

Débat sur la PLS (PLSA)

Nous avons un problème en France avec la PLS, position latérale de sécurité (et d'attente) mise au point par le **Professeur Marcel ARNAUD** dans le cadre du secourisme routier. Cette PLS était donc pratiquée à trois secouristes. (Parfois à quatre : 1 à la tête qui dirige la manœuvre, un aux pieds, deux sur le côté opposé au retournement).

Mais, avec la création des GES (gestes élémentaires de survie) il a été « proposé (à partir de 1976) une PLS pratiquée seul. Ce qui était exceptionnel. C'est ensuite ce qui est resté et on a « oublié » la PLS à trois secouristes et même à deux !

Rappel de quelques références du CAPSU sur la PLS (liste non exhaustive) :

- Lettre du Professeur Marcel ARNAUD du 23.10.1976 sur la PLS pratiquée « seul » ! (Publiée dès le 1^{er} mémoire sur les « 5 gestes qui sauvent » en 1981.
- 7^{ème} mémoire sur les « 5 gestes qui sauvent » (1999).
- Tome IV sur l'œuvre du Professeur ARNAUD (PLSA) en 2006.
- 10^{ème} mémoire, volume 2 sur les « 5 gestes qui sauvent » en 2008.
- Bulletins du CAPSU n° 38 (2006), puis 39, 40, 41, 42, 43.

Pour la mise à jour des Références bibliographiques du CAPSU en 2014, le thème PLS sera ajouté afin de regrouper, de lister, tous les articles, textes divers, etc. publiés par l'association à ce sujet.

Nous nous heurtons, pour l'approbation du projet de formation aux « 5 gestes » à la discussion, voire la critique, sur le 5^{ème} geste « Sauvegarder » (garder la vie sauve) par la mise en PLS (sur le côté) d'un blessé inconscient (ce qui peut être le cas d'une personne éjectée, d'un piéton renversé ou du conducteur d'un deux-roues).

Ce fut le cas en 1998 lors du débat d'un projet de loi sur la sécurité routière au Parlement où, dans l'incertitude, l'amendement du député Patrick DELNATTE fut repoussé !

Mais le ministre de l'Intérieur, lors du débat à l'Assemblée le 11 octobre 2012 pour la discussion de la proposition de loi du député **Bernard GERARD** reprendra cette argumentation. Il faut y mettre un terme !

Il faut **distinguer**, nous le répétons sans cesse, la mise en PLS dans l'attente de l'arrivée des secours – car il y a urgence pour la survie de la victime – d'une **personne « malade »** ou d'une **personne « blessée »** - que ce soit lors d'un accident de la route ou d'un autre accident (domestique par exemple). Pour mettre une personne inconsciente, non blessée, en PLS, on peut le faire seul sans précautions particulières. La victime doit être en position latérale, tête bien positionnée pour assurer la « LVA » (liberté des voies respiratoires aériennes) que l'on surveille jusqu'à l'arrivée des secours.

Mais pour un blessé, il faut prendre des précautions afin de ne pas aggraver des fractures ou autres lésions... même si on n'a pas le choix, il faut mettre le blessé inconscient en position latérale !

Le CAPSU souhaite un débat afin qu'on n'y revienne plus en permanence même si la PLS (5^{ème} geste) nous la préconisons à deux personnes : une qui se charge essentiellement de la tête et une qui pivote le corps sur le côté et va le caler.

Dans un article « Positions d'attente et de transport » (Urgence pratique n° 29 – 1998) trois médecins font le point sur diverses positions à donner aux blessés.

S'agissant de la PLS (en reprenant le dessin de France Sélection – éditeur du « Précis de secourisme routier » du Professeur ARNAUD, 1^{ère} édition 1971), ils rappellent les précautions à prendre si un blessé (de la route) peut être « potentiellement porteur d'une lésion du rachis cervical ». C'est en effet la hantise de tous les intervenants, qu'ils soient sapeurs-pompiers, médecins de SMUR ou secouristes des associations lors de postes de secours. Mais ils savent prendre les précautions qui s'imposent car la PLS « en équipe » n'est pas la PLS « seul » !

Et ils ajoutent : « **mais même dans cette situation, c'est le risque vital qui prime** ». Voir article ci-dessous.

SUR LE TERRAIN



Photo Clap Image.

POSITIONS D'ATTENTE DÉRIVÉES DU DÉCUBITUS LATÉRAL

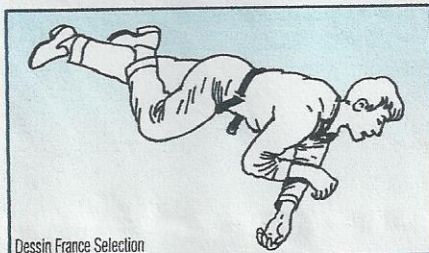
POSITION LATÉRALE DE SÉCURITÉ (PLS) :

La PLS est indiquée en cas de troubles isolés de la conscience, c'est-à-dire en l'absence de détresse respiratoire ou circulatoire associée. Elle permet d'assurer un certain degré de liberté des voies aériennes (*la tête de la victime est ramenée avec précaution vers l'arrière*) et de limiter le risque d'inhalation du contenu gastrique (*la bouche est légèrement ouverte et dirigée vers le sol*). La mise en PLS constitue une manœuvre à risques dans le cadre de la

prise en charge d'un blessé potentiellement porteur d'une lésion du rachis cervical, mais même dans cette situation, c'est le risque vital qui prime devant l'éventuelle aggravation d'une lésion neurologique supposée. La technique de mise en PLS chez le blessé grave ou chez le polytraumatisé doit être connue de tous les intervenants de l'urgence (*médecins et secouristes*) et respectée scrupuleusement. Lorsqu'elle est réalisée à trois secouristes, elle permet de respecter l'axe tête-cou-tronc lors de la mobilisation

de la victime. Un collier cervical peut être mis en place avant la PLS.

La PLS peut aussi bien être réalisée à droite qu'à gauche. En cas de fracture d'un membre la victime sera tournée du côté sain, de ma-



nière à ce que le poids du corps ne comprime pas le membre lésé. Si on a le choix, on préférera néanmoins tourner la victime sur le côté gauche afin de pouvoir la surveiller plus facilement une fois qu'elle sera installée dans l'ambulance ou le VSAB (*véhicules normalisés avec porte brancard à gauche*). Dans le cas particulier du traumatisé thoracique présentant des troubles de la conscience, la PLS sera réalisée du côté de la lésion afin de favoriser l'efficacité des mouvements ventilatoires du poumon sain.

POSITION OBSTÉTRICALE (OU PLS GAUCHE) :

La position obstétricale ou PLS gauche est indiquée pour le transport de toute femme enceinte (*même si elle est consciente*) à partir du 7^{ème} mois de grossesse. Elle permet de supprimer la compression exercée par le poids de l'utérus gravide sur la veine cave inférieure.

Pour les « 5 gestes » (face à un accident de la route), il est prévu dans le projet pédagogique la **PLS à deux personnes (une à la tête qui dirige et contrôle la manœuvre – l'autre sur le côté pour placer le corps latéralement)**.

Evidemment, si un témoin se trouve seul, il pratiquera la PLS seul en prenant toutes les précautions possibles.

Il suffit de voir sur Internet – donc à disposition de toute la population – ce qui est indiqué au sujet de la PLS. On parle alors de « sauveteur isolé ». Voir ci-après.

Pour la formation au sein de l'Education nationale, nous avons repris le « référentiel » qui reprend le programme « PSC1 ». Que ce soit une personne inconsciente victime d'un malaise ou d'un accident, la consigne est claire : Placer en position latérale de sécurité (PLS) une victime qui a perdu connaissance et qui respire, en proposant la méthode à suivre (On voit bien que pour un blessé de la route il n'est pas possible de retenir cette méthode !).

Nous devons donc en rester aux consignes de son créateur, Le Professeur ARNAUD (qui a approuvé la brochure « 5 gestes » en 1972) :

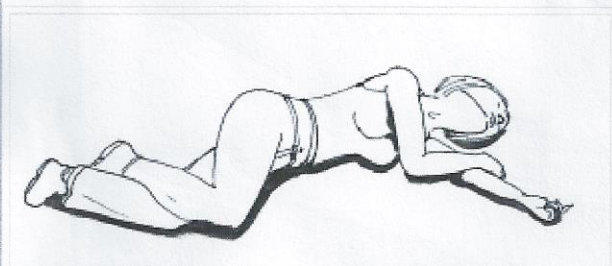
- Secouristes professionnels ou des associations : PLS à 3
- Public (5 gestes) : PLS à 2.

Position latérale de sécurité

Un article de Urgencyclopédie, l'encyclopédie libre.

L'article suivant a été tiré de Wikipédia (<http://fr.wikipedia.org/>). Il est donc en licence GFDL.

Les contributeurs sont informés que les modifications de l'article tombent *de facto* sous la même licence, et peuvent donc se retrouver modifiées et distribuées, sans leur accord, y compris commercialement.



Position Latérale de Sécurité. La bouche est tournée vers le bas de façon à ce que le patient ne risque pas d'étouffer dans les fluides corporels ; la tête est en bascule prudente afin de maintenir l'épiglotte ouverte. Les bras et les jambes forment des béquilles de façon à stabiliser la position. Si possible, l'alignement de la colonne vertébrale est maintenu grâce à un coussin ou grâce à la main de la victime

La **position latérale de sécurité** (ou **PLS**) est un geste de premiers secours à pratiquer lorsque l'on est en présence d'une personne inconsciente, qui respire et qui est plat-dos.

Cette technique sert à maintenir la libération des voies aériennes supérieures, c'est-à-dire le passage de l'air jusqu'aux poumons. En effet, le risque majeur est que la personne s'étouffe par la fermeture de l'épiglotte (clapet qui empêche normalement les aliments de pénétrer dans les poumons) et le contenu de l'estomac (qui se vide lentement, puisque le muscle qui le ferme n'a plus de tonus). Pour ce faire, on place la victime sur le côté, en chien de fusil, en maintenant sa tête en bascule, la bouche dirigée vers le bas ; en langage médical, on parle parfois de *décubitus latéral* pour signifier que le corps est horizontal et tourné sur le côté.

Cette technique n'est pas une fin en soi mais s'inscrit dans

une démarche de premiers secours :

1. protection
2. bilan
3. mise en PLS
4. alerte aux secours publics
5. surveillance

Techniques pour tourner en PLS

Sauveteur isolé

Il existe plusieurs techniques de retournement. La technique proposée ci-après a été recommandée par l'*European resuscitation council* (ERC) en 2000 et adoptée par les pays de l'Union européenne (en 2001 en France), et permet de maintenir les cervicales (vertèbres les plus fragiles, présentant le risque vital le plus important et les plus probablement touchées en cas de traumatisme crânien).

Après avoir vérifié que la victime est inconsciente et qu'elle respire (existence de mouvements ventilatoires) et libéré les voies aériennes (dégrafer cravate, col, ceinture, premier bouton du pantalon, inspection visuelle de la bouche pour retirer les éventuels corps étrangers), le sauveteur retire les lunettes si la victime en a, et aligne les jambes dans l'axe du corps.

Puis, elle se place sur le côté de la victime (voir discussion ci-après pour le côté du retournement) au niveau du torse, et place le bras qui est du côté du retournement à angle droit en le faisant glisser paume vers le haut. Le coude est plié afin de faire un angle droit ; en raison de l'anatomie, le poignet est naturellement au dessus du sol et la main pend légèrement.

Le sauveteur saisit ensuite le poignet opposé et place le dos de la main contre la joue qui est du côté du retournement ; ainsi, la main fera un coussin pour la tête, et le bras constitue un triangle rigide qui servira à relayer la rotation et de béquille en position finale. Le sauveteur plaque ensuite sa main contre la paume de la main de la victime ; il soutient ainsi la tête durant le retournement et évite la mobilisation des cervicales.

Avec la main libre (celle côté des pieds), le sauveteur saisit le creux poplité (arrière du genou) de la jambe opposé, en passant par-dessus le genou. Il lève le genou, la jambe forme ainsi un triangle.

Le sauveteur se recule alors pour laisser la place au retournement, puis fait pivoter la victime lentement et régulièrement en se servant de la cuisse comme levier.

Une fois la victime en position stable, la main qui tenait le genou se place au coude afin de maintenir le bras tandis que le sauveteur retire sa main de dessous la tête de la victime. La cuisse qui sert de béquille est placée à angle droit par rapport au corps.

La victime est protégée des intempéries, par exemple couverte avec un vêtement ou une couverture (sauf les parties présentant un traumatisme évident), puis le sauveteur prévient ou fait prévenir les secours.

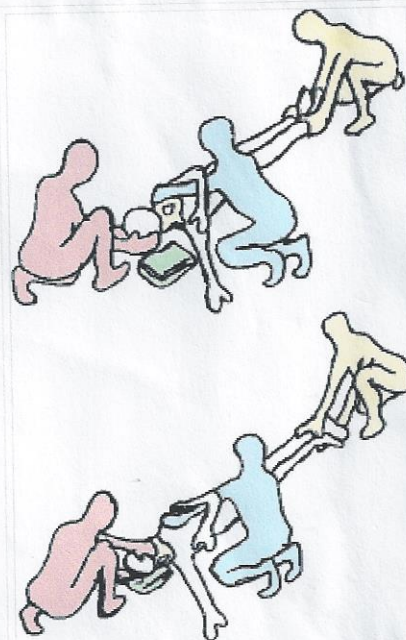
En attendant les secours, il vérifie régulièrement (toute les minutes) que la victime continue de respirer : il se place face à elle, regarde son visage, et place sa main sur l'abdomen pour percevoir les mouvements respiratoires.

Technique à trois secouristes



Méthode alternative pour tourner la victime ; remarquez les bras entre-croisés des sauveteurs.

Lorsque trois personnes sont disponibles et lorsque l'on suppose un traumatisme du rachis, on utilise les trois secouristes pour le retournement, ce qui permet de maintenir l'axe tête-cou-tronc droit et sans torsion. Le secouriste le plus expérimenté (le chef) se met à la tête de la victime et la maintient entre ses mains. Il peut utiliser une prise latéro-latérale ou bien une prise occito-mentonnière ; dans ce dernier cas, la main qui maintient le menton est celle qui est du côté du retournement, et la paume se place contre la joue. Il servira de coordinateur pour la manœuvre.



Si la victime ne présente pas de détresse respiratoire évidente, on prendra le temps de poser un collier cervical avant le retournement.

Le second secouriste maintient les hanches pendant que le troisième aligne les jambes. Le bras du côté du retournement est écarté du corps en le faisant glisser sur le sol paume vers le haut, jusqu'à faire un angle légèrement supérieur à l'angle droit. On pose un coussin, parfois appelé « billot » (couverture ou vêtement plié), à côté de la tête de la victime, du côté du retournement ; l'épaisseur de ce coussin doit être la moitié de la distance entre le cou et l'épaule de la victime. Puis, deux solutions sont possibles :

- les deux autres secouristes se disposent sur le côté du patient, le plus fort des deux au torse, le second aux jambes ; ces deux secouristes croisent leurs mains (voir figure) afin d'assurer une uniformité optimale de la poussée, et ainsi un maintien de la colonne vertébrale dans son alignement ;
— ou bien —
- un secouriste se place au niveau du torse, côté du retournement ; avec la main qui est du côté de la tête, il saisit l'épaule opposée et fait passer le bras opposé de la victime sur son bras ; il met son autre bras sur la hanche opposée ; l'autre secouriste se place aux pieds de la victime, en regardant la tête, et saisit les chevilles.

Le chef demande « Êtes-vous prêts ? » ; les équipiers doivent répondre « Prêt(e) ! » s'ils le sont. Le chef ordonne alors : « Attention pour tourner... Tournez ! » ; de manière synchrone, les secouristes tournent la victime d'un bloc, sans torsion, jusqu'à une position semi-ventrale (environ 45° avec le sol). La tête repose alors sur le coussin.



Trois secouristes exécutent la manœuvre. Au commandement de « Attention pour tourner... Tournez ! », les secouristes tournent le patient au même rythme de façon à assurer l'alignement de la colonne vertébrale.

Le secouriste aux jambes lâche prise et vient placer la jambe du dessus à angle droit, en fléchissant la cuisse. Si la victime doit être relevée, il place le pied dans le creux poplité (arrière du genou) de la jambe au sol. Ce même secouriste saisit ensuite le bras de la victime pour le placer coude au sol, poignet sur le bras au sol. À ce moment là, la victime est stabilisée, et le secouriste au torse peut lâcher prise délicatement, en s'assurant que la victime ne bouge pas.

Le cas échéant, un secouriste vient maintenir la tête de la victime pour que le chef puisse enlever la main placée sous la tête ; sinon, le chef peut garder cette prise en prévision du relevage.

La victime est couverte, et un secouriste se place face à la victime pour surveiller son visage, et met une main sur l'abdomen afin de sentir la persistance des mouvements respiratoires et détecter un éventuel arrêt respiratoire.

PLS et traumatismes

Le fait de mettre une personne en PLS implique une mobilisation des membres et du dos, qui peut aggraver un éventuel traumatisme (par exemple aggraver une fracture). Il faut bien mettre en balance deux choses :

- on est sûr que la victime est inconsciente, et cette inconsciente va déboucher dans un délais court vers un étouffement par la chute de la langue et de l'épiglotte, et par l'invasion des poumons par le contenu de l'estomac (le contenu de l'estomac est acide et va endommager une partie des poumons, syndrome de Mendelson) ;
- la victime a *peut-être* un traumatisme, qui sera *peut-être* aggravé par la mise en PLS ; on pense notamment aux risques de paralysie ou de décès en cas de traumatisme de la colonne vertébrale, mais aussi d'une possible hémorragie interne provoquée par le mouvement d'une fracture.

La position des autorités médicale en France est claire : le risque de décès d'une personne inconsciente prime devant l'éventuelle aggravation d'un éventuel traumatisme, donc **toute personne inconsciente, qui respire et qui est trouvée plat-dos sera tournée en PLS en attendant les secours**. Par ailleurs, la méthode de retournement a été étudiée pour minimiser les risques d'aggravation. Le guide de l'ERC précise d'ailleurs :

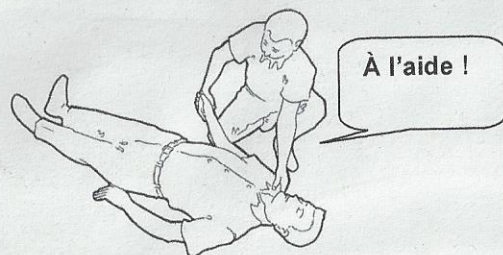
« Finally, it must be emphasized that in spite of possible problems during training and in use, it remains above doubt that placing the unconscious, breathing victim into the recovery position can be life saving. »

traduction : « Finalement, il convient de souligner qu'en dépit d'éventuels problèmes durant l'entraînement et la mise en œuvre, il est absolument certain que la mise en position latérale de sécurité d'une victime inconsciente et qui respire peut lui sauver la vie. »

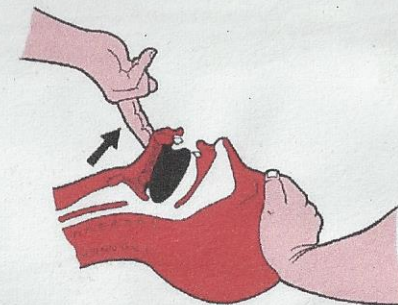
Il est à noter que d'autres pays peuvent avoir une autre démarche ; on est dans le cadre d'un débat d'experts qui échappe aux sauveteurs, il est probable qu'il n'y ait pas de solution miracle, il convient donc de se conformer aux habitudes et à la législation de chaque pays.

✚ CONDUITE A TENIR

1. Apprécier l'état de conscience de la victime



- ☞ poser des questions simples (comment ça va ? », « vous m'entendez? »)
- ☞ secouer doucement les épaules ou lui prendre la main et demander d'exécuter un ordre simple (« serrez-moi la main »)



- ☞ Basculer doucement la tête de la victime en arrière en appuyant sur le front et élever le menton.

2. Apprécier la respiration sur 10 secondes au plus



- ☞ conserver l'élévation du menton de la victime ;
- ☞ se pencher sur la victime, oreille et joue du sauveteur au-dessus de la bouche et du nez de la victime puis :
 - regarder si le ventre et la poitrine se soulèvent ;
 - écouter d'éventuels sons provoqués par la respiration ;
 - sentir un flux d'air à l'expiration.

3. Placer en position latérale de sécurité (PLS) une victime qui a perdu connaissance et qui respire

