

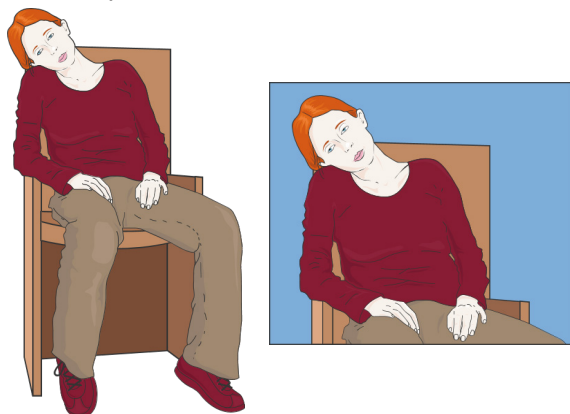
» SUAP-CT-11

Comportements inhabituels et souffrances psychiques

11.1. Souffrances psychiques, stress et comportements inhabituels

Ce chapitre vise à présenter des notions de base en psychologie afin de mieux comprendre les troubles psychiques sous-jacents à certaines conduites rencontrées chez les victimes (agitation, panique, réactions de stress aigu...). Il propose également **des conduites à tenir qui peuvent guider le sapeur-pompier tout au long de ses interventions** et qui doivent être prises comme des principes d'action plutôt que comme une succession de tâches systématiques.

Il l'informe aussi sur les risques psychologiques auxquels il peut être exposé dans l'exercice de sa profession. En cela, ce chapitre est en lui-même un outil de prévention.



A. La souffrance psychique

La souffrance psychique est une douleur morale, ne se rapportant pas à un organe du corps : une sensation de malaise intense pouvant survenir après un événement déplaisant et inhabituel. Elle peut aussi être le fait d'une maladie, d'un traumatisme, d'une prise de toxique, d'un stress important ou encore d'un trouble psychiatrique... **Elle se manifeste**

parfois par des comportements inhabituels. La victime ne peut pas toujours l'exprimer et n'en a pas nécessairement une pleine conscience.

Les situations « de crise » s'accompagnent d'une souffrance psychique aiguë. La perception que l'on en a est en partie subjective. Elle est liée à l'état des victimes et à la personnalité des intervenants qui l'appréhendent. Si la victime reste sous l'emprise des émotions, le sapeur pompier se doit, quant à lui, d'être objectif et rationnel pour la mettre en sécurité.

Par conséquent, des principes d'action de secours seront définis afin que le sapeur-pompier puisse orienter et adapter sa conduite à chaque situation ou aux victimes rencontrées.

B. Le sapeur-pompier et la victime

Généralités

Le choix du métier de sapeur-pompier est un engagement civique, physique et psychologique. Il est le premier intervenant auprès de victimes touchées dans leur corps mais aussi dans leur âme.

Le sapeur-pompier doit faire preuve d'une qualité humaine essentielle : l'empathie.

L'empathie consiste à discerner et percevoir la souffrance d'autrui, pour mieux répondre à ses besoins. Il ne s'agit certainement pas de se mettre à la place de la victime en se laissant gagner par la contagion émotionnelle des drames rencontrés. Le sapeur-pompier doit faire attention à ne pas confondre la réalité de la victime avec sa propre réalité, avec sa propre vie ou celle de ses proches. Il doit trouver la « bonne distance » (ni trop proche, ni trop détaché) pour être capable d'évaluer sa propre action.

Conduite à tenir

Face à cette situation, le sapeur-pompier, souvent premier intervenant sur les lieux, doit adopter une conduite à tenir visant à :

- **Prendre le temps** : Même s'il faut traiter en priorité l'urgence vitale, il faut cependant prendre du temps pour assurer un soutien psychologique. La prise en charge d'une victime qui présente un comportement anormal fait partie des compétences du sapeur-pompier.
- **Agir en équipe** : Dans une équipe, la diversité est une richesse qui permet d'assurer la complémentarité

des actions. Les qualités nécessaires à l'écoute et au dialogue avec la victime sont réunies dans l'équipe en additionnant les qualités de chacun. D'où l'intérêt d'une bonne relation entre chacun des membres et une bonne connaissance des personnalités. Au cours des différentes interventions, il est souhaitable que ce ne soit pas toujours le même équipier secouriste qui tienne le même rôle et si possible d'avoir des équipes mixtes afin de faciliter la communication.

- **Ecouter ce que dit la victime** : Le plus important dans ces situations, est de permettre à la victime de s'exprimer et d'assurer une écoute attentive de ses dires. Il faut éviter de poser plusieurs fois la même question à la victime. Il est donc préférable qu'il y ait un seul interlocuteur dans l'équipe de secours. Si l'interlocuteur change, veillez à la transmission des informations.
- **Percevoir son point de vue** :
Il ne s'agit pas de se mettre à la place de la victime, ni de chercher à éprouver ce qu'elle ressent, mais seulement de tenter de percevoir son point de vue. Le soin y gagnera en efficacité et le pronostic sera meilleur.
- **Adopter une attitude adaptée** : la communication non verbale correspond à 90% du message souhaité, nous devons être vigilant sur nos attitudes et nos ressentis (exemple : un SP énervé est trahi par son comportement).
- **La mise en œuvre d'attitudes simples**, qualifiée de soutien psychologique, vont permettre au sapeur-pompier secouriste de prévenir et de soulager ces souffrances « je suis, je questionne » « j'informe, je rassure » « je fais ».
- **Se présenter** et indiquer à la victime que vous êtes **là pour l'aider** « je suis, je questionne ».
- **Expliquer ce qui se passe** « j'informe, je rassure ».
- Adopter une attitude professionnelle **inspirer le calme** « je fais ».
- **La posture physique** : Etre debout, assis ou accroupi change la distance de dialogue. Soyez à sa hauteur. (Éviter les soupirs, les mains dans les poches, la désinvolture, la posture ou attitude supérieure...)
- **La voix** : Parler distinctement sur un ton calme peut rassurer et apaiser ; un ton ferme peut aider à fixer les limites d'une crise.
- **Le respect** : Il passe très souvent par le vouvoiement et l'usage de la politesse, y compris pour une personne agressive ou désocialisée. Il est important de respecter autant que possible l'intimité de la victime : l'isoler physiquement des regards, éloigner les témoins et l'entourage, ne laisser que le nombre d'intervenants nécessaires pour effectuer les soins.
- **Le contact physique** : Toucher ou déshabiller une victime sont des actes techniquement nécessaires. Mais, ils ne sont pas toujours neutres sur le plan émotionnel ou religieux. Ainsi, lorsque la victime doit être manipulée, que ses vêtements doivent être découpés, il est absolument indispensable de lui annoncer préalablement ce qu'on va faire. **L'attitude d'écoute** : L'écoute permet de reconnaître la victime dans sa singularité en évitant de lui donner l'impression qu'elle est un simple objet.
- **La fin de l'intervention** : Le sapeur-pompier préparera la fin de l'intervention en expliquant que son rôle prend fin et qu'il sera relayé pour la suite : milieu hospitalier, médecin, téléphonie sociale...
- **Contacter la coordination médicale.**

C. Le stress

Le stress est une réaction normale d'adaptation physiologique et psychologique, développée en réponse à un événement inhabituel (une agression, une menace, une situation imprévue...). Cette notion comprend les réactions **cognitives** (pensées, vigilance, raisonnement) et **émotionnelles** (peur, tristesse, colère) d'un individu soumis à une situation à laquelle il doit faire face. D'une façon générale, un certain niveau de stress facilite l'adaptation à l'urgence. **Il est une réaction utile d'alarme et de défense** qui peut avoir des effets positifs sur

l'individu tels que :

- une élévation du niveau de vigilance et une focalisation de l'attention sur le danger.
- une clarification de l'esprit, une augmentation des capacités d'évaluation et de raisonnement.
- un désir impérieux d'agir (qu'il s'agisse de conduite de fuite ou de défense).
- un sentiment de confiance en soi, un contrôle sur ses émotions.

Lorsque l'exposition à une situation stressante est prolongée ou répétée à de trop brefs intervalles de temps, **la réaction de stress peut s'accompagner d'un cortège de signes gênants** tels que sueurs,

oppression thoracique, tachycardie, spasmes digestifs, tremblements, lenteur ou maladroitness... Les signes du stress et ses répercussions peuvent être différents d'un individu à l'autre. **Le stress est très coûteux en énergie.** Il est suivi d'une sensation d'épuisement physique et psychique, d'un sentiment de soulagement **et nécessite un temps de récupération plus ou moins long** avant la reprise d'activité.

Les grands signes de manifestation du stress :

• **Au niveau émotionnel**

- Inquiétude.
- Peur, sentiment d'insécurité.
- Anxiété diffuse, voire angoisse (mal être généralisé).
- Manque de confiance en soi.
- Sentiment d'impuissance.
- Surestime de Soi et de ses capacités.
- Agacement, irritation, voire colère.
- Sentiment de panique.
- Sidération, blocage émotionnel.

• **Au niveau comportemental**

- Agitation motrice avec mouvements non coordonnés.
- Répétition mécanique de gestes inutiles.
- Agressivité verbale et/ou gestuelle.
- Ralentissement psychomoteur (lenteur des gestes).
- Mouvement de recul, voire repli sur Soi.
- Inhibition (absence de réaction motrice).

• **Au niveau physique et psychologique**

- Augmentation du rythme cardiaque, palpitations.
- Rougeur ou pâleur, Transpiration.
- Chair de poule, Nœud à l'estomac, boule d'angoisse, Tremblements, Tension musculaire.
- Respiration difficile.
- Envie impérieuse d'uriner, voire perte de contrôle des sphincters.

On peut rencontrer chez les victimes, face à une situation inhabituelle, trois formes distinctes de réactions de stress :

- **le stress adaptatif** ou adapté qui permet de réagir avec rapidité et efficacité face au danger. Il permet à la victime de gérer ses réactions émotionnelles et physiologiques et de maintenir, dans l'urgence, sa capacité à prendre les bonnes décisions. Il peut également s'accompagner de sentiments d'appréhension, de peur ou de colère.

- **le stress différé** qui se manifeste quelques heures ou plus à distance de l'événement causal, par des crises de larmes, un abattement, une dépression brève, une irritabilité passagère... Il s'agit ici pour la victime d'une décharge visant à libérer les tensions émotionnelles accumulées pendant l'événement ;

- **le stress dépassé** qui se produit dans certaines circonstances extrêmes (choc émotionnel, danger paralysant...). Les capacités d'adaptation à des situations critiques sont alors dépassées et inopérantes. Cette réaction est le signe que la victime est en détresse psychologique aiguë immédiate. Dans cette situation, la personne n'est pas consciente de son état et peut donner à voir différents comportements inhabituels qui sont :

- **la sidération** : la personne est dans un état de stupeur, saisie, paralysée dans ses capacités d'action et dans sa volonté (elle est dans une sorte d'état second). Son état de sidération est autant physique (corps figé), que psychique (elle ne peut plus penser). Elle présente un regard vide et une expression d'incompréhension totale.

- **l'agitation désordonnée** : la personne est dans un état d'excitation, de gesticulation non coordonnée, avec une incapacité à prendre une décision. La relation aux autres est aussi altérée (elle ne les reconnaît pas toujours et ne les écoute pas).

- **la fuite panique** : la personne réagit par une fuite éperdue. Ses capacités de jugement et de raisonnement sont inhibées. Elle peut se mettre en danger ainsi que l'entourage.

- **les actions automatiques** : la personne semble avoir un comportement normal mais présente des gestes mécaniques, répétitifs, parfois inutiles, sur lesquels elle focalise toute son énergie. Cela l'empêche de faire une évaluation plus globale de la situation.

Ces 4 types de comportements doivent être identifiés, en vue d'adresser rapidement la personne à une structure de soins médico-psychologiques.

Il est important pour tout sapeur-pompier de **(re) connaître les signes du stress** (adaptatif, différé ou dépassé) **et ses répercussions, autant chez les victimes que chez les personnes impliquées.**

D. Les comportements inhabituels

Attention, avant d'attribuer un comportement inhabituel à un trouble psychique, il est important de vérifier si l'origine n'est pas somatique (maladie / traumatisme).

Les causes

Les comportements inhabituels trouvent leur origine dans :

- **les maladies :**

- hypoglycémie du diabétique pouvant aller jusqu'aux troubles de la conscience voire au coma.
- hypoxie.
- hypo ou hyperthermie.
- déshydratation (nourrisson, personnes âgées...).
- tumeur cérébrale, accident vasculaire cérébral.

- **les traumatismes et leurs conséquences :**

- traumatismes crâniens.
- hémorragies graves.
- douleurs intenses générées par le traumatisme...

- **les prises de toxiques ou de médicaments** (volontaires ou involontaires) :

- l'alcool (intoxication aiguë ou sevrage) ;
Les victimes qui consomment de l'alcool se sentent presque immédiatement désinhibés. L'alcoolisation provoque également une altération des réflexes, de la vigilance, une somnolence, une mauvaise coordination motrice et une diminution du contrôle de soi. Autant d'effets sur la santé qui mènent à des conduites à risques tels que les accidents de la route, les violences agies ou subies, mais aussi « le coma éthylique » qui peut être fatal.

- Sur le long terme, **l'alcool** comporte également des risques sur la santé. En effet, ce produit a un effet néfaste sur le développement de certaines régions cérébrales.

- **Les stupéfiants :**

- Les drogues hallucinogènes
- Les stimulants : L'ecstasy se présente sous forme de comprimé, gélule de couleurs et de formes variées (parfois sous forme de poudre). Elle est responsable des effets psycho actifs qui combinent certains effets des stimulants et ceux des hallucinogènes.

L'ecstasy procure une certaine euphorie, une sensation de bien être et de plaisir, mais parfois survient une sensation d'angoisse, une incapacité totale à communiquer. Deux ou quatre heures après la prise, apparaît « la descente » qui s'apparente à une forme de dépression plus ou moins intense. Sa consommation provoque une déshydratation de l'organisme et une élévation de sa température. Des troubles neuropsychiatriques (angoisse, hallucinations) des troubles digestifs et des pertes de connaissances ont été décrits.

Sa consommation peut entraîner le décès par hyperthermie ou arythmie cardiaque. L'ecstasy provoque une dépendance psychique. Des dépressions graves nécessitant un traitement médical peuvent survenir en cas d'usage intense. Attention, la prise simultanée avec d'autres substances augmentent les risques (alcool, cannabis, ou médicaments...)

La cocaïne

Les amphétamines

- **Les dépresseurs :**

L'Héroïne se présente sous forme d'une poudre ou de granulés à écraser. Longtemps injectée par voie intraveineuse, l'héroïne peut aussi être prise (snifée) ou fumée. L'héroïne provoque rapidement apaisement, euphorie et sensation d'extase. C'est un anxiolytique est un antidépresseur puissants. Quand l'usage se répète, la tolérance au produit s'installe et le plaisir intense des premières consommations diminue. En quelques semaines, le consommateur ressent le besoin d'augmenter la quantité et la fréquence des prises. La vie quotidienne tourne autour de la consommation du produit. La dépendance s'installe rapidement dans la majorité des cas. L'héroïnomanie oscille entre des états de soulagement euphoriques et des états de manque qui provoquent anxiété et agitation. Le risque de marginalisation sociale est très important. Des troubles apparaissent rapidement comme l'anorexie et l'insomnie. La surdose (overdose) provoque une dépression respiratoire souvent mortelle.

La codéine, molécule pharmaceutique, est une substance chimiquement très proche de la morphine. Contenue dans les médicaments ou les sirops contre la toux sèche, les adolescents y ont facilement accès. Considérée comme un morphinique mineur, elle présente des propriétés analogues. Anesthésique et hypnotique, la codéine réduit les sensations physiques en induisant une détente musculaire importante. Tout comme l'héroïne, la codéine dispose d'un fort effet drogue. Le consommateur doit régulièrement augmenter la quantité de sa consommation pour en maintenir les effets. Pouvant s'utiliser seule, la codéine est parfois associée à un antihistaminique et du soda, cocktail énergétique très puissant entraînant une détente physique associée à un émoussement affectif majeur. Egalement, la codéine est l'ingrédient principal du « crocodile », une puissante drogue hypnotique en provenance de Russie qui entraîne une modification majeure

de la personnalité ainsi qu'une forte dépendance et ce, dès la première prise.

L'usage détourné de la codéine entraîne donc en sus d'une dépendance physique, un repli affectif, un abattement émotionnel, un retrait des interactions sociales. Seule la prise de codéine leur permet de retrouver un certain bien être. Au niveau physique, les consommateurs sont sujets à des constipations majeures et des troubles de l'endormissement.

Le GHB se présente sous forme liquide ou en poudre, inodore et incolore, son goût est très léger. Il est parfois utilisé par les body-builders comme complément alimentaire car il est supposé stimuler l'hormone de croissance et brûler les graisses mais il est plus connu sous l'appellation de « la drogue du violeur ». Souvent administré à l'insu des victimes, le GHB induit à faible dose un état de désinhibition et d'euphorie proche de l'ivresse tandis qu'à forte dose, il induit un état hypnotique, des amnésies voire un coma. Accompagné d'alcool, d'antidépresseurs ou de barbituriques, il amplifie les effets déresseurs. Ainsi les effets recherchés par les adolescents sont une relaxation musculaire, une désinhibition, une diminution de l'anxiété. Le GHB entraîne aussi un ralentissement de la fréquence respiratoire et cardiaque, des nausées et des vertiges. Les symptômes de manque sont très prégnants et apparaissent 1 à 6 heures après la dernière prise : insomnie, tremblements, irritabilité, hypersensibilités sensorielles, crampes musculaires et tachycardie. Ils disparaîtront 2 à 21 jours après la dernière en fonction de l'importance de la dépendance.

- **La consommation de tabac/alcool/drogue** est souvent liée à un phénomène d'identification, un recherche d'inclusion au sein du groupe, mais aussi à un phénomène de mode.
- **Les médicaments** (arrêt brutal, surdosage, interactions médicamenteuses en particulier chez les personnes âgées).
- **Les prises de toxiques** sont souvent associées entre elles (alcool et cocaïne, par exemple).
- Un état de choc suite à un stress inhabituel :
Les différentes formes d'expression de stress intense peuvent se rencontrer lors des interventions pour des événements critiques, que ce soient des

catastrophes de portée collective ou de dimension plus restreinte à un petit groupe d'individus, voire à une seule personne en situation de détresse psychique.

- des troubles psychologiques ou psychiatriques qui peuvent être :
 - des états aigus : ce sont des états transitoires, néanmoins certains peuvent être un mode de révélation d'une maladie psychiatrique (par exemple, une dépression en réaction à un deuil ou à une séparation, un état d'agitation temporaire, une bouffée délirante aiguë, une attaque de panique, etc.)
 - des états chroniques : ce sont des troubles plus profonds de la personnalité comme les psychoses, les démences ou d'autres pathologies. Ces personnes ont une altération sévère du rapport à la réalité commune, qu'ils transforment par leur délire ou leurs hallucinations.

En ce qui concerne la personne schizophrène : La schizophrénie est une psychose, c'est à dire une maladie où l'individu a perdu tout contact avec la réalité et n'a donc pas conscience de souffrir d'un trouble mental.

Le caractère essentiel est la rupture de l'unité psychique du sujet. Ceci se traduit par une dissociation entre l'idée, le comportement, et la teneur affective contenus normalement de façon harmonique dans un même moment (exemple : raconter la mort d'un proche en riant).

Deux grands types de symptômes dans cette maladie :

- Des symptômes liés au délire, dits « positifs » :
Par exemple des idées délirantes de persécution, des hallucinations auditives, des angoisses de transformations corporelles, des crises d'agitation.
- Des symptômes dits « négatifs » qui sont liés à une baisse des capacités physiques et psychiques :
Par exemple une tendance au repli sur soi et au retrait social pour se réfugier dans un monde intérieur, des difficultés de concentration, d'attention et un appauvrissement du discours.

Le traitement de la maladie : Les neuroleptiques peuvent atténuer les symptômes. Ils ont une action sédatrice qui soulage l'angoisse et l'agitation, une action dite antiproductive qui traite les délires et les hallucinations, et une action désinhibitrice qui lutte contre l'apathie et la démotivation. Ils peuvent être accompagnés d'une psychothérapie et un suivi dans

une structure de soins.

Les traitements : Clopixol, Haldol, Tercian, Tiapridal, Risperdal, Solian, Zyprexa...

Ces états se caractérisent, entre autres, par une impression de bizarrerie ou d'étrangeté que le sapeur-pompier peut ressentir lors du contact avec la victime. En effet, les personnes psychotiques peuvent présenter un regard assez fixe voire exorbité ou à l'inverse, fuir massivement le regard. Cependant, on

note toujours une instabilité et une agitation physique. La présence de tics et de mouvements involontaires du visage dus au traitement neuroleptique est à souligner. Ces signes seront exacerbés en cas de rupture du traitement. Chez ces personnes le contact physique est très complexe, il est préférable de les prévenir et de les inviter à vous suivre car le toucher est désorganisateur et vécu comme une agression. Enfin, soyez vigilant à ceux qui marmonnent (parle dans sa barbe) car ils communiquent avec leur voix intérieure (délires/ phrases répétitives pour se rassurer)

11.2. Identifier et gérer les comportements inhabituels

A. Définition

Les comportements inhabituels sont les témoins d'une souffrance ou d'une détresse psychique ou physique qui traduit une altération, voire une rupture, du contact habituel entre la victime et la réalité commune. Elle traduit surtout une modification psychologique de la victime elle-même.

L'entourage l'exprime souvent ainsi « On ne le reconnaît plus », « Il n'est plus lui-même », etc.

Des comportements inhabituels peuvent survenir secondairement au cours de la prise en charge d'une victime. Par exemple une personne âgée jusque-là bien orientée, victime d'une fracture du col du fémur suite à une chute, peut décompenser psychiquement et avoir un comportement inhabituel (agitation verbale...). Cet état peut apparaître au cours de la prise en charge de la victime (transport par exemple). Les causes peuvent en être multiples (douleur, perte des repères habituels, décompensation d'une maladie mentale préexistante, angoisse liée à la crainte de ne plus pouvoir rentrer chez elle...).

Un comportement inhabituel peut s'exprimer par une perturbation de la communication et des troubles de la relation aux autres sous la forme :

- d'une altération du langage (par exemple un discours incohérent, un mutisme ou à l'inverse un flot de paroles incontrôlable...)
- de gestes, des mouvements inappropriés (par exemple un comportement inhibé, ou à l'inverse une agitation psychomotrice...)

Ces difficultés sont souvent difficilement tolérées par la victime elle-même ou par son entourage, car la personne à secourir peut avoir une conduite inadaptée et enfreindre les règles d'usage et les conduites habituellement admises par le groupe social auquel elle appartient.

Le sapeur-pompier doit bien évidemment se garder d'avoir une telle attitude de rejet ou d'émettre un jugement négatif. Il doit, au contraire, veiller au respect et à la dignité de la personne en difficulté et assurer sa sécurité ainsi que celle de son entourage. Le plus souvent, les causes d'un comportement inhabituel ne seront retrouvées qu'après l'intervention.

Les comportements inhabituels les plus fréquents sont :

- l'angoisse.
- l'agitation.
- l'état de stupeur (sidération du stress dépassé).
- l'agressivité ou la violence.

L'évaluation de l'état psychologique d'une victime, qu'elle soit saine d'esprit ou non, est difficile à faire dans l'urgence. Néanmoins, l'étrangeté ou les bizarreries ressenties dans le contact, ainsi qu'une altération de la communication (langage inapproprié, agressivité, propos incohérents...) peuvent laisser supposer que la victime est en difficulté. Son comportement apparaît alors comme insolite et inadapté à la situation. La personne ne sait plus distinguer ce qui est dangereux pour elle ou pour son entourage. Elle peut être dans un état d'incurie (incapable de prendre soin d'elle) et avoir besoin d'aide tout en s'opposant et en refusant les soins ou le transport en milieu hospitalier.

En effet, les troubles mentaux rendent parfois impossible le consentement. Le sapeur-pompier doit se rappeler qu'une hospitalisation sans consentement a pour finalité de protéger la victime et son entourage. Elle aura, après coup, un effet positif (reprise d'un traitement parfois arrêté, mise en place d'un suivi spécialisé...). Dans tous les cas, les secours doivent en informer immédiatement la coordination médicale pour mettre en œuvre les mesures adéquates.

B. L'angoisse

La souffrance psychique peut devenir aiguë et se manifester par de l'angoisse se traduisant par un fort sentiment d'insécurité, de danger immédiat, de peur de devenir « fou » ou de mourir prochainement, avec ou sans raison apparente. La tension interne est telle que la personne présente les signes suivants :

- agitation ou, à l'inverse, inhibition voire incapacité à réagir.
- tachycardie, dyspnée, sueurs.

Une victime angoissée présente deux risques majeurs :

- un geste auto-agressif (blessures, comportement à risques, tentative de suicide...)
- la décompensation d'une maladie sous-jacente (infarctus du myocarde, embolie pulmonaire, asthme, pathologie psychiatrique connue).

Conduite à tenir

- Favoriser l'expression verbale par une écoute sincère et attentive, utiliser la reformulation qui permettra de créer un climat de confiance.
- Rassurer et ne pas alarmer la personne pour ne pas augmenter son angoisse.
- Apaiser la victime par des gestes de secours (tels que prendre le pouls, toucher le bras...) qui permettent de contenir et d'atténuer la tension interne générée par l'angoisse.
- Ne pas s'engager par des promesses faussement rassurantes au-delà de ce qu'il peut et doit maîtriser sur le moment.
- Veiller à ne pas avoir de jugements sur la victime et la situation rencontrée.

C. L'agitation

L'agitation se traduit par une hyperactivité (physique ou psychique) de la victime, d'intensité et de durée variable. La personne peut tenir des propos incohérents, parler beaucoup et bouger dans tous les sens. Elle ne parvient pas à fixer son attention ou à se contrôler. Dans les cas extrêmes, elle peut aller jusqu'à ne plus avoir conscience de ses actes ou de ses paroles.

Cette agitation suscite souvent une réaction

d'intolérance de l'entourage. La personne peut présenter des actions désordonnées, irréfléchies et incontrôlables. Dans ce cas, elle risque d'être dangereuse, pour elle-même et pour les autres. Le sapeur-pompier doit se rappeler que les causes d'agitation peuvent avoir une double origine :

- physique (déshydratation d'une personne âgée, intoxication...)
- psychologique : délire, peur, panique.

Conduite à tenir

- Prévenir tout danger pour la victime ou son entourage. Rappel : la protection est nécessaire avant d'intervenir.
- Adopter une conduite vigilante, non oppressante, (ton ferme et non directif avec des mouvements sans amplitude) afin de ne pas se mettre en danger et d'éviter un passage à l'acte soudain de la victime contre elle-même, contre un de ses proches ou contre les intervenants (surveiller les fenêtres, éloigner tout objet potentiellement dangereux).
- Contrôler l'agitation de la victime en lui montrant que l'on a pris en compte ses émotions et le lui dire « Vous êtes agité et en colère car vous ne vous sentez pas bien et vous avez l'impression de ne pas comprendre ce qu'il vous arrive. Je vais vous expliquer ce que nous allons faire... ».
- Faire appel aux forces de l'ordre si une contention physique est nécessaire. Dans l'attente, cette contention doit être :
 - provisoire.
 - coordonnée, à plusieurs, ferme mais rassurante et non brutale.

Celui qui dirige la manœuvre doit être déterminé et calme. Il doit aussi empêcher les comportements brutaux, les attitudes de défis physiques, les « railleries ». La reformulation (prononcer les mots que la victime a employés) est une technique qui facilite la communication. Elle permet de renforcer les liens avec une personne en lui témoignant de l'empathie et en lui donnant le sentiment d'avoir été comprise. Dans le cas d'hallucinations ou de délires d'origine psychiatrique, il est important de ne pas contredire la victime, de ne pas lui donner le sentiment qu'on porte un jugement négatif sur ses propos et de garder une attitude empathique et apaisante, quel que soit son discours.



D. L'état de stupeur

L'état de stupeur est une des formes aiguës que peut prendre l'angoisse lorsque les capacités d'adaptation de la victime sont dépassées par une situation inhabituelle et brutale. La victime n'est pas consciente de son état.

La stupeur est l'opposé de l'agitation. Ce que la victime nous donne à voir et à « entendre », c'est son silence. Son incapacité à réagir, son regard fixe et son mutisme sont l'expression de sa souffrance psychique intense. La sidération est autant physique que psychique : la personne n'arrive ni à bouger, ni à penser, ni à parler.

Si la prise en charge d'une victime en état de stupeur paraît moins difficile pour le sapeur-pompier que

celle d'une victime agitée, la souffrance psychique et la gravité de cet état n'en sont pas moindres.

La victime doit (re) trouver sa lucidité à travers la présence du sauveteur. Il doit la guider pour qu'elle prenne conscience que l'événement qu'elle vient de subir est terminé. Il y a urgence à la faire « émerger » de son état de stupeur pour prévenir l'apparition d'un traumatisme ultérieur. Lorsqu'elle reprend contact avec son environnement, et qu'elle arrive à discerner l'ampleur des dommages, la victime peut se laisser dépasser par ses émotions. Il faut lui laisser le temps de les exprimer tout en assurant une présence capable d'en contenir les éventuels débordements.

Conduite à tenir

- Être directif, protecteur et apaisant en même temps. La victime doit se rendre compte qu'elle est accueillie avec humanité, entourée et protégée par les secours qui l'aident à se ressaisir et qu'elle est désormais en sécurité : « Je suis là pour vous aider, regardez-moi, comment vous appelez-vous? ».
- Être proche de la victime (gestes de soutien jusqu'à le toucher physiquement, main sur l'épaule ou l'avant-bras) et lui montrer de la compassion (les gestes, la voix et les regards doivent être intenses et soutenus dans la durée).
- Maintenir le contact avec la victime, lorsqu'il a pu être établi, jusqu'à la prise en charge par un relais (hôpital, tiers...) Une fois qu'elle a pu se ressaisir et reprendre partiellement ses esprits, la victime accepte en général la présence et le soutien que les sapeurs-pompiers lui apportent.
- Ne jamais laisser seule une victime en état de stupeur.



E. La victime agressive

La violence peut être favorisée ou provoquée par une **peur intense, un conflit ou la prise de substances toxiques** : Interroger l'entourage quand cela est possible.

Cette violence peut se manifester, au début, par une certaine **agitation et/ou instabilité**. Il peut s'en suivre une agression physique des personnes qui l'entourent, y compris le personnel de secours.

ATTENTION : Ne pas se sentir personnellement impliqué par l'agressivité qui appelle souvent de notre part la même réaction de rejet (comportement en miroir) : ne pas prendre au pied de la lettre les propos incohérents, les menaces et les injures.



Conduite à tenir

- **Pour se mettre en sécurité, évaluer :**

- La **dangerosité** de la personne et du lieu.
- Les **marges de manœuvre**.
- Les **attentes**.
- Les **effets de l'entourage**.

Ne **pas laisser la personne seule, ne pas rester seul avec elle**. Ne pas lui tourner le dos, neutraliser les sources de dangers potentiels.

- **Prendre contact avec la victime et l'entourage :**

- Pour gérer une personne agressive, il faut **entrer en contact** avec elle, à la fois de façon **verbale, visuelle et éventuellement physique**.
- Lui expliquer **pourquoi les sapeurs-pompiers sont là**. Il est important qu'il n'y ait **qu'un seul interlocuteur** : on choisit celui qui a un meilleur contact.
- **Se renseigner auprès de l'entourage** des circonstances de survenue du comportement violent, sur l'absorption éventuelle de toxiques et /ou d'alcool et sur la fréquence de tels comportements.

- **L'isoler du public :**

- **Créer un espace**, un cadre de paroles pour éviter la propagation au reste du groupe, l'agressivité s'exprimant d'autant plus fort que des tiers sont présents.
- Se mettre dans une **position spatiale de symétrie** (le faire asseoir et s'asseoir avec lui) = situation d'égalité.

- **Laisser la personne s'exprimer :**

- Toute personne a **droit à la parole**.
- Une objection exprimée perd une partie de sa charge affective.
- Une revendication peut en cacher une autre plus importante.

- **Ne jamais répondre à l'agressivité par l'agressivité**

Pour éviter une spirale de renforcements mutuels :

- **Savoir se taire**, écouter la personne jusqu'au bout, ne pas lui couper la parole.
- Adopter un **ton calme, posé**, ne pas crier, au contraire baisser le ton de sa voix. Savoir être ferme en restant correct.
- Maintenir les **marques distinctives de respect** : « Monsieur, Madame, ... », vouvoiement.
- Ne pas relever les points de détails ayant moindre importance.
- **Eviter tout contact direct** et propos menaçant.

- **Reconnaitre notre propre agressivité en écho, en réponse à celle de l'autre**

Pour pouvoir la contrôler :

- **Percevoir les manifestations corporelles, émotionnelles, et cognitives** que déclenche l'agressivité de l'autre en soi.
- Trouver des **recours personnels** pour s'en protéger sans rompre la communication.
- Se rappeler souvent que l'agressivité ne s'adresse pas à nous comme individu mais comme le représentant d'un service, de la société.

- **Manifester une attitude d'écoute neutre et bienveillante** c'est à dire **sans jugement** :

- **L'écouter se plaindre**, quelque soit son point de vue sur son discours **avec respect** et esprit d'analyse.
- **L'agressivité** est souvent un message qui cache souvent une souffrance et plus encore la certitude d'avoir soi-même été victime d'une agression ou d'une injustice.

- **Montrer qu'on a perçu l'agressivité**

Ignorer l'agressivité a pour effet de la renforcer :

- Dire « vous avez raison d'exprimer ce que vous ressentez »..., « Je comprends votre point de vue... ».
- Évitez les « Oui... mais »... « Ce n'est pas ma faute »..., « C'est le règlement »...

- **Utiliser des reformulations :**

- Sous forme de questions pour rétablir un échange avec la personne.
- En atténuant les termes ou en les exagérant.
- En **se centrant sur les émotions** ou sur les faits objectifs.
- En proposant une compensation, un échange ou un avantage.

- **Faire clarifier les points de désaccord**

- **Permettre l'expression** de tous les **griefs** et ainsi de vider son sac.
- Rechercher les **causes de l'agressivité**, les motifs, **les attentes de la personne**.
- Ne **pas faire une réponse trop longue**, pour ne pas relancer le débat ou renforcer l'objection.
- Ne pas hésiter à **passer le relais** si la situation s'aggrave.

ATTENTION : Ne pas faire perdre la face à la victime agressive.

11.3. Identifier et gérer certaines situations particulières

A. Les réactions immédiates face à un événement potentiellement traumatisant

Un traumatisme psychique est, en quelque sorte, une confrontation avec l'imminence de sa propre mort.

Pour celui qui le subit, cet événement présente de façon quasi systématique, les caractéristiques suivantes :

- il est soudain et inattendu.
- il génère des sentiments d'impuissance car il est subi sans possibilité de réaction.
- il génère une frayeur, un sentiment de solitude et d'abandon extrême.
- il confronte les personnes avec le réel de la mort de façon directe (soi-même) ou indirecte (son semblable).

Les victimes en détresse vitale (polytraumatisées par exemple) ne sont pas protégées d'un éventuel traumatisme psychique par leurs blessures physiques. L'abord psychologique doit toujours être pris en compte pendant les gestes techniques (par « l'écureuil » en présence d'une victime incarcérée...). La qualité de la relation instaurée entre le sapeur-pompier, souvent le premier à croiser son regard, et la victime prend une place importante dans le souvenir qu'elle conservera de son accident. Un événement traumatisant est susceptible d'engendrer une souffrance et une détresse psychique immédiate mais aussi, à plus long terme, une véritable maladie connue sous le nom de « syndrome psycho-traumatique ». Cette maladie peut apparaître précocement ou de manière différée. Un individu, confronté à un événement marquant va passer par différentes phases de réactions, le plus souvent « normales » suite à un événement inhabituel. La gestion de la souffrance psychique permet de limiter le risque d'aggravation vitale.

La perte de connaissance : « Oh, je me sens mal ! »
L'évanouissement peut être la première réaction à un événement insurmontable. C'est une manière de se soustraire à une réalité invivable.

Le refus : « Pas à moi ! », « Je n'y crois pas ! », « Ce n'est pas vrai ! »
La personne refuse et rejette ce qui vient d'arriver.

Cette phase sert à se protéger de la situation. Cette réaction fréquente n'est pas anormale.

L'incompréhension : « Je ne comprends pas ! »

La victime est dépassée par un événement qui n'a pas, dans un premier temps, de sens pour elle. C'est un peu comme si la nature et la soudaineté de l'événement ne pouvaient pas être prises immédiatement en compte par les capacités psychiques habituelles d'assimilation et d'adaptation de la personne.

La colère : « Pourquoi moi ? », « C'est la faute de... »

Cette étape doit permettre au sapeur-pompier de comprendre pourquoi dans certaines circonstances, la victime ou la famille de la victime éprouvent de l'agressivité envers les secours. Cette agressivité est une réaction normale à la situation qui, elle, est anormale. C'est une forme de projection sur l'extérieur de sa propre culpabilité, insupportable, en vue de se protéger d'une forme d'accablement massif.

Il faut bien comprendre que cette projection de type inconsciente ne s'adresse pas vraiment aux sapeurs pompiers, mais qu'ils sont pris temporairement pour cibles, dans leurs attitudes ou dans leurs actions liées à la mise en oeuvre des secours : « Vous arrivez trop tard ».

La culpabilité (éventuelle) : « Je n'aurais pas dû... », « Tout est de ma faute », « Si j'avais su, si j'avais prévu... »

La culpabilité peut être à l'origine de la colère, mais de façon sous-jacente ou inconsciente. La pensée d'avoir pu commettre une faute s'exprime, le plus souvent, une fois la colère un tant soit peu apaisée et une fois que la capacité à raisonner réapparaît. L'individu peut alors commencer son travail d'assimilation de l'événement.

Les trois dernières phases ci-dessous vont se dérouler le plus souvent à distance de l'intervention des secours.

L'évolution dépendra des ressources propres à la victime et du soutien de son entourage proche.

La tristesse : « D'accord, mais j'aurais pu avant... »
C'est une confirmation du retour progressif à la réalité modifiée par l'événement. L'événement n'est plus un bloc écrasant d'émotion empêchant

de penser et d'agir. Il peut commencer à être perçu et pensé comme ayant un début, un milieu et une fin. C'est souvent à partir de là que la victime peut l'appréhender plus objectivement et en parler plus facilement. Cette phase de tristesse se caractérise par une forme à minima de mélancolie, par des silences intermittents. Cette phase montre que la personne commence à accepter la nouvelle situation.

L'acceptation : « D'accord, alors... »

Cela ne signifie pas que la victime est satisfaite de la situation, mais cela veut tout simplement dire qu'elle a accepté de continuer à vivre même si la souffrance est toujours présente. Cette étape nécessite souvent beaucoup de temps.

La transformation

La personne concernée retrouve une certaine stabilité, cela ne sous-entend pas que l'événement est oublié, mais au contraire qu'il s'inscrit dans l'« expérience de la vie ».

Elle cherchera parfois à modifier son mode d'existence pour s'adapter à sa nouvelle situation : la vie peut continuer, différemment, malgré le deuil ou l'accident grave, car le monde n'a pas perdu son sens.

Si un soutien psychologique adapté et temporaire peut être nécessaire pour faciliter ces étapes, il importe que les sapeurs-pompiers soient capables de repérer ces différentes phases chez une victime afin d'adopter une conduite à tenir adéquate et de provoquer la prise en charge.

Conduite à tenir

- Garder ses propres capacités réactionnelles pour mettre en sécurité les victimes.
- Garder présent à l'esprit que la victime n'a pas une conscience pleine de ce qui lui arrive ou de ce qui vient de lui arriver et qu'elle peut même en nier l'impact. Identifier et prendre en compte les comportements inhabituels, souvent inadaptés à la situation d'urgence (ex: stress dépassé...).
- Reconnaître la traduction de la souffrance psychique liée à l'impact de l'événement.
- Respecter les différentes phases « réactionnelles » dans leurs expressions parfois dérangeantes ou inquiétantes; savoir que ces réactions sont « normales » sur l'instant (c'est la situation qui n'est pas normale) et qu'elles sont reliées au contexte déstabilisant.
- Contrôler la phase de colère de la victime et ne pas se justifier. Son énergie doit, en effet, être essentiellement orientée vers la réussite de sa mission de secours. De plus, il arrive que les victimes ou les impliqués oublient qu'ils ont traversé cette phase.
- Éviter sur le moment de déculpabiliser une victime qui se croit responsable d'un drame : c'est une tentative pour s'approprier la situation en s'y impliquant directement, elle considérera la question sous un autre angle plus tard. En cas de catastrophe avec de nombreuses victimes, les Cellules d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP) du Samu prennent en charge dans des locaux distincts des PMA, les personnes présentant ces types de réaction. Néanmoins, les sapeurs-pompiers sont en première ligne dans leur prise en charge avant leur orientation vers ces structures de prévention ou de soins.

B. Suicide et risque suicidaire en intervention

L'appel au secours : la victime veut attirer l'attention et ne cherche pas directement à mourir.

La Tentative d'Autolyse (T.A. anciennement T.S.) : la victime cherche à mourir pour arrêter de souffrir.

Pour l'appel au secours et la T.A., le risque vital est élevé. Ces deux cas doivent être traités avec la même gravité.

La méthode de passage à l'acte peut être soit **brutale** (arme à feu, pendaison, précipitation...), soit **lente** (intoxication médicamenteuse, chimique ou gazeuse, arrêt de nutrition...).

Conduite à tenir

- **Evaluer**
 - Identifier le **mode opératoire** du suicide (méthode brutale ou lente).
 - Identifier les **risques** que courent les **intervenants**.
 - Identifier **l'intervenant qui va communiquer**.
 - Durant toute l'intervention et ce jusqu'au relais hospitalier, identifier toutes les possibilités de **remise en danger de la victime**.

- **Ne jamais quitter du regard** la victime

• **Mise en sécurité**

- **Isoler la victime de sa solution de suicide** (le plus rapidement possible sans faire courir de risque à la victime ou aux intervenants).
- En cas **d'agitation ou agressivité extrême**, une **demande de médication** doit être réalisée et la contention physique doit être réalisée.

• **Communication**

- Adopter une **attitude d'écoute et de compréhension**.
- **Se mettre au niveau de la victime** tant du point de vu physique que de la communication. Se positionner à hauteur d'yeux de la victime, adopter ses positions et son niveau de langage.
- **Se présenter** et ne pas faire « comme si » la victime n'existait pas.
- Expliquer pourquoi les secours sont venus.
- **Aider la personne à se projeter dans le temps : expliquer lui ce qui se passe et va se passer.**
- Faire parler la victime et lui demander de raconter ce qui se passe.
- Ecouter activement ses plaintes, ses intentions, ses interrogations et ses menaces.
- **Recherchez les possibilités de soutien que la personne pourrait activer et proposer lui de les faire déclencher.** Noter les contacts et les personnes à prévenir puis les transmettre aux services compétents (police, hôpital, etc.)
- L'interroger au moyen de questions simples et reformuler oralement ce que vous avez compris de ses souffrances pour vérifier que vous avez les bonnes informations et lui montrer que vous la comprenez et la respectez.
- Ne jamais faire d'inférence (supposer par exemple : mais vous avez bien des enfants ???).
- Eviter de nier ou de minimiser les problèmes. Eviter de donner de faux espoir ou de promettre. Eviter les jugements de valeurs. **Eviter les ordres catégoriques avec ses personnes fragiles.**

C. Prise en charge des victimes d'agression sexuelle

Situation particulièrement délicate. La victime peut être une femme, un homme, un enfant ou une

personne âgée. Ce type d'agression est source d'une souffrance psychique extrême, où **la victime a perdu tout sentiment de sécurité.**

Conduite à tenir

• **Premier contact**

- Il est plus difficile pour la victime de communiquer avec une personne du même sexe que l'agresseur. Un seul interlocuteur.
- Eviter de se rassembler autour de la victime.
- Préférer une position semi assise (plus rassurante).
- Couvrir la victime.
- Ne jamais la laisser seule.
- Parler à la victime avant de la toucher et lui expliquer son rôle.
- Utiliser le regard pour lui montrer votre bienveillance.

• **Bilan**

- Lors de ce bilan s'intéresser aux plaies et douleurs, mais éviter de questionner trop la victime sur les faits.
- Penser à reformuler ce que vous avez compris.
- N'effectuer que les gestes indispensables, moins sa peau est touchée moins elle souffrira psychiquement.

Attention : l'agression sexuelle est un délit et le viol un crime

- Garder les vêtements
- Éviter de déplacer les objets autours.
- La victime ne doit pas se doucher, c'est dans l'intérêt de ses droits.

D. Souffrance et traumatisme psychologique

Les victimes ou les impliqués peuvent être blessé mentalement quel que soit le motif de l'intervention, dès lors que la notion de risque de mort ou d'atteinte de l'intégrité physique est présente.

La blessure mentale, le stress et l'anxiété augmente le risque vital.

Les manifestations de cette blessure sont observables au travers de la physiologie, des comportements, des émotions et des cognitions des victimes.

Conduite à tenir

• Evaluer

- Prendre en compte systématiquement, à la suite d'un **bilan complet**, la composante psychologique de l'événement (accident, malaise, agression subie...)
- Rester **vigilant** lors du bilan pour dépister des problèmes physiques qui pourraient être masqués par la détresse morale de la victime.
- Identifier ce qui insécurise la victime.
- Surveiller constamment la victime afin de dépister toute aggravation de son état physique que la charge de la blessure mentale pourrait masquer.

• Mise en sécurité

- Extraire la victime du contexte qui l'insécurise.
- Expliquer à la victime que c'est fini, qu'elle est maintenant en sécurité.
- Expliquer clairement et le plus simplement possible les actions de soins ou de sauvetage entreprises.
- Aider la personne à se projeter dans le temps : expliquer lui ce qui se passe et va se passer.

• Communiquer

- Adopter une attitude bienveillante est rassurante.
- Se mettre au niveau de la victime tant du point de vu physique que de la communication. Se positionner à hauteur d'yeux de la victime, adoptez ses positions et son niveau de langage. Ne pas hésiter à lui toucher la main ou le bras si nécessaire pour la rassurer et parlez calmement (ne pas insister si la victime refuse le contact).
- Faire parler la victime et lui demander de raconter une première fois ce qui s'est passé.
- Ecouter activement ses plaintes, ses intentions, ses interrogations et ses menaces.
- Reformuler oralement ce que vous avez compris de ses souffrances pour vérifier que vous avez les bonnes informations et lui montrer que vous la comprenez et la respectez.
- Rechercher les possibilités de soutien que la personne pourrait activer et proposez lui de les faire déclencher. Noter les contacts et les personnes à prévenir puis les transmettre aux services compétents (police, hôpital, etc.).
- Eviter de nier ou de minimiser les problèmes. Eviter de donner de faux espoirs ou de promettre. Eviter les jugements de valeurs. **Eviter les ordres catégoriques avec ses personnes fragiles.**
- Suggérer une démarche de soin psychique pour une prise en charge adaptée en lui proposant le soutien d'un spécialiste (psychologue, médecin psychiatre).

E. Confrontation à la mort en intervention

La mort, ça se nomme : C'est le rôle du médecin d'annoncer le décès aux proches. Cette annonce doit **se faire avec tact** mais aussi **simplement** et **avec clarté**.

Le déplacement du défunt ne peut se faire que **avec l'accord de la police**, s'il s'agit d'une **mort accidentelle, violente ou brutale**.

La présence de l'équipe de secours, **dans les instants qui suivent l'annonce de la mort**, est rassurante pour l'entourage. L'équipe peut être amenée à transporter un des **membres de la famille en état de choc**. Cette personne devient une victime pouvant présenter de l'agitation, de l'agressivité, un évanouissement...

Lors de mort violente ou accidentelle, les sapeurs pompiers peuvent être l'objet de la colère, de l'agressivité des témoins.. Ces réactions peuvent

entraîner des signes de stress aigu et parfois dépassés chez les sapeurs-pompiers. Cependant les manifestations **présentées par les membres de la famille à l'annonce du décès sont naturelles et ne relèvent pas forcément d'un**

professionnel de la santé mentale. Une présence humaine est nécessaire.

Conduite à tenir

- En cas « d'ouverture de porte » pour « personne ne répondant pas aux appels », éloigner les témoins et la famille avant d'ouvrir la porte, afin de gérer au mieux la situation. **L'équipe emmène la famille à l'écart et lui explique qu'il serait préférable d'attendre le médecin et conseille d'appeler quelqu'un pour les soutenir.**
- **Lors de la découverte d'un défunt :** Prendre soin des lieux pour les constatations de police.
- **Le corps mort doit être voilé.** Sur la voie publique, il convient de **couvrir le corps ou de le protéger des regards** (en utilisant un drap, une couverture...).
- **Le déplacement du défunt** ne peut se faire dans le **respect des désirs de la famille, leurs convictions religieuses ou morales.**
- **Gérer la famille :** la présence rassure et **la parole n'est pas obligatoire. Si le silence est trop lourd** expliquer que la police, un médecin vont venir et que les pompes funèbres vont transporter le corps en chambre funéraire, sauf en cas d'obstacle médico-légal (suicide mort violente, accident,...) le transport se fera en médecine légale à l'hôpital de Bellevue.
- En cas de mort violente, indiquer qu'un psychologue peut recevoir la famille au CHU.
- **Chaque décès peut raviver des angoisses pour l'équipier, l'échange verbal en équipe** après une intervention permet de se repositionner dans le monde des vivants.
- **Si l'émotion est trop envahissante pour l'équipe ou un de ses membres,** il ne faut pas hésiter à **faire appelle à l'unité de secours psychologique.**

Phase de deuil	Attitude appropriée 	Attitude inappropriée 
<i>Le refus</i> « Je n'y crois pas » « Ce n'est pas vrai »	Dire la réalité La répéter	Etre pressé
<i>La colère</i> « Pourquoi moi ? » « C'est la faute de... »	Accepter la colère	Vouloir la calmer
<i>La culpabilité</i> « Je n'aurai pas dû » « Tout est de ma faute » « Si j'avais su... »	Ne jamais chercher à déculpabiliser la victime	Déculpabiliser
<i>La tristesse</i> « D'accord, mais j'aurai pu... »	Sympathie Empathie	Nier la douleur « Ca va passer »
Peur de la perte	Aider à trouver de nouveaux repères	Confirmer l'isolement
Acceptation « D'accord, alors... »	Confirmer le deuil	Fuir le sujet
Transformation	Positiver	Proposer de nouveaux repères

F. Gestion de foule

Il existe trois types de rassemblement de personnes : le groupe, l'attroupement et la foule.

- Le **groupe** est composé d'individu qui se connaissent et qui ont des liens. Dans le groupe il y a souvent un leader qui peut influencer les autres membres du groupe.
- L'**attroupement** est un rassemblement d'individus autour d'un événement (accident, malaise,

sinistre...) en raison de la surprise ou de la curiosité. Il n'y a pas de leader.

- La **foule** est un rassemblement massif de personnes.

Un rassemblement de personne est bien plus que la somme des individus qui la compose. Cette masse est imprévisible, envahissante et peut être agressive. Il faut donc gérer ce risque en intervention.

Conduite à tenir

• Evaluer :

- Mesurer si l'équipe est confrontée à un groupe, un attroupement ou une foule.
- Evaluer l'attitude des individus à l'égard des SP.
- Mesurer le risque de sur-accident avant la sortie du véhicule.
- Evaluer l'attitude des individus à l'égard du sinistre ou des victimes.
- Evaluer le besoins de force de l'ordre sur place.
- Prévoir un ordre de repli clairement énoncé à l'équipage avant l'engagement.
- Garantir une voie de repli vers le véhicule la plus directe et la plus courte possible et l'énoncer pour tout l'équipage.

Spécifiquement

• Face à un groupe :

- Evaluer la présence d'un leader.
- Utiliser le leader pour qu'il gère le groupe à notre place : le responsabiliser, lui expliquer que l'on compte sur lui, le valoriser si besoin.
- Donner des tâches à réaliser (attendre les renforts pour les guider, aller chercher des documents, évacuer...)

• Face à un attroupement, marquer le territoire rapidement :

- Donner des consignes de dispersion à l'attroupement.
- Donner des consignes relatives à un périmètre de travail ou de sécurité.
- Donner des consignes afin de permettre aux secours de travailler dans les meilleures conditions possibles (dans l'intérêt des biens ou des victimes).

• Face à une foule :

- Créer un périmètre de sécurité.
- Extraire rapidement une victime pour un périmètre sécurisé (véhicule ou bâtiment).

• Dans tous les cas :

- Agir le plus rapidement possible sur place.
- Respecter les consignes relatives à la gestion de l'agressivité (autre fiche formation).
- Ne pas réagir aux provocations.
- Ne montrer aucune agressivité à l'égard des groupes.
- Ne montrer aucun signe de crainte consécutive à la pression des individus.
- Garder des moyens de transmission accessibles et activables rapidement.
- Demander des renforts SP ou force de l'ordre.