

Usager sous ventilation mécanique en décubitus ventral

Émise le : 2017-06-17

Révisée le : 2025-04-03

RETOURNEMENT EN DÉCUBITUS VENTRAL

TECHNIQUE DE SOINS

Matériel

- ✓ Surface active avec sections pouvant être dégonflée individuellement ;
 - KO ou K2 selon le poids de l'usager ou de la disponibilité.
- ✓ 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-demi-cercle;
 - 1 petit coussin rectangulaire pour maintenir la tête durant le retournement (au besoin pour l'inhalothérapie).
- ✓ 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'usager.
- ✓ Matériel pour les soins de la bouche;
- ✓ Matériel d'aspiration des sécrétions endotrachéales;
- ✓ Ruban de silicone (bleu) et solution d'hydratation oculaire;
- ✓ Cathéter vésical à demeure;
- ✓ Petit miroir pour visualiser sous la tête en position ventrale.



Au besoin :

- ✓ Capnographe avec lecture en continue;
- ✓ Système de prise en charge fécale (Flexi-Seal^{MD});
- ✓ Liste de vérification pour la ventilation ventrale (disponible avec la MSI ou GDF).

MÉTHODE DE SOINS

Usager sous ventilation mécanique en décubitus ventral

Page

1 sur 23

Procédure

Étapes pré-exécutaires

- ✓ S'assurer que l'utilisateur est installé sur une surface active KO ou K2;
- ✓ Rassembler le matériel nécessaire au retournement :
 - Avoir à portée de la main les électrodes et la toile de transfert *Maxi Transfer Sheet Arjo*.
- ✓ Prendre les signes vitaux et effectuer les prélèvements sanguins requis selon l'ordonnance;
- ✓ En équipe, choisir le moment opportun pour effectuer la manœuvre : médecin, inhalothérapeute, personnel infirmier et préposé aux bénéficiaires.

Infirmier(ère) responsable de l'utilisateur	
Interventions	Explications
<u>Voies veineuses et autres dispositifs</u> • S'assurer que toutes les lignes veineuses sont suturées ou sécurisées; • Suspender et retirer les perfusions et les surveillances 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.	➤ Éviter le retrait accidentel des dispositifs médicaux.
<u>État neurologique</u> • 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 l'ordonnance. • Envisager un bloqueur neuromusculaire (curare) au besoin selon l'ordonnance.	➤ Assurer le confort de l'utilisateur; ➤ Assurer une ventilation mécanique optimale lors de la manœuvre.

MÉTHODE DE SOINS Usager sous ventilation mécanique en décubitus ventral	Page 2 sur 23
---	---



Infirmier(ère) responsable de l'utilisateur	
Interventions	Explications
<u>Soins de la peau</u> • Visualiser les points de pression (épaules, clavicules, côtes, crêtes iliaques, tibias, genoux, orteils); • Recouvrir les dispositifs pouvant causer des lésions (ex. : robinet, drain Pigtail).	➤ Maintenir l'intégrité de la peau.
<u>Soins des yeux</u> • Effectuer le soin des yeux (nettoyer, lubrifier); • Fermer les paupières et recouvrir d'un ruban en silicone.	➤ Éviter le dessèchement et l'ulcération de la cornée.
<u>Sonde nasogastrique</u> • 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.	➤ Diminuer le risque de déplacer le tube.
<u>Nutrition entérale</u> • 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 avant le retournement.	➤ Diminuer le risque de vomissement et d'aspiration.
<u>Autres éléments</u> • Effectuer les soins de la bouche.	➤ Diminuer le risque de pneumonie d'aspiration.
• Procéder aux irrigations requises (ex. : jéjunostomie, cathéter périphérique, drain Pigtail, etc.).	➤ Certains dispositifs ne seront plus accessibles en décubitus ventral.

Inhalothérapeute	
MÉTHODE DE SOINS Usager sous ventilation mécanique en décubitus ventral	Page 3 sur 23



Interventions	Explications
• Vérifier le positionnement (mesure et fixation) du tube endotrachéal; • Placer le tube endotrachéal au coin de la bouche à la droite de l'usager; • Dégager le circuit de ventilation du bras de support; • Dégager et fermer la voie d'aspiration sous-glottique.	➤ Diminuer le risque d'extubation accidentelle.
• Pré oxygéner l'usager 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.	➤ Assurer une oxygénation et une ventilation mécanique optimale lors de la manœuvre.
• 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.	➤ Dégager les voies respiratoires.

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'usager;
 - Minimale 4 intervenants supplémentaires (personnel infirmier, PAB, physiothérapeute);
 - 2 intervenants de chaque côté.
- ✓ 2 minimale 2 de chaque côté de l'usager;
- ✓ Ajuster le nombre d'intervenants, au besoin, selon le poids de l'usager.



- ✓ Gonfler le matelas à MAX;

MÉTHODE DE SOINS Usager sous ventilation mécanique en décubitus ventral	Page 4 sur 23
--	--------------------------------

- ✓ 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, côté opposé au respirateur;
- ✓ 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 (0 degré);
- ✓ Retirer les quatre coins du drap contour;
- ✓ Localiser la fermeture éclair permettant de dégager les cellules du matelas.



Alerte clinique <u>Usager sous CVVHDF</u>	
Interventions	Explications
Favoriser la thérapie par accès fémoral.	1. Permettre de tourner la tête aux 2 heures : • Impossible avec jugulaire interne. 2. Le cathéter doit demeurer accessible; 3. Diminue le risque d'obstruction mécanique : • Impossible en sous-clavière.
L'appareil à CVVHDF doit être installé : • Opposé du cathéter lorsque sur le dos; • Côté du cathéter lorsque sur le ventre.	• Faciliter la manœuvre de retournement.

Étapes exécutaires

MÉTHODE DE SOINS Usager sous ventilation mécanique en décubitus ventral	Page 5 sur 23
--	--------------------------------



Techniques (5 étapes)

1. Déplacement latéral, côté opposé au respirateur;
2. Positionnement de la toile bleue pour décubitus ventral et dégonflage des cellules;
3. Passage du décubitus dorsal à la position latérale (visage vers le respirateur);
4. Retournement en décubitus ventral;
5. Vérification du décubitus ventral post retournement.

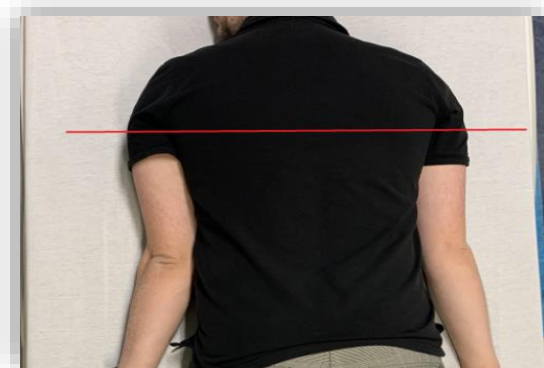
1. **Déplacement latéral côté opposé du respirateur**

- Vérifier que toutes les étapes préparatoires sont complétées;
- Les intervenants se placent en position;
- 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'utilisateur vers le côté du lit opposé au respirateur (*Annexe 1- PDSB*);
- Au besoin, repositionner l'utilisateur dans le lit pour que la tête soit à la hauteur appropriée.

2. **Positionnement de la toile bleue pour décubitus ventral et dégonflage des cellules**

Intervenant du côté respirateur

- Pousser le drap blanc en place sous l'utilisateur (intervenants côté 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 (voir image);
 - 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).

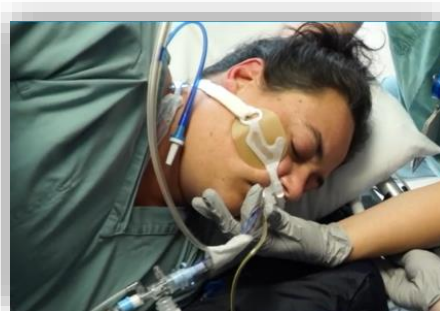
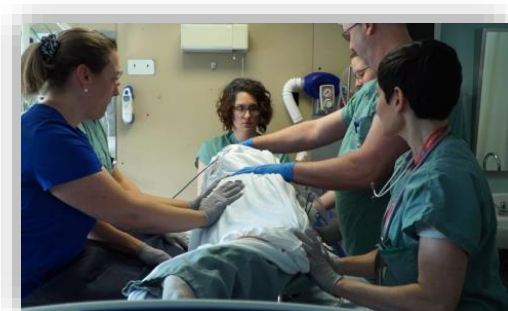
Autres intervenants

- Transférer la sonde urinaire ainsi que les capteurs de pression du côté respirateur;
- Dégonfler entièrement les 3 cellules de la surface réactive où la tête sera positionnée;
 - Le nombre peut varier en fonction de l'usager;
 - Maintenir l'oreiller ou utiliser le petit coussin rectangulaire pour soutenir la tête.



3. Positionnement en décubitus latéral face au respirateur

- Retirer la jaquette de l'usager afin de faciliter le retournement;
- 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 la placer au centre du dos de l'usager;
- Retirer l'oreiller sous la tête de l'usager :
 - L'inhalothérapeute maintient la tête de l'usager au besoin à partir de ce moment.





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*);



- Le drap souillé sera automatiquement retiré par les intervenants du côté opposé au respirateur.

Inhalothérapeute qui ne tient pas la tête de l'usager

- Installer le coussin avec un piqué bleu sous la tête de l'usager.

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.

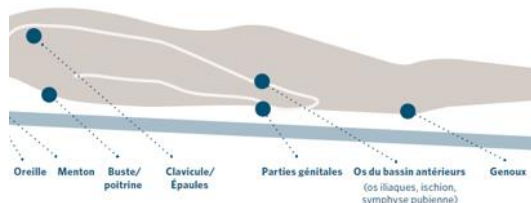


Image tirée : Synthèse des preuves cliniques - ARJO –
Solution de positionnement en décubitus ventral



5. Vérification du décubitus ventral post retournement

Personnel infirmier

- En collaboration avec l'inhalothérapeute, assurer le positionnement adéquat de la tête et des yeux. Dégager l'oreille positionnée sur le coussin.
 - 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;
- Vérifier le positionnement et la perméabilité des voies de perfusion;
- Positionner les organes génitaux vers le bas chez l'homme, dégager les seins chez la femme;
- **Respecter 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
- 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 (post pylorique) selon l'ordonnance;
- Si TNG en place (seul ou avec TNE) : remettre en drainage libre ou interlow selon ordonnance.

Inhalothérapeute

- Réajuster le coussin sous la tête de l'utilisateur, au besoin;
- S'assurer que le cou n'est pas en hyperextension;
- S'assurer que le tube endotrachéal est accessible et que la mesure aux lèvres n'a pas changé;
- Valider avec un 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 FiO_2 graduellement selon la SPO_2 visée;
- Vérifier la pression du ballonnet du tube endotrachéal;
- Procéder à l'auscultation pulmonaire;
- Remettre la voie sous-glottique sur la succion continue, au besoin.

SOINS ET SURVEILLANCE AUX 2 HEURES

TECHNIQUES DE SOINS (4 étapes)

1. Mobilisation de la tête et soins associés
2. Mobilisation des membres supérieurs
3. Mobilisation des membres inférieurs
4. Vérification de la position ventrale

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

Étapes pré exécutoires

- ✓ 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.

MÉTHODE DE SOINS

Usager sous ventilation mécanique en décubitus ventral

Page

10 sur 23



- ✓ Rassembler le matériel nécessaire;
- ✓ Effectuer l'hygiène des mains;
- ✓ 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;
- ✓ 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'usager :
 - **Extrémité haute sous la tête humérale dans la partie supérieure du triceps et au-dessus des pectoraux/poitrine;**
 - La toile doit être centrée par rapport au matelas et à l'usager;
 - Les coutures aux extrémités doivent être enlignées avec le matelas.

- ✓ Abaisser complètement la tête du lit à plat (0 degré);

Lorsque lève personne au plafond avec trapèze :

- ✓ Installer celui-ci afin que les sangles de la toile se fixent sur le plus petit côté du trapèze (image),
- ✓ Permet de monter plus haut le haut du corps e l'usagers,
- ✓ Au besoin, ajuster la hauteur pour un positionnement ergonomique de l'inhalothérapeute durant la manœuvre.





Emplacement

Infirmier (ère) responsable

- Demeure du côté des pompes volumétriques;
- S'assure que toutes les lignes veineuses et les différents dispositifs soient bien dégagés.

Inhalothérapeute #1

- Demeure à la tête de l'usager;
- Sécurise le tube endotrachéal.

Inhalothérapeute #2

- Demeure près du respirateur;
- Sécurise le circuit.

Procédures

Étapes exécutoires

1. Mobilisation de la tête et soins associés

1.1. Préparation

- Abaisser complètement la tête du lit (0 degré) :
- Centrer le lève-personne en haut de l'usager :
 - Lève-personne sur roulette : glisser sous le lit afin qu'il soit centré en haut de l'usager;
 - Pas nécessaire d'ouvrir la base.
- 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 les sangles jaunes et mauves, premier échelon, au premier crochet du lève-personne :
 - Ajuster les sangles selon votre jugement;
 - La toile doit passer dans le milieu du triceps lors de la relevée.





1.2. Lever la tête à l'aide du lève-personne pour tourner la tête

- Confirmer avec l'inhalothérapeute le début de la procédure.

1. 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.	
<u>Inhalothérapeute #2 :</u> 2. Retirer le coussin;	
<u>Inhalothérapeute #1 :</u> 3. Tourner la tête de l'utilisateur et maintenir durant les autres manipulations; 4. Déplacer le tube de l'autre côté de la bouche; <u>Inhalothérapeute #2 :</u> 5. Changer le piqué sous le coussin, si souillé; 6. Remplacer un nouveau coussin.	

1.3. 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.



1.4. 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.

2. Mobilisation des membres supérieurs

Il y a trois positions possibles pour les bras : basse, nageur à droite et nageur à gauche.

2.1. 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.





2.2. 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

Positionnement adéquat des membres inférieurs selon l'axe corporel. Il y a trois positions possibles : à plat sur le ventre, flambant à gauche ou à droite.

3.1. 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;
- Placez un coussin sous les épaules de l'utilisateur en respectant l'alignement corporel, si nécessaire.





3.2. 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;
- Placez un coussin sous les épaules de l'usager en respectant l'enlignement corporel, si nécessaire.

Flamant gauche



Flamant droit



4. Vérification usuelle du positionnement ventral toutes les 2 heures (Annexe 2- Résumé)

- 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;
- Respecter l'alignement corporel : risque important de lésions neurologiques et musculaires;
- Lorsque tous les éléments sont validés, incliner le lit en proclive (10 degrés).

Alerte clinique **Retournement en position dorsale en STAT**

- Extubation accidentelle;
- Arrêt cardiaque;
- Bradycardie inférieure à 30/min pour plus 1 min;
- Hypotension systolique inférieure à 60 mmHg pour plus de 5 minutes attribuable au décubitus ventral;
- Tout autre évènement imprévu nécessitant la mise en décubitus dorsal.

RETOURNEMENT EN POSITION DORSALE

TECHNIQUES DE SOINS

Préparation

Étapes préexécutaires

- ✓ Vous référer aux mêmes étapes que mentionné ci-haut pour le retournement ventral,
- ✓ 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-personne, tel que décrit précédemment.

Étapes exécutoires

Technique (4 étapes)

1. Déplacement latéral
2. Positionnement en décubitus latéral gauche
3. Retournement en décubitus dorsal
4. Validation du décubitus dorsal

1. Déplacement latéral vers le respirateur

- Retirer la jaquette de l'utilisateur afin de faciliter le retournement;



- Les intervenants se placent en position;
- Dégager les câbles du moniteur cardiaque;
- Déplacer la sonde et les capteurs à pression, côté opposé au respirateur;
- Débuter le déplacement au décompte par l'inhalothérapeute afin d'entreprendre le mouvement de façon coordonné;
- **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;
- 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;
- Placer un nouveau drap sur le matelas afin de faciliter la manipulation lors du positionnement en latéral et de conserver une bonne longueur;
- Dégager les câbles du moniteur cardiaque.



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 la toile bleue 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 la procédure est 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*);
- Procéder 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;
- Vérifier le positionnement (mesure et fixation) de la sonde gastrique;
- 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 et procéder à l'auscultation pulmonaire;
- 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 changé.

Document produit par :

Maryse Carpentier, conseillère en soins infirmiers
Annie Létourneau, infirmière clinicienne
Véronique Paradis, conseillère cadre aux activités clinique

Révisé par :

Jessica Blouin, conseillère en soins infirmiers
Marie-Christine Giroux, conseillère cadre aux activités cliniques
Joanne Martin, AIC 6SIR, infirmière clinicienne
Cassiopée Paradis Gagnon, coordonnatrice technique, thérapie respiratoire
Personnel infirmier du 6SIR et équipe inhalothérapeute
Caroline Gaudrault, AIC 6SIR, infirmière clinicienne
Béatrice Caron-Emond, AIC 6 SIR, infirmière clinicienne
Andrée-Anne Devost, physiothérapeute
Diane Santerre, ergothérapeute
Jean-Philippe Bamba, prévention SST et mieux-être au travail
Nicolas Brousseau, prévention SST et mieux-être au travail

MÉTHODE DE SOINS

Usager sous ventilation mécanique en décubitus ventral

Page

20 sur 23



ANNEXE 1- PRINCIPES PDSP

1. Glisser l'utilisateur vers le côté du lit opposé au respirateur, à l'aide du drap de transfert :

- Les 2 intervenants du côté opposé au respirateur effectuent un transfert de poids avant-arrière/contrepoids afin d'amener le l'utilisateur au bord du lit;
- Les intervenants de l'autre côté accompagnent le mouvement et ne poussent pas l'utilisateur.
- 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.

Position de l'inhalothérapeute:

- Coudes près du corps fléchis à 90°;
- Mouvement: fait suivre la tête en faisant un transfert de poids latéral ;
 - Ses épaules restent bien au-dessus de ses hanches

2. Faire pivoter l'utilisateur 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.

Mouvement (demi-jeté) :

- Effectuer un transfert de poids du bas vers le haut en maintenant ses coudes près du corps et en se rapprochant de l'utilisateur;
- 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;



ATTENTION

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



Inhalothérapeute:

- Suit la tête en faisant un transfert de poids latéral.

3. Retourner l'usager en position ventrale à l'aide de la toile de transfert :

- Les intervenants opposés au respirateur saisissent 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;
- Une fois le patient retourné, l'inhalothérapeute appuie ses coudes ou ses avant-bras sur le coussin pendant qu'il maintient la tête du patient;

À chacune des étapes :

- Si l'inhalothérapeute doit soutenir le poids de la tête de l'usager, appuyer coudes ou avant-bras sur le coussin lorsque c'est possible.

4. Repositionnement de la toile de transfert avant le retournement de la tête:

- 2 intervenants;
- Chacun saisit un coin supérieur de la toile de transfert;

Mouvement (transfert de poids avant-arrière):

1. Effectuer un transfert de poids avant-arrière afin de descendre le haut de la toile de transfert dans la partie supérieure du triceps et au-dessus des pectoraux/poitrine;
2. Descendre le reste de la toile afin d'éviter d'avoir des plis.

ANNEXE 2 - AIDE-MÉMOIRE SOINS ET SURVEILLANCE

Soins et surveillance	Fréquence	Intervention PRN
Mobilisation de la tête incluant : • Soins des yeux (fermé, lubrifié et dégagé) : • Avant la mobilisation : Œil sur le coussin • Après la mobilisation : Deuxième œil • Assurer que l'oreille sur le coussin est dégagée • Soins de bouche avec NaCl 0.9% • Absence de protubérance de la langue • Changement de position du TET et TOG	• Q 2 h Heure établie avec inhalothérapeute	Cesser la nutrition entérale et aviser l'équipe médicale : • Si présence dans la bouche lors des soins • Si présence dans le TNG/TOG
Mobilisation des MI et MS incluant : • Vérification de l'intégrité de la peau	• Q 2 h Au même moment que mobilisation de la tête	Repositionnement des pansements mousses et coussins
Vérification usuelle du décubitus ventral incluant : • Position TET et/ou TNG/TNE (keofeed) • Absence de plis dans les draps • Aucune tubulure coudée ou coincée (nutrition, perfusion, ventilation, sonde urinaire ou flexiseal) • Proclive 10 degrés	• Q 2 h	
Résidus gastriques	• Selon ordonnance	
Auscultation pulmonaire	• Avant et après le retournement • Q quart de travail • Selon état clinique	Aspiration E/T