



RETOURNEMENT DÉCUBITUS VENTRAL USAGER SOUS VENTILATION MÉCANIQUE

PRÉPARATION

MATÉRIEL

- Surface active avec sections pouvant être dégonflées individuellement (K0 ou K2) selon le poids de l'utilisateur
- Coussins en viscoélastique pour le positionnement de la tête, du bassin, des épaules, etc.
 - 2 Coussins en C pour la tête (un pour chaque côté de la tête)
 - 1 Grand coussin rectangulaire pour mettre sous le thorax
 - 4 Coussins demi-cercle
 - 1 petit coussin rectangulaire pour maintenir la tête durant le retournement (au besoin pour l'inhalothérapeute)
- 1 Toile bleue pour le décubitus ventral Maxi transfer Sheet;
- 1 Piqué bleu
- Rallonges pour solutés
- Électrodes pour le monitoring de l'ECG
- Pansements de mousse pour protéger les proéminences osseuses;
- Pansement mousse non bordé 10 x 10 cm (ex. : Allevyn non adhésif)
 - Ne doit pas coller pas à la peau de l'utilisateur
 - Matériel pour les soins de la bouche
- Matériel d'aspiration des sécrétions endotrachéal
- Ruban de silicone (bleu) et solution d'hydratation oculaire
- Cathéter vésical à demeure
- Petit miroir pour visualiser sous la tête en position ventral
- Autres :

VÉRIFICATIONS PRÉ RETOURNEMENT INFIRMIÈRE

Voies veineuses et autres dispositifs

- S'assurer que toutes les lignes veineuses sont suturées ou sécurisées
- Suspendre et retirer les perfusions et la surveillance non essentielles
- Vérifier les pansements et la fixation de tous les dispositifs en place : tube gastrique, voie centrale, canule artérielle, drain, sonde urinaire, voies périphériques, etc.
- Retirer les jambières pneumatiques le temps de la manœuvre
- Déconnecter le brassard à tension artérielle durant la manœuvre
- Dégager les câbles du moniteur cardiaque
- Déplacer les électrodes sur le côté des épaules et du bassin

État neurologique

- S'assurer que l'utilisateur reçoit une sédation et une analgésie adéquates selon l'ordonnance médicale.
- Une sédation profonde est recommandée :
 - RASS de -5);
 - Un bolus de sédation peut être nécessaire selon ordonnance)
- Envisager un bloqueur neuromusculaire (curare) au besoin selon ordonnance

VÉRIFICATIONS PRÉ RETOURNEMENT INFIRMIÈRE (SUITE)

Intégrité de la peau

- Visualiser les points de pression (épaules, clavicules, côtes, crêtes, iliaques, tibias, genoux, orteils)
- Recouvrir les dispositifs pouvant causer des lésions (ex. : robinet pig tail)

Soins des yeux

- Effectuer le soin des yeux (nettoyer, lubrifier)
- Fermer les paupières et recouvrir d'un ruban en silicone

Sonde nasogastrique

- Vérifier le positionnement (mesure et fixation) de la sonde gastrique
- Fermer le TNG/TNE le temps de la manœuvre
- Valider le positionnement après la manœuvre

Nutrition entérale

- L'alimentation doit être administrée par tube nasoentérique en position post-pylorique
- L'alimentation entérale doit être arrêtée avant la manœuvre de retournement (Voir ordonnance)
- Si TNG en place (seul ou avec TNE) :** le contenu gastrique doit être aspiré

Autres éléments

- Effectuer les soins de la bouche;
- Procéder aux irrigations requises (ex. : jéjunostomie, cathéter périphérique, drain Pig Tail, etc.)

VÉRIFICATIONS PRÉ RETOURNEMENT INHALOTHÉRAPEUTE

- Vérifier la mesure du tube endotrachéal et s'assurer de la solidité de la fixation
- Placer le tube endotrachéal au coin de la bouche à la droite de l'utilisateur
- Dégager le circuit de ventilation du bras de support
- Dégager et fermer la voie d'aspiration sous-glottique
- Préoxygéner l'utilisateur avec 100% au minimum 5 min avant le retournement
- Placer le saturomètre sur un des doigts de la main opposée au respirateur
- Réévaluer les paramètres de ventilation et le réglage des alarmes du respirateur
- Procéder à l'auscultation pulmonaire et effectuer au besoin l'aspiration des voies respiratoires
- S'assurer que l'aspiration en circuit fermé est disponible et fonctionnelle pendant toute la durée de l'intervention
- Aspirer les sécrétions via la voie d'aspiration sous-glottique

ENVIRONNEMENT

- S'assurer que le médecin traitant ou le fellow est sur place et avisé du retournement;
- Prévoir un minimum de 6 intervenants :
 - 2 Inhalothérapeutes à la tête de l'utilisateur
 - 4 intervenants supplémentaires (personnel infirmier, PAB, physiothérapeute)
 - 2 minimalement de chaque côté de l'utilisateur
 - Ajuster le nombre d'intervenants au besoin selon le poids de l'utilisateur.
- Gonfler le matelas à MAX.
- Centrer le lit au milieu de la pièce
- Placer le respirateur le plus près possible de la tête du lit
- Placer les pompes à perfusion à la tête du lit, si possible
- Éloigner du lit tout matériel non utilisé
- Ajuster la hauteur du lit, selon les principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires en priorisant le positionnement de l'inhalothérapeute
- Les intervenants côté respirateur préparent la lingerie (drap et coussins)
- Abaisser complètement la tête du lit à plat (0 degré)
- Retirer les quatre coins du drap contour
- Localiser le zipper permettant de dégager les cellules du matelas

RETOURNEMENT EN DÉCUBITUS VENTRAL

1. DÉPLACEMENT LATÉRAL COTÉ OPPOSÉ RESPIRATEUR

- Vérifier que toutes les étapes préparatoires sont complétées
- Les intervenants se placent en position
- Retirer la jaquette de l'usager afin de faciliter le retournement
- L'infirmière responsable annonce le début du déplacement latéral et rappelle à voix haute la position, le rôle de chacun et les étapes à suivre
- Débuter le déplacement au décompte de l'inhalothérapeute afin d'entreprendre le mouvement de façon coordonnée
- Glisser l'usager vers le côté du lit opposé au respirateur, (**Annexe 1- PDSB**)
- Au besoin, repositionner l'usager dans le lit pour que la tête soit à la hauteur appropriée.

2. POSITIONNER LA TOILE BLEUE ET DÉGONFLER LES CELLULES

Intervenant du côté respirateur

- Pousser le drap blanc en place sous l'usager (intervenants coté respirateur)
- Placer la toile bleue pour le décubitus ventral Maxi transfer Sheet
 - Extrémité haute **sous la tête humérale dans la partie supérieure du triceps et au-dessus des pectoraux/poitrine**
 - **Insérer jusqu'au repère** afin de conserver une bonne longueur du côté droit pour effectuer le retournement efficacement
- Rouler la toile bleue pour le décubitus ventral le long de l'usager en préparation du retournement
- Placer la main de l'usager qui est au centre du lit (**côté respirateur**) sous sa hanche (paume vers le haut)

Autres intervenants

- Pousser le drap blanc en place sous l'usager (intervenants coté respirateur)
- Placer la toile bleue pour le décubitus ventral Maxi transfer Sheet
 - Extrémité haute **sous la tête humérale dans la partie supérieure du triceps et au-dessus des pectoraux/poitrine**
 - Insérer jusqu'au repère afin de conserver une bonne longueur du côté droit pour effectuer le retournement efficacement

3. POSITIONNEMENT EN DÉCUBITUS LATÉRAL FACE AU RESPIRATEUR

- Débuter le déplacement au décompte de 3 (par l'inhalothérapeute) afin d'entreprendre le mouvement de façon coordonnée
- Faire pivoter l'usager en position latérale regard vers le respirateur et sur la main qui est positionnée sous la fesse (**Annexe 1- PDSB**)
- Déconnecter l'électrode V en antérieur et placer au centre du dos de l'usager

4. RETOURNEMENT EN DÉCUBITUS VENTRAL

- L'infirmière responsable annonce le début du retournement
- Revalider la bonne disposition des différents dispositifs
- Débuter le retournement au décompte par l'inhalothérapeute afin d'entreprendre le mouvement de façon coordonnée
- Retourner l'usager en position ventrale à l'aide de la toile de transfert (**Annexe 1- PDSB**)

Inhalothérapeute qui ne tient pas la tête de l'usager

- Retirer l'oreiller sous la tête de l'usager;
 - Installer le coussin avec un piqué bleu sous la tête de l'usager
- Le drap souillé sera automatiquement retiré par les intervenants côté opposé du respirateur

Autres intervenants

- Insérer les coussins en viscoélastique pour le positionnement des épaules, du bassin et des chevilles
 - Le grand coussin sous le pectoral peut être omis au besoin
 - Utiliser le lève-personne si besoin pour soutenir le poids de l'usager**(Voir mobilisation de la tête et soins associés)**
- Positionner les bras le long du corps
- Vérifier que les électrodes sont positionnées adéquatement
- Appliquer des pansements de mousse sur les points de pression identifiés préalablement et entre les différents dispositifs médicaux et la peau de l'usager.

5. POSITIONNEMENT DE LA TÊTE ET VÉRIFICATION

Personnel infirmier

- Assurer le positionnement adéquat de la tête, yeux, oreilles dégagées en collaboration avec inhalothérapeute
 - Utiliser un miroir au besoin
- Incliner le lit en proclive (10 degrés) pour obtenir un positionnement de la tête plus haute que le cœur afin de diminuer le risque d'œdème facial et oculaire
 - Puisque la pression au niveau du visage sera augmentée, les muqueuses, le contour de l'œil et l'oreille sont particulièrement à surveiller (risque de perte de la vue).
- Vérifier le positionnement et dégager le tube d'alimentation
- Vérifier qu'il n'y a pas de protubérance de la langue
- Positionnement et perméabilité des voies de perfusion
- Positionner les organes génitaux vers le bas chez l'homme, dégager les seins chez la femme
- Respect de l'alignement corporel : risque important de lésions neurologiques et musculaires
- Déposer une jaquette sur le dos de l'utilisateur
- Installer une culotte ouverte sous l'utilisateur au besoin
- Évaluer l'utilisateur, prendre les signes vitaux et procéder à l'auscultation pulmonaire
- Installer les dispositifs médicaux de façon sécuritaire
- Vérifier l'absence de plis dans les draps ou au niveau du matériel
- Remettre les jambières pneumatiques, s'il y a lieu
- Redébuter la nutrition entérale selon l'ordonnance

Inhalothérapeute

- Réajuste le coussin sous la tête de l'utilisateur au besoin
- S'assurer que le cou n'est pas en hyper-extension
- S'assurer que le tube endotrachéal est accessible et que la mesure aux lèvres n'a pas changée
- Valider avec miroir le positionnement et les points de pressions
- Remettre le circuit de la ventilation sur le bras de support
- Réévaluer les paramètres de ventilation et le réglage des alarmes du respirateur
- Ajuster la FiO₂ graduellement selon la SPO₂ visée
- Vérifier la pression du ballonnet du tube endotrachéal

SOINS ET SURVEILLANCE AUX 2 HEURES

MATÉRIEL

- 1 Toile bleue pour le décubitus ventral
- 1 piqué bleu
- Lève personne au plafond ou sur pied
- Matériel pour les soins de la bouche
- Matériel d'aspiration des sécrétions
- Ruban de silicone (bleu) et solution d'hydratation oculaire
- Débarbouillettes
- Culotte d'incontinence au besoin

PRÉPARATION

- En équipe, choisir le moment opportun pour effectuer la manœuvre : 2 inhalothérapeutes, personnel infirmier et préposé aux bénéficiaires au besoin
- Prévoir un minimum de 4 intervenants :
 - 2 Inhalothérapeutes à la tête de l'utilisateur
 - Personnel infirmier pour sécuriser les dispositifs médicaux et intervenir au besoin
 - Un intervenant pour la manipulation du lève-personne
- Rassembler le matériel nécessaire
- Effectuer l'hygiène des mains
- Éloigner du lit tout matériel non utilisé

PRÉPARATION (SUITE)

- Ajuster la hauteur du lit, selon les principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires en priorisant le positionnement de l'inhalothérapeute
- Procéder aux soins de la bouche
- Évaluer les yeux : paupières fermées et présence d'œdème
- Effectuer les soins de l'œil dégagé (fermé, lubrifié et dégagé)
- Assurer que la toile est bien positionnée sous l'utilisateur :
 - **Extrémité haute sous la tête humérale dans la partie supérieure du triceps et au-dessus des pectoraux/poitrine**
 - Doit être centré par rapport au matelas et à l'utilisateur
 - Coutures aux extrémités doivent être enligné avec le matelas
- Abaisser complètement la tête du lit à plat (0 degré)
- Si lève personne sur roulettes, l'insérer sous le lit sans ouvrir la base à roulette

1. MOBILISATION DE LA TÊTE ET SOINS ASSOCIÉS

- Abaisser complètement la tête du lit à plat (0 degré)
- Centrer le lève-personne en haut de l'utilisateur
- Descendre le lève-personne au niveau qui permettra la fixation des sangles
- Dégager les sangles de la toile de décubitus présents à la hauteur des pectoraux
- Fixer sangles jaunes et mauves, premier échelon, au premier crochet du lève-personne :**
 - Ajuster les sangles selon jugement
 - La toile doit passer dans le milieu du triceps lors de la relevée.
- Confirmer avec l'inhalothérapeute le début de la procédure
- Soulever le haut du corps de l'utilisateur à l'aide du lève-personne
 - Sécuriser la tête et le tube endotrachéal en tout temps
 - Hauteur nécessaire pour que l'inhalothérapeute tourne la tête de l'utilisateur sécuritairement
 - Éviter de lever trop la tête pour éviter le risque de blessure en bas du dos de l'utilisateur

Inhalothérapeute #2 :

- Retirer le coussin

Inhalothérapeute #1 :

- Tourner la tête de l'utilisateur et maintenir durant les autres manipulations
- Déplacer le tube de l'autre côté de la bouche

Inhalothérapeute #2 :

- Changer le piqué sous le coussin si souillé
Replacer un nouveau coussin

Autres intervenants :

- Redéposer la tête de l'utilisateur à l'aide du lève-personne
 - Inhalothérapeute #1 maintient la tête jusqu'à ce qu'elle soit bien déposée
- Retirer les sangles et les accrocher à la tête du lit pour éviter le glissement de l'utilisateur vers le bas

Vérifications et soins post manœuvre :

- Vérifier la position des tubes: endotrachéal et d'alimentation;
- Dégager l'oreille et l'œil;
- Effectuer les soins du second œil (fermé, lubrifié et dégagé);
- Finaliser les soins de la bouche et s'assurer qu'il n'y a pas de protubérance de la langue;
- Vérifier le positionnement de la tête.
- Nettoyer le coussin à l'aide d'un nettoyant à base de peroxyde d'hydrogène afin qu'il soit prêt et sec pour le prochain changement de position

2. MOBILISATION DES MEMBRES SUPÉRIEURS

Vérifications et soins post manœuvre :

- Vérifier la position des tubes: endotrachéal et d'alimentation
- Dégager l'oreille et l'œil du côté de l'oreiller
- Effectuer les soins du second œil (fermé, lubrifié et dégagé)
- Finaliser les soins de la bouche et s'assurer qu'il n'y a pas de protubérance de la langue
- Vérifier le positionnement de la tête
- Nettoyer le coussin à l'aide d'un nettoyant à base de peroxyde d'hydrogène afin qu'il soit prêt et sec pour le prochain changement de position

Position basse (main le long du corps) :

- Stabiliser l'épaule et l'omoplate en appliquant une pression légère vers le pied du lit;
- Soutenir l'épaule durant toute la mobilisation
- Glisser doucement le bras vers le bord du lit afin d'amener la main au-dessus du vide
- Retourner lentement la main afin de la positionner face vers le sol
- Plier le coude tout en faisant glisser l'avant-bras pour amener la main de l'utilisateur à la hauteur des yeux
- Installer les coussins afin de maintenir un bon alignement du bras et du thorax
- Effectuer les étapes à l'inverse pour la mobilisation de position haute à basse

Nageur à droite et nageur à gauche :

Que ce soit pour le nageur à gauche ou à droite, les principes de base à respecter sont :

- L'utilisateur doit toujours regarder sa main.
- La main en position haute sera donc toujours positionnée à l'avant de la tête de l'utilisateur
- Maximum de 60° de flexion de l'épaule
- Vérifier qu'il n'y a pas d'élévation des épaules (épaules loin des oreilles)

3. MOBILISATION DES MEMBRES INFÉRIEURS

À plat sur le ventre :

- Placer un oreiller sous la cheville dans un angle de plus ou moins 90 degrés
- Positionner les organes génitaux vers le bas chez l'homme, dégager les seins chez la femme
- Si nécessaire, placez un coussin sous les épaules de l'utilisateur en respectant l'alignement corporel

Flamant gauche ou droit :

- Fléchir à demi la jambe ipsilatérale au côté du visage;
- Placer un coussin sous la hanche de la jambe fléchie en prenant soin de ne pas comprimer la veine fémorale
- La jambe qui n'est pas fléchie doit être surélevée de la même manière que dans la position à plat
- Positionner les organes génitaux vers le bas chez l'homme, dégager les seins chez la femme
- Si nécessaire, placez un coussin sous les épaules de l'utilisateur en respectant l'alignement corporel

4. VÉRIFICATION USUELLE DU POSITIONNEMENT VENTRALE TOUS LES 2 HEURES

- Assurer que tous les dispositifs sont bien positionnés :
- Positionnement adéquat de la tête : (latéral gauche ou droit, yeux et oreille dégagés)
- Assurer que le lit est en proclive (10 degrés)
- Tube endotrachéal accessible
- Mesure du tube d'alimentation
- Tube gastrique/entéral dégagé(s)
- Vérifier qu'il n'y a pas de protubérance de la langue
- Absence de plis dans les draps ou au niveau de la toile de transfert Maxi Transfer Sheet Arjo
- Positionnement et perméabilité des voies de perfusion
- Respect de l'alignement corporel : risque important de lésions neurologiques et musculaires**
- Lorsque tous les éléments sont validés, incliner le lit en proclive (10 degrés)

RETOURNEMENT EN POSITION DORSAL

PRÉPARATION

- Vous référer aux mêmes étapes que mentionné ci-haut pour le retournement ventral

1. DÉPLACEMENT LATÉRALE VERS LE RESPIRATEUR

- Retirer la jaquette de l'usager afin de faciliter le retournement
- Les intervenants se placent en position
- Débuter le déplacement au décompte par l'inhalothérapeute afin d'entreprendre le mouvement de façon coordonné
- S'assurer que le visage soit tourné vers le respirateur avant d'effectuer la manœuvre
 - Si la tête n'est pas du bon côté, faire la mobilisation à l'aide du lève patient tel que décrit précédemment
- Glisser l'usager vers le côté du lit du respirateur à l'aide de la toile bleue pour le décubitus ventral; (Annexe 1- PDSB)
- Repositionner l'usager dans le lit au besoin, pour que la tête soit à la hauteur appropriée
- Déplacer la sonde et les capteurs à pression côté opposé au respirateur**
- Placer la main de l'usager du côté opposé au respirateur sous sa hanche (paume vers le haut)
- Placer le saturomètre de l'autre côté

Intervenant côté opposé au respirateur :

- Pousser la toile bleue pour le décubitus ventral sous l'usager et placer un nouveau drap sur le matelas
- Prendre soin de pousser le drap sous l'usager afin de faciliter la manipulation lors du positionnement en latéral et de conserver une bonne longueur
- Dégager les câbles du moniteur cardiaque
- Remettre la sonde et les capteurs de pression côté opposé au respirateur

2. POSITIONNEMENT EN DÉCUBITUS LATÉRAL GAUCHE (VISAGE VERS LE RESPIRATEUR)

- Débuter le déplacement au décompte par l'inhalothérapeute afin d'entreprendre le mouvement de façon coordonné
- Faire pivoter l'usager sur le côté vers l'intérieur du lit (visage vers le respirateur) sur la main qui est positionnée sous la hanche (Annexe 1- PDSB)**
- Retirer l'électrode du V du moniteur cardiaque de la face postérieure du thorax et la placer sur la face antérieure du thorax
- Retirer le drap souillé et rouler le nouveau drap le long de l'usager en préparation du retournement. Le drap roulé servira à tourner l'usager en position dorsale
- S'assurer que la main qui était sous l'usager est dégagée
- Au besoin, si procédure prolongée, utiliser le coussin rectangulaire afin de soutenir la tête de l'usager

3. RETOURNEMENT EN DÉCUBITUS DORSAL

- Débuter le retournement au décompte par l'inhalothérapeute afin d'entreprendre le mouvement de façon coordonné
- Retourner l'usager en position dorsale à l'aide du drap de dessous; (Annexe 1- PDSB)**
- Procédez à la vérification du positionnement dorsal
- Repositionner l'usager dans le lit au besoin, pour que la tête soit à la hauteur appropriée
- Gonfler entièrement les 3 cellules de la surface réactive où la tête sera positionnée

4. VALIDATION DU POSITIONNEMENT DORSAL

Personnel infirmier

- Positionnement adéquat de la tête
- Mesurer et dégager les tubes d'alimentation entérique
- Absence de plis dans les draps ou au niveau du matériel
- Positionnement et perméabilité des voies de perfusion
- Ajuster le lit en position neutre et tête de lit avec un angle de 30 à 45 degrés
- Remettre une jaquette à l'usager
- Évaluer l'usager, prendre les signes vitaux et procéder à l'auscultation pulmonaire
- Effectuer la radiographie pulmonaire selon l'ordonnance

Inhalothérapeute

- Réévaluer les paramètres de ventilation et le réglage des alarmes du respirateur
- Remettre la FiO₂ graduellement selon la saturation visée
- Remettre le circuit de la ventilation sur le bras de support
- Vérifier la pression du ballonnet du tube endotrachéal
- Remettre la voie sous-glottique sur la succion continue, au besoin
- S'assurer que le tube endotrachéal est accessible et que la mesure aux lèvres n'a pas changée

ANNEXE 1 PRINCIPES PDSB

1. Glisser l'usager vers le côté du lit opposé au respirateur, à l'aide du drap de transfert
 - ✓ Les 2 intervenants du côté opposé au respirateur effectue un transfert de poids avant-arrière/contrepois afin d'amener le patient au bord du lit.
 - ✓ Les intervenants de l'autre côté accompagne le mouvement et ne pousse pas le patient.
 - ✓ Coudes toujours collés au corps.
 - ✓ Prise solide, stable et avec les pouces vers le haut.
 - ✓ Éviter de tirer avec les bras, mais utiliser le poids de votre corps et les jambes pour effectuer le mouvement;
 - ✓ S'assurer de maintenir le dos bien droit et non courbé.
 - ✓ Faire pivoter l'usager en position latérale regard vers l'intérieur du lit (vers le respirateur) et sur la main qui est positionnée sous la fesse.
 - ✓ Le mouvement est initié par l'inhalothérapeute.
 - ✓ Les 2 intervenants du côté opposé au respirateur se positionnent un pied devant l'autre à la largeur des épaules.
 - ✓ Les coudes sont collés au corps avec une prise solide de la toile avec les pouces vers le haut.
2. Mouvement (Demi jeté) :
 - ✓ Effectuer un transfert de poids du bas vers le haut en maintenant ses coudes près du corps et en se rapprochant du patient;
 - ✓ Important de sortir les fesses lors du mouvement, maintenir une contraction abdominale et avoir un pied devant l'autre.
 - ✓ Les 2 intervenants du côté du respirateur: Viennent saisir l'épaule et la hanche (intervenant #1) et la hanche et le genou plié (intervenant #2).
 - ✓ Mouvement : Effectuer un transfert de poids avant arrière et ne fait qu'accompagner le mouvement pour effectuer la rotation.
3. Retourner l'usager en position ventrale à l'aide de la toile de transfert
 - ✓ Intervenants opposés au respirateur : Viennent saisir la toile avec une prise solide pouces vers le haut. Ils effectuent un transfert de poids avant-arrière afin de faire pivoter l'usager en position ventrale.
 - ✓ Intervenants du côté du respirateur : Accompagne la manœuvre en déposant l'usager en position ventrale.
 - ✓ L'inhalothérapeute maintient la tête de l'usager;
 - ✓ L'intervenant du côté du respirateur fait suivre le circuit.



ATTENTION

Cette manœuvre ne doit pas se terminer par une flexion du tronc ni avec les coudes écartés.

