	Référentiel institutionnel médico-soignant	Référence : HUG_000001010
	Approbateur : ROULIN Marie-Jose	Version n° 1.0
Technique clinique de positionnement en décubitus ventral chez l'enfant		
Processus : Prise en charge du patient	Sous-processus : Prise en charge médico-soignante	Approuvé le 23/10/2023

1) Résumé

Cette procédure décrit la mise en positionnement en décubitus ventral chez l'enfant.

2) Cadre de référence

[Positionnement en décubitus ventral- Guide méthode Sushi. Novembre 2020 M.Cohen](#)

Le retournement d'un patient intubé COVID19 et vidéo

https://rise.articulate.com/share/YBcLL4NzW94pCtfzJG96_Adwh4CRHq8j#/lessons/rT3wx_9H5C7yIRqfFy66f3BIzWIUBLcy

Fixation sonde oro-trachéale chez l'adulte- Soins de la sphère ORL chez patient intubé

https://rise.articulate.com/share/YBcLL4NzW94pCtfzJG96_Adwh4CRHq8j#/lessons/Bh9HOPhcEN9jbP6yKu2i2ARqfbhCWZux

3) Objectifs :

Positionner l'enfant en décubitus ventral pendant 16 heures par jour et selon avis médical pour :

- Recrutement alvéolaire
- Amélioration de l'oxygénation
- Prévention des lésions induites par la ventilation

4) Indications

- Syndrome de détresse respiratoire aiguë sévère de l'enfant : inflammation pulmonaire massive, altération de l'homéostasie du surfactant, inadéquation de la ventilation/perfusion qui entraîne une hypoxémie sévère et une dysfonction multi-organique

5) Contre-indications absolues :

- Hypertension intracrânienne non contrôlée (PIC > 30 mmHg)
- Fracture instable du rachis
- Fracture instable du bassin ou du fémur
- Instabilité hémodynamique

Contre-indications relatives à évaluer avec le ou la médecin :

- Drain thoracique antérieur
- Pose de pacemaker de moins de 15 jours
- Traumatisme ou chirurgie faciale de moins de 15 jours
- Trachéotomie

6) Précautions / prévention

- Eviter les arrachements accidentels de l'équipement de l'enfant (tube endotrachéal, abords vasculaires, sondes, drains...)
- Prévenir les complications liées au positionnement (plaie de pression, escarre...)
- Si alimentation entérale en cours, la stopper pendant le retournement

7) Matériel

- Mousse Ligasano® adaptée à la taille de l'enfant
- Coussins spécifiques adaptés à la taille de l'enfant

8) Déroulement

(1) Préparation

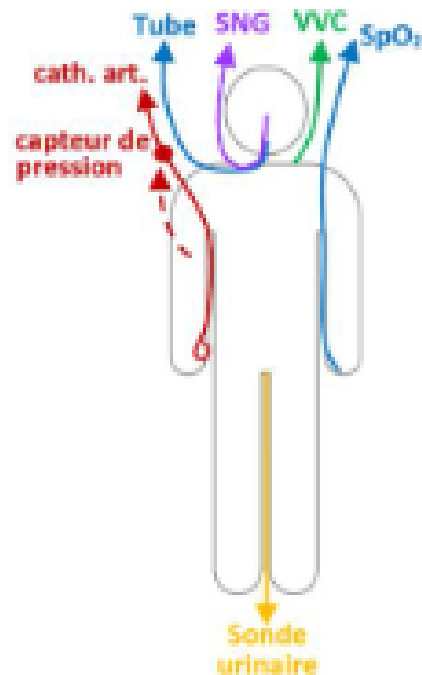
S'assurer de l'efficacité de la sédation et de l'antalgie avant le retournement.

Yeux: soins des yeux avec NaCl 0.9% et Vit. A. Fermer les paupières et les maintenir avec un adhésif s'ils sont ouverts et que l'enfant est curarisé.

ORL: réaliser les soins du nez et bouche

Equipement : les positionner dans le prolongement du corps. Eviter toute traction

- **Tube endotrachéal**
 - o Vérifier efficacité de la fixation
 - o Réaliser une aspiration trachéale si nécessaire
 - o Si tube oro-trachéal, fixer le tube en position centrale selon procédure pour faciliter le changement de position de la tête et éviter le décollement des adhésifs par la salive (évaluer la nécessité d'ajouter la fixation au lacet)
- **Cathéter veineux et artériel :**
 - o Vérifier la qualité du pansement
 - o Vérifier efficacité de la fixation
- **Sonde naso-gastrique :**
 - o Vérifier la position et l'efficacité de la fixation
- **Sonde urinaire :**
 - o Vérifier l'efficacité de la fixation
 - o La fixer à l'intérieur de la cuisse
- **Drains thoraciques**
 - o Vérifier la qualité du pansement
 - o Vérifier efficacité de la fixation
- **Electrodes :**
 - o Placer et connecter les électrodes dans le dos de l'enfant.
 - o Mettre la tonalité QRS



M. Cohen, HUG 2020

(2) Anticipation de la manœuvre

- Définir le nombre de personnes nécessaire dont une ou un médecin si ré-intubation nécessaire
- Répartir la responsabilité de chacune et chacun :
 - Tête et tube
 - Thorax et bras
 - Hanche et jambe
- Définir le scénario et les étapes de retournement
- Le ou la médecin se place à la tête du lit, maintient le tube et dirige la manœuvre

(3) La manœuvre pour enfant > 8 ans >25kg >120 cm : méthode « sushi »

1. Mettre le lit à plat, en position dur si matelas Nimbus
2. Placer les deux bras le long du corps, paume de main vers le corps



Attention le sens du retournement se fait idéalement du côté opposé au CVC

3. Majorer l'oxygénation avant la manœuvre
4. Positionner le ou les coussins et la mousse Ligasano® au niveau du buste
5. Mettre éventuellement une serviette de bain dessus, du bassin aux épaules (facilite le soulèvement uniforme lors du changement de position de la tête)
6. Mettre 1 ou 2 mousses Ligasano® pour reposer la tête (découper au gabarit de la tête de l'enfant)
7. Couvrir l'enfant avec un drap propre
8. Enrouler fermement et simultanément les deux draps



M. Cohen, HUG 2020

Translation : Glisser l'enfant vers le bord opposé au sens de retournement



Décubitus latéral : Positionner l'enfant sur le côté : les intervenants et intervenantes tenant le drap enroulé en dessous du corps, prennent le drap au-dessus, puis les intervenantes et intervenants qui ont tenu le drap au-dessus du corps prennent le drap en dessous



Décubitus ventral : Positionner l'enfant sur le ventre et le centrer au milieu du lit



Installation :

9. Positionner la tête avec une légère flexion et une rotation d'environ 45° : pas d'extension des vertèbres cervicales et pas d'hyperflexion car risque de « pincer » le tube
10. Placer le bras coté visage en chandelier, le coude plus bas que l'épaule
11. Placer le bras controlatéral le long du corps
12. Positionner les coudes et les mains en avant du tronc par rapport au plan frontal, afin de protéger les articulations. Les articulations sont enroulées vers l'avant (grâce au coussin ventral)
13. Vérifier que le bassin est en rétroversion
14. Positionner un coussin sous les jambes jusqu'au coup de pied pour avoir la triple flexion hanches-genoux-pieds afin de protéger les articulations
15. Vérifier que les appuis sur le matelas et les coussins soient répartis de manière homogène et faire vérifier le positionnement par un ou une physiothérapeute, si possible

Technique clinique de positionnement en décubitus ventral chez l'enfant

16. Eventuellement soulager des points de pression par de la mousse Ligasano® sur points de pression. Attention si ventilation par oscillation à haute fréquence, risque de plaie par friction (genou, épaule...) dans ce cas, il est possible d'ajouter des pansements hydrocolloïdes (Comfeel®, Varihésive®...)
17. Mettre le lit en position anti-Trendelenbourg d'environ 20°



Vérification finale

18. Vérifier le positionnement, la fixation correcte et l'accessibilité du tube
19. Ausculter les poumons (ventilation symétrique)
20. Vérifier l'équipement dans sa totalité : **cathéter**, **SNG**, **drains**, **sonde urinaire etc...**
21. Placer une protection absorbante au niveau de la bouche
22. Chez les adolescentes, attention à la position de seins/mamelons
Chez les adolescents, attention à la position du pénis et des scrotums
- ⚠ 23. Il est impératif d'inverser la position des bras aux deux heures lors de la rotation de la tête (risque de lésion nerveuse !)

(4) La manœuvre pour enfant < 8 ans <25kg <120 cm : méthode « lévitation »

1. Mettre le lit à plat en position dur si matelas Nimbus
2. Placer les deux bras le long du corps, paume de main vers le corps
3. Majorer l'oxygénation avant la manœuvre
4. Positionner l'enfant en décubitus latéral : ne pas s'inquiéter du bras infra-latéral écrasé sous le torse
⚠ Attention le sens du retournement se fait idéalement du côté opposé au CVC
5. Mettre le coussin en long, contre le torse : le bord supérieur au niveau des clavicules, le bord inférieur entre les cuisses. Il est possible de mettre un ligasano entre l'enfant et le coussin
6. Mettre 1 ou 2 mousses ligasanos pour reposer la tête (découper au gabarit de la tête de l'enfant)
7. Tourner l'enfant en DV par lévitation, en le faisant rouler sur le coussin : il se retrouve en DV à « cheval » sur le coussin
8. Positionner la tête avec une légère flexion et une rotation d'environ 45° : pas d'extension des vertèbres cervicales et pas d'hyperflexion car risque de « pincer » le tube
9. Placer le bras coté visage en chandelier, le coude plus bas que l'épaule
10. Placer le bras controlatéral le long du corps
11. Positionner les coudes et les mains en avant du tronc par rapport au plan frontal, afin de protéger les articulations. Les articulations sont enroulées vers l'avant (grâce au coussin ventral)
12. Vérifier que le bassin est en rétroversion
13. Positionner un coussin sous les jambes jusqu'au coup de pied pour avoir la triple flexion hanches-genoux-pieds afin de protéger les articulations
14. Vérifier que les appuis sur le matelas et les coussins soient répartis de manière homogène et faire vérifier le positionnement par un-e physiothérapeute, si possible
15. Eventuellement soulager des points de pression par de la mousse Ligasano® sur points de pression. Attention si HFO risque de plaie par friction (genou, épaule...)

Technique clinique de positionnement en décubitus ventral chez l'enfant

dans ce cas, il est possible d'ajouter des pansements hydrocolloïdes (Comfeel®, Varihésive®...)

16. Mettre le lit en position anti-Trendelenbourg d'environ 20°

Vérification finale

24. Vérifier le positionnement, la fixation correcte et l'accessibilité du tube

25. Ausculter les poumons (ventilation symétrique)

26. Vérifier l'équipement dans sa totalité : **cathéter**, **SNG**, **drains**, **sonde urinaire etc...**

27. Placer une protection absorbante au niveau de la bouche



28. Il est impératif d'inverser la position des bras aux deux heures lors de la rotation de la tête (risque de lésion nerveuse !)

(5) Complications :

- Hypotension transitoire au moment du retournement, baisse transitoire du volume d'éjection
- Augmentation du risque de pneumonie acquise par la ventilation
- Risques d'extubation accidentelle
- Risques de retrait accidentel d'accès vasculaires (veineux et artériel)
- Risques d'ulcère de pression /escarre
- Escarre de la face, menton nez pommette,
- Œdème de la face
- Le décubitus ventral est connu pour la survenue de complications oculaires par compression directe du globe, du fait de la malposition de la tête ou de la mauvaise occlusion des yeux, pouvant aboutir à la cécité par oblitération de l'artère centrale de la rétine

9) Surveillances et soins

- L'ensemble des soins (soins de confort, les soins de la sphère ORL, physiothérapie respiratoire, aspirations endotrachéales doivent être effectués à la même fréquence qu'en décubitus dorsal selon protocole en vigueur et les consignes médicales
Exception :
 - o Le changement de la fixation du tube endotrachéale se pratique seulement en cas de risque de perte de contrôle des voies aériennes (fixation non sécuritaire)
- Rotation de la tête et inversion de la position des bras chaque 2 à 3 heures
- Evaluation et mobilisation des points d'appui chaque 2 à 3 heures
 - o Pour toute lésion localisée au visage, contacter impérativement le team-plaie (24244) ou la spécialiste clinique en soins de plaies et cicatrisation (27419)
- Vérification de la lubrification des yeux
 - o En cas de suspicion de lésion de la cornée (diminution de la brillance de l'œil, diminution du réflexe lumineux ou dépôt non mobilisable), demander une consultation ophtalmologique.

10) Références

Bhandari AP, Nnate DA, Vasanthan L, Konstantinidis M, Thompson J. Positioning for acute respiratory distress in hospitalised infants and children. Cochrane Database Syst Rev. 2022 Jun 6;6(6):CD003645. doi: 10.1002/14651858.CD003645.pub4. PMID: 35661343; PMCID: PMC9169533.

Technique clinique de positionnement en décubitus ventral chez l'enfant

Rambaud, J., Baudin, F., Léger, P.-L., & Ung, N. (2021). Prone positioning in pediatric acute respiratory distress syndrome failure (neonate excluded): a narrative review. *Médecine Intensive Réanimation*, 30(2), 145–156. <https://doi.org/10.37051/mir-00058>

Pediatric Acute Lung Injury Consensus Conference Group. Pediatric acute respiratory distress syndrome: consensus recommendations from the Pediatric Acute Lung Injury Consensus Conference. *Pediatr Crit Care Med*. 2015 Jun;16(5):428-39. doi: 10.1097/PCC.0000000000000350. PMID: 25647235; PMCID: PMC5253180.

11) Personnes rédactrices

BOCHATON Nathalie, infirmière spécialiste clinique, direction des soins

DANG Thanh-Thao Dang, physiothérapeute, département de la femme, de l'enfant et de l'adolescent

RIOUAL Roxane, infirmière spécialiste clinique, service de pédiatrie générale

DELIEUTRAZ Tatiana, précédemment infirmière spécialiste clinique, direction des soins

LOUIS Sophie, ergothérapeute, service de neuroéducation

MULSANT DUMONT Julie, ergothérapeute, service de neuroéducation

12) Personnes relectrices et validatrices

BORDESSOULE Alice, médecin adjointe, service de néonatalogie et des soins intensifs pédiatriques

SACHE-HULOT Magali, chargée de formation, centre de formation et compétences

Référentiel médico-soignant (RMS)

13) Liens / Annexes


[Position nouveau ou nouvelle-née](#)

[Position enfant](#)

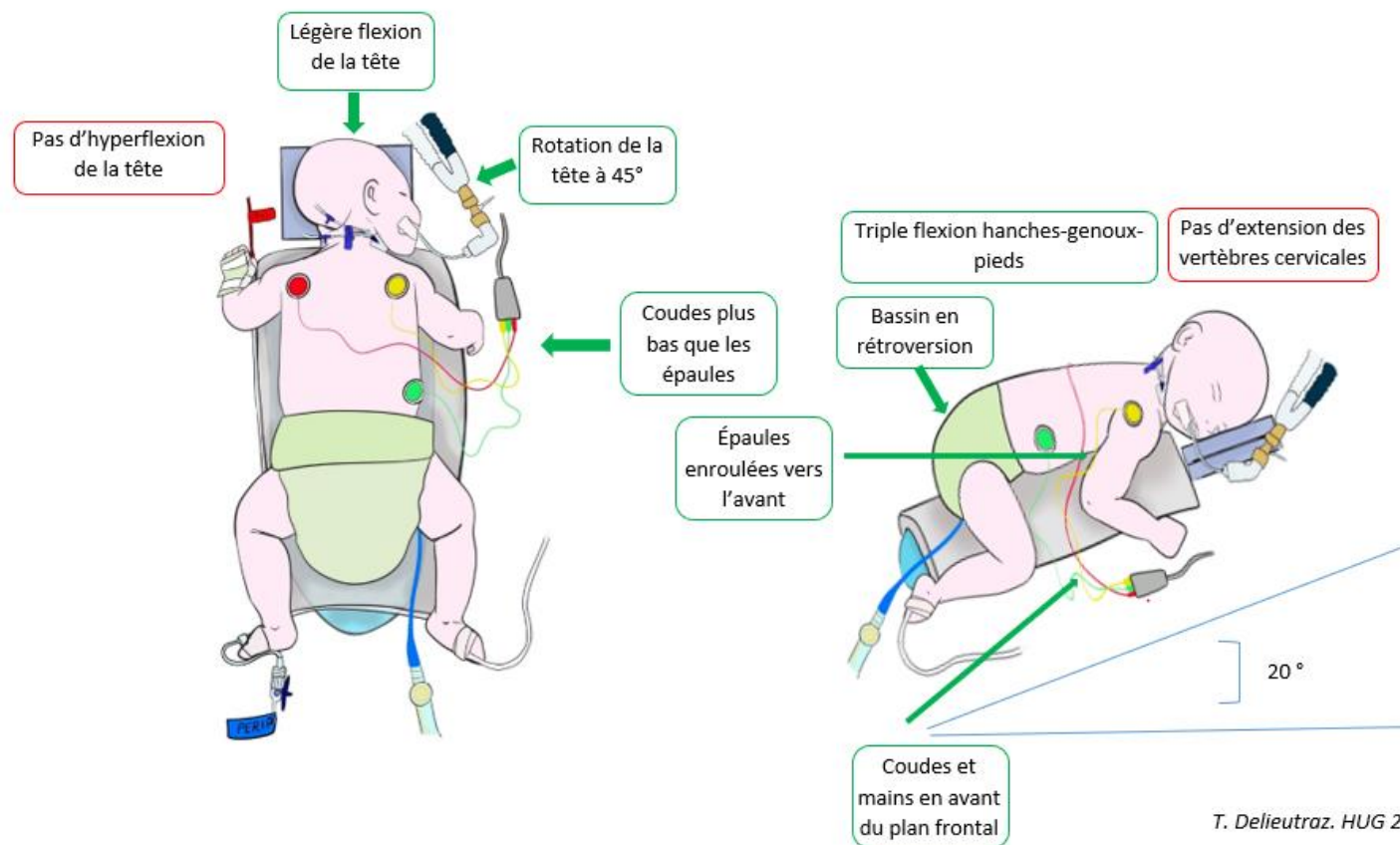
[Position adolescent ou adolescente](#)

Cette procédure est placée sous la responsabilité de la Direction des soins et de la Direction médicale et qualité des HUG. Elle s'adresse à tous les professionnels et professionnelles de la santé travaillant aux HUG et, à titre informatif, au public dans un souci de partage de connaissances.

Les HUG déclinent expressément toute responsabilité en cas d'utilisation inappropriée ou illicite de ce document hors des HUG.

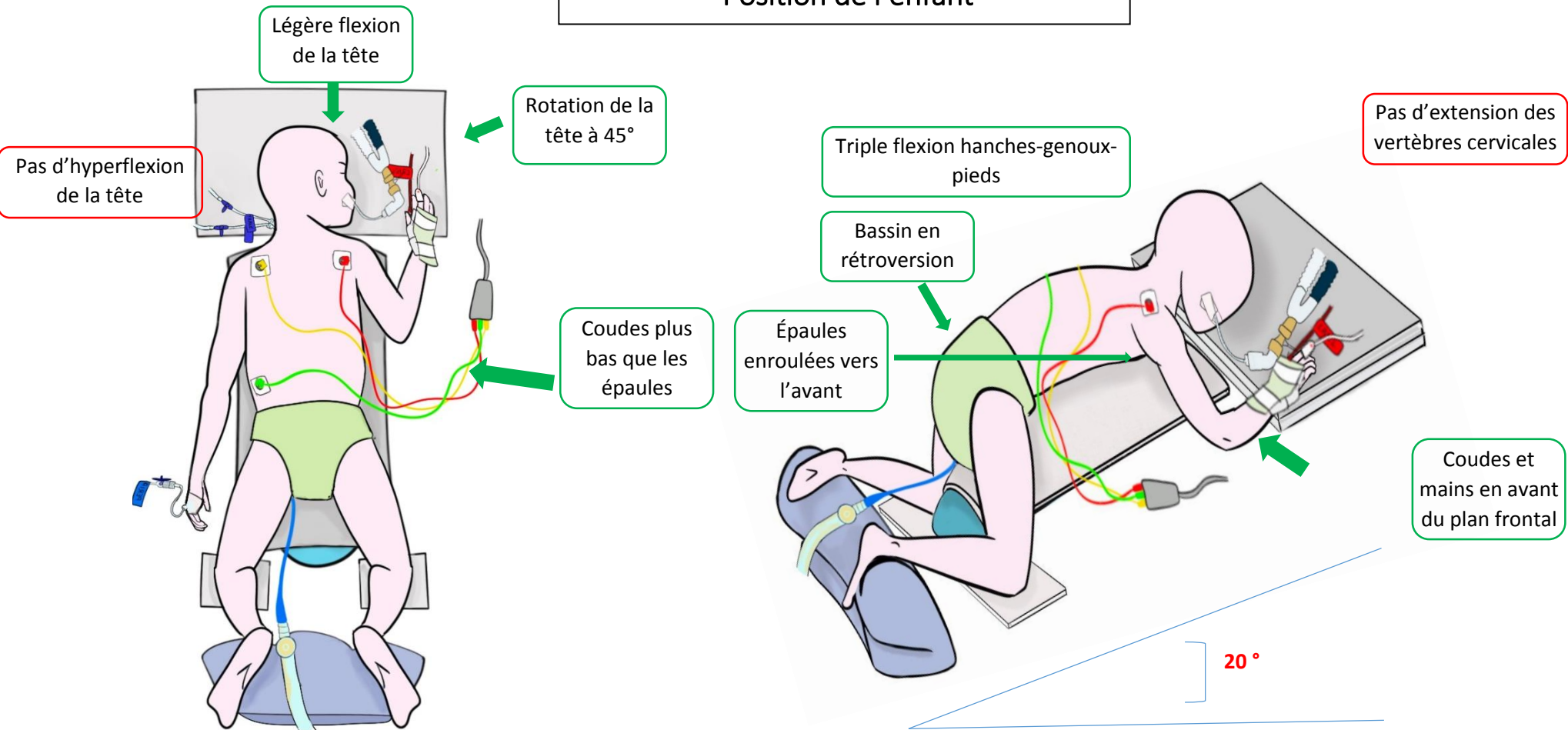
	Référentiel institutionnel médico-soignant	Référence : HUG_000001010
	Approbateur : ROULIN Marie-Jose	Version n° 1.0
<h2>Technique clinique de positionnement en décubitus ventral chez l'enfant</h2>		
Processus : Prise en charge du patient	Sous-processus : Prise en charge médico-soignante	Approuvé le 23/10/2023

Position nouveau ou nouvelle-née



Technique clinique de positionnement en décubitus ventral chez l'enfant

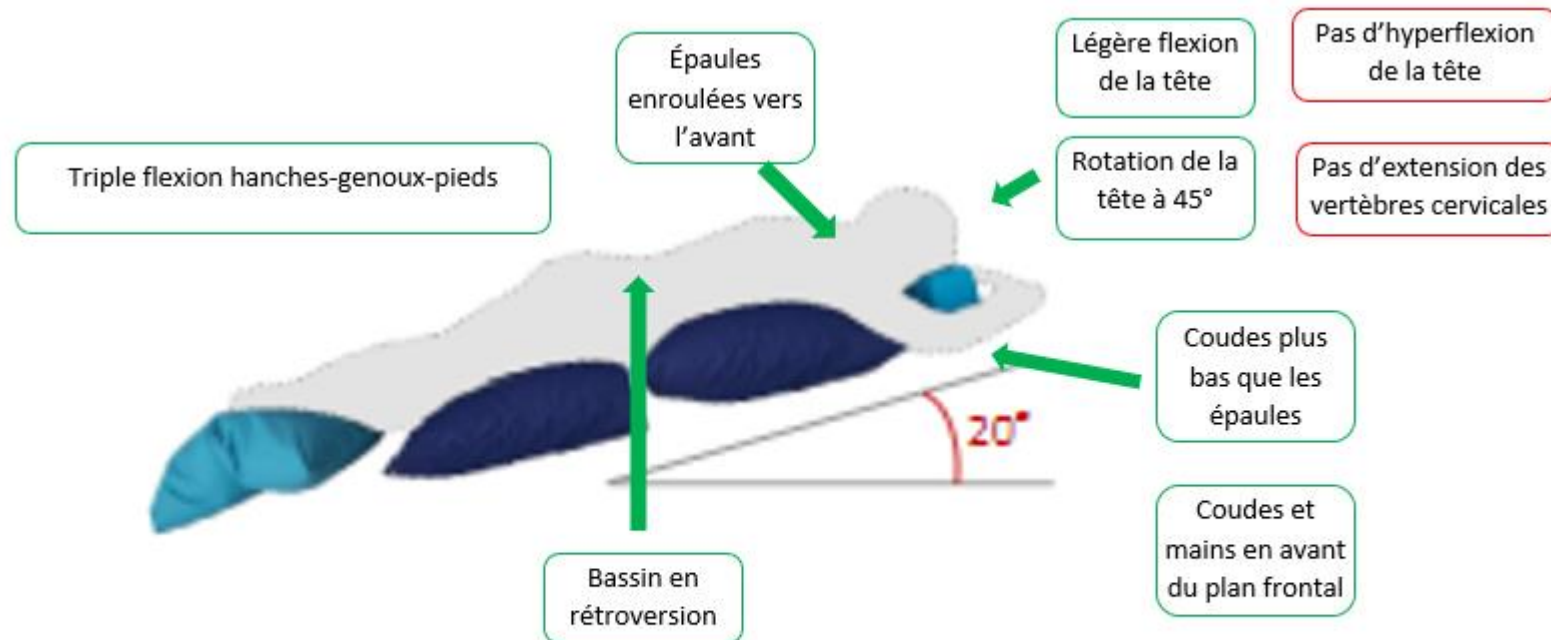
Position de l'enfant



T. Delieutraz. HUG 2022

Technique clinique de positionnement en décubitus ventral chez l'enfant

Position adolescent ou adolescente



M. Cohen, HUG 2020

Positionnement en décubitus ventral- Guide méthode Sushi. Novembre 2020 M.Cohen



Positionnement en décubitus ventral → Guide méthode « sushi »



Objectifs

- ⚡ Recrutement alvéolaire
- ⚡ Amélioration de l'oxygénation
- ⚡ Prévention des lésions induites par la ventilation

Préoccupations principales

- ⚡ Éviter les arrachements accidentels (tube trachéal, abords vasculaires, SNG, etc.)
- ⚡ Prévenir les complications liées au positionnement (escarres, luxation épaule, etc.)

Conditions

- ⚡ Patient ventilé, sédaté, voire curarisé

N.B. : - Le retournement précoce en DV semble donner de meilleurs résultats.
- Les patients obèses semblent être plus répondeurs au DV.

Matériel

Pour une prophylaxie maximale des escarres l'utilisation d'un matelas intermédiaire type TotalCare™, Nimbus™ est préconisé :

Matériel à préparer :

- ⚡ Alèse bleue glissante (rangée dans le local mixte)
- ⚡ 2 coussins bleus
- ⚡ 1-2 coussin(s) verts à billes pour les jambes
- ⚡ Linge de bain pour mobilisation
- ⚡ Coussin « U » pour la tête (ou Ligasano™)
- ⚡ Moltex (sous la tête)

Technique clinique de positionnement en décubitus ventral chez l'enfant

Préparation



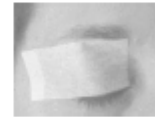
- ⚡ Faire les soins yeux, nez, bouche selon le protocole en vigueur.
- ⚡ Réaliser une aspiration endotrachéale si l'état du patient le nécessite
- ⚡ Fixer le tube au milieu de la bouche avec un sparadrap et un lacet :
 - pour faciliter le changement de position de la tête des deux côtés une fois en position ventrale
 - pour limiter le risque de décollement lié à l'écoulement de salive durant la position ventrale
- ⚡ Fixer la sonde nasogastrique :
 - sur le nez avec le sparadrap prévu à cet effet
 - et sur le tube d'intubation avec un sparadrap



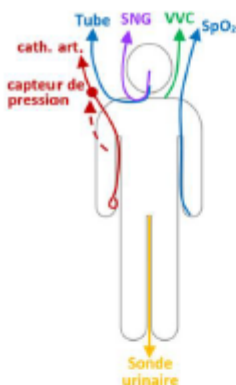
- ⚡ maintenir la nutrition par voie entérale (SNG), sauf si signes mauvaise tolérance :
 - régurgitation
 - vomissement
 - résidu gastrique >500ml
 → arrêter la nutrition 2h avant le retournement, reprendre après le retournement selon avis médical et protocole « fiche 07 résidu gastrique » sur VDoc



- ⚡ Faire un soin des yeux (NaCl 0,9%, pommade Vit.A)
 - Maintenir les paupières fermées par la pose d'un patch occlusif type EyeGard™
 - (si indisponible, scotch type micropore (uniquement sur la paupière supérieure).



⚠ pas de compresses, pas de coque ! (aucun appui sur les yeux en DV)



- ⚡ Vérifier les connexions et les fixations de tout l'équipement (tuyaux du ventilateur, voies vasculaires, drains thoraciques, etc.)
- ⚡ Prévoir des tubulures suffisamment longues pour la manœuvre
- ⚡ Positionner l'équipement dans le prolongement du corps pour faciliter le retournement (sonde d'intubation, SNG, voies veineuse centrale, etc.)
- ⚡ Libérer l'équipement si nécessaire (par exemple, la tête de pression afin d'éviter que le patient ne soit pas couché dessus)
- ⚡ Placer et connecter 3 électrodes ECG (rouge, jaune, verte) dans le dos du patient
- ⚡ S'assurer que le chariot d'urgence soit à proximité (+ chariot d'intubation difficile si Cormack ≥ 3)
- ⚡ S'assurer d'une sédation / antalgie efficace pour le retournement.

La manœuvre



- ⚡ L'infirmier(ère) responsable du patient, mobilise les intervenants nécessaires et détermine le rôle de chaque participant :
La présence de cinq personnes est recommandée pour la manœuvre, dont un médecin capable d'intuber (et un physiothérapeute si possible)

⚠ Avant le début de la procédure, il est indispensable de se mettre d'accord sur la méthode choisie et les différentes étapes de la manœuvre !



- ⚡ Mettre le lit à plat et en position dur
- ⚡ Insérer l'alèse glissante entre le drap et le matelas à la hauteur du bassin / mi-thorax
- ⚡ Placer les deux bras au long du corps, paumes de la main vers le corps



Technique clinique de positionnement en décubitus ventral chez l'enfant

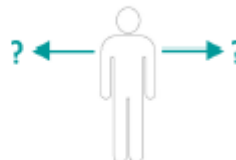
Le retournement



- Le médecin, susceptible de réintuber le patient, se place à la tête du lit et dirige la manœuvre
- Celle-ci s'effectue en quatre étapes. A la fin de chacune d'elle, un temps d'arrêt est marqué, afin de vérifier la stabilité du patient.

- Le sens du retournement s'effectue du côté opposé à l'équipement prioritaire (1. Wc → etc.)

⚠ N.B. la méthode « sushi » n'est pas préconisée pour un patient équipé d'une ECMO W ou VA ! Veuillez-vous référer au protocole spécifique !



- Majorer l'oxygène pour la manœuvre
- Mettre une tonalité sur le complexe QRS (donne une indication auditive sur la fréquence cardiaque et la saturation en oxygène)

- Placer les 2 coussins bleus au niveau du buste et au niveau du bassin
- Mettre la serviette de bain dessus (bord haut du linge à la hauteur des épaules)
- Couvrir le patient avec un drap propre



- Sécuriser le tube avec un appui sur le menton



- Enrouler fermement et simultanément les deux draps (dessous et dessus du patient) tout en gardant les coussins en place



Étape 1 – Translation

- Glisser le patient vers le bord du lit opposé au sens du retournement.



Étape 2 – Décubitus latéral

- Positionner le patient sur le côté
- Les intervenants tenant le drap enroulé en-dessous du corps, prennent le drap enroulé au-dessus, puis les intervenants qui ont tenu le drap en-dessus, prennent le drap enroulé en-dessous du corps.

Technique clinique de positionnement en décubitus ventral chez l'enfant



Étape 3 – Décubitus ventral (ou dorsal)

Le leader à la tête maintient le tube pendant toute installation :

- ✚ Positionner le patient sur le ventre (respectivement sur le dos)
- ✚ Défaire les draps par les intervenants positionner sur les deux côtés du patient
- ✚ Recentrer le patient sur le lit
- ✚ Retirer l'alèse glissante



Étape 4 – Installation

- ✚ Positionner la tête avec une rotation d'environ 45° à l'aide d'un coussin « U » (choisir parmi les deux épaisseurs à disposition). Si la hauteur du coussin ne convient pas, découper du Ligasano™
- ⚠ Éviter les extensions ou flexions des vertèbres cervicales !
- ✚ Positionner le bras côté visage en « chandelier » de façon à ce que le coude ne soit pas au-dessus de l'épaule
- ✚ Vérifier la présence du pouls radial sur ce bras
- ✚ Vérifier le positionnement adéquat des épaules → ⚠ absence d'extension
- ✚ Placer le bras controlatéral le long du corps
- ✚ Fléchir le membre inférieur du côté du visage
- ✚ Positionner des coussins verts à billes sous les coups de pied-genoux, afin de favoriser la triple flexion des membres inférieurs (hanches, genoux, pieds)
- ✚ Faire vérifier la bonne position avec un/une physiothérapeute

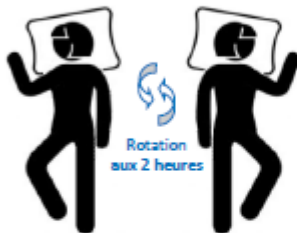


- ✚ Mettre le lit en position anti-Trendelenbourg d'environ 20°, afin de diminuer l'œdème facial, d'éviter la régurgitation et favoriser le recrutement alvéolaire dans les zones en déclives



Vérification finale :

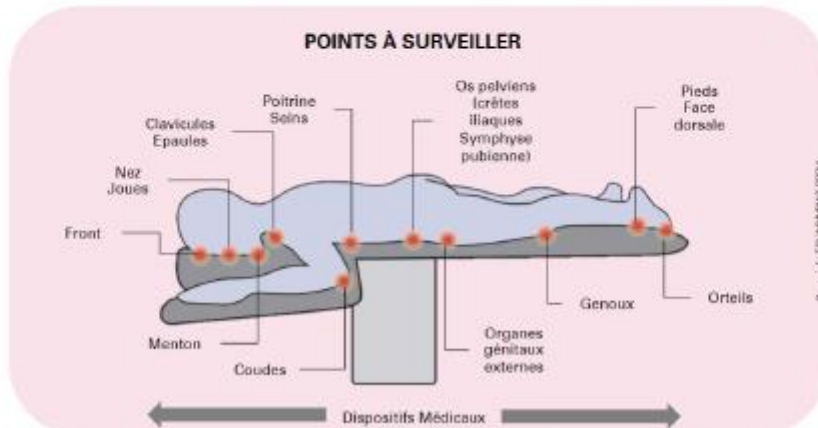
- ✚ Vérifier le positionnement, la fixation correcte et l'accessibilité du tube
- ✚ Ausculter les poumons (ventilation symétrique)
- ✚ Vérifier l'équipement dans sa totalité :
 - La fixation de la SNG
 - Vérifier les cathéters, drains, etc. (dégagés, correctement fixés, non coudés, ...)



Il est impératif d'inverser la position des bras aux deux heures lors de la rotation de la tête (risque de lésion nerveuse !)

Surveillances et soins

- ✚ L'ensemble des soins (soins de confort, les soins de la sphère ORL, physiothérapie respiratoire, aspirations endotrachéales doivent être effectués à la même fréquence qu'en décubitus dorsal selon protocole en vigueur et les consignes médicales
- Exception : le changement de la fixation du tube endotrachéale se pratique seulement en cas de risque de perte de contrôle des voies aériennes (fixation non sécuritaire)
- ✚ En cas de suspicion de lésion de la cornée (diminution de la brillance de l'œil, diminution du réflexe lumineux ou dépôt non mobilisable), demander une consultation ophtalmologique.
- ✚ Pour toute lésion localisée au visage, contacter impérativement la spécialiste clinique en soins de plaies et cicatrisation (en attendant la consultation, les plaies du visage sont traitées selon protocole en vigueur).
- ✚ Les points d'appui doivent être fréquemment évalués et mobilisés (au moins toutes les 2 heures).



Issu du document « escarres : recommandations de prévention décubitus ventral », Di Tommaso Sébastien, avril 2020

La mobilisation de la tête

- ✚ La mobilisation de la tête se fait toutes les deux heures pour éviter les complications potentielles (douleur cervico-thoracique, escarres, etc.) et pour assurer un meilleur retour veineux (œdème faciale) :



- ✚ Soulever le patient suffisamment haut avec le linge de bain lors le retournement de la tête afin d'éviter l'hyperextension de la nuque !
- ✚ Vérifier l'état cutané de la partie du visage en contact avec le lit.
- ✚ Les physiothérapeutes sont à votre disposition pour conseils et aide en lien avec la position et la mobilisation.
- ✚ Assurez-vous que la mobilisation soit faite par un physiothérapeute au moins 1x/jour, 7/7 jours.

Durée du décubitus ventral

La durée de la position en DV :

- ⚡ Une période entre 30 à 120 minutes est suffisante pour déterminer si un patient est répondeur ou non
→ à 1h du retournement : 1^{ère} gazométrie

Indicateurs d'une réponse positive à la mise en DV :

- ⚡ Augmentation de la PaO₂ ≥ 1,33 kPa (≥ 10 mmHg)
- ⚡ Majoration du rapport PaO₂/FiO₂ ≥ 2,66 kPa (≥ 20 mmHg)
- ⚡ Le patient répondeur est maintenu en DV en moyenne 16-20 heures (selon consignes médicales).

Lexique

- ⚡ DV = décubitus ventral
- ⚡ DD = décubitus dorsal
- ⚡ Rapport PaO₂/FiO₂ = indice d'oxygénation, utilisé comme critère de gravité ;

N.B. dans la littérature souvent exprimé en mmHg (norme : 380 – 430 mmHg / 50 – 57 kPa)
1 kPa = 7,5 mmHg / 1 mmHg = 0,133 kPa
FiO₂ à 1,0 = 100% d'O₂ / FiO₂ à 0,21 = 21% d'O₂

Références principales utilisées :

- The Faculty of Intensive Care Medicine (2019). Guidance For : Prone Positioning in Adult C, critical Care
- Safe prone checklist: construction and implementation of a tool for performing the prone maneuver, article, Rev Bras Ter Intensiva, 2017
- Formation en soins intensifs adultes (2019), positionnement en décubitus ventral, document de base
- J. Reignier, I. Vinatier, L. Martin-Lefèvre, E. Clementi, M. Fiancette (2010). Nutrition entérale et ventilation mécanique en décubitus ventral
- G. Besch, M-O. Persoz, L. Liaudet (2014). Décubitus ventral et syndrome de détresse respiratoire aiguë de l'adulte : de la théorie à la pratique. Rev Med Suisse 2014 ; 10 : 2362-7
- Abroug, F., Ouannes-Besbes, L., Dachraoui, F., Ouannes, I., & Knani, J. (2009). Le décubitus ventral dans le syndrome de détresse respiratoire aiguë. Revue des essais contrôlés et méta-analyse. *Réanimation*, 18(2), 114-120.
- Eude, C., & Turcot, C. (2010). Le décubitus ventral: procédure et rôle infirmier. *Réanimation*, 19(1), 29-34.