



Introduction

Ce document fait office de support théorique en lien avec l'exercice de formation continue « détresses psychiques ».

Lors de vos interventions, il est fréquent que le/la patient-e ou les témoins de la scène présentent une forme de détresse psychique qu'il est important de ne pas négliger. De plus, face à un accident ou à un malaise brutal, la situation – de même que les gestes de premiers secours que vous pratiquez – sont accompagnés d'une charge émotionnelle importante. Le maître-mot pour prendre en charge cet aspect de votre intervention est la **communication**. Il faut permettre aux personnes impliquées de s'exprimer. Pour la victime et ses proches, il s'agit d'une situation hautement traumatisante. En médecine, on oppose généralement l'aspect psychique/psychologique de l'aspect somatique. *Soma* = la cellule = ce qui concerne le corps. L'essentiel de votre formation (BLS-AED, ABCDE, paramètres vitaux, etc.) concerne la médecine somatique. Ce document et les exercices qui l'accompagnent s'intéressent pour une fois à l'aspect psychique. La notion de « détresse psychique » est un terme vague qui peut désigner de nombreuses manifestations différentes. En voici un aperçu.

Partie 1 – Types de détresse psychique

On peut simplifier artificiellement les situations fréquentes en premiers secours en 3 catégories principales :

Type de détresse	Exemple	Ne pas confondre avec	Outils disponibles
Angoisse	• Crise d'angoisse/panique +/- hyperventilation	• Asthme • Infarctus • Intoxication	Premiers secours psychologiques
Etat de choc Repli sur soi	• Témoin d'un événement traumatisant • Perte d'un être proche • Victime d'agression (plutôt ♀)		
Agitation Agressivité	• Refus de soin • Victime d'agression (plutôt ♂)	• Intoxication • Traumatisme crânien • Hypoglycémie • Etat de choc • Hypoxie	Désescalade Services de sécurité

Il s'agit évidemment de distinctions très simplistes qui peuvent se combiner entre-elles. Le fait de les séparer en catégories distinctes est aussi une approximation car la plupart des détresses ne sont pas aussi polarisées. Une crise d'angoisse peut par exemple aussi être le signe d'un état de choc suite à un traumatisme. L'idée ici est de séparer les victimes « angoissées mais qui vont bien » de celles qui sont « dévastées, anéanties ». Les cas dans lesquels la victime apparaît agitée ou anxieuse ne doivent pas être considérés d'emblée comme des situations « psy ». Au contraire, il est préférable de partir du principe que la détresse psychique est la manifestation d'un problème somatique, et d'exclure une urgence vitale rapidement. Les pièges classiques sont listés dans le tableau ci-dessus. Parmi les plus fréquents on retrouve en tête « intoxication » et « traumatisme crânien ».

Quelles substances provoquent classiquement une agitation et une anxiété ?

Crise d'angoisse / Attaque de panique

Une attaque de panique est un épisode d'anxiété durant lequel la victime développe de la peur et une perte de contrôle émotionnelle. Le pic est habituellement atteint en 15 minutes. Durant une attaque de panique, il est fréquent que la victime rapporte des symptômes somatiques typiques qui rendent l'évaluation difficile. Par exemple : oppression thoracique, palpitations, difficultés respiratoires, nausées, vertiges, sentiment de malaise imminent, fourmillements, etc. Vous reconnaissez parmi ces symptômes des signes qui évoquent de possibles urgences vitales (infarctus, crise d'asthme, arythmie, etc.). C'est pourquoi le diagnostic de crise d'angoisse ne doit pas être posé « au feeling » lorsque vous apercevez un patient en hyperventilation. Il s'agit d'un diagnostic d'exclusion. C'est-à-dire qu'il ne peut être posé que si le/la secouriste juge improbable l'existence d'une autre cause. Ci-dessous, vous trouverez des arguments qui « pèsent dans la balance » pour une crise d'angoisse ou, à l'inverse, pour une cause somatique.

Greenflag = « qui rassure les secouristes », Redflag = « qui inquiète les secouristes ».

Green flags pour une crise d'angoisse (contre une cause somatique)

- Sexe féminin
- Pas le premier épisode
- Bonne santé, pas de médicaments
- Jeune âge (< 35 ans)
- Contexte de foule ou stress élevé
- Bilan ABCDE et paramètres vitaux dans la norme

Red flags évoquant une cause somatique (contre une crise d'angoisse)

- Sexe masculin
- Premier épisode
- Problèmes cardiaques, respiratoires connus, médicaments quotidiens
- Age > 35 ans
- Contexte isolé
- ABCDE ou paramètres vitaux anormaux

Le temps est aussi un outil précieux. Si les symptômes s'aggravent malgré vos interventions, une cause non-psychique devient plus probable. Dans tous les cas, le moindre doute justifie d'alarmer les secours. Dans tous les services d'urgence, chaque jour il y a au moins un-e patient-e qui arrive avec des douleurs thoraciques et qui repart avec un diagnostic de crise d'angoisse. Chez une adolescente de sortie dont le couple a rompu le jour même et dont l'évaluation est rassurante, le diagnostic est simple. Chez un homme de 56 ans en surpoids qui s'est progressivement senti mal en 2h → 144.

La crise d'angoisse est un cercle vicieux dans lequel la victime est convaincue que ses symptômes viennent d'un problème grave (p.ex. le cœur), ce qui augmente son anxiété, son hyperventilation, et donc l'inconfort thoracique. De plus, la victime est fréquemment accompagnée de témoins agités et eux aussi paniqués qui renforcent le stress de la situation.

Premiers secours spécifiques :

Pour l'hyperventilation : instruisez la victime à **inspirer par le nez, et d'expirer lentement par la bouche**. Faites l'exercice avec elle et renforcez positivement son effort en la félicitant pour son travail. Soyez convaincu-e de votre démarche (« On va faire ensemble un exercice qui va vous aider, vous vous sentirez bien mieux après... » est plus convainquant que « On va essayer un truc. »). A noter que la ré-inspiration en utilisant un sac n'est plus recommandée. Pour les symptômes inquiétants (fourmillements, oppression) : Rassurez la victime en expliquant que les symptômes qu'elle ressent sont normaux et vont s'atténuer. En cas de présence médicale, un anxiolytique peut être administré.

Que se passe-t-il en cas d'échec ? L'hyperventilation va provoquer une alcalose respiratoire (perte de gaz carbonique = perte de l'acidité physiologique du sang) qui va s'accompagner d'une somnolence et éventuellement d'une perte de conscience. Veillez simplement à ce que la victime soit assise avant. Pas d'inquiétude toutefois. C'est très efficace pour mettre fin à l'anxiété et reprendre une respiration normale ;-).

Pour la part psychique, vous trouverez un résumé « premier secours psychologique » plus loin dans ce document. Votre calme et le fait de garder un ton de voix apaisant pendant votre intervention a un impact énorme sur la prise en charge en diminuant le poids de la situation. De la même manière, il peut être judicieux d'éloigner brièvement les témoins, en gardant une personne proche aux côtés de la victime.

Etat de choc, repli sur soi post-traumatique

Suite à un stress aigu (agression verbale ou physique, viol, témoin d'une réanimation ou d'une noyade, perte d'un être proche, etc.), il se peut que la victime reste « choquée », traumatisée. Il existe de nombreuses manifestations qui vont des pleurs, sanglots, cris, à la stupeur au mutisme ou à la paralysie. Il s'agit de situations heureusement rares mais qui sont lourdes. Les secouristes sont aussi à risque de stress post-traumatique dans le cadre de leur activité, et l'entre-aide est cruciale au sein de l'équipe.

Souvent, le facteur causal de ce stress justifie à lui seul d'alarmer les professionnels (agression, réanimation, etc.), si bien que les victimes pourront être prises en charge rapidement. Toutefois, il se peut que vous soyez la première personne à intervenir auprès de la personne choquée. Par exemple lorsque les secours professionnels se chargent de la réanimation cardio-pulmonaire, ou lorsqu'un viol a eu lieu sur le site de la manifestation où vous travaillez.

Premiers secours spécifiques :

Dans ces cas-là, une équipe d'urgence psychologique et nécessaire et sera mise en place par les professionnels. Quelques outils sont résumés dans le chapitre « Premiers secours psychologiques » ci-dessous. Lorsqu'on demande aux victimes de tels événements de verbaliser leurs émotions, il ressort souvent un sentiment d'impuissance, de n'avoir pas su quoi faire et – de ce fait – de se sentir coupable de ce qui leur arrive. Il existe aussi, évidemment, un immense sentiment d'injustice. Votre soutien psychologique devra aborder ces points.

Aspects légaux (droit cantonal neuchâtelois) :

Art. 62 Les professionnel-le-s du domaine de la santé (...) de même que leurs auxiliaires sont tenus au secret professionnel, au sens de l'article 321 du code pénal suisse. Il interdit aux personnes qui y sont tenues de révéler les secrets dont elles ont connaissance dans l'exercice de leur profession.

*Art. 63a Les professionnel-le-s du domaine de la santé **sont habilité-e-s**, en dépit du secret professionnel qui les lie, à informer les autorités de poursuite pénale et la police neuchâteloise de tout fait permettant de conclure à un crime ou à un délit contre la vie ou l'intégrité corporelle, la santé publique ou l'intégrité sexuelle.*

Dans le canton de Neuchâtel, **vous avez le droit d'informer la police en cas d'agression/viol d'un-e adulte, même si la victime ne le souhaite pas**. Il faut toutefois garder cette solution en dernier recours et préférer encourager la victime à dénoncer le crime d'elle-même en raison du risque de faire plus de mal que de bien si vous lui imposez votre décision (représailles, aggravation du traumatisme psychique, perte de la confiance envers le système de santé). Il existe par contre au niveau fédéral **une obligation**, en dépit du secret professionnel, d'informer l'autorité de protection des mineurs en cas de tels crimes/délits commis **sur un enfant**.

Partie 2 – Premiers secours psychologiques

Comme pour le reste des premiers secours, les premiers secours psychologiques (PSPsy pour faire simple) servent à **stabiliser l'état d'une victime en mitigant les conséquences d'un traumatisme psychique, à évaluer les besoins en soins, et à faciliter l'utilisation des ressources de la victime**. Par analogie avec les soins somatiques, les PSPsy sont comparables aux soins d'une brûlure : rafraîchir pour stopper le processus lésionnel, évaluer la gravité, et débiter la cicatrisation. Il ne s'agit pas d'un débriefing, d'un outil diagnostique ou d'une psychothérapie. Il s'agit uniquement de donner l'occasion et le cadre permettant à la victime de s'exprimer sur ce qu'elle ressent.

Après avoir lu la partie 1, vous avez compris que les premiers secours psychologiques ne s'appliquent pas à toutes les situations de détresse psychique. Les personnes agitées/agressives nécessitent en priorité que vous établissiez la sécurité de l'intervention (y.c. appel au service de sécurité) et que vous pratiquiez des manœuvres de désescalade.

En revanche, pour les situations d'angoisse importante ou de d'état de choc, il peut être utile – après avoir exclu une urgence somatique – d'évaluer les aspects psychologiques. Notez qu'il est difficile voire impossible de soulager quelqu'un psychiquement tant qu'il/elle n'est pas soulagé de sa souffrance physique, d'où cet ordre de priorités. Si la personne ne souhaite pas d'exprimer, n'insistez pas.

Comme pour les premiers secours somatiques, il existe des approches différentes. L'équivalent psychologique du ABCDE est le **DOC**¹ → Discuter, Observer, Connecter

Etape	But	Comment
Discuter	Etablir le contact, et pratiquer l'écoute réflexive	• Se présenter et installer la victime dans un endroit calme et discret, faire attention à son confort. • Demander l'accord de la victime de parler de ce dont elle souffre. Expliquer l'intention d'aider et l'importance que la victime explique ce qu'elle vient de vivre. • Adopter une voix calme, elle apaise les personnes en situation de détresse. • Favoriser les questions ouvertes « comment, qu'est-ce qui, etc. ». Eviter les questions fermées dont les réponses seraient « oui, non ». • Laisser le silence faire son travail • Reformuler : « si je comprends bien,... » • Verbaliser les émotions perçues : « souvent, ce genre de situation s'accompagne d'un fort sentiment d'injustice, et j'ai l'impression que c'est ce que vous ressentez. » • Légitimer : « ce que vous avez ressenti (injustice, panique, colère, etc.) est une réaction normale dans une telle situation, c'est la situation qui est anormale, et pas votre réaction ».
Observer	Déterminer les besoins les plus urgents et les signes de gravité	• Existe-t-il une blessure physique ? • Les besoins de base sont-ils couverts (soif, faim, etc.) ? • Existe-t-il des signes de gravités ? ○ Hallucinations auditives ou visuelles, idées suicidaires, volonté de vengeance/violence. ○ Mutisme, repli sur soi, paralysie • P.S. : Il s'agit d'une observation. Pas d'un interrogatoire. On évitera « est-ce que vous avez envie de vous suicider ? » après 3 minutes d'entretien avec une victime de viol... • S'il n'y a pas de projet d'hospitalisation, évaluer encore : de quoi avez-vous besoin ?
Connecter	Faciliter l'accès aux ressources et le suivi	• Le but est que la victime reprenne le contrôle de sa vie. Les idées doivent venir d'elle-même. • Où allez-vous dormir ? • Comment allez-vous rentrer ? • Qui pouvez-vous contacter pour avoir du soutien ? vous sentir moins seule ? • Qui pouvez-vous consulter si vous n'allez pas mieux demain ? Avez-vous un numéro de téléphone que vous pouvez appeler ? • Au besoin, transmettre 24/7: ○ La Main Tendue : tel. 143 ○ Urgences psy HNE : tel. 032 755 15 15

Les PSPsy nécessitent du temps et ne peuvent pas être faits dans la précipitation.

¹ Traduction libre du « Look, Listen, Link » des recommandations de la Croix-Rouge Internationale

Partie 3 – Agressivité / Agitation

Lors du service sanitaire sur des manifestations, les secouristes sont régulièrement confronté-e-s à des personnes à risque de violence. Il peut s'agir de la victime elle-même, mais aussi d'un témoin/proche qui perturbe votre intervention. En raison des fréquentes intoxications (alcool, stimulants comme amphétamines, MDMA, cocaïne, ou hallucinogènes tels que LSD, kétamine, psilo.), les concerts/festivals sont les événements les plus propices à ce type de situations. De manière intéressante, c'est dans la grande majorité des cas des individus de sexe masculin qui développent un comportement agressif/violent.

Plusieurs facteurs favorisent la survenue d'une agitation :

Frustration, Impuissance	La victime n'a pas le contrôle de sa prise en charge ou a le sentiment qu'on lui impose des décisions. En particulier s'il existe une barrière de langue ou si elle est amenée à vous par des tiers.
Méfiance	La structure de votre dispositif sanitaire (équipement, radios, procédures) est associée à celle du service d'ordre. La victime suspecte que vous collaborez avec la police, et donc que vous lui causerez des problèmes.
Intoxication	Les stupéfiants provoquent une perte de la pensée rationnelle qui s'accompagne d'une mauvaise interprétation de vos paroles/actes. Votre main dans la poche cache quelque chose. Votre ton est perçu comme moqueur ou irrespectueux. Les émotions sont moins contrôlées. Le seuil de frustration est plus bas.

La « désescalade » consiste essentiellement à agir sur ces 3 points à la fois par des mesures simples afin de faire baisser la tension et d'éviter la survenue de violence.

L'agressivité/agitation est un spectre, et les mesures à prendre dépendent de la sévérité de la situation :

		
Agitation légère	Agressivité	Violence imminente
Collabore peu, perturbe l'intervention, distrait la victime	Hausse la voix, désapprouve votre intervention, « s'en mêle »	Menace, gestes brusques, brise la distance
Désescalade + Aviser sécurité	Désescalade + Sécurité à proximité	Auto-protection + Interv. Sécurité/police

En tant que secouriste, vous êtes à l'intérieur de votre poste de secours. Quelles sont les mesures que vous prenez face au proche d'une patiente qui semble en colère ?

En cas d'agitation légère ou mauvaise collaboration, il peut être judicieux d'aviser la sécurité tôt et de leur demander de rester à l'extérieur du poste de secours en « stand-by ». En cas de tensions croissantes, la sécurité peut être présente dans le poste de secours, plus ou moins proche de la personne agitée. En cas de violence imminente (menace verbale ou gestuelle) l'intervention du service de sécurité ne se discute pas. En leur absence, la police doit être alarmée et les mesures d'autoprotection priment sur l'intervention en cours (abandon de la victime, éloignement, etc). La priorité absolue reste la sécurité du/de la secouriste. Face à un interlocuteur agité/agressif, commencez par considérer votre environnement (par où sortir ?). L'interlocuteur ne doit pas se trouver entre vous et votre issue. Si nécessaire, évacuez les patient-e-s/personnes présentes. En tant que secouriste et partenaire du système de santé,

vous ne devez pas tenter de maîtriser ou neutraliser les personnes agressives, à moins qu'elles ne constituent un danger clair pour votre équipe ou vos patient-e-s et que vous deviez faire usage de légitime défense. Si le retrait de la scène est une solution suffisante qui ne met pas en danger vos patient-e-s, elle est préférable aux actions de défense.

Désescalade en cas d'agressivité

La désescalade est la résolution d'une situation d'agressivité ou de violence potentielle qui se base sur la **communication d'empathie, verbale et non verbale, et la recherche d'une solution constructive au conflit**. Elle implique de désamorcer, de négocier, et de détecter précocement les signes de mauvaise évolution (d'escalade) pour prévenir celle-ci.

Voici un résumé des manœuvres importantes et qui s'appliquent facilement dans le domaine des premiers secours. Pour des raisons de simplification, les techniques d'autoprotection et de désescalade sont mêlées dans le même tableau. Elles sont souvent entreprises simultanément en pratique.

Techniques verbales	Techniques non-verbales
• Garder son calme et un ton de voix imperméable à l'excitation/agitation de l'interlocuteur. • A l'inverse, ne pas dire « calmez-vous » à quelqu'un d'agité au risque d'envenimer la situation. • Laissez s'exprimer l'interlocuteur en évitant les interruptions. • Faire verbaliser la plainte (« je comprends que vous êtes en colère actuellement, mais j'ai besoin que vous m'expliquiez pourquoi vous êtes si énervé ») • Montrez votre réel intérêt à comprendre le problème (reformulation de la plainte, utilisez votre expertise « dans ce genre de cas, il est fréquent que... »). • Eviter toute forme de jugement (« ce n'est pas utile ce que vous faites », « vous vous ridiculisez en... ») • Si la personne perturbe l'intervention, proposez de discuter à l'extérieur avec un-e co-équipier/ère. • Gardez le contact jusqu'à l'apaisement.	• Rester à distance sûr de l'interlocuteur (min. 2 longueurs de bras) • L'interlocuteur ne doit pas se trouver entre votre issue de secours et vous-même. • Ne pas tourner le dos à l'interlocuteur agité. • Ne pas se placer face ou latéralement à l'interlocuteur, mais préférer un léger entre-deux (45°). • Gardez les mains visibles, idéalement ouvertes paumes visibles (pas de main dans une poche). • Eviter tout contact physique, pas de main sur l'épaule • Montrez votre réel intérêt à comprendre le problème (acquiescement, contact des yeux, écoute non distraite)

Conclusion

- On distingue l'aspect psychique de l'aspect somatique en médecine. Souvent les deux sont interdépendants et s'influencent mutuellement. De nombreuses détresses psychiques peuvent être le signe d'un problème somatique, et un bilan rigoureux avec paramètres vitaux, glycémie, et recherche d'intoxication et traumatisme crânien est important dans les situations pas claires.
- Une crise de panique est une cause de stress intense pour la victime, les proches et les témoins. Votre calme et votre gestion de la scène (mise à l'écart dans un endroit discret, éloigner les personnes contribuant au stress, parler d'une voix rassurante) est le traitement le plus efficace. Les exercices de respiration peuvent aider, de même que d'expliquer la bénignité de ses symptômes à la victime.
- En cas de repli sur soi ou de crise de panique, les premiers secours psychologiques sont une approche recommandée. Il s'agit de prendre le temps pour créer un climat de

confiance où la victime peut raconter son histoire, ce qu'elle a vécu, et de lui laisser l'opportunité de mettre en mot ses émotions. Elle doit se sentir comprise (écoute réflexive) et en sécurité. Vous évaluez ensuite les besoins urgents (besoins corporels, signes de gravité psy) pour décider de l'orientation. Enfin, vous montrez à la victime qu'elle a le contrôle de sa vie en la guidant pour trouver les ressources nécessaires dans son tissu social ou dans la communauté.

- En cas d'agitation/agressivité, la priorité est toujours la sécurité des intervenants, puis celle des patient-e-s. Un préavis au service de sécurité peut être judicieux, à condition de les informer sur l'état de la menace pour éviter une intervention « en force » disproportionnée qui peut largement empirer la situation.
- Lorsque la discussion est possible, une tentative de désescalade est une mesure efficace. Elle nécessite un effort de communication verbale et non-verbale pour créer un climat constructif où la personne peut légitimement expliquer son mécontentement et être écoutée activement. Il n'est pas nécessaire d'être d'accord avec la personne, juste de lui donner la possibilité de s'exprimer. La technique aboutie le plus souvent si vous êtes en mesure de reformuler vous-même le motif de la frustration.
- En cas d'agitation/agressivité, il est utile de faire « un pas en arrière » pour considérer les aspects tactiques : quelle est mon issue de secours ? faut-il éloigner des personnes ? comment aviser le service de sécurité ? Qui fait quoi dans l'équipe ?

Térence Glauser
Responsable médical

Références :

- Guide des premiers secours psychologiques, centre psychosocial, Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge.
- Les premiers secours psychologiques : Guide pour les acteurs de terrain. Organisation mondiale de la Santé. II. War Trauma Foundation. III. World Vision International.
- Psychological First Aid: Supporting people affected by disaster in Australia, 3rd Edition, Australian Red Cross 2020
- Psychological First Aid POCKET GUIDE, 2019 The Canadian Red Cross Society