scholarship*, 16(3), 84-87. Repéré à <http://0-onlinelibrary.wiley.com.aupac.lib.athabasca.ca/doi/10.1111/j.1547-5069.1984.tb01393.x/pdf>
- Fawcett, J. (2005). *Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories* (2nd éd). (S.l.) : (s.n.).
- Fawcett, J. (2013). *Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories* (3rd ed). (S.l.) : (s.n.).
- Fearon, K. C. H., Ljungqvist, O., Von Meyenfeldt, M., Revhaug, A., Dejong, C. H. C., Lassen, K., ... Kehlet, H. (2005). Enhanced recovery after surgery: A consensus review of clinical care for patients undergoing colonic resection. *Clinical Nutrition*. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2005.02.002>
- Fineout-Overholt, E., & Melnyk, B. (2011). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice*. The Joanna Briggs Institute. (S.l.) : (s.n.). <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2007000400012>
- Fitzpatrick, G., Stammers, C., & Taylor, P. (2003). The influence of age on patients' problems. *Stoma Care Nursing*.
- Formarier, M. (2007). La qualité de vie pour des personnes ayant un problème de santé. *Recherche en soins infirmiers*, 88(1), 3. <https://doi.org/10.3917/rsi.088.0003>
- Formarier, M., & Jovic, L. (2012). *Les Concepts en Sciences Infirmières*. (S.l.) : (s.n.).
- Forsmo, H. M., Pfeffer, F., Rasdal, A., Østgaard, G., Mohn, A. C., Körner, H., & Erichsen, C. (2016). Compliance with enhanced recovery after surgery criteria and preoperative and postoperative counselling reduces length of hospital stay in colorectal surgery: Results of a randomized controlled trial. *Colorectal Disease*, 18(6), 603-611. <https://doi.org/10.1111/codi.13253>
- Forsmo, H. M., Pfeffer, F., Rasdal, A., Sintonen, H., Körner, H., & Erichsen, C. (2016). Pre- and postoperative stoma education and guidance within

- an enhanced recovery after surgery (ERAS) programme reduces length of hospital stay in colorectal surgery. *International Journal of Surgery*, 36, 121-126. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2016.10.031>
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016b). Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives. *Revue des sciences de l'éducation, édition 3*. <https://doi.org/10.7202/1042088ar>
- Foss, M., & Bernard, H. (2014). Enhanced recovery after surgery: implications for nurses. *British Journal of Nursing*, 21(4), 221-223. <https://doi.org/10.12968/bjon.2012.21.4.221>
- Gagnayre, R. C. N.-C. P. récentes du L. de pédagogie de la santé U. E. A. 3412 (à consulter sur place). (2007). Education thérapeutique du patient, 6 p. Repéré à internal-pdf://etp_remig-2400427264/ETP_RemiG.pdf OP - Extrait du livre %22Traité de santé publique%22%0Ahttp://www.sudoc.abes.fr/DB=2.1/SET=1/TTL=2/CMD?ACT=SRCHA&IKT=7&SRT=YOP&TRM=%09+978-2-2570-0022-4
- Goldblatt, J., Buxey, K., Paul, E., Foot-Connolly, R., Leech, T., & Bell, S. (2018). Study on the time taken for patients to achieve the ability to self-care their new stoma. *ANZ Journal of Surgery*, 88(6), E503-E506. <https://doi.org/10.1111/ans.14195>
- Hanus, M. (2006). Deuils normaux, deuils difficiles, deuils compliqués et deuils pathologiques. *Annales Médico Psychologique*, 164, 137. [https://doi.org/10.1016/S0003-4487\(06\)00039-4](https://doi.org/10.1016/S0003-4487(06)00039-4)
- Hanus, M., & Bacqué, M.-F. (2000). *Le Deuil* (PUF). Paris : (s.n.).
- Humphreys, J., Lee, K. A., Carrieri-Kohlman, V., Puntillo, K., Faucett, J., & Janson, S. (2008). A middle range theory of symptom management. In M. J. Smith, & P. R. Liehr (Eds.), *Middle range theory for nursing* (2nd ed.). New York: Springer Publishing. <https://doi.org/10.1016/j.ijhm.2015.07.002>
- Husain, S. G., & Cataldo, T. E. (2008). Late stomal complications. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1055319>
- Ivernois, J.-F. d', & Gagnayre, R. (2008). *Apprendre à éduquer le patient : approche pédagogique* (3e éd.). (S.l.) : (s.n.).
- Karabulut, H. K., Dinç, L., & Karadag, A. (2014). Effects of planned group

- interactions on the social adaptation of individuals with an intestinal stoma: A quantitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 23(19-20), 2800-2813. <https://doi.org/10.1111/jocn.12541>
- Kehlet, H. (2011). Fast-track surgery - An update on physiological care principles to enhance recovery. *Langenbeck's Archives of Surgery*. <https://doi.org/10.1007/s00423-011-0790-y>
- Kiliç, E., Taycan, O., Belli, A. K., & Özmen, M. (2007). The effect of permanent ostomy on body image, self-esteem, marital adjustment, and sexual functioning. *Türk Psikiyatri Dergisi*. <https://doi.org/10.1190/1.2818117>
- Kim, H. J., & Abraham, I. L. (2008). Statistical approaches to modeling symptom clusters in cancer patients. *Cancer Nursing*. <https://doi.org/10.1097/01.NCC.0000305757.58615.c8>
- Kirkland-Kyhn, H., Martin, S., Zaratkiewicz, S., Whitmore, M., & Young, H. M. (2018). Ostomy Care at Home. *American Journal of Nursing*, 118(4), 63-68. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000532079.49501.ce>
- Krouse, R., Grant, M., Ferrell, B., Dean, G., Nelson, R., & Chu, D. (2007). Quality of Life Outcomes in 599 Cancer and Non-Cancer Patients with Colostomies. *Journal of Surgical Research*. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2006.04.033>
- Kübler-Ross, E., & Kessler, D. (2005). *sur le chagrin et le deuil, trouver un sens à sa peine à travers les 5 étapes du deuil*. (S.l.) : (s.n.).
- Larousse. (2018). Définitions : Médicinal - Dictionnaire de Français Larousse. *Hachette Livre*. <https://doi.org/10.1002/pd.4117>
- Larousse (Éd.). (2020). *Le petit Larousse illustré* (Edition 20). (S.l.) : (s.n.).
- Lassen, K., Soop, M., Nygren, J., Cox, P. B. W., Hendry, P. O., Spies, C., ... Dejong, C. H. C. (2009). Consensus review of optimal perioperative care in colorectal surgery: Enhanced Recovery after Surgery (ERAS) Group recommendations. *Archives of Surgery*. <https://doi.org/10.1001/archsurg.2009.170>
- Lawson, A. (2003). *Complications of stomas* (In: Elcoat). Hollister, London : (s.n.).

- Le Robert (Éd.). (2020). *Le petit Robert de la Langue Française* (Edition 20). Paris : (s.n.).
- Lenz, E. R., Pugh, L. C., Milligan, R. A., Gift, A., & Suppe, F. (1997). The Middle-Range Theory of Unpleasant Symptoms: An Update. *Advances in Nursing Science*. <https://doi.org/10.1097/00012272-199703000-00003>
- Liao, C., & Qin, Y. (2014). Factors associated with stoma quality of life among stoma patients. *International Journal of Nursing Sciences*, 1(2), 196-201. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2014.05.007>
- Ligue Suisse contre le Cancer. (2017). *La colostomie : un guide de la ligue contre le cancer pour les personnes concernées et leurs proches*. (S.l.) : (s.n.).
- Lim, S. H., Chan, S. W. C., Chow, A., Zhu, L., Lai, J. H., & He, H. G. (2019). Pilot trial of a STOMA psychosocial intervention programme for colorectal cancer patients with stomas. *Journal of Advanced Nursing*, (January 2018), 1338-1346. <https://doi.org/10.1111/jan.13973>
- Longmore, M., Wilkinson, I., & Rajagonpalan, S. (2004). *Oxford Handbook of Clinical Medicine* (Oxford Uni). Oxford : (s.n.).
- Marroun, I., Sené, T., Querauvilliers, J., & Fingerhut, A. (2018). *Le nouveau dictionnaire médical illustré 7ème édition* (Elsevier M). Paris : (s.n.). Repéré à www.elsevier-masson.fr
- Mave, S., Blackmore, C., Davidson, J., Davis, L., Dolan, B., Glen, S., ... Creevy, J. (1992). *Altération de l'image corporelle : le rôle de l'infirmière* (ERPI). Montréal (Québec) : (s.n.).
- Maydick, D. (2016). A Descriptive Study Assessing Quality of Life for Adults With a Permanet Ostomy and the Influence of Preoperative Stoma Site Marking. *Ostomy Wound Management*, 62(5), 14-24.
- McMullen, C. K., Schneider, J., Altschuler, A., Grant, M., Hornbrook, M. C., Liljestrand, P., & Krouse, R. S. (2014). Caregivers as healthcaremanagers: Healthmanagement activities, needs, and caregiving relationships for colorectal cancer survivors with ostomies. *Supportive Care in Cancer*, 22(9), 2401-2408. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2194-3>
- Meisner, S., Lehur, P. A., Moran, B., Martins, L., & Jemec, G. B. E. (2012). Peristomal skin complications are common, expensive, and difficult to

- manage: A population based cost modeling study. *PLoS ONE*.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0037813>
- Melnyk, B., & Fineout-Overholt, E. (2011). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice*. The Joanna Briggs Institute. (S.l.) : (s.n.). <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2007000400012>
- Millan, M., Tegido, M., Biondo, S., & García-Granero, E. (2009). Preoperative Stoma Siting and Education By Stomatherapists in Colorectal Cancer Patients: a Descriptive Study of 12 Colorectal Surgery Units in Spain. *Colorectal Disease*, 88-92. <https://doi.org/10.1111/j.1463-1318.2009.01942.x>
- Millan, M., Tegido, M., Biondo, S., & García-Granero, E. (2010). Preoperative stoma siting and education by stomatherapists of colorectal cancer patients: a descriptive study in twelve Spanish colorectal surgical units. *Colorectal disease : the official journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland*. <https://doi.org/10.1111/j.1463-1318.2009.01942.x>
- Neale, K., & Phillips, R. (1988). Living with a stoma. *BMJ (Clinical research ed.)*, 297(6644), 310-1. Repéré à <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1834028&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Norton, C. (2006) Constipation in older patients: effects on quality of life. *British Journal of Nursing*, 15(4), 188-192. <https://doi.org/10.12968/bjon.2006.15.4.20542>
- Norton, C., William, J., Taylor, C., Nunwa, A., & Whayman, K. (2008). *Oxford Handbook of Gastrointestinal Nursing* (Oxford Uni). Oxford : Oxford University Press.
- Nutbeam, D., & Kickbusch, I. (1998). *Health promotion glossary*. *Health Promotion International*. Oxford : Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/heapro/13.4.349>
- Office québécois de la langue française. (2003). Le grand dictionnaire terminologique :autonomisation. Repéré à <http://www.granddictionnaire.com/>
- OMS. (1997). Education thérapeutique du patient. Repéré à

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107997/E93849.pdf?sequence=1&ua=1>

OMS. (1998). *Education thérapeutique du patient. Programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques*. (S.l.) : (s.n.).

OMS. (1998). *Education Thérapeutique du Patient Programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques*. Repéré à http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/145296/E93849.pdf

OMS. (1999). *Pauvreté et santé. Rapport de la Directrice générale*. Genève.

OMS. (2003). *Des soins novateurs pour les affections chroniques. Elément constructifs: Rapport mondial*. Genève.

Pepin, J., Ducharme, F., & Kérouac, S. (2017). *La pensée infirmière*. (S.l.) : (s.n.).

Pepin, J., Ducharme, F., & Kérouac, S. (2010). *La pensée infirmière* (3^e édition). Montréal (Québec) : (s.n.).

Perez, R. O., Habr-Gama, A., Seid, V. E., Proscurshim, I., Sousa, A. H., Kiss, D. R., ... Gama-Rodrigues, J. (2006). Loop ileostomy morbidity: Timing of closure matters. *Diseases of the Colon and Rectum*. <https://doi.org/10.1007/s10350-006-0645-8>

Porrett, T., & McGarth, A. (2005). *Essential Clinical Skills for Nurses Stoma Care* (Oxford Bla). Oxford : Oxford Blackwell Publishing.

Pullen, M. (2002). Managment of difficult stomas. *Nursing & Residential Care*, 4 (2), 76-80.

RAT AC. (2004). *La maladie chronique in Direction générale de la santé. Actes du séminaires Santé Publique, qualité de vie et maladies chroniques: attentes des patients et des professionnels*. Paris.

Ren, L., Zhu, D., Wei, Y., Pan, X., Liang, L., Xu, J., ... Wu, Z. Z. (2012). Enhanced Recovery after Surgery (ERAS) program attenuates stress and accelerates recovery in patients after radical resection for colorectal cancer: A prospective randomized controlled trial. *World Journal of*

Surgery. <https://doi.org/10.1007/s00268-011-1348-4>

Rojanasarot, S. (2018). The Impact of Early Involvement in a Postdischarge Support Program for Ostomy Surgery Patients on Preventable Healthcare Utilization. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 45(1), 43-49. <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000395>

Roveron, G., De Toma, G., & Barbierato, M. (2016). Italian society of surgery and association of stoma care nurses joint position statement on preoperative stoma siting. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 43(2), 165-169. <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000204>

Sager Tinguely, C., & Weber, C. (2011). *Précis de chronicité et soins dans la durée* (Editions L). Rueil-Malmaison France : (s.n.).

Salter, M., Creevy, J., Davidson, J., Davis, L., Dolan, B., Glen, S., ... Blackmore, C. (1992). *Altération de l'image corporelle: le rôle de l'infirmière* (ERPI). Montréal (Québec) : (s.n.).

Salvadaleña, G., Hendren, S., McKenna, L., Muldoon, R., Netsch, D., Paquette, I., ... Dryden, B. (2015). WOCN Society and ASCRS Position Statement on Preoperative Stoma Site Marking for Patients Undergoing Colostomy or Ileostomy Surgery. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 42(3), 249-252. <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000119>

Saunders, R. S., Fernandes-Taylor, S., Rathouz, P. J., Saha, S., Wiseman, J. T., Havlena, J., ... Kent, K. C. (2014). Outpatient follow-up versus 30-day readmission among general and vascular surgery patients: A case for redesigning transitional care. Dans *Surgery (United States)*. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2014.06.041>

Shabbir, J., & Britton, D. C. (2010). Stoma complications: a literature overview. *Colorectal Disease*, 12(10), 958-964. <https://doi.org/10.1111/j.1463-1318.2009.02006.x>

Sica, J., & Burch, J. (2008). Appliances. Dans *Stoma Care* (Wiley-Blac, pp. 183-199). london : (s.n.). https://doi.org/10.1007/978-94-011-4421-6_5

Simon, D. (2007). *Education thérapeutique: prévention et maladies chroniques*. (S.l.) : (s.n.).

- Slater, R. (2012). Choosing one and two-piece appliances. *Nursing & Residential Care*, 14(8), 410-413.
<https://doi.org/https://doi.org/10.12968/nrec.2012.14.8.410>
- Soravia, C., Beyeler, S., & Lataillade, L. (2005). Intestinal stoma: preoperative and postoperative management. *Revue medicale suisse*, 1(10), 708-709, 711-714, 717-718.
- Stokes, A. L., Tice, S., Follett, S., Paskey, D., Abraham, L., Bealer, C., ... Puleo, F. J. (2017). Institution of a preoperative stoma education group class decreases rate of peristomal complications in new stoma patients. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 44(4), 363-367.
<https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000338>
- Szymanski, K., St-Cyr, D., Alam, T., & Kassouf, W. (2010). External stoma and peristomal complications following radical cystectomy and ileal conduit diversion: a systematic review. *Ostomy Wound Management*.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0141582>
- Teeuwen, P. H. E., Bleichrodt, R. P., Strik, C., Groenewoud, J. J. M., Brinkert, W., van Laarhoven, C. J. H. M., ... Bremers, A. J. A. (2009). Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) versus conventional postoperative care in colorectal surgery. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 14(1), 88-95.
<https://doi.org/10.1007/s11605-009-1037-x>
- Tekkis, P. P., Cornish, J. A., Remzi, F. H., Tilney, H. S., Strong, S. A., Church, J. M., ... Fazio, V. W. (2009). Measuring sexual and urinary outcomes in women after rectal cancer excision. *Diseases of the Colon and Rectum*.
<https://doi.org/10.1007/DCR.0b013e318197551e>
- Traa, M. J., De Vries, J., Roukema, J. A., & Den Oudsten, B. L. (2012). Sexual (dys)function and the quality of sexual life in patients with colorectal cancer: A systematic review. *Annals of Oncology*.
<https://doi.org/10.1093/annonc/mdr133>
- Trabelsi, F., Ben abeljalil, S., Derbal, F., & Bougmiza, I. (2017). Les stratégies d ' adaptation des patients de l ' image de soi après un mois de chirurgie.
<https://doi.org/10.3917/rsi.129.0089>
- Tyler, J. A., Fox, J. P., Dharmarajan, S., Silviera, M. L., Hunt, S. R., Wise, P. E., & Mutch, M. G. (2014). Acute health care resource utilization for ileostomy patients is higher than expected. *Diseases of the Colon and Rectum*. <https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000000246>

- Wang, Q.-Q., Zhao, J., Huo, X.-R., Wu, L., Yang, L.-F., Li, J.-Y., & Wang, J. (2018). Effects of a home care mobile app on the outcomes of discharged patients with a stoma: A randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 27(19-20), 3592-3602. <https://doi.org/10.1111/jocn.14515>
- Wofford, J. L., Smith, E. D., & Miller, D. P. (2005). The multimedia computer for office-based patient education: A systematic review. *Patient Education and Counseling*. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2004.10.011>
- Younis, J., Salerno, G., Fanto, D., Hadjipavlou, M., Chellar, D., & Trickett, J. P. (2012). Focused preoperative patient stoma education, prior to ileostomy formation after anterior resection, contributes to a reduction in delayed discharge within the enhanced recovery programme. *International Journal of Colorectal Disease*, 27(1), 43-47. <https://doi.org/10.1007/s00384-011-1252-2>
- Zhang, J. E., Wong, F. K. Y., You, L. M., & Zheng, M. C. (2012). A qualitative study exploring the nurse telephone follow-up of patients returning home with a colostomy. *Journal of Clinical Nursing*. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03824.x>
- Zhang, J. E., Wong, F. K. Y., You, L. M., Zheng, M. C., Liu, Q., Zhang, B.-Y., ... Liang, M.-J. (2013). Effects of enterostomal nurse telephone follow-up on postoperative adjustment of discharged colostomy patients. *Cancer Nursing*.

8 Appendices

8.1 Appendice A

Grille adaptée de Fortin (2010) originale

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<ul style="list-style-type: none"> Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> Une recension a-t-elle été entreprise ? La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-t-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? La recension présente-t-elle des sources primaires ?
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?
Buts et question de recherche	<ul style="list-style-type: none"> Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire, concise ? Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
	<ul style="list-style-type: none"> • Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?
MÉTHODE	
Population et échantillon	<ul style="list-style-type: none"> • La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ? • Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ? • Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? La méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ? • Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? • Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? Véracité-applicabilité-consistance-neutralité • La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? • Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?
Modes de collectes de données	<ul style="list-style-type: none"> • Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? • Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? • L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
	<ul style="list-style-type: none"> • La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte déshonnête/enregistrement est-il décrit clairement ? • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? • Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ?
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? • Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? • Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ?
RÉSULTATS	
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? • Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? • Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? • L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche, pour chacune des questions ou hypothèses ? • Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ? • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? • Les limites de l'étude ont-elles été définies ? • Est-ce que les conclusions découlent logiquement des résultats ? • Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?
Conséquences et recommandations	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
	<ul style="list-style-type: none">• L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?• Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?

8.2 Appendice B

Crawford, D., Texter, T., Hurt, K., Vanaelst, R., Glaza, L., & Vander Laan, K. J. (2012). Traditional nurse instruction versus 2 session nurse instruction plus DVD for teaching ostomy care: A multisite randomized controlled trial. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 39(5), 529-537. <https://doi.org/10.1097/WON.0b013e3182659ca3>

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Il mentionne l'éducation thérapeutique par des infirmières traditionnelles et un autre type de séance d'éducation thérapeutique infirmière s'appuyant sur des DVD pour l'enseignement des soins aux stomisés.
Résumé	<p>L'étude a pour but de comparer 2 méthodes d'instruction de soins de stomie afin d'en déterminer leurs effets sur les connaissances.</p> <p>Un modèle expérimental post-test a été utilisé uniquement pour comparer deux méthodes d'éducation postopératoire en stomie. L'enseignement traditionnel comprenait 3 séances d'instruction dirigées par des infirmières du WOC. L'intervention expérimentale comprenait 2 séances d'instructions dirigées par des infirmières et des DVD auquel il était possible d'accéder entre les séances dirigées par des infirmières.</p> <p>Il n'y a pas de différence significative entre les deux méthodes d'enseignement en ce qui concerne les soins de stomie. Ainsi une méthode d'instruction infirmière plus DVD est autant efficace qu'une instruction infirmière seule.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Un patient nouvellement stomisé doit acquérir de nouvelles connaissances et compétences pour vivre avec sa stomie, et plus particulièrement les auto-soins de sa stomie, la changer et la vider. Il doit connaître l'influence de son régime alimentaire sur sa stomie, reconnaître et gérer les complications courantes.</p> <p>En postopératoire les stomisés éprouvent de la douleur, des nausées et expriment une détresse émotionnelle en lien avec la présence de stomie. Ces problématiques sont des freins à l'enseignement thérapeutique tout comme le raccourcissement de la durée d'hospitalisation en lien avec le protocole « fast track ».</p>

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
	Au vu de ces contraintes, il a été envisagé de concevoir un complément à l'enseignement traditionnel des stomies en postopératoire.
Recension des écrits	<p>Une séance d'éducation thérapeutique dure généralement une heure, ce qui est parfois éprouvant pour le patient. Le DVD permet de faire des pauses et de revenir en arrière pour la pratique des soins de stomies par exemple. Il facilite l'instruction contrôlée.</p> <p>Des études se sont intéressées à l'utilisation du DVD dans des cas de diabète, comparant ainsi l'instruction individuelle à l'instruction enregistrée. Elles ont toutes constaté que l'instruction préenregistrée était non inférieure ou supérieure à l'instruction individuelle.</p> <p>Une autre étude a révélé que le DVD couplé à une instruction infirmière renforce les scores de connaissance et de confiance. Aucune étude ne s'est intéressée à ce type de moyen chez les patients stomisés.</p>
Cadre de recherche	Le but est de mesurer l'apprentissage des patients dans 3 domaines, la connaissance, la compétence et la confiance.
Buts et question de recherche	Le but est de comparer deux méthodes d'instructions sur les soins de stomie afin de déterminer les effets sur les connaissances, les compétences et la confiance des patients en matière de soins en stomie.
MÉTHODE	
Population et échantillon	<p>Les sujets de l'étude sont des patients adultes, de 21 ans ou plus ayant subi une nouvelle stomie. Ils sont tous des patients indépendants dans les AVQ avant la chirurgie pour la stomie. Les sujets sont tous anglophones, ils peuvent tous entendre, voir et lire. Ils étaient exclus s'il y avait une déficience cognitive préopératoire ou postopératoire, s'ils restaient plus de 48h en soins intensifs ou s'ils étaient incapables de voir ou d'atteindre leur stomie.</p> <p>La taille de l'échantillon est de 68 patients, calculée sur la base d'analyse de la puissance pour analyser la variance (ANOVA).</p>
Considérations éthiques	<p>Les procédures de l'étude ont été approuvées par le comité d'examen institutionnel interne de Spectrum Health avant le début de la collecte des données.</p> <p>Un consentement éclairé a été obtenu de la part de chaque sujet.</p>

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Devis de recherche	L'article s'intéresse à des données de type qualitatives ordinales, suivant des variables qualitatives et quantitatives, le devis est donc mixte.
Modes de collectes de données	Trois instruments ont été utilisés pour évaluer les connaissances, les compétences et la confiance en soi des sujets en matière de soins auto-stomisés : 1. Test de connaissance spécifique de la stomie (régime alimentaire, soins quotidiens, complications possibles), enregistré sous forme de pourcentage. 2. Observation directe pour évaluer la compétence suivant des critères stricts. 3. Remplissage d'une échelle visuelle analogique indiquant le degré de confiance dans la prestation de soin auto-stomisé.
Conduite de la recherche	Les patients ont été répartis de manière aléatoire à un groupe d'enseignement en utilisant des numéros générés par ordinateur. Un guide d'instruction détaillé a été préparé à l'intention des enquêteurs du CWOCN pour s'assurer que tous les patients de l'étude recevaient les mêmes informations sur les soins de stomie au cours des séances d'enseignement. La méthode d'instruction infirmière a été fournie par le CWOCN au cours de 3 séances séparées au lit. Chaque séance est d'une durée d'environ 1 heure. Le CWOCN a donné des instructions verbales.
Analyse des données	Les données démographiques et cliniques pertinentes ont été résumées à l'aide de statistiques descriptives. Des tests t de l'échantillon indépendant ont été calculés pour comparer les 2 groupes d'étude en termes de connaissances, de nombre de compétences acquises et de notes de confiance. L'ANOVA a ensuite été utilisée pour déterminer la différence entre les groupes, avec 2 facteurs (méthode d'enseignement ; type de stomie). Le niveau de signification pour tous les tests était de $P < 0,05$
RÉSULTATS	
Présentation des résultats	N=68 ; 23 patients colostomies et 45 iléostomies ; Pas de résultat significatif quant à l'âge, au niveau d'étude, au sexe, au type de stomie ou au type de chambre (privée ou non) selon l'étude bivariée.

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
	<p>Pas de différence significative dans les variables démographiques.</p> <p>2,9% des sujets ont déclaré avoir mieux appris grâce à des instructions écrites.</p> <p>Aucune différence significative n'a été détectée entre les 2 groupes d'étude en ce qui concerne les styles d'apprentissages.</p> <p>Le score médian de confiance pour groupe d'instruction traditionnel est de 83,5% contre 86% pour autre groupe.</p> <p>Le score médian de compétence est de 4/4 pour les deux groupes</p> <p>Les t test ne montrent pas de différences significatives entre les deux groupes en matière d'acquisition de connaissances à la stomie ($P=0,1$), ni pour les compétences acquises après un enseignement ($p=0,85$), la différence n'est pas non plus significative en ce qui concerne la confiance moyenne dans les soins personnels ($p=0,84$). Les t test ne montrent pas de différences significatives entre les deux groupes en matière d'acquisition de compétence.</p> <p>Sur la base du test ANOVA pas de différences visibles quant au type de chirurgie, qui est non significatif pour les compétences acquises ($p=0,28$), pour le niveau de confiance ($p=0,92$) et pour la méthode d'instruction ($p=0,59$).</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>La technique d'instruction infirmière par DVD est aussi efficace que la méthode traditionnelle.</p> <p>Les sujets ont obtenu de bons scores quant à la compréhension des complications, au régime alimentaire et aux ressources.</p> <p>Le niveau de compétences est comparable entre les deux groupes.</p> <p>Le niveau de confiance est comparable, peu importe le type d'enseignement.</p> <p>En revanche, selon une autre étude le niveau d'implication de l'infirmière jouerait un rôle dans la confiance qui l'est plus si l'infirmière est plus impliquée tout comme pour l'amélioration des scores connaissance.</p> <p>6 autres études démontrent que l'enseignement vidéo est efficace pour accroître les connaissances par rapport aux méthodes d'enseignement traditionnelles.</p>

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
	<p>Limites :</p> <p>L'étude n'utilise pas d'instruments validés pour évaluer le style d'apprentissage, mais sur les styles d'apprentissages autodéclarés. Des futures études pour utiliser une évaluation du style d'apprentissage plus formelle.</p> <p>Un questionnaire universel entre les institutions pour une mesure de résultat standardisée des compétences, permettant la comparaison.</p> <p>Pas de vérification de la fiabilité inter évaluateurs.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Cette méthode offre une flexibilité qui permet de répondre à un besoin des patients stomisés en postopératoire sans compromettre les connaissances, les compétences et la confiance.</p> <p>L'intégration de séance vidéo dans l'enseignement traditionnel permet d'organiser des séances d'auto-apprentissage et des visionnements répétés.</p> <p>Particulièrement utile en cas de séjour abrégé du patient principalement dans les procédures accélérées par laparoscopie.</p> <p>Cet essai contrôlé randomisé sur plusieurs sites a démontré qu'une méthode d'instruction infirmière avec DVD était aussi efficace que l'instruction infirmière chez les patients stomisés. Cela soutient l'intégration potentielle des DVD dans les programmes établis pour l'éducation de routine des nouveaux patients stomisés. L'utilisation d'un DVD après la sortie de l'hôpital pour l'examen des patients et la formation des soignants est une autre conséquence potentielle.</p>

8.3 Appendice C

Forsmo, H. M., Pfeffer, F., Rasdal, A., Østgaard, G., Mohn, A. C., Körner, H., & Erichsen, C. (2016). Compliance with enhanced recovery after surgery criteria and preoperative and postoperative counselling reduces length of hospital stay in colorectal surgery: Results of a randomized controlled trial. *Colorectal Disease*, 18(6), 603-611. <https://doi.org/10.1111/codi.13253>

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre précise le sujet de l'article qui est le respect des critères de rétablissement après une chirurgie et les conseils fournis en préopératoire et postopératoire qui réduisent le temps d'hospitalisation après une opération colorectale. Les résultats sont randomisés et contrôlés.
Résumé	Le résumé explique l'objectif de cette étude clinique randomisée en comparant les patients traités selon une approche multimodale ERAS (enhanced recovery after surgery) avec un accent sur le conseil et les patients traités selon une prise en charge standard, qui ont subi une résection colorectale élective. Les auteurs ont réparti les patients adultes au hasard dans les deux groupes. Ils énumèrent les critères d'évaluations primaires et secondaires de l'étude. Les résultats démontrent que la durée totale de séjour à l'hôpital est significativement plus courte dans le groupe ERAS que le groupe standard. Une discussion sous forme de conclusion permet de mettre en avant les facteurs importants pour réduire la durée du séjour hospitalier.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	Le phénomène à l'étude est clairement formulé. Il s'agit de comparer des patients traités par l'approche multimodale (ERAS) et des patients traités selon une prise en charge standard. Le but principal de cette étude était de déterminer si les auteurs sont capables de réduire la durée de séjours d'hospitalisation, en réduisant principalement les causes de morbidité.
Recension des écrits	Une recension des écrits a été entreprise. Elle démontre les différents résultats entre une prise en charge ERAS et une prise en charge standard. Les bénéfices d'une prise en charge avec un suivi après une chirurgie sont reconnus comme ayant un impact sur la durée de l'hospitalisation. Néanmoins les principales raisons de la diminution du séjour à l'hôpital ne sont pas bien connues. Cette étude suggère que les informations pré/postopératoire

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
	<p>et des conseils en continu sont importants pour diminuer le temps d'hospitalisation et la rééducation.</p> <p>Cette recension permet de mettre en évidence que le programme ERAS permet un rétablissement plus rapide, diminue la durée d'hospitalisation et diminue les complications. Dans l'introduction une étude datant de 2011 indique que la quantité et la qualité des données publiées sont faibles.</p> <p>Les auteurs ne citent pas directement leurs sources. En effet lors de reprise de contenu d'autres études, il y a un numéro à la fin de la phrase. Les références en fin d'articles sont numérotées et les numéros à côté des citations font donc référence à ces sources.</p>
Cadre de recherche	<p>Les différents concepts liés à la problématique (ERAS, chirurgie, complications, thérapie) sont énumérés et succinctement définis. Ces concepts sont directement liés au but de l'étude.</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est clairement énoncé. Les auteurs veulent déterminer s'ils sont capables de réduire la durée d'hospitalisation des patients en réduisant principalement les morbidités.</p>
MÉTHODE	
Population et échantillon	<p>L'étude a été réalisée à l'hôpital universitaire Haukeland de Bergen en Norvège. Les patients adultes de plus de 18 ans qui devaient subir une intervention chirurgicale colorectale ouverte ou par laparoscopie élective pour une maladie maligne ou bénigne, avec ou sans stomie étaient inclus dans l'étude. Les patients atteints d'un cancer rectal ayant suivi une radiothérapie pelvienne étaient aussi inclus. Les patients ont été informés oralement et par écrit 1 à 3 semaines avant l'intervention chirurgicale et un consentement écrit a été demandé. Les patients étaient exclus si une résection multi-viscérale était prévue, si le patient était classé au grade IV de « American Society of Anesthesiologists ». Les critères d'exclusion supplémentaire étaient la grossesse, les opérations d'urgence ou une difficulté à donner un consentement éclairé en raison d'une déficience mentale ou l'incapacité de s'adapter aux critères de « ERAS » ou si la chirurgie colique ou rectale prévue n'avait pas été pratiquée.</p> <p>Dans le chapitre « résultat », les auteurs ont inscrit le nombre de personnes pris pour l'étude. Sur 653 patients éligibles, 329</p>

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
	n'ont pas été inclus, principalement pour des raisons logistiques et à cause d'un manque de capacité dans la clinique externe ERAS. 324 patients ont été affectés au hasard dans le programme ERAS ou aux soins standard. Les auteurs ont développé une figure (Fig 1) sous type de schéma hiérarchique.
Considérations éthiques	Une commission éthique régionale de Western Norway a approuvé l'essai (numéro de référence 2010/2079)
Devis de recherche	<p>L'étude évalue le nombre total de jours d'hospitalisation, les complications postopératoires, le taux de réadmission à l'hôpital, le taux de protéine C-réactive (CRP) postopératoire et le taux de mortalité</p> <p>Les patients ont été placés dans les 2 groupes de manières aléatoires. Les patients du groupe ERAS ont été traités selon le protocole ERAS décrit en annexe dans l'étude. Les patients du groupe standard ont été traités selon les soins traditionnels. Tous les paramètres des patients ont été enregistrés avant l'opération, le jour de l'opération et tous les jours durant l'hospitalisation (jusqu'à la sortie). Au jour 10 et 30 après l'opération un contrôle a été fait par l'infirmière spécialisée et deux chirurgiens.</p> <p>Avant cette étude, une étude pilote a été menée auprès de 20 patients. Le résultat de l'étude pilote indique une différence totale de 2,5 jours d'hospitalisation entre les deux groupes.</p> <p>Dans les résultats, il est inscrit que les données ont été récoltées entre le 5 janvier 2012 et le 4 mars 2015.</p>
Modes de collectes de données	<p>Tous les paramètres ont été enregistrés avant l'opération et tous les jours jusqu'à la sortie de l'hôpital. 10 jours et 30 jours après l'opération les patients avaient un contrôle.</p> <p>Afin de limiter les biais, une infirmière spécialisée et deux chirurgiens ont effectué tous les contrôles et les récoltes de données.</p> <p>Pour chaque groupe, une explication des soins pré et postopératoire ainsi que la technique de chirurgie sont explicités.</p>
Conduite de la recherche	Un statisticien indépendant a réparti les patients dans les deux groupes et l'analyse des statistiques a été effectuée avec le logiciel IBM SPSS Statistics, version 22.
Analyse des données	L'analyse des statistiques a été traitée à l'aide du Logiciel IBM SPSS Statistics, version 22. Des méthodes statistiques

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
	descriptives ont été utilisées pour caractériser l'échantillon. Les données sont présentées sous la forme d'une médiane et d'une fourchette. Les auteurs ont utilisé le test du chi carré pour comparer des variables discrètes. Le test de Mann-Whitney U a été utilisé pour les variables continues, non distribuées normalement, et un test t d'échantillon indépendant a été utilisé pour les données continues, distribuées normalement.
RÉSULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats de l'étude sont présentés sous forme de texte. Trois tableaux illustrent la sélection des patients et les résultats de l'étude.</p> <p>La durée était significativement plus courte chez les patients du groupe ERAS que dans le groupe standard 5 jours vs 8 jours ($P = 0,001$). Tous les critères de sortie, tels que le passage des premières flatulences, le passage des premières selles et la gestion de la douleur avec des médicaments oraux, ont été atteints plus tôt dans le groupe ERAS.</p> <p>La tolérance à la nourriture solide sans nausée n'a pas varié entre les deux groupes. Les taux de CRP postopératoires étaient plus faibles le deuxième jour dans le groupe contrôle que dans le groupe ERAS sinon, il n'y avait aucune différence entre les groupes. Dans les deux groupes (ERAS et standard), les patients opérés par chirurgie laparoscopie présentaient une durée d'hospitalisation significativement plus courte que les patients opérés ouvertement 5 jours vs 7 jours ($P < 0.005$).</p> <p>Les deux groupes de traitement présentaient des taux de morbidité globale, majeure et mineure, de réopération, de réadmission et de mortalité à 30 jours semblables. Les complications ne différaient pas de manière significative entre les groupes.</p> <p>Des différences significatives ont été observées dans un grand nombre d'autres éléments ERAS, tels que le type d'anesthésie, la consommation de boissons glucidiques, l'utilisation de laxatifs et d'opiacés oraux, la prise orale totale après chirurgie, la mobilisation postopératoire et le retrait précoce du cathéter urinaire.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	L'étude a mis en évidence un temps d'hospitalisation significativement plus court chez les patients traités par ERAS

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
	<p>par rapport aux soins standards après une chirurgie colorectale.</p> <p>Cette étude n'a révélé aucune différence entre les deux groupes de traitement en ce qui concerne la mortalité, la morbidité majeure ou mineure, les réopérations ou les réadmissions.</p> <p>Une des limites de cette étude est de ne pas définir les soins dits « standards ». De plus que certaines stratégies ERAS sont considérées comme la « norme des soins ». Cela peut avoir eu une incidence sur les résultats du groupe standard. Une autre limite de cette étude est la connaissance du groupe (soit standard, soit ERAS) par le personnel médical et par les participants.</p>
Conséquences et recommandations	De nouvelles études randomisées sont en cours pour évaluer l'impact de la prise en charge avec ERAS sur 2 groupes de patients égaux en termes de critère ERAS.

8.4 Appendice D

Forsmo, H. M., Pfeffer, F., Rasdal, A., Sintonen, H., Körner, H., & Erichsen, C. (2016). Pre- and postoperative stoma education and guidance within an enhanced recovery after surgery (ERAS) programme reduces length of hospital stay in colorectal surgery. *International Journal of Surgery*, 36, 121-126. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2016.10.031>

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre « Pre- and postoperative stoma education and guidance within an enhanced recovery after surgery (ERAS) programme reduces length of hospital stay in colorectal surgery » affirme que l'utilisation d'ERAS en pré et postopératoire réduit le temps d'hospitalisation. La population n'est pas clairement explicitée, cependant il est dit que c'est en pré et postopératoire après chirurgie avec colostomie. Donc la population semble être des patients porteurs de stomie.
Résumé	Résumé comprenant une synthèse de : l'introduction, la méthode, les résultats et la conclusion.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	Il y a eu peu de recherche auparavant sur l'efficacité de l'outil ERAS. Sur l'impact de celui-ci sur la durée d'hospitalisation pour les patients stomisés, et peu de données sont disponibles sur l'effet des interventions éducatives sur la réduction de la durée de séjour, les réadmissions à l'hôpital à la suite du retour à domicile et la diminution des complications postopératoires.
Recension des écrits	Il y a une recension des écrits qui explicite les besoins d'éducation thérapeutique des patients stomisés, de la méthodologie ERAS et du manque d'études faites avec celle-ci dans le cadre des séjours postopératoires en chirurgie viscérale. Elle nous indique qu'ERAS est une méthode qui cherche à utiliser les moyens les plus probants et actuels afin de diminuer le temps d'hospitalisation et d'éviter les complications à long terme.
Cadre de recherche	Les concepts clés sont explicités : ce sont les patients porteurs d'une colostomie, l'éducation thérapeutique, la méthode ERAS et les complications. Ils ne sont pas tous développés sur le plan conceptuel et ne s'inscrivent pas dans un cadre de références. Ils sont cependant directement liés au but de l'étude. Il n'y a pas de cadre théorique clairement identifié.

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Buts et question de recherche	L'objectif principal de cette étude est d'évaluer, dans la phase postopératoire, et de vérifier si la mise en place d'un programme ERAS, pour les patients porteurs de stomie peut réduire la durée du séjour à l'hôpital ainsi que la morbidité, la mortalité, le taux de réadmission dans un service hospitalier, les complications liées à la stomie et améliorer la qualité de vie liée à la santé comparativement à l'éducation actuelle pour les patients porteurs d'une stomie dans un cheminement traditionnel standard des soins.
MÉTHODE	
Population et échantillon	<p>La population regroupe des patients admis à l'hôpital universitaire Haukeland de Bergen en Norvège de plus de 18 ans qui devaient avoir une pathologie nécessitant une intervention chirurgicale avec mise en place d'une stomie (colostomie et iléostomie) planifiée et qui étaient susceptibles d'être autonomes dans la gestion de leur stomie. Les patients ayant déjà été stomisés n'ont pas été inclus.</p> <p>Ils ont été informés de l'étude par écrit et oralement. Ceux qui ont accepté de participer ont signé un consentement écrit. Entre le 5 janvier 2012 et le 4 mars 2015, 122 patients qui ont subi une stomie planifiée ont été inclus.</p> <p>Les patients ont été séparés de manière randomisée en 2 groupes : un groupe ayant des soins selon la méthodologie ERAS et l'autre selon les soins éducationnels standards.</p>
Considérations éthiques	L'essai a été approuvé par le comité régional d'éthique en Norvège occidentale.
Devis de recherche	La recherche est un essai contrôlé randomisé. Ce qui est représenté par le fait que les 122 patients ont été attribués au hasard et de manière équitable, soit dans le groupe qui bénéficierait de la méthodologie ERAS en pré et postopératoire, soit dans le groupe qui recevrait les soins conventionnels d'éducation thérapeutique en pré et postopératoire.
Modes de collectes de données	Les données ont été enregistrées avant l'opération, le jour de l'opération et tous les jours après l'opération jusqu'à la sortie de l'hôpital.

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
	<p>Les outils utilisés pour la récolte de donnée étaient : les 15D pour évaluer la qualité de vie, pour ce qui est des complications liées à la stomie, la mortalité, la morbidité, le taux de réadmission, sont récoltées par apport à l'observation directe des soignants.</p> <p>La collecte de données a été réalisée à partir des critères suivants : pour les 2 groupes, les indicateurs de sortie de l'hôpital étaient les mêmes : douleurs maîtrisées, fonctions intestinales et digestives acceptables, plus de 6 jours après le premier lever, pas de complications nécessitant de maintenir l'hospitalisation et l'accord de l'infirmière responsable et l'infirmière stomathérapeute (dans le cas des patients du groupe ERAS). Ensuite une deuxième récolte de données a été faite à la suite du retour à domicile, celle-ci portait sur les morbidités, la mortalité, les complications précoces et la qualité de vie.</p>
Conduite de la recherche	<p>En préopératoire, le groupe ERAS (encadré par une infirmière spécialisée ERAS et une infirmière stomathérapeute) a eu 2 consultations de 45 et 60 minutes où il a reçu des informations très spécifiques et détaillées nécessaires à la compréhension et aux enjeux de ce qu'est une stomie, une base de pratiques via simulation des soins qu'ils devront réaliser, du matériel pour se familiariser et des structures qu'ils pourront contacter. Les patients du groupe de soins conventionnels (encadrés par 2 infirmières expérimentées) ont reçu des informations sur ce qu'est la stomie, des informations pratiques liées à la gestion de celle-ci et des structures qu'ils pourront contacter la veille de l'intervention. Pour les 2 groupes, l'emplacement de la stomie a été marqué la veille de l'intervention. En postopératoire, le groupe de contrôle a reçu une formation quotidienne dispensée par des infirmières expérimentées et supervisées par une infirmière stomathérapeute. Le groupe ERAS avait déjà eu une formation préopératoire et était encadré par une infirmière ERAS, appliquant les directives de la méthodologie.</p> <p>Tout le long de la période hospitalière postopératoire, les patients des deux groupes de traitement ont été répartis dans deux salles différentes qui étaient complètement séparées, avec un personnel infirmier différent.</p>

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
	Les patients ont été suivis 1 à 3 semaines avant leur opération. Durant la phase postopératoire hospitalière et le 10 ^{ème} et 30 ^{ème} jour à la suite de leur sortie (auprès d'une infirmière spécialisée et de 2 chirurgiens).
Analyse des données	L'analyse statistique a été effectuée à l'aide d'IBM SPSS Statistics 22. Des méthodes statistiques descriptives ont été utilisées pour caractériser l'échantillon et les données ont été présentées sous forme de médiane et de plage. Pour comparer des variables discrètes, le test du chi carré a été utilisé. Le test t de l'échantillon indépendant a été utilisé pour les résultats continus, normalement distribués et le test U de Mann-Whitney pour les résultats continus, non distribués normalement. Un test t par paires a été utilisé pour détecter les changements significatifs dans le score 15D de la ligne de base à 10 jours et 30 jours dans les deux groupes et une régression ANOVA a été appliquée pour comparer les différences dans le changement du score 15D de la ligne de base à 30 jours entre les groupes.
RÉSULTATS	
Présentation des résultats	Les résultats des analyses statistiques sont donnés sous forme de tableaux et commentés dans le chapitre résultat. Le temps d'hospitalisation était significativement plus court chez les patients du groupe ERAS ($p < 0,001$). En ce qui concerne les morbidités et le taux de réadmissions ($p=0.62$) et la mortalité à 30 jours ($p=0.32$), les 2 groupes ont des résultats similaires (pas de différences significatives). Pour ce qui est des complications directement liées à la stomie dans la phase postopératoire, elles étaient plus basses chez le groupe ERAS (38%) que dans le groupe standard (51%), mais pas de différences assez importantes pour la déclarer significative ($p = 0.15$). La complication la plus fréquente étant la dermatite péristomiale, la déshydratation arrivait en seconde position pour les personnes porteuses d'une iléostomie. On constate que dans les 2 groupes, ce sont les iléostomies qui ont le plus de complications postopératoires ($p<0.001$). Pour ce qui est de la qualité de vie, il n'y a pas de différences significatives lors des 3 prises (en préopératoire, à 10 jours et à 30 jours). Pour les 2 groupes le score des 15D a baissé à 10 jours par rapport au score récolté en préopératoire,

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
	<p>mais une amélioration significative et cliniquement importante a été enregistrée entre 10 jours et 30 jours pour les 2 groupes (ERAS : $p=0,001$/ Standard : $p=0,004$). L'âge et le sexe n'ont pas d'influence sur la qualité de vie.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Comme précisé dans la recension des écrits, il y avait avant le début de cette étude, peu de travaux faits sur le lien entre la méthodologie ERAS (et plus particulièrement une prise en charge préopératoire) et la diminution du temps d'hospitalisation, ni sur l'effet de la méthodologie sur les complications postopératoires, les réadmissions, les morbidités et la mortalité chez les patients devant recevoir une stomie prévue. Cette étude apporte une contribution importante aux connaissances dans ce domaine.</p> <p>Une des limites est que même si cette étude portait sur un nombre moyen de patients, il se peut qu'elle ne soit pas suffisamment puissante par rapport à la question de l'étude, car ce n'était pas l'objectif principal. Une autre limite est que chez les patients attendant une iléostomie, il n'y a pas eu d'éducation à la prévention de la déshydratation (qui est une complication fréquente chez cette population), c'est une complication qui est présente dans l'étude et qui est certainement due au fait qu'il n'y a pas eu d'éducation spécifique sur cette question. Elle fera partie de l'amélioration future. Ce modèle d'étude est approprié pour évaluer l'ensemble des interventions, mais non pour comparer les interventions. Par conséquent, nous ne pouvons pas nous attendre à ce qu'un modèle multivarié comparant les effets d'interventions uniques produise des résultats significatifs et interprétables.</p>
Conséquences et recommandations	<p>La durée du séjour après une chirurgie colorectale élective avec le besoin de créer une stomie peut être réduite de façon significative grâce à l'éducation préopératoire et aux conseils d'infirmières spécialisées en stomie dans le cadre du cheminement des soins ERAS.</p> <p>L'auteur fait des recommandations pour les futures études de ce domaine. Il conseille d'éviter les biais de cette étude-ci. De plus, les connaissances sur l'effet des efforts d'éducation des patients stomisés combinés à ERAS sur le séjour hospitalier</p>

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
	sont limitées. De ce fait, l'étude apporte une contribution importante aux connaissances dans ce domaine.

8.5 Appendice E

Goldblatt, J., Buxey, K., Paul, E., Foot-Connolly, R., Leech, T., & Bell, S. (2018). Study on the time taken for patients to achieve the ability to self-care their new stoma. *ANZ Journal of Surgery*, 88(6), E503-E506. <https://doi.org/10.1111/ans.14195>

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre contient les concepts d'habileté à l'auto-soins, de nouvelle stomie et de temps que cela prend.
Résumé	<p>L'étude s'intéresse non pas à la durée d'hospitalisation, mais à la durée pour atteindre une gestion indépendante de la stomie. Avec un n=107, dans 2 hôpitaux l'un public et l'autre privé ; une analyse de régression logistique a été réalisée pour déterminer les facteurs associés à la gestion indépendante de la stomie lors de la sortie de l'hôpital.</p> <p>Le nombre de jours moyens d'hospitalisation est de 9, 71% des patients sont ressortis en étant capables de gérer leur stomie et cela prenait 7 jours pour y parvenir. Les facteurs favorisant à une prise en charge indépendante de la stomie à la sortie de l'hôpital sont le choix du site, le jeune âge, le sexe masculin et un traitement préopératoire dans un hôpital public.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Des études se sont déjà intéressées au temps d'hospitalisation avec ERAS, mais ici elle s'intéresse au temps nécessaire à la gestion indépendante de la stomie et aux variables qui l'affectent.</p> <p>Les auteurs ont également voulu mesurer le nombre de visites de la stomathérapeute et le temps d'éducation total nécessaires en moyenne pour atteindre la gestion indépendante d'une stomie. Cela vient en complément d'autres études faites sur la durée du temps d'hospitalisation avec le programme ERAS.</p>
Recension des écrits	Elle se réfère à 4 études sur ERAS mesurant principalement la durée d'hospitalisation, et la nécessité d'y intégrer une stomathérapeute ainsi que des visites préopératoires.
Cadre de recherche	Ici les définitions sont sommaires, le protocole ERAS y est principalement abordé.
Buts et question de recherche	Déterminer le nombre de visites d'une stomathérapeute et le temps total moyen d'entretien nécessaire pour devenir indépendant dans la gestion de sa stomie.
MÉTHODE	

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Population et échantillon	107 patients subissant une stomie dans 2 grands hôpitaux métropolitains distincts, l'un privé et l'un public. Les données démographiques préopératoires ainsi que le diagnostic préopératoire, les interventions chirurgicales effectuées, le type de stomie et les complications éventuelles ont été enregistrés.
Considérations éthiques	Ne sont pas évoquées dans l'article.
Devis de recherche	Cette étude de type cohorte a un devis principalement qualitatif, testant l'indépendance entre différentes variables qualitative nominale, et quantitative.
Modes de collectes de données	Utilisation d'un formulaire normalisé. L'éducation a été rapportée, y compris le nombre de visites pré et postopératoire d'une stomathérapeute et les outils éducatifs spécifiques à la stomie utilisés. Le niveau d'indépendance de la gestion de la stomie a été documenté quotidiennement à l'aide de l'échelle de l'indépendance de Bondy.
Conduite de la recherche	Les données ont été collectées de manière prospective par des stomathérapeutes en utilisant un formulaire normalisé.
Analyse des données	Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel SAS v9.1. Des comparaisons entre les deux groupes ont été faites via des chi-test, des test t-student pour les données normalement distribuées et des tests de rangs de Wilcoxon. Les résultats ont été reportés en pourcentage, en écart type et en médiane (intervalle interquartile, IQR). Une analyse de régression logistique a été réalisée pour déterminer les facteurs associés la gestion indépendante de la stomie, les résultats sont exprimés en odds ratio (OR) et un intervalle de confiance (IC). Toutes les p value calculées sont bilatérales et $p < 0,05$ indique une signification statistique. La donnée principale observée est la gestion indépendante de la stomie au moment de la sortie de l'hôpital.
RÉSULTAT	
Présentation des résultats	65,4% issu de l'hôpital privé. 47,7% d'homme – 52,3% de femme. Âge moyen 63 ans. Colostomie : 22,4% – Iléostomie : 77,6%. Tumeur maligne 82,2%. Durée médiane du séjour : 9 jours (entre 7 et 13 jours). 71% des patients indépendants à la sortie de l'hôpital.

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
	<p>Le temps médian pour atteindre l'indépendance est de 7 jours. Pas de différence dans le nombre de minutes de contact avec une stomathérapeute.</p> <p>Pas de différence significative dans la durée de séjour des patients ayant atteint leur indépendance à la sortie ou non : 9 jours pour les deux groupes.</p> <p>Les hommes plus facilement indépendants à la sortie ($P=0,02$)</p> <p>Visite de la stomathérapeute préopératoire diminue la durée de séjour ($P=0,04$).</p> <p>Une préadmission précoce n'a pas augmenté la probabilité d'une gestion indépendante de la stomie à la sortie ($P=0,13$)</p> <p>Pour le type de formation de stomie, ceux qui ont un iléosacrome en boucle sont plus susceptibles d'être dépendants à la sortie de l'hôpital ($P=0,02$).</p> <p>Ceux qui présentaient une stomie finale sont plus susceptibles d'être indépendants au moment de la sortie ($P=0,03$).</p> <p>Pas de différence significative entre iléostomie et colostomie.</p> <p>Les patients de l'hôpital privé sortaient moins indépendants ($P=0,01$).</p> <p>Une analyse plus poussée comparant les deux hôpitaux a montré plus de préadmissions dans l'hôpital public (100% pour le public et 7,1% pour le privé) ($P<0,001$), mais un besoin accru de soins de soutien à la sortie (83,8% contre 24,3% ; $P<0,001$).</p> <p>Pas de différence dans le temps de prise en charge par une stomathérapeute dans les deux hôpitaux.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Le protocole ERAS inclut une éducation thérapeutique préopératoire qui diminue la durée de séjour.</p> <p>La gestion indépendante de la stomie n'est pas un critère de sortie. Et il n'y a pas de lien entre un manque d'indépendance et un besoin de soins de soutien à la sortie de l'hôpital ($P=0,64$).</p> <p>La durée de séjour est la même dans les deux groupes, cependant l'étude ne met pas en avant si la sortie de l'hôpital a été retardée par une dépendance à la gestion ou des facteurs non liés tels qu'infections, saignements ou complications cardiovasculaires ou respiratoires (limite).</p> <p>Il a été suggéré par un petit essai contrôlé randomisé avec</p>

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
	<p>42 patients, par Chaudhri et al., qui ont concentré leur éducation per-opératoire intensive sur la stomie avant la chirurgie réduisent le temps nécessaire à la stomie (5,5 jours contre 9 jours, $P = 0,0005$) et une durée d'hospitalisation plus courte (8 jours contre 10 jours) = 0,029).</p> <p>L'éducation préopératoire serait selon plusieurs études plus efficace que l'éducation postopératoire.</p> <p>Il faut également prendre en compte d'autres paramètres en compte tels que les complications liées aux infections et à la douleur.</p> <p>Cette étude détermine des facteurs favorisant une gestion indépendante de la stomie, le jeune âge ($P=0,001$), les hommes. Le fait d'être en hôpital privé rend la proportion de patients indépendants à la sortie plus faible (57,8% pour le privé contre 83,8% pour le public ; $P=0,01$). Ce résultat peut être expliqué par les données recueillies dans l'étude, pas de différences dans les ressources en stomathérapeute, une étude plus approfondie devrait être faite.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Cette étude appuie le fait que le choix du site préopératoire est important dans la gestion indépendante de la stomie au moment de la sortie. Les autres facteurs déterminants sont, le jeune âge, le sexe masculin et le fait d'être pris en charge dans un hôpital public. Pour améliorer la probabilité d'être indépendant à la sortie, il faut également mettre l'accent sur une éducation préopératoire intensive avec une stomathérapeute.</p>

8.6 Appendice F

Karabulut, H. K., Dinç, L., & Karadag, A. (2014). Effects of planned group interactions on the social adaptation of individuals with an intestinal stoma: A quantitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 23(19-20), 2800-2813. <https://doi.org/10.1111/jocn.12541>

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre fait état de groupe d'interaction planifié visant une meilleure adaptation sociale des individus stomisés.
Résumé	<p>Le but de l'étude est d'étudier les effets d'un groupe d'interaction planifiée sur l'adaptation sociale des stomisés. Cette étude a un n de 50, séparé en deux groupes dont un a pris part à des séances collectives de 90 minutes pendant 6 semaines.</p> <p>Les scores moyens d'ajustement à la stomie ont augmenté dans le groupe d'intervention à l'inverse du groupe de contrôle où il est resté stable.</p> <p>Les interactions de groupes planifiées ont efficacement amélioré l'adaptation sociale de patients stomisés et devraient être intégrées à la pratique clinique comme faisant partie des soins infirmiers aux patients stomisés.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	Les personnes stomisées font face à des problèmes d'ordre physiologique, psychologique et social affectant leur adaptation sociale.
Recension des écrits	<p>La stomie est ici définie et sa cause principale serait le cancer colorectal. Il y aurait 1 million de cas de cancer colorectal nécessitant la création de stomie par an dans le monde. La stomie sauve les personnes, mais les confronte à d'autres problèmes, d'ordre physique, psychologique et social. Ceux-ci amènent souvent à une dégradation de l'image corporelle perturbant leurs relations sociales.</p> <p>La dépression et l'anxiété seraient présentes chez plus d'un tiers des personnes stomisées et près de la moitié souffrent de difficultés sexuelles. Des problèmes d'ordres psychologiques et physiques (risque de fuite, de gaz et de mauvaises odeurs) peuvent en résulter.</p> <p>Ces problèmes vont affecter leur adaptation sociale et pousser les stomisés à l'isolement. La peur de fuite par exemple va pousser les individus à restreindre leurs activités distrayantes (cinéma par ex), mais également à réduire leur activité professionnelle.</p>

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Cadre de recherche	Les stomathérapeutes jouent un rôle important dans l'adaptation sociale des stomisés. Leurs interventions incluent des services de formation individuels, de conseils incluant le patient et sa famille afin de renforcer le soutien social. Cette adaptation sociale pourrait être facilitée par les groupes d'interaction planifiés. Ils permettent de montrer aux patients qu'ils ne sont pas seuls. Aucune autre étude sur le sujet n'a été précédemment réalisée.
Buts et question de recherche	Les effets des interactions de groupes planifiés sur l'adaptation sociale des patients stomisés.
MÉTHODE	
Population et échantillon	<p>Critères d'inclusion : Le patient doit avoir subi une chirurgie de type iléostomie ou colostomie au moins trois mois avant l'intervention de groupe. Il doit également avoir assisté à des contrôles postopératoires au moins une fois par an. Il doit avoir plus de 18 ans et résider dans les limites de la province d'Ankara. Et finalement, il doit avoir fournir les consentements écrits.</p> <p>Il était prévu de recruter 30 patients par groupe, mais à la suite de retraits, le groupe d'intervention présente 23 patients et celui de contrôle 27 pour un nombre total de 50.</p> <p>La répartition entre les groupes s'est fait selon la volonté ou non des patients de prendre part aux groupes d'entretien.</p>
Considérations éthiques	Le protocole de l'étude a reçu l'approbation officielle et éthique du comité d'éthique de l'Université Hacettepe et du bureau du médecin en chef. Les patients concernés ont signé un consentement éclairé.
Devis de recherche	Cette étude fait partie d'une plus grande étude, ici elle s'intéresse uniquement à la partie quantitative de la plus grande étude. Cette dernière examine les effets d'une méthode d'interaction de groupe planifié sur l'adaptation sociale des stomisés d'un point de vue quantitatif et qualitatif.
Modes de collectes de données	<p>Un formulaire pour les personnes stomisées a été développé. Il se compose en 2 parties. Une première comprenant les données sociodémographiques et une deuxième contenant les informations cliniques de la stomie.</p> <p>Le questionnaire d'adaptation à la stomie (OAI) a été utilisé. Il permet d'évaluer l'adaptation psychosociale des patients stomisés.</p>

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
	L'échelle d'auto-évaluation de l'ajustement psychosocial à la maladie (PAIS-SR) est utilisée pour évaluer l'adaptation psychosociale des patients à la maladie. Elle comprend des rubriques telles que l'orientation des soins de santé, l'environnement professionnel, l'environnement familial, les relations sexuelles, les relations familiales étendues, l'environnement social et la détresse psychologique.
Conduite de la recherche	<p>Un programme d'interaction de groupe planifié a été mis au point. Les objectifs généraux et le contenu ont été réalisés sur la base d'une revue de littérature. Les groupes se composent de 7 à 10 individus. L'intervention dure 6 semaines et les séances sont d'environ 90 minutes. Les séances comprennent des démonstrations de l'utilisation du matériel, des discussions de groupe, des questions-réponses. Le chef de groupe, un chercheur facilite les interactions.</p> <p>La première évaluation a été réalisée lors de la première réunion, la deuxième à la fin des réunions de groupe, en semaine 6 puis finalement une dernière un mois après l'interruption des groupes soit en semaine 10.</p> <p>Le groupe témoin a reçu des interventions dites standards. La première évaluation a été réalisée lors de la première entrevue avec la stomathérapeute puis les données ont été collectées selon les mêmes intervalles que le groupe d'intervention.</p>
Analyse des données	Les scores OAI et PAIS-SR ont été analysés sur la base des méthodes analytiques de Friedmann et Kruskal-Wallis ainsi qu'à l'aide du test U de Mann-Whitney pour comparer les différences entre les scores d'échelle individuels en fonction de leurs variables dépendantes, les attributs socio-démographiques par exemple.
RÉSULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les scores OAI dans le groupe d'intervention ont progressivement augmenté, cela représente un changement significatif ($p < 0,05$). Pour cet item pas de changement significatif dans le groupe témoin.</p> <p>Les différences sont visibles chez les hommes et les femmes, pour tous les âges et tous les niveaux d'étude. Pour ce qui est des attributs de la stomie, les résultats sont significatifs pour ce qui est des stomies permanentes ou temporaires.</p> <p>Les scores PASI-SR ont également évolué de manière significative dans le groupe d'intervention, représentant un</p>

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
	<p>changement significatif ($p < 0,05$). Dans le groupe témoin, des changements visibles via ce test sont apparus, mais ne sont pas significatifs ($p > 0,05$). Ici pour ce qui est des données sociodémographiques, des différences ont été observées entre les scores moyens des hommes et des femmes, d'individus de plus de 50 ans et moins de 50 ans, des individus mariés ou non et selon le niveau d'étude avec de meilleurs résultats pour les niveaux primaires et universitaires au contraire du niveau secondaire. Les scores moyens PAIS-SR tendaient à être ajustés en ce qui concerne les connaissances en matière de soins de la stomie et à prodiguer leurs propres soins.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>L'efficacité de la méthode d'interaction de groupe planifié sur l'adaptation sociale des personnes stomisées. Les résultats concordent avec les résultats d'autres études. Un soutien professionnel planifié peut assurer une adaptation chez les patients stomisés, qui n'est pas forcément immédiate, mais après 6 à 10 semaines. L'adaptation à une maladie est un processus qui prend beaucoup de temps et qui n'est pas immédiat, ce qui est renforcé quand l'intégrité du corps est concernée.</p> <p>Les variables sociodémographiques ont également une incidence.</p> <p>Différentes données sociodémographiques telles que le sexe et le niveau d'éducation sont en lien avec une adaptation plus rapide.</p> <p>Les personnes en emploi ont tendance à réduire leur activité professionnelle. Les personnes non actives peuvent consacrer plus de temps à leur adaptation et sont plus à l'aise pour effectuer les soins de stomie.</p> <p>Les personnes avec des stomies permanentes tentent de s'adapter plus rapidement à la situation.</p> <p>L'étude indique que le programme d'interaction de groupe planifié facilite l'adaptation des personnes stomisée</p> <p>Les scores moyens de l'OAI des membres du groupe expérimental ont augmenté progressivement lorsque des mesures ont été effectuées au cours des sixième et dixième semaines, par rapport aux mesures effectuées au cours de la première semaine.</p>

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Conséquences et recommandations	<p>Cependant, aucune différence significative n'est visible entre le groupe expérimental et le groupe témoin en ce qui concerne les scores moyens. Sur la base des résultats de cette étude, il est suggéré que des programmes d'interaction de groupe planifié soient inclus dans les pratiques des infirmières, afin d'assurer l'adaptation des personnes stomisées aux stomies et à la maladie.</p> <p>Les résultats de cette étude ont indiqué qu'une interaction de groupe planifié guidée par une infirmière en stomie facilite l'adaptation sociale des personnes souffrant d'une stomie intestinale.</p>

8.7 Appendice G

Lim, S. H., Chan, S. W. C., Chow, A., Zhu, L., Lai, J. H., & He, H. G. (2019). Pilot trial of a STOMA psychosocial intervention programme for colorectal cancer patients with stomas. *Journal of Advanced Nursing*, (January 2018), 1338-1346. <https://doi.org/10.1111/jan.13973>

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre précise que l'étude est un essai pilote d'un programme d'intervention psychosocial « STOMA » pour les patients atteints d'un cancer colorectal avec une stomie
Résumé	L'objectif de cette étude est d'évaluer les effets préliminaires d'un nouveau programme d'intervention psychosociale STOMA. Il s'agit d'un essai pilote randomisé contrôlé pré-test et post-test à deux groupes : le groupe témoin (n = 24) et le groupe d'intervention (n = 29). L'auto-efficacité des soins de la stomie, l'acceptation de la stomie, la compétence de la stomie, la durée du séjour à l'hôpital, l'anxiété et la dépression et la qualité de vie ont été mesurées. Les résultats montrent que l'acceptation de la stomie s'est améliorée dans le groupe d'intervention (p <0,05). Les auteurs n'ont pas démontré d'effets significatifs sur l'auto-efficacité des soins de la stomie, la compétence de la stomie, la durée du séjour à l'hôpital, le niveau d'anxiété et de dépression et la qualité de vie.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	Les patients atteints d'un cancer colorectal qui subissent la formation d'une stomie font face à des impacts significatifs sur les fonctions physiques, cognitives, émotionnelles et sociales. Les avantages des interventions psychosociales (p. ex. interventions éducatives, thérapie cognitivo-comportementale et thérapie de groupe de soutien) comprennent la prestation d'un soutien sur les plans émotionnel et social par le biais d'interventions d'auto-soins et de psychoéducation. Ainsi que l'aide aux patients pour réduire la fatigue, la dépression, l'anxiété et améliorer les relations sociales et la qualité de vie globale. Cependant, il existe peu d'études qui examinent la prestation d'interventions spécifiques pour les patients stomisés atteints du cancer colorectal.
Recension des écrits	Dans l'introduction, une recension des écrits est faite pour définir les mots de l'étude. Dans le chapitre discussion, ils comparent leurs résultats à d'autres études. Le groupe d'intervention a obtenu un niveau plus élevé de compétence en stomie, bien qu'il n'y ait pas eu une différence significative

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
	dans les groupes, contrairement à deux autres études dans lesquelles de nombreux participants ont indiqué qu'ils ne s'occupaient pas de vider et changer leurs poches de stomie. Dans l'étude aucune différence significative entre les groupes quant à la durée du séjour à l'hôpital, ce qui n'est pas cohérent avec les résultats d'études antérieures.
Cadre de recherche	Cette étude est un essai pilote randomisé et contrôlé (ECR) pré-test et post-test mené auprès de deux groupes. Les participants ont été recrutés dans un hôpital public tertiaire de Singapour, en milieu hospitalier et ambulatoire, de juillet 2015 à novembre 2016.
Buts et question de recherche	<p>Cette étude vise à évaluer les effets préliminaires d'un programme d'intervention psychosociale STOMA sur les résultats des patients atteints d'un cancer colorectal avec une stomie nouvellement formée.</p> <p>Les auteurs ont émis une hypothèse. Comparativement aux patients du groupe témoin, ceux du groupe d'intervention signaleront des niveaux statistiquement et significativement plus élevés d'auto-efficacité dans les soins des stomies, d'acceptation de la stomie et de la compétence de la stomie, des séjours hospitaliers plus courts, des niveaux plus bas d'anxiétés et de dépressions et une meilleure qualité de vie.</p>
MÉTHODE	
Population et échantillon	Les participants ont été recrutés dans un hôpital public tertiaire de Singapour, en milieu hospitalier et ambulatoire, de juillet 2015-novembre 2016. Les auteurs ont recruté des patients qui subissaient des résections colorectales électives qui nécessitaient la formation d'une stomie.
Considérations éthiques	L'approbation éthique a été obtenue du conseil d'examen de l'établissement de l'hôpital à l'étude. Un feuillet d'information des participants contenant les détails de l'étude a été fourni et un consentement écrit a été demandé. La participation volontaire et l'anonymat des données du patient ont été assurés. Cette étude a été enregistrée auprès de BioMed Central Ltd. (No d'enregistrement : ISRCTN4191915584).
Devis de recherche	Il s'agissait d'un essai pilote randomisé et contrôlé (ECR) pré-test et post-test mené auprès de deux groupes. Il s'agit d'une étude quantitative. Les assistants de recherche qui ont recueilli les données sur les interventions intermédiaires et les données

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
	post-intervention n'ont pas eu accès à l'allocation de groupe, qui a été effectuée par le premier auteur.
Modes de collectes de données	Les données de référence (T1) ont été recueillies immédiatement après l'opération. Le premier auteur a ensuite appelé chaque patient et l'a affecté au hasard dans un des deux groupes. Les assistants de recherche ont collectionné les données T2 (jour de la sortie de l'hôpital) dans le service sans connaître l'attribution des groupes. Les données T3 (1 mois après la sortie de l'hôpital) et T4 (4 mois après la sortie de l'hôpital) ont été récoltées par des entrevues à l'endroit le plus pratique pour chaque patient (exemple : clinique externe spécialisée ou domicile du patient).
Conduite de la recherche	Le processus de collecte Le contenu de l'intervention a été élaboré et contre-interrogé par un groupe d'experts composé d'une infirmière clinicienne expérimentée en soins des stomies, d'un chirurgien colorectal et d'un professeur adjoint universitaire. Tous les instruments utilisés ont fait l'objet de tests de fiabilité et de validité dans le cadre d'autres études. La randomisation des participants en deux groupes a été réalisée. Les assistants de recherche qui ont recueilli les données n'ont pas été informés de l'état de la répartition des participants afin d'éviter tout biais. Le même chercheur a dirigé la session psychoéducative en face à face et toutes les sessions téléphoniques pour tous les patients du groupe d'intervention.
Analyse des données	IBM SPSS pour Windows Version 24.0 (IBM Corp., Armonk, NY) a été utilisé. Des statistiques descriptives ont été utilisées pour rendre compte des données sociodémographiques, cliniques et sociodémographiques des participants et des niveaux de résultats de référence. Le test Mann-Whitney U a été utilisé pour analyser la durée du séjour à l'hôpital, la compétence de la stomie, l'anxiété et la dépression. Le test Wilcoxon Signed Rank a été utilisé pour évaluer les différences à l'intérieur d'un groupe, tant pour l'anxiété que pour la dépression. Une analyse univariée de la covariance (ANCOVA) à l'aide d'un modèle linéaire général a été effectuée pour comparer les quatre autres résultats, y compris l'auto-efficacité des soins aux stomisés, l'acceptation de la stomie et la qualité de vie entre deux groupes à chaque moment donné. Des mesures répétées ANCOVA ont été prises pour examiner la différence

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
	des quatre résultats entre les groupes au fil du temps. Les données démographiques et les scores de référence ont été ajustés. La signification statistique a été fixée à $p < 0,05$.
RÉSULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont présentés au travers de tableau, de graphiques et de texte narratif :</p> <p>Il n'y a pas de différence significative entre les groupes en ce qui concerne l'auto-efficacité des soins aux stomisés à T2 ($p=0,70$), T3 ($p=0,15$) et T4 ($p = 0,57$).</p> <p>Il y a une différence significative entre les groupes quant à l'acceptation de la stomie à T3 ($p=0,003$) et T4 ($p=0,006$), mais pas à T2 ($p = 0,74$).</p> <p>Les résultats ont montré des différences non significatives ($p = 0,22$) entre les groupes concernant les compétences inhérentes à la stomie.</p> <p>Concernant la durée d'hospitalisation, les résultats ont révélé des différences non significatives entre les deux groupes ($p = 0,13$).</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Cette étude évalue les effets préliminaires d'un programme d'intervention psychosociale STOMA sur des patients nouvellement diagnostiqués d'un cancer colorectal avec stomie. Les participants des deux groupes ont obtenu des scores d'auto-efficacité croissants, mais les résultats n'ont révélé aucune différence significative dans les niveaux d'auto-efficacité des soins aux stomisés à chaque étape, bien que le groupe d'intervention ait obtenu des scores supérieurs.</p> <p>Les résultats de cette étude ont révélé des différences significatives dans les niveaux d'acceptation, avec des scores plus élevés dans le groupe d'intervention. Le programme a contribué à améliorer les niveaux d'acceptation des patients grâce à diverses stratégies.</p> <p>Les participants du groupe d'intervention ont obtenu des niveaux plus élevés de compétence en stomie, bien qu'il n'y ait pas eu de différences significatives dans les groupes.</p> <p>Il n'y avait pas de différences significatives entre les groupes quant à la durée du séjour à l'hôpital, ce qui n'est pas cohérent avec les résultats d'études antérieures qui ont mesuré la durée du séjour à l'hôpital chez des patients atteints de stomie dans le cadre d'un cancer colorectal.</p>

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
	<p>L'effet du programme d'intervention actuel sur l'amélioration de l'issue de l'anxiété et de la dépression n'a pas été concluant dans cette étude et mérite un examen plus approfondi.</p> <p>Il n'y avait pas de différences significatives dans la qualité de vie, bien que le groupe intervention ait enregistré des scores plus élevés, ce qui peut s'expliquer par la diminution progressive des préoccupations au cours des quatre mois suivants le congé.</p> <p>Cette étude présente certaines limites. Premièrement, l'étude n'a recruté que des patients parlant anglais et chinois ; par conséquent, les résultats peuvent ne pas être généralisables aux patients qui ne parlent pas ces deux langues. Deuxièmement, cette étude n'a pas permis d'atteindre la taille d'échantillon cible de 84 patients, car un grand nombre de patients n'étaient pas admissibles selon les critères de sélection. Il a été recommandé d'effectuer un essai clinique de faisabilité pour identifier les défis potentiels afin de fournir une évaluation plus pratique des délais, des cibles et des coûts optimaux requis pour atteindre les objectifs du projet. Un groupe de patients a refusé de participer en raison de l'effort requis pour se rendre à la séance, une autre option à l'avenir est de développer une application mobile pour qu'ils puissent bénéficier de l'intervention de la manière la plus pratique, avec le soutien de leurs soignants.</p> <p>La taille de l'échantillon de cette étude était petite et menée dans un contexte asiatique, ce qui a limité la généralité des résultats de l'étude. De plus, cette étude n'a mesuré que les effets à court terme de l'intervention. Des études futures avec des interventions basées sur la technologie et des suivis d'une durée pouvant aller jusqu'à 12 mois sont essentielles pour explorer les effets à long terme du programme.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les résultats pilotes suggèrent que ce programme a le potentiel d'améliorer les résultats des patients atteints d'un cancer colorectal atteints d'une stomie, ce qui nécessite une exploration plus poussée dans le cadre d'études futures à plus grande échelle.</p>

8.8 Appendice H

Millan, M., Tegido, M., Biondo, S., & García-Granero, E. (2009). Preoperative Stoma Siting and Education By Stomatherapists in Colorectal Cancer Patients: a Descriptive Study of 12 Colorectal Surgery Units in Spain. *Colorectal Disease*, 88-92. <https://doi.org/10.1111/j.1463-1318.2009.01942.x>

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Les concepts clés sont, l'éducation préopératoire, les stomathérapeutes et la population sont des patients stomisés ayant un cancer colorectal, opérés dans une unité chirurgicale colorectale en Espagne.
Résumé	<p>L'étude vise à mettre en avant les points à améliorer dans la prise en charge de patients espagnols souffrant de cancer colorectal qui vont être stomisés. En examinant les soins reçus par ceux-ci venant d'une stomathérapeute lors de rencontre préopératoire.</p> <p>L'étude a été réalisée dans 12 unités espagnoles comprenant des patients visités par des stomathérapeutes après une chirurgie colorectale. Ils ont dû répondre à un questionnaire sur les soins à leur stomie.</p> <p>270 patients ont été inclus, les patients ayant vu une stomathérapeute en préopératoire présentent un taux de complication significativement plus faible ($p < 0,001$), il en est de même pour l'anxiété ($p < 0,001$).</p> <p>L'étude démontre l'importance de l'évaluation préopératoire en stomathérapie.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le cancer colorectal et la création d'une stomie sont souvent dévastateurs pour le patient. Le développement d'unité de chirurgie spécialisée et d'équipes multidisciplinaires a amélioré le pronostic et la qualité de vie des patients atteints de cancer colorectal.</p> <p>De plus les effets d'un marquage de la stomie et de conseils préopératoires sont bénéfiques et prouvés scientifiquement. Ils réduisent le taux de complications.</p> <p>Les complications sur les cas d'urgence sont pour la plupart à mettre en lien avec la localisation de la stomie.</p>
Recension des écrits	Une recension des écrits est sommairement évoquée en mettant principalement en avant les recommandations des différentes sociétés scientifiques ayant lien avec les stomies.

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
	Une recension des écrits est également présente dans la discussion.
Cadre de recherche	Les concepts de complications, de patients stomisés et d'éducation par des stomathérapeutes sont évoqués mis en lien, ce en s'appuyant sur des études antérieures, principalement issues de sociétés scientifiques du milieu des stomies.
Buts et question de recherche	Le but de cette étude est d'examiner un échantillon des soins reçus par les patients stomisés atteints de cancer colorectal dans des hôpitaux espagnols dotés d'unités spécifiques de chirurgie colorectale, d'en évaluer les éventuelles carences et d'identifier les domaines d'améliorations possibles. Elle vise à mesurer la mise en œuvre effective des recommandations sur les visites préopératoires, faites par les différentes sociétés issues du milieu des stomies.
MÉTHODE	
Population et échantillon	Les patients stomisés pour une autre pathologie ou dans d'autres établissements que ceux choisis ont été exclus, tout comme les patients opérés dans les centres participant pour un cancer du côlon sans stomie. Un échantillonnage a été fait en 2 groupes selon la planification de la stomie : <ul style="list-style-type: none"> • Groupe 1 : patients opérés de chirurgie élective et visite préopératoire avec stomathérapeute et marquage de la stomie (n=204) • Groupe 2 : patients sans visite préopératoire de stomathérapie, tant élective qu'urgence (n=66)
Considérations éthiques	L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'hôpital universitaire de Bellvitge. Toutes les patientes et tous les patients participants ont signé un formulaire de consentement éclairé.
Devis de recherche	Il s'agit d'un devis qualitatif ayant pour but de mesurer les répercussions de variables nominales et ordinales sur des variables indépendantes.
Modes de collectes de données	2 questionnaires ont été envoyés, un à remplir par la stomathérapeute et l'autre par le chirurgien. Des données cliniques et démographiques ont été recueillies. Visite de la stomathérapeute à J0 puis 3 mois après l'opération pour enregistrer davantage de complications. Les patients ont

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
	<p>répondu à un questionnaire sur leur stomie, leur chirurgie et leur diagnostic, comprenant trois questions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Êtes-vous inquiet pour votre diagnostic ? • Êtes-vous inquiet pour votre stomie ? • Êtes-vous inquiet des conséquences de votre chirurgie ? <p>Ils répondaient à l'aide d'une échelle de 1 à 5 : de « Pas inquiet » (1), à « très inquiet » (5).</p> <p>Les chirurgiens participants ont enregistré des données sur la tumeur, type de chirurgie et complications chirurgicales préopératoires et postopératoires.</p>
Conduite de la recherche	<p>Les stomathérapeutes ont recruté les patients lors du premier entretien (J2 ou J3). Les complications initiales et l'évaluation des patients ont été enregistrées après la première visite.</p> <p>Une autre visite a été enregistrée 3 mois après l'opération pour enregistrer les complications à plus long terme et les patients ont répondu aux différents questionnaires.</p>
Analyse des données	<p>Les études statistiques ont été faites en utilisant le test de chi-carré ou le test exact de Fischer pour les données nominales</p> <p>Les variables continues sont présentées sous forme de moyen (écart type) et les variables nominales sous forme de pourcentage.</p>
RÉSULTATS	
Présentation des résultats	<p>Âge moyen, 67 ans et 63% hommes ;</p> <p>63% de colostomie pour 37% d'iléostomie ;</p> <p>75% des diagnostics sont le cancer colorectal ;</p> <p>76% opérés électivement et 24% en urgence ;</p> <p>45,6% vus en préopératoire par une stomathérapeute (groupe 1) ;</p> <p>58,8% des patients en électif avaient un marquage péristomial et aucun en situation d'urgence ;</p> <p>50% des chirurgies en urgence ont été réalisées par des chirurgiens de l'unité ;</p> <p>69% des patients souhaitent plus d'informations et choisir leur matériel ;</p> <p><u>Complications :</u></p> <p>Irritation cutanée : 36,4% des stomies urgentes contre 8,2% pour stomie programmée ($p < 0,001$) et 24,2% contre 10,3 dans le suivi des 3 mois ($p < 0,004$).</p>

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
	<p>Les patients marqués en préopératoire ont également moins d'irritation cutanée, 6,5% contre 23,1% ($p < 0,001$) et pour les dermatites, 8,1 contre 18,4% ($p < 0,02$).</p> <p>Pas de différence significative chez les patients qui se sont inquiétés de la stomie, du diagnostic et de la chirurgie.</p> <p>Les patients électifs vus en préopératoire par une stomathérapeute sont moins anxieux que les patients sans visites préopératoires ($p < 0,001$).</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>À l'aide d'études antérieures, il est admis que le degré de spécialisation du chirurgien et un travail en équipe interdisciplinaire sont des éléments facilitants. Cette tendance se met peu à peu en place dans les différentes unités de soins spécialisées, car améliorent les résultats.</p> <p>Une préparation préopératoire rend le patient plus susceptible de participer activement à l'éducation postopératoire. De plus, la réception d'informations complètes sur la réadaptation de la stomie, sur l'activité, le régime, les vêtements et les préoccupations sexuelles permet de diminuer le taux d'anxiété qui est plus élevé chez les patients sans visite préopératoire.</p> <p>Les patients et leur famille inclus dans le programme de réadaptation sont plus susceptibles de s'adapter avec succès à la stomie.</p> <p>L'ASCRS et le WOCN recommandent que chaque patient soit vu et marqué en préopératoire, même si la stomie n'est que temporaire.</p> <p>La plupart des stomies réalisées en urgence le sont en dehors des horaires de travail et donc effectuées par les chirurgiens de garde. Ils ne sont pas forcément spécialistes ainsi la localisation de la stomie n'est pas nécessairement incluse dans le bilan de la chirurgie d'urgence.</p> <p>Une étude sur la qualité de vie du cancer colorectal démontre qu'elle est influencée par l'expérience, mais également par les attentes du patient. Ainsi il est important de définir des objectifs réalistes pour l'optimisation du traitement.</p> <p>L'éducation à la stomie est plus efficace sur l'anxiété si elle est entreprise avant l'opération tout comme pour les attentes du patient. Moins de problèmes surviennent également dans les 6 semaines qui suivent la sortie de l'hôpital.</p>

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
	<p>Le marquage de la stomie par une stomathérapeute est associé à moins de difficultés d'adaptation à celle-ci et évoque moins d'anxiété en lien avec la stomie, le diagnostic et la chirurgie que chez les patients n'ayant pas reçu ces soins préopératoires</p> <p>Les stomies faites en urgence présentent plus de complications qui semblent être dues à la mauvaise localisation de la stomie et compliquent l'installation du matériel et favorise ainsi les fuites et les irritations cutanées. Elle serait à mettre en lien avec l'expérience du chirurgien ou le non-marquage préopératoire.</p> <p>Une stomie soigneusement construite sera susceptible de mieux fonctionner et aura moins de complications</p> <p>Les conseils d'une stomathérapeute améliorent considérablement qualité de vie des patients stomisés. Cela devrait donc être intégré à la gestion de routine du patient. La stomathérapie préopératoire semble encore être l'un des aspects les plus sous-estimés des soins.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Cette étude réalisée en Espagne fournit une évaluation initiale des soins reçus par les patients stomisés atteints de cancer colorectal.</p> <p>Le pourcentage de patients ayant une visite et un marquage préopératoire est encore faible, même dans les unités spécialisées.</p> <p>Il est nécessaire de mettre en place de nouvelles stratégies permettant d'améliorer le taux de visites préopératoire pour marquer les stomies et informer les patients pour leur permettre de participer à leurs soins médicaux et personnels.</p>

8.9 Appendice I

Ren, L., Zhu, D., Wei, Y., Pan, X., Liang, L., Xu, J., ... Wu, Z. Z. (2012). Enhanced Recovery after Surgery (ERAS) program attenuates stress and accelerates recovery in patients after radical resection for colorectal cancer: A prospective randomized controlled trial. *World Journal of Surgery*. <https://doi.org/10.1007/s00268-011-1348-4>

Éléments d'évaluation	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre précise que le programme ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) atténue le stress et accélère le rétablissement chez les patients ayant subi une résection complète à cause d'un cancer colorectal : un essai contrôlé et randomisé
Résumé	Le résumé met en avant l'objectif de l'étude qui est de comparer une prise en charge avec le programme ERAS et une prise en charge préopératoire conventionnelle chez des patients ayant subi une résection complète pour un cancer colorectal. Deux groupes sont comparés : Groupe ERAS (n=299) et le groupe témoin (n=298). Les principaux critères d'évaluation sont l'indice nutritionnel et métabolique, l'indice de stress et l'indice de récupération. Les résultats montrent que l'état nutritionnel des patients du groupe ERAS s'améliore par rapport au groupe témoin. Le protocole ERAS atténue la réponse au stress chirurgical et accélère la récupération postopératoire sans compromettre la sécurité du patient.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	L'étude mesure l'indice nutritionnel et métabolique, l'indice de stress, et l'indice de récupération entre deux groupes de patients. L'hôpital Zhongshan en Chine réalise plus de 1'100 opérations colorectales radicales par an. En raison des ressources médicales limitées, les programmes ERAS visent à réduire le stress et à accélérer le rétablissement, de sorte qu'un plus grand nombre de patients puissent bénéficier du programme de traitement.
Recension des écrits	Une recension des écrits est entreprise. Les auteurs mettent en avant que d'après d'autres études : une réponse excessive au stress peut augmenter le risque de complication cardiovasculaire et cérébro-vasculaire, une malabsorption des nutriments et une convalescence retardée. Cinq pays ou régions d'Europe (Écosse, Pays-Bas, Suède, Norvège et le Danemark) ont mis sur pied le programme ERAS qui intègre des interventions pour réduire le stress

Éléments d'évaluation	Questions fondamentales à se poser
	<p>chirurgical et accélérer la réadaptation. Jusqu'à présent ce programme a obtenu des résultats prometteurs.</p> <p>Les auteurs ne citent pas directement leurs sources. En effet lors de reprise de contenu d'autres études, il y a un numéro à la fin de la phrase. Les références en fin d'articles sont numérotées et les numéros à côté des citations font donc référence à ces sources.</p>
Cadre de recherche	<p>Les interventions sont les concepts clés de cette recherche. Ces concepts ne sont pas définis dans l'introduction.</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de cette étude est de mesurer l'indice nutritionnel et métabolique, l'indice de stress et l'indice de récupération entre deux groupes de patients (le groupe témoin et le groupe suivant le programme ERAS).</p> <p>Ce but est en lien avec la recension des écrits effectuée par les auteurs.</p> <p>Dans l'introduction, la population est décrite de manière succincte : Patients ayant subi une chirurgie colorectale radicale.</p>
MÉTHODE	
Population et échantillon	<p>597 patients ont subi une résection colorectale qui a été randomisée dans le groupe ERAS (n = 299) ou le groupe témoin (n = 298).</p> <p>Les auteurs précisent que la population visée est composée de patients ayant entre 20 et 80 ans (inclus), une seule lésion colorectale et devant se faire opérer pour une résection colorectale radicale. Les critères d'exclusion comprennent la chirurgie d'urgence, la résection d'autres organes durant l'intervention (comme des métastases hépatiques), des antécédents chirurgicaux au niveau abdominal et pelvien et tout antécédent pouvant compliquer le rétablissement (p. ex. paralysie, malformation de la colonne vertébrale, maladie auto-immune, infarctus du myocarde).</p> <p>Dans le paragraphe intitulé « Résultat », les auteurs expliquent que la taille de l'échantillon est déterminée par le nombre de patients correspondant aux critères de sélection sur une période de trois ans (juillet 2007- mai 2010).</p>
Considérations éthiques	<p>Tous les patients ont donné leur consentement éclairé par écrit. Cet essai clinique comparatif et randomisé (ECR) a été approuvé par l'Institutional Review Board de la Fudan University School of Medicine.</p>

Éléments d'évaluation	Questions fondamentales à se poser
Devis de recherche	Il s'agit d'un essai clinique comparatif et randomisé (ECR).
Modes de collectes de données	Les auteurs décrivent de manière précise les indices observés (indice de nutrition et du métabolisme, indice de récupération et l'indice du stress).
Conduite de la recherche	<p>Indice nutritionnel et métabolique : cet indice comprend l'hémoglobine, l'albumine, la pré-albumine, les triglycérides, la transferrine et le bilan azoté.</p> <p>Indice de récupération : le rétablissement a été estimé à l'aide des paramètres indépendants suivants : le délai avant la première poussée et les premières selles, le délai avant la première administration d'un régime alimentaire liquide, le séjour à l'hôpital après l'opération, les frais, la mortalité et la morbidité préopératoires dans les 30 jours suivant la chirurgie.</p> <p>Indice de stress : l'indice de stress comprend le niveau de glucocorticoïde sérique (cortisol) et le niveau de résistance à l'insuline.</p> <p>Les critères de sortie comprenaient le passage des selles, une bonne prise en charge de la douleur par analgésie orale, la tolérance aux aliments solides, l'absence de liquides intraveineux, la mobilité indépendante et un état convenable à un retour à la maison.</p>
Analyse des données	<p>Toutes les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS v11.0 (SPSS, Inc., Chicago, IL, USA).</p> <p>Les données qualitatives ont été comparées à un test χ^2. Un test t à échantillon indépendant a été utilisé pour mesurer la différence statistique entre les groupes. Toutes les données sont présentées sous forme de moyenne \pm écart-type. La norme significative pour les statistiques était de $p < 0,050$.</p>
RÉSULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont présentés sous forme de tableaux de graphes et de textes narratifs.</p> <p>Les résultats sont résumés par un texte narratif. Seules les différences significatives apparaissent dans le texte. Les résultats sont classés par thème.</p> <p>Indice nutritionnel et métabolique :</p> <p>Les taux d'albumine ($p = 0,007$) et de pré-albumine ($p = 0,011$) étaient significativement plus élevés dans le groupe ERAS le jour postopératoire (POD) 1 que dans le groupe</p>

Éléments d'évaluation	Questions fondamentales à se poser
	<p>témoin. Le taux de transferrine dans le groupe ERAS était également plus élevé dans le groupe POD 5 par rapport au groupe témoin ($p = 0,001$).</p> <p>Indice d'azote :</p> <p>Le bilan azoté du groupe ERAS était moins négatif que celui du groupe témoin le jour de l'intervention ($p = 0,003$)</p> <p>HOMA-IR (taux de sucre=glycémie) :</p> <p>Le niveau HOMA-IR du groupe ERAS était inférieur à celle du groupe témoin sur le POD 1 ($p < 0.001$).</p> <p>Autres indices de stress (taux de cortisol, taux de TNF-alpha, taux d'IL-1beta, taux IL-6, taux IFN-c). Dans le groupe témoin, les taux de cortisol dans les POD 1 ($p = 0,007$) et 5 ($p = 0,002$) étaient plus élevés après qu'avant. En revanche, les taux de cortisol n'ont pas augmenté avant la POD 5 dans le groupe ERAS ($p = 0,001$). Le taux de TNF-alpha le jour de l'intervention était supérieur à la valeur préopératoire dans le groupe témoin ($p = 0,004$), tandis que le taux de TNF-a sur le POD 1 était inférieur à la valeur préopératoire dans le groupe ERAS ($p = 0,021$). Le taux d'IL-1b dans le groupe ERAS a peu varié entre avant et après l'intervention. Les taux d'IFN-c sur le POD 5 étaient plus élevés qu'avant l'intervention dans le groupe témoin ($p = 0,028$) et les taux d'IFN-c sur le POD 1 étaient inférieurs à ceux du groupe ERAS avant l'intervention ($p = 0,001$).</p> <p>Le temps moyen jusqu'aux premières flatulences était de $53,7 \pm 17,1$ heures dans le groupe ERAS et de $63,1 \pm 20,0$ heures dans le groupe témoin ($p < 0,001$). Le temps moyen avant la première selle était de $73,7 \pm 23,7$ h dans le groupe ERAS et de $88,8 \pm 29,5$ h dans le groupe témoin ($p < 0,001$).</p> <p>Le temps moyen pour éliminer le régime liquide était de $3,1 \pm 0,8$ jour dans le groupe ERAS et de $4,1 \pm 1,8$ jour dans le groupe témoin ($p < 0,001$). Le séjour à l'hôpital était de $5,7 \pm 1,6$ jours après l'intervention pour le groupe ERAS et de $6,6 \pm 2,4$ jours pour le groupe témoin ($p < 0,001$).</p> <p>Le coût total de l'intervention était de $15\,997,6 \pm 2\,654,5$ RMB par patient du groupe ERAS et de $17\,763,3 \pm 3\,059,4$ RMB par patient du groupe témoin ($p < 0,001$). Il n'y avait pas de différence significative dans les dépenses préopératoires et chirurgicales entre les deux groupes. La dépense postopératoire par patient était de $3\,593,5 \pm 1$</p>

Éléments d'évaluation	Questions fondamentales à se poser
	<p>462,3 RMB dans le groupe ERAS et de 5 268,5 ± 1 891,7 RMB dans le groupe témoin (p <0,001). Des complications postopératoires sont survenues chez 28 patients témoins (9,4 %) et 29 patients ERAS (9,7 %) (p = 0,900).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le temps de récupération (première flatulence, première selle, séjour à l'hôpital. • Coûts. • Complications .
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Le programme ERAS axe les soins pour une meilleure récupération et un séjour plus court à l'hôpital. Le programme ERAS vise à réduire le stress pendant une intervention chirurgicale non urgente.</p> <p>Plusieurs études récentes ont montré que l'apport de glucides 2 heures avant l'intervention chirurgicale pourrait réduire la soif, la faim et l'anxiété préopératoires et réduire significativement la résistance à l'insuline postopératoire et le séjour à l'hôpital, sans augmentation du risque d'aspiration ou de régurgitation. Ces résultats concordent avec l'étude, car dans le groupe ERAS aucune communication de ce type n'a eu lieu. L'état nutritionnel des patients ERAS était en amélioration.</p> <p>Une méta-analyse d'essais contrôlés a conclu qu'une alimentation précoce après la chirurgie réduisait à la fois le risque d'infection et la durée du séjour à l'hôpital sans augmenter le risque de fuite anastomotique. Dans cette étude, 28 patients témoins ont souffert de complications comparativement à 29 patients ERAS. Les taux n'étaient pas très différents. Ces résultats indiquent que la préparation mécanique de l'intestin n'est peut-être pas essentielle. Les stratégies d'ERAS pour minimiser l'alitement et ses complications comprennent un soulagement efficace de la douleur pour encourager une mobilisation précoce postopératoire. Dans l'étude, les patients ERAS consacraient plus de temps à des activités quotidiennes hors du lit. Ces patients se sont rétablis plus rapidement que le groupe témoin.</p>
Conséquences et recommandations	Dans la conclusion, les auteurs affirment que le protocole ERAS atténue la réponse au stress chirurgical et accélère la

Éléments d'évaluation	Questions fondamentales à se poser
	<p>récupération sans augmenter le taux de morbidité et de mortalité</p> <p>Les auteurs précisent qu'ils n'ont pas analysé les résultats de chaque composante du programme ERAS. De plus, des études plus spécifiques sont nécessaires concernant les patients à haut risque.</p>

8.10 Appendice J

Rojanasarot, S. (2018). The Impact of Early Involvement in a Postdischarge Support Program for Ostomy Surgery Patients on Preventable Healthcare Utilization. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 45(1), 43-49. <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000395>

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre précise l'impact d'une participation précoce à un programme de soutien post-congé sur l'utilisation des soins de santé pour les patients ayant subi une chirurgie impliquant des stomies.
Résumé	L'objectif de cette étude est d'évaluer l'impact d'un programme de soutien au patient porteur de stomies après le séjour à l'hôpital comme complément aux soins dirigés par une infirmière. L'étude compare les taux de réadmission à l'hôpital et aux urgences à la suite des complications des stomies entre les personnes inscrites au programme (n=493) et le groupe témoin (n=225). Les patients ont reçu un sondage en ligne qui comprenait : les caractéristiques de la chirurgie et de la stomie, les réadmissions et les visites aux urgences au cours du premier mois après l'hospitalisation et après le premier mois après l'hospitalisation, les raisons de cet événement et le niveau d'accès aux soins de santé. Les résultats montrent que les personnes inscrites au programme étaient moins susceptibles d'être réadmisées à l'hôpital ou d'aller aux urgences dues à une complication de leur stomie durant le premier mois après l'hospitalisation et jusqu'à 18 mois après l'hospitalisation.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	Aux États-Unis, 100'000 Américains subissent chaque année une opération avec la pose d'une stomie. Habituellement, les patients sont envoyés dans un établissement de soins communautaires dans la semaine qui suit l'opération. La majorité des patients éprouvent des difficultés d'adaptation à la vie entraînant des complications. Ces complications postopératoires entraînent des réadmissions hospitalières imprévues ou des prises en charge aux services d'urgence. Le but de cette étude est de déterminer l'impact d'un programme de soutien sur la fréquence de visites évitable à l'hôpital et aux urgences après une chirurgie avec une pose de stomie durant deux périodes. La première période est au cours du premier mois après l'hospitalisation et la deuxième après le premier

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
	mois après l'hospitalisation afin d'étudier les effets à long terme. La période maximale entre la date de sortie de l'hôpital et la date de l'enquête est de 18 mois. De précédentes études ont démontré que des programmes d'éducation postopératoire sont associés à des taux plus faibles de réadmission en raison de complications postopératoires.
Recension des écrits	Une recension utilisant plusieurs sources primaires explique différents outils éducatifs. The American College of Surgeons (ACS) a développé un "Ostomy Home Skills kit" qui offre une formation sur les techniques d'auto-soins pour aider les personnes vivant avec une stomie à se préparer et à se rétablir de façon optimale. Cet outil est associé à une diminution du taux de visites aux urgences après l'opération. Néanmoins, plusieurs patients de l'étude éprouvent encore des difficultés liées à la stomie. Un programme de soutien posthospitalisation adaptée au patient (Coloplast Care; Coloplast, Minneapolis, Minnesota) a été mis sur pied dans le but d'offrir une aide centrée sur le patient et facilement accessible pour les patients porteurs de stomies. Bien que ce programme vise à prévenir les complications postopératoires, on ne connaît que peu de choses sur la question.
Cadre de recherche	C'est une étude transversale en ligne. Les patients qui ont subi une chirurgie pour une stomie au cours des 18 mois précédents la date du sondage ont été sélectionnés à partir d'une base de données concernant les patients stomisés aux États-Unis.
Buts et question de recherche	Le but de l'étude est indiqué de façon claire. Déterminer l'impact du programme de soutien sur la fréquence des visites aux urgences et en réadaptation à l'hôpital au cours du premier mois après l'hospitalisation (temps 1) et après le premier mois après l'hospitalisation (temps 2), défini comme au moins 30 jours après l'hospitalisation jusqu'à 18 mois. Un objectif secondaire est de déterminer si l'utilisation d'un kit développé par « The American College of Surgeons Ostomy home Skills (ACS) » a une incidence sur les réadmissions à l'hôpital et aux urgences liées à la stomie.
MÉTHODE	
Population et échantillon	Population du groupe témoin, n= 225. Population groupe d'intervention, inscrit au programme de soutien, n=493.

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
	<p>Les critères d'inclusion comprennent l'âge de 18 ans au moment de l'enquête, savoir lire l'anglais, résider aux États-Unis et avoir une adresse électronique dans la base de données des patients stomisés. Les critères d'exclusion comprennent l'absence de la date du sondage dans la base de données ou le non-consentement à recevoir un cours, les personnes inscrites au programme devaient avoir au moins deux mois de communication avec un conseiller du programme au cours de la période de 12 mois suivant l'opération d'une stomie pour assurer un engagement adéquat avec un conseiller du programme.</p>
Considérations éthiques	<p>Les auteurs ont eu recours à une procédure d'enquête anonyme. Aucun renseignement personnel, comme le nom, la date de naissance ou l'adresse, n'a été recueilli afin d'assurer la protection de la vie privée et d'encourager une plus grande divulgation des renseignements relatifs aux stomies.</p> <p>Le fait de remplir le questionnaire a été interprété comme un consentement à participer à l'étude. La participation à l'enquête de recherche était volontaire, et les répondants étaient libres de quitter l'enquête à tout moment.</p>
Devis de recherche	<p>Les variables dépendantes de cette étude étaient la réadmission à l'hôpital et aux urgences en raison des complications liées à la stomie dans les deux périodes de l'étude :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dans les premiers 30 jours après l'hospitalisation ; 2. Après les 30 jours après l'hospitalisation ; <p>Les réadmissions et les visites aux urgences liées aux stomies ont été calculées à partir des raisons du patient. Ces résultats ont été recodés comme variable dichotomique (oui/non). Les résultats secondaires, à savoir si les patients ayant une stomie ont reçu et utilisé le kit SCA pour la pratique des auto-soins a également été recodé comme résultat dichotomique (oui/non). Les caractéristiques du patient ont été rapportées à l'aide d'analyse descriptive. Le test Chi2 a été utilisé pour évaluer la différence des réponses au sondage dans le groupe de patients inscrits au programme et le groupe témoin.</p>
Modes de collectes de données	<p>Deux questionnaires distincts ont été créés à l'aide de l'outil de sondage en ligne Wufoo (SurveyMonkey Inc, Palo Alto, Californie). Chaque sondage comportait 51 questions, et il a fallu environ 10 minutes pour y répondre.</p>

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Conduite de la recherche	L'enquête comprenait des questions portant sur les données démographiques et les caractéristiques de la chirurgie de la stomie, le nombre de réadmissions à l'hôpital et aux urgences dans les deux périodes de l'étude. L'enquête a également cherché à connaître les raisons des visites évitables à l'urgence ou des réadmissions à l'hôpital, à savoir s'ils ont reçu et utilisé la trousse de SCA, le niveau d'accès aux soins de santé et les données démographiques.
Analyse des données	<p>Des analyses de régression logistique multivariée (RLM) ont été effectuées pour estimer l'effet du programme de soutien après l'hospitalisation sur le taux de réadmission à l'hôpital et aux urgences. Ces analyses ont été utilisées pour tenir compte des covariables susceptibles de confondre la relation entre l'inscription au programme de soutien et les résultats des deux périodes de l'étude. Ainsi que d'équilibrer la distribution des caractéristiques entre les patients inscrits au programme et le groupe témoin.</p> <p>Les covariables étaient l'âge, le sexe, la race, le niveau de scolarité le plus élevé, le type de stomie, l'état médical nécessitant une chirurgie pour stomie, la visite d'une clinique de stomie après la chirurgie, les visites d'infirmières à domicile, la couverture d'assurance pour les fournitures pour stomie et la participation à d'autres programmes de soutien. Les personnes vivant avec une stomie et qui ont reçu et utilisé la trousse de SCA ont également été incluses dans les modèles. Tous les tests de statistiques sont bilatéraux avec un niveau significatif de 0,05 et réalisé à l'aide du Système d'analyse statistique SAS, version 9.3 ; SAS Institute Inc, Cary, Caroline du Nord).</p>
RÉSULTATS	
Présentation des résultats	<p>Le tableau 2 présente le taux de réadmissions et des consultations aux urgences liées aux stomies, au cours du premier mois après l'hospitalisation et après le premier mois après l'hospitalisation. Une proportion significativement plus faible de personnes inscrites au programme a été réadmise à l'hôpital dans le premier mois suivant son hospitalisation pour des raisons liées à la stomie (17 % vs 25 %, $P = 0,03$).</p> <p>Dans le cas des événements survenus après le premier mois d'hospitalisation la proportion de réadmissions à l'hôpital et aux urgences était significativement plus faible dans le groupe</p>

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
	<p>des personnes inscrites au programme que dans le groupe témoin (16 % vs 24 %, $P = 0.02$; 12 % vs 21 %, $P = 0.001$, respectivement).</p> <p>Le tableau 3 résume les résultats des analyses du MLR. Si l'on tient compte des données démographiques, des caractéristiques de la chirurgie des stomies et du niveau d'accès aux soins de santé, de la réadmission à l'hôpital après le premier mois d'hospitalisation était de 55 % inférieur dans le groupe inscrit au programme comparativement au groupe témoin. De même, après avoir tenu compte des données démographiques, des caractéristiques de la chirurgie pour stomie et du niveau d'accès aux soins de santé, l'utilisation de la trousse de SCA a été associée à des taux de réadmission à l'hôpital et de visites aux urgences beaucoup plus faibles au cours des deux périodes à l'étude.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Cette étude transversale donne un aperçu de l'impact d'un programme de soutien après l'hospitalisation afin d'éviter une consultation aux urgences ou une réadmission à l'hôpital à cause d'une stomie. La probabilité d'une réadmission à l'hôpital due à un problème lié à la stomie après le premier mois post hospitalisation est 55% inférieur chez les patients ayant suivi le programme que les patients du groupe témoin.</p> <p>Les résultats concordent avec les études antérieures qui ont aussi relevé une amélioration significative de l'adaptation à la stomie et aux complications lorsque les patients suivent un programme. Une communication régulière avec un conseiller du programme (même via un appel téléphonique) aide les personnes à acquérir des habiletés d'auto-soins qui se traduisent par une diminution de réadmission à long terme aux urgences ou à l'hôpital pour une réadmission à cause de la stomie.</p> <p>L'étude comporte 3 limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les données ont été recueillies à l'aide d'un modèle transversal capable de démontrer des associations, mais non une causalité entre les groupes. Néanmoins des analyses MLR sont utilisées pour atteindre les objectifs tels que les interférences justifiables en tenant compte des covariables.

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
	<ul style="list-style-type: none"> • Le taux de réponse est relativement faible (7% pour les personnes inscrites au programme et 5% pour les personnes du groupe témoin) les résultats sont vulnérables à un biais de la sélection et peut nuire à la généralisation. • L'étude s'est appuyée sur les renseignements fournis par les patients .
Conséquences et recommandations	<p>Cette étude a eu d'importantes répercussions sur la prise en charge des soins de stomie et les résultats ne sont qu'une démonstration d'un programme de soutien après une hospitalisation et sur les effets d'un kit SCA. Un tel programme de soutien est une ressource facilement accessible qui pourrait être utilisé comme complément à l'éducation pré et postopératoire afin de réduire l'utilisation évitable des soins de santé et d'optimiser la pratique fondée sur des preuves.</p> <p>Le programme évalué est conçu pour compléter les soins que les personnes stomisées reçoivent. La recherche future devrait explorer l'impact du programme en combinaison avec une infirmière spécialiste des stomies.</p>

8.11 Appendice K

Stokes, A. L., Tice, S., Follett, S., Paskey, D., Abraham, L., Bealer, C., ... Puleo, F. J. (2017). Institution of a preoperative stoma education group class decreases rate of peristomal complications in new stoma patients. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 44(4), 363-367.
<https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000338>

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre « Institution of a Preoperative Stoma Education Group Class Decreases Rate of Peristomal Complications in New Stoma Patients » précise clairement les concepts de l'étude qui sont : les groupes d'éducation préopératoire, les complications péristomiales et la population qui est les patients qui sont admissibles pour une chirurgie abdominale avec mise en place d'une colostomie.
Résumé	Le résumé est une synthèse claire de l'article, il comporte les chapitres but, plan, population et contexte, méthode, résultats et conclusion. Chacun de ces chapitres résume brièvement leur partie correspondante dans l'article.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	Les auteurs expliquent et démontrent par de nombreuses recherches faites sur le sujet que l'incidence des complications de la stomie et péristomiales varie de 25% à 33%, et dans les trois premiers mois suivants la chirurgie avec mise en place d'une stomie, il a été révélé un taux de 63 % de complication. De plus, la mise en place d'une stomie a des conséquences et complications psychologiques avec un impact sur l'image corporelle.
Recension des écrits	Une recension des écrits a été entreprise, celle-ci est séparée en deux dans l'article. On la retrouve dans le chapitre introduction et dans le chapitre discussion. Pour l'introduction, la recension des écrits fournit une synthèse de l'état actuel du problème de recherche en illustrant au travers de différents articles, les différentes complications postopératoires et les moyens de diminuer celles-ci. L'éducation thérapeutique est prioritaire et plus particulièrement avec un ancrage de celle-ci dans la phase préopératoire. Dans la discussion, la recension des écrits sert à expliquer ce qui a été fait jusqu'à maintenant, et d'autres alternatives qui pourraient être combinées aux entretiens préopératoires (les auteurs parlent des programmes ERP).

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Cadre de recherche	Les concepts sont définis, principalement par la recension des écrits. On apprend que les complications sont physiques, psychiques et ont un impact psychosocial. Les complications principales sont énoncées. Pour ce qui est des groupes d'entretiens préopératoires, il n'a pas été défini dans l'introduction, car son développement est décrit dans le chapitre « méthode ».
Buts et question de recherche	Le but de cette étude est de comparer certaines complications postopératoires (y compris les complications stomacales et péristomiales), la durée du séjour à l'hôpital et le taux de réadmissions entre un groupe de patients ayant participé à des séances éducatives préopératoires et un groupe rétrospectif de patients n'ayant pas reçu cette intervention. La population de ces deux groupes est les patients devant recevoir une stomie programmée, n'en ayant jamais eu auparavant. Il n'y a pas de question de recherche formulée en tant que telle. Mais dans le but de l'étude, on retrouve tous les concepts (variables).
MÉTHODE	
Population et échantillon	Tous les patients de ces études étaient des personnes devant subir une intervention chirurgicale programmée avec la mise en place d'une stomie et n'en ayant jamais eu avant. Le groupe participant au groupe d'information et d'éducation préopératoire était composé de 124 personnes tandis que le groupe témoin était composé de 94 personnes (218 participants). Les patients qui subissent des interventions d'urgence ou qui ont déjà eu au moins une fois une stomie ont été exclus.
Considérations éthiques	Aucune information n'est donnée à ce sujet dans l'étude.
Devis de recherche	Le type de la recherche est une étude de cohorte comparative. Avec un recueil de données rétrospectif pour ce qui est des données du groupe témoin, celles-ci ont été récoltées pour l'étude, après l'intervention chirurgicale et la mise en place de la stomie. Pour le groupe d'intervention, c'est un recueil de données prospectif, car elles ont été recueillies directement durant leur survenue. Le devis utilisé permet à l'étude d'atteindre son but.
Modes de collectes de données	Les auteurs ont passé un peu moins de 2 ans pour récolter les données de tous les participants du groupe d'intervention.

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
	<p>Les données des patients du groupe témoin venant d'une base de données ont été tirées des dossiers de la division de chirurgie du côlon et du rectum (Hershey Medical Center Division) qui a été consultée afin d'identifier toutes les patientes et tous les patients d'une période d'un an avant le début de l'intervention éducative ayant les caractéristiques demandées, les données ont été récoltées sur une période d'une année. Les données récoltées étaient les mêmes pour les deux groupes : caractéristiques démographiques, la maladie et les détails opérationnels, le déroulement postopératoire (y compris la durée du séjour et toutes les complications), et les réhospitalisations à 30 jours. Il n'y a pas d'outils spécifiques qui ont été utilisés pour la collecte de données, celle-ci étant plus basée sur des observations ciblées.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le groupe d'intervention comprenait 124 patients qui ont assisté à une séance éducative de groupe dans un centre de soins tertiaires dans le nord-est des États-Unis. Ils ont été comparés aux résultats d'un groupe de 94 personnes dont la mise en place d'une stomie chirurgicale datait d'une période d'un an avant le début de la dispense des cours.</p> <p>Cette séance éducative de groupe (de 3 à 6 personnes de la population ciblée) à laquelle les proches aidants étaient conviés à participer était dispensée par un infirmier expérimenté et durait deux heures. Durant cette période, les participants et leurs proches recevaient une éducation aux soins spécifiques de la stomie, des informations sur les changements dans leurs habitudes de vie. De plus, ils recevaient des échantillons de matériel. Ils étaient invités à partager leurs représentations par rapport à la stomie et ont été encouragés à poser des questions. Pour les deux groupes, la prise en charge postopératoire est la même.</p>
Analyse des données	<p>L'analyse χ^2 a été utilisée pour comparer l'âge, le sexe, la maladie primaire, les comorbidités et le type de stomie entre le groupe témoin et le groupe d'intervention. Les taux de complications et de réadmissions, ainsi que la durée du séjour, ont été comparés à l'aide du test χ^2 ou du test Student's t comme indiqué. Toutes les covariables ayant une valeur P de 0.2 ou moins dans les comparaisons univariées ont été utilisées pour construire un modèle de régression</p>

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
	logistique multivariable afin d'identifier les associations possibles entre chacune de ces variables et l'occurrence de complications cutanées stomiales et péristomiales.
RÉSULTATS	
Présentation des résultats	Les résultats sont présentés sous forme de tableaux et sont résumés sous forme narrative. Les deux groupes (ou cohortes) ne différaient pas en ce qui concerne les caractéristiques démographiques, la présence de comorbidités, les maladies colorectales sous-jacentes ou les détails relatifs aux interventions. Les deux groupes présentaient des profils de comorbidité semblables. La différence de durée de séjour entre les groupes n'était pas statistiquement significative ($p=0,87$). Le taux de réadmission à 30 jours entre les deux groupes n'était pas statistiquement significatif ($p=0,35$). Les cas de complications postopératoires générales ne diffèrent pas entre les deux groupes ($p=0,61$), en revanche les complications de la stomie et péristomiales ont diminué de façon significative chez les patients qui suivaient le cours d'éducation des stomisés ($p=0,002$).
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	En mettant en place une séance de groupe pour enseigner les principes de base des soins aux stomies, il a été observé une diminution significative des complications péristomiales. La mise à disposition de matériel en préopératoire a permis aux participants de mettre en place des stratégies d'adaptations des problèmes liés à l'appareillage. Les auteurs pensent que ces séances de groupe peuvent avoir réduit l'anxiété des patients face à l'idée d'avoir une stomie. Pour la comparaison avec des études antérieures, il existe déjà des méthodologies et des programmes qui proposent un entretien individualisé dans la phase préopératoire (typiquement ERAS et les programmes ERP). Cependant, les auteurs n'ont trouvé aucune autre étude ayant utilisé le moyen du groupe de patient ayant une séance de conseil et d'éducation thérapeutique dans la phase préopératoire en vue de diminuer les complications postopératoires. En revanche d'autres études existantes prouvent que l'éducation thérapeutique diminue les complications et la durée de séjour hospitalier.

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Conséquences et recommandations	Les résultats de l'étude suggèrent qu'une intervention éducative préopératoire réduit les cas d'irritation péristomiale de la peau et les fuites fécales du système de poche. Les auteurs suggèrent que cette approche pourrait mieux préparer les patients et leur famille à gérer leur stomie nouvellement créée.

8.12 Appendice L

Teeuwen, P. H. E., Bleichrodt, R. P., Strik, C., Groenewoud, J. J. M., Brinkert, W., van Laarhoven, C. J. H. M., ... Bremers, A. J. A. (2009). Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) versus conventional postoperative care in colorectal surgery. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 14(1), 88-95. <https://doi.org/10.1007/s11605-009-1037-x>

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre « Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Versus Conventional Postoperative Care in Colorectal Surgery » représente bien les concepts clés de l'étude.
Résumé	Le résumé comporte les points Résumé, Méthode, Résultats et Conclusion. Dans le résumé, il est dit que la méthodologie ERAS est associée à une diminution du temps d'hospitalisation et une diminution des complications. La méthode résume comment l'échantillonnage a été fait et comment les participants ont été répartis dans les différents groupes et les concepts qui seront mesurés (mortalité, morbidité, déshydratation, durée d'hospitalisation, réopérations, et réadmissions à l'hôpital. Les résultats démontrent que le groupe ERAS s'en sort mieux en ce qui concerne le temps d'hospitalisation, la déshydratation et la morbidité. Par contre aucune différence pour ce qui est de la mortalité et des réadmissions.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	Le problème de recherche est explicité et tous les concepts sont décrits. Le problème est formulé sous forme d'affirmation sur l'état postopératoire des personnes ayant subi une résection de l'intestin, plutôt qu'une question directement formulée.
Recension des écrits	Une grande recension des écrits a été réalisée, tous les actes de la méthodologie ERAS ont été décrits et appuyés par des articles. Elle fait une synthèse de tous les éléments qui seront calculés dans l'étude, mais explique aussi les différents concepts (sans toutefois nommer les soins distribués lors des prises en charge conventionnelles) de la question de recherche.
Cadre de recherche	Le concept de la méthodologie ERAS est très bien développé au niveau de ses objectifs et bénéfices. Les autres concepts sont peu ou pas décrits. Pas de base philosophique mise en avant dans cette étude. Il est difficile d'effectuer un essai randomisé sur ERAS parce que les soins traditionnels et les soins ERAS comportent simultanément le risque de mélanger

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
	les éléments des deux schémas. Pour surmonter ces lacunes, la conception d'une telle étude est difficile.
Buts et question de recherche	La finalité de l'étude est de comparer la mortalité, morbidité, les complications postopératoires et le temps d'hospitalisation entre deux groupe (un groupe recevant les soins selon la méthodologie ERAS et un groupe de soins traditionnel post-chirurgie abdominale).
MÉTHODE	
Population et échantillon	L'étude est une étude de cohorte, dans ce sens, les patients ont été séparés en 2 groupes, l'un exposé aux soins ERAS et l'autre aux soins traditionnels. La population devait avoir plus de 18 ans et avoir un grade inférieur à 4 sur l'échelle ASA. Les patients devaient subir une résection d'une partie du colon ou du rectum. Tous les patients opérés dans un laps de temps de 2 ans ont reçu des soins selon la méthodologie ERAS. Pour ce qui est du groupe témoin, c'est un groupe de patients dit « historique », trouvé sur une base de données médicale et qui devaient avoir les mêmes critères de recrutement que les patients observés du groupe ERAS. Chaque patient du groupe ERAS a été jumelé à deux patients du groupe historique en fonction de ses caractéristiques. Échantillon : 61 patients dans le groupe ERAS, 122 patients du groupe historique.
Considérations éthiques	Aucune information n'est donnée concernant les considérations éthiques.
Devis de recherche	L'unité de chirurgie serait sujette à des biais dans un essai randomisé. Pour cette raison, une étude de cohorte appariée a été réalisée. Il n'y a pas d'indication sur le temps passé auprès des patients pour la récolte des données.
Modes de collectes de données	Les données ont été collectées soit auprès du patient, soit dans les dossiers électroniques ou papiers. Pour les deux groupes, il y a les mêmes données qui sont extraites (sexe, âge, score POSSUM, etc.). Pour le groupe ERAS, des observations supplémentaires devaient être réalisées par rapport à la méthodologie (premiers jours de défécation, nombre de jours d'utilisation de l'antalgie per os, etc.).
Conduite de la recherche	L'étude n'utilise pas d'outils spécifiques pour mesurer les données. Les patients traités selon la méthodologie ERAS, en préopératoire, ont été informés de la procédure opératoire et

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
	<p>du programme de réadaptation, ils ont aussi été consultés par un anesthésiste et un diététicien. Les patients des 2 groupes ont été admis la veille de l'intervention pour les soins préparatoires. Il y a une description détaillée de tous les soins de la méthodologie ERAS en pré-per et postopératoire. Pour ce qui est du groupe des soins conventionnels, les soins pré-per et postopératoire sont dépendant du chirurgien et les critères de sortie sont identique à ceux du groupe ERAS. Les données ont ensuite été récoltées et triées. Les principales mesures de résultats ont été la mortalité (mort dans les 30 jours suivant l'intervention), la morbidité liée aux complications (évolution défavorable à la suite de l'opération).</p>
Analyse des données	<p>L'analyse était fondée sur les principes de l'intention de traiter (intention-to-treat). Les analyses statistiques ont été réalisées avec la version SPSS®. Les comparaisons entre le groupe ERAS et le groupe de soins postopératoires conventionnels ont été effectuées à l'aide du test du Chi carré pour les résultats binaires, et le test t de Student a été utilisé pour les résultats continus. Des tests non paramétriques ont été effectués pour calculer les différences statistiques dans les scores POSSUM.</p>
RÉSULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont en partie présentés sous forme de graphiques, compléter par une explication écrite dans le chapitre « résultats ». Le taux de morbidité (33.6% vs 14.8% ($p<0,01$)), de complications postopératoires (nombre total 63 vs 12 ($p=<0,01$)) (L'une des complications les plus récurrentes dans le groupe témoin était l'infection urinaire contre aucune dans le groupe ERAS), et de mortalité (2 vs 0 ; $p=0,55$) étaient plus élevées dans le groupe témoin que dans le groupe ERAS, cependant, les différences n'étaient pas significatives. Le groupe témoin a aussi présenté plus de risques de complications néfastes durant la phase postopératoire. Les patients du groupe ERAS ont passé significativement moins de temps à l'hôpital (env. 6 jours contre 9 du groupe témoin ($p=0,03$)) dans la phase postopératoire (la sortie étant basée sur les mêmes critères pour les deux groupes).</p>
DISCUSSION	

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Interprétations des résultats	<p>Les résultats de cette étude suggèrent que le programme Enhanced Recovery After Surgery est supérieur aux soins postopératoires conventionnels pour les patients subissant une résection rectale ou colique élective. Les patients traités dans le cadre d'un programme ERAS développent significativement moins de complications et leur séjour à l'hôpital est plus court. Dans le groupe ERAS, on retrouve l'analgésie épidurale et une administration restreinte de liquide qui sont les principaux facteurs contribuant à un résultat favorable. Il y a plusieurs limites et biais qui sont explicités (la limite principale étant à nature historique du groupe témoin est susceptible d'avoir entraîné une sous-déclaration des complications, ce qui a conduit à une surestimation de l'effet bénéfique d'ERAS). Les résultats ne sont pas comparés aux études antérieures sur le sujet, cependant ils sont en adéquation avec les autres études sur le même sujet (recherche personnelle).</p>
Conséquences et recommandations	<p>Cette étude démontre que le programme dans son ensemble est clairement bénéfique et ne présente pas d'effets négatifs inattendus. Les auteurs précisent que d'autres recherches sont nécessaires pour optimiser les soins peropératoires.</p>

8.13 Appendice M

Wang, Q.-Q., Zhao, J., Huo, X.-R., Wu, L., Yang, L.-F., Li, J.-Y., & Wang, J. (2018). Effects of a home care mobile app on the outcomes of discharged patients with a stoma: A randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 27(19-20), 3592-3602. <https://doi.org/10.1111/jocn.14515>

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre « Effects of a home care mobile app on the outcomes of discharged patients with a stoma: A randomised controlled trial » précise clairement les concepts de l'étude qui sont : les patients porteurs de colostomie, l'application mobile et les difficultés liées à la stomie lors du retour à domicile.
Résumé	Le résumé est une synthèse de l'article. Il comporte les chapitres buts et objectifs, résumé, design de l'étude, méthode, résultats et conclusion. Chacun de ces chapitres synthétise brièvement leurs parties correspondantes dans l'article.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	En raison des changements du matériel spécifique pour stomie et d'un séjour hospitalier plus court dans l'environnement actuel des soins de santé, les patients et leur famille n'ont pas suffisamment de temps pour devenir compétents dans les soins de leur stomie pendant leur hospitalisation, ce qui augmente le risque de décompensation et de réhospitalisations. Cette étude met aussi l'accent sur le manque (en Chine) d'infirmières stomathérapeutes à domicile pour continuer l'éducation thérapeutique entreprise à l'hôpital.
Recension des écrits	Une recension des écrits a été entreprise, on en retrouve une dans l'introduction et une autre dans la discussion. Dans l'introduction, elle fournit des informations sur l'incidence du cancer colorectal et du nombre de stomisé en Chine et dans le monde. Elle nous informe des complications physique, psychique et sociale liées à la stomie. Elle met en évidence l'état de la recherche (en Chine) dans ce domaine. Elle explicite le problème de recherche (ci-dessus), et les moyens actuels pour y répondre. Enfin, elle met en évidence des articles qui ont démontré les avantages et l'efficacité de l'utilisation d'applications pour la prévention de complications. Dans la discussion, elle soutient les résultats de l'étude au vu d'autres recherches faites sur le sujet.

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Cadre de recherche	Le cadre théorique de cette étude est guidé par la théorie de l'auto-efficacité de Bandura. Les concepts sont précisés et contextualisés par la recension des écrits. Ceux-ci sont : les patients porteurs d'une stomie, les applications mobiles pour soutenir les soins ; les difficultés liées au retour de l'hôpital pour les patients fraîchement stomisés.
Buts et question de recherche	Il n'y a pas de question de recherche formulée en tant que telle. Mais le but de l'étude est explicité. Cette étude vise à évaluer l'efficacité des suivis de soins améliorés par une application mobile des soins à domicile sur l'adaptation psychosociale, l'auto-efficacité et les complications liées à la stomie chez les patients qui rentrent de l'hôpital. La population de l'étude est : les patients ayant un diagnostic de cancer colorectal devant subir une intervention chirurgicale avec la mise en place d'une colostomie.
MÉTHODE	
Population et échantillon	Les patients participant à l'étude ont été recrutés dans 10 hôpitaux généraux de Nan-Jing. Les critères d'inclusion des patients à l'étude étaient que ceux-ci devaient avoir reçu un diagnostic de cancer colorectal nécessitant une intervention chirurgicale avec la mise en place d'une colostomie. Ils devaient avoir au minimum 18 ans, savoir lire et parler le mandarin, posséder un smartphone et accepter d'installer l'application mobile. Les critères d'exclusion étaient d'avoir un autre type de cancer, avoir des déficiences visuelles, auditives, cognitives et/ou des troubles mentaux, des dépendances à l'alcool ou aux drogues et des complications retardant la sortie de l'hôpital. 212 patients ont été répartis en 2 groupes de 106 personnes (1 groupe témoin et 1 groupe d'intervention). Les personnes ont été réparties dans les groupes de manière randomisée.
Considérations éthiques	L'approbation éthique a été donnée par le comité d'éthique de l'hôpital de la province de Jiangsu (le premier hôpital affilié du comité de l'université médicale de Nanjing). La vie privée des participants était protégée par des renseignements non identifiables. Tous les participants ont donné leur consentement éclairé par écrit.
Devis de recherche	Cette étude était un essai contrôlé randomisé à simple aveugle. Les participants ont été assignés au hasard pour recevoir des soins dits standards au moment du retour de

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
	l'hôpital en combinaison avec l'application mobile de soins à domicile ou un suivi périodique en dehors de l'établissement. Les données recueillies auprès des participants à l'étude ont été avant la sortie de l'hôpital (données référence) et à 1, 3 et 6 mois après le congé.
Modes de collectes de données	Les informations ont été récoltées pour les deux groupes, par une infirmière stomathérapeute avant la sortie de l'hôpital (donnée référence) et à 1,3 et 6 mois après la sortie de l'hôpital. À chaque récolte de données, les infirmières stomathérapeutes évaluaient chez la personne et sa stomie : les caractéristiques démographiques, graphiques et cliniques des patients, l'adaptation psychosociale (les données ont été récoltées au travers de l'échelle OAI-23 révisée), l'auto-efficacité de la stomie (les données ont été récoltées avec l'échelle SSES) et les complications liées à la stomie (données récoltées avec une liste préétablie de complications classiques des stomies). Pour les 2 groupes, ces informations étaient récoltées lors de visite ambulatoire ou lors de visite à domicile de l'infirmière stomathérapeute. Pour le groupe d'intervention, une partie de ces données ont été récoltées via l'application.
Conduite de la recherche	Tous les patients ont reçu les mêmes soins de routine et d'éducation avant et après l'intervention de la part des 10 hôpitaux concernés par l'étude. Les patients étaient tous accompagnés sur toute la période de l'étude par des infirmières stomathérapeutes expérimentées et étaient encouragés à fréquenter des groupes de parole de personnes vivant avec une stomie. En ce qui concerne les patients du groupe témoin, pour chaque suivi ambulatoire, il y avait une récolte de donnée et des actions d'éducation thérapeutique qui étaient dispensées en conséquence. Les patients du groupe d'intervention et leur famille ont reçu une éducation pour utiliser l'application. L'application servait à l'infirmière pour récolter les données et pour donner des conseils à distance. Le patient quant à lui pouvait compléter ses informations médicales sur son dossier de soins, questionner l'infirmière et la renseigner de l'état de sa stomie via des photos. Le programme d'intervention de suivi éducatif et psychosocial basé sur l'application mobile a été guidé par la théorie de l'auto-efficacité de Bandura. Si le patient était bien

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
	et sa stomie en bon état, il n'avait pas besoin de se rendre à la consultation.
Analyse des données	<p>Les données ont été analysées à l'aide d'IBM SPSS Statistics for Windows, version 22.0 (IBM SPSS Data Collection, New York, NY, USA). La fiabilité des échelles a été testée par les coefficients alpha de Cronbach dans cette étude. Des statistiques descriptives ont été utilisées pour décrire toutes les variables des résultats. Les caractéristiques démographiques et cliniques des patients et des témoins ont été comparées à l'aide du test t de Student, du test U de Mann-Whitney, du test du chi carré ou du test exact de Fisher, le cas échéant. Le test de Kolmogorov-Smirnov a été utilisé pour examiner si les données présentaient une distribution normale. Les différences dans les variables continues normalement réparties entre deux groupes ont été évaluées à l'aide du test t de Student ou du test U de Mann-Whitney en fonction des résultats du test de variance d'homogénéité. Les variables catégoriques ont été comparées entre deux groupes en fonction du chi carré et du test exact de Fisher. L'analyse de variance à sens unique (ANOVA) des mesures répétées a été utilisée pour explorer l'effet entre les groupes (intervention et témoin), à l'intérieur du groupe. Toutes les analyses statistiques étaient bilatérales et $p < 0,05$ était considéré comme statistiquement significatif.</p>
RÉSULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont présentés sous forme de tableaux et sont résumés sous forme narrative. Il n'y avait pas de différences significatives dans les caractéristiques de base entre les deux groupes (toutes $p > 0,05$). Pour ce qui est de l'ajustement psychosocial, les deux groupes se sont améliorés. Cependant, le groupe d'intervention a obtenu des scores significativement plus élevés que le groupe témoin à 1 mois ($p < 0,001$), 3 mois ($p < 0,001$) et 6 mois ($p < 0,001$). Pour l'auto-efficacité dans les soins de la stomie, il n'y avait pas de différence significative ($p = 0,84$), même si le groupe d'intervention a obtenu un score plus élevé et s'est montré plus vite autonome sur l'échelle SSES. Il n'y avait pas de différence significative dans le taux de complications de la stomie entre le groupe d'intervention et le groupe témoin lors des 4 récoltes de</p>

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
	données ($p= 0,63$). La complication la plus récurrente pour les 2 groupes est la dermatite péristomiale.
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats concordent avec la majorité des études faites auparavant sur le même sujet. Les résultats de cette étude ont indiqué que les patients du groupe présentaient de meilleurs niveaux d'adaptation psychosociale et d'auto-efficacité par apport à leur la stomie lors de leur retour à domicile que les patients du groupe témoin. Les soins de transition prodigués au moyen d'une application mobile pourraient améliorer considérablement l'adaptation psychosociale et l'auto-efficacité des patients ayant subi une stomie en améliorant la capacité des stomisés à se soigner eux-mêmes, en renforçant leur confiance, en modifiant leurs comportements dysfonctionnels et en leur offrant une éducation émotionnelle et sanitaire. L'information recueillie dans le cadre de l'étude peut servir à orienter l'élaboration d'autres soins de transition pratiques et potentiellement peu coûteux pour les patients qui ont besoin de soutien pour s'adapter et se réadapter après le traitement. Les auteurs ont aussi constaté que l'évaluation photographique avait un taux d'exactitude comparable et un temps de réponse plus court que la visite en personne, ce qui permettrait un dépistage précoce de celle-ci. Les principales limites de l'étude étaient liées au problème de réseaux et de qualité des images des smartphones. Les biais principaux sont que les patients du groupe intervention savaient qu'il était dans un programme expérimental.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Avec le développement de la technologie mobile, les smartphones et les applications mobiles deviennent des outils de soins de santé populaires. Un nombre croissant d'études récentes ont montré les avantages potentiels de l'utilisation des applications mobiles en autogestion ou en combinaison avec des interventions. De plus l'augmentation du nombre de contacts entre patient et infirmière peut entraîner beaucoup moins de complications de la stomie au cours d'une période de suivi plus longue que celle de la présente étude. L'utilisation de l'application mobile de soins à domicile était une nouvelle modalité de soins infirmiers ambulatoires dans les soins des patients à domicile particulièrement aux</p>

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
	stomisés qui ont des problèmes de mobilité ou vivent dans des régions éloignées. Des études futures pourraient élargir la population des participants pour explorer l'effet de l'application mobile de soins à domicile.

8.14 Appendice N

Younis, J., Salerno, G., Fanto, D., Hadjipavlou, M., Chellar, D., & Trickett, J. P. (2012). Focused preoperative patient stoma education, prior to ileostomy formation after anterior resection, contributes to a reduction in delayed discharge within the enhanced recovery programme. *International Journal of Colorectal Disease*, 27(1), 43-47. <https://doi.org/10.1007/s00384-011-1252-2>

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre précise que la population de l'étude concerne des patients stomisés (iléostomie sur résection antérieure) et énonce que le but de l'étude est de démontrer qu'une éducation préopératoire fait diminuer le temps d'hospitalisation de cette population.
Résumé	Le résumé comporte une synthèse de la recherche. Le problème et la méthode sont synthétisés, les résultats sont aussi brièvement décrits et une conclusion est proposée sur la base des résultats décrits.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	Il est expliqué dans l'introduction de l'article que, lors de chirurgie des intestins, la création d'une stomie est une cause récurrente de l'augmentation du temps d'hospitalisation. Les auteurs ont donc décidé de mettre en place un programme de récupération améliorée « enhanced recovery programme (ERP) » en phase préopératoire afin de voir si cela avait une incidence sur le temps d'hospitalisation. Le problème est pertinent par apport au contexte actuel et à l'émergence des méthodologies ERAS et des programmes ERP.
Recension des écrits	Une recension des écrits a été entreprise, celle-ci est séparée en deux dans l'article. Elle se retrouve dans le chapitre introduction et dans le chapitre discussion. Dans le chapitre introduction, on trouve des articles qui expliquent le contenu et la fonction du programme ERP (axé principalement sur le soutien psychologique et inspirer des études ERAS) et la pertinence de celui-ci chez les patients qui vont être stomisés. Différents articles sont utilisés pour mettre en avant le problème de recherche défini ci-dessus. Dans le chapitre discussion, elle est utilisée en tant que justificatif pour renforcer les résultats, ou pour justifier certaines limites de l'étude.
Cadre de recherche	Le type d'étude n'est pas précisé, les auteurs ont comparé deux groupes de patients de la population spécifique : le

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
	<p>premier groupe ayant reçu une éducation thérapeutique standard et le second un groupe de patient ayant bénéficié du programme ERP. Les données du premier groupe ayant été enregistrées sur une période antérieure aux données récoltées pour les patients du groupe ERP.</p> <p>Les concepts tels que la population, le programme ERP, les complications de la formation d'une stomie sont précisés et mis en évidence.</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de la recherche est clairement défini. Il s'agit de pouvoir prouver que le programme ERP permet de réduire le séjour hospitalier chez les patients ayant une résection de l'intestin avec création de stomie. Il n'y a pas de question de recherche formulée en tant que telle dans l'introduction, mais celle-ci pourrait (sur la base des éléments présentés par la recension des écrits) être rédigée ainsi : y a-t-il une réduction du temps d'hospitalisation lorsque le programme ERP est entrepris dans un service à la place des soins d'éducation thérapeutiques standards ?</p>
MÉTHODE	
Population et échantillon	<p>La population cible était les patients subissant une résection antérieure élective avec création d'une iléostomie. L'échantillonnage pour les deux groupes était logiquement basé sur les critères de la population cible, donc : tout patient électif à une chirurgie abdominale (chirurgie ouverte ou par laparoscopie) avec résection d'une partie antérieure de l'intestin et la création d'une stomie. Les groupes comprenaient chacun 120 patients. Le plan d'échantillonnage pourrait être accru en augmentant les périodes de récoltes de donnée pour le groupe de soins conventionnelle et augmenter le temps d'application du programme ERP et par la même occasion la récolte de données.</p>
Considérations éthiques	<p>Aucune information n'a été transmise à ce sujet dans l'étude.</p>
Devis de recherche	<p>Le devis de recherche est qualitatif, car les variables sont en partie qualitatives nominales et qualitative ordinale, d'ailleurs, l'analyse statistique a été effectuée à l'aide du test chi carré pour évaluer les différences statistiques entre les résultats des 2 groupes. Le temps passé sur le terrain pour la récolte des données est de 4 ans et 8 mois.</p>

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Modes de collectes de données	<p>La collecte des données a été réalisée sur une période de 2 ans et 7 mois pour le groupe ayant des soins standards, et sur une période de 2 ans et 1 mois pour le groupe bénéficiant du programme ERP. La récolte des données s'est fait en décalé, les données du groupe des soins standards ont été récoltées avant celles du groupe du programme ERP.</p> <p>Les données récoltées étaient les mêmes pour les deux groupes (âge, sexe, grade ASA, type de chirurgie, durée de séjour à l'hôpital (étant aussi liée au prolongement du séjour, car la personne n'était pas encore suffisamment autonome), morbidité, mortalité, complications postopératoires et le taux de réhospitalisations à la suite de la sortie de l'hôpital). La durée de l'hospitalisation étant une des données des plus centrales, un séjour prolongé est considéré en tant que tel comme étant supérieur à 5 jours. Il n'y a pas d'outils spécifiques qui ont été utilisés pour la collecte de données, la récolte de données étant plus basée sur des observations ciblées.</p>
Conduite de la recherche	<p>Un soutien et une formation postopératoires sur la stomie par le personnel infirmier à l'hôpital et dans la communauté ont été donnés aux deux groupes de patients. Pour le groupe de soins standards, les interventions consistaient en un rendez-vous d'information et de consultation préopératoire. Pour le groupe du programme ERP, il y a eu la formation spécifique à l'ERP de tous les membres de l'équipe multidisciplinaire (les données ont donc été recueillies par du personnel compétent), les interventions dans la phase préopératoire comportaient aussi des conseils et informations, mais recevaient en complément un DVD montrant la vidange et le changement de poche de stomie, un pack d'entraînement contenant du matériel spécifique. Les patients ont été admis le matin de l'intervention chirurgicale et la durée du séjour a été définie comme la période allant du jour de l'admission jusqu'au jour de leurs sorties.</p>
Analyse des données	<p>L'analyse statistique a été effectuée à l'aide du test du chi carré pour évaluer les différences statistiques entre les résultats obtenus. Les facteurs susceptibles d'influencer les résultats ont été pris en considération.</p>
RÉSULTATS	

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont présentés sous forme de tableaux et résumés par un texte narratif. Pour les deux groupes, il existait de légères différences entre leurs populations au niveau de l'âge, du sexe et du grade ASA, mais ces différences ne sont pas statistiquement significatives ($p=1,0$; $p=0,23$; $p=0,41$). Il y a cependant une différence significative de cas d'opération par laparoscopie (majoritaire) dans le groupe ERP par rapport au groupe de soins standards (qui ont subi des chirurgies ouvertes principalement) ($p<0,0001$). Pour ce qui est de la morbidité ($p=0,3$), la mortalité ($p=0,3$) et les complications postopératoires, il n'y avait pas non plus de différences significatives entre les deux groupes. La durée moyenne du temps d'hospitalisation était significativement plus basse chez les patients ayant bénéficié du programme ERP (diminution de 6 jours en moyenne ($p<0,0001$)). Il est aussi à noter que dans le groupe des soins standards, 17,5% des patients ont dû voir prolonger leur séjour parce qu'ils n'étaient pas encore suffisamment autonomes dans leurs soins contre un seul pour le groupe du programme ERP. Le groupe bénéficiant du programme ERP n'a, en outre, eu aucun patient qui a été réhospitalisé à la suite des retours à domicile (contrairement à l'autre groupe qui a vu 2.5% de sa population se faire réhospitaliser ($p=0,1$)).</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Cette étude présente des résultats comparables aux études antérieures faites sur des thèmes similaires. Elle conclut qu'il a été démontré que la durée moyenne du séjour à l'hôpital a été réduite de près de la moitié par rapport à ce qu'elle était avant la mise en place de l'ERP dans leur établissement. Ces résultats permettent de conclure que la réduction des retards de sortie dus à la prise en charge de la stomie est probablement due à l'introduction de l'enseignement préopératoire de la stomie.</p> <p>Les limites principales de cette étude sont que l'on ne peut pas tenir compte des facteurs confusionnels, car il n'y a pas suffisamment de chiffres pour effectuer une analyse multivariée, les patients du groupe de soins standards étaient en moyenne plus âgés que ceux de l'autre groupe et on sait que ceux d'un âge plus avancé peuvent prendre plus de temps à gérer une stomie de façon autonome et qu'ils n'ont pas</p>

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
	nécessairement répondu aussi bien à l'éducation préopératoire qu'un groupe plus jeune.
Conséquences et recommandations	Les résultats de l'étude profitent sans aucun doute au patient en jouant un rôle positif dans la convalescence postopératoire, avec une réadaptation plus précoce et un retour au travail plus précoce. Ils améliorent également la productivité en libérant des lits d'hôpital et donnent la possibilité de traiter un plus grand nombre de patients avec les mêmes ressources.