



DIU

D'infirmier en Endoscopie

**Intérêt de l'éducation thérapeutique
Dans la prévention des complications tardives chez
l'adulte
Porteur d'une Gastrostomie Percutanée Endoscopique**

Céline RICHARD

Année universitaire 2016-2017

Directeur de mémoire : Dr Franck CHOLET

SOMMAIRE

INTRODUCTION	P 1
I PRISE EN CHARGE DES PATIENTS PORTEURS DE GASTROSTOMIE	
1 <u>DEFINITIONS ET INDICATIONS DE LA GPE</u>	P 2-3
a- Définitions	
b- Indications	
2 <u>GESTION DES SONDÉS DE GPE</u>	P 3-6
A- <u>LES DIFFÉRENTS TYPES DE SONDÉS UTILISÉES</u>	
a- Dispositifs de première intention	
b- Dispositifs de remplacement	
c- Aspect législatif	
B- <u>SOINS ET SURVEILLANCE A DISTANCE DE LA POSE</u>	
a- Au niveau cutané	
b- Au niveau du ballonnet	
c- Le bon positionnement	
3 <u>COMPLICATIONS A MOYEN ET LONG TERME, COMMENT LES GERER ?</u>	P 6-9
A- <u>AU NIVEAU DE L'ORIFICE DE STOMIE</u>	
a- L'infection	
b- Les fuites péri-stomiales	
c- Le bourgeon charnu	
d- Buried Bumper Syndrome	
B- <u>AU NIVEAU DE LA SONDE ELLE-MEME</u>	
a- Perte de la sonde	
b- Obstruction	
c- Détérioration	

II. POSTULAT AU SEIN DU SERVICE D'ENDOSCOPIES DIGESTIVES P 10-11

- 1- Les chiffres
- 2- L'analyse

III. L'INFORMATION DU PATIENT P 12-13

- 1- Définition
- 2- Application aux droits du malade
- 3- Du point de vue Infirmier
- 4- Documents d'information à destination des patients

IV. L'EDUCATION THERAPEUTIQUE P 14-16

- 1- Définition
- 2- Objectifs
- 3- Moyens

V. EDUQUER OU INFORMER, UNE QUESTION D'INTENTION P 17-18

CONCLUSION P 19

REFERENCES P 20-21

INTRODUCTION

Infirmière au sein de l'unité d'endoscopie digestive du CHRU de Brest depuis maintenant 2 ans, je suis amenée à prendre en charge des patients adultes porteurs de gastrostomie.

Je fus très étonnée à mon arrivée dans le service de constater le nombre conséquent de patients adressés pour des complications liées à la GPE.

Ma problématique était alors de déceler les dysfonctionnements dans l'accompagnement de ces patients et d'en connaître l'origine.

Ma réflexion, mon apport théorique durant le DIU et les éléments de la revue de littérature que j'ai menée, me confortent dans la recherche d'une prise en charge optimale et me laisse penser que l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage, serait un gage de qualité.

Outre la pose par le médecin gastro-entérologue, la prise en charge à domicile par le personnel paramédical fait l'objet de recommandations nationales émanant de sociétés savantes ou de la Haute Autorité de Santé.

L'objectif de mon mémoire est dans un premier temps d'aider à la prise en charge des différents abords digestifs par un apport théorique puis dans un deuxième temps, une réflexion sur l'éducation thérapeutique.

Consciente de la difficulté dans un temps imparti de prouver l'efficacité de l'éducation thérapeutique sur la diminution des complications tardives liées à la pose de GPE, je souhaiterais tout de même améliorer mes pratiques professionnelles, évaluer l'impact sur la prise en charge des patients et surtout élaborer des outils performants.

I. PRISE EN CHARGE DES PATIENTS PORTEURS DE GASTROSTOMIE

1- DEFINITIONS ET INDICATIONS DE LA GPE

a- Définitions :

D'un point de vue général, une gastrostomie est un conduit fistuleux mettant en communication la peau et l'estomac pour permettre soit la nutrition entérale et /ou l'apport médicamenteux soit plus rarement la décompression. [4]

Du point de vue de la Société Française d'Endoscopie Digestive (SFED), la GPE est une technique endoscopique permettant la pose non chirurgicale d'un dispositif d'accès direct à la cavité gastrique dans le but d'une Nutrition Entérale.

C'est la méthode de référence pour la Nutrition Entérale d'au moins 3 semaines chez l'adulte à condition que l'espérance de vie estimée soit supérieure à 1 mois [1] [9].

Il existe 3 techniques de pose de gastrostomie :

- **Méthode Pull** (la plus utilisée notamment dans notre centre) où la sonde de GPE est tirée par un fil guide de dedans en dehors.
- **La méthode Push** : la sonde est coulissée de dedans en dehors sur le fil guide rigide (méthode peu utilisée).
- **La méthode Introducer** : ponction directe de dehors en dedans sous contrôle visuel endoscopique après réalisation d'une gastropexie à l'aide de points d'ancrage. Cette technique étant proche de celle de la méthode radiologique.

Quelle que soit la méthode, la GPE est posée sous Anesthésie Générale. [1]

b- Indications

Les indications chez l'adulte sont principalement :

- Les troubles de déglutition

- D'origine neurologique (AVC, coma prolongé, SLA, SEP, Parkinson, tumeur cérébrale...)
- D'origine ORL (Néoplasie avec séquelles radiques et/ou chirurgicales, malformations)
- D'origine traumatique (Traumatismes cranio-faciaux graves)

- D'origine œsophagienne (tumeur inopérable, néoplasie en cas d'échec des traitements et prothèse)

- La dénutrition :

- Par carence d'apports et/ou hypercatabolisme
- Anorexie
- Toute maladie chronique accompagnée de dénutrition sévère

- En gériatrie :

- Fausse-route
- Dénutrition, refus alimentaire

- Polyhandicap avec troubles de la déglutition, affection neuromusculaire congénitale [3]

2- GESTION DES SONDES DE GPE

La confection d'une gastrostomie doit résoudre 3 problèmes distincts :

Accoler l'estomac à la paroi, maintenir un trajet ouvert et équiper le dispositif ; d'où l'importance de soins et surveillance de qualité émanant du patient et de son entourage.

[4]

A- LES DIFFERENTS TYPES DE SONDES UTILISEES

Nous avons vu qu'il existe différentes méthodes de pose et de ce fait, il existe différentes sondes dont il est important de connaître les caractéristiques techniques.

a- Dispositifs de première intention

Je ne traiterai que de la méthode PULL et INTRODUCER :

- Technique PULL

La sonde en Polyuréthane ou silicone est munie d'un dôme ou d'une collerette de rétention intra-gastrique qui permet le maintien et l'étanchéité de la sonde.

A l'extérieur, un anneau ou une collerette amovible placé à environ 2 mm de la peau, assure aussi le maintien et évite les mouvements de dehors en dedans. [7]

- Technique INTRODUCER

Cette technique permet la mise en place d'emblée d'une sonde à ballonnet ou d'un bouton de gastrostomie appelé Mic-Key, tous deux en silicone.

La rétention gastrique est alors assurée par un ballonnet gonflé à l'eau et au niveau cutané par une collerette pour la sonde ou par le bouton de gastrostomie lui-même.

Cette technique nécessite une gastropexie afin d'accoler l'estomac à la paroi gastrique et créer ainsi une fistule.

La gastropexie est généralement réalisée à l'aide de 3 points d'ancrage qui devront être retirés au bout de 10 jours.

Il est indispensable pour une prise en charge optimale de connaître la manière dont la sonde de première intention a été posée ; en effet en résultera la manière de gérer la stomie.

D'où l'importance d'un compte-rendu opératoire du service poseur et/ou de consignes claires pour la prise en charge initiale et le suivi du patient. [8]

b- Dispositifs de remplacement

La sonde d'origine ne sera changée qu'après une période minimale de 3 semaines sauf si arrachage accidentel ; auquel cas il faudra la reposer sous contrôle endoscopique.

Il n'y a pas de recommandation sur la fréquence de changement ni de conduite systématique.

Le changement est souvent demandé par les utilisateurs car la sonde est abimée ou bouchée.

Cependant dans la majorité des articles étudiés, il en ressort des préconisations de changement après au minimum 3 mois et au maximum 1 an.

Il est à noter toutefois que les sondes d'origine se bouchent moins car leur lumière est plus importante du fait de l'absence du dispositif de gonflage du ballonnet et qu'il y a moins de risque de perte aussi. [4]

Les dispositifs de remplacement sont :

- Les sondes à ballonnet
- Les boutons de gastrostomie dont les caractéristiques ont été décrites auparavant. [7]

Malgré l'absence de recommandation, les sondes et boutons peuvent être changés de manière systématique tous les 6 mois.

Les fabricants estiment la durée de vie des ballonnets de 1 à 8 mois.

c- Aspect législatif

Le premier changement de sonde à collerette doit être effectué par un médecin hépatogastro-entérologue en établissement de santé.

Le premier changement de sonde à ballonnet est réalisé par un médecin expérimenté après constitution du trajet stomial.

Ultérieurement, il est admis dans la littérature que ce changement peut être effectué aisément par le médecin traitant, les infirmiers, le malade lui-même ou son entourage après éducation.

Pour autant ce geste n'est pas inscrit au décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession infirmière. [17]

Il va de soi que le changement à domicile ou au cabinet du médecin traitant permettrait de réelles économies de santé et un confort pour le patient. [15]

B- SOINS ET SURVEILLANCE A DISTANCE DE LA POSE

La sonde de gastrostomie nécessite une surveillance quotidienne.

Les soins sont exécutés de manière propre et non stériles.

a- Au niveau cutané

Ce sont des gestes d'hygiène quotidienne, c'est à dire : nettoyage à l'eau et au savon, suivi d'un rinçage et d'un séchage soigneux. Les douches sont autorisées et les bains avec un pansement imperméable.

Il faut vérifier l'absence de complications locales (rougeurs, fuites, suppuration...).

Il n'est pas nécessaire, même déconseillé, de mettre une compresse entre la peau et la collerette externe.

De plus, il est important de tourner quotidiennement la sonde à 360° pour éviter les adhérences.

b- Au niveau du ballonnet

Les fabricants préconisent une vérification hebdomadaire des ballonnets.

Il est indispensable de maintenir la quantité préconisée d'eau afin d'éviter les fuites et surtout la perte de la sonde.

La quantité d'eau nécessaire est inscrite sur la sonde, on utilise de l'eau stérile ou à défaut de l'eau du robinet mais en aucun cas du sérum physiologique qui risquerait de cristalliser. [7]

c- Le bon positionnement

Il convient de vérifier le bon positionnement de la sonde et ce de façon quotidienne en exerçant une légère traction. Il est possible de faire un trait au marqueur sur les sondes à ballonnet pour avoir un repère lors de la pose.

Si le déplacement est exagéré, il faut regonfler le ballonnet, resserrer la collerette externe ou changer la sonde.

3 COMPLICATIONS A MOYEN ET LONG TERME, COMMENT LES GERER ?

On considèrera les complications tardives comme celles survenant au-delà d'un mois après la pose.

Ces complications sont principalement des complications locales touchant l'orifice ou des incidents matériels (obstruction, migration) et sont généralement bénignes. [16]

A- AU NIVEAU DE L'ORIFICE DE STOMIE

a. L'infection

Bien qu'elle survienne le plus souvent dans la première semaine suivant la pose, elle peut aussi apparaître à moyen terme.

On considère que la cicatrisation est obtenue en environ deux semaines.

Il faut donc rappeler l'importance des règles d'hygiène et d'asepsie en pré, per et post-opératoire : bain de bouche et douche préopératoires, respect des règles d'asepsie au bloc opératoire, antibioprophylaxie et soins locaux quotidiens après la pose.

Il est conseillé de desserrer la collerette externe après 48-72 heures pour effectuer des soins efficaces.

Dans la majorité des cas, des soins locaux et une antibiothérapie suffiront à endiguer l'infection.

b. Les fuites péri-stomiales et lésions cutanées

Elles sont souvent dues à un mauvais positionnement de la sonde et de son système de rétention. Elles peuvent être dues aussi à des soins locaux corrosifs, à l'acidité gastrique, une mycose ou un bourgeon charnu.

Dans les sondes à collerette, il convient de vérifier le bon accolement à la peau de la rondelle externe. Pour un ballonnet, son bon gonflement et pour les boutons de gastrostomie, vérifier que la longueur soit adaptée.

Les fuites entraînent des lésions cutanées qu'il va falloir traiter.

Afin de protéger la peau, on peut utiliser de la crème à l'oxyde de zinc, de la pâte à l'eau ou bien des pansements hydrocolloïdes. [1]

Il est parfois nécessaire de prescrire un traitement anti-sécrétoire (IPP) afin de diminuer l'acidité gastrique.

c. Le bourgeon charnu

Il est dû au contact permanent de la sonde sur la même zone.

C'est pourquoi, il est important d'effectuer quotidiennement des rotations à 360° de la sonde.

Pour traiter ce bourgeon, on appliquera du Nitrate d'Argent tous les 2 à 3 jours jusqu'à disparition.

d. Buried Bumper Syndrôme

C'est l'enfouissement de la collerette interne dans la paroi gastrique, entraînant une ulcération gastrique, une impossibilité de rotation ni de mobilisation de l'extérieur vers l'intérieur.

C'est une complication rare qui ne se produit que sur les sondes à collerette.

Elle est due à une traction excessive sur la sonde ou à la prolifération de la muqueuse gastrique avec un recouvrement progressif de la collerette interne de la sonde par la muqueuse.

Dans ce cas, ne jamais tenter de retirer la sonde par traction car la collerette risquerait de se désolidariser et de rester enfouie entre le plan cutané et l'estomac.

La sonde devra être enlevée par voie endoscopique et remplacée par une sonde de remplacement à ballonnet. [16]

B- AU NIVEAU DE LA SONDE ELLE-MÊME

a. Perte de la sonde

Elle est le plus souvent accidentelle.

Pour la sonde d'origine, il s'agira d'un arrachage involontaire chez les personnes confuses ou par traction excessive.

Pour la sonde à ballonnet ou le bouton, il s'agit la plupart du temps d'un défaut au niveau du ballonnet (sous-gonflé, fissuré ou percé).

Dans ces deux cas, il faut procéder au changement de la sonde dans les 6 à 8 heures sans quoi il existe un risque de fermeture du trajet.

Il est important d'expliquer au patient et à son entourage qu'il est impératif de remettre une sonde ou à défaut une sonde de Foley ou d'aspiration de même calibre et de se rendre à l'hôpital le plus rapidement possible.

Il est conseillé de toujours disposer près du patient d'un dispositif de remplacement.

Au dernier recours, le patient peut remettre sa sonde dégonflée dans l'attente d'un dispositif de remplacement. [6]

b. Obstruction

Elle survient en cas de défaut de rinçage ou de forme galénique inadaptée.

Elle aura pour conséquence, un retard dans la prise du traitement, de l'alimentation et un surcoût en cas de changement régulier de sonde.

Il convient donc d'informer le patient et son entourage de ce risque et des actions de prévention à mettre en œuvre :

- Rinçage toutes les 8 heures quand la sonde n'est pas utilisée
- Rinçage à l'eau tiédie avant et après administration de l'alimentation et des traitements.
- Ne pas passer le traitement et l'alimentation en même temps. Injecter chaque médicament séparément.
- S'assurer avec le médecin prescripteur que la forme galénique est adaptée. Préférer les formes buvables.
- Ouvrir les gélules et piler les médicaments et les diluer séparément dans 10 à 30 ml d'eau. [1] [7]

L'ANAES dans ses recommandations d'avril 2000 préconise en prévention de l'obstruction, un rinçage quotidien avec un mélange bicarbonate, enzymes pancréatiques ainsi que l'utilisation des sondes en Polyuréthane plutôt qu'en silicone.

[2]

En aucun cas, il ne faut tenter de déboucher la sonde à l'aide d'un mandrin ou d'un fil guide. [1]

Lorsque la sonde est réellement bouchée, la SFED recommande de la déboucher avec de l'eau à 40° sous forte pression avec une seringue de 10 à 20 ml ou avec du bicarbonate à 14°/°° tiédi. [1]

Cependant dans les autres revues de littérature, il est plutôt préconisé d'utiliser des seringues d'au minimum 30 ml pour éviter la surpression et de l'eau chaude en alternant aspiration et pression. Un massage de la sonde peut aussi être efficace.

Les fabricants déconseillent l'utilisation de boissons acides type Coca-Cola ou jus de canneberges qui au contact des protéines de la nutrition entérale créent des obstructions. Pourtant dans notre pratique quotidienne, le Coca-Cola est largement utilisé à ces fins.

[7]

c. Détérioration

En cas d'échec de désobstruction, de porosité, fissuration ou colonisation fongique, la sonde sera évidemment remplacée.

e. POSTULAT AU SEIN DU SERVICE D'ENDOSCOPIES DIGESTIVES

L'intérêt que je porte à mon sujet de mémoire est indéniablement lié au constat que j'ai pu faire en exerçant aux endoscopies digestives concernant les patients porteurs de gastrostomie.

1- Les chiffres

Une étude rétrospective sur l'année 2016 m'a permis d'arriver au postulat suivant :

Nous avons pris en charge 140 patients porteurs de GPE en consultation.

48 venaient pour un changement programmé dans le cadre de leur suivi (soit 34,28%), 6 pour ablation définitive de leur sonde (4,28%) et 4 pour une vérification ou des conseils hors complications (2,85%), ce qui fait un total de 58 personnes sur 140 soit 41,42 %.

Le reste des patients soit 82 ont consulté pour des complications en lien avec leur GPE soit 58,57%.

Voici le détail des complications :

Sonde bouchée	25	30,49%
Bourgeon	19	23,17%
Perte de la sonde	18	21,95%
Fuites / écoulements	8	9,76%
Ballonnet ou collerette incarcérés	5	6,1%
Sonde percée	5	6,1%
Ballonnet percé	2	2,44%

2- Analyse

60 % de patients consultent pour des complications en rapport avec leur GPE.

C'est un chiffre qui m'interpelle.

Il va de soi qu'un travail est à réaliser afin de diminuer l'incidence de ces complications et optimiser notre prise en charge.

L'idée est bien-sûr d'évaluer nos pratiques professionnelles mais aussi l'information donnée au patient et à son entourage en amont et en aval.

Il va falloir assurer une continuité dans les soins, un suivi des patients mais aussi une démarche d'éducation.

A ce jour à Brest, l'information pré-opératoire est exclusivement médicale.

Elle est accompagnée d'un document écrit d'information un peu désuet et manquant d'explications pratico-pratiques que vous trouverez en annexe.

Concernant la préparation pré-opératoire, elle fait l'objet d'un mode opératoire institutionnel. (cf. Annexes)

En post-opératoire, les consignes sont données par les infirmières du service et par un document écrit qui relate très peu les complications tardives et les actions à mettre en place.

Lors de ma recherche, j'ai questionné des infirmiers d'Hépatogastro-entérologie et finalement très peu connaissent les modalités de mise en place des sondes de GPE et l'architecture des différents types de sondes. Le protocole pré-opératoire n'est pas toujours respecté notamment concernant le bain de bouche.

Les médecins de mon unité envisagent d'ailleurs d'effectuer un audit sur les pratiques dans le service d'hépatogastro-entérologie.

Toutes ces constatations nous amènent à une réflexion sur l'intérêt d'un document unique. Il comprendrait une partie information, une partie soins et surveillance, et une partie suivi et évaluation de l'éducation aux soins de gastrostomie que l'on pourra adapter au patient et à son entourage.

Durant ma recherche bibliographique, j'ai découvert ce type de document utilisé en pédiatrie à l'Hôpital Femme-Mère-Enfant de Lyon-Bron. **[10]**

Adapté à nos patients adultes, il peut être source d'inspiration et complémentaire d'une démarche éducative.

III. L'INFORMATION DU PATIENT

Avant d'aborder l'aspect éducatif des soins de GPE, il me semble primordial de faire référence aux droits du malade et à son information.

1- Définition

L'information est l'ensemble organisé de données, qui constitue un message sur un phénomène ou un événement donné.

L'information permet de résoudre des problèmes et de prendre des décisions, étant donné que son usage rationnel est la base de la connaissance.

2- Application aux droits du malade

- Le caractère invasif de la mise en place d'une sonde de GPE implique une information claire et loyale du patient, avant le recueil de son consentement formel à l'acte proposé.
- L'obligation d'informer le patient avant tout acte diagnostique ou thérapeutique est inscrite en droit français depuis 2002 dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- L'information porte sur les investigations, traitements ou actions de prévention proposées ainsi que sur leurs alternatives éventuelles.
(Article L1111-2 du code de la Santé Publique)
- Conformément à l'article 35 du Code de Déontologie Médicale :

« Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension »

- L'information ainsi donnée est un préalable indispensable au recueil du consentement. (Article 36 du Code de Déontologie Médicale) [13] [18] [5]

3- Du point de vue infirmier

L'information donnée au patient n'est pas exclusivement médicale.

En effet, l'infirmier dans le cadre de son rôle propre, informe le patient ou son représentant légal, à leur demande et de façon adaptée, intelligible et loyale des moyens ou des techniques mis en œuvre.

Il en est de même des soins à propos desquels il donne tous les conseils utiles à leur bon déroulement.

(Article R4312-32 du Code de la Santé Publique)

4- Documents d'information à destination des patients

La Société Francophone de Nutrition Clinique et Métabolique (SFNEP) a mis au point des documents d'information à destination des patients et de leurs proches avant la réalisation de GPE pour l'administration d'une nutrition entérale. [11] [12]

L'HAS précise tout de même que ces documents écrits ne se substituent pas à l'information orale mais qu'ils la complètent.

Ils accompagnent le patient ou l'utilisateur dans la compréhension du but et du déroulement des soins et contribuent ainsi à leur participation active aux soins.

Il va sans dire qu'il paraît légitime d'informer le patient sur les bénéfices mais aussi sur les risques de la GPE notamment en lui faisant part d'éventuelles complications à moyen et long terme.

Un guide méthodologique pour l'élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé a été publié par l'HAS en juin 2008 et peut être utile aux démarches que je souhaite entreprendre. [24]

IV. L'EDUCATION THERAPEUTIQUE

1- Définition

- Au sens général, l'éducation est l'acte de développer un ensemble de connaissances et de valeurs morales, physiques, intellectuelles pour atteindre le niveau de culture souhaitée.
- Selon l'OMS, l'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique.

L'accroissement des pathologies chroniques a rendu nécessaire l'éducation thérapeutique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.

Elle va permettre à travers des activités organisées et un soutien psychosocial une prise de conscience et une information des patients sur leur pathologie, les soins qu'elle requière et les comportements à adopter.

Elle est différente d'une simple information ou un conseil donné au patient.

En 2007 sous l'impulsion de l'HAS, un plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques a été mis en place.

En 2009, la loi Hôpital, Santé, Patients, Territoires (HSPT) inscrit l'éducation thérapeutique dans le code de Santé Publique.

En juin 2009, le manuel V2010 de certification des établissements de santé qui établit l'éducation thérapeutique du patient comme un des critères de certification.

Depuis, la Formation Continue définit l'ETP comme un des thèmes prioritaires et les DU se multiplient. [19]

2- Objectifs

L'objectif de l'éducation thérapeutique est l'amélioration de la qualité de vie du patient et de son entourage.

Sa finalité est l'acquisition et le maintien de compétences d'auto-soins et d'adaptation de la part du patient.

C'est à dire que le patient sera capable de prendre soin de lui en réalisant des gestes techniques et des soins mais aussi de s'adapter à d'éventuelles problèmes en lien avec sa pathologie. Il sera aussi capable de prévenir les complications liées à sa maladie ou tout au moins y faire face.

Il impliquera aussi son entourage dans la gestion de sa maladie, son traitement et les répercussions qui en découlent.

Concernant la prise en charge de la GPE, mon objectif sera de faire participer au maximum le patient et son entourage dans la gestion des soins, de la nutrition entérale et bien-sûr dans la prévention des complications à moyen et long terme.

Il s'agira suivant la motivation et l'état du patient de faire le bilan de ses connaissances sur sa maladie mais aussi des compétences à acquérir pour être capable de prendre en charge sa sonde au quotidien.

Il va de soi que le patient doit être réceptif à ce projet et que l'ETP ne peut être mise en place qu'après accord du patient. [20]

3- Moyens

L'ETP est mise en œuvre par un professionnel ou une équipe de professionnels de santé en conformité à un cahier des charges national et après autorisation par une Agence Régionale de Santé. [25]

L'ETP se déroulera en quatre phases : l'élaboration d'un diagnostic éducatif, la définition d'un programme personnalisé avec des priorités d'éducation, la planification des séances avec le patient et bien-sûr une évaluation des compétences acquises.

- Lors de l'élaboration du diagnostic, le rôle de l'éducateur est de faire s'exprimer le patient sur ses besoins, ses valeurs, ses connaissances, ses attentes et ses émotions. Dans le cadre de la GPE, il conviendra d'expliquer au patient sa maladie, le but et le fonctionnement de la sonde et de la nutrition entérale et les répercussions socio-familiales qui en découlent.
- Lors de la définition du programme, il faudra poser des objectifs tels que : apprendre à gérer les soins quotidiens et la nutrition entérale, reconnaître les signes de complications qui ont été décrits précédemment et savoir y faire face. Le patient devra pouvoir mesurer le degré d'urgence et ajuster ses soins si besoin. Il sera capable de prévenir les complications.
- Pour se faire, l'éducateur devra faire pratiquer les gestes au patient lors des séances d'ETP.
- Après la formation, l'éducateur évaluera les compétences acquises par le patient et réajustera si nécessaire. Cette évaluation permettra aussi d'analyser l'impact de l'ETP sur la diminution des complications. **[21]**

Actuellement aucun professionnel n'est formé à l'ETP dans mon service.

Mon rôle est alors d'informer le patient de la possibilité d'en bénéficier car seul un professionnel formé à l'ETP peut la réaliser.

Il existe dans le Finistère une plateforme d'ETP qui me permettra d'orienter le patient s'il le souhaite.

Dans l'éventualité où nous décidions de façon collégiale de mettre en place une ETP pour les patients porteurs de gastrostomie, j'aurai la possibilité de me former par le biais de la faculté de médecine de Brest qui propose un DU d'éducation du patient.

V. EDUQUER OU INFORMER, UNE QUESTION D'INTENTION

Il s'agit du titre d'un article que j'ai découvert dans la revue « SOINS cadres » et qui m'a paru pertinent dans le cadre de mon mémoire. [22]

En faisant ce travail de recherche, j'ai découvert ce qu'était l'éducation thérapeutique à travers différents ouvrages.

Effectivement, elle est bien différente d'une simple information que l'on pourrait donner au décours d'une consultation.

« L'éducation thérapeutique c'est avant tout s'intéresser aux hommes et femmes malades dans ce qu'ils ont à vivre avec leur affection et le traitement qu'elle requiert ».

Elle revêt un aspect du soin tourné vers l'avenir du malade.

Le rôle de l'éducateur prend le pas sur celui du soignant. Il existe un réel transfert de compétences du soignant vers le soigné ce qui nous demande de faire preuve d'une plus grande humilité.

Le soignant grâce à son savoir pourra proposer des chemins que le patient empruntera ou non.

De plus, le patient étant un apprenant particulier, l'ETP nécessite une pédagogie spécifique.

A ce jour, je n'en suis qu'à une ébauche de mon questionnement de départ et il me semble encore prématuré de pouvoir tirer quelque conclusion.

Il existe en France des Hôpitaux qui proposent une ETP en lien avec la nutrition entérale mais en Ile-de-France et principalement à l'usage des enfants et de leurs parents.

A contrario, mon travail va me permettre d'élaborer des documents d'information destinés aux patients porteurs de gastrostomie, à leur entourage mais aussi aux personnels paramédicaux en charge de ces patients.

L'équipe pluridisciplinaire dans laquelle je travaille, a pour objectifs l'évaluation de nos pratiques professionnelles mais surtout l'amélioration de notre prise en charge.

Nous avons commencé l'élaboration de protocoles pour la prise en charge des complications, nous formons les infirmiers de structures d'accueil et assurons des transmissions écrites auprès des infirmiers libéraux.

J'ai découvert dans le cadre de ma revue de littérature, un travail effectué par les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG).

Ils ont mis en place une consultation infirmière pour les patients porteurs de GPE.

Cette démarche correspond exactement à ce que nous souhaitons pour la prise en charge de nos patients :

- L'objectif étant de diminuer les complications dues au manque d'information et de formation des patients et du personnel soignant.
- Les moyens : une consultation conjointe médecin-infirmier avant la pose, la mise en place de protocoles, une surveillance dans les 48h par infirmier référent en endoscopie, et des cours à destination des différents acteurs de soins.

Les résultats de cette consultation sont probants car l'équipe a constaté une nette diminution des complications. [23]

CONCLUSION

La prise en charge des patients porteurs de GPE nécessite une rigueur et un savoir-faire qu'il est important de partager par le biais de l'éducation thérapeutique ou tout au moins par une information éclairée, et surtout une évaluation de la capacité du patient et éventuellement, de son entourage à gérer les soins.

Le rôle de l'infirmier est d'assurer une continuité des soins et de favoriser le maintien ou la réinsertion des patients porteurs de maladies chroniques dans leur cadre de vie familial et social.

Eduquer, c'est partager ses connaissances. En effet, l'ETP est un système centré sur les compétences du patient et non les nôtres.

Il s'agit d'une réelle innovation dans le système de santé actuel qui complète l'offre de soins classique proposée par les établissements.

Proposer une telle démarche, c'est être garant d'une prise en charge de qualité dont devrait bénéficier chaque malade.

Avant de pouvoir mettre en œuvre une telle démarche, mon but est avant tout de pouvoir améliorer mes pratiques professionnelles et le suivi des patients porteurs de GPE.

Ce travail de recherche m'a permis de me questionner sur ma prise en charge grâce à l'apport théorique mais aussi de découvrir ce qu'est l'éducation thérapeutique.

Mon sujet de mémoire a fait émerger au sein de l'équipe une réelle motivation quant à un travail de fond et la mise en place de documents pour les patients et leur entourage qu'il soit familial ou para-médical.

Nous pourrions de ce fait mesurer l'impact de ces nouvelles mesures sur la diminution des complications.

REFERENCES

- 1- Consensus en Endoscopie Digestive :Gastrostomies et jéjunostomies percutanées endoscopiques.
SFED septembre 2007
- 2- Soins et surveillance des abords digestifs pour l'alimentation entérale chez l'adulte en hospitalisation et à domicile.
ANAES mai 2000
- 3- Gastrostomies : indications, techniques et surveillance (hors chirurgie)
A Le Sidaner Limoges Post'U 2016
- 4- Gastrostomies, GEP, sondes et boutons : pour ne plus les confondre et savoir les gérer !
Revue Paediatrica Volume 19 n°4 2008
- 5- Prise en charge infirmière et coordination des soins
Cahier de la coordination n°7 – Coordination nationale des centres SLA
- 6- Bonnes pratiques de nutrition Entérale – Gastrostomie, jéjunostomie
Atelier Europharmat octobre 2008
- 7- Catalogue Asept-in-Med avec notices des différentes sondes (Kit GPE Pull, bouton de Mic-key, sonde de remplacement à ballonnet)
- 8- La Gastrostomie : quelle technique pour quel patient ?
SFNEP
- 9- Abords digestifs pour la Nutrition Entérale de l'adulte
SFNEP
- 10- Gastrostomie : livret ABC
Informations destinées aux jeunes patients, parents et soignants SFNEP
- 11- Information du patient avant la réalisation d'une GPE introducer
SFNEP
- 12- Information destinées au patient avant la réalisation d'une GPE pour Nutrition Entérale
SFNEP mars 2009 validée par la SFED et la SNFGE

- 13- Fiche pratique Nutrition Clinique et métabolisme (Elsevier Masson)
Information du patient et des ses proches avant mise en place de GPE en vue d'une Nutrition Entérale
23(2009)88-91 mai 2009
- 14- Changement d'une sonde de GPE à ballonnet de l'adulte
SFNEP
- 15- Fiche pratique Nutrition clinique et métabolisme (Elsevier Masson)
Changement de sonde de gastrostomie à ballonnet de l'adulte
Juin 2014 28(2014)-216-218
- 16- Fiche pratique Nutrition Clinique et Métabolisme (Elsevier Masson)
Complications des GPE hors complications immédiates
25(2011)190-195 juin 2011
- 17- Décret de compétences infirmier Ministère de la Santé 29 /07/2004
- 18- Charte du patient hospitalisé Ministère de la santé avril 2006
- 19- Recommandations de l'HAS
Education Thérapeutique du patient. Définitions, finalités et organisation juin 2007
- 20- Recommandations de l'HAS
Education Thérapeutique du patient. Comment la proposer et la réaliser ? juin 2007
- 21- Structuration d'un programme d'ETP dans le champ des maladies chroniques HAS
- 22- Education Thérapeutique du patient
Eduquer ou informer et accompagner, une question d'intention
Dossier Soins Cadres n°73 février 2010
- 23- Création d'une consultation pour les patients porteurs d'une GPE
IDE service d'HGE Hôpitaux Universitaire de Genève (HUG)
- 24- Elaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé.
HAS juin 2008
- 25- Décret N°2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'ETP
Ministère de la Santé et des Sports

Les patients porteurs de sonde de Gastrostomie Percutanée Endoscopique (GPE) sont en majorité des patients souffrant de maladies chroniques.

L'éducation thérapeutique a pour but d'améliorer leur vie quotidienne grâce à un transfert de compétences dont nous professionnels de santé, avons la responsabilité.

Le but de mon mémoire est de démontrer l'intérêt de celle-ci sur la prévention des complications à long terme.

Il s'agirait de pouvoir me former à l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) et la mettre en place au sein de mon unité.

Actuellement, nous n'avons pas encore pris de décision quant à la manière d'éduquer les patients mais il s'avère que nous souhaitons fortement améliorer notre prise en charge et organiser un suivi à moyen et long terme.

Dans un premier temps, nous avons l'intention d'auditer les différentes équipes en charge de ces patients.

Dans un deuxième temps, mettre en place des documents pertinents qui nous assisteront à la fois lors de l'information mais aussi lors de l'éducation des patients.

A terme, nous souhaitons évaluer les compétences acquises par le patient mais aussi par son entourage, qu'il soit familial ou professionnel.

In Fine, nous espérons bien-sûr, observer une diminution du nombre de complications tardives en lien avec la pose de Gastrostomie Percutanée Endoscopique.

ANNEXES

Annexe 1 : Informations médicales avant réalisation d'une gastrostomie percutanée par voie endoscopique – CHRU DE BREST

Annexe 2 : Consignes pour la pose et l'utilisation des sondes de gastrostomie percutanée endoscopique – CHRU DE BREST

Annexe 3 : Consignes pour la pose et l'utilisation des sondes de gastrostomie percutanée endoscopique – mode opératoire – CHRU DE BREST