

Evidence Based Nursing

Soins Infirmiers Basés sur les Données Probantes

S.MATHIEU (IPA)

APAP: M.CHRETIEN (IPA) - N.PUTAUD (CDS) - B.LEVOIVENEL (CSS)

ISO/CONTENTION : F. ROLLET- (CDS) - L. GONTHIER (IPA)

LE VINATIER

PSYCHIATRIE UNIVERSITAIRE
LYON MÉTROPOLE



Plan

- ▶ Projet d'établissement
- ▶ Émergence d'un problème
- ▶ Méthode d'EBN
- ▶ Recommandations de bonnes pratiques : technique d'injection intramusculaire
- ▶ Protocole de levée d'isolement et de contention par les infirmiers

Projet d'établissement: CAP-28

- ▶ Le Centre Hospitalier Le Vinatier place au cœur de son projet d'établissement l'implantation de l'Evidence Based Nursing (EBN).
- ▶ Il s'engage ainsi à promouvoir des soins basés sur les données probantes actualisées issues de la recherche, assurant de ce fait une prise en charge thérapeutique optimale.
- ▶ En intégrant l'EBN, le CHV favorise la personnalisation des soins selon les besoins spécifiques de chaque individu tout en prenant en compte l'expertise soignante et les ressources disponibles.
- ▶ Cette démarche s'inscrit dans la culture d'amélioration continue de la pratique des soins infirmiers.

EBN : un levier au changement des pratiques infirmières

- ▶ **Définition** : l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures preuves scientifiques dans la prise de décision concernant le soin au patient dans le choix des pratiques infirmières
- ▶ **Les soins infirmiers fondés sur les données probantes** sont une démarche qui consiste à intégrer lors de la prise de décision infirmière :
 - ▶ les données les plus actuelles de la science issues de la recherche
 - ▶ l'expérience de l'IDE
 - ▶ les besoins et la demande du patient
 - ▶ les ressources disponibles dans les milieux de soins
- ▶ **LEGISLATION** : Article R.4312-10 du CSP
 - ▶ *L'infirmier agit en toutes circonstances dans l'intérêt du patient. Ses soins sont consciencieux, attentifs et fondés sur les données acquises de la science. Il y consacre le temps nécessaire en s'aidant, dans toute la mesure du possible, des méthodes scientifiques et professionnelles les plus adaptées.*

Objectif : Faire de l'EBN le concept central des transformations des pratiques infirmières au CHV

- ▶ Améliorer la pratique
- ▶ Harmoniser et objectiver les pratiques de soins
- ▶ Accroître les compétences des soignants
- ▶ Favoriser la recherche en sciences infirmières

Projection : Utiliser l'EBN comme démarche infirmière standard

- ▶ Mise en œuvre d'outils et de process validés
- ▶ Évaluation des pratiques de soins actuelles
- ▶ Résolution de problèmes cliniques
- ▶ Modifier les routines mentales de prise de décision clinique
- ▶ Intégrer l'analyse de recommandations, d'articles scientifiques et de recherches à la pratique des soins
- ▶ Conforter le leadership clinique des IPA
- ▶ Promouvoir le positionnement des managers sur la clinique
- ▶ Encourager la production de données probantes en soins infirmiers en psychiatrie

Exemple en Chirurgie Digestive

En 2022, dans le cadre du programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP) porté par le gouvernement, une vingtaine de projets en sciences infirmières ont été sélectionnés. Ils couvrent une multitude de champs, dont la pédiatrie, le secteur de la réanimation ou encore la psychiatrie.

- ▶ Exemple: Stéphanie Le Bot-CDS APHP en chirurgie hépatobiliaire et transplantation hépatique

Comparaison du risque de survenue d'infections du site opératoire entre l'arrêt des pansements dès J1 postopératoire et la réfection quotidienne après chirurgie abdominale électorive : un essai contrôlé randomisé multicentrique de non-infériorité.

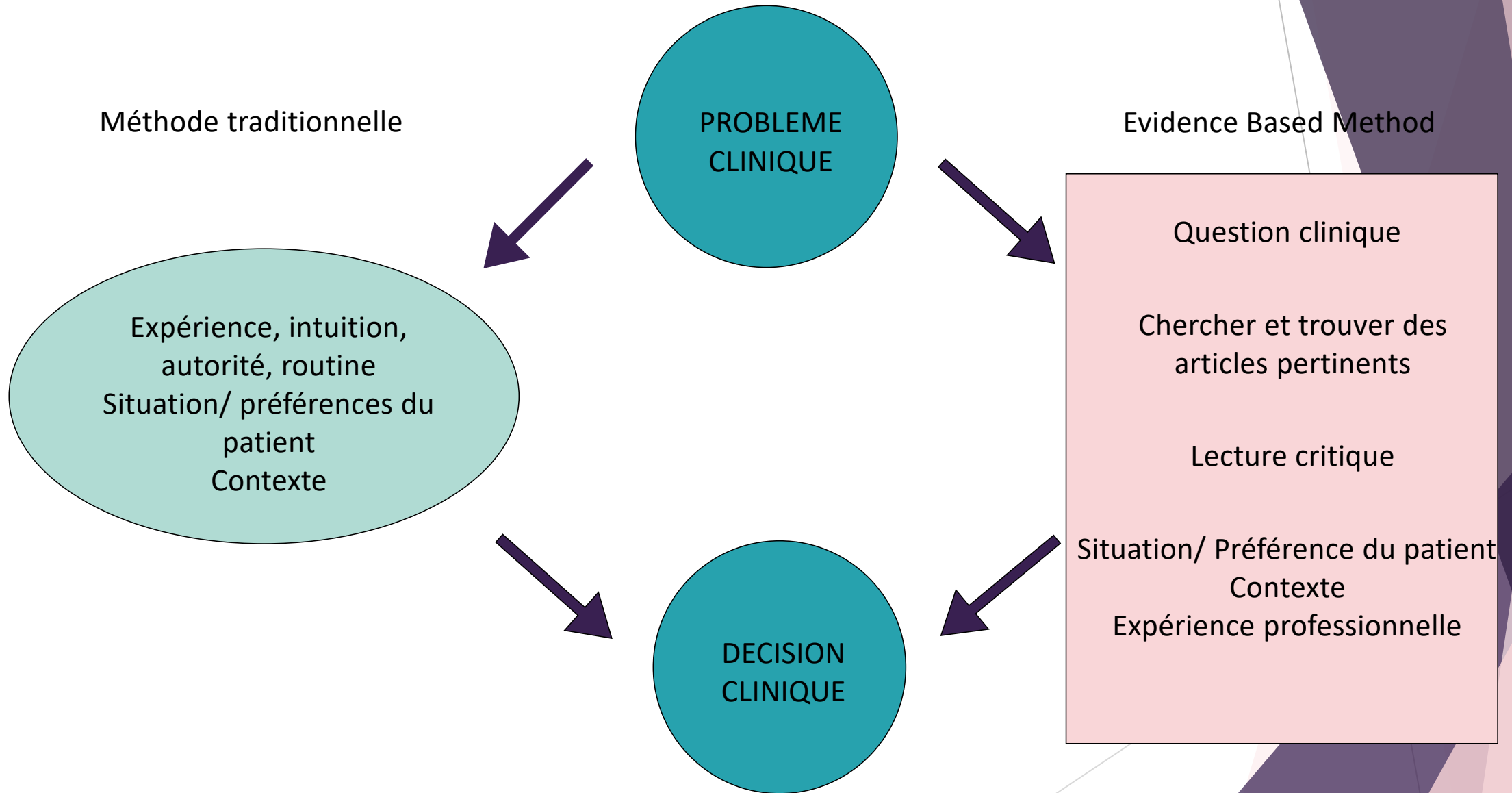
- ▶ Hypothèses :
 - ▶ Economie en santé (ressource humaine et matériel)
 - ▶ Amélioration de la qualité des soins : douleur, baisse du risque sceptique, nombre de soins réalisés auprès du patient

Evaluation Clinique Basée sur les preuves

- ▶ Utilisation d'instruments cliniques validés pour objectiver l'évaluation, le traitement et les résultats cliniques chez les patients souffrant de troubles psychiatriques
- ▶ Analyse du processus d'évaluation des symptômes et d'aide à la prise de décision
- ▶ Échelles efficaces, rapides et simples à mettre en œuvre (2 à 5mn) établies comme fiables et valides, cliniquement significatives et pertinentes
- ▶ Recherches récentes : Amélioration des résultats pour les patients versus soins standards habituels (Usual Standard Care)

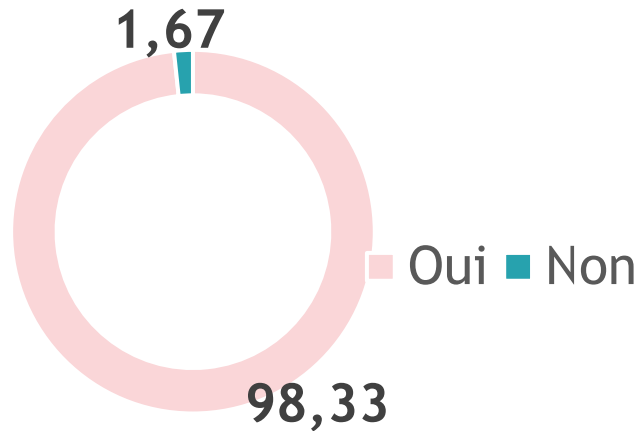
Questionnement sur une pratique de soins

- ▶ IM soin prévalent à l'HDJ Pussin
- ▶ Constat de départ : différences de pratiques entre les soignants, savoirs appris à l'IFSI, connaissances empiriques par l'observation, l'expérimentation des collègues
- ▶ Objectifs : harmonisation des pratiques mais aussi avoir la bonne pratique
- ▶ Démarche : CSS engagé dans une réflexion autour de l'EBN = explorer le sujet de l'IM à travers l'EBN
- ▶ Constitution d'un groupe de travail : 3 IPA (dont 1 hors établissement), 1 IDE, 1 CSS, 1 CDS
- ▶ Collaboration avec le CLUD , DQ et CLIN
- ▶ En vu de produire un document de référence au CH Le Vinatier

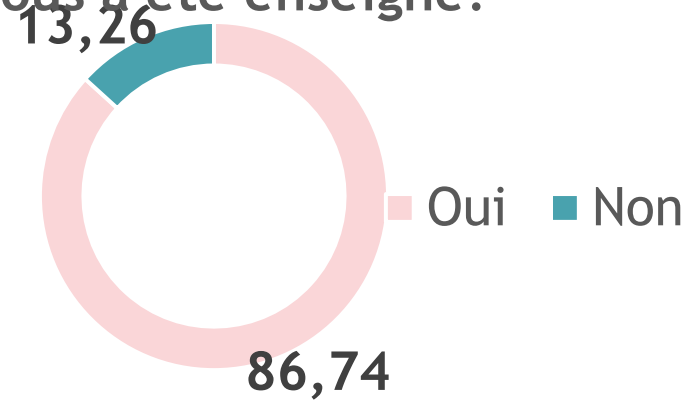


Technique de soins : apprentissage

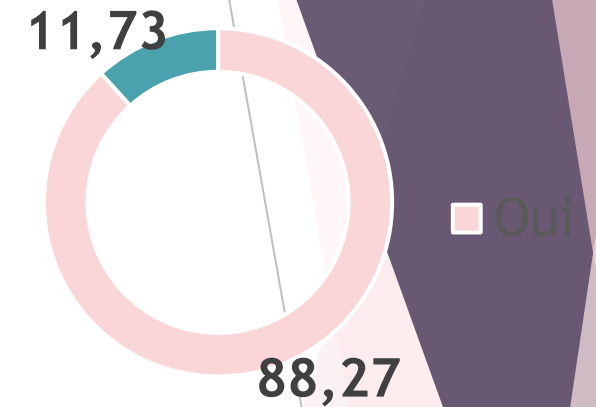
La technique de l'injection intramusculaire vous a-t-elle été enseignée à l'IFSI ?



Transmettez-vous la technique de l'injection intramusculaire telle qu'elle vous a été enseignée ?

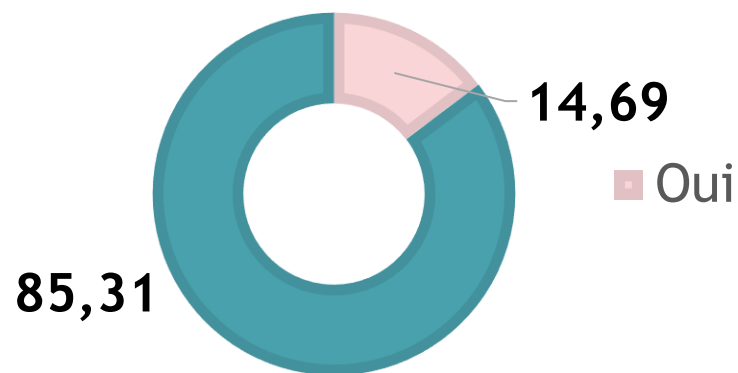


Pratiquez-vous actuellement l'injection intramusculaire telle qu'elle vous a été enseignée à l'IFSI ou en stage ?

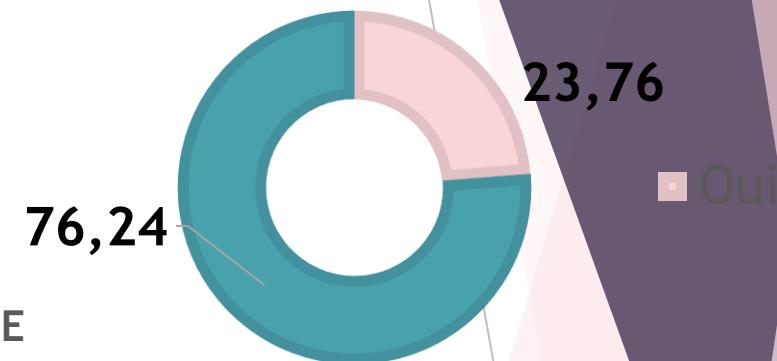


Technique de soins: Evidence Based Nursing

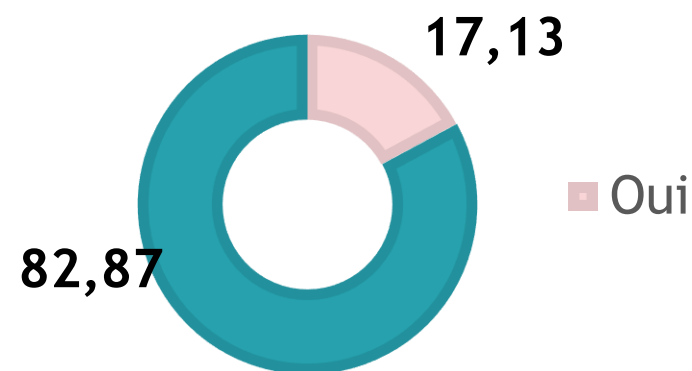
RÉALISEZ-VOUS UNE VIELLE
SCIENTIFIQUE SUR LA PRATIQUE DE
L'INJECTION INTRAMUSCULAIRE ?



AVEZ-VOUS DÉJÀ CONSULTÉ LES
PROTOCOLES D'INJECTION
INTRAMUSCULAIRE EN LIGNE SUR
BLUEKANGOO?



CONNAISSEZ-VOUS L'EVIDENCE
BASED NURSING?



Niveaux de preuve



Recommandations Technique d'injection IM

Evidence Based Nursing

LE VINATIER

PSYCHIATRIE UNIVERSITAIRE
LYON MÉTROPOLE



DEFINITION

- Méthode d'administration d'un médicament dans le tissu musculaire profond, en dessous du tissu sous-cutané. La vascularisation importante du tissu musculaire permet une absorption rapide du médicament.
- L'injection intramusculaire dépose le médicament sous le fascia musculaire, sous la couche graisseuse sous-cutanée, et des volumes relativement importants d'un médicament peuvent être injectés en raison de son absorption rapide dans la circulation sanguine à travers les fibres musculaires (Newton et autres 1992).

CONTRE-INDICATION

Coagulation perturbée

Tissus enflammés,
œdématisés ou irrités

Peau présentant des grains
de beauté, une tache de
naissance, une cicatrice ou
une autre lésion

Site ayant servi à une
injection intramusculaire
récente

RISQUES

Irritation locale

Douleur

Contracture musculaire

Lésion d'un nerf
périphérique,
neuropathie, paralysie

Hématome, saignement

Infection, abcès, nécrose

PREPARATION DU SOIN

Prenez-vous en compte l'IMC du patient pour choisir la taille de l'aiguille d'injection ?

Nb
Oui
Non

%

147

81.67%

33

18.33%

® Choix de l'aiguille :

Le choix de l'aiguille dépend de plusieurs facteurs :

- Le muscle (localisation de l'injection)
- Le type de solution à injecter
- La quantité de tissu adipeux qui couvre le muscle
- L'âge de la personne
- Le poids ou l'IMC du patient (l'aiguille à sélectionner est précisée sur la notice du produit injecté)

XEPLION

- Patient <90kgs :
 - L'aiguille 23 G (25.4 mm x 0.64 mm), aiguille avec l'embout bleu pour le deltoïde
 - L'aiguille 22 G (38.1 mm x 0.72 mm), aiguille avec l'embout gris pour le fessier
- Patient >90kgs :
 - L'aiguille 22G (38.1 mm x 0.72 mm), aiguille avec l'embout gris pour le deltoïde
- Une aiguille 21 G (vert DIDAC), (50 mm x 0.8 mm) pour le fessier à la PUI (à commander)

PREPARATION DU SOIN

AIGUILLES AU VINATIER

- **AIG 21GX25MM embout vert : Grand et moyen glutéal/ Poids < 90kg ou IMC < 30 kg/m² (001423)**
- **AIG 21GX50MM embout vert : IM Profonde/ Muscles grands et moyen glutéal/ Poids > 90kg ou IMC > 30 kg/m² (003686)**
- **AIG 22G X 25MM embout noir : Deltoïde/ 60< Poids < 90 kg ou IMC < 30 kg/m² (006098)**
- **AIG 23G X 25MM embout bleu : Deltoïde / Poids< 60 kg ou IMC < 30 kg/m² (001424)**

Tableau récapitulatif des gauges et de la longueur des aiguilles en fonction du site d'injection et du poids du patient⁴

Site	Corpulence	Longueur/diamètre	Gauge
Muscles vaste externe et droit antérieur	< 60 kg	30 mm x 0.7 mm	22G
	Entre 60 et 90 kg	30 mm x 0.7 mm 40 mm x 0.8 mm	22G 21G
	> 90 kg	40 mm x 0.8 mm	21G
Muscle Deltoïde	< 60 kg	16 mm x 0.5 mm	25G
	Entre 60 et 90 kg	30 mm x 0.7 mm 40 mm x 0.8 mm	22G 21G
	> 90 kg	40 mm x 0.8 mm	21G
Muscles grand et moyen glutéal	< 60 kg	30 mm x 0.7 mm 40 mm x 0.8 mm	22G 21G
	Entre 60 et 90 kg	55 mm x 0.8 mm 55 mm x 0.9 mm	20G 20G
	> 90 kg	55 mm x 0.9 mm	20G

PREPARATION DU SOIN

® Pour la préparation du médicament injectable : se référer à la prescription médicale et à la notice du médicament.

® Mettre en température ambiante si le produit est conservé au froid (+/- 20 min).

Consultez-vous la notice du produit pour vérifier le choix du lieu d'injection ?

	Nb	%
Oui	164	92.66%
Non	13	7.34%

Mettez-vous habituellement le produit à température ambiante avant de le préparer ?

	Nb	%
Oui	167	92.78%
Non	13	7.22%

PREPARATION DU SOIN

® Désinfecter les flacons, sauf ceux fermés hermétiquement et stérilisés en usine

Pour les produits concernés, désinfectez-vous systématiquement les flacons de produits avant de les reconstituer?

	Nb	%
Oui	140	77.78%
Non	40	22.22%

® Éviter de purger le produit jusqu'à faire perler une goutte sur le biseau pour prévenir le risque de douleur et de diminuer la perte de produit.

Faites-vous perler du produit par le biseau lors de la purge ?	Nb	%	
Oui	152	84.44%	
Non	28	15.56%	

Connaissez-vous la technique de la bulle d'air (Airlock) ?

	Nb	%
Oui	71	39.89%
Non	107	60.11%

® Changer d'aiguille entre le prélèvement du produit et l'injection

Changez-vous systématiquement d'aiguille entre la préparation et l'injection du traitement ?

	Nb	%
Oui	179	99.44%
Non	1	0.56%

PREPARATION DU SOIN

® Prise en compte de la douleur

- Questionner le patient sur d'éventuelles appréhensions vis-à-vis du soin
- Questionner le patient sur son ressenti vis-à-vis de son installation ou d'éventuelles positions antalgiques ainsi que son site d'injection préférentiel
- Adapter le déroulement du soin à sa demande et proposer d'éventuelles techniques antalgiques (médicamenteux ou non médicamenteux)
- Réaliser une échelle d'évaluation certifiée (EVA, EN) et utiliser toujours la même à toutes les étapes (en amont, en aval et à 24h)

Demandez-vous au patient son site d'injection préférentiel ?

	Nb	%
Oui	158	88.27%
Non	21	11.73%

Questionnez-vous le patient sur son ressenti de la douleur ?

	Nb	%
Oui	145	80.56%
Non	35	19.44%

Questionnez-vous le patient sur son ressenti de la douleur lors des injections précédentes ?

	Nb	%
Oui	143	79.89%
Non	36	20.11%

Questionnez-vous le patient sur une éventuelle appréhension par rapport à l'injection ?

	Nb	%
Oui	169	95.48%
Non	8	4.52%

Demandez-vous au patient s'il souhaite être prévenu au moment de l'injection ?

	Nb	%
Oui	168	93.33%
Non	12	6.67%

Utilisez-vous systématiquement une échelle d'évaluation de la douleur ?

	Nb	%
Oui	43	24.16%
Non	135	75.84%

PREPARATION DU SOIN

Proposez-vous des techniques antalgiques ?

	Nb	%
Oui	70	38.89%
Non	110	61.11%

Si oui, lesquelles ?

	Nb	%
Administration de traitement	20	8.62%
Changement de côté	40	17.24%
EMLA	39	16.81%
Exercices de respiration	47	20.26%
Massage	10	4.31%
Poche de glace	10	4.31%
Réassurance	57	24.57%
Autre	9	3.88%

Laissez-vous le choix
au patient de choisir
l'IDE ?

Nb	%
Oui	47 26.86%
Non	128 73.14%

Laissez-vous le choix
au patient de regarder
la préparation ?

Nb	%
Oui	116 65.17%
Non	62 34.83%

PREPARATION DU SOIN

® **Choix du site d'injection et installation du patient** : Il existe 5 sites d'injection. Veuillez à alterner les sites d'injection lorsque cela est envisageable, ou a minima la latéralisation, et installer confortablement le patient en fonction du site choisi. (cf tableau)

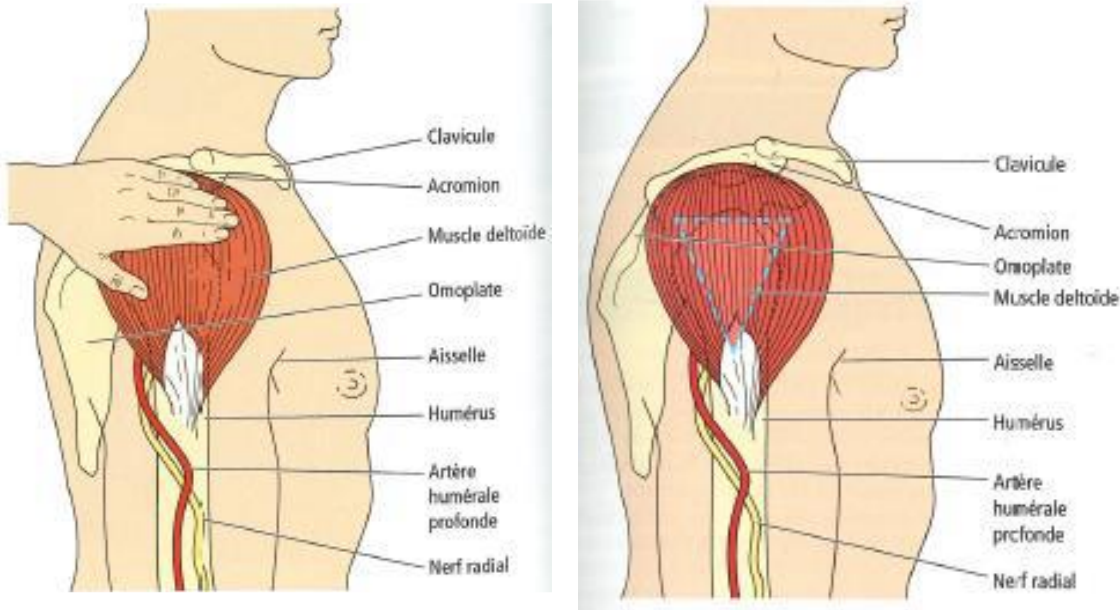
® Procéder au repérage du site d'injection par palpation

	Nb	%	
Alternez-vous la latéralisation des sites d'injection ?	Oui	177	99.44%
	Non	1	0.56%

	Nb	%
Réalisez-vous un repérage anatomique par palpation avant l'injection ?	Oui	143 79.44%
	Non	37 20.56%

Avez-vous déjà utilisé le site deltoïde pour réaliser l'injection intramusculaire ?

	Nb	%
Oui	171	96.61%
Non	6	3.39%

Site d'injection	Volume	Installation	Repérage
<p>®</p> <p>Deltoïde</p> <p>Absorption rapide du médicament.</p> <p>Utilisation pour des injections de faible volume, ex vaccinations.</p>	0.5ml à 2ml	Debout ou assis, le bras placé sur la taille pour détendre le muscle.	 <p>Placer 4 doigts en travers du muscle et en positionnant l'auriculaire sur l'acromion. Le haut de l'aisselle marque la ligne qui délimite le repère inférieur.</p> <p>Le triangle formé par ces repères indique que le muscle deltoïde est situé environ 5cm sous l'acromion</p>

Avez-vous déjà utilisé le site dorso-glutéal (fessier postérieur) pour réaliser l'injection intramusculaire ?

Site d'inj

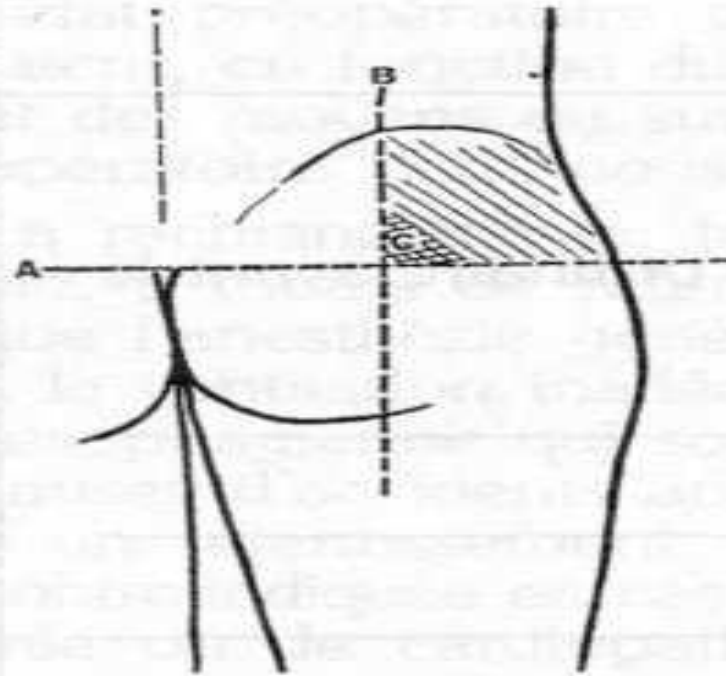
®Dorsogl

Risque que le méc injecté dans la gra cutanée : absorpti médicament, irrita granulomes.

Risque d'endomm sciatique ou l'artè L'utilisation de ce est à limiter autan sauf indications pa justifiant son reco (Ex : Clopixol AP, H Decanoas®, Zypad Pour les injections

Nb %

Nb 157 %

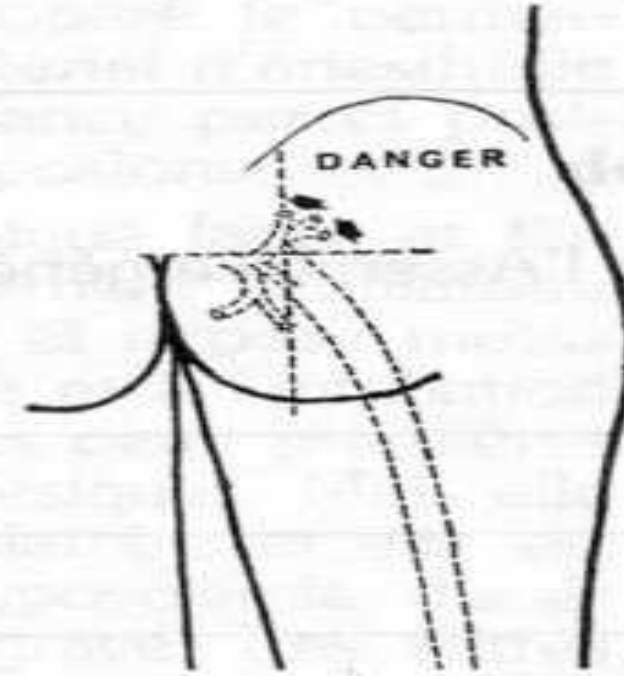


Tracé du quadrant supéro-externe. A : ligne passant au ras du sillon inter-fessier. B : ligne passant par le milieu de la fesse. C : quadrant supéro-externe (en quadrillé zone dangereuse).

Demandez-vous systématiquement au patient de s'allonger lorsque vous

Nb %

57.78%
42.22%



La « petite fesse » dont le quadrant supéro-interne correspondant au trajet du nerf sciatique.

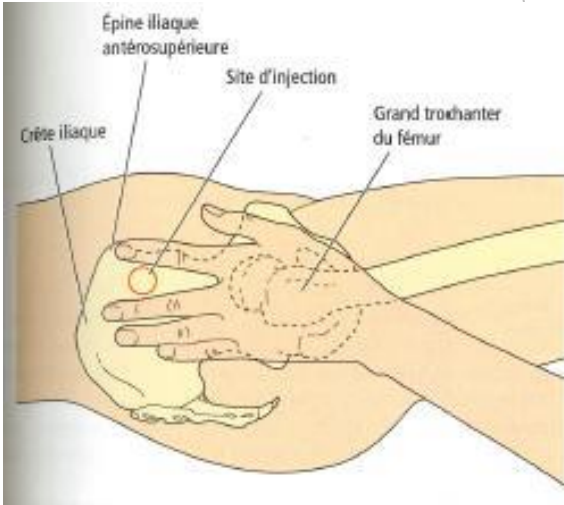
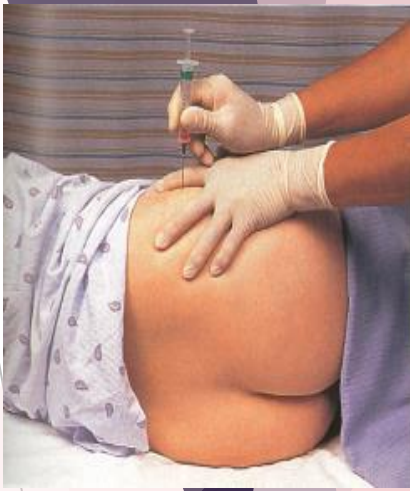
et tracer une ligne du fémur. Le site issus de

cette ligne.

Autre moyen : diviser le fessier en 4 quadrants : le quadrant supérieur-latéral représente la zone d'injection

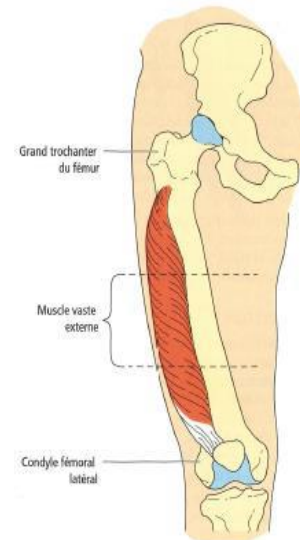
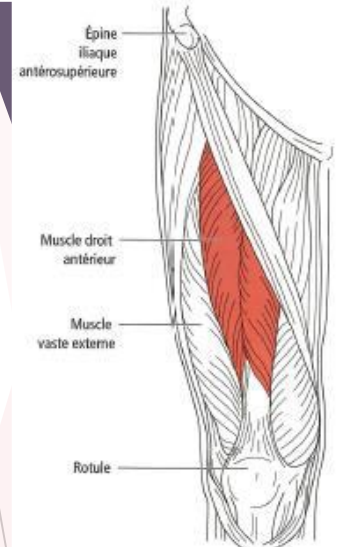
Avez-vous déjà utilisé le site ventro-glutéal (fessier antérieur) pour réaliser l'injection intramusculaire ?

Nb	%
Oui	26 14.69%
Non	151 85.31%

Site d'injection	Volume	Installation	Repérage
<p>®</p> <h2>Ventrogluteal</h2> <p>Site recommandé par les EBN. Présente peu d'inconvénients : relativement exempt de nerfs et de vaisseaux sanguins importants.</p> <p>Points de repère pour l'administration faciles à localiser.</p> <p>Pour les injections profondes.</p>	1 à 3 ml	Allongé sur le ventre ou en décubitus latéral, le genou du dessus fléchi et replié sur la jambe du dessous.	  <p>Placer la paume de la main sur le grand trochanter, sur la hanche, les doigts pointés vers la tête du patient Placer l'index sur l'épine iliaque antérosupérieure et tendre le majeur du côté de la fesse, palpant ainsi la crête iliaque. Le triangle formé par l'index, le majeur et la crête iliaque détermine le site d'injection.</p>

Avez-vous déjà utilisé le site vaste externe de la cuisse pour réaliser l'injection intramusculaire ?

Nb	%
Oui	20 11.11%
Non	160 88.89%

Site d'injection	Volume	Installation/ repérage	Repérage
<p>®</p> <p>Vastus Lateralis (côté latéral de la cuisse) et Rectus Femoris (partie antérieure de la cuisse)</p> <p>Absorption plus lente du médicament que dans le deltoïde, mais plus rapide que dans le fessier.</p> <p>Faciles d'accès mais douloureux</p>	Jusqu'à 5ml	Assis ou couché sur le dos.	  <p>Situés sur les faces latérales (vastus lateralis)</p> <p>Diviser en trois la zone comprise entre le grand trochanter du fémur et le condyle fémoral latéral</p> <p>Choisir le tiers médian</p> <p>Moyennement antérieur (rectus femoris) de la cuisse : Quadriceps fémoraux.</p> <p>Diviser en trois la zone antérieure de la cuisse</p> <p>Choisir le tiers médian</p>

INJECTION

® Nettoyer le site d'injection à l'aide d'une compresse stérile imprégnée de produit désinfectant et laissez le produit sécher complètement.

	Désinfectez-vous le site d'injection avant de piquer ?	Nb	%	
		Oui	177	100%

	Vous paraît-il pertinent d'attendre que le produit désinfectant sèche avant de piquer ?	Nb	%	
		Oui	129	72.88%
		Non	48	27.12%

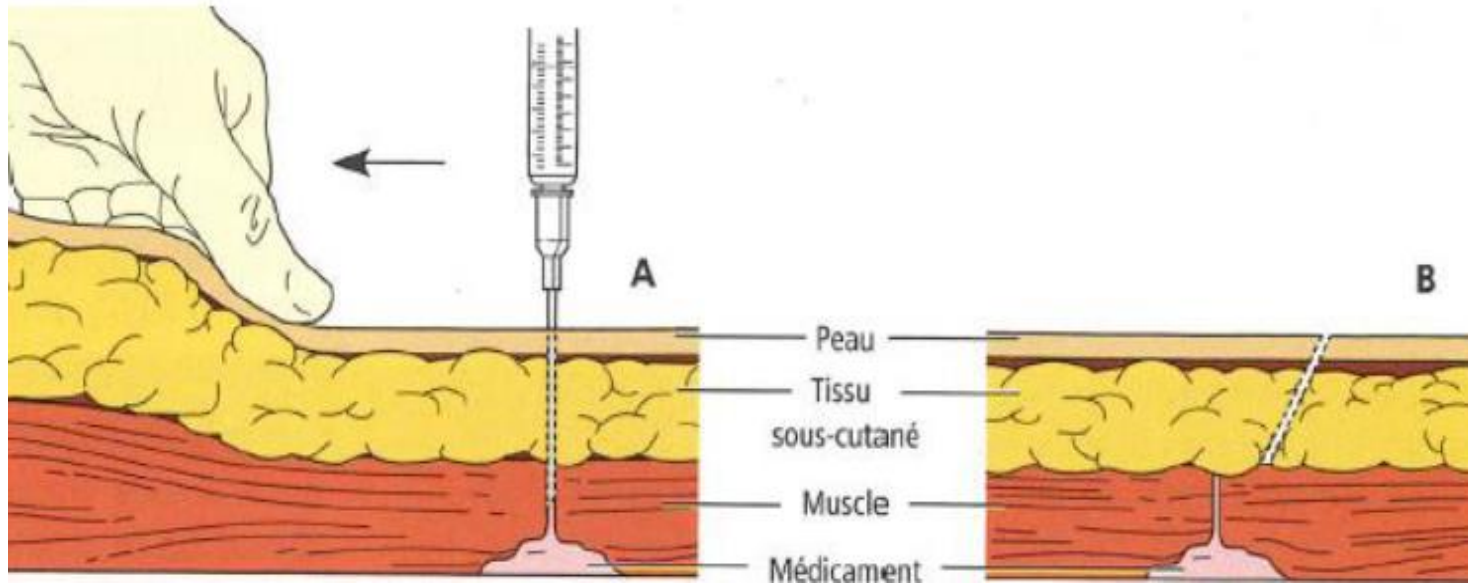
® Veillez à ce que l'aiguille soit exempte de produit à injecter

INJECTION

® Utiliser la technique du « Z track »

Injection « en Z »

- Étirer la peau d'environ 2,5 cm vers le côté, avec le côté de la main non dominante
- Tenir la seringue entre le pouce et l'index et introduire rapidement l'aiguille dans la peau avec un angle de 90° jusqu'à la garde



Connaissez-vous la technique du trajet en Z (Z-track) ?

Nb	%	
Oui	25	13.89%
Non	155	86.11%

L'utilisez-vous ?

Nb	%	
Oui	9	36%
Non	16	64%

INJECTION

Injection « classique »

- Tendre la peau autour du site d'injection à l'aide de la main non dominante
- Tenir la seringue entre le pouce et l'index et introduire rapidement l'aiguille dans la peau avec un angle de 90° jusqu'à la garde

	Nb	%
Tendez-vous la peau du patient avant de piquer ?	Oui	114 64.41%
	Non	63 35.59%

	Nb	%
Vous arrive-t-il de pincer la peau pour produire un pli cutané avant de piquer ?	Oui	25 13.97%
	Non	154 86.03%

INJECTION

® Faire pénétrer l'aiguille rapidement dans la peau jusqu'à la garde : L'angle recommandé de l'aiguille est de 90°

® Limiter la pratique de l'aspiration au site dorsoglutéal : inutile lors de l'injection dans les autres sites

® En Dorsoglutéal : Effectuer une aspiration en retirant le piston 5-10 secondes

- Pas de sang aspiré : injecter le médicament
- Présence de sang : retirer complètement l'aiguille, la remplacer et recommencer le soin

Réalisez-vous
systématiquement un reflux
sanguin ?

	Nb	%
Oui	169	93.89%
Non	11	6.11%

® Dans tous les cas, injecter le médicament lentement à une vitesse de 1ml/10sec

Administrez-vous lentement
le produit lors de
l'intramusculaire ?

	Nb	%
Oui	170	97.7%
Non	4	2.3%

INJECTION

® Attendre 10 secondes une fois le produit injecté pour permettre au médicament de se répandre dans le tissu musculaire avant de retirer l'aiguille en conservant son angle d'insertion

Retirez-vous l'aiguille
immédiatement après avoir
injecté le produit ?

	Nb	%
Oui	83	46.63%
Non	95	53.37%

® Relâcher la peau tendue ou étirée par la main non dominante

® Appliquer une légère pression à l'aide d'une compresse sèche sur le site d'injection. ® Ne pas masser.

Massez-vous le point
d'injection après le retrait de
l'aiguille ?

	Nb	%
Oui	45	25.57%
Non	131	74.43%

Exercez-vous une pression
sur le point d'injection
après le retrait de
l'aiguille ?

	Nb	%
Oui	76	43.43%
Non	99	56.57%

Constatez-vous parfois une
fuite de produit après le
retrait de l'aiguille ?

	Nb	%
Oui	123	69.89%
Non	53	30.11%

INJECTION

® Réévaluer la douleur avec la même échelle et tracer cette mesure dans la pancarte

® Réévaluer la douleur à 24h en utilisant la même échelle :

- ✓ EN si le patient doit être joint par téléphone
- ✓ EVA si le patient revient sur site

Réévaluez-vous la douleur ?

	Nb	%
--	----	---

Oui	156	87.15%
Non	23	12.85%

Où tracez-vous l'évaluation de la douleur ?

	Nb	%
--	----	---

•Observations	95	38.78%
•Module NAP / APAP	18	7.35%
•Pancarte	87	35.51%
•Non tracé	45	18.37%

Recommandations de bonnes pratiques en lien avec la pharmacie et le DQSH

1. PREAMBULE

Pour l'ensemble des pratiques décrites dans ce document il convient de respecter les recommandations de bonnes pratiques décrites dans les documents suivants

- Les précautions standards d'hygiène (INS-SPI-396)
- L'identitovigilance (INF-VST-0535)

2. PREPARATION DU SOIN

2.1. Choix de l'aiguille

Le choix de l'aiguille dépend de plusieurs facteurs :

- Le muscle (*localisation de l'injection*)
- Le type de solution à injecter
- La quantité de tissu adipeux qui couvre le muscle
- Le poids ou l'IMC du patient (*l'aiguille à sélectionner est précisée sur la notice du produit injecté*)

Au sein de l'établissement, il existe 4 types d'aiguilles, disponibles sur Copilote Pharmacie. Sélectionner l'aiguille appropriée selon le type corporel et le site d'injection :

- AIG 21GX25MM embout vert : Grand et moyen glutéal/ Poids < 90kg ou IMC < 30 kg/m² (001423)
- AIG 21GX50MM embout vert : IM Profonde/ Muscles grands et moyen glutéal/ Poids > 90kg ou IMC > 30 kg/m² (003686)
- AIG 22G X 25MM embout noir : Deltode/ 60< Poids < 90 kg ou IMC < 30 kg/m² (006098)
- AIG 23G X 25MM embout bleu : Deltode / Poids < 60 kg ou IMC < 30 kg/m² (001424)

2.2. Conseils techniques

Pour la préparation du médicament injectable : se référer à la prescription médicale et à la notice du médicament.

Mettre en température ambiante si le produit est conservé au froid (+/- 20 min) Exemple : Risperdal CONSTA

Désinfecter les flacons, sauf ceux fermés hermétiquement et stérilisés en usine.

Eviter de purger le produit jusqu'à faire perler une goutte sur le biseau pour prévenir le risque de douleur et de diminuer la perte de produit.

Changer d'aiguille entre le prélèvement du produit et l'injection

Prise en compte de la douleur :

- Questionner le patient sur d'éventuelles appréhensions vis-à-vis du soin
- Questionner le patient sur son ressenti vis-à-vis de son installation ou d'éventuelles positions antalgiques ainsi que son site d'injection préférentiel
- Adapter le déroulement du soin à sa demande et proposer d'éventuelles techniques antalgiques (médicamenteuses ou/et non médicamenteuses)
- Réaliser une échelle d'évaluation certifiée (EVA ou autres) et utiliser toujours la même à chaque évaluation

Bien choisir le site d'injection et penser à l'installation du patient en fonction.

Procéder au repérage du site d'injection par palpation.

Nettoyer le site d'injection avec le produit désinfectant et laissez le produit sécher complètement (environ 30 secondes).

4.3. Tableau Récapitulatif des Sites d'Injection

Site d'injection / Indication	Volume	Installation/ repérage	Repérage/ Schéma
Deltode : Absorption rapide du médicament. Utilisation pour des injections de faible volume, ou vaccinations ou sédatif en petit volume	0.5ml à 2ml	- Debout ou assis - Bras placé sur la table pour dé tendre le muscle	
Dorsoglutéal : Risque que le médicament soit injecté dans la graisse sous-cutanée : absorption retardée du médicament, irritation des tissus, granulomes. Risque d'endommager la nerf sciatique ou l'artère fessière. L'utilisation de ce site d'injection est à éviter autant que possible, sauf indications particulières justifiant son recours. (Ex : Clopidol AP, Haldol Decanoat®, Zypadeno®...) Pour les injections profondes.	1 à 5ml	- Allongé sur le ventre les coudes posés vers l'intérieur ou en décubitus latéral - Le genou du dessus fléchi et replié sur la jambe du dessous.	
Vantroglutéal : Site recommandé par l'ANM. Présente peu d'inconvénients : relativement exempt de nerfs et de vaisseaux sanguins importants. Points de repère pour l'administration faciles à localiser. Pour les injections profondes.	1 à 3 ml	- Allongé sur le ventre ou en décubitus latéral - Le genou du dessous fléchi et replié sur la jambe du dessous	
Vastus Lateralis (côté latéral de la cuisse) et Rectus Femoris (Partie antérieure de la cuisse) : Situé sur les faces latérales (vastus latéral) et antérieures (rectus femoris) de la cuisse : Quadriceps fémoral. Absorption plus lente du médicament que dans le deltoïde, mais plus rapide que dans le fessier. Faciles d'accès mais peuvent provoquer une gêne considérable.	Jusqu'à 5ml	- Assis ou couché sur le dos	

CARTE D'IDENTITE DU DOCUMENT

Objet du document	
Décrire la technique de l'injection retard de neuroleptique en intramusculaire	
Emetteur	Domaine d'application
COPIL EBN	Professionnels des équipes de soins de l'ensemble de pôle de l'hôpital
Type de document	
<input type="checkbox"/> Procédure <input checked="" type="checkbox"/> Protocole <input type="checkbox"/> Instruction <input type="checkbox"/> Fiche technique et de sécurité <input type="checkbox"/> Formulaire <input type="checkbox"/> Informations diverses	
Emplacements dans la gestion documentaire (Processus > Sous-processus > Chapitre dans BlueKango)	
5. PARCOURS DU PATIENT > Activités de soins > Protocoles généraux 10. MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE > Circuit du médicament > Administration	
Documents de référence (textes réglementaires, recommandations de bonnes pratiques, ...)	
<ul style="list-style-type: none">Ayinde, O., Hayward, R. S., & Ross, J. D. C. (2021). The effect of intramuscular injection technique on injection associated pain; a systematic review and meta-analysis. <i>PLOS ONE</i>, 16(5), e0250883. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250883Fekonja, U., Fekonja, Z., & Vrbnjak, D. (2021). The assessment of knowledge and practical skills of intramuscular injection administration among nursing staff : A cross-sectional study. <i>Australian Journal of Advanced Nursing</i>, 38(3). https://doi.org/10.37464/2020.383.234Gabhorn, L. M. (1998). A comparison of two depot injection techniques. <i>Nursing Standard</i>, 12(37), 39-41. https://doi.org/10.7748/ns1998.06.12.37.39.c2512Guiguet-Auclair, C., Bernard, L., Boisgard, S., Cardinaud, Z., Fernandes, J., Debost-Legrand, A., Gregoire, E., Lanquetin, J. P., Morin, N., Lopes, E., Noel, T., Guillot, B., Viennet, H., Reynaud, D., Traore, O., & Legrand, G. (2023). Clinical practice recommendations for nurse-administered intramuscular injections in mental health : A modified Delphi study. <i>Journal of Advanced Nursing</i>, 79(10), 3956-3980. https://doi.org/10.1111/jan.15709Legrand, G., Guiguet-Auclair, C., Viennet, H., Aumeran, C., Reynaud, D., Badrikian, L., & Debost-Legrand, A. (2019). Nurses' practices in the preparation and administration of intramuscular injections in mental health : A cross-sectional study. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 28(17-18), 3310-3317. https://doi.org/10.1111/jocn.14909Nicoll, L. H., & Hesby, A. (2002). Intramuscular injection : An integrative research review and guideline for evidence-based practice. <i>Applied Nursing Research</i>, 15(3), 149-162. https://doi.org/10.1053/apnr.2002.34142Ogston-Tuck, S. (2014). Intramuscular injection technique : An evidence-based approach. <i>Nursing Standard</i>, 29(4), 52-59. https://doi.org/10.7748/ns.29.4.52.e9183Rodger, M. A., & King, L. (2000). Drawing up and administering intramuscular injections : A review of the literature. <i>Journal of Advanced Nursing</i>, 31(3), 574-582. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01312.xWynaden, D., Landsborough, I., McGowan, S., Baigomaham, Z., Finn, M., & Pennebaker, D. (2006). Best practice guidelines for the administration of intramuscular injections in the mental health setting. <i>International Journal of Mental Health Nursing</i>, 15(3), 195-200. https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2006.00423.x	
Documents liés (autres documents Qualité de la gestion documentaire)	
<ul style="list-style-type: none">PRL-OPC-0381 Aide à l'administration : protocole d'injection ZYPADHERA®PRL-OPC-0377 : Aide à l'administration : protocole d'injection CLOPIDOL®PRL-OPC-0380 : Aide à l'administration : protocole d'injection XEPLION®PRL-OPC-0374 Aide à l'administration : protocole d'injection ABILIFY MAINTENA®PRL-OPC-0372 Aide à l'administration : protocole d'injection HALDOL DECANOAS®PRL-OPC-0378 Aide à l'administration : protocole d'injection RISPERDAL CONSTA®PRL-OPC-0410 Aide à l'administration : protocole d'injection LORAZEPAM XILMAC®	

Les protocoles de levée isolement/contention par les IDE (en cours de test)

Evidence Based Nursing

LE VINATIER

PSYCHIATRIE UNIVERSITAIRE
LYON MÉTROPOLE



Questionnement
sur la réduction
des mesures
coercitives

- Peut-on agir dans un premier temps sur la durée des isolement/contention?
- Le rôle propre IDE est-il une alternative?

Législation

- Protocole de coopération?
- Protocole établissement?

Recherche dans
la littérature

- Echelles psychométriques?
- Adaptation au terrain

Proposition d'un
logigramme

- Présentation en CME pour validation
- Phase test
- Recueil de données

Généralisation à
l'intra-
hospitalier

The Brøset Violence Checklist (BVC®)

Interpretation et Operationalisation

Interprétation du score:

Score = 0 Le risque de violence est faible

Score = 1-2 Le risque de violence est modéré. Des mesures préventives devraient être prises

Score > 2 Le risque de violence est très élevé. Des mesures préventives devraient être prises. De plus, une conduite à tenir devrait être mise en place pour gérer la violence potentielle.

Opérationnalisation des comportements/items:

Confus	Apparaît de façon évidente confus et désorienté. N'est plus conscient de l'heure, du lieu et des personnes.
Irritable	Facilement énervé ou en colère. Incapable de tolérer la présence des autres.
Remuant	Comportement ouvertement bruyant. Par exemple claquer les portes, crier lorsqu'il parle.
Menaces Physiques	Lorsqu'il y a une intention délibérée de menacer physiquement une autre personne. Par exemple la prise d'une position agressive. Le fait d'accrocher les vêtements d'une autre personne, de lever le bras ou le poing, de lancer la jambe, ou mimer un coup de tête vers quelqu'un.
Menaces Verbales	Un déclenchement verbal qui n'est pas seulement une élévation du ton de la voix; et lorsqu'il y a une intention délibérée d'intimider ou menacer une autre personne. Par exemple des attaques verbales, des abus, des appels par le nom, des commentaires neutres exprimés d'une manière agressive ou hargneuse.
Attaques d'Objets	Une attaque dirigée vers un objet et non un individu. Par exemple le fait de lancer un objet sans discernement. Claquer ou fermer fort des fenêtres; Donner un coup de pied à un objet, claquer un objet, donner un coup de tête à un objet; ou briser du matériel.

NB: For the behaviours/items physically threatening, verbally threatening and attacking objects the operationalisation was adapted from the Behavioural Status Index (Reed, Woods & Robinson, 2000) by one of the authors (Woods).

© Linaker & Bush Iversen (1995). Roger Almvik and Phil Woods (2000) – not to be copied without express written permission by one of the authors: (email: roger.almvik@ntnu.no or phil.woods@usask.ca)

The Brøset Violence Checklist (BVC®) – Instructions rapides:
Coter le patient à l'heure convenue par chaque équipe. L'absence du comportement donne un score de 0. La présence du comportement donne un score de 1. Le score maximum (SOMME) est de 6. Si le comportement est normal pour un patient bien connu, seule une majoration du comportement donne un score de 1, Ex : si un patient bien connu est habituellement confus (est comme cela depuis longtemps) cela donne un score de 0. Si une majoration de la confusion est observée cela donne un score de 1.

Données Patient

Lundi / /	Jour	Soir	Nuit
Confusion			
Irritabilité			
Remuant			
Menaces Verbales			
Menaces Physiques			
Attaques d'Objets			
SOMME			

Mardi / /	Jour	Soir	Nuit
Confusion			
Irritabilité			
Remuant			
Menaces Verbales			
Menaces Physiques			
Attaques d'Objets			
SOMME			

Mercredi / /	Jour	Soir	Nuit
Confusion			
Irritabilité			
Remuant			
Menaces Verbales			
Menaces Physiques			
Attaques d'Objets			
SOMME			

Jeudi / /	Jour	Soir	Nuit
Confusion			
Irritabilité			
Remuant			
Menaces Verbales			
Menaces Physiques			
Attaques d'Objets			
SOMME			

Vendredi / /	Jour	Soir	Nuit
Confusion			
Irritabilité			
Remuant			
Menaces Verbales			
Menaces Physiques			
Attaques d'Objets			
SOMME			

Samedi / /	Jour	Soir	Nuit
Confusion			
Irritabilité			
Remuant			
Menaces Verbales			
Menaces Physiques			
Attaques d'Objets			
SOMME			

Dimanche / /	Jour	Soir	Nuit
Confusion			
Irritabilité			
Remuant			
Menaces Verbales			
Menaces Physiques			
Attaques d'Objets			
SOMME			

CONCLUSION

So What's next ?

- Ayinde, O., Hayward, R. S., & Ross, J. D. C. (2021). The effect of intramuscular injection technique on injection associated pain; a systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 16(5), e0250883.
- Fekonja, U., Fekonja, Z., & Vrbnjak, D. (2021). The assessment of knowledge and practical skills of intramuscular injection administration among nursing staff : A cross-sectional study. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 38(3).
- Gabhann, L. M. (1998). A comparison of two depot injection techniques. *Nursing Standard*, 12(37), 39-41. [10.1016/S0969-5138\(98\)00037-9](#)
- Guiguet-Auclair, C., Bernard, L., Boisgard, S., Cardinaud, Z., Fernandes, J., Debost-Legrand, A., Gregoire, E., Lanquetin, J. P., Morin, N., Lopes, E., Noel, T., Guillot, B., Viennet, H., Reynaud, D., Traore, O., & Legrand, G. (2023). Clinical practice recommendations for nurse-administered intramuscular injections in mental health : A modified Delphi study. *Journal of Advanced Nursing*, 79(10), 3956-3980. [10.1111/j.1365-2648.2023.02512.x](#)
- Legrand, G., Guiguet-Auclair, C., Viennet, H., Aumeran, C., Reynaud, D., Badrikian, L., & Debost-Legrand, A. (2019). Nurses' practices in the preparation and administration of intramuscular injections in mental health : A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 28(17-18), 3310-3317. [10.1111/jocn.14471](#)
- Nicoll, L. H., & Hesby, A. (2002). Intramuscular injection : An integrative research review and guideline for evidence-based practice. *Applied Nursing Research*, 15(3), 149-162.
- Ogston-Tuck, S. (2014). Intramuscular injection technique : An evidence-based approach. *Nursing Standard*, 29(4), 52-59. [10.1016/j.nurst.2014.02.005](#)
- Rodger, M. A., & King, L. (2000). Drawing up and administering intramuscular injections : A review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 574-582. [10.1046/j.1365-2648.2000.01447.x](#)
- Wynaden, D., Landsborough, I., McGowan, S., Baigmohamad, Z., Finn, M., & Pennebaker, D. (2006). Best practice guidelines for the administration of intramuscular injections in the mental health setting. *International Journal of Mental Health Nursing*, 15(3), 195-200. [10.1111/j.1447-1011.2006.00111.x](#)