

» SUAP-CT-01 Les principes fondamentaux

1.1. Organisation des secours en France

Le concept de « chaîne des secours » regroupe l'ensemble des actions et des acteurs nécessaires à la prise en charge d'une victime, du lieu de l'intervention jusqu'à son admission dans une structure hospitalière adaptée. La mise en œuvre de cette chaîne des secours permet d'améliorer la survie ou le devenir des victimes, et dépend de la qualité et de la précocité de la protection, de l'alerte et des gestes de secours entrepris.

A. Les étapes de la prise en charge d'une victime

La chaîne des secours est composée de plusieurs maillons :

• La sécurité

La sécurité des intervenants, de la victime et des témoins constitue le premier maillon de la chaîne des secours. Elle a pour rôle d'éviter la survenue d'un suraccident, et par là même l'aggravation de l'état de la victime ou la survenue de nouvelles victimes. Les premiers témoins et les premiers intervenants doivent assurer la sécurité individuelle et collective, en utilisant les matériels mis à leur disposition ou, le cas échéant, des moyens de fortune, afin de :

- supprimer le danger.
- baliser la zone dangereuse.
- dégager en urgence la (les) victime(s)

• L'alerte des services de secours

L'alerte immédiate des services de secours d'urgence est indispensable pour assurer une prise en charge précoce de la victime par les sapeurs-pompiers, éventuellement renforcés par une équipe médicale.

En France, ces appels arrivent généralement sur des plateformes interconnectées qui regroupent les principaux acteurs des secours d'urgence. Il s'agit principalement :

- des services d'incendie et de secours (BSPP, SDIS, BMPM) lorsque l'on compose le 18 (Centre de Traitement de l'Alerte / CTA).

- de la police ou de la gendarmerie, lorsque l'on compose le 17 (Centre d'Information et de Commandement - police CIC / Centre Opérationnel et de Recherche de la Gendarmerie Nationale - CORGN).

- des Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU), lorsque l'on compose le 15.

Le numéro d'appel d'urgence européen, le 112, permet aussi de joindre ces centres, notamment pour les européens en transit en France. Ces centres, à la réception d'un appel :

- localisent le lieu de l'alerte.
- déterminent le lieu de l'intervention.
- décident des moyens à envoyer.

Dans la Loire, le 18 et le 112 sont connectés au centre de traitement de l'appel (CTA) situé dans les locaux du SDIS, lui-même interconnecté avec le SAMU et la Police.

• Le message d'alerte :

L'appelant doit pouvoir décrire la situation et répondre aux questions posées par les services d'urgence et donner les indications suivantes :

- le numéro de téléphone ou de la borne d'où l'on appelle (si nécessaire, donner son nom).
- la nature du problème, maladie ou accident.
- la localisation très précise de l'événement.
- le nombre approximatif de personnes concernées et leur état apparent.
- les premières mesures prises et les gestes effectués.
- les risques éventuels persistants (incendie, explosion, effondrement, produits chimiques et tout autre danger).

Un dialogue va s'instaurer entre l'appelant et les services d'urgence, avec pour seul objectif d'approprier les moyens envoyés à la situation et de conseiller sur les gestes à entreprendre avant l'arrivée des secours.

Le message d'alerte achevé, l'appelant doit attendre les instructions avant d'interrompre la communication.

- **La réalisation des gestes de secours par un témoin**

La mise en œuvre par les premiers témoins des gestes de premiers secours améliore les chances de survie des victimes (arrêt cardiaque...). Ils permettent de les maintenir en vie ou d'éviter l'aggravation de leur état avant l'arrivée des sapeurs-pompiers et, si nécessaire, des renforts médicalisés de type ambulance de réanimation (AR).

ATTENTION La réalisation des gestes de secours peut être réalisée par un SP isolé.

Chacun de nous peut potentiellement se retrouver 1er maillon de la chaîne des secours lors d'un trajet. Dans ce cadre, après avoir réalisé une protection (ou dégagement) efficace, vous devez mettre en place des gestes de secours d'urgence appropriés à la situation. Du matériel est disponible dans chaque véhicule du SDIS42 sous forme d'un kit d'urgence vitale.

- **La prise en charge par les sapeurs-pompiers**

L'intervention précoce des sapeurs-pompiers, dotés de matériels spécifiques et adaptés permet :

- de dispenser des soins d'urgence vitale.
- de stabiliser l'état de la victime.
- d'assurer une surveillance étroite.
- de transmettre un bilan complet ou de demander un éventuel renfort médicalisé.
- de transporter, si nécessaire, la victime vers une structure hospitalière d'accueil.

En France, les sapeurs-pompiers constituent le maillon essentiel de la prise en charge des victimes.

- **La médicalisation pré-hospitalière**

Les renforts médicalisés peuvent être envoyés soit - dès réception de l'appel, en complément des engins de premiers secours, dès lors que les renseignements initiaux le justifient.

- à la demande du chef d'agrès.

Ces moyens assurent les actes de réanimation qui permettent de stabiliser l'état de la victime, avant et pendant son transport vers une structure hospitalière.

- **La prise en charge hospitalière**

Lorsque l'état de la victime le justifie, celle-ci est généralement admise dans un établissement de soins. Suivant son état, sa pathologie et ses antécédents, elle est dirigée sur une structure des urgences (SU) ou sur un service spécialisé (service de réanimation, centre de

traitement des brûlés, service de pédiatrie, service de soins intensifs de cardiologie...). La prise en charge hospitalière (transport et lieu de destination) nécessite la régulation médicale auprès du SAMU.



B. Les acteurs de la chaîne des secours

Pour faire fonctionner la chaîne des secours, plusieurs moyens, publics et privés, participent régulièrement à l'organisation des secours. Il s'agit :

- du citoyen.
- des réserves communales de sécurité civile.
- des médecins libéraux et des entreprises de transport sanitaire agréées.
- des associations agréées de sécurité civile.
- de la gendarmerie et de la police nationale.
- des sapeurs-pompiers, civils et militaires.
- des Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU).
- des Structures d'Urgences au niveau des hôpitaux (SU)...

C. Le citoyen

L'État, dans le cadre de la Loi de modernisation de la Sécurité civile de 2004, a positionné le citoyen au coeur du dispositif de la Sécurité civile. Par voie de conséquence, il est devenu le premier responsable de sa propre sécurité et de celles des autres. Il doit maintenant acquérir les savoirs et les comportements nécessaires pour :

- prévenir une situation de danger (baliser, alerter...)
- se protéger.
- porter secours.

Par ailleurs, l'acquisition de savoirs « sécuritaires » est imposée dans le cursus scolaire obligatoire des élèves et comprend :

- une sensibilisation à la prévention des risques de toute nature.
- un apprentissage aux gestes de premiers secours.

D. Les réserves communales de sécurité civile

Élément le plus récent du dispositif national de secours, les réserves communales de sécurité civile concernent notamment les communes soumises à des risques naturels (inondations, feux de forêts, Plan Particulier d'Intervention...). Ces réserves sont constituées de bénévoles. Mise en œuvre à la demande de l'autorité de police compétente (le Maire), leurs actions s'inscrivent principalement dans le domaine de la prévention du risque et du soutien aux populations. Elles participent :

- à la prévention des risques.
- à la préparation des populations face aux risques.
- au soutien et à l'assistance des populations.
- à l'appui logistique.
- au rétablissement des activités.

E. Les médecins libéraux et les entreprises de transport sanitaire agréées

Les médecins libéraux et les entreprises de transports sanitaires (ambulances privées) font partie intégrante du dispositif de secours. Ils assurent une permanence des soins, afin de répondre à des besoins non urgents, mais nécessitant une consultation médicale ou un transport vers une structure hospitalière.

F. Les associations agréées de sécurité civile

Les associations agréées de sécurité civile sont des acteurs reconnus par l'État, afin d'assurer des missions de sécurité civile qui s'intègrent dans quatre grandes familles :

- opérations de secours.
- actions de soutien aux populations sinistrées.
- encadrement des bénévoles lors des actions de soutien aux populations sinistrées.
- dispositifs prévisionnels de secours.

Le plus souvent, leur activité consiste à la mise en place de Dispositifs Prévisionnels de Secours (DPS) (voir paragraphe C de la présente partie) afin d'assurer la couverture sanitaire de grands rassemblements (manifestations publiques, sportives ou culturelles). Cette participation a pour effet de limiter l'engagement des sapeurs-pompiers qui peuvent continuer à se consacrer aux missions de secours d'urgence (secours à victime, incendie, sauvetage...). Elles peuvent aussi intervenir en complément des sapeurs-pompiers à la suite d'un accident majeur.

G. La gendarmerie et la police nationale

Ces services remplissent plusieurs missions en matière de sécurité publique. Ils interviennent régulièrement aux côtés des sapeurs-pompiers pour toute action de sûreté (accident de circulation, risque de sur-attentats...) ou d'investigation (attentats, homicides...).



H. Les sapeurs-pompiers civils et militaires

Les sapeurs-pompiers civils et militaires sont chargés de la prévention, de la protection et de la lutte contre les incendies, mais aussi de la protection et de la lutte contre les autres accidents, sinistres et catastrophes. Ils ont aussi un rôle essentiel dans la prise en charge des malades et des blessés requérant une prise en charge urgente. Ils se répartissent en 3 grandes entités :

- la brigade de sapeurs-pompiers de Paris (BSPP), forte de 8 500 militaires, défend la ville de Paris, les départements 92, 93 et 94, ainsi que les plateformes aéroportuaires de Roissy, d'Orly et du Bourget. Placée sous le commandement d'un général, elle constitue un dispositif interdépartemental intégré unique en France.
- le bataillon des marins-pompiers de Marseille (BMPM), composé de 2 400 militaires assure la défense de la ville de Marseille, en s'intégrant dans le dispositif du Sdis des Bouches-du-Rhône.
- les services départementaux d'incendie et de secours (Sdis) regroupant 240 000 civils, volontaires (90 %) ou professionnels (10 %), constituent, dans chaque département, un corps de sapeurs-pompiers autonome.
- les Unités d'intervention et d'instruction de la Sécurité civile (UIISC), renforcent l'action des sapeurs-pompiers sur le territoire français lorsque les circonstances exigent un appui ou une préparation particulière face aux risques. Ces sapeurs-sauveteurs, issus de l'arme du génie, sont notamment compétents dans les domaines des feux de forêts, des risques technologiques, du sauvetage déblaiement et de la recherche de personnes ensevelies. Basées à Nogent-le-Rotrou (28), Corte (2B) et Brignoles (83), les 1 500 militaires de ces unités participent également aux actions internationales de secours.

I. Les Services d'Aide Médicale Urgente

Les Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU) sont des structures médicales hospitalières, implantées dans chaque département. Leur mission est de répondre par des moyens médicaux (SMUR : Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation) aux situations d'urgence, en complément de ceux initialement engagés par les sapeurs-pompiers et d'assurer en permanence une écoute et une régulation médicale des appels arrivant au Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRA), en interconnexion avec les Centres de traitement des appels (CTA) des SDIS.



J. Les structures des urgences

Les structures des urgences sont des services hospitaliers d'accueil, de traitement et d'orientation des malades et des blessés. Les victimes transportées dans ces services doivent obligatoirement être examinées par un médecin. À l'issue, elles seront hospitalisées ou non.

K. Les dispositifs prévisionnels de secours

L'organisation d'événements tels que des concerts, des matchs ou d'autres réunions, conduit à générer des foules regroupant un grand nombre de personnes.

Ces rassemblements de population souvent hétérogènes sont à l'origine de dangers (malaises, mouvements de foules, traumatologie...).

Pour répondre à ce besoin, l'État a créé un outil d'aide à la décision et à l'organisation, le référentiel national des Dispositifs Prévisionnels de Secours à personne (DPS). Le DPS est l'ensemble des moyens humains et matériels de premiers secours, prépositionnée à la demande de l'autorité de police territorialement compétente (Maire, Préfet) ou de l'organisateur d'une manifestation (sportive, culturelle...) et sous la responsabilité de ce dernier. C'est le premier maillon permanent de la chaîne des secours à personnes, mis en place pour la durée d'un événement.

Seules les associations détentrices d'un agrément de sécurité civile de type D (agrément autorisant la mise en place de ce type de dispositif) peuvent assurer un DPS.

1.2. Attitude et comportement du sapeur-pompier

Le secouriste dans ses actions de secours est amené à intervenir en urgence auprès de personnes victimes, en détresse physique et/ou psychologique. Outre la maîtrise des gestes et des techniques de secourisme, l'intervenant doit également être en capacité de dispenser les premiers secours psychologiques.

Toute action de secours sous-entend qu'un événement imprévu, inhabituel et potentiellement dangereux ait touché une ou plusieurs personnes, considérées alors comme victimes. En fonction du niveau d'exposition à cet événement « critique » et du vécu de la situation, l'impact psychologique et la blessure psychique potentielle qui en découlent seront variables.

Le secouriste devra prendre en compte ces dernières dans leur ensemble, tant les victimes primaires que les victimes secondaires. Les premières auront été directement exposées à l'événement en tant que sujet (avoir subi), acteur (avoir provoqué volontairement ou involontairement) ou encore comme témoin (avoir vu, assisté). Elles peuvent être impactées dans leur corps (blessures physiques) mais aussi moralement (blessures psychologiques). Et puis, les secondes, les proches des victimes primaires (parents, amis, collègues, ...), non confrontées directement à l'événement critique, peuvent devenir victimes secondaires lorsqu'elles découvrent ce qui est arrivé à leur proche et qu'elles ressentent un stress intense et des émotions douloureuses.

A. Prise en compte de l'impact psychologique

Les personnes exposées à des événements critiques répondent naturellement par une réaction de stress, dont les manifestations varient en fonction de l'impact psychologique de la situation sur elles et de la détresse potentielle qui en découle.

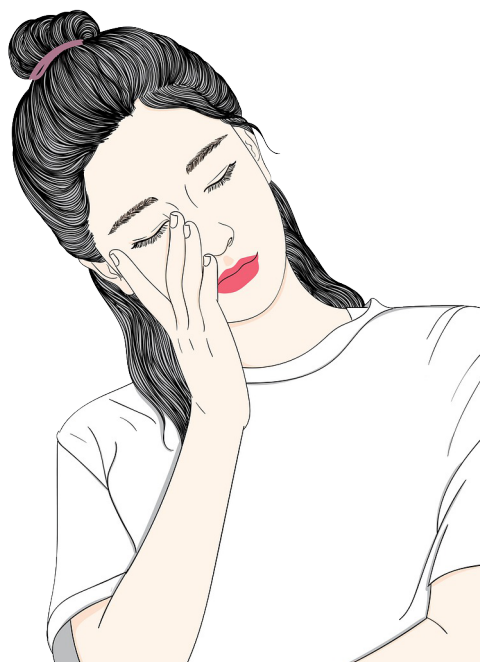
- Face à une situation soudaine, imprévue et potentiellement menaçante, toute personne présentera un ensemble de manifestations regroupées sous le terme de réaction de stress.

Considérée comme un moyen de défense, cette réaction psychologique et physiologique urgente, favorise une adaptation de la personne à la situation afin de la fuir ou de s'en défendre. L'activation physiologique (libération d'hormones du stress, excitation du système nerveux central et du système nerveux autonome) entraîne un état d'alerte repérable notamment par l'augmentation de la fréquence respiratoire, de la fréquence cardiaque et de la pression artérielle.

Des frissons, des tremblements et une pâleur peuvent également être observés. La victime peut exprimer une sensation de faiblesse, des sensations pénibles de « boule dans la gorge », de striction thoracique, de « nœud à l'estomac », se plaindre de spasmes viscéraux désagréables, de maux de tête, de nausées, et ressentir une envie impérieuse d'uriner. Peuvent être associés des symptômes psychomoteurs, tels que lenteur ou imprécision des gestes et altération de la voix.

Sur le plan psychologique, des phénomènes adaptatifs s'enclenchent : incitation à l'action, focalisation sur la situation dangereuse, identification rapide de stratégies pour faire face. Certaines manifestations gênantes peuvent également être ressenties sur le plan psychique, telles qu'un vécu d'irréalité et/ou de tension.

Utile, adaptative mais brève, cette réaction de stress est en revanche très coûteuse en énergie. Une fois la menace écartée,



apparaît un état ambigu d'euphorie et d'épuisement.

- Quand le stress est trop intense, trop prolongé ou chronique, il peut devenir incapacitant. Notamment, quand la personne perçoit le danger ou la contrainte comme étant plus élevé que ses capacités à faire face, elle ressent une insécurité massive et ne parvient plus à gérer le stress.

Le cortex préfrontal, siège des capacités cognitives, n'est plus en capacité de réguler l'action des amygdales cérébrales, sièges des émotions.

La victime perd alors sa capacité à s'adapter, est en rupture d'équilibre et présente à ce moment-là des réactions inhabituelles traduisant un état de crise.

Le retentissement psychologique est avant tout un vécu personnel, qui se vit avec plus ou moins d'intensité selon le contexte, selon le sens que lui attribue la personne, selon sa culture, son éducation, son histoire personnelle, ses antécédents et sa personnalité.

Les effets de l'impact psychologique sont observables au travers des perturbations des fonctions cognitives (altération de la capacité à penser efficacement), émotionnelles (sentiments de peur, tristesse, impuissance, colère, ...), et comportementales (agressivité, prostration, stupeur, fuite panique ...)

Plus l'impact psychologique est important chez la victime, plus le risque de blessure psychologique est élevé. Ces victimes nécessitent d'être orientées vers une prise en charge psychologique spécialisée aux urgences hospitalières ou sur les lieux par la CUMP (Cellule d'Urgence Médico- Psychologique) en cas d'événements impliquant de nombreuses victimes.

B. Attitude adaptée et abord relationnel de la victime

Le secouriste a pour mission de prévenir et de soulager toute souffrance qu'elle soit physique ou psychique. Son attitude joue un rôle important car il est autant apprécié sur la qualité des gestes techniques que sur l'aptitude à développer une relation humaine d'aide et de soutien aux personnes en détresse.

Comportement général du secouriste

Le secouriste doit faire preuve d'organisation, de rigueur et de professionnalisme. En mission, il a une tenue propre et correcte, associée à une bonne hygiène. C'est à partir de ces éléments que la victime se constituera une première opinion du secouriste, mais également de la structure qu'il représente. Cette première impression est primordiale et peut influencer la réaction de la victime et de son entourage.

Le secouriste agit avec calme. Il intervient avec humanité et gagne la confiance de la victime et de son entourage d'autant plus facilement qu'il est courtois, attentif et posé.

Le secouriste veille à ce que peut induire sa propre attitude pour éviter tout conflit qui pourrait nuire au bon déroulement de l'intervention. La dégradation d'une situation ne tient souvent qu'à une parole ou un comportement.

Les victimes ou leur entourage peuvent parfois vivre l'intervention des secours comme une irruption, voire une intrusion difficilement supportable. Il s'agit donc d'intervenir dans le calme et avec humilité, en adoptant une attitude respectueuse tant à l'égard des personnes que des lieux (précautions lors de déplacements de meubles, bibelots, par exemple...).

Il est respectueux de chaque individu et de sa vie privée.

Au même titre que les personnels de santé, les secouristes sont tenus par le secret professionnel. Les informations recueillies ne peuvent être divulguées qu'aux personnes contribuant à la prise en charge.

Il est important de retenir que les victimes se trouvent dans un moment de vulnérabilité et souvent en difficulté d'adaptation. C'est donc au secouriste que revient la nécessité de s'adapter à elles et à leurs besoins.

Principes de l'abord relationnel

L'abord de la victime est une phase déterminante.

En effet, bien que son intervention soit très limitée dans le temps, la qualité de la relation mise en place influencera l'ensemble de la prise en charge, de l'adhésion de la victime à son rétablissement.

L'empathie dont il fait preuve, ne doit donc pas être considérée uniquement comme une qualité humaine mais bien comme une véritable compétence professionnelle à développer pour assurer pleinement sa mission de secours à personne.

Le secouriste s'attache à soigner l'ensemble des aspects de sa communication, verbale et non verbale, en s'adressant toujours directement à la victime, quel que soit son âge. Le secouriste se montre particulièrement attentif :

- à la distance interpersonnelle, en établissant une « juste distance » ;
- à se placer à son niveau en la regardant dans les yeux pour lui montrer l'intérêt qu'il lui porte ;
- à l'attitude verbale, en utilisant :
 - un vocabulaire et un ton adapté ;
 - des phrases courtes, claires et respectueuses ;
 - le vouvoiement et en appelant la personne par son nom ;
 - le tutoiement et en appelant un enfant par son prénom ;
- au toucher, grâce auquel le secouriste manifeste du soutien, du réconfort et témoigne d'une qualité de présence à la victime.

C. L'abord relationnel en pratique

L'abord relationnel vise à assurer une écoute et à établir le contact et le dialogue. Cette approche favorise souvent l'apaisement émotionnel et permet d'autre part, de rechercher les éléments essentiels du bilan, avant d'engager les actions nécessaires.

Aborder la victime

Il est recommandé de **privilégier au sein de l'équipe un interlocuteur principal** pour dialoguer avec la victime (de préférence, celui vers lequel elle se tournera le plus naturellement). N'en changer que si la communication n'est plus efficace.

Etablir le contact : il est important, en dehors d'une situation d'urgence vitale, de prendre le temps de se présenter. Si on peut obtenir l'identité de la personne, il est possible de s'entretenir avec elle en la nommant et lui permettre ainsi de se sentir reconnue. Si l'emploi du prénom peut faciliter la relation, il ne sera employé qu'après avoir obtenu la permission de la personne concernée.

« Mr X, je m'appelle Y, je suis secouriste »

« Me permettez-vous de vous appeler par votre prénom ? »

Expliquer les raisons de la présence et le but de l'intervention, si le contexte le permet.

« Je suis là pour vous aider »

« Rassurez-vous, je reste avec vous », « je vais vous accompagner tout au long de l'intervention »

Instaurer le dialogue et une relation de confiance, en commençant par poser une question ouverte afin de permettre à la victime d'entamer la discussion et ainsi expliquer ce qu'elle vit :

« Pouvez-vous me dire ce qu'il se passe ? »

« Comment allez-vous ? », « Comment puis-je vous aider ? »



Prendre en charge de la victime

Poser le cadre :

« L'intervention va se dérouler de la manière suivante : nous allons faire un bilan, ensuite nous ferons un point avec le médecin. A ce moment-là, nous verrons si nous vous transportons à l'hôpital pour une prise en charge plus approfondie ».

Informier et expliquer ce qui va être réalisé :

« Je vais poser ma main sur votre ventre pour évaluer votre respiration »,

« Je vais vous appliquer un masque avec de l'oxygène sur la bouche et le nez, il va vous aider à mieux respirer ».

Reconnaître la situation, le caractère déstabilisant de l'événement vécu :

« Vous vivez un événement stressant, bouleversant »

« Je vous sens en colère »

« Vous me semblez triste quand vous dites cela » (ou inquiet, etc.).

Questionner la problématique repérée lorsque celle-ci n'est pas spontanément explicitée (suspicion de violence subie, intention suicidaire, ...)

« Avez-vous subi des violences ? »,

« Souffrez-vous au point de vouloir vous faire du mal ou mourir ? », ...

Reformuler, c'est-à-dire s'assurer que l'on a bien compris ce qu'elle a exprimé de manière verbale et non verbale

« Vous me dites que vous êtes seul, cela veut dire que vous ne voyez personne ? »

« D'après ce que vous me dites (ce que je vois, ..., je comprends que..., il me semble que... est-ce que je vois juste ? »

Favoriser l'alliance en impliquant la victime dans sa propre prise en charge :

- En sollicitant son accord et en lui adressant des paroles encourageantes et positives :

« Voilà ce que je vous propose... qu'en pensez-vous ? »

« Vous nous aidez beaucoup par votre calme »

- En lui demandant ce qui peut la soulager ou ce qui a marché la dernière fois qu'elle était dans cet état, si elle l'a déjà vécu, ce dont elle aurait besoin pour faire diminuer son inconfort :

« De quoi auriez-vous besoin maintenant ? »

« Vous est-il déjà arrivé de vivre une telle situation ? », « Comment avez-vous fait pour surmonter une telle situation ? »

- En lui demandant si elle souhaite appeler une personne qui représente pour elle un soutien :

« Y-a-t-il une personne que vous souhaiteriez contacter pour venir vous rejoindre ? »

En étant honnête avec elle, c'est-à-dire en abordant la réalité de la situation, avec tact. Il est primordial de ne pas mentir et ne pas faire de promesses à moins d'être certain de pouvoir les tenir.

Passer le relais

Préparer le passage de relais : (prise en charge, orientation, hospitalisation, ...)

« Nous allons vous accompagner à l'hôpital afin que vous puissiez voir un médecin et réaliser les examens utiles pour comprendre ce qui se passe... »

Prendre le temps de **présenter la victime à l'équipe prenant le relais** de la prise en charge

« Je vous confie à mes collègues qui vont continuer à vous accompagner... »

Saluer la victime et lui adresser des paroles encourageantes et positives :

« Je vous souhaite une bonne continuation. Prenez bien soin de vous »

D. Intervenir auprès d'un enfant

Lorsque la situation de secours met l'équipage en présence d'un enfant conscient (blessé ou non), ce dernier peut être victime primaire (a subi, a provoqué ou a vu l'événement survenir) ou victime secondaire (lien affectif avec la victime blessée et n'ayant pas assisté à l'événement concerné).

Intervenir auprès d'enfant implique certaines particularités à prendre en compte. Face à des événements graves, exceptionnels, l'enfant tout comme l'adulte, peut réagir par une réaction de stress modérée ou de forte intensité. Pour lui, l'impact est double :

- D'une part, elle affecte ses capacités de compréhension et d'expression et, à l'inverse de l'adulte qui s'exprime par le langage verbal en plus du langage corporel, l'enfant ne peut pas toujours s'appuyer sur les mots pour mettre du sens sur l'événement et pour exprimer ses peurs, sa détresse. Plus souvent, lors d'un drame, l'enfant se mure dans le silence.
 - D'autre part, lorsque l'enfant est au côté de ses parents dans pareilles expériences, il peut être confronté à leurs vulnérabilités (parents blessés, qui pleurent, souffrent, crient, paniquent...).
- L'enfant perd alors un élément fondamental de ce qui constitue la sécurité pour lui. La présence du secouriste sera d'autant plus déterminante pour sécuriser et contenir l'enfant. Un enfant dans certaines situations peut également agir pour protéger son parent (ne pas montrer sa détresse, être faussement calme).

Prendre en charge l'enfant

Un seul et même secouriste assure une continuité auprès de l'enfant et :

• **Adapte sa communication :**

- Se positionner à la hauteur de l'enfant, être vigilant au ton de sa voix (rythme posé, tonalité grave) ;
- Lui parler directement, quel que soit son âge, y compris avec un bébé, en utilisant des mots simples et honnêtes ;
- Utiliser les capacités d'imagination de l'enfant pour potentialiser les gestes de premiers secours : par exemple, présenter les outils de secourisme comme des petits robots, utiliser les références des dessins animés ou des contes qui ont un pouvoir de suggestion très efficace (la reine des neiges qui refroidit les brûlures, Pinocchio qui a les bras et les jambes durs comme du bois ...).

• **Implique les parents** au maximum en tenant compte des circonstances, si possible installe l'enfant dans leurs bras.

- Signifie à l'enfant qu'il a besoin de **sa participation** pour mieux l'aider et comprendre ce qu'il ressent : « Dis-moi dans quelle position tu te sens le mieux? Installe-toi le plus confortablement ».

• **Évalue la douleur** : au-delà de 5 ans, la douleur est évaluée à partir d'**échelles d'auto-évaluation adaptées à l'âge** et à la compréhension de l'enfant. En dessous de 5 ans, l'évaluation est essentiellement basée sur l'appréciation des modifications physiques et comportementales liées à la douleur (pleurs, crispations, agitation ...).

- Et simultanément, **couvre, au plus vite, une plaie, une déformation de membre ou tout autre facteur générateur d'angoisse** pour l'enfant.

• **Utilise une peluche** (si présente dans le matériel secouriste) pour faciliter la prise de contact et la relation ultérieure. Elle va permettre de créer un lien avec l'enfant plus rapidement. En utilisant la peluche, objet familier pour l'enfant, l'équipier s'adapte à ses besoins, et témoigne ainsi de sa volonté de rencontrer l'enfant dans son monde. Si l'enfant dispose de son propre doudou et/ou de sa tétine, ils seront à privilégier (ou à utiliser en complément) : présenter la peluche à l'enfant et lui proposer de la prendre après ce temps de présentation mutuelle et d'explications simples. Elle servira de médiateur tout au long de l'intervention.

Par le biais de la peluche et les explications du secouriste, l'enfant peut comprendre ce qu'on attend de lui, être prévenu des gestes techniques ou médicaux avant qu'ils soient faits et y participer plus facilement :



« Regarde, je lui mets ce masque sur le museau pour l'aider à respirer...
Maintenant, je fais pareil avec toi pour t'aider à respirer calmement ».

L'enfant peut également montrer sur la peluche où il a mal, comme un miroir de son propre corps.

Enfin, elle va détourner son attention pendant les gestes de secourisme ou les manœuvres de l'intervention. Elle peut également, au travers du jeu, détourner l'enfant de sa douleur et/ou de ses angoisses.

Tout au long de l'intervention

Le secouriste veillera à :

- **Ne pas mentir** (« *Ça ne fait pas mal. C'est juste une petite attelle* »). Mais plutôt : « *il est possible que tu sentes quelque chose. Dis-le-moi.* »)
- **Ne pas l'obliger à parler**
- **Ne pas banaliser ni dramatiser** (comme : « *Ce n'est pas grave / Tu as de la chance de t'en être sorti !* ») mais rassurer sur la fin de la situation de danger.)
- **Ne pas encourager les attitudes héroïques** (« *Sois courageux, tu es un(e) grand(e)* ») mais plutôt l'autoriser à exprimer ses émotions (« *tu peux pleurer si tu en as besoin, dire tout ce que tu as envie de dire* »), accepter ses réactions normales liées à la douleur, à la peur et aux émotions douloureuses.
- **Ne pas menacer** (« *Si tu cries, je dis à tes parents de partir.* »), mais plutôt, valoriser l'enfant, l'encourager dans ses comportements adaptés et positifs : « *C'est bien, respire calmement. Tu sais exactement comment faire pour te soulager, continue* ».

E. Préservation du potentiel mental du secouriste

Dans son activité, le secouriste est soumis à une charge mentale élevée et n'est donc pas préservé de la souffrance psychique. Le contact soutenu et répété à différentes contraintes émotionnelles confronte le secouriste à certains risques psychologiques, notamment des troubles relevant du stress, du traumatisme ou encore de l'usure et de l'épuisement.

Il est important qu'il ait connaissance de ces risques afin de pouvoir les repérer et s'y préparer. Il pourra ainsi gérer au mieux ces situations particulières et ses propres réactions, afin de limiter l'impact et les conséquences dommageables pour sa santé.

Les réactions immédiates de stress

D'intensité modérée, la réaction de stress permet au secouriste de mobiliser ses ressources pour accomplir sa mission. Elle est focalisatrice d'attention, mobilisatrice d'énergie et incitatrice à l'action.

Le stress est dit de forte intensité lorsque le secouriste voit ses capacités d'adaptation se dégrader, entraînant des réactions inhabituelles et inadaptées :

- **L'agitation désordonnée** (présente un état d'excitation rendant ses gestes fébriles, parfois inutiles et inefficaces, ses actions sont incohérentes et non coordonnées avec celles de l'équipe, ...);
- **La fuite** (se met à distance, se réfugie dans des actions lui permettant de se soustraire à la situation) ;
- **L'action automatique** (agit en mode réflexe par des gestes mécaniques et/ou ralentis et est en incapacité de s'adapter en cas de changement de la situation) ;
- **La sidération** (se retrouve en incapacité d'agir, de penser, est comme « anesthésié » au niveau émotionnel).

Les conséquences néfastes à long terme Les troubles psychotraumatiques

Dans les premières heures suivant un stress de forte intensité, ou plus rarement de manière décalée dans le temps, certains secouristes sont susceptibles de développer des symptômes comme :

- La répétition de l'événement initial au travers de souvenirs envahissants (flashbacks), ou de cauchemars ;
- L'évitement de toutes les situations, personnes, endroits, ... susceptibles de rappeler des souvenirs, pensées ou sentiments étroitement associés à l'événement critique ;
- Des conduites d'hypervigilance comme si l'événement allait se reproduire de façon imminente et ce malgré

- l'absence de danger ;
- Une façon de penser plus négative, difficulté à éprouver des sentiments positifs.

On parlera de **Trouble de Stress Aigu** si ces symptômes durent jusqu'à un mois après l'exposition.

Si ce trouble persiste au-delà, il sera considéré comme pathologique et qualifié de **Trouble de Stress Post-Traumatique**.

Lorsqu'un tel trouble s'installe, il peut entraîner des modifications importantes et durables de la personnalité. De plus, il peut s'associer à d'autres pathologies dont les plus fréquentes sont la dépression et les conduites addictives à l'alcool ou autres substances. Des soins médicaux et psychologiques sont préconisés afin de faire face à l'installation de tels troubles dans la durée.

- Il existe une forme de psychotraumatisme moins connue, nommée traumatisme vicariant. En effet, le secouriste, exposé de manière répétée et chronique aux horreurs vécues par les victimes d'événements traumatisants (tels que : le viol, la maltraitance, la violence, les accidents graves, la torture, la mort, les mutilations) risque de développer la conviction d'un monde dangereux. Il peut alors vivre avec la peur d'être mis en danger (comme la victime) et voir apparaître des symptômes de stress aigu ou post-traumatique.

Les phénomènes d'usure et d'épuisement

Lorsqu'il est répété à de trop brefs intervalles, et particulièrement lorsqu'il est à l'origine de fortes réactions émotionnelles, le stress peut conduire à l'épuisement du secouriste.

Ces troubles peuvent prendre la forme :

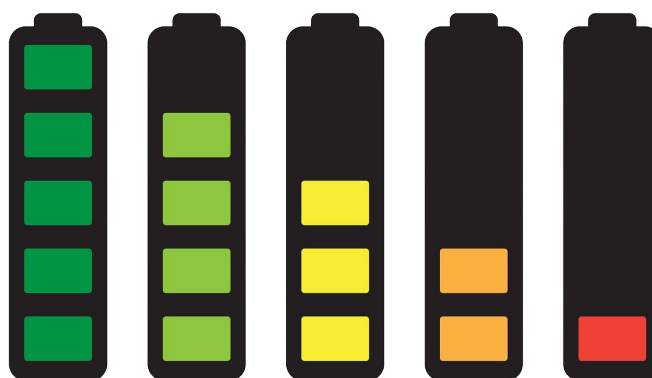
- d'un **épuisement professionnel** (burnout), qui va se traduire par :

- un épuisement émotionnel, avec un sentiment d'être vidé de ses ressources émotionnelles,
- une déshumanisation conduisant à des attitudes négatives vis-à-vis des victimes : insensibilité au monde environnant avec une tendance exagérée à faire preuve de cynisme systématique pour se préserver de tout impact émotionnel, vision négative des autres et du travail,
- une diminution du sentiment d'accomplissement personnel dans son activité : sentiment de ne pas parvenir à répondre correctement aux attentes, autodépréciation, perte de l'estime de soi et sensation qu'il n'y a plus d'avenir dans son activité. Il engendre la perte de l'idéal du métier, du sens de l'accomplissement ou des valeurs.

- d'une **fatigue ou usure de compassion** :

Le secouriste qui a été exposé de manière répétée à la souffrance intense, devient hypersensible à l'état émotionnel des victimes. Il se sent impuissant, souvent triste, cynique ou en colère, il peut remettre en question son engagement.

Des symptômes dépressifs peuvent se développer ainsi que des symptômes somatiques : fatigue généralisée, migraines, douleurs gastriques, Troubles Musculo-Squelettiques, tensions musculaires, troubles du sommeil, hypertension artérielle ...



F. Préservation et optimisation de l'opérationnalité mentale

Pour être efficient sur le plan opérationnel, le secouriste doit disposer de 3 compétences indissociables les unes des autres. Il doit avoir la condition physique pour réaliser la mission, la technique pour répondre aux besoins de la situation et le mental pour se réguler, s'adapter et ainsi être efficace techniquement et physiquement en toute circonstance.

L'opérationnalité mentale, correspond ainsi à la capacité à mobiliser les ressources mentales (sang-froid, lucidité, capacités d'analyse et d'adaptation) nécessaires à la réalisation optimale d'une mission. C'est elle qui permet d'analyser sans biais les situations de secours, qui favorise les prises de décisions rationnelles et permet l'engagement dans l'action.

Or certains facteurs peuvent troubler, voire compromettre cette opérationnalité mentale. Ainsi, le stress, certaines émotions, ressentis, sensations, peuvent générer des troubles cognitifs plus ou moins importants et invalidants selon l'individu, mais également selon le contexte et le moment. Il est donc indispensable de prendre en compte ces facteurs, de savoir les reconnaître et d'apprendre à les gérer pour ne pas ou moins les subir.

Afin d'entretenir son opérationnalité mentale et augmenter sa capacité à amortir les impacts psychologiques, le secouriste doit travailler et entraîner ses capacités comportementales, cognitives et émotionnelles.

Augmenter le potentiel mental pour amortir les impacts psychologiques

- **se préparer** avant l'action :

- acquérir et entretenir des compétences par la formation et l'entraînement ;
- se préparer à la réalité du terrain et des missions dévolues en se construisant une représentation juste et réaliste de l'activité et des missions et en prenant connaissance des risques psychologiques liés à la mission.

- **se réguler** pendant l'action :

- appliquer les mesures permettant de protéger les intervenants tant physiquement que psychologiquement ;
- mettre en application les techniques de gestion du stress.

- **recupérer** / se reconditionner après :

- soigner son hygiène de vie (repos, alimentation équilibrée, activité physique, exclusion des comportements addictifs, équilibre vie de famille/professionnelle et sociale, connaître et reconnaître ses limites).

Détecter et réagir en fonction du niveau d'impact psychologique

- **Détecter** :

Il faut identifier la présence potentielle d'un ou plusieurs facteurs critiques de stress et évaluer en temps réel l'impact psychologique de l'intervention sur les membres de l'équipe.

Certaines situations sont connues pour être plus à risque de mettre en difficulté le secouriste du fait du caractère particulièrement éprouvant et de la charge émotionnelle importante qu'elles peuvent générer.

Ces situations que l'on qualifie de « critiques » sont généralement les :

- situations impliquant des proches : famille, collègues, amis...
- interventions auprès d'enfants en détresse ou décédés.
- contextes comportant un caractère violent : morts violentes, cadavres mutilés, morts engendrées par la main de l'homme (homicide, féminicide, infanticide, fraticide, ...) ou de responsabilité humaine (AVP, accident du travail, ...)
- événements exceptionnels (nombreuses victimes, attentats, accidents, catastrophes industrielles ou naturelles)
- situations où le secouriste a pu se sentir impuissant, voire en échec ou responsable (d'un accident, etc) ainsi que les situations où il a pu percevoir un danger pour son intégrité physique et/ou psychique (notamment dans les situations de violences physiques et/ou verbales à son encontre).

Il faut identifier au sein de l'équipe la présence potentielle de :

- manifestations émotionnelles intenses pendant ou dans les suites immédiates ;
- perte de capacité ou de réflexe ;
- réactions inhabituelles d'un ou plusieurs secouristes, non adaptées à la situation pendant l'intervention ;
- réactions physiques inattendues comme un malaise ;
- tension inhabituelle au sein de l'équipe, voire une gêne ou un malaise (isolement de certains, silence, regards fuyants ou au contraire agitation avec flot de paroles, trop plein d'excitation ou de colère, désarroi, voire abattement).

- **Réagir** :

Il est recommandé d'informer le chef d'équipe lorsqu'un ou plusieurs membres de l'équipe perçoivent ou présentent des manifestations inhabituelles. Cela permet d'ajuster la mission.

Après l'intervention, et notamment si elle est éprouvante ou avec une charge émotionnelle importante, il peut

être nécessaire de :

- Organiser un temps de répit dans un climat favorable permettant d'engager une communication entre tous les équipiers présents lors de l'intervention, après avoir assuré un confort de base (propreté, hydratation, ...)
 - Maintenir une vigilance sur les personnels « submergés » par leurs émotions ou présentant un trop plein d'excitation ou encore ayant tendance à s'isoler.
 - Participer à un débriefing technique de l'opération.
 - Suivre les recommandations spécifiques de l'autorité d'emploi
 - Recourir à des équipes spécialisées (psychologues, médecins, infirmiers formés spécifiquement...).
- Elles évalueront la situation y compris dans l'urgence et définiront elles-mêmes les modalités de leurs interventions en fonction de protocoles établis.

Le soutien psychologique : être évalué et soutenu

Chaque secouriste peut faire appel à une aide psychologique. Celle-ci relève à la fois de la prévention et du traitement immédiat ou différé, en fonction des signes de souffrance, apparaissant dans le cadre de l'activité (suite à une intervention ou généré par un effet cumulatif).

Un appui psychologique précoce et approprié permet une récupération sur les plans personnels et professionnels.

Une orientation vers une aide professionnelle spécialisée peut être nécessaire afin de bénéficier d'une prise en charge psychothérapeutique.



G. Évaluation de l'impact psychologique

Indications et justifications

Au même titre que les détresses vitales, l'évaluation de l'impact psychologique fait partie intégrante du bilan secouriste. Lorsque la victime manifeste des signes de détresse psychologique et que ces derniers ne sont pas pris en compte, cela risque de :

- parasiter ou complexifier le travail des secouristes (manifestations émotionnelles difficiles à contenir victime non coopérante, opposante ou agressive) ;
- impacter ses paramètres vitaux, ses ressentis (élévation du rythme cardiaque, augmentation de sa perception de la douleur, etc.) ;
- engendrer des répercussions psychologiques négatives à plus long terme (troubles liés à des traumatismes ou des facteurs de stress).

Réalisation

Les éléments révélant un potentiel impact psychologique nécessitent d'être recherchés et transmis au même titre que les paramètres vitaux.

Observer	Se questionner
La présentation • l'expression du visage et le regard qui traduisent l'état affectif et émotionnel dans lequel se trouve la personne (en cohérence avec ses propos ?) • le comportement et la gestuelle (attitude générale calme, agitée, coopérante, réticente ?) • la présence de blessures, marques visibles éventuelles, attitudes particulières pouvant révéler un état douloureux ou autre.	Qu'est-ce que m'évoquent ses mimiques et son regard ? • Comment se comporte-t-elle ? • « Y a-t-il des traces visibles de blessures, des marques, des attitudes particulières, évocatrices ... ?
L'état de conscience • la vigilance : sa capacité à réagir de façon appropriée aux événements, à prendre des décisions, par rapport à elle, aux autres et au monde extérieur (hypervigilante, hypovigilante, désorientée au niveau temporel et spatial ?) • la mémoire (troubles de la mémoire, amnésie) • le langage (discours accéléré ou ralenti, bégaiement, répétition, anomalies diverses, particularité de la voix...) • le jugement et le raisonnement	• Comment réagit-elle ? • Est-elle capable de se remémorer les faits, de retenir de nouvelles informations ? • Comment s'exprime-t-elle ? • Est-elle capable de penser, analyser, émettre un avis ?
L'expression • le contenu de son discours, ce dont elle se plaint • ce qu'elle nous dit de ses émotions, de son état d'esprit • sa façon de percevoir son environnement, les autres.	• Qu'est-ce qu'elle nous dit ? • De quoi se plaint-elle ? • Semble-t-elle consciente de sa situation ? Sa perception est-elle en cohérence avec la réalité ?

H. Stabiliser l'état psycho-physiologique d'une victime

Indications et justifications

Lors de l'action de secours, le niveau de stress et de détresse de la victime peut rester élevé et ainsi aggraver la blessure psychologique. Il s'agit de limiter les effets nocifs (physiologiques et psychologiques) de cette situation stressante, en procédant à une « stabilisation » de la victime.

Cette stabilisation consiste à focaliser positivement l'attention de la victime sur le secouriste **afin de réduire sa réaction de stress** et d'augmenter son sentiment de contrôle, au fur et à mesure des différentes étapes de sa prise en charge.

Ce protocole s'applique auprès de victimes conscientes et n'étant pas sous emprise d'alcool ou de produits stupéfiants.

Réalisation

Le secouriste qui sera auprès de la victime et qui l'accompagnera tout au long de l'action de secours s'appliquera dans les actions suivantes :

- Il demande à la victime de focaliser son attention sur lui, du début à la fin de l'intervention, en utilisant les différents canaux de communication :

- Le canal auditif, la voix :

- « Vous êtes prête ? Je vous propose de vous concentrer sur ma voix et les questions que je vais vous poser ».
- « Je continuerai à vous parler tout au long de l'intervention et à vous expliquer ce qui se passe ».

- Le canal kinesthésique, le toucher :

- « Est-ce que vous sentez mes mains lorsque je vous palpe ... ? »
- « Est-ce qu'il y a un endroit où vous ressentez plus de pression qu'un autre ? »
- « Quel est le doigt qui appuie le plus ? »
- « Bien, restez concentré sur ces sensations »
- « Sentez-vous le soutien que vous procure cette attelle ? »

- Le canal visuel, le regard :

- « Je vous propose de fixer un point devant vous ».
- « Vous pouvez garder les yeux ouverts ou fermés, c'est comme vous voulez ».
- « Si vous gardez les yeux ouverts, fixez un point de votre choix ».

Si des éléments visuels négatifs (blessure importante, sang ...) focalisent l'attention de la victime, les masquer à sa vue ou proposer de fermer les yeux en restant concentrée sur la voix du secouriste.

- Il détermine avec elle un code de communication : convenir d'un signe de la main, du pouce, clignement d'œil ... pour dire oui ou non (dans le cas de bruits importants, ou si la victime ne peut pas parler (traumatisme de la face ou autre, port du masque O², difficultés respiratoires...).

- « Si vous avez besoin de dire quelque chose, dites-le-moi ».

- « Pour communiquer, nous pouvons aussi établir un code entre nous, votre main peut me faire signe, un signe de la main ou du pouce peut me dire oui ou non, par exemple. »

- Il suggère un travail sur la respiration : le secouriste guide la respiration de la victime et favorise une focalisation sur ce processus tout au long de l'intervention. Se concentrer sur la respiration permet de modifier certaines réponses physiologiques (cf. « respiration contrôlée »).

- Il encourage la victime à défocaliser son attention de la situation actuelle: il s'agit d'augmenter la détente de la victime obtenue par les phases précédentes, en orientant son attention sur un sujet agréable pour elle (passion, loisirs, lieux, personnes). Explorer les détails et les sensations, proposer à la victime de se déplacer mentalement dans cette activité/ce lieu (par exemple durant la désincarcération, le transport au centre hospitalier ...) tout en surveillant sa conscience par le code de communication (cf. « défocalisation/visualisation »).
- Il apporte des explications et normalise les réactions du corps : le secouriste explique la normalité des mécanismes de stress et des réactions de la victime.

Il est important de maintenir la stabilisation à chaque phase de l'intervention, notamment lors du passage dans l'ambulance ou vers l'hôpital en préparant la fin de l'intervention des secours. Suggérer à la victime le maintien d'un certain contrôle, avec la capacité à réactiver ces sensations de calme et ainsi de mobiliser ses ressources dans les suites de sa prise en charge.

I. L'écoute active

Indications et justifications

L'écoute active est une technique de communication qui consiste à utiliser le questionnement et la reformulation afin de s'assurer que l'on a compris au mieux le message de son interlocuteur et de lui démontrer.

Pratiquer l'écoute active, c'est adopter une attitude ouverte et bienveillante en laissant l'autre s'exprimer sans jugement pour favoriser une alliance positive avec la personne.

Recontextualiser



Remettre dans le contexte et associer ce que dit la personne aux conditions de survenue. Il s'agit d'aider la personne à préciser la situation, en posant des questions ouvertes :

« J'ai mal » / « Pouvez-vous me dire où vous avez mal exactement ? »
 « C'est grave » / « Qu'est-ce qui vous fait dire que c'est grave ? »
 « J'ai peur » / « Quand, de quoi, de qui avez-vous peur ? »

Reformuler



S'assurer qu'on a bien compris ce que la personne a voulu dire, en lui demandant de clarifier le sens de certains éléments.

Relancer l'échange à partir des mots utilisés par la personne : « Je ne sens plus mon pied » / « Vous ne sentez plus votre pied ? » ou « Quand je respire, j'ai mal à la poitrine » / « A la poitrine ? »

Reprendre les propos de la personne en commençant par : « Si je comprends bien ... » / « En somme ... » / « Ce que vous me dites c'est ... » et en répétant ou en résumant ensuite ce qu'elle dit.

Renforcer



Demander si nécessaire des approfondissements afin d'avoir plus d'éléments sur le point de vue de l'autre : « Comment pourriez-vous faire ? Quelle solution pouvez-vous trouver ? »

Renforcer positivement une personne permet d'augmenter la probabilité que son comportement soit adapté et acceptable. C'est une intervention qui cherche à développer la participation active de la personne, à améliorer la collaboration.

Renforcer un fait, une action : « Super ! Vous voyez, vous réussissez à ... »
 Renforcer les qualités de la personne : « Vous avez de bonnes ressources pour ... »

Résumer



Confirmer à l'interlocuteur qu'il a bien été écouté et compris en synthétisant la situation. Ceci contribue à apaiser la relation et permet de mieux comprendre et de faire avancer la situation :
 « si j'ai bien compris... », « si je résume la situation ... »

Contraintes

Le secouriste veillera à **ne pas** : **Conseiller, proposer des solutions** : « Si j'étais à votre place... », « Vous devriez... ».

- **Juger négativement, critiquer** : « Vous avez tort... » « C'est ridicule de ... », « vous n'auriez pas dû... », « C'est n'importe quoi ».
- **Rationaliser, raisonner** : « Mais enfin, réfléchissez ! », « L'expérience prouve que... », « Vous savez que ce n'est pas possible ».
- **Menacer, faire du chantage** : « Je vous avertis... », « Si vous faites cela... ».
- **Culpabiliser, faire la morale** : « vous rouliez sans doute trop vite », « Pensez à votre entourage... », « Ça ne vaut pas le coup de se mettre dans cet état... », « c'est de votre faute, quelle idée de ... », « vous auriez pu être plus vigilant ... ».
- **Rabaisser, ridiculiser** : « Un enfant de 10 ans le ferait... », « Vous ne comprenez pas ce que je vous dis », « Ne faites pas le douillet ».
- **Pratiquer une pseudo-analyse** : « Vous dites cela parce que vous manquez de confiance en vous... », « Votre crise d'angoisse, ça doit venir de votre enfance ».
- **Consoler, minimiser** : « Vous exagérez le problème », « Ne vous en faites pas, ça va passer... », « Une de perdue dix de retrouvées », « Ce n'est pas grave », « Ce n'est que du matériel », « Vous avez de la chance », « Estimez-vous heureux, vous auriez pu... ».
- **Parler de soi** : « Moi, ça m'est aussi arrivé... », « C'est comme l'année dernière, j'étais... ».
- **Faire des comparaisons** : « Regardez untel, il le fait bien, lui ! », « Non, mais il y a pire que vous ».

J. La respiration contrôlée

Indications et justifications

La respiration contribue à l'équilibre physiologique et psychologique. La fonction respiratoire est la seule fonction qui soit à la fois volontaire et involontaire. Outre le fait que la respiration nous soit indispensable pour vivre, de par son possible contrôle volontaire, elle permet de réguler nos états internes via son action sur le système nerveux autonome : branche orthosympathique (l'accélérateur), branche parasympathique (le frein).

Par l'effet conjugué d'une meilleure oxygénation sanguine et de réflexes neurovégétatifs, en contrôlant notre manière de respirer, nous pouvons agir sur notre niveau de vigilance. En prolongeant le temps d'expiration (3 temps d'expiration minimum pour 1 temps d'inspiration), cela favorise la détente ; et lorsque le temps d'inspiration est augmenté, suivi d'une expiration brève (3 temps sur l'inspiration pour 1 temps d'expiration), c'est un effet dynamisant qui est induit.

Lors d'une action de secours à personne, et donc en situation de stress, la respiration chez la victime est souvent perturbée : respiration rapide, superficielle, voire « souffle coupé ». L'objectif du contrôle respiratoire, dans ce contexte, sera donc d'induire une respiration relaxante pour se détendre et se calmer. Cette technique est également applicable par le secouriste, pour lui-même, dans la régulation de son niveau de stress.

Deux types de respiration peuvent être employés :

- **la respiration complète** : qui consiste à mobiliser (successivement ou simultanément) les trois étages respiratoires : abdominal, thoracique et scapulaire (ventre, thorax, épaules)
« Vous inspirez, le ventre se gonfle, le thorax se dilate et les épaules se soulèvent »
« Vous expirez, les épaules s'abaissent, votre thorax se vide et votre ventre rentre »
- **la respiration abdominale** : il s'agit de gonfler le ventre pour inspirer et de le rentrer pour expirer, sans mobiliser le thorax ni les épaules.
« Placez une main sur votre ventre »
« Inspirer lentement et profondément par le nez en gonflant votre ventre »
« Expirez profondément par la bouche en rentrant le ventre »

Pour se relaxer, de manière consciente et volontaire :

- Il faudra donc insister sur l'expiration qui sera lente, ample et profonde afin d'activer le système parasympathique (relâchement musculaire, baisse de la tension artérielle, ralentissement des pulsations du cœur ...) et bloquer les effets anxiogènes du système sympathique (décharge d'adrénaline, accélération du rythme cardiaque, hausse de la tension musculaire). Le temps d'expiration peut être 3, 4 ou 5 fois supérieur au temps d'inspiration.
- Il faut être attentif à ce que les volumes inspiratoires et expiratoires soient identiques, car une expiration forcée entraîne une inspiration profonde (dynamisante et donc effet inverse de celui recherché) par un mécanisme réflexe. En cas de difficulté, demander à la personne de se concentrer uniquement sur l'expiration, l'inspiration se faisant ensuite automatiquement.
- L'association d'images relatives à la détente permet d'accentuer l'effet relaxant (ex : une mer calme, une musique douce, se dire des mots « relax », « calme » ...)

Indications et justifications

En pratique : sur 3 à 5 minutes

Respiration complète

- « Inspirez avec les 3 étages, en 2 temps »
- « Expirez lentement et profondément, sur 6 temps »
- « Vous pouvez approfondir votre état de détente en laissant venir des images signifiant pour vous calme et détente »
- « Quand c'est le moment, vous laissez venir l'inspiration, puis vous recommencez cet exercice plusieurs fois en prenant conscience de votre calme et de votre détente de plus en plus profonds »
- « C'est très bien »
- « Puis, vous reprenez votre rythme respiratoire habituel »

Respiration abdominale

- « Placez une main sur votre ventre ».
- « Inspirer lentement et profondément par le nez en gonflant votre ventre, sur 3 temps »
- Expirez profondément par la bouche en rentrant le ventre, sur 6 temps ».
- « Répétez l'exercice, en prenant des inspirations et des expirations amples et profondes. Respirez en gonflant votre ventre comme un ballon et en essayant que votre poitrine bouge le moins possible... »
- Inspirez calmement... Expirez tranquillement... »
- « Tout en gonflant puis en rentrant votre ventre, vous laissez venir à l'inspiration et à l'expiration des images de calme et de détente... des objets, couleurs..., musiques... sensations, ... pensées... »
- Vous prenez conscience des sensations induites par cette respiration abdominale lente.

Respiration abdominale, autre exemple

- « Après avoir inspiré 3 temps, reprenez l'air dans vos poumons (maximum 3 temps) »
- « Expirez sans faire d'effort, un peu comme un ballon qui se dégonfle sur 6 temps ».
- Continuez à faire cet exercice, à votre rythme. Le ventre se gonfle lentement et amplement puis vous le rentrez progressivement... La respiration suit le mouvement... C'est très bien... »
- Risques et contraintes
- La pathologie de la victime peut contre-indiquer :
- la mise en œuvre d'une respiration contrôlée
- une technique de respiration contrôlée (complète ou abdominale)

Risques et contraintes

La pathologie de la victime peut contre-indiquer :

- la mise en œuvre d'une respiration contrôlée
- une technique de respiration contrôlée (complète ou abdominale)

K. La focalisation/défocalisation attentionnelle

Indications et justifications

Les techniques de focalisation et de défocalisation de l'attention sont d'excellents outils de régulation du stress. Plus une victime est en mesure de dégager son attention des facteurs de pression liés à un événement critique ou à l'intervention, plus elle réduit sa vulnérabilité émotionnelle. En outre, cette modification de l'attention entraîne progressivement toute une série d'autres conséquences cliniquement significatives. Le secouriste pourra donc travailler à orienter l'attention de la victime sur des éléments qui favoriseront le bon déroulement de l'intervention et un état psychologique de la victime stabilisé.

Réalisation

Focalisation attentionnelle

- Cette technique est déjà naturellement utilisée, au travers de certaines questions posées dans le cadre du bilan secouriste, telles que : la date de naissance, les coordonnées, les antécédents et traitements, demander de chercher les papiers ... Ces questions qui sont posées à la victime constituent des tâches attentionnelles distractives.
- Ces dernières peuvent être renforcées au travers d'une implication directe de la victime dans certaines actions du bilan comme :
 - « Mettez une main sur votre ventre et comptez combien de fois votre ventre se soulève sur 30 secondes »
 - « Je vous demande de maintenir ... ce pansement, cette poche de froid ... »
 - « Vous allez surveiller, à l'aide de cet appareil, votre fréquence cardiaque et me signaler lorsque cette dernière passera en dessous de 100 »
- D'autres tâches attentionnelles permettent également de stabiliser la victime, en l'incitant par exemple à parler d'un sujet extérieur à l'intervention, comme par exemple l'interroger sur son activité professionnelle, ses loisirs, ses dernières vacances ...
- Plus spécifiquement, des tâches d'ancrage peuvent être réalisées. Au préalable de la mise en œuvre, quand les tâches ne sont plus en lien avec le bilan, il est essentiel de préciser que ces exercices visent à la stabilisation émotionnelle.

Ces différentes tâches sont à adapter en fonction de la capacité de la personne et du contexte, certaines tâches nécessitant plus de ressources cognitives que d'autres.

Exemples de tâches d'implication physique (selon les capacités de la victime) :

- « Serrez les poings durant 5 secondes et relâchez, puis recommencez »
- « Contractez le bras droit, puis le bras gauche, alternativement »
- « Contractez une fois la main gauche et 2 fois la main droite ; 3 fois la gauche et 4 fois la droite ; 5 fois la gauche et 6 fois la droite ... montez jusqu'à 10, puis redescendez en alternance ».
- « Concentrez-vous sur votre respiration, vous pouvez sentir l'air sur votre lèvre supérieure, l'air dans les narines, ressentir la fraîcheur qui monte dans les sinus, ressentir la chaleur à l'expiration, suivre le mouvement du souffle dans votre ventre ... »

Exemples de tâches d'implication mentale (selon les capacités de la victime) :

- Formuler une phrase qui enracine dans le présent, la dire et faire répéter à la victime à chaque fois qu'elle sent son niveau de stress augmenter : « Nous sommes (date) le 2020, je suis avec un secouriste, je suis en sécurité »
- Aider la victime à reprendre conscience du lieu où elle se situe. : « Nommer (préciser un nombre : 5, 10, 15 ou 20) objets que vous voyez ? »
- « Comptez à rebours depuis 100 en soustrayant 3 ou 7 »
- « Nommer le nom d'un pays pour chaque lettre de l'alphabet »
- Nommer 5 objets d'une même couleur dans votre environnement

Défocalisation attentionnelle ou visualisation

La visualisation est une technique qui consiste très simplement à se concentrer sur des images, des lieux ou des événements et à percevoir l'émotion et les sensations qui les accompagnent.

Certaines personnes sont plus enclines à la rêverie et à l'imagination que d'autres, mais la visualisation est accessible à tous. On peut utiliser des représentations conformes à la réalité et se représenter l'enchaînement des différentes étapes d'une scène. Pour cela, il s'agit de visualiser le lieu dans ses détails, les objets, les gestes, de façon précise. On peut aussi utiliser la visualisation créatrice, abstraite.

Cela consiste donc à imaginer un objet ou une situation ou encore une émotion qui déclencheraient les mêmes effets physiologiques que le ferait la réalité et ainsi d'engendrer des changements dans notre comportement ou notre métabolisme. Visualiser une situation apaisante nous aide à nous détendre.

Exemples :

Il s'agit de proposer à la victime d'imaginer un lieu-dit de sécurité qui sera choisi par la victime et d'utiliser ses sens pour explorer cet endroit.

« Vous pouvez par exemple vous imaginer sur une barque au milieu d'un lac calme, sur une plage au soleil ou faire venir à votre esprit le souvenir d'un moment heureux de votre vie que vous prenez le temps de revivre. Prenez le temps d'observer votre image : ses couleurs, ses sons, ses odeurs ...
(portez attention aux différents sens : vue, ouïe, odorat ...). Imprégnez-vous de calme, de sensations de bien-être ».

« Imaginez que vous vous déplacez vers un endroit que vous connaissez bien et qui vous apporte détente, calme, sécurité... Prenez le temps qu'il faut pour aller dans cet endroit...

Indiquez-moi (en donnant le signal « OUI ») quand vous y êtes.

Imaginez cet endroit, les objets que vous y voyez..., les images..., les sons typiques, la température ..., les odeurs ..., toutes les sensations qui vous rassurent ..., qui vous indiquent que vous êtes bien en sécurité...

Vous restez là... dans cet endroit agréable, confortable pendant que notre équipe travaille pour vous faire sortir »

1.3. L'engagement des moyens du SDIS dans le domaine du secours à personnes

A. Les départs réflexes

Les SDIS concourent, avec les autres services et professionnels concernés, à la protection et à la lutte contre les accidents, sinistres et catastrophes, à l'évaluation et à la prévention des risques technologiques ou naturels ainsi qu'aux secours d'urgence.

L'engagement des moyens du SDIS dans le domaine du secours à personnes doit obligatoirement faire l'objet d'une régulation médicale du CRRA 15.

La convention bipartite SAMU/SDIS du 8 mars 2018, permet sous conditions des DEPARTS REFLEXES. L'engagement des moyens du SDIS pourra avoir lieu avant la régulation médicale.

Engagement immédiat des moyens avant la régulation médicale du CRRA 15 :

- **Prompt secours c'est-à-dire situation d'urgence vitale identifiée ou suspectée à l'appel quelle que soit la localisation (domicile ou non) :**

- Arrêt cardio-respiratoire (patient inconscient sans mouvement ventilatoire ou gasps).
- Détresse respiratoire.
- Suspicion d'accident vasculaire cérébral (voir chapitre 6)
- Altération de la conscience.
- Hémorragie grave extériorisée ou externe.
- Section complète de membres, de doigts.
- Brûlure grave.
- Accouchement imminent ou en cours.
- Ecrasement de membre ou du tronc, ensevelissement.

- **Les circonstances particulières de l'urgence quelle que soit la localisation (domicile ou non) :**

- Noyade.
- Pendaison.
- Electrisation, foudroiement.
- Personne restant à terre suite à une chute.
- Rixe ou accident avec plaie par arme à feu ou arme blanche.
- Accident de circulation avec victime.
- Incendie ou explosion avec victime.
- Intoxication collective.
- Toute circonstance mettant en jeu de nombreuses victimes.
- Tentative de suicide avec risque imminent.

- **Secours à personnes sur la voie publique ou dans les lieux publics :**

Engagement des moyens du SDIS quelle que soit la gravité pour les opérations se situant sur la voie publique, les lieux publics et les établissements recevant du public.

Lorsque l'urgence vitale n'est pas identifiée mais suspectée par l'opérateur qui reçoit l'appel, un départ réflexe est justifié : le doute profite à la victime.

B. Engagement des moyens SAP du SDIS suite à une régulation médicale

La régulation médicale est un acte médical pratiqué au téléphone qui repose, chaque fois que cela est possible, sur un entretien entre le médecin régulateur du CRRA 15 et le requérant ou une personne de l'environnement de la victime. Elle a pour but de déterminer et de déclencher la réponse la mieux adaptée à l'état du patient, puis, si nécessaire, d'orienter le patient directement vers une unité d'hospitalisation appropriée.

La régulation médicale est obligatoire. Elle pourra avoir lieu après le départ réflexe des moyens du SDIS.

Ainsi certains appels reçus par le CTA ne nécessitent pas l'engagement des moyens du SDIS avant la régulation médicale du CRRA 15 :

- Les appels concernant la permanence des soins (médecin de garde...).
- Les demandes de transports sanitaires privés.
- Les demandes de renseignements ou de conseils médicaux.
- Toutes demandes ne nécessitant pas un **départ réflexe**.

Le CRRA 15 dispense également **des conseils médicaux téléphoniques**. C'est un avis médical donné lors d'un entretien entre l'appelant et le médecin régulateur du CRRA 15. Les sapeurs-pompiers n'interviennent pas dans le cadre de cette activité. Ce conseil ne peut se substituer à une consultation médicale si celle-ci s'avère nécessaire. Il concerne par contre également les instructions données à l'entourage de la personne en détresse ou de la victime, avant l'arrivée des secours.

1.4. Rôle du CTA / CODIS

A. Appels reçus par le CTA/CODIS

Tout appel reçu par le CTA / CODIS dans le domaine du secours à personnes devra :

- faire l'objet d'un engagement immédiat des moyens du SDIS dans le cadre des départs réflexes avant régulation médicale.
- faire l'objet d'un transfert au CRRA 15 dans le cas contraire.

Notion de conférence à trois :

- le requérant et les différents acteurs sont informés du début et de la fin de la conversation à trois.
- respect du secret médical et professionnel.
- l'opérateur doit signaler sa présence au médecin régulateur et se retire de la conversation à la demande de ce dernier.

B. Engagement opérationnel des infirmiers ou des médecins sapeurs-pompiers

Tout engagement d'un officier du SSSM par le CTA / CODIS est immédiatement notifié au CRRA 15.

Le CRRA 15 peut solliciter le CTA / CODIS pour l'engagement d'un officier du SSSM.



C. Les renforts brancardage à la demande du CRRA 15

Le brancardage est simple : ce n'est pas une mission générique du SDIS. En conséquence, il s'agit d'une carence.

Le brancardage est technique et nécessite des moyens spécifiques (GRIMP, EPA...) :

l'intervention devient alors une opération de sauvetage qui est du domaine du SDIS.

D. Participation des agents de l'unité de secours psychologiques par carence ou en complément de la CUMP

Le SDIS 42 dispose d'une unité de secours psychologiques (USP) dont les missions sont détaillées dans l'ITOP 018.

L'USP pourra être engagée sur demande du CRRA 15, en cas de carence ou en complément de la Cellule d'Urgence Médico-psychologique (CUMP). Cette prestation est considérée comme une carence.

E. Rôle de l'officier santé CODIS

L'officier santé CODIS apporte son expertise auprès du chef de salle CODIS qui autorise le déclenchement des moyens SSSM sapeurs-pompiers.

Il assure le suivi opérationnel des interventions de secours à personnes.

Ses missions liées au CTA et au CODIS sont détaillées dans l'ITOP 009 « Missions de la garde départementale ».

1.5. Rôle du CDA VSAV

Le chef d'agrès a un rôle essentiel dans l'accomplissement de la mission SAP et notamment dans sa capacité à :

- Maintenir la capacité opérationnelle du VSAV.
- Faire respecter la MGO SUAP.
- Respecter les droits de l'usager.
- Connaître les procédures du SDIS 42 dans le domaine du SUAP.
- Rédiger dès le retour d'intervention le CRSS.

A. Droit de l'usager

Obligation d'information

La personne prise en charge doit recevoir une information claire, loyale et appropriée sur son état de santé et les soins qui doivent lui être apportés. Cette obligation d'information incombe à tout fonctionnaire.

En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement d'apporter la preuve que l'information a été délivrée; preuve pouvant être apportée par tout moyen :

- Fiche bilan secouriste.
- Fiche d'intervention SSSM, lorsqu'un membre du SSSM est présent.
- Enregistrement sonore (par voie téléphonique et/ou radio).
- Exemple du refus de prise en charge archivé.

Cette obligation cesse lorsque la victime est dans l'incapacité d'exprimer sa volonté (coma, inconscience, tutelle, curatelle, mineur, etc).

Choix du lieu de prise en charge

- 1/ Permettre à la victime d'exprimer son choix.
- 2/ L'informer que sa demande va être faite auprès du médecin régulateur qui prendra une décision, en fonction :
 - de son état clinique.
 - de la nécessité d'un plateau technique spécifique (brûlés, chirurgie de la main, etc).
 - des possibilités d'accueil de l'établissement souhaité.

B. La marche générale des opérations SUAP

Le chef d'agrès doit s'adapter aux diverses situations opérationnelles rencontrées.

Cependant il doit respecter des grands principes qui lui permettront de réaliser la mission avec efficacité et en toute sécurité :

- 1- A l'arrivée sur les lieux, fait prendre les EPI et le matériel nécessaire aux équipiers.
- 2- Réalise le bilan circonstanciel.
- 3- Réalise le bilan primaire.
- 4- Fait réaliser le bilan secondaire.
- 5- Remplit la fiche bilan.
- 6- Effectue la régulation au CRRA 15.
- 7- Renseigne le CODIS en respectant le message prévu (lieu, sexe, âge, principale détresse, circonstance, destination, médicalisation ou non)
- 8- Fait respecter les procédures durant le transport.

Bilan
SP

Remarque : Le chef d'agrès fait réaliser les gestes d'urgence dès qu'ils sont nécessaires. De même la demande de renfort médicalisé au CRRA 15 ou SP au CODIS est réalisée dès que la situation l'exige sans tenir compte de l'ordre de la MGO.

C. Le bilan sapeur-pompier

Le bilan SP a deux objectifs :

- Déterminer l'état de la victime et en déduire la conduite à tenir immédiate.
- Transmettre au CTA / CODIS et au CRRA 15 les données du bilan initial complétées du rapport des gestes entrepris et de leurs résultats.

Ce bilan est transmis pour toute intervention dès que possible par le chef d'agrès, par radio sur la fréquence SSU ou par téléphone **mais en passant obligatoirement par le CTA / CODIS** qui assurera la conférence à 3 avec le CRRA 15.

Il permettra à ce dernier de définir la prise en charge du patient et son éventuelle hospitalisation.

Si un officier du SSSM est présent sur les lieux, il passera un bilan complémentaire permettant notamment de préciser les actions menées à son niveau et de prendre en compte les recommandations du médecin régulateur. **Ce bilan sera passé**

par radio sur la fréquence SSU, à défaut par téléphone mais en passant obligatoirement par le CTA / CODIS. Il informera son CDA des conclusions de cet échange.

Le bilan comporte :

- Le motif de l'appel, les plaintes de la victime et les circonstances de l'intervention, en particulier la cinétique de l'évènement et l'état des véhicules en cas d'AVP.
- Les éléments physiologiques recueillis par les sapeurs-pompiers.
- La description et l'évaluation de l'intensité de la douleur.
- Les lésions traumatiques éventuelles.
- Le cas échéant, les antécédents et le traitement en cours.
- Les gestes entrepris.
- La demande de renfort si nécessaire.
- Le choix du lieu d'hospitalisation, si précisé par les proches ou par la victime lorsque son état le permet.

Le chef d'agrès VSAV transmet le bilan au CRRA 15

D. Demande de renfort médical en situation d'urgence absolue

La demande sera transmise sur le réseau radio (SSU).

La demande de moyens sera faite avant de passer un bilan de situation complet et circonstancié si tous les membres de l'équipe sont occupés (équivalent d'une demande de renfort incendie avant arrivée sur les lieux).

Le bilan sera transmis dans un deuxième temps, dès que possible.

E. La fiche bilan

Le bilan fait l'objet d'un document appelé « fiche bilan » qui est remis à la structure d'accueil de la victime. Ce document peut être de deux formes :

- Document papier issu du carnet « fiche bilan » à disposition dans chaque VSAV.
- Document informatique dématérialisé avec la mise en place des tablettes graphiques.

Un double de cette fiche est conservé au sein du CIS conformément à la note de service sur les conditions d'archivage des fiches bilan. Elle comporte à minima les éléments suivants :

- Conditions dans lesquelles la victime a été trouvée et circonstances de l'accident ou de la détresse.
- Identité de la victime et horaires d'intervention.
- Description de l'état de la victime à l'arrivée des secours.
- Signes vitaux initiaux et leurs évolutions au cours de l'intervention.
- Conditionnement de la victime.
- Lieu de transport ou structure ayant pris en charge la victime.

Tous éléments nécessaires aux soins ultérieurs, en particulier les renseignements obtenus de l'entourage ainsi que les traitements et antécédents de la victime.

Elle est actualisée en cas d'évènement nouveau au cours de l'intervention.

Elle est obligatoirement remplie et signée par le chef d'agrès après chaque intervention en présence d'une victime que cette dernière est été transportée ou non.

F. Devenir de la victime

Après réception du bilan secouriste, le médecin régulateur définit les modalités de la prise en charge.

Plusieurs situations peuvent se présenter :

- **Les moyens du VSAV sont suffisants et permettent l'évacuation de la victime :**

La régulation, après bilan et souhait de la victime, indique au VSAV sa destination. Un lieu d'évacuation très éloigné et nécessitant un temps de transport prolongé doit être médicalement justifié et validé par le CODIS.

- **La victime ne bénéficie pas de manœuvres de réanimation :**

La victime est décédée de manière certaine avant l'arrivée des secours, l'équipe secouriste n'entreprend aucune manœuvre de réanimation (décapitation, éclatement boîte crânienne, raideur cadavérique, décomposition des tissus).

Le patient vient de décéder et des manœuvres de réanimation sont engagées. Une intervention médicale sur place est alors indispensable pour déterminer la conduite ultérieure à tenir, sauf décision contraire justifiée du médecin régulateur.

Le patient est dans un état de fin de vie connu et aucune manœuvre de réanimation n'est engagée. 2 situations sont alors possibles :

- Le patient ou son entourage a formulé une demande expresse de maintien au domicile. Le chef d'agrès informe le médecin régulateur qui décide de la

conduite à tenir.

- Le patient ou son entourage exprime une demande d'hospitalisation. Le chef d'agrès informe le médecin régulateur qui décide de la conduite à tenir.

G. Le relevage des personnes à domicile ou lieu privé

Le SDIS engage les moyens adéquats.

Le chef d'agrès passe son bilan au CRRA 15, via le

CODIS.

Le médecin régulateur décide du devenir du patient, qui peut aller du maintien au domicile à l'hospitalisation d'urgence.

Si l'intervention est récurrente chez une même personne, le chef d'agrès en informe sa hiérarchie.

1.6. Situations particulières

1.6.Situations particulières

[Consulter l'ITOP 13](#)