

9

LE PATIENT PSYCHIATRIQUE & LE STRESS PSYCHOLOGIQUE DANS L'AMU

CONTENU:

9.1	Introduction	9.3
9.1.1	Objectifs	9.4
9.1.2	La personne en crise	9.5
9.1.3	Les urgences psychiatriques	9.5
9.2	Le suicide et la tentative de suicide	9.6
9.2.1	A quoi prêter attention dans une tentative de suicide	9.6
9.2.2	Que faire	9.8
9.2.3	Que faut-il surtout ne pas faire	9.8
9.3	L'agitation soudaine	9.9
9.3.1	Que faire en premier	9.9
9.3.2	Comment communiquer avec le patient	9.9
9.3.3	Evaluer le type d'agitation	9.10
9.3.3.1	L'agitation incompréhensible	9.10
9.3.3.1.1	Que faire lors d'une agitation incompréhensible	9.11
9.3.3.2	L'agitation compréhensible	9.12
9.3.3.2.1	Que faire lors d'une agitation compréhensible	9.12
9.4	Les cas spéciaux	9.13
9.4.1	L'attaque de crampes ou tétanie	9.13

9.4.2	L'ivresse agitée (crise de boisson)	9.13
9.4.3	L'agitation d'ordre hystérique	9.13
9.4.4	Le patient violent	9.14
9.4.4.1	Attitude conseillée face à l'agressivité du patient psychiatrique	9.15
9.5	La psychose	9.15
9.6	La dépression	9.15
9.7	L'examen psychiatrique	9.16
9.8	Attitude conseillée face au patient psychiatrique	9.16
9.9	La collocation	9.16
9.9.1	Législation	9.16
9.9.2	Quand peut-on colloquer	9.17
9.9.3	Les procédures	9.17
9.9.3.1	Le réquisitoire	9.17
9.9.3.2	Le rapport médical détaillé	9.18
9.9.3.3	La procédure normale	9.18
9.9.3.4	La procédure d'urgence	9.18
9.9.4	La durée de la collocation	9.19
9.9.5	Les suites de la collocation	9.19
9.9	Le stress psychologique dans l'AMU	9.20
9.10.1	Introduction	9.20
9.10.2	Quelques notions	9.20
9.10.3	Le rôle de l'intervenant	9.24
9.10.4	Le secouriste et son propre stress	9.25
9.10.4.1	Précautions à prendre	9.26
9.10.4.2	Recommandations après un incident traumatique	9.29
9.10	Résumé du chapitre 9	9.31

9.1 Introduction

Les ambulanciers sont régulièrement confrontés à des gens avec des problèmes psychiques. Dans 4 cas sur 10, il s'agit de patients avec de réelles maladies psychiques (psychose, schizophrénie ou dépression), qui arrivent dans une phase aiguë. On nomme cela la psychiatrie d'urgence.

Dans la plupart des cas il s'agit de problèmes psychiques dus à des difficultés relationnelles. La plupart du temps il s'agit de problèmes familiaux internes (dans le couple, entre parents et enfants). On parle alors de «situations de crise» dans un cadre social.

Il n'est pas du ressort de l'ambulancier de différencier l'origine des problèmes psychiques, il doit simplement savoir comment réagir face à ces problèmes.

9.1.1 OBJECTIFS

- Acquérir une compréhension dans les urgences psychiatriques.
- Reconnaître une personne en crise.
- Pouvoir juger de la réaction humaine dans une crise.
- Connaître les points d'attention d'un (ou d'une tentative) de suicide.
- Offrir les secours nécessaires aux personnes qui tentent un suicide ou qui menacent de se suicider.
- Savoir ce qu'il ne faut surtout pas faire chez des patients en crise.
- Savoir reconnaître une agitation soudaine ou une confusion mentale aiguë en tenant compte des motifs éventuels.
- Réagir adéquatement vis-à-vis d'un patient en agitation spontanée ou avec une confusion mentale aiguë.
- Savoir déterminer les sortes d'agitation.
- Savoir réagir dans le cas d'une agitation incompréhensible.
- Savoir réagir dans le cas d'une agitation compréhensible.
- Savoir décrire les symptômes d'une tétanie et savoir comment réagir.
- Savoir décrire les symptômes d'une personne alcoolisée agitée et savoir comment réagir.
- Savoir comment réagir avec une personne agressive.

9.1.2 LA PERSONNE EN CRISE

Nous vivons dans une société régie par des lois écrites et non-écrites, des règlements, des devoirs, des droits et des coutumes.

Ces règles peuvent être vécues comme des restrictions et peuvent occasionner conflits, particulièrement dans des moments de fragilité.

Pensez aux naissances, aux maladies, aux décès, aux mariages, aux divorces, au passage à l'âge adulte, à la puberté, aux déménagements, aux licenciements, au chômage et aux problèmes d'ordre relationnel et professionnel.

Ces événements peuvent provoquer des crises qui, vécues négativement, sont alors très douloureuses.

Toutefois ces événements peuvent aussi être des moments forts, sources d'opportunités à saisir.

9.1.3 LES URGENCES PSYCHIATRIQUES

En cas de crise, une personne peut réagir en outrepassant les normes usuelles. Elle peut avoir des idées suicidaires, des crises d'angoisses soudaines, des plaintes physiques ou des maladies. Elle peut abuser d'alcool ou de drogue, et parfois devenir agressive ou violente.

Les personnes en crise sont souvent confuses, et peuvent être menaçantes ou avoir des comportements étranges.

En tant qu'ambulancier, vous distinguerez dans la pratique deux types de situations de crise:

- 1: le suicide, la tentative de suicide ou menace de suicide.
- 2: l'état d'agitation soudaine.

9.2 Le suicide et la tentative de suicide

Les ambulanciers sont parfois confrontés à une personne qui a tenté de se suicider ou à quelqu'un qui menace de le faire. Cela ne signifie pas que la personne désire mourir. Dans la plupart des cas, il s'agit d'un cri de détresse pour attirer l'attention des gens de l'entourage. Il ne s'agit donc pas toujours d'une tentative ratée.

9.2.1 A QUOI PRETER ATTENTION DANS UNE TENTATIVE DE SUICIDE

Un comportement suicidaire n'est pas une maladie psychiatrique, mais apparaît souvent chez des personnes atteintes de troubles psychiatriques.

Ceci est souvent un résultat direct.

Seule une partie des patients qui pensent au suicide va réellement passer à l'acte. Et seule une partie des patients qui font une tentative de suicide, veut vraiment mourir. C'est plutôt «un cry for help». Les gens ne veulent pas tant mourir, ils veulent surtout la tranquillité, la guérison ou moins de douleurs psychiques.

Si la victime a entrepris une tentative de suicide, il faut d'abord contrôler ses fonctions vitales. Si celles-ci ne sont pas menacées, vous pouvez dès lors entreprendre des mesures pour soigner les blessures ou l'empoisonnement. En cas de pendaison, il faut appliquer la procédure ABC et surtout faire attention à d'éventuelles fractures des cervicales.

Après ces premiers soins vous pouvez prendre du temps pour vous consacrer aux problèmes psychiques du patient, qui sont toujours considérés comme secondaires.

Ensuite, il est intéressant de récolter les informations relatives aux causes de l'acte suicidaire.

Prenez toujours au sérieux un patient qui a tenté de se suicider. Partez du principe qu'il risque de recommencer et que la tentative échouée n'a pas eu lieu uniquement pour attirer l'attention. C'est au médecin d'évaluer dans quelle mesure le souhait de mourir du patient est présent.

Enfin, le patient doit systématiquement être transporté vers l'hôpital. Vous ne pouvez pas juger vous-même de la gravité du problème du patient.



Une tentative de suicide ou une menace de suicide doit toujours être prise au sérieux, la personne veut faire passer un message à son entourage.

En exemple:

Il serait une grande erreur de dire que, pour un patient présentant une overdose médicamenteuse, il n'y a pas de danger avec le type de médicament ingéré et que le patient doit uniquement un peu dormir.

Vous ne pouvez pas évaluer la quantité de médicament absorbée.

Vous ne pouvez pas avoir une vision globale et complexe de la situation en un coup d'œil.

Vous risquez de reconforter l'entourage à tort, et qu'il ne prenne plus au sérieux la tentative de suicide.

N'étant pas confié à une structure adéquate, le patient est livré à lui-même; ce qui peut mener vers une nouvelle tentative, ce qui peut par conséquent aboutir à la mort du patient.

9.2.2 QUE FAIRE

- Présentez-vous: «Je suis ambulancier X et je viens vous aider».
- Restez calme et apaisez l'entourage. Vous êtes un secouriste et pas un juge.
- Ecoutez d'abord l'histoire du patient, après seulement celle des gens de l'entourage. Essayez de comprendre ce qui a provoqué le problème, qui ou quoi a créé le problème. Qui a appelé la police ou le Centre 100.
- Évaluez si le patient est angoissé, agressif ou violent.
- Évaluez rapidement s'il faut un SMUR sur place en observant si les fonctions vitales sont atteintes.
- Jugez s'il est nécessaire de faire appel à la police (s'il y a un danger pour vous ou pour les personnes de l'entourage, s'il y a violence ou emploi d'armes).
- Restez neutre, ne prenez pas position.
- Restez bienveillant et poli.
- Ne répondez pas aux attaques personnelles, ne réagissez pas aux provocations.
- Souvenez-vous que le patient est malade et qu'il a besoin d'aide.

9.2.3 QUE FAUT-IL SURTOUT NE PAS FAIRE

- N'agissez pas trop vite.
- N'employez pas de force physique pour immobiliser un patient sans d'abord essayer de lui parler calmement.
- Restez calme, ne paniquez pas.
- Ne vous sentez pas agressé personnellement.
- Ne réagissez pas avec anxiété ou agressivement, cela peut induire une augmentation de l'angoisse ou de la peur du patient et/ou de son entourage.
- N'établissez jamais un diagnostic public de «malade mentale» ou de «patient psychiatrique». Vous n'êtes pas formé et pas compétent pour cela, et vous évitez ainsi de coller une étiquette sur le patient, ce qui peut avoir de lourdes conséquences sur la relation du patient avec son entourage. Si la famille vous pose des questions, parlez plutôt «d'agitation».
- Ne fuyez pas vos responsabilités. Vous êtes ambulancier et les gens attendent de l'aide de votre part. Transférer le problème vers la police n'est pas nécessairement une solution.

9.3 L'agitation soudaine

On fait régulièrement appel au «100» pour des personnes qui sont agitées, agressives ou confuses. Dans la plupart des cas, ces appels ne viennent pas de la personne concernée mais de l'entourage qui ne sait plus gérer le problème, de la police ou de personnes tiers.

Ce sont des situations très difficiles pour les ambulanciers.

Derrière ces phénomènes d'agitation et de confusion se cache peut être une maladie sérieuse, qui peut mettre la vie du patient en danger. Il ne suffit donc pas uniquement d'immobiliser le patient ou de le maîtriser. Il faut toujours pouvoir faire une estimation rapide des fonctions vitales pour pouvoir exclure des sources médicales sous-jacentes.

9.3.1 QUE FAIRE EN PREMIER

- Rassemblez des informations prises auprès des voisins, membres de la famille ou des parents proches, ou de la police qui est peut-être déjà sur place.
 - Comment a commencé l'agitation? Qui a fait l'appel? Comment se comportait le patient?
 - Quelle est l'histoire du patient? A-t-il déjà reçu des médicaments?
 - Y a-t-il d'autres troubles ou signes de maladies?
 - A-t-il d'autres problèmes?
 - Le patient, a-t-il déjà été admis dans un hôpital psychiatrique?
 - Le patient prenait-il de la drogue? Buvait-il de l'alcool?
- Les personnes qui ont découvert le patient sont souvent plus au courant des circonstances de l'agitation et sont plus en mesure de décrire l'évolution de la crise du patient. La réaction du patient face à l'intervention de la police est souvent significative.

Il est très important de savoir si le patient souffre de certaines maladies. Le diabète peut dans le cas d'une hypoglycémie provoquer une agitation. L'alcool, les drogues ou les médicaments peuvent parfois, à certaines doses, provoquer des agitations.

Ces renseignements sont très importants pour l'admission et les soins à l'hôpital. Les ambulanciers sont souvent les seuls à pouvoir collecter ces informations sur place.

9.3.2 COMMENT COMMUNIQUER AVEC LE PATIENT

Essayez à chaque fois de mener une conversation, aussi courte soit-elle. Parlez au patient de préférence en le prenant à l'écart; les personnes de l'entourage pouvant parfois, intentionnellement ou non, influencer la conversation.

Parlez calmement, sans élever la voix, sans menacer le patient.

Essayez vous même de rester calme, surtout dans un premier contact confus et dans une situation inhabituelle et donc souvent menaçante.

Un patient agité est très sensible à l'angoisse des autres, qui sont plus forts ou plus nombreux, et se sentira donc facilement agressé. Prenez une attitude ferme et décidée mais surtout pas agressive. Ceci est la meilleure manière de garder la situation sous contrôle. Sachez donc ce que vous voulez.

9.3.3 EVALUER LE TYPE D'AGITATION

Dans ces situations, vous distinguerez deux sortes d'agitation:

1. L'agitation qui se limite au patient, l'entourage n'étant pas concerné par le problème (sauf s'il y a panique suite à l'incompréhension du comportement du patient). L'impression la plus importante est une incohérence et une confusion qui se limite au patient. Il y a rupture avec le normal, le patient n'a plus de contact avec la réalité ou l'entourage. Ceci est un «delirium», un état d'agitation incompréhensible.
2. L'agitation générale du patient et de l'entourage du patient est alimentée par une source identifiée. Ceci est un état d'agitation compréhensible.

9.3.3.1 L'agitation incompréhensible

On parle «d'agitation incompréhensible» si le comportement du patient est totalement incohérent. Il n'y a pas de sentiment de contact entre le patient et l'entourage, la rupture semble être totale. Souvent c'est uniquement le patient qui est agité, perdu, consterné. La présentation, les gestes et les comportements du patient ne semblent avoir aucune justification. L'entourage est principalement effaré et plutôt observateur. L'agitation incompréhensible a lieu dans une minorité de cas dans le cadre d'une confusion mentale. Dans les autres cas il s'agit d'états de delirium.

La confusion est caractérisée par une désorientation dans l'espace et le temps: le patient ne connaît ni temps ni lieu, ne reconnaît pas son entourage proche, est somnolent, présente une vigilance réduite et un raisonnement retardé.

Il peut aussi être agité, mais restera perdu dans l'espace et le temps.

Le patient peut difficilement se souvenir de choses et semble rêver. Il a une perception visuelle et auditive délirante, sent des chocs électriques ou sent des odeurs qui ne sont pas présentes.

Posez toujours des questions simples à une personne agitée, comme «Où êtes vous?» «Quel jour sommes nous aujourd'hui?» «Quel mois, quelle année?». Si le patient répond, ce sera pour la plupart du temps faux, comme «Nous sommes en 1914», «Nous sommes dans le théâtre».

Ce genre de confusion peut être provoqué par une intoxication ou par une dépendance à l'alcool ou aux drogues.

La confusion est souvent le résultat de maladies physiques ou de blessures: trauma récent de la tête, après une crise d'épilepsie, après une crise d'hypoglycémie chez un diabétique, en cas d'intoxication au CO, de méningite, de fortes fièvres ou d'infarctus (du fait de la diminu-

tion d'apport en oxygène vers le cerveau).

Le delirium est reconnaissable puisque le patient est très agité, bavard et se comporte de manière excessive. Un patient «délirant» raconte une (étrange) histoire qui se compose de fables: le patient voit des choses que les autres ne voient pas, il entend des choses que les autres n'entendent pas et a des théories bizarres: «ils veulent le tuer» ou «ils sont à sa recherche». Le patient présente parfois une forme de mégalomanie: «je suis le fils de dieu», «je suis le Roi», «vous devez avoir du respect pour moi». Les patients dans un delirium sont sûrs d'eux-mêmes.

Ces illusions sont une réalité pour le patient, et il peut être un danger tant pour lui-même que pour son entourage.

9.3.3.1.1 Que faire lors d'une agitation incompréhensible

- Vérifier toujours s'il y a des indications de blessures ou de maladies qui peuvent expliquer la confusion.
- En cas de plaies à la tête, de diabète ou autres blessures, agissez comme convenu dans les autres chapitres concernés.
- Ne banalisez jamais une situation d'agitation incompréhensible chez un patient. Ne vous moquez surtout pas du patient.
- Prenez au sérieux tout ce que le patient vous raconte. Certains patients délirants peuvent devenir agressifs et imprévisibles, quand ils interprètent mal, par exemple, un regard, un sourire ou un simple geste d'un badaud ou d'un secouriste.
- Entamez une conversation avec le patient. Essayez de le persuader qu'une visite à l'hôpital est nécessaire. Dites lui qu'on ne lui fera pas de mal.
- S'il s'avère qu'une conversation est impossible, comme dans les cas de delirium ou de confusions lourdes, il n'y aura pas d'autre possibilité que d'appeler du renfort.
- Travaillez en équipe avec le médecin. Ceci est très instructif pour vous et utile pour le médecin.
- Parfois les ambulanciers et le SMUR doivent faire appel à la police pour embarquer le patient dans l'ambulance.

9.3.3.2 L'agitation compréhensible

Dans des cas d'agitation compréhensible, il y a lieu d'établir un rapport logique entre l'agitation et la situation de crise que vous rencontrez. Dans ce contexte, les conflits entre le patient et son entourage jouent pour la plupart du temps un rôle important.

La situation est parfois toutefois très spectaculaire et va de paire avec des cris, de l'agression verbale et différentes plaintes. L'entourage est partie prenante chez le patient. Les ambulanciers et les services d'ordre sont souvent injuriés. Vous serez souvent confrontés à des conflits conjugaux ou familiaux qui risquent de déborder et de se terminer en disputes et rixes. La théâtralité de ces conflits donnent souvent lieu à des appels au «100».

9.3.3.2.1 Que faut-il faire lors d'une agitation compréhensible

- Dans les cas d'agitation compréhensible, il n'est pas question d'une sérieuse affection psychique.
- La tâche la plus importante de l'ambulancier est de séparer les parties sans se mêler de la discussion. Faites attention: les personnes impliquées tentent de faire prendre parti aux ambulanciers ou à l'équipe médicale. Il faut éviter cela à tout prix.
- Vous obtiendrez autant de résultats en vous montrant bienveillant, mais neutre, et calmement à l'écoute qu'en administrant des médicaments.
- L'appel d'un médecin peut, dans certains cas, mener vers une solution.
- Parfois il sera utile d'emmener une des parties à l'hôpital, afin que la dispute prenne fin. Il va de soi que vous avez besoin de l'autorisation du médecin traitant.

9.4 Les cas spéciaux

9.4.1 L'ATTAQUE DE CRAMPES OU TÉTANIE

La tétanie est une forme prononcée de crampes musculaires dans les membres ou dans le visage. Une crise de tétanie peut être provoquée par une perturbation rare de la concentration de calcium dans le corps.

La plupart des cas d'extrêmes crampes sont le résultat du stress.

La majorité des crampes s'accompagne de picotements autour de la bouche et dans les membres, et de douleur, de palpitations cardiaques, de transpiration et bien souvent d'hyperventilation.

Certaines personnes ont un tableau clinique de crampes extrêmes qu'on appelle «spasmodophilie».

Le transport vers l'hôpital et le transfert vers un endroit calme diminue souvent la crise.

9.4.2 L'IVRESSE AGITÉE (CRISE DE BOISSON)

L'approche des patients présentant une intoxication alcoolique a été traitée dans le chapitre 6.

Les ambulanciers sont souvent confrontés à l'ivresse. Au début cela va souvent avec une exubérance de paroles, avec des gestes stéréotypés et parfois aussi avec une agitation prononcée ou de la violence. L'ivresse passe alors ensuite à un état de confusion qui peut aboutir à la somnolence. Le stade final est un vrai coma éthylique.

Cet état d'agitation sérieux peut être dangereux pour le patient et son entourage. Souvenez-vous que derrière ces états d'agitation qui ont un lien avec l'alcool, peuvent se cacher des troubles graves, comme une hémorragie cérébrale ou une fracture du crâne. L'ivresse grave s'associe à parfois une hypoglycémie sérieuse.

Par le fonctionnement désinhibant de l'alcool, les ivrognes peuvent provoquer des blessures graves aux autres mais aussi à eux-mêmes.

9.4.3 AGITATION D'ORDRE HYSTÉRIQUE

Un état d'agitation hystérique se manifeste souvent d'une manière très bruyante et théâtrale mais est – souvent de manière inconsciente – tenue sous contrôle par le patient.

L'attitude et le regard des spectateurs détermine la suite de la crise. On ne peut jamais exciter le patient. Celui-ci souffre d'un trouble grave et doit être aidé, sinon sa crise peut s'aggraver et augmenter le risque du suicide.

Un patient hystérique ne peut être rejeté par les services de secours, car cela peut avoir des conséquences graves pour le patient.

9.4.4 LE PATIENT VIOLENT

La plupart des psychopathes ne sont pas du tout violents. Dans de rares cas, on peut être confronté à une explosion de violence inattendue.

L'agression ne coule pas de source chez les patients psychiatriques, mais est liée aux troubles psychiatriques dont souffre le patient.

Les patients psychotiques dangereux ignorent toute règle sociale et présentent un danger direct pour les passants et les secouristes. Si vous ne vous sentez pas en sécurité, faites discrètement appel aux forces de l'ordre pour protéger l'intervention de l'équipe médicale.

Maîtriser un patient violent:

- Entourez le patient avec suffisamment de secouristes.
- Méfiez-vous des coups que pourrait tenter de porter le patient.
- Chaque secouriste prend un membre du patient pendant que la personne dirigeante de l'équipe protège la tête du patient.
- Maintenez le patient au sol.
- Immobilisez les membres et faites attention aux morsures.

9.4.4.1 Attitude conseillée face à l'agressivité du patient psychiatrique

- Faites toujours attention à votre propre sécurité.
- Essayez de comprendre d'où vient cette agressivité.
- N'agissez pas impulsivement, restez calme.
- Travaillez en équipe avec les autres secouristes, famille et personnes externes.
- Ne faites rien pour envenimer l'agressivité du patient.
- Tenez les objets dangereux hors de portée du patient.

9.5 La psychose

Une personne atteinte d'une psychose a perdu tout contact normal avec la réalité. Ceci peut survenir après une période éprouvante, ou suite à l'emploi de drogues.

Hallucinations: quelqu'un qui est psychotique, a des perceptions qui ne concordent pas avec la réalité. Mais pour le patient elles sont bien réelles. Par ex: ils entendent des voix, ...

Délires: ce sont des idées individuelles qui ne s'accordent absolument pas avec les opinions générales. Le patient reste le centre du problème. Par ex: folie de la persécution, ...

Confusion: les pensées peuvent être rapides, lentes ou chaotiques.

9.6 La dépression

Il s'agit d'une combinaison des symptômes suivants:

- des idées sombres de longue durée;
- une perte d'intérêt pour le monde extérieur;
- une perte d'émotions positives;
- une apathie et une indifférence;
- une diminution de l'appétit;
- des troubles du sommeil;
- des plaintes physiques.

9.7 L'examen psychiatrique

Pour pouvoir juger du fonctionnement psychique, vous pouvez faire usage de la liste des questions suivantes:

- 1- Le patient sait-il où il se trouve, depuis combien de temps? Est-il désorienté dans le temps et dans l'espace?
- 2- Comment le patient perçoit-il ses plaintes et comment voit-il le futur?
- 3- Parle-t-on d'agitation motrice: beaucoup de mouvements, cueille avec les doigts?
- 4- Le patient bavarde-t-il?
- 5- Le patient a-t-il des hallucinations ou a-t-il peur?
- 6- Le patient cherche-t-il le contact visuel?
- 7- Le patient menace-t-il de se suicider? Y a-t-il une indication pour l'hospitaliser?

Suivant les réponses obtenues, vous aurez une vue plus claire sur le fonctionnement psychique du patient, ce qui déterminera votre approche.

Indications pour une admission:

- Les symptômes rendent la vie quotidienne et le fonctionnement du patient difficiles.
- Le patient est un danger pour lui même et pour les autres.

9.8 Attitude conseillée face au patient psychiatriques

Tenez vous aux règles de tous les jours. Ex. ne pas réagir à des remarques.
Donnez des renseignements sur qui vous êtes, ce que vous venez faire.
Soyez calme, clair et empathique.

9.9 La collocation

9.9.1 LEGISLATION

En ce qui concerne les malades mentaux, la loi du 26 juin 1990 relative à la protection des personnes atteintes d'une maladie mentale est applicable.

Art.1: «Sauf les mesures de protection prévues par la présente loi, le diagnostic et le traitement des troubles psychiques ne peuvent donner lieu à aucune restriction de la liberté individuelle, sans préjudice de l'application de la loi du 1er juillet 1964 de défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude.»

Art.2: «Les mesures de protection ne peuvent être prises, à défaut de tout autre traitement approprié, à l'égard d'un malade mental, que si son état le requiert, soit qu'il mette gravement en péril sa santé et sa sécurité, soit qu'il constitue une menace grave pour la vie ou l'intégrité d'autrui. L'inadaptation aux valeurs morales, sociales, religieuses, politiques ou autres, ne peut être en soi considérée comme une maladie mentale.»

Art.3: «La personne qui se fait librement admettre dans un service psychiatrique peut le quitter à tout moment.»

9.9.2 QUAND PEUT-ON COLLOQUER

Si 5 conditions sont remplies:

- 1- le patient est malade mental;
- 2- le patient représente un danger pour lui même et pour autrui;
- 3- le patient refuse de se faire soigner;
- 4- il n'y a pas d'autre alternative thérapeutique disponible;
- 5- le patient n'a pas commis de délit.

9.9.3 LES PROCEDURES

Qui peut faire la demande de la mesure? Toutes les personnes concernées qui se font du soucis pour quelqu'un qui satisfait aux critères de la loi mentionnée, peuvent faire la demande d'une mesure, sauf si cette demande démontre un profit financier. La personne concernée ne doit pas être un membre de la famille.

La procédure démarre avec l'introduction d'une requête chez le juge de paix.

9.9.3.1 Le réquisitoire

Cette requête mentionne sous peine de nullité:

- le jour, le mois et l'année de la demande;
- les nom, prénom, profession et domicile du requérant ainsi que le degré de parenté ou la nature des relations qui existent entre le requérant et la personne dont la mise en observation est sollicitée;
- l'objet de la demande et l'indication sommaire des motifs;
- les nom, prénom, résidence ou domicile du malade ou, à défaut, le lieu où il se trouve;
- la désignation du juge concerné.

Sous peine d'irrecevabilité de la demande, il y sera joint un rapport médical circonstancié, décrivant, à la suite d'un examen datant de quinze jours au plus, l'état de santé de la personne dont la mise en observation est demandée ainsi que les symptômes de la maladie, et constatant que les conditions de l'article 2 sont réunies.

9.9.3.2 Le rapport médical détaillé

Ce rapport ne peut être établi par un médecin parent ou allié du malade ou du requérant, ou attaché à un titre quelconque au service psychiatrique où le malade se trouve. Le rapport ne peut être daté de plus de quinze jours.

Que doit figurer dans le rapport:

- les données personnelles;
- la description de la pathologie ou les symptômes dans des termes non médicaux et l'indication d'une affection psychiatrique aiguë;
- la constatation que l'on satisfait aux conditions de mise en danger;
- la date et la signature du médecin.

9.9.3.3 La procédure normale

Après avoir entendu toutes les parties à l'audience, le juge de paix statue en audience publique, par jugement motivé et circonstancié, dans les dix jours du dépôt de la requête. Par pli judiciaire, le greffier notifie le jugement aux parties et les informe des voies de recours dont elles disposent. S'il fait droit à la demande, le juge de paix désigne le service psychiatrique dans lequel le malade sera mis en observation (tenant compte du lieu d'habitation, la langue maternelle, les hospitalisations précédentes...) et dénomme le directeur de l'établissement.

Dès la notification, celui-ci prend toutes les dispositions nécessaires pour le placement du malade en observation. Il prend les mesures nécessaires pour effectuer le transport du malade par ambulance et, si nécessaire, avec l'aide de la police.

9.9.3.4 La procédure d'urgence

En cas d'urgence, le procureur du Roi du lieu où le malade se trouve, peut décider que celui-ci sera mis en observation dans le service psychiatrique qu'il désigne. Le procureur du Roi se saisit soit d'office, à la suite de l'avis écrit d'un médecin désigné par lui, soit à la demande d'une personne intéressée, demande qui sera accompagnée du rapport visé à l'article 5. L'urgence doit ressortir dudit avis ou rapport.

Le procureur du Roi notifie sa décision au directeur de l'établissement. Les modalités d'exécution de la décision du procureur du Roi seront réglées par l'arrêté royal. Dans les vingt-quatre heures de sa décision, le procureur du Roi avise le juge de paix de la résidence, du domicile à défaut du lieu où le malade se trouve, et lui adresse la requête écrite visée à l'article 5. Dans le même délai, le procureur du Roi donne connaissance de sa décision et de sa requête écrite au malade et, le cas échéant, à son représentant légal, à la personne chez qui le malade réside, et, le cas échéant, à la personne qui a saisi le procureur du Roi.

La mise en observation peut débuter immédiatement après l'introduction de la requête. Mais le patient doit être vu endéans les 10 jours par le juge de paix qui va confirmer ou non la décision du procureur du Roi.

9.9.4 LA DUREE DE LA COLLOCATION

La mise en observation ne peut dépasser les quarante jours prévus par la loi.

La mise en observation prend fin avant l'expiration du délai de quarante jours lorsque le juge de paix, le procureur du Roi ou le médecin-chef (avec rapport motivé à l'appui) en décide ainsi.

9.9.5 LES SUITES DE LA COLLOCATION

1. Le malade quitte le service.
2. Le malade peut volontairement continuer son traitement (en concertation avec l'établissement).
3. Si l'état du malade justifie le maintien de son hospitalisation au terme de la période d'observation, le directeur de l'établissement transmet au juge de paix quinze jours au moins avant l'expiration du délai fixé pour la mise en observation, un rapport circonstancié du médecin-chef attestant la nécessité du maintien de l'hospitalisation.

9.10 Le stress psychologique dans l'AMU

9.10.1 INTRODUCTION

Dans toute catastrophe, quelle que soit son ampleur, il faut en premier lieu se consacrer aux blessures physiques des victimes. Mais l'expérience nous apprend néanmoins que les conséquences sociales, psychologiques et matérielles sont aussi importantes, aussi bien pour les personnes impliquées directement ou indirectement. En tant que secouriste-ambulancier, il faut tenir compte de ce problème. A côté des soins physiques, il est nécessaire de fournir du soutien social et psychologique à toute personne impliquée dans un accident grave afin de lui permettre de mieux résister à d'éventuels problèmes psychologiques qui pourraient ensuite survenir.

L'intégration de notions comme la psychologie de crise et l'aide aux victimes durant ces dernières années, et leurs applications lors d'accidents graves, ont sensibilisé les pouvoirs publics ainsi que l'opinion publique pour cette forme de secourisme.

Le but est de contenir et de normaliser les réactions émotionnelles qui suivent des circonstances extraordinaires.

Le stress des secouristes suite aux tensions émotionnelles ne peut être minimisé. Dans ce chapitre vous allez apprendre comment réduire les conséquences d'un fait traumatisant chez les victimes, leur famille et chez les secouristes.

9.10.2 QUELQUES NOTIONS

Le stress

Le stress a son origine dans un état où l'équilibre des fonctions physiologiques dans le corps est bouleversé par une trop grande tension physique ou mentale. C'est une réaction utile, qui dispense de l'énergie, et qui met en action des mécanismes d'immunité qui vous font agir.

Cette réaction a chez la victime des conséquences à différents niveaux. Le but ou la nécessité de cette réaction est d'attirer l'attention sur un point bien précis de l'état de danger et de briser toutes les pensées superflues. Ceci doit permettre d'évaluer et de fournir une conclusion adéquate à la situation: uniquement le strict indispensable et le nécessaire sont considérés et exécutés.

Cette réaction de stress demande beaucoup d'énergie et l'organisme doit pouvoir se rétablir en se rechargeant en énergie.

Si les faits sont trop violents ou trop nombreux, ou trop répétitifs, ou si la période de récupération est trop courte, les crises peuvent alors mener vers un épuisement et peuvent dépasser les possibilités d'adaptation de l'organisme. Le stress se montrera alors plutôt négatif, toxique, défavorable et inhibant.

Le stress est donc un phénomène à multiples facettes: il peut être positif et dynamisant, et peut alors vous permettre de faire face à des situations difficiles, mais le stress peut aussi avoir une influence négative paralysante. Le stress peut avoir une grande influence, aussi bien sur le plan physique que sur le plan psychique de la personne concernée.

Les personnes concernées

Chaque personne qui subit des suites physiques, psychologiques, sociales et/ou matérielles d'un fait, est une personne concernée. Il faut faire la différence entre les personnes concernées directement (les blessés, les non blessés du même fait, les témoins et les personnes présentes sur le lieu des faits) et les personnes concernées indirectement (les cohabitants, la famille, l'environnement social et professionnel). Ces dernières peuvent être très nombreuses.

Les suites possibles d'un événement traumatisant

Un événement choquant peut être décrit comme sérieux et être un fait imprévu où la mort ou le risque de mourir joue un rôle important. Si un événement choquant a des suites néfastes pour l'individu, on parlera alors d'un événement traumatisant.

Certains auteurs ont établi des listes afin de définir la gravité d'un événement traumatisant. Les réactions de stress peuvent aussi avoir lieu suite à des événements quotidiens, qui ne sont pas perturbants pour la majorité des gens.

D'autre part, il apparaît que l'événement le plus extraordinaire ne mène pas nécessairement vers le développement d'un problème de stress.

Il est donc très difficile de classer les événements traumatisants et les expériences selon leurs risques sur le développement des suites toxiques. L'important à retenir c'est que le même événement peut provoquer des suites chez une personne, et pas pour autant chez une autre personne.

Les sortes de réactions de stress

Comme nous l'avons mentionné, le stress a des effets stimulants, mais il peut aussi avoir des influences négatives.

On peut diviser les formes de stress en 2 types:

- d'un côté le stress à court terme ou le stress aigu
- et de l'autre côté le stress à long terme.

Le stress post-traumatique (PTSD = Post Traumatic Stress Disorder) et le «burn-out» font partie de ce dernier groupe.

Les stress aigus surviennent en même temps ou juste après un événement choquant. Le PTSD survient également après un incident bien spécifique, mais les symptômes ne surviennent seulement qu'après plusieurs jours, mois ou même des années.

A l'opposé de la réaction de stress aigu et du stress post-traumatique, le «burn-out» n'est pas provoqué par un seul événement: elle est la suite d'une exposition persistante à de petits faits stressants et se développe sur plusieurs années.

Les réactions de stress à court terme

Les réactions de stress aigu peuvent se manifester sur le plan physique et sur le plan psychique.

Sur le plan physique apparaissent des nausées, des tremblements et une sensation d'engourdissement.

Sur le plan psychique la confusion, les problèmes de concentration, les troubles du sommeil et les troubles de l'appétit, ne sont pas inhabituels après un événement choquant.

Retenez que ces réactions sont des réflexes normaux face à des incidents inhabituels. Elles proviennent d'un processus d'adaptation face à un «défi», par exemple une catastrophe, et ne sont nullement des signes de faiblesse ou de maladie mentale.

Si ces réactions ne posent pas de problèmes physique et psychologique aigus et ne persistent pas trop longtemps, elles ne nécessitent pas d'intervention professionnelle.

Les réactions de stress à long terme

On peut subdiviser les réactions de stress à long terme en trois classes:

- les signes physiques,
- les signes psychiques avec des troubles de la pensée et du comportement,
- les changements dans la vie de tous les jours.

A l'opposé des réactions de stress aigu, les réactions de stress à long terme sont nuisibles et exigent dès lors une aide professionnelle.

Les signes physiques

Maux de tête, somnolence, problèmes d'estomac et des intestins, crampes musculaires, problèmes cardiaques vagues, maux de dos, éruptions cutanées, fatigue physique constante,

Les signes psychiques

Mécontentement, agressivité, troubles de la concentration, diminution de l'appétit, gourmandise, perte de la mémoire, diminution de la motivation, diminution de la satisfaction, diminution du sens des responsabilités, renfermement, incompatibilité d'humeur, mélancolie, chagrin, peine, ...

Les changements dans les habitudes

Une séparation, le renoncement récurrent aux activités de loisirs et de détente, l'excès de tabac, de café ou de drogues, les comportements à risque, une chute de la productivité, un retrait vis-à-vis du service ou des collègues, une absence anormale au travail suite à diverses maladies, ...

9.10.3 LE RÔLE DE L'INTERVENANT

Pendant l'intervention

- Parlez avec la victime pour l'informer et la rassurer.
- Dites qui vous êtes et où vous êtes. Situez l'incident dans le temps. Ceci est extrêmement important si la victime est blessée ou si elle a été temporairement inconsciente.
- Expliquez ce que vous comptez faire, pour éviter que la victime prenne peur, surtout si elle est anxieuse, et afin qu'elle puisse activement collaborer.
- Protégez les affaires personnelles de la victime, sans pour autant faire des actes inutiles.
- Encouragez la victime à s'exprimer.
- Soyez honnête: chaque mensonge provoque des complications. N'allez pas dans les détails, mais tout ce que vous dites doit être vrai. Si vous n'êtes pas sûr, il est préférable de le dire, plutôt que de fournir de fausses informations.
- Gardez vous de faire des déclarations irréfléchies.
- Evitez les moqueries et l'emploi d'humour noir en présence des victimes.
- Ne parlez pas des victimes en leur présence avec les autres.
- Ne jugez pas de l'importance du fait. Ecoutez comment la victime juge sa situation.
- Respectez l'intégrité physique de la victime.

Après l'intervention

- Prenez contact de manière calme, polie et rassurante.
- Soyez clair et précis dans votre approche et votre présentation, pour à nouveau pouvoir offrir des points de repère qui donneront une sensation de stabilité retrouvée à la victime.
- Soyez compréhensif, gentil et rassurant.
- N'hésitez pas à rassurer la victime par un contact physique protecteur et respectueux. Prenez si nécessaire la victime dans vos bras pour la consoler.
- Laissez exprimer librement les personnes sur leurs sentiments, leurs pensées et leurs réactions émotionnelles, pour qu'elles puissent à nouveau reprendre progressivement le contrôle de leurs émotions qui ont été troublées par l'incident.
- Rassurez le plus possible les personnes anxieuses.
- Tenez les victimes ensemble dans un lieu calme et sécurisant où elles peuvent se réunir avec des tiers.
- Éloignez le plus vite possible les personnes perturbantes, car elles peuvent provoquer des troubles dans le groupe.
- Si les réactions émotionnelles de la victime vous inquiètent, orientez-la vers les services psychosociaux.
- Prenez des initiatives qui permettent aux victimes de retrouver leur self-control.

- Donnez des tâches non dangereuses aux victimes hyperactives.
- Tenez la famille et les connaissances présentes au courant des mesures de secours et des mesures de soins qui sont prodiguées à la victime. Le manque d'informations a aussi un rôle très important dans les origines du stress. Si vous ne vous faites pas cela, les parents proches et les amis se cramponneront à chaque «rumeur» qui arrivera à leurs oreilles.
- Protégez les victimes contre l'intérêt trop envahissant des médias.
- Respectez le droit de chacun et évitez l'ingérence des familles.

CE QU'IL FAUT EVITER À TOUT PRIX

- Faire des leçons de morale, secouer les gens, leur dire: «j'ai déjà vécu cela...».
- Dire que leurs réactions sont anormales.
- Dire aux gens qu'ils doivent «se réveiller», leur dire «qu'ils sont à côté de la plaque».
- Leur donner des faux espoirs ou de minimiser le trauma: «tout va bien, ne vous inquiétez pas, ça passera avec le temps, ce n'est pas grave, ...».
- Leur administrer de l'alcool ou des médicaments pour supprimer les émotions dérangeantes.
- Prendre des décisions personnelles.

9.10.4 LE SECOURISTE ET SON PROPRE STRESS

La plupart des secouristes vont, pendant leur intervention, réagir de la bonne façon grâce à leur formation, leur instruction et leur expérience. Ils savent donc gérer de manière efficace un état de stress, et leurs réactions sous stress peuvent être utilisées positivement. Cependant, chaque intervention a un prix physique et mental qui devra être payé. On doit consacrer assez d'attention à des facteurs comme le repos, l'hygiène, l'alimentation, la qualité des vêtements et le debriefing.

Aussi longtemps que la situation reste sous contrôle et aussi longtemps que la charge de travail reste dans les normes, tout se déroulera bien et les réactions de stress seront positives.

Si la situation ou la charge de travail devient ingérable, certains secouristes peuvent dès lors présenter des symptômes de stress négatif. Ce sont des «signes normaux» dans une situation qui est «anormale». Si le secouriste est bien encadré, il pourra vite reprendre son efficacité optimale.

Certains secouristes maîtrisent leurs réactions au stress et maintiennent un comportement adapté. Dans des circonstances extrêmes, la plupart ne peuvent contenir leur stress et nécessitent un encadrement pour rester opérationnel. La prise en charge par le groupe joue un rôle très important.

Une minorité d'entre eux peut révéler des signes traumatiques de stress qui nécessitent des soins particuliers: la révolte, l'absence mentale, la paralysie ou l'agitation incontrôlée peut durer plusieurs minutes jusqu'à plusieurs heures.

Un incident traumatique peut à long terme laisser des cicatrices mentales, émotionnelles et physiques.

Il est normal qu'un certain temps soit nécessaire pour accepter et traiter un incident traumatique. Il n'existe aucune règle en la matière. Certaines situations ne seront jamais oubliées et resteront même parfois gravées éternellement dans la mémoire de l'ambulancier.

Il se peut que certains signes se manifestent pendant plusieurs semaines:

- cauchemars ou rêves en relation avec l'incident;
- somnolence;
- obsession de l'incident;
- flash-backs (revivre l'incident);
- répétition de la réaction de stress (ressentir les mêmes émotions que pendant l'incident);
- refus de se souvenir de l'incident;
- besoin irrésistible de parler constamment de l'incident;
- impression de ne plus avoir d'avenir;
- impossibilité d'exprimer ses émotions;
- impression d'avoir changé, de ne plus être le même;
- repli sur soi;
- sensibilité exacerbée;
- hyperactivité;
- fatigue permanente;
- troubles de la concentration et de la pensée;
- tendance colérique;
- sentiment de culpabilité;
- ...

9.10.4.1 Précautions à prendre

Si ces problèmes persistent, parlez-en avec vos collègues qui ont vécu le même incident ou avec le médecin du travail. Il est parfois préférable de consulter un spécialiste qui est familier avec le milieu des secouristes.

Deux types de mesures de précautions sont envisageables. Les précautions primaires sont prises avant l'action, tandis que les précautions secondaires sont appliquées pendant et après l'action.

Les mesures de précautions primaires

Ces mesures de précautions se composent de la formation technique des secouristes, les fréquents exercices, et leur expérience, et sont les meilleures précautions contre le stress négatif.

A cela s'ajoute:

- Un repos nocturne suffisant et de qualité.
- Une vie équilibrée, entre les moments de détente et la vie professionnelle.
- Une activité physique régulière (si on a une bonne condition physique, il sera plus facile de contrôler les conséquences physiques comme la fréquence cardiaque et la fréquence respiratoire).
- Une alimentation équilibrée et une hydratation en eau régulière (vu la perte considérable d'humidité et d'énergie dans un état de stress, il est très important de boire et de manger en suffisance).
- Une cohésion de groupe de qualité.
- Un soutien social au travers d'un entourage familiarisé avec le travail du secouriste (un lien familial solide est une garantie pour pouvoir se détendre après une situation de crise ou de catastrophe).
- Une connaissance des symptômes de stress est une familiarisation avec les notions d'incident traumatique permettent d'agir plus vite et donc de maîtriser le problème.
- Une bonne connaissance de ses propres «points faibles», de sorte que vous ou vos collègues puissent en tenir compte.

Mais tout cela ne suffit pas.

Les mesures de précautions secondaires

Ces mesures doivent soutenir le secouriste pendant et après l'incident stressant pour éviter des réactions de stress défavorable.

Elles se composent de:

- missions simples et claires dans l'organisation sur le terrain (meilleur moyen pour maîtriser le stress normal de l'intervention).
- missions à caractère stressant limitées à maximum deux heures d'intervention.
- pauses d'un quart d'heure toutes les deux heures.
- soutien émotionnel.

Dans la mesure du possible et en fonction de la gravité de l'incident il faut prévoir les mesures suivantes pour les secouristes:

- Une place assise individuelle, à l'abri d'un temps désagréable et en dehors du champs visuel des médias et des victimes.

- Une rencontre avec des collègues ou des personnes qui ont vécu quelque chose de semblable auparavant.
- Une rencontre avec des personnes de confiance qualifiées en psychologie.
- bilan, qui peut être technique et/ou plus orienté sur l'émotionnel pendant l'intervention.
- «debriefing émotionnel» juste après ou pendant une catastrophe si cela s'avère nécessaire. Il est mieux que cela se passe en présence d'un expert.

En tant que secouriste-ambulancier vous avez appris qu'outre les soins corporels, il faut aussi prêter attention au soutien psychique de la victime.

Les ambulanciers pensent, suite à une routine prise, à secourir les autres en premier lieu, parfois en dépit de leur propre santé mentale. Néanmoins, il est souligné dans la formation du secouriste-ambulancier qu'à côté de l'aspect technique et physique d'une intervention la protection mentale de soi est aussi importante. Il ne peut en être autrement dans une situation de catastrophe. Savoir partager ses émotions avec les autres peut être bénéfique.

Le risque d'être blessé par balle peut être limité par le port d'un gilet pare-balles. Mais pour vous protéger contre les effets néfastes du stress, vous pouvez compter uniquement sur les autres personnes. Mais bien heureusement, un secouriste est rarement seul sur une intervention.

9.10.4.2 Recommandations après un incident traumatique


- Ne vous refermez pas sur vous, acceptez les tensions et les émotions.
- Parlez de l'incident aussi longtemps que nécessaire, laissez libre cours à vos émotions.
- N'attendez pas que les souvenirs disparaissent vite. Donnez-vous suffisamment de temps pour accepter ce que vous avez vécu.
- Acceptez les phénomènes de stress post-traumatiques.
- Essayez de reprendre votre rythme de vie normal.
- Passez le plus de temps possible avec votre famille, racontez-leur ce que vous avez vécu.
- Faites attention à l'excès de café, de tabac, d'alcool ou de médicament: ceux-ci peuvent diminuer les symptômes, mais ne résoudront pas les causes.
- Faites autant de sport que possible, mangez varié et équilibré.
- Informez-vous de l'incident et de ses suites.
- Participez aux réunions d'évaluation de l'incident (debriefing).
- Participez à la cérémonie funèbre après le décès d'un collègue pendant une intervention.
- Si vous vous sentez impuissant, cherchez du soutien et parlez-en. Le temps n'efface pas les souvenirs traumatisants refoulés ou mis à l'écart.

Pensez aussi à votre rôle en tant que collègue. Votre liberté d'esprit, votre volonté d'écoute et votre présence forment le meilleur soutien pour un collègue qui est temporairement dans les problèmes.

Quelques règles de base:

- Informez-vous de l'incident ou de la source du stress pour mieux comprendre les réactions de votre collègue.
- Adressez-vous à votre collègue pendant la pause café, les moments de détente, ...
- Ne jugez pas l'incident ou les réactions: vous ne savez sentir ce que l'autre a vécu. Acceptez ses émotions (sa rage, sa honte, son sentiment de culpabilité, sa tristesse, sa déception). Soyez objectif et aidez votre collègue à comprendre ses émotions.
- Écoutez ce que l'autre vous dit. Donnez de l'attention et intéressez-vous à ce qu'il a vécu.
- Encouragez votre collègue à parler.
- «Explique-moi ce qu'il s'est passé, ça a du être horrible pour toi, as-tu déjà été en contact avec une situation pareille?», sont quelques mots simples mais importants.
- Acceptez les émotions, ne vous laissez pas dissuader par des larmes ou des moments de silence.
- Connaissez vos limites, respectez la confiance que votre collègue vous a donné, ne faites pas de promesses que vous ne savez pas tenir.
- Respectez les informations confidentielles.

QUE FAUT-IL EVITER À TOUT PRIX

- 
- Faire des longs discours, secouer les gens, leur dire: «J'ai déjà vécu cela ...».
 - Dire que leurs réactions sont anormales.
 - Dire aux gens qu'ils doivent «se réveiller», leur dire «qu'ils sont à côté de la plaque».
 - Leur donner des faux espoirs ou minimiser le trauma: «tout va bien, ne vous inquiétez pas, ça passera avec le temps, ce n'est pas grave, ...».
 - Leur administrer de l'alcool ou des médicaments pour supprimer les émotions dérangeantes.
 - Prendre des décisions personnelles.

9.11 Résumé du chapitre 9

Lors d'une intoxication aux médicaments et/ou à l'alcool ou à une autre substance toxique.

Première évaluation:

- évaluation de l'état de conscience;
- évaluation de la respiration;
- évaluation du système cardiaque et veineux.

Deuxième évaluation:

- Quels médicaments ou produits toxiques sont en jeu?
- Y a-t-il eu absorption d'alcool?
- Quelle dose a été ingérée?
- Depuis combien de temps y a-t-il eu absorption?
- Chercher des produits toxiques sur place (armoire à médicaments, poubelle, WC, ...).

Les emballages, les seringues ou pilules sont à emporter aux urgences.

Les éléments de base qui décrivent l'état:

1. La confusion incompréhensible

- le patient seul a l'air d'être agité; l'entourage n'a pas l'air d'être concerné, quoi qu'il soit en panique.
- la première impression démontre une incohérence; il y a une rupture avec le normal (confusion, delirium).

2. La confusion compréhensible

- l'agitation générale du patient et de son entourage sont envenimés par une situation de conflit avec une origine bien précise.
- il s'agit donc d'une crise qui est «normale» et compréhensible, mais avec des réactions qui sont hors proportion.

Première évaluation:

- Comprendre qui/quoi est à l'origine du problème.
- Le patient peut-il devenir agressif?
- Evaluer la nécessité d'un appel au SMUR ou à la police.
- Ce qui ne faut pas faire:
 - Augmenter l'agitation et la peur.
 - Appeler immédiatement la police.
 - Prendre le patient pour un malade mental ou un cas psychiatrique.

Stress psychologique dans l'AMU:

- Qu'est ce qu'un stress?
- Quelle est la personne concernée?
- Qu'est ce qu'un événement traumatisant?

- Les différentes réactions de stress:
 - le stress aigu.
 - le stress à long terme.
- Les signes psychiques du stress.
- Les signes physiques du stress.
- Le changement dans les habitudes de tous les jours.

Le secouriste et son propre stress pendant et après l'intervention.

La gestion du stress par le secouriste (chaque intervention a un prix aussi bien psychique que physique).

Les précautions primaires et secondaires:

- quelques recommandations:
 - votre rôle comme collègue a une grande importance dans le traitement du stress.
 - être présent et être à l'écoute.
- faites attention: pas de longs discours, pas de fausses promesses, pas de décisions personnelles, ...