

Les personnes en situation de crise

Les états de crise

Lors de l'action de secours, le secouriste peut être confronté à une victime présentant des réactions inhabituelles, d'intensité variable et de formes diverses, traduisant un état de crise. Ce dernier peut se manifester par un contact impossible à établir, une agitation extrême, un état d'ébriété, un vécu délirant, des hallucinations, une angoisse massive, un comportement agressif, une violence incontrôlable ou encore des intentions suicidaires.

Les origines de ces troubles peuvent être diverses : physiques, psychologiques ou psychiatriques.

La plupart du temps, la demande de secours n'émane pas de la victime, mais de son entourage et nécessite une réponse urgente et immédiate du fait :

- de l'intensité émotionnelle des manifestations pouvant mettre en danger la personne elle-même et/ou son entourage
- du risque vital pouvant exister selon l'origine du trouble.

Définition

La crise est une manifestation brusque et intense, de durée limitée, pouvant entraîner des conséquences néfastes. Elle est révélatrice d'une rupture d'équilibre, générant une souffrance aiguë difficile à contenir par la victime elle-même ou par autrui.

Causes

Deux types de facteurs peuvent être à l'origine d'un état de crise :

- **un facteur ou déclencheur externe** : c'est-à-dire un événement stressant, voire potentiellement traumatisant lorsqu'il expose soudainement la personne qui y fait face, à une atteinte à l'intégrité physique et/ou morale voire une menace de mort (la sienne ou celle d'autrui) ou encore un événement bouleversant.
Il peut s'agir d'un accident de la voie publique, d'une situation de violence, d'un événement catastrophique, etc., auquel la victime va répondre par une réaction aiguë.
- **un facteur ou déclencheur interne** à la personne : c'est-à-dire un changement ou un dysfonctionnement interne à la personne se traduisant par des réactions inhabituelles. Il peut s'agir de dysfonctionnements d'origine physique ou psychiatrique, tels que ceux décrits ci-dessous :

TROUBLES ORGANIQUES	Hypoglycémie Hypoxie, Hypo ou hyperthermie, Déshydratation, Tumeur cérébrale Accident Vasculaire Cérébral ...
TRAUMATISMES PHYSIQUES	Crânien Hémorragie grave Douleur intense générée par le traumatisme

INTOXICATIONS (volontaires ou involontaires)	Alcool Stupéfiants Médicaments (arrêt brutal, surdosage, interactions médicamenteuses). Les prises de toxiques sont souvent associées entre elles (alcool et cocaïne par exemple) ...
TROUBLES PSYCHIATRIQUES	ÉTATS AIGUS : états transitoires, mais qui parfois peuvent être un mode de révélation d'une maladie psychiatrique ÉTATS CHRONIQUES : troubles liés à une affection psychiatrique permanente, engendrant des difficultés dans la vie de la personne, des souffrances et des troubles du comportement (schizophrénie, troubles bipolaires, troubles du comportement alimentaire, troubles addictifs ...)

Risques et conséquences

L'état de crise prend souvent l'allure de troubles psychiatriques, alors qu'il peut être l'expression d'un problème physique.

En état de crise, la victime n'est pas toujours raisonnable et consciente de la réalité de la situation, ce qui peut complexifier l'action de secours. Le secouriste risque ainsi d'être :

- confronté à une attitude opposante, de l'agressivité, voire de la violence
- exposé à un potentiel passage à l'acte agressif sur soi ou autrui
- contraint, dans certains cas, de se retirer par mesure conservatoire

Signes et manifestations

L'état de crise est repérable au travers de manifestations inhabituelles. Ces dernières peuvent être le motif de l'intervention ou apparaître secondairement en cours de la prise en charge d'une victime.

Le secouriste les identifiera en observant la personne dans ses différentes sphères : comportementales, émotionnelles et cognitives.

Le secouriste observe	Les signes et manifestations à repérer
La présentation	<ul style="list-style-type: none"> • Etat vestimentaire inadapté • Etat d'hygiène : manque ou excès • Présence de marques, blessures, etc.
Les signes physiques et physiologiques , de stress, de tension, d'anxiété :	<ul style="list-style-type: none"> • Une hyperventilation, une sensation d'étouffement • Une pâleur ou coloration du visage, des sueurs, etc. • Des tremblements, une tension musculaire
Le comportement	<ul style="list-style-type: none"> • Une hypoactivité avec un contact difficile, voire impossible à établir : mutisme, isolement, incapacité à réagir, prostration • Une hyperactivité, avec une agitation stérile, des actions désordonnées, irréflechies, incontrôlables • Une agressivité, voire une violence incontrôlable
Le discours	<ul style="list-style-type: none"> • Un discours accéléré ou ralenti • Un bégaiement ou autre anomalie du langage • Un discours désorganisé, des propos incohérents • Une incapacité à penser, à émettre un avis, une « sidération » • Des troubles de la mémoire (amnésie) • Une absence de conscience de son état • De la confusion, de la désorientation • Une perception négative de la vie, des intentions suicidaires

L'état d'esprit et émotionnel	<ul style="list-style-type: none"> • Une hyperémotivité : cris, pleurs, panique/euphorie, exaltation • Une peur intense, un fort sentiment d'insécurité • Un sentiment de colère avec une tendance à l'agressivité, à la violence • Une perte de contrôle de soi : impulsivité • Une absence d'émotion, comme « déconnectée de ses émotions » • De la tristesse, du désespoir
--------------------------------------	---

Au total, le secouriste peut se retrouver confronté à deux cas de figure :

- Une victime présentant une attitude et un comportement plutôt inhibés (absence d'émotion, sidération, mutisme ...) que l'on peut qualifier d'hypoactif, se manifestant par des réactions « silencieuses ».
- Une victime aux manifestations extériorisées, dans une attitude et un comportement désinhibés ou non contrôlés (hyperventilation, hyperémotivité, agitation ...), de type hyperactif, se manifestant par des réactions « bruyantes ».

Les réactions « silencieuses »

Après avoir été exposée à un événement stressant, potentiellement traumatisant ou bouleversant, la victime répond par une réaction aiguë pouvant prendre la forme d'un état de dissociation. Ce phénomène protecteur se met automatiquement en place chez la victime face à un stress extrême, lui permettant de se soustraire à la frayeur, de se déconnecter d'une réalité insupportable.

- Dans certains cas, la victime présente un état de **stupeur**, une paralysie de la capacité d'agir et de la volonté. Cet état de sidération est autant physique (ne bouge plus) que psychique (ne pense plus). Elle a un regard vide et une expression d'incompréhension totale. Elle peut demeurer immobile dans le danger. Cette sidération peut durer une minute comme plusieurs heures.
- D'autres fois, la victime présente des comportements qui peuvent sembler normaux, mais qui se révèlent être des gestes répétitifs et inutiles ou peu adaptés à la situation et qui sont le reflet **d'actions automatiques**.

L'expression du visage montre que la victime est « absente », comme si elle ne se rendait pas compte de la réalité tragique de l'événement. Si on lui parle, elle semble écouter, mais elle n'enregistre pas ce qui vient d'être dit.

Une fois l'action terminée, elle est incapable de dire ce qu'elle vient de faire, ou encore elle n'en a conservé qu'un souvenir flou avec des « trous » de mémoire ou des « blancs ». Cet état peut durer de quelques minutes à plusieurs heures, au sortir desquelles elle aura l'impression d'émerger d'un rêve.

Dans ce type de réactions, la victime se trouve coupée de ses émotions et est incapable de les exprimer. Parfois l'état dissociatif est tel que la personne peut être totalement confuse et désorientée, sans notion de temps qui s'écoule, amnésique, elle peut errer sans savoir qui elle est et où elle est. Elle n'est donc pas en mesure de juger et d'évaluer la situation.

Ce type de manifestation est le signe d'une détresse psychologique aiguë, voire d'une blessure psychologique grave (risque de voir se développer par la suite des troubles psychotraumatiques). Elle nécessite une orientation vers une prise en charge psychologique spécialisée (aux urgences hospitalières, possibilité de prise en charge par la CUMP dans le cas d'événements impliquant de nombreuses victimes).

Les réactions « bruyantes »

À l'opposé des réactions précédentes, il existe certaines réactions plus « bruyantes ». La victime présente une hyperactivité (physique ou psychique) d'intensité et de durée variable et qui peut être le signe d'une souffrance psychologique tout aussi grave.

- La victime peut présenter une réaction **de fuite panique** prenant la forme d'une fuite impulsive, non raisonnée, éperdue, en se heurtant aux obstacles, en bousculant, renversant et piétinant autrui, et sans même savoir où elle va.
La victime présente un faciès hagard, un regard vide, et une expression d'incompréhension totale. Il arrive que cette fuite panique pousse la personne affolée droit dans le danger.
Cette réaction est très contagieuse, et peut dégénérer, par imitation, en panique collective. Elle peut durer quelques instants, le temps de l'impulsion ; mais elle peut durer plus longtemps voire jusqu'à épuisement physique.
- D'autres fois, la victime manifeste une **agitation désordonnée** se traduisant par un état d'excitation, de gesticulation. Elle peut tenir des propos incohérents, parler beaucoup (logorrhée).
Elle ne parvient pas à fixer son attention ou à se contrôler et n'est pas en mesure de prendre des décisions. La victime peut alors présenter des actions désordonnées ou irréfléchies et incontrôlables.
Dans ce cas, elle risque d'être dangereuse pour elle-même et pour les autres. La terreur et l'affolement se lisent sur son visage, la communication et la relation aux autres sont perturbées (elle ne les reconnaît pas toujours et ne les écoute pas). Cette agitation peut être éphémère (quelques minutes) ou prolongée (plusieurs heures).

Précisions

- Il est possible que la victime passe d'une réaction à l'autre au cours de la prise en charge.
- Les réactions de stress peuvent se prolonger pendant quelques heures, voire quelques jours après l'événement laissant la personne « sous tension ». Ces réactions ne sont pas forcément pathologiques et peuvent disparaître naturellement, telles des « courbatures psychologiques ».
- Une réaction de stress semblant adaptée dans l'immédiat ne garantit pas toujours que la personne soit indemne de toute blessure psychique.
- Dans certains cas, des manifestations inhabituelles peuvent apparaître après la fin de l'événement : crises de larmes, abattement, dépression brève, irritabilité passagère.
- Enfin, la blessure psychologique peut entraîner l'installation de pathologies du stress comme le trouble de l'adaptation, le trouble de stress aigu (TSA) ou le trouble de stress post-traumatique (TSPT).

Autres réactions

La réaction de stress n'est pas la seule réaction possible, les personnes peuvent également être violemment frappées par un choc de compassion ou une perte, quelle qu'elle soit.

Dans le cas du choc de compassion, la victime est marquée par la douleur de l'autre et engage des ruminations autour du drame qui se joue.

Les sentiments éprouvés ne seront donc pas de l'ordre de la peur cette fois, mais plutôt de la tristesse, de la colère ou de l'impuissance.

Les réactions peuvent varier et parfois donner lieu à une décharge brutale de souffrance psychique et à la mise en place de mécanismes de défense psychologique : sidération, malaise, incompréhension, déni, culpabilité, recherche de responsabilité, agressivité, etc.

Prise en charge d'une personne en situation de crise

Principes de l'action de secours

Abord relationnel de la victime

L'action de secours doit permettre :

- de protéger les intervenants, la victime et son entourage ;
- d'identifier les réactions inhabituelles, de recueillir et de transmettre un maximum d'informations au médecin régulateur ou à l'équipe médicale sur place.
- de stabiliser l'état de crise de la victime dans la mesure du possible

Éléments essentiels dans la prise en charge

Observer, rechercher

En présence d'une personne en situation de crise, le 1er regard est essentiel. L'observation et la recherche d'éléments auprès de la victime, de son entourage et de son environnement, doivent permettre de repérer et d'identifier :

- La présence dans l'environnement, de risques potentiels (présence d'armes, emballages de médicaments, lettre, bouteilles d'alcool, etc.) ou de particularités (environnement inadéquat, état inhabituel/particulier)
- Les potentiels facteurs de stress pour la victime :
 - L'entourage semble-t-il constituer un soutien ou plutôt être source de pression pour la victime ?*
 - Y a-t-il des éléments extérieurs perturbants la victime ?*
- L'élément potentiellement déclencheur (interne ou externe ?) :
 - Suite à quoi ?*
- Les caractéristiques de la réaction inhabituelle :
 - Qu'est-ce qui est différent/inhabituel chez la victime ?*
 - Depuis quand ?*
 - Quels sont les éléments qui paraissent inhabituels par rapport aux normes de notre société/de sa culture ? :*
- Les antécédents/hospitalisations/traitements potentiels :
 - Souffre-t-elle d'une maladie particulière ?*
 - A-t-elle déjà été hospitalisée ? » Si oui, « dans quel contexte ?*
 - Prend-elle un traitement ? » Si oui, « l'a-t-elle pris ? Le prend-elle régulièrement ou est-elle en rupture de traitement ?*

C'est à partir de cette première étape que les stratégies de protection et de prise en charge vont pouvoir être déterminées.

Sécuriser, protéger

- Si le contact est possible :
 - Choisir un lieu propice à l'échange où la personne se sentira en confiance et en sécurité, à l'écart de la source de stress et des pressions extérieures éventuelles (séparer l'entourage de la victime s'il est identifié que ce dernier, même sans le vouloir, exacerbe l'état de crise de la victime).
 - Réduire la réaction de stress en évitant de surexposer la victime (à la vision des blessures, à la confrontation à des facteurs environnementaux stressants ...)
 - Assurer une surveillance constante.
- En cas de contact et dialogue impossibles :
 - Demander une médicalisation en vue d'une éventuelle sédation afin de minimiser le risque d'agression et de blessures.
 - Faire intervenir les forces de l'ordre en protection si la sécurité et la sûreté des personnes sont compromises.

Apaiser la détresse, répondre aux besoins

Dans l'abord relationnel de la victime, le secouriste cherche à favoriser l'apaisement émotionnel, voir à prévenir une potentielle escalade d'agressivité pouvant conduire à la violence et se traduire par un passage à l'acte auto ou hétéro-agressif. Cette action s'exerce dans le calme, sans précipitation ni hésitation. Aussi, elle permet de compléter le bilan, puis d'engager les soins nécessaires.

Néanmoins, lors d'états d'agitation incontrôlables et dangereux, l'abordage relationnel a ses limites et la sédation par un traitement médicamenteux sera indispensable.

Conduite à tenir spécifique

Le secouriste devra s'adapter à la spécificité de chaque situation et de chaque personne. Il appliquera les principes de l'abord relationnel de la victime, et sera de plus particulièrement attentif aux points suivants :

Lorsque la personne présente une réaction de type hypoactive (silencieuse)

La tâche essentielle consiste à orienter l'attention de la victime sur des éléments sécurisants et sur des tâches simples, positives et non stressantes.

- Rechercher le contact visuel : « *Madame, regardez-moi bien dans les yeux* »
- Rassurer la victime :
 - par une présence calme, bienveillante et protectrice : « *Nous sommes là pour vous* »
 - en soignant son langage non verbal, ses postures, ses gestes : manifestations de soutien au travers d'une main sur l'épaule ou le bras (à adapter avec précaution), regard bienveillant, voix apaisante, ...
- Ramener doucement la victime dans « l'ici et maintenant » :
 - en l'aidant à prendre conscience que l'événement qu'elle vient de subir est maintenant terminé et/ou qu'elle se trouve en sécurité : « *Maintenant, nous sommes à vos côtés, vous êtes en sécurité* »
 - En reprenant contact avec elle-même et la réalité qui l'entoure (poser des questions concrètes sur elle, lui faire relever des éléments positifs de son environnement : « *Pouvez-vous me décrire ce que vous voyez ?* », « *Concentrez-vous et dites-moi ce que vous entendez* », « *Je vous demande de toucher l'objet que vous avez devant vous et de me dire ce que vous percevez* »).

- L'interroger sur ses besoins : « *De quoi auriez-vous besoin dans l'immédiat ?* », « *Qu'est-ce qui pourrait vous aider ?* »
- L'inviter à s'exprimer, mais pas à tout prix : orienter vers une communication cognitive plutôt qu'émotionnelle, en lui posant des questions simples et concrètes, en cherchant à lui redonner une position active.
- Utiliser des techniques de focalisation de l'attention sur le présent, par exemple :
 - La respiration contrôlée (cf. « *Respiration contrôlée* »)
 - Les techniques de focalisation attentionnelle (cf. « *techniques de focalisation/défocalisation attentionnelles* »)
- Informer sur l'événement et sur ses réactions
- Ne jamais laisser seule.



Questionner la victime sur l'événement qu'elle vient de vivre, en lui demandant d'en faire le récit et/ou de parler de ses émotions, aura pour effet de maintenir/réactiver l'état de dissociation.

Lorsque la personne présente une réaction de type hyperactive (bruyante)

- Établir un contact verbal et tenter d'apaiser :
 - Garder une voix calme, un débit lent et une gestuelle bien réglée (pas de gestes brusques)
 - Montrer à la personne que l'on a perçu la tension émotionnelle, l'agitation et l'inviter à s'exprimer.
 - Identifier le ou les besoins immédiats et proposer son aide : « *Y a-t-il quelque chose que je puisse faire pour vous aider ?* ». Cette proposition d'aide peut conduire la victime à activer sa réflexion, ce qui peut stopper le processus de montée en tension.
 - Utiliser la reformulation (cf. « *l'écoute active* »).
 - Dans le cas d'hallucinations ou de propos incohérents, ne pas contredire la victime.
 - Être attentif aux mouvements du corps (ex. secousses, mouvement d'impatience des jambes qui sont l'expression d'un besoin d'action). Si la victime exprime le besoin de bouger, lui proposer de réaliser des contractions alternées (cf. « *techniques de focalisation/défocalisation attentionnelles* ») permettant de remplir une fonction exutoire.

Contextes particuliers

Plusieurs contextes particuliers nécessitent d'adapter la conduite à tenir, il s'agit de :

- La victime au comportement agressif / violent
- Les morts inattendues
- Les victimes de violences
- La crise suicidaire
- Les événements exceptionnels

La victime au comportement agressif / violent

Le secouriste peut se trouver confronté à des victimes présentant des comportements agressifs, voire violents, de nature différente. En effet, ces violences peuvent être non intentionnelles (le fait de personnes en état d'irresponsabilité : patients psychiatriques, toxicomanes, personnes en état d'ivresse ...), parfois dirigées contre la victime elle-même (automutilation, etc.) ou encore intentionnelles, en direction du secouriste.

Contexte

Après une accumulation émotionnelle, la personne manifeste une tension nerveuse avec apparition d'anxiété et d'agitation psychomotrice.

La personne n'étant plus à ce moment en état de raisonner, il peut s'ensuivre alors un état de panique avec impossibilité à prendre du recul par rapport à la situation et à la critiquer.

Si, à ce moment, la situation n'est pas maîtrisée et le processus interrompu, alors la tension accumulée se libère : c'est le passage à l'acte. Immédiatement après, survient une phase de soulagement pour la personne ainsi vidée de son énergie.

L'agressivité

Peut-être tournée vers la victime elle-même, en direction de tiers ou des secouristes. Cet état est soutenu par une émotion de colère dont les origines peuvent être multiples. La victime agressive est une personne qui souffre, qui se défend face à un problème qu'elle perçoit et qu'elle ne sait pas gérer.

Les comportements agressifs prennent différentes formes :

- incivilités : impolitesse, grossièretés ...
- comportement menaçant : gestes du poing, destruction matérielle, objets lancés, etc.
- violence verbale : menaces, intimidations, insultes, chantage, propos infériorisants ou dégradants, portant atteinte à l'intégrité psychologique d'autrui, etc.

Les signes d'alerte d'un passage à l'acte violent

- un regard fixe, menaçant ou fuyant
- une dilatation des pupilles
- une pâleur ou augmentation de la coloration (rougissement) du visage
- un raidissement des membres, serrement des mâchoires
- des soupirs, modification de la respiration (rapide et peu profonde)
- des sueurs, transpiration
- des tremblements
- un ton de voix saccadé
- une agitation, des mouvements saccadés, l'apparition de tics
- des postures menaçantes (pointe du doigt, montre les poings)
- une tendance à s'approcher, empiètement sur l'espace personnel
- des objets lancés ou jetés par terre

Conduite à tenir spécifique face au geste violent (coups et blessures, bousculades, crachats...)

- Évaluer la dangerosité de la personne et du lieu :
 - Rechercher et mettre en sécurité les objets potentiellement dangereux.
 - Enlever les objets pouvant servir d'armes et faire en sorte de pouvoir mettre un obstacle entre la personne et soi.
 - Veiller à ce que la personne ne soit pas près d'une porte ou d'une fenêtre ouverte s'il y a risque de fuite ou de défenestration (prévention du suicide notamment).
 - Ne pas laisser la personne seule, ne pas rester seul avec la victime.
- Utiliser l'espace avec stratégie :
 - Veiller à avoir une échappatoire, un accès à la sortie



En présence de plusieurs intervenants, un secouriste prendra le rôle d'interlocuteur principal.

C'est lui, exclusivement, qui s'adressera à la victime, et introduira les gestes secouristes réalisés par ses équipiers : « *mon collègue va évaluer votre respiration en ...* » ...

- Positionner l'équipe en triangle. Un seul secouriste parle, les 2 autres situés en arrière, sont en soutien et en communication avec ce dernier.
- Garder une distance de sécurité. S'approcher d'elle, en s'annonçant et en se faisant voir, afin de ne pas la surprendre. Eviter toute attitude oppressante.
- Ne pas lui tourner le dos.
- Aborder la victime en assurant sa protection personnelle :
 - L'interlocuteur choisi sera celui qui a le meilleur contact et si un équipier suscite de l'agressivité, celui-ci se met à distance.
 - Eviter toute attitude agressive (éviter les bras croisés, mains sur les hanches, pointer du doigt..., ne pas regarder fixement la personne dans les yeux, mais rester vigilant en maintenant un contact oculaire), ne pas toucher, contraindre physiquement, tirer, tenir.
 - Ne pas monter le ton, se montrer calme, posé et maintenir les marques de respect (Mme, Mr, vouvoiement, même si la personne a tendance à employer le tutoiement ou des marques de familiarité). Utiliser la fermeté, mais toujours avec diplomatie, en veillant à ne jamais « attaquer » la personne agressive et violente. Eviter dans un premier temps toute contradiction pour prévenir une augmentation de l'agressivité, mais sans chercher non plus à approuver systématiquement (rappeler les limites et le cadre).

Abord relationnel possible	Abord relationnel impossible
<ul style="list-style-type: none"> ● Maintenir un contact verbal : <ul style="list-style-type: none"> ○ Laisser la victime s'exprimer. ○ Adopter une attitude d'écoute sans jugement, savoir se taire, écouter la personne jusqu'au bout et ne pas lui couper la parole. ○ Montrer à la personne que l'on a perçu l'agressivité ○ En aucun cas accepter qu'elle s'exprime avec agressivité ou manque de respect ○ Utiliser la reformulation ○ Clarifier tous les points de désaccord ○ Chercher à positiver le dialogue ○ Encourager la personne à suggérer une solution au problème ● Analyser en permanence la situation et appeler du renfort même si la personne est devenue calme, car cette dernière pourrait à nouveau devenir agressive. 	<p>Mesures de sauvegarde :</p> <p>Dans les situations de crise avec danger, les secouristes doivent se retirer et alerter.</p> <p>L'usage de la force pour maîtriser la victime n'est pas du ressort du secouriste, sauf 2 exceptions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pour préserver sa propre intégrité - ou dans la mesure du possible pour limiter un danger manifestement grave et imminent.

Les morts inattendues

On qualifie le décès d'inattendu lorsque la mort survient de façon brutale chez un sujet à priori en bonne santé. Le décès peut être naturel, violent, accidentel ou par homicide.

Contexte

Dans ces contextes, les secouristes sont généralement confrontés :

- à la personne décédée, dont la mort peut être constatée dès l'arrivée sur les lieux ou secondairement, à l'issue de l'intervention de secours. Dans ce dernier cas, et selon le besoin exprimé par l'entourage, l'équipe de secouristes peut accepter la présence des proches lors des manœuvres de réanimation, et plus particulièrement lorsque la victime est un enfant
- à un témoin (connaissant la victime ou non) ayant fait la découverte de la personne en détresse vitale ou déjà décédée

- à l'entourage du décédé.

La souffrance des témoins et/ou de l'entourage sera influencée par les facteurs suivants :

- la typologie des personnes décédées (nourrisson, enfant, adolescent, adulte, personne âgée), leur nombre (parfois plusieurs personnes d'une même famille) et les liens qui les unissent aux proches décédés (parent, enfant, conjoint ...)
- les circonstances de décès : suicide, homicide, infanticide, fratricide, féminicide ...
- les conditions de la découverte du corps et de son état d'altération
- des éventuelles investigations scientifiques, judiciaires et médico-légales menées par les autorités et les experts compétents.

Ces derniers, témoins et entourage, nécessitent une prise en charge à part entière. Selon la nature de la relation avec le décédé, les sentiments éprouvés peuvent varier et parfois donner lieu à une décharge brutale de souffrance psychique et à la mise en place de mécanismes de défense psychologique : sidération, malaise, effondrement, incompréhension déni, culpabilité, recherche de responsabilité, agressivité, colère, etc. Ils sont naturels et leur abord ne relève pas nécessairement d'un professionnel de la santé mentale. Une présence empreinte d'humanité et de bienveillance constitue la première réponse au besoin des endeuillés.

Conduite à tenir spécifique

- Dans le cas particulier où le décès survient sur la voie publique, il convient dès que possible de soustraire au mieux le corps à la vue du public. En l'absence de danger, le corps ne sera déplacé que sur décision du médecin (ou de l'autorité judiciaire en cas d'obstacle médico-légal).
- En l'absence d'obstacle médico-légal, il est important :
 - de préserver la dignité du corps, le manipuler avec précaution et délicatesse ;
 - d'installer le corps du défunt selon le souhait de la famille, tenir compte des rituels culturels et religieux qui peuvent être utiles pour pacifier et réguler les émotions ;
 - de rendre le corps présentable (enlever le matériel, nettoyer ...) en prenant en compte la rapide dégradation de l'état du corps et les risques de relâchement de ce dernier. Penser à prendre les précautions nécessaires si le corps est abîmé (cacher une partie ...) d'accompagner les proches auprès du défunt si cela est souhaité. La présentation du corps, peut être proposée à la famille sans constituer une obligation.

Le travail de deuil, c'est-à-dire, l'adaptation à la perte d'un proche, est un processus qui s'inscrit progressivement dans le temps et dont le point de départ, l'annonce du décès, va grandement influencer sur son déroulé. Il s'agit donc d'un moment très important pour lequel un maximum de précautions est nécessaire.

- **L'annonce est du ressort du médecin**, de la police ou d'un Officier de Police Judiciaire (tel que le maire par exemple).

À titre très exceptionnel, le secouriste peut être amené à réaliser l'annonce du décès.

Le décès doit être annoncé de façon claire et adaptée. Il s'agit de fournir des informations honnêtes et claires, avec empathie et respect, de manière à engager les proches dans un processus de deuil sans brutalité supplémentaire :

- Dans un lieu calme, en dehors de la zone d'intervention, avec un minimum de confort, permettant l'intimité et la disponibilité.

- Intervenir à deux, avec un médecin si possible qui se chargera de l'annonce.
- En reprenant le contexte/la cause, la chronologie et les actions entreprises, par exemple :
« Nous avons été appelés par un témoin qui a retrouvé votre mari inconscient dans son véhicule. À notre arrivée, son cœur était arrêté. Nous avons tout de suite réalisé un massage cardiaque et mis en œuvre toutes les actions dans le but de relancer son cœur. Malheureusement, après plus d'une heure de travail, nous n'avons observé aucun signe de reprise d'une activité cardiaque. Nous avons fait notre maximum, mais malheureusement votre mari est mort ».
- Il est du rôle des secouristes de veiller sur la famille et les proches et de répondre au maximum aux besoins des endeuillés :
 - Adopter une attitude respectueuse vis-à-vis de la personne décédée. C'est un facteur de réconfort notable pour la famille ou son entourage
 - Leur laisser du temps pour comprendre et intégrer la situation
 - Être présent et à l'écoute
 - Apporter des réponses : conseils, explications pour les premières démarches, ce qui va se passer, etc.
 - Les accompagner dans l'annonce aux enfants et adolescents sans tarder, en associant ces derniers aux autres personnes de leur entourage, avec des mots simples et directs (utiliser le mot « mort »).
- Faire en sorte de passer le relais à une personne qui pourra rester présente (famille, voisins, amis, etc.) au départ des secours, ne pas laisser seul un proche endeuillé.
- Dans le cas d'un décès d'enfant, le corps sera transporté par les services de secours sur réquisition judiciaire, accompagné des parents, s'ils le souhaitent, vers un centre de référence où des investigations médicales seront menées afin de rechercher la cause du décès.

Les victimes de violences

Contexte

Qu'elles aient lieu dans l'intimité du milieu familial (violences conjugales, maltraitements) ou commises à l'extérieur par des personnes inconnues ou des connaissances, la violence peut être verbale, physique, psychologique, sexuelle et/ou liée à la négligence et aux privations. Il peut s'agir d'un geste isolé de violence ou d'un certain nombre de gestes qui s'inscrivent dans un cycle de maltraitance.

Dans ces contextes, il peut exister une certaine complexité pour établir une relation avec la victime et pour évaluer la situation, notamment :

- en cas de danger persistant pour la victime et/ou pour l'équipage
- lorsqu'il existe un lien affectif qui soude les personnes concernées ou une situation de dépendance, de vulnérabilité physique, psychique, affective et/ou sociale avec souvent une relation de domination, d'emprise (partenaire, parent).
- quand l'auteur est présent, niant fréquemment les violences commises ou sa responsabilité
- du fait d'une visibilité faible et de la loi du silence : les violences sont souvent masquées et la victime peut avoir peur de parler, craindre les représailles, peut masquer ou nier, minimiser, banaliser, sous-estimer la gravité ou ne pas identifier forcément la situation de violence.
- dans les suites d'une agression sexuelle, la victime est impactée au niveau le plus intime et peut manifester une importante souffrance et souvent une méfiance à l'égard des secouristes (d'autant plus

s'ils sont du même sexe que l'agresseur), rendant parfois le contact physique et donc les gestes secouristes difficiles, voire impossibles.

Le secouriste occupe une place prépondérante, car il est souvent celui qui constitue le premier soutien. Son regard bienveillant permet à la victime de retrouver une part de sentiment de sécurité. Ses qualités d'écoute et d'empathie sont déterminantes pour engager la victime vers la reconnaissance du préjudice subi. La personne doit se sentir rassurée, en confiance afin de ne pas vivre sa prise en charge comme une nouvelle agression.

Conduite à tenir spécifique

- Isoler la victime et limiter le nombre d'intervenants
- Instaurer un climat d'écoute, de confiance et de sécurité,
- Employer un ton calme et rassurant, associé à des gestes délicats, préalablement annoncés.
- Parler honnêtement des éléments évocateurs repérés et lui signifier par des mots simples notre perception de la situation et l'encourager (sans forcer) à en parler.
- Aborder clairement la question des violences, en précisant que rien ne les justifie, qu'elles sont interdites et punies par la loi. La victime n'est donc pas responsable et peut déposer plainte. Si elle ne veut pas parler, lui dire qu'elle pourra le faire plus tard. Il ne s'agit pas de l'interroger, mais de l'écouter.
- Tenter de convaincre de la nécessité d'un transport à l'hôpital
- Transporter la victime dans la position dans laquelle elle se sent le mieux (surtout si cette dernière a subi une agression sexuelle)
- Informer sur la possibilité d'être aidée en veillant à ne pas émettre des promesses non tenables ou des solutions hors de sa portée
- En cas d'absence de transport, transmettre les coordonnées des services compétents et inciter la victime à identifier une personne-ressource.

Précisions

Il ne s'agit pas de réaliser une enquête, mais d'évaluer les risques encourus afin de déterminer la réponse opérationnelle la plus adaptée dans l'immédiat. Ainsi doit être appréciée la nécessité du recours aux forces de l'ordre, qui ne se fera que dans trois conditions : un danger persistant pour la/les victime(s), pour l'équipage ou lorsque la victime en fait la demande.

- Il est important que le secouriste soit particulièrement vigilant et attentif à repérer et préserver tout élément informatif ou de preuve (sous-vêtements à conserver dans plusieurs sacs neufs séparés, dans le cadre d'une agression sexuelle par exemple ...) qui pourrait être utile à la victime dans le cadre d'une future procédure judiciaire. Dans certains cas, notamment celui de l'agression sexuelle, il est important qu'elle puisse être dirigée le plus rapidement possible vers des services spécialisés, urgences médico-judiciaires notamment, certains examens, prélèvements et mise en route de traitement devant être réalisés au plus vite.
- En cas de transport à l'hôpital, des transmissions complètes sont à faire à l'équipe prenant le relais pour permettre une prise en charge adaptée, la mise en sécurité de la ou des victimes et des soignants. Le contexte des violences selon les dires de la victime, ou les suspicions selon les éléments observés, doivent figurer dans les écrits professionnels.
- Sauf danger imminent, il faut accepter le choix et le rythme de la victime (si majeure et apte à consentir). Même si l'issue de l'intervention n'est pas celle espérée, toute intervention a un intérêt, même si les effets ne sont souvent pas mesurables dans l'immédiat. Une parole possible, un regard nouveau sur sa situation, des informations apprises peuvent amorcer un changement.

Contexte

Etat de « crise psychique », temporaire et réversible, dont le risque majeur est le suicide (« acte de se donner délibérément la mort », OMS 2014).

Il s'agit d'un moment de la vie d'une personne où celle-ci se sent dans une souffrance majeure, dans une impasse avec l'impossibilité de s'en sortir. La personne est submergée par les émotions, elle présente une fatigue physique et morale qui altère son jugement et l'empêche de raisonner. L'idée suicidaire devient de plus en plus présente et finit par s'imposer comme la seule issue possible à cette souffrance.

Le processus suicidaire se met en place suite à une accumulation de facteurs (familiaux, professionnels, sociaux, etc.) et ne résulte jamais d'une seule origine.

Signes et manifestations :

Idées et intentions suicidaires	Manifestations de crise psychique	Existence d'un contexte de vulnérabilité
<p>La personne en crise va verbaliser certains messages :</p> <ul style="list-style-type: none">• directs : « je veux mourir », « je veux en finir », « j'ai perdu le goût de vivre » ...• indirects : « je n'en peux plus, je voudrais partir, disparaître », « ils seraient mieux sans moi » ...	<ul style="list-style-type: none">• Fatigue• Anxiété• Tristesse• Irritabilité, agressivité• Troubles du sommeil• Troubles des conduites alimentaires• Perte d'intérêt et de plaisir• Sentiment d'échec et d'inutilité• Mauvaise image de soi et sentiment de dévalorisation• Impuissance à trouver des solutions à ses problèmes• Troubles de la mémoire• Ruminations• Consommation tabagique et alcoolique augmentée	<ul style="list-style-type: none">• Dépression• Affections psychiatriques déjà existantes• Antécédents de passage à l'acte suicidaire• Alcoolisme, toxicomanies, pathologies graves (cancer, etc.)• Histoire familiale ou événement douloureux• Contexte de rupture familiale ou conjugale• Licenciement• ...

Conduite à tenir spécifique

Face à une personne en crise suicidaire, la tâche des secouristes consistera à repousser l'échéance du passage à l'acte en reconnaissant la souffrance de la personne en crise et en discernant les éléments qui augmentent le risque de passage à l'acte.

Pour déterminer les priorités de l'intervention, il convient de procéder assez rapidement à l'évaluation du potentiel suicidaire, en prenant en compte :

- les facteurs d'**urgence**, témoins de l'imminence d'un geste (intensité, temporalité, lieu et modalités de l'acte suicidaire envisagés)
- les facteurs de **dangerosité** comme l'accessibilité et la létalité (risque d'entraîner la mort) du moyen envisagé.

Critères d'une urgence élevée

- Planification claire, passage à l'acte prévu pour les jours à venir (élaboration d'un scénario : Comment, Où, Quand ?)
- Sentiment d'avoir tout fait et tout essayé et ne plus vouloir d'aide
- La douleur et l'expression de la souffrance sont omniprésentes ou complètement tues
- Accès direct et immédiat à un moyen de se suicider (médicaments, armes, corde ...)

La victime doit percevoir qu'elle est prise en compte et respectée. Le dialogue se réalise avec tact, sans émettre de jugement de valeur (propos moralisateurs ou de « bon sens »). Il faut bannir toute provocation, tout ordre catégorique, se retenir de minimiser les problèmes et de dévaloriser le geste (« *une bêtise* »). Il s'agit de reconnaître et d'aborder clairement la situation de crise.

- Évaluer le risque (Comment, Où, Quand ?) :
 - « *Souffrez-vous au point de vouloir mourir (vous faire du mal) ?* »
 - « *Pensez-vous à une façon de vous suicider ?* »
 - « *Avez-vous prévu un moment? Quand ?* »
 - « *Pensez-vous à un endroit en particulier?* »
- Évaluer la facilité d'accès aux moyens létaux évoqués par la personne et les éloigner autant que faire se peut :
 - « *Pensez-vous à un moyen de vous suicider ?* »
 - « *Disposez-vous de ce matériel?* »
 - « *Avez-vous envisagé un moyen de vous le procurer?* »
- Proposer systématiquement le transport vers l'hôpital afin de procéder à une évaluation spécialisée et éventuellement une hospitalisation.
- Transmettre l'ensemble des éléments observés et repérés lors de la prise en charge de la personne (victime, entourage, lieux) et rapporter les éléments informatifs (emballages de médicaments, lettre, photo dispositif ...) à l'hôpital.

Précisions

- Toute idée suicidaire est à considérer comme un suicide en cours de réalisation. Ainsi, même face à un geste « bénin », un transport pour une évaluation par un spécialiste se révèle indispensable.
- Les victimes en crise suicidaire doivent être surveillées durant toute l'intervention, y compris durant le transport, car l'impulsion d'un passage à l'acte peut être accentuée par la crainte de l'hospitalisation.
- Les questions directes posées à une personne qui formule des propos suicidaires peuvent sembler embarrassantes, mais elles permettent pourtant de mieux préciser le mode d'action envisagé. Une personne ayant des idées suicidaires peut en effet interpréter ces questions directes de son interlocuteur comme une compréhension de sa souffrance et à l'inverse, l'absence de questionnement comme un désintérêt.

Contexte

Le secouriste peut être amené à intervenir lors de catastrophes ou de situations exceptionnelles.

Il s'agit d'événements inhabituels survenant de manière brutale, la plupart du temps, entraînant des dégâts tant humains que matériels et pouvant être à l'origine d'un afflux de victimes : catastrophes majeures (telles qu'inondations, feux de forêt, ouragans ...) ou Accidents Catastrophiques à Effet Limité (accidents de transport par voie routière impliquant plusieurs véhicules (carambolages) ou des véhicules de transport (autocar, train ...), incendies en milieu urbain, les accidents liés au gaz, accidents technologiques, accidents au cours des rassemblements de foule, attentats terroristes), ou encore les pandémies.

Ces événements comportent une extrême violence et s'accompagnent :

- de dégâts matériels, écologiques
- d'impacts psychologiques, plus importants si des proches, des amis, des connaissances disparaissent ou si les médias font largement état de la nouvelle en raison de son caractère spectaculaire
- d'une insécurité psychique ressentie par des communautés et des populations entières : victimes, témoins, parents, public, sauveteurs dans une certaine mesure, et enfin aussi décideurs et gouvernants eux-mêmes. En effet, ils ont vécu et vivent quelque chose de commun à tous :
 - la vision horrifiante des cadavres, des blessés et des destructions,
 - l'immersion dans un monde cauchemardesque opposé au monde paisible de l'existence habituelle,
 - le contact avec sa propre souffrance psychique ou celle d'autrui,
 - la prise de conscience de la gravité exceptionnelle de la situation, le décontenancement et le désarroi, même brefs, face à ce désordre qu'il faut résoudre.
 - chacun se sent atteint dans son appartenance communautaire.

L'action de secours peut se révéler particulièrement complexe du fait :

- d'un débordement temporaire des moyens avec parfois la destruction ou l'indisponibilité de certains moyens de secours, un fonctionnement en mode dégradé
- d'un afflux de victimes avec la nécessité de procéder à un triage
- d'un risque de débordement émotionnel sur un plan collectif (risque de mouvement de foule, panique collective). Concernant ce dernier point, l'anonymat et la tendance à l'imitation favorisent une certaine impulsivité et permettent à l'émotion de l'emporter sur la raison.

Des comportements primaires peuvent apparaître. Une panique collective ou une grande violence peuvent alors en résulter. Elle peut se traduire par des comportements collectifs inadaptés (fuite éperdue, bousculades, piétinement ...). La panique accroît le danger et le nombre des victimes.

Conduite à tenir spécifique

Il s'agit là de tenter de gérer un attroupement ou une foule afin de diminuer l'anxiété d'une ou des victimes et des impliqués.

Face à un attroupement ou une foule

- Donner des consignes de dispersion : demander à toute personne présente de s'écarter afin de ne pas gêner l'organisation des secours ou incommoder les victimes.
- Donner des tâches à réaliser aux victimes en état de le faire, aux personnes impliquées ou aux témoins

les plus agités (attendre les renforts pour les guider, aller chercher des documents, évacuer...). Ceci a pour effet, en général, de diminuer leur angoisse.

En cas de mouvement de panique

- Être facilement identifiable en tant que secouriste
- Agir de façon coordonnée avec calme
- Faire preuve d'autorité en donnant des informations et des directives brèves et claires (anticipation).
- Isoler les personnes susceptibles de réenclencher un mouvement de panique, une fois celui-ci enrayé.
- Créer un périmètre de sécurité.
- Extraire rapidement la ou les victimes vers un périmètre sécurisé (véhicule, PMA ou bâtiment).

Les réactions de détresse doivent alerter, elles sont l'indice d'une blessure psychologique grave. Une prise en charge médicale et/ou psychologique est indiquée afin de faire face à l'installation dans la durée de troubles psychotraumatiques.

Il sera donc nécessaire d'orienter ces personnes vers une prise en charge psychologique spécialisée (aux urgences hospitalières ou à proximité de la catastrophe par les Cellules d'Urgences Médico-Psychologiques).

Rappel sur les Cellules d'Urgence Médico-Psychologique

Les cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP) constituent, en France, un dispositif de prise en charge psychologique précoce des blessés psychiques dans les situations d'urgence collective (événements majeurs, sinistres, ou encore attentats) intervenant dans le cadre du SAMU.

Les CUMP sont composées de spécialistes (psychiatres, psychologues, infirmiers) spécialement formés à ce type d'urgence.

La CUMP est déclenchée à l'initiative du SAMU