

Relation et communication

Module 5

[Psychologie](#)

[Sociologie](#)

[Violence](#)

[Maltraitance](#)

[Burn-out](#)

[Relation avec le patient](#)

[Apprendre à communiquer](#)

[Savoir dialoguer](#)

[Information et droits du malade](#)

[Fin de vie](#)

[La mort](#)

Psychologie

Quelques définitions

Psychologie

C'est l'étude de la vie mentale (intelligence), des comportements, pulsions, en résumé des relations du corps et de l'esprit.

Psychiatre

C'est le médecin spécialisé dans les maladies mentales.

C'est un médecin spécialiste comme un cardiologue.

Mais il s'occupe du fonctionnement mental, des perturbations et des maladies psychiatriques.

Il cherche avant s'il ne s'agit pas d'une autre maladie dite organique (tumeur au cerveau par ex.).

Il peut prescrire des médicaments sur ordonnance.

Psychologue

C'est une personne, non médecin, qui par la parole (psychothérapie) prend en charge le malade ou le personnel de soins qui est "mal dans sa peau".

Il n'utilise pas de médicaments.

Psychanalyse

C'est une méthode qui permet d'étudier et de comprendre son propre psychisme.

L'analyse est faite par un médecin ou non.

Il recherche les phénomènes refoulés dans l'inconscience mais qui interviennent dans le caractère.

Elle repose sur les théories du Dr Freud (ci-dessous).

Personnalité

C'est l'attitude de quelqu'un vis-à-vis de lui-même, de son entourage et de son environnement.

Elle regroupe ses réactions, son comportement.

L'instinct

Ce sont des réflexes archaïques. Nous les avons hérité du monde animal où il faut survivre, se défendre avec la peur.

La socialisation (éducation) a enfoui certains réflexes "pas conformes" à la société en cours.

La pulsion

C'est une énergie qui trouve sa source dans une zone du corps où se crée une excitation (bouche, sexe, anus).

La libido

C'est l'énergie de la pulsion sexuelle. Il y a des zones du corps qui sont érogènes. Elle joue un rôle majeur dans le désir, l'amour.

Le désir

A partir de moments agréables antérieurs on construit des rêves imaginaires et on souhaite revivre ses moments heureux.

L'inconscient

On ne parle pas ici du malade dans le coma, inconscient au vrai sens du mot, mais de son "subconscient". C'est la partie cachée de son psychisme qui est stocké dans son cerveau et "refoulé" mais qui peut ressortir dans les rêves ou une séance de psychanalyse.

Une grande part de notre comportement, de nos sentiments font appel d'une manière inconsciente à cette mémoire que nous avons en nous.

Notre état psychologique

Les conflits

Toutes ces pulsions inconscientes rentrent souvent en conflit dans notre corps. Alors nous le ressentons comme l'angoisse. La théorie du Dr Freud repose sur 3 termes:

- Le ça

C'est là où il y a les instincts, les pulsions

- Le moi

C'est le filtre entre le ça et le monde extérieur. Il permet de faire un compromis entre ces pulsions et la réalité sociale. Le moi c'est donc notre caractère, notre personnalité.

- Le surmoi

C'est le censeur moral. Il permet de freiner ces instincts dont certains peuvent être illégaux pour notre société occidentale. Tout au long de l'enfance et de notre éducation, on apprend les interdits, les règles de savoir vivre, l'ordre moral établi.

Le développement psychique de l'enfance

Freud a construit une théorie qui repose sur 3 stades:

Le stade oral

Pendant la première année de vie, on prend du plaisir à manger, à être en phase avec sa maman. On explore le monde extérieur à l'aide de sa bouche, puisqu'on met à sa bouche et on suce tout objet autour de soi.

Le stade anal

L'enfant marche et peut explorer un peu plus loin. Il devient autonome en contrôlant ses sphincters. Il n'a plus besoin de couches. Il découvre la propreté mais aussi les zones érogènes de l'anus.

Il rentre en conflit avec ses parents, puisqu'il peut décider ou non de répondre aux ordres. Il manifeste son insatisfaction en retournant au stade anal (pipi au lit) et trouve un certain plaisir à s'opposer à ses parents.

Le stade phallique

Le phallus, c'est le sexe. A partir de 3 ans, il découvre la différence entre une fille et un garçon.

Il doit faire un choix sur son comportement et imitera son père ou sa mère.

Le conflit œdipien

Naturellement, l'enfant quel que soit son sexe est près de sa mère, mais il découvre qu'il a un concurrent : le père. Il va donc inconsciemment entrer en conflit ou concurrence.

Pour le petit garçon, c'est la concurrence avec séduction de la mère. Il rentre en compétition avec son père mais pour conquérir la mère, il doit le dépasser en imitant le père et devenir plus fort que lui.

Pour la petite fille, elle est conquise par le père et ainsi rentre en rivalité avec l'épouse de son père. Ce conflit est maximum vers 6 ans. Finalement il ou elle accepte de se détacher de la personne du sexe opposé, de répondre à l'autorité du père et découvre les interdits comme pas d'amour physique avec les parents (inceste). Tout ce calme jusqu'à la puberté où tout peut réapparaître avant de prendre son autonomie.

Les Phénomènes affectifs

Le sentiment

C'est un état plaisant ou déplaisant par rapport à l'environnement

L'humeur

C'est un état affectif qui dure longtemps. Il n'a souvent aucun déclencheur. Il est plus chronique et plus diffus que l'émotion. Citons la tristesse, la colère.

L'émotion

Elle est naturelle et sert d'indicateur du niveau de satisfaction des besoins. C'est donc physiologique.

Mais notre éducation est à l'origine d'interdits qui masquent et censurent nos émotions dont on aurait besoin d'exprimer et de se soulager.

Selon la culture, la religion, le pays d'origine, les réactions varient.

Le Sud (dit "méditerranéen") est classiquement plus expansif que le Nord en se libérant plus facilement.

Le moral, la détresse

Il ne faut pas confondre la détresse morale ou psychologique, mot employé dans le langage courant avec la détresse d'une grande fonction vitale (respiratoire, circulatoire..).

On peut aussi utiliser une phrase qui porte encore plus à confusion: "La personne est en état de choc". Non il ne s'agit pas d'une détresse circulatoire par hémorragie massive mais d'une personne stressée, hébétée après une peur intense comme un accident.

Pour compliquer les choses, il peut même y avoir quelques signes communs avec la détresse circulatoire: angoisse, pouls rapide, pâleur...

Lors de circonstances (accident, décès, problème familial...), le moral est atteint et peut se manifester par :

Pleurs

C'est un trop plein bénéfique qui libère. Il ne faut pas demander d'arrêter.

Peur

Elle est naturelle, lorsqu'il y a un danger.

Stress

Il est aussi naturel, utile dans les situations difficiles, afin de maintenir l'attention, d'être dans l'action.

C'est une certaine tension.

Mais il consomme beaucoup d'énergie et donne une "bouffée d'adrénaline" se manifestant par une accélération du pouls (tachycardie), des sueurs, de la chaleur, des coliques.

Ces signes peuvent, chez certaines personnes, devenir exagérer: tremblements, bégaiement... ou le sujet ne maîtrise plus la situation : paralysie, agitation ou sidération, angoisse, fuites ou comportement automatique anormal.

D'autres personnes ont besoin de cette adrénaline (sports extrêmes)

Anxiété

C'est une émotion d'insécurité que l'on ressent pour de vrais raisons ou bien sans origine.

Ce sentiment est désagréable, avec une peur indéfinissable.

Elle est souvent incontrôlable.

Angoisse

C'est le stade suivant de l'anxiété car des signes apparaissent et sont surtout incontrôlables.

Elle se traduit par une sensation de mal aise avec boule à la gorge, palpitations, tremblements, oppression, sueurs, mains moites.

Contrairement à la peur, la cause est souvent inconnue ou apparaît lorsqu'on est à nouveau dans une situation qui rappelle une scène antérieure.

Puisqu'il y n'y a pas de cause directe, l'imaginaire est important et peut majorer la situation.

On va vite s'épuiser à essayer de lutter contre ce conflit qui nous échappe.

La psychanalyse fait partie des traitements.

Sidération ou apathie

La personne est figée, "absente". Elle ne répond pas à vos questions.

Attention une personne en vrai détresse circulatoire peut aussi être trop calme.

Agitation ou actions automatiques

La personne s'exprime sa peine par des gestes, des paroles qui parfois se transforment en agitation.

Parfois elle fait à répétition des mouvements incompréhensibles.

Mécanismes de défense

Refolement

Les mauvais souvenirs, les pulsions interdites en société sont chassées et stockées dans notre inconscient avec risque d'entraîner un conflit interne.

Rationalisation

On essaye de trouver une explication à cette angoisse vraie ou fausse voire irraisonnée pour son entourage.

Défoulement

La violence et l'agressivité sont des dérivatifs mais aussi le sport.

Les besoins

De nombreux comportements ont pour but de satisfaire ces besoins conscient ou inconscient.

S'ils ne sont pas satisfaits, la personne vit un sentiment désagréable. Elle est frustrée.

Souvent la personne ne sait pas quels sont ces besoins. Ils sont inconscients et refoulés.

On peut les diviser en:

- Besoins physiologiques

se nourrir, se reposer, éliminer les déchets: uriner et aller à la selle, le sexe, avoir chaud, être en sécurité.

- Besoins intellectuels

lire, savoir, s'amuser, orienter sa créativité, le jeu.

- Besoins émotifs

les exprimer, donner ou recevoir de l'affection.

- Besoins sociaux

faire partie d'un groupe, d'une famille, vie professionnelle épanouie, se faire respecter, avoir une bonne image de soi, savoir communiquer.

- Besoins spirituels

trouver un sens à sa vie, croire en certaines valeurs

Maladies et psychisme

Définitions

On a l'habitude de séparer en médecine:

- les vraies maladies qui sont confirmées par un examen complémentaire comme un scanner. La lésion est là, on la voit.

- les fausses maladies

Le bilan de santé ne montre rien, mais le malade continue à se plaindre de quelque chose (signe ou symptôme).

Cette séparation n'est pas bonne car il y a une relation entre les deux quel que soit le cas.

Un cancer a forcément des conséquences sur le psychisme.

Un faux médicament (placebo) a souvent une action sur une vraie maladie (maladie organique puisqu'un organe est malade.)

Comment expliquer que dans un vieux couple de personnes âgées, souvent lorsque l'un meurt d'une maladie, le second s'éteint rapidement sans cause évidente ?

Des symptômes étiquetés "fausse maladie" peuvent se révéler une vraie maladie par la suite grâce à de nouvelles découvertes scientifiques

Des troubles fonctionnels (d'une "grande fonction" comme la digestion) ne trouvent souvent aucune cause médicale. Les examens ne montrent rien et pourtant le malade se plaint. Citons comme exemple les douleurs abdominales

Les examens comme la fibroscopie et la colonoscopie sont négatifs. Les spasmes et colites sont pourtant là. On parle de colopathie fonctionnelle.

Maladie psychiatrique

Le psychisme a pris le dessus.

Le comportement du malade devient irraisonné. Dans ce cas on passe dans le domaine de la psychiatrie.

Retentissement psychiatrique d'une vraie maladie

Une grave maladie comme un cancer donne en plus des signes habituels, un changement de caractère et d'autres manifestations psychiques voire des signes psychosomatiques.

Conséquences d'un handicap

Une personne handicapée a une perception de son corps différente.

Certains signes sont humiliants comme l'incontinence urinaire.

Dans la société française, les handicapés sont cachés.

Il faut essayer de le convaincre, que malgré son handicap, il doit vivre comme tout le monde.

Sociologie

La sociologie est l'étude des relations humaines notamment en groupe, en famille. Elle étudie la société.

L'influence sur l'enfant en formation est particulièrement importante.

Nous appartenons à des groupes : famille, travail... Il y a des règles à respecter (vivre en société, règlement intérieur).

Il y a le plus souvent une hiérarchie avec un chef.

Tout changement nécessite au préalable informations et discussions, car la résistance est forte. On aime bien ses habitudes.

La famille

La famille est l'ensemble de personnes liée par le sang, vivant ou non sous le même toit.

Cette définition théorique et restrictive (filiation biologique) s'élargit maintenant à des liens légaux (pac) ou affectifs sans reproduction (homosexuel...).

Principes

L'organisation théorique varie d'une société à l'autre, mais elle reposait sur les mêmes bases:

- alliance

C'est l'union entre un homme et une femme selon des règles variables selon la société.

- filiation

C'est la naissance des enfants résultant de cette union, puis des petits enfants... D'où la notion de grand parents, de parents...

On parle donc de lien de parenté : ascendante ou descendante et entre frère et sœur de parenté collatérale.

Note

- Parenté ascendante : enfants -> parents -> grands parents
- Parenté descendante : grands parents -> parents -> enfants
- Parenté collatérale : frère <-> sœur, cousin(e) <-> cousin(e)

Modèles familiaux

Ils sont variables d'une société, d'un pays à l'autre. Ils évoluent en fonction du temps, des mœurs.

- famille nucléaire

C'est la plus classique.

Elle est composée des parents et des enfants non mariés.

La durée de vie augmentant, on peut désormais avoir un groupe familial sur 3 voire 4 générations: grands parents, arrière grands parents...mais ne vivent plus ensemble.

- famille monoparentale

composée d'un adulte souvent une femme vivant avec ses enfants du fait d'un divorce ou d'un décès.

- concubinage

vie commune d'un homme et d'une femme sans lien administratif.

- famille recomposée

réunit un parent avec ses enfants d'une première union avec un nouveau conjoint avec ou sans enfant.

- Pacs

Il permet à deux adultes voire du même sexe d'officialiser une union afin de pouvoir bénéficier d'un lien pour les problèmes administratifs: logement, assurance maladie et de pas léser le survivant en cas de décès.

Notes

- La composition de la famille évolue en fonction du temps et des sociétés.
- Elle n'est plus la même aujourd'hui (XXI siècle)

Les fonctions de la famille

Le rassemblement sous un même toit a plusieurs fonctions, dont:

- la principale est la reproduction (faire des enfants),
- de partager en commun le logement,
- de vivre ensemble
- d'éduquer les enfants.

En effet au départ l'enfant n'a pas de règle, de modèle.

Il doit apprendre et connaître les interdits de la société où il vit.

Mais les relations familiales évoluent dans notre société occidentale

Influence sur l'individu

Ce noyau qui est la famille maintient un modèle social, un élément modérateur.

Son absence est à l'origine de perturbations sociales.

Mais d'un autre côté le jeune doit se détacher de sa famille pour vivre sa vie.

La société

Définitions

Il s'agit des relations entre les individus, les familles, les groupes.

La culture

La société transmet notre patrimoine culturel:

Connaissances, mais aussi tout ce que nos ancêtres ont appris, accumulé et construit.

L'évolution

La société évolue au fil du temps.

Elle doit s'adapter entre les traditions anciennes et nouvelles.

Il y a et aura toujours un choc de générations entre les anciens et les jeunes.

La société bouge en permanence. Elle s'adapte.

Les groupes

Nous vivons en groupe : groupe familial, l'école, le travail. Nous appartenons à un groupe partageant les mêmes valeurs, comme la religion.

C'est un groupe d'appartenance.

Mais nous pouvons changer d'attitudes sociales afin de changer de groupe.

L'exemple le plus typique est l'émigré qui doit s'adapter à son nouveau groupe dit de référence. Mais il peut aussi choisir de continuer à vivre avec ses cultures d'origine et en se regroupant par habitations de même ethnie: Chinatown...

Dans la vie quotidienne, nous sommes classés selon notre catégorie socioprofessionnelle: agriculteur, ouvriers, fonctionnaires, profession libérale, retraité...

Fonctionnement d'un groupe

Hiérarchie

Le plus souvent, il y a un chef qui est élu, spontanément ou naturellement.

Sa fonction est variable: autorité, leader, ou représentant du groupe.

Il existe des sous chefs d'où dans nos sociétés la notion de hiérarchie souvent dite pyramidale car au sommet il y a un seul chef comme le patron au travail, puis des chefs de service jusqu'en bas de l'échelle où la base de la pyramide est large.

Règles

Il faut savoir ce que fait le groupe, ce qui est autorisé, ce qui est interdit.

Ce sont des règles transmises de génération en génération.

Par ex.:

- pour les religions avec un écrit de référence: bible, coran, talmud...

- pour la nationalité il y a des lois.

- pour le travail il y a des règlements intérieurs.

Ces règles sont un consensus en principe démocratique du groupe avec des représentants (députés) ou pour le travail, syndicats, conseil de service...

Equilibre

Si le groupe vit en harmonie, il n'y a pas de problèmes mais cet équilibre est parfois rompue : coup d'état, émeutes au niveau collectif, grèves pour le travail ou au niveau du cercle de famille: divorce, crime, vol...

Communication

Le groupe communique avec d'autres groupes.

Dans votre profession la communication se fait en chaîne. Le centre 15 vous confie un transport, vous passez un bilan, à l'arrivée vous communiquez avec les urgences...

Le chef fait des notes de service qui sont transmises en étoile à l'ensemble du groupe de travail.

Appartenance

Un groupe uni partage ses réactions, ses émotions.

On parle de sentiment collectif.

Nous sommes en phase avec nos collègues si l'un d'entre nous à un problème.

On réagit tous ensemble avec la même attitude.

Ça peut se traduire par un arrêt de travail momentané pour marquer notre solidarité.

Note

- Le personnel d'une entreprise d'ambulance constitue un groupe

Rythme social

Une société a ses habitudes: jours de fête pour les religions, vacances d'été pour le travail...

L'individu

Un individu ne peut vivre seul, isolé. Il est obligé de vivre plus ou moins intensément en société.

Cela repose sur notre éducation et notre environnement de notre enfance.

Le poids de la religion, des cultures ethniques, des traditions étaient importantes.

Mais de nos jours, elles prennent moins de place avec la disparition de la religion, mondialisation de la culture avec les mêmes références vues à la télévision et le développement de l'internet.

Même le noyau familial éclate.

Apprentissage

Si le rôle des parents diminue, l'éducation publique se charge de la formation principalement des connaissances.

Dans les professions pratiques, il faut un apprentissage sur le terrain d'où les stages. L'enseignement pratique est aussi important que l'enseignement théorique.

Echecs de la socialisation

Délinquance

Elle est en dehors des clous, dévie de la route, des règles de notre société.

Délinquant pour notre société mais le même comportement pourrait être vu comme normal dans d'autres groupes!

Ses délits sont souvent considérés par lui comme insignifiants.

Les origines de son comportement sont multiples:

- immaturité de la personne
- milieu familial éclaté
- provocation
- choc des cultures avec une immigration récente surtout la deuxième génération qui est né en France et n'a plus de référence

Marginalisation

L'exclusion est différente.

Le clochard est parfois volontaire pour s'exclure mais le plus souvent il s'agit d'un rejet de la société: chômage, maladie, infirmité...

L'alcoolisme et la drogue ont une part de responsabilité.

Entrée dans le groupe

A l'inverse pour des groupes forts, il y a des obstacles à franchir avant d'entrer dans ce groupe.

Il y a des rites d'initiations pour faire partie du groupe: épreuves des sociétés primitives au bizutage des écoles .

L'entrée même au travail dans une équipe nécessite un temps d'adaptation. On est jugé, on teste notre caractère, notre résistance, nos faiblesses.

La plus petite société est celui du couple homme-femme.

Les unions qui durent sont celles où le dialogue est permanent, ceux qui se parlent et font en permanence des concessions.

Notes

- L'ambulancier, sans le savoir, rentre dans un groupe sur le lieu de son travail.
- Il y a des règles à respecter

Changement d'habitude

Nous avons accumulé au cours des années, un certain nombre d'habitudes, d'automatismes. Nous nous sommes fondus dans un moule et souvent nous sommes bien dans ce milieu qui souvent nous protège des agressions extérieures.

Le changement peut être brutal comme la maladie, le licenciement. Selon notre caractère nous réagissons plus ou moins bien.

Mais le changement est souvent plus minime surtout au travail: changement d'horaires, de lieu de travail....

Spontanément, nous avons tendance à résister à ces modifications.

C'est pourquoi, il est préférable de préparer la démarche grâce à des réunions préalables.

Nous devons apprendre à avoir un certain sens critique. Savoir distinguer ce qui est bon, ce qui est mauvais.

Quel que soit la réponse apportée, la vie en société nécessite adaptation et compromis.

Sinon la réponse négative se traduit par l'agressivité, la résignation avec une dépression à la clef, la fuite, l'isolement ou la démotivation.

C'est le même principe de "l'annonce" d'une maladie grave.

Dans ce cas la résistance passe par la grève, la révolte voire la destruction de l'outil de travail.

En résumé l'individu peut ne pas accepter le changement (mode négatif). Cela se traduit par :

- refus, calcul intéressé (ruse)
- vengeance, révolte (agressivité)
- dépression, résignation (démission), il ne s'implique plus dans son travail
- départ, isolement (fuite)

Il faut éviter que votre collègue passe au suicide d'autant que son comportement n'est pas toujours évident

Le plus souvent, la routine fait que la phase disparaît et que l'intégration au travail reprend mais avec en soi un sentiment d'insatisfaction voire de haine cachée.

Le mode positif est de participer à la discussion, de proposer des solutions et de lutter dans le bon sens.

Cas particulier de la personne âgée

Souvent elle a besoin de repère et peu à peu des habitudes se prennent :

- repas à la même heure
- heures du feuilleton ou information à la télé
- heures de la prise de médicaments
- passage du facteur

- distribution de repas
- visite du kiné...

Si la personne est hospitalisée surtout en urgence (fracture du col du fémur par ex.), elle est brutalement confrontée à un monde différent avec des horaires et des repères nouveaux.

Elle peut être déstabilisé et "lâcher prise".

Note

- Attention aux transports répétitifs ou/et sur RDV d'une personne âgée
- Respecter ses habitudes : caler l'horaire en fonction de son emploi du temps monotone
- Respecter les horaires: un retard, elle va paniquer

La culture

Le groupe d'une société accumule au fil des générations, des références de tradition, de savoir-faire pour la survie économique et physique du groupe.

Mais l'esprit découvre aussi l'art, la foi...

Elles sont transmises aux enfants par voie orale et maintenant par l'écrit, l'audiovisuel...

Milieu culturel

Nous vivons dans un milieu culturel. L'enfant est très influencé par ce milieu. Mais dès l'adolescence, il pourra découvrir et acquérir de nouvelles choses souvent phénomène de mode: musique, habillement.

Il rejettera certaines choses comme la religion de ces parents ou ses origines lors d'une immigration récente.

Inégalités culturelles

Le bagage d'un enfant issu d'un milieu socioculturel riche sera plus fort que celui d'un milieu défavorisé.

Néanmoins l'enseignement public obligatoire estompe un peu cette inégalité.

Malgré un handicap culturel, grâce à l'enseignement notamment professionnel, on peut toujours progresser, plus tard dans la vie

Religions

C'est la culture la plus forte avec ses rites forts.

L'adolescent adopte en général la religion de ces parents, mais peut parfaitement la rejeter.

Esprit critique

C'est la richesse de l'homme de pouvoir s'adapter à un environnement différent.

Le bagage qu'il a acquis par ses parents, l'enseignement doit être enrichi par de nouvelles connaissances. Les anciennes seront critiquées. Un jugement différent est nécessaire

Violence

Elle n'est jamais acceptable.

Même légère elle laisse des traces surtout si elle se répète à bas bruit.

Hélas elle devient quotidienne dans notre société.

Les services d'urgence sont de plus en plus confrontés à ce type de comportement.

Les types de violence

Violence détresse

L'agressivité renvoie à une peur ou à une émotion qui n'a pas trouvé ses justes mots.

C'est un appel au secours mal exprimé ou pour montrer qu'on existe malgré la maladie.

Chercher l'origine d'une peur non-dite détourne le risque de violence.

Violence conflit

Plutôt que de répondre en amplifiant le coup de gueule, il faut au contraire neutraliser et déséquilibrer la personne.

Sur un ton bien en dessous, il faut répondre en allant dans le même sens: vous avez raison. Son agressivité est désamorcée.

Et dans un deuxième temps expliquer calmement son point de vue.

L'agresseur prend conscience qu'il y a une autre logique que la sienne mais qu'on a néanmoins reconnu son opinion.

Violence irraisonnée

Elle est en rapport avec une maladie psychiatrique, un alcoolisme ou une drogue.

A la violence verbale s'ajoute souvent une violence physique.

Le malade peut devenir dangereux pour lui et pour autrui.

Il faut négocier en offrant un choix au malade et s'impliquer soi-même dans ce choix.

Si le patient se calme c'est qu'il a accepté la solution proposée mais il est impliqué et le contrat doit être respecté par les deux parties.

Si le dialogue n'est pas possible, il faudra recourir à d'autres méthodes de contention et de médicaments.

Violence de société

Elle est plus dangereuse.

A la source il y a souvent une marginalisation de la personne, souvent un adolescent vis-à-vis de la société, de l'ordre établi. C'est sa forme de dialogue.

Il faut éviter de répondre et de renchérir.

Dans une société de consommation, le médecin est aussi un service: "j'ai payé, donc j'y ai droit et tout de suite".

De plus en plus fréquente en milieu hospitalier surtout aux urgences. Il ne faut pas hésiter à porter plainte si cela est justifié.

Violence du malade

Il y a souvent une origine comme la douleur ou l'injustice que représente la maladie.

Il faut rechercher les besoins et les satisfaire comme calmer une douleur, changer de position, linge propre.

Il faut parler, garder un ton calme, ne pas montrer sa peur, prononcer des paroles apaisantes d'aide.

On répondra aux questions les plus anodines.

Violence de la famille

Devant une douleur comme le deuil, il faut respecter l'expression tout en la canalisant en isolant les familles.

Dans les autres cas, c'est l'angoisse, la peur de savoir.

Souvent il y a un manque de communication. Certes on ne peut pas soigner, réanimer et rassurer et expliquer à la famille.

Néanmoins il faut prendre un peu de temps pour donner quelques informations

◁ Revoir cours maladies psychiatriques (Module 2)

Attitude pratique

Elle est variable selon le type de violence.

Précautions

Les mesures prises doivent permettre d'éviter tout risque pour le patient et pour vous même.

Il ne faut pas jouer aux héros et au besoin demander de l'aide.

En résumé: rester à distance, isoler, écouter, dialoguer... et essayer de calmer sa violence.

◁ Revoir cours protection personne agitée (Module 1)

Méfiance

Arriver discrètement sans avertisseur sonore ou lumineux. Se garer à distance.

Ne pas être un héros, si agression, tir par ex, rester éloigné en attendant les forces de police spécialisées.

Attitude

Toujours se présenter. En général, il y a un respect de l'autorité, d'où l'intérêt de ne pas être en civil mais en tenue complète d'ambulancier.

Parfois au contraire la blouse blanche est mal vue.

Une attitude rassurante calmera le patient.

Ne pas sourire, ne pas rentrer dans son jeu délirant (de plus peut être manipulateur).

Se tenir face à la personne mais à distance (en dehors de la zone intime de 30 cm) (1 m minimum).

Il faut essayer d'être au même niveau que la personne, par ex. faire asseoir et s'installer à côté de lui.

Dans un premier temps ne pas toucher la personne qui peut le percevoir comme une intrusion dans son corps.

Isoler

L'abord du malade n'est pas toujours simple.

Il faut dédramatiser la situation, en écartant la famille et les témoins. Le patient est ainsi isolé.

Sans spectateur, sa crise s'arrête parfois.

Tentative de dialogue

C'est possible si le patient n'est pas atteint d'une maladie psychiatrique ou d'une démence (Alzheimer).

Votre comportement doit être "neutre".

L'attitude doit être correcte, sans remarque, calme, mais ferme, sans chantage.

On évitera la familiarité, utiliser le vouvoiement, "Monsieur, Madame"

Laisser s'exprimer (se sent léser, croit à son histoire) et surtout ne pas le contredire.

L'expression: "Monsieur calmez-vous " en haussant le ton n'arrange pas les choses au contraire.

Et surtout ne pas s'énerver, dans ce cas on rentre dans une spirale infernale.

Ecoute

Il faut de la patience, en essayant de faire parler la personne sans rentrer dans son jeu.
C'est plus une écoute, en ne coupant pas la parole et rester très poli.
Ne pas relancer le débat et pas de réponse trop longue
Reformuler les questions (Accuser réception du message de détresse : "je vous ai entendu")
Faire comprendre que l'on écoute.
Il ne faut pas juger, rester neutre, garder son opinion pour soi et pas de réflexion à voix basse, d'autant qu'il peut l'entendre.
Toujours rester courtois et calme "zen"
Passer le relais à l'équipier si le "courant" passe mieux avec lui.

Comprendre

Il faudra rechercher pourquoi la personne est dans cet état car il ne s'agit pas toujours d'un malade mental ou d'un alcoolique.
Des erreurs d'aiguillage, lors de l'hospitalisation, sont parfois commises.

Prévenir le passage à un acte suicidaire

Ecarter la personne d'une fenêtre.
Enlever tout objet
Ne jamais laisser la personne seule
Ne jamais lui tourner le dos (risque d'agression)
Ne pas avoir de foulard, écharpe (risque de strangulation)

Contention exceptionnelle

Avant d'utiliser la force, le dialogue est préférable.
Si la situation devient dangereuse, l'intervention en force n'est possible qu'en nombre suffisant, car l'agitation du malade va s'aggraver.
Il faudra alors se résoudre à la contention.
Elle est possible mais uniquement en cas de nécessité absolue et en référer au plus vite au 15 (article 122.7 du code pénal)
Le matériel doit être adapté avec des liens larges
Surtout pas de garrot et risque de compressions vasculaires et nerveuses (chevilles et poignets)

Quelques précautions sont nécessaires :

- vider les poches (couteau, briquet)
- limiter le risque d'étirement
- surveillance visuelle permanente
- urinal à disposition
- attention aux crachats et coup de pied possibles

Maltraitance

Définitions

Ce sont les agressions physiques mais aussi psychiques à des personnes qui ne savent pas se défendre.
Elles sont le fait de l'entourage notamment des parents vers leurs enfants, mais aussi en institution: professeurs, éducateurs et aussi soignants
Les personnes les plus vulnérables sont les enfants, les personnes handicapés et les personnes âgées.
Mais il ne faut pas oublier le conjoint !

Types de maltraitance

Agressions physiques

Les coups portés sont visibles ou non: du simple hématome à la fracture en passant par les brûlures.

Cas particulier des enfants

Il s'agit de brutalités ou de défaut de soins.
L'auteur est un des parents ou plus rarement la nourrice.
Rappelons que les soignants sont déliés du secret professionnel et on même obligation de signaler les faits.

- Syndrome des enfants battus ou syndrome de Silvermann

On dépiste sur les radiographies de multiples séquelles de fractures.

- Enfant secoué

Un jeune nourrisson de moins de 6 mois est secoué parce qu'il pleure un peu trop ou pour jouer, il est projeté en l'air. Le cerveau tape contre la boîte crânienne. Les dégâts sont importants avec hémorragie cérébrale. Il y a risque de mort ou de lourdes séquelles.

- Syndrome par procuration dit de Münchhausen

Un des 2 parents a un problème psychiatrique grave. Ayant des connaissances médicales (internet par ex.). Il provoque des lésions ou une maladie chez son enfant ce qui permet de se mettre en valeur.

Agressions sexuelles

Des attouchements ou viol.

Il est important que l'ambulancier ne soit jamais seul avec un patient. Car celui-ci peut à tort porter des accusations contre vous.

Un simple attouchement de la poitrine est considéré comme un crime, encore plus s'il s'agit d'une mineure.

Attention : ne jamais être seul avec le patient dans un endroit clos

Agressions psychologiques

Des propos désobligeants, des humiliations envers des personnes faibles sont rencontrés.

Mais il peut s'agir aussi d'abus de pouvoir ou de mauvaises relations au travail.

Le harcèlement, y compris sexuel est un délit. Encore faut-il le prouver.

Privations

Il s'agit de privations de liberté (séquestration), d'autonomie (argent), d'alimentation, de soins de propreté ou médicaux.

Dépister une maltraitance

Il est rare qu'une victime parle de ses ennuis.

C'est plus par des petits signes que l'ambulancier sera alerté mais le doute est permis et il faut faire acte de prudence

A qui se confier ?

Lors de la transmission à l'équipe soignante, rien n'empêche d'évoquer vos soupçons. Tout cela reste dans le cadre du secret professionnel.

N'oublions pas que le code pénal punit toute personne qui ne dénonce pas un crime ou sévice surtout chez les enfants.

L'article 434-1 du code pénal précise: "Le fait, pour quiconque ayant connaissance d'un crime dont il est encore possible de prévenir ou de limiter les effets, ou dont les auteurs sont susceptibles de commettre de nouveaux crimes qui pourraient être empêchés, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende. "

L'article 434-3 du code pénal précise: "Le fait, pour quiconque ayant eu connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'atteintes sexuelles infligés à un mineur de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende. "

Maltraitance du soignant

Ce phénomène, hélas, se rencontre, principalement en gériatrie, en psychiatrie.

Cette maltraitance peut commencer par la simple négligence, comme manipuler une personne sans précaution, de cogner le brancard dans un mur, de parler fort au malade et de le tutoyer en l'infantilisant, de l'appeler "pépé".

Le vieillard est vulnérable et en fait une victime idéale car il se défend mal.

Un respect est nécessaire.

Des mises au point avec l'équipe sont indispensables.

Nous libérons notre propre violence "animale" surtout si nous sommes fatigués, débordés.

Le malade est en situation de soumission de faiblesse, par sa position allongée, par son âge et par sa folie. Il déclenche en nous des réactions de pouvoir.

Il faut donc travailler sur son propre comportement. Bien sûr on ne peut pas le faire tout seul.

Si un membre de son équipe a ce comportement, il faudra réunir le groupe pour en discuter et tenter de trouver une solution.

La personne nécessite peut être des soins et une consultation médicale via la médecine du travail est toujours possible.

Risques psychologiques chez l'ambulancier, Burn out (Epuisement)

Une intervention ou la répétition de situations désagréables peuvent retentir gravement et durablement sur l'état psychologique de l'ambulancier.

Celui-ci (à défaut son entourage) doit pouvoir reconnaître les signes d'alerte.

La meilleure prévention est le travail en équipe dans une bonne entente ainsi que le dialogue.

Les erreurs médicales ou de conduite sont plus fréquentes lors d'une fatigue, d'un stress, d'une urgence.

Il faut aussi avoir à sa disposition des procédures écrites des gestes à faire lors d'une situation difficile.

Les compagnies aériennes et les pilotes sont très vigilants et ont depuis longtemps analysés les risques et les démarches notamment en faisant une "check list" au départ.

Syndrome post traumatique

Après un événement grave, plus tard il peut apparaître des "flashbacks", c'est à dire des visions de la scène, puis des cauchemars, de l'insomnie.

Cet état va s'effacer peu à peu ou persister. Surtout une nouvelle situation similaire ou plus faible peut entraîner une rechute.

En général, notre caractère fait face mais souvent ne suffit pas. Il faut en parler avec l'équipe et si possible demander à un psychologue de vous aider. (Demandez au SAMU ou aux urgences). Il ne faut pas attendre.

Le mot " post traumatique" doit être pris au sens le plus large et ne concerne pas que les victimes d'accidents.

Ce syndrome post traumatique concerne aussi l'ambulancier qui est en présence d'une situation dramatique.

Après une situation exceptionnelle, il faut tous se réunir pour en parler. C'est un " débriefing".

Le burn out ou "épuisement"

Le burning out ou en Français syndrome d'épuisement professionnel s'installe lorsque la fatigue au travail devient excessive.

Circonstances

Elles sont nombreuses et le plus souvent plusieurs circonstances s'additionnent.

Si elles se répètent souvent, on risque même de ne plus faire attention.

- manque de repos
- absence de récupération
- trop de gardes
- situations à stress (accidentés, mort...)
- harcèlements quotidiens (collègues, patron)
- menace de licenciement, de faillite, fisc...

Les signes

Il évolue en 4 phases:

-1. Phase d'enthousiasme idéaliste

Surinvestissement manque de réalisme

-2. Phase de stagnation

Revendications personnelles en première place

Apathie désabusée

-3. Phase de frustration

Troubles comportementaux

-4. Signes évidents

Indifférence, insatisfaction, algies (douleurs diverses), maux de tête (céphalées), insomnie, fatigue

Passage à l'addiction (sommifères, drogue, alcoolisme)

Changement de comportement alimentaire avec boulimie (mange trop sans plaisir).

Explosions émotionnelles: colère, crise de larmes, irritabilité à la moindre émotion

Incapacité d'exprimer ses sentiments : froideur, hyper contrôle (ce sont des réactions défensives et protectrices inconscientes).

Déshumanisation de la relation à l'autre avec sécheresse relationnelle avec le patient et son coéquipier.

Rigidité avec des résistances excessives aux changements et attitudes négatives ou pessimistes.

Malgré les efforts énormes qui sont fournis, il a le sentiment d'être inefficace et impuissant face aux responsabilités et à la charge de travail.

Il a le sentiment de ne plus savoir aider les autres, se sent frustré dans son travail et craint même de perdre de sa qualité professionnelle, ce qui s'accompagne d'un doute de soi et d'un sentiment d'échec dévalorisant. Il se démotive de plus en plus.

Cela se traduit par une présence sur le lieu de travail au-delà de ces heures officielles ou au contraire une fuite du lieu anxiogène donc par l'absentéisme.

Comment résister ? (Esprit sain dans un corps sain)

- vie hygiénique
 - alimentation équilibrée
 - heures de sommeil suffisantes
 - activité physique avec plaisir
 - diversifier ses investissements
 - ne pas venir dans la société en dehors de ces heures de travail
 - ne pas tout investir dans son travail
 - relativisez
 - réagissez, ne pas subir
- En parler: médecin du travail, syndicat, associations

ATTENTION, le burn out est contagieux !

Addiction (drogue)

On ne peut avoir toutes ses capacités de travail et encore moins de conduire si on devient dépendant (alcool, cannabis, drogue)

La prise unique peut avoir les mêmes conséquences car la durée d'élimination est plus longue que l'on croit.

Mise en évidence

Elle est difficile et se fait sur des anomalies du comportement professionnel.

Il est donc illusoire d'attendre des aveux et il faut donc recueillir d'autres preuves comme:

- changements d'humeur (dépression, anxiété, euphorie) au cours d'une même journée
- absences répétées et inexpliquées
- présence nocturne dans l'entreprise ou à l'hôpital en dehors des périodes de garde
- absences réitérées de réponse aux appels pendant les gardes

Conduite à tenir

Il faut aider la collègue car il est malade. Il faut le convaincre de consulter un médecin

Relation avec le patient

Principes

Communiquer

Le malade a besoin de se sentir écouté, compris dans ce qu'il ressent (peur, anxiété, douleur...).

Il a besoin d'aide. Il faut rechercher ce qui lui manque.

Communiquer est une fonction indispensable à l'être humain.

Même à la naissance le nouveau-né communique avec sa mère par l'odorat, le toucher.

Mais attention communiquer n'est pas facile d'autant que le langage médical est opaque.

Démarche éthique

Synonyme d'origine grecque de morale, avec cependant une connotation moins péjorative.

Science de la morale ou discipline qui réfléchit sur les finalités, les valeurs de l'existence, la notion de "bien" ou sur des questions de mœurs ou de morale (comité d'éthique).

Pour faire plus simple, ce sont des règles de conduite, de savoir vivre en rapport avec la morale de notre société.

Il n'y a pas de loi, donc pas de sanction.

C'est un comportement qui repose sur le bon sens.

Déontologie

Les ambulanciers sont des professionnels de la santé, et à ce titre, et comme tous ces professions, doivent respecter des règles de déontologie.

Elle se définit comme la science des devoirs dans l'exercice de la profession.

C'est l'ensemble de règles qui régissent les rapports entre les personnes à l'intérieur de la profession, avec les médecins, les soignants et les malades.

La maladie attribue des droits au malade et des devoirs à l'ambulancier.

Il n'y a pas de code de déontologie de l'ambulancier, mais un ensemble de règles qui lui sont applicables et ont valeur légale.

L'employeur peut en cas de dérive, rappeler par réunion ou par note affichée la bonne conduite.

Pour les médecins il y a un code de déontologie médicale écrit qui fait force de loi et qui est contrôlé par l'ordre des médecins et au besoin par les tribunaux.

Relation et communication pendant le transport

Essayons de suivre un transport de sa prise en charge à sa destination.

Se présenter, attitude

Tenue

Elle sera propre et correcte avec le logo de la société et son nom et sa fonction accrochés à son blouson.(badge par ex.)

- Reconnaissable

- Badge: Nom, qualité, société

L'uniforme est indispensable, image de marque de la société et respect de l'hygiène.

On ne devrait pas rencontrer de tenue civile (genre jean et baskets sales) sous un vague blouson de la société.

L'idéal serait d'avoir des manches courtes permettant un lavage facile des mains et des avant-bras

On ne portera ni bijoux, ni montre au poignet.

Pas de foulard (risque d'agrippement de l'invalide ou de l'agité)

L'hygiène sera impeccable

- Bonne hygiène

- Tenue impeccable
- Haleine correcte (pas d'ail au repas, nicotine)
- Ongles propres et coupées
- Mains toujours propres et régulièrement lavées et désinfectés
- Cheveux regroupés et protégés

Il est interdit de fumer pendant le transport mais aussi en dehors car l'odeur de tabac reste imprégnée dans le véhicule ou sur les habits.

Comme tout conducteur aucun alcool ne doit être absorbé pendant les heures de travail, ainsi que des tranquillisants ou pire de la drogue (y compris cannabis).

Attention les stupéfiants et somnifères ont une action prolongée perturbant la vigilance sans le voir.

L'odeur de tabac peut rester sur les vêtements

Attitude

Il faut se présenter et décliner son nom, prénom voire son petit nom et sa qualification.

Une poignée de main sera la bienvenue (mains propres bien sûr et désinfection avec gel hydro-alcoolique.)

(Geste discutable et sous réserve car risque de transmission microbienne)

- Calme
- Non angoissé
- Détendu
- Respectueux
- Sans jugement

On doit s'adresser directement à la personne, et la regarder dans les yeux afin de montrer le respect.

Votre visage sera détendue avec une attitude calme, sans transmettre une angoisse devant une situation dramatique ou/et stressante.

- au même niveau

- yeux en face de la face du malade

- tenir la main

N'oubliez pas que dès les premières minutes, le premier contact est le moment le plus important de la prise en charge.

On appellera le patient par son nom avec le vouvoiement.

Il faut éviter pour les personnes âgées, les termes de "Mamy ou Papy" et de ne pas monter le ton trop fort sous prétexte de surdité.

Le port de gants voire de masques peut choquer le patient qui se sent humilié. Devant l'obligation, une explication déculpabilisante est nécessaire.

Il est classique de définir des zones d'approche autour du malade ou de la victime. Notre attitude sera différente selon la distance entre vous et la personne à examiner.

- zone intime : tout près du malade (zone des émotions)

- zone personnelle : moins d'un mètre (zone de dialogue avec le patient)

- zone sociale : de 1 à 3 m

- zone publique : après 3 m

Respect du malade

Il faut considérer le patient comme un individu à part entière, malade mais aussi "client".

Il a droit au respect.

Vous rentrez dans son "territoire" par obligation. Le malade n'a pas le choix s'il veut être soigné.

Rien de plus désagréable d'ignorer le patient considéré comme un "paquet".

Attention aux conversations entre ambulanciers devant le malade. Raconter votre soirée alors que le patient insomniaque a souffert toute la nuit n'est pas très intelligent !

L'usage du smartphone est interdit dans le périmètre du malade et dans la cellule sanitaire.

Les textes officiels

Donc le bon sens impose le respect du malade, mais si vous n'êtes pas convaincu, la loi est là pour vous rappeler à l'ordre.

La loi du 4 Mars 2002 relative aux droits du malade précise:

- Art L.1110-2. "La personne malade a droit au respect de sa dignité"
- Art L.1110-3. "Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès aux soins"

Code civil:

• Art 16: "La loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain..."

• Art 16.1: "Chacun a droit au respect de son corps qui est inviolable..."

Charte du patient hospitalisé

•Chapitre 8 : La personne hospitalisée est traitée avec égards

" Le respect de l'intimité de la personne doit être préservé lors des soins, des toilettes, des consultations et des visites médicales, des traitements pré et post-opératoires, des radiographies, des brancardages et, plus généralement, à tout moment de son séjour hospitalier. La personne hospitalisée est traitée avec égards..."

Discrétion

Vous rentrez dans l'intimité de la personne avec tous ses secrets, sa pudeur (nudité), son infirmité (prothèse, perte des cheveux sous chimiothérapie...), sa vie privée.

A domicile, vous arrivez en étranger, surtout en urgence si l'intérieur est "dans son jus".

Le secret professionnel s'applique aux ambulanciers. (Voir module 7)

Observer

Coup d'œil

Détresse ?

En abordant le patient, un coup d'œil discret permet en général de dépister une situation clinique grave avec détresse.

En cas de non réponse à l'accueil "*Bonjour je suis Mr Durand ambulancier*", vous lui prenez la main et demandez "*vous m'entendez, serrez les mains*"

◀ Revoir Bilan (module 1)

Expression non verbale

L'expression du visage, sa mimique peut informer sur une souffrance, une douleur...

◀ Revoir Douleur (module 2)

Le regard du patient est riche d'enseignement.

C'est tellement vrai que des petits personnages dessinés appelés "smileys" sont utilisés dans nos messages pour manifester notre humeur.

Citons comme attitude:

- un visage sans expression, les traits tirés, le teint terreux correspondra à un patient fatigué voire en détresse physiologique.
- un rictus, une grimace exprime la douleur, la détresse psychologique
- des larmes pour la tristesse, un appel au secours, une panique...
- un sourire est une expression de bien être, de satisfaction...
- un bâillement signale l'ennui mais aussi une détresse circulatoire (manque de débit donc d'oxygène dans le cerveau)

Pas de jugement

Il ne faut pas porter un jugement immédiat sur le malade qui souvent est faux.

Ex : c'est un alcoolique, un sans papier, un émigré, il ne se lave pas ...

On peut ainsi commettre de graves erreurs aux conséquences dramatiques pour le patient et aux conséquences judiciaires majeures.

Ex: négliger une personne en état d'ébriété alors que ces signes sont en rapport avec une lésion dans le crâne...

Attention à vos mimiques péjoratives même si vous croyez qu'elles ne sont pas vues!

Rester calme quel que soit l'attitude du malade et de son entourage.

Il ne faut pas exercer de discrimination entre les malades liés à l'état de santé, l'âge, le statut social, la race, la religion...

Limite d'intervention

On respectera le libre choix du patient, il peut refuser de se faire soigner, d'être transporté.

Dans ce cas il faudra essayer de le convaincre et en dernier recours le médecin traitant ou l'équipe médicale

Ceci exclu, bien entendu les urgences vitales où le patient ou le blessé n'a pas tout son jugement.

Une aide est nécessaire en présence d'un agité, d'une situation grave. Un appel au centre 15 devient une obligation.

Dans la pratique quotidienne, il est fréquent de rencontrer des patients ayant des dispositifs médicaux qu'il faudra surveiller.

Si ceux-ci sont actifs (transport secondaire) comme un pousse seringue, c'est au service de prendre la responsabilité de décider si le transport doit être médicalisé ou accompagné par un membre de l'équipe soignante ou non.

Un refus justifié de l'ambulancier est possible avec risque de conflit avec son employeur (voir les blogs de discussion).

◀ Revoir Transport patient appareillé (module 2)

Ecouter

Le fait d'être attentif rassure le malade. La première chose à faire est de...ne rien faire, c'est à dire de laisser parler le malade tout en gardant une attitude attentive en le regardant et en accusant réception son message.

Par l'écoute du patient on lui fait prendre conscience d'une image plus positive.

Il a le sentiment que l'on s'occupe de lui.

Distance

Il faut être relativement près du malade dans sa zone dite "intime" à moins de 50 cm.

Surtout il faut être à hauteur du patient pour croiser son regard, au besoin en s'agenouillant pour que votre face soit au niveau du brancard ou le plus près du sol s'il est allongé par terre.

Faire le tri dans ses paroles

Parmi toutes les informations il ne faut pas négliger ce que dit le patient ou son entourage. Certaines choses sont sans intérêt mais d'autres sont importantes, à prendre en compte puis à noter et transmettre à l'arrivée.

Lorsque le patient dit qu'il va mourir...parfois il n'a pas tort !

Ecoute active

Toute question demande une réponse.

Il faut savoir reformuler et attendre la confirmation de la personne.

Attention, on peut inconsciemment écouter mais ne rien retenir avec un réflexe de style "oui, oui..."

Il faut éviter de couper la parole.

Secret médical

L'ambulancier est tenu au secret professionnel et ne doit pas communiquer à autrui des confidences du patient.

Souvent le patient prêche le faux pour savoir le vrai. Il veut en savoir plus sur sa maladie surtout s'il a été mal informé par une équipe médicale.

Il est souhaitable de ne pas ouvrir la lettre médicale d'accompagnement (voir blog, débat sur certains qui pensent que c'est possible)

On ne lira pas le dossier médical que l'on vous a confié et encore moins de communiquer des informations au patient.

Certes il n'y a pas de secret pour le malade et doit savoir mais dans de bonnes conditions (voir consultation d'annonce médicale en oncologie-cancer).

Certaines informations sont partagées avec les équipes soignantes (uniquement les informations médicales).

Communiquer

Il faut rassurer, aider et secourir. Le malade est diminué, angoissé et souffre souvent.

Un sentiment de confiance doit être créé avec une écoute permanente, du respect, de la douceur et courtoisie.

L'ambulancier doit être aimable, poli et courtois.

L'intonation de la voix est très important : non hésitante, ferme et douce à la fois.

Paroles:

- apaisantes

- simples

- claires

- audibles

- laisser temps de réponse

Le dialogue avec le malade ne se limite pas à parler avec lui.

Votre attitude est souvent plus importante que votre réponse verbale.

Un regard, une poignée de main, une intonation dans la voix... sont déterminants dans un dialogue constructif avec le patient transporté.

Le dialogue doit se faire, en priorité, avec le malade et non pas avec son entourage.

Rien de plus désagréable pour le patient de se voir ignorer.

On rencontre, hélas, encore, des médecins qui au lit du malade demande au personnel soignant si la personne a bien mangé

! Les paroles seront simples, courtes, claires et compréhensibles.

Rassurer

Comprendre les pleurs, cris au besoin en expliquant que son attitude est normale, ne pas le culpabiliser

Un regard, une main peuvent suffire, pas besoin d'une longue explication surtout si vous devez mentir. Ex "tout va bien", alors que la personne est en train de mourir.

Les réponses seront prudentes, claires et simples sans minimiser ce que ressent le patient (douleur, angoisse...)

Un patient qui parle trop ou pas assez est souvent stressé.

Conseils adaptés

Le langage doit être clair mais limité.

Tous les gestes seront expliqués ainsi que les raisons du transport.

Le patient est inquiet sur un examen qui doit être réalisé. On peut le rassurer surtout si on connaît la réalisation de celui-ci.

Le jargon médical

Très rapidement, sans le vouloir l'ambulancier va employer un langage spécialisé.

On rencontre ce phénomène dans toute profession.

Par ex. on ne dit pas que le malade souffre beaucoup mais que la douleur est hyperalgique et paroxystique.

Il faudra donc lors du bilan, poser des questions simples.

Prudence

- Aux demandes de renseignements, la réponse sera adaptée.
- Chaque geste effectué sera commenté avec des mots simples expliquant bien le pourquoi du comment.

Faire de l'hypnose sans le savoir

En parlant avec le patient, en entamant une conversation sur un sujet futile (vacances, météo...) vous détournez son attention et vous faites de l'hypnose sans le savoir.

Cela peut oublier son angoisse, sa douleur...

N'avez-vous jamais remarqué qu'une douleur disparaît ou s'atténue lorsque vous êtes hyperactif. Vous n'avez plus le temps de penser à vos malheurs !

Rechercher les besoins, les attentes

Le malade a souvent une dépendance physique voire psychologique avec son entourage et l'environnement.

IL faut donc être à l'écoute pour décoder ses demandes, ses besoins, ses plaintes.

S'il ne peut l'exprimer, on demande à l'entourage ou au personnel soignant.

Besoins

Rappelons qu'ils se répartissent en :

- besoins physiologiques

se nourrir, se reposer, éliminer les déchets: uriner et aller à la selle, le sexe, avoir chaud, être en sécurité.

- besoins intellectuels

lire, savoir, s'amuser, orienter sa créativité, le jeu.

- besoins émotifs

les exprimer, donner ou recevoir de l'affection.

- besoins sociaux

faire partie d'un groupe, d'une famille, vie professionnelle épanouie, se faire respecter, avoir une bonne image de soi, savoir communiquer.

- besoins spirituels

trouver un sens à sa vie, croire en certaines valeurs

◁ Revoir Besoins (module 2)

Bilan clinique

Il est obligatoire avant tout transport afin d'éliminer une détresse, Mais attention il ne doit pas consister à un long questionnaire d'une check list appris par cœur ou lue à partir d'une feuille. Cela devient vite impersonnel.

D'autre part il faut essayer d'éviter les doublons. Il n'est pas rare que ce questionnaire soit répété plusieurs fois par des personnes différentes.

◁ Revoir Bilan (module 1)

Bilan sociologique

Le bilan médical est important. Mais il est aussi utile de rapporter à l'équipe soignante d'autres éléments de la vie de la personne transportée comme:

- les personnes vivant avec elle et s'il y a une personne de confiance (époux(e), enfant, voisin, auxiliaire de vie...)

- son habitation (taudis, pauvreté...)

Etablir la confiance

En respectant sa dignité, le patient sera bien avec vous surtout pour des transports répétés.

Il ne faudra pas trop s'impliquer car une relation qui deviendrait affective est mauvaise.

Il faut rester un professionnel.

Rappelons que tout don d'un malade est puni par la loi surtout s'il est vulnérable (personne âgée).

Eduquer, Stimuler

Il faut profiter des moments d'intimité du transport pour rappeler quelques règles d'hygiène.

Il faut stimuler son autonomie.

On peut lui conseiller par exemple d'enlever les tapis dans son appartement afin d'éviter des chutes, de discuter avec sa famille pour une téléalarme....

◁ Revoir prévention des chutes (module 4)

Transmettre à l'équipe soignante

Il ne suffit pas de "déposer" le patient.

A l'arrivée du malade en milieu hospitalier, un dernier examen sera pratiqué et comparé au premier afin d'estimer si l'état clinique reste stationnaire, s'aggrave ou s'améliore. Si la prise correcte des constantes ne prête pas à discussion (données objectives), l'évaluation de la conscience, de l'amplitude respiratoire est une mesure très personnelle (données subjectives).

C'est pourquoi il faut dialoguer avec l'équipe soignante:

Par ex: "J'ai trouvé le malade un peu somnolent, mais depuis son état n'a pas changé" Pour vous il était somnolent mais pour l'infirmière il est dans un coma stade 2 ! En conclusion il n'y a pas d'aggravation mais vous avez mal évalué et minoré l'état de conscience.

Apprendre à communiquer

Communication verbale

La communication ne se limite pas au classique: "Bonjour, Au revoir !"

Il faut apprendre à instaurer une certaine confiance et un sentiment de bien-être.

Dans les moments de stress, d'anxiété comme d'être transporté pour un examen que l'on redoute, il faudra se porter à l'écoute.

Quelles attitudes à adopter ? Elles sont variables selon les circonstances: urgence ou non, personne âgée...

La parole fonctionne sur le mode alternatif: le patient parle, je réponds sans lui couper la parole ou sur le mode interrogatif.

Attitude de compréhension

Il faut spontanément être à l'écoute, d'avoir une ouverture chaleureuse et un respect.

Si on ne comprend pas sa demande, il faut essayer de lui demander de reformuler différemment ses besoins.

Le plus difficile est d'essayer de se mettre à la place de l'autre, de voir le monde comme lui.

Dans son dialogue, on notera un point important de sa plainte et que l'on répétera afin de bien lui faire comprendre que le message a été reçu.

On reformule sa demande et on relève les sentiments et les attitudes qui ne découlent pas de paroles de l'appelant mais qui en sont déduites.

C'est l'élucidation.

Ex :

- "Cela fait un mois que je suis sous chimiothérapie. Ça ne fait aucun effet. "
- Réponse: "Vraiment, vous ne trouvez aucune amélioration "(Reflet de la phrase)
- "Depuis que je suis là les médecins ne me disent rien"
- Réponse: "Ah bon, lors de la visite, ils ne vous parlent pas ?" (Reformulation)
- "J'ai l'impression qu'ils ne s'intéressent pas à mon cas"
- Réponse: "Ne pensez-vous pas que ce n'est pas vrai?" (Elucidation)

Attitude technique de partage

L'aidant essaye d'inviter le malade à s'exprimer davantage afin que le contenu partagé soit bien clair et plus précis. Au besoin, il invite le malade à plus de précision.

Il est très utile de faire la synthèse du dialogue afin de faire comprendre que le message a été bien reçu.

Au besoin, on peut poser au patient quelques questions.

Attitude de retour

Il faut informer le patient des effets que vous avez ressentis lors de cette conversation.

Il faut signaler la divergence entre ce que le malade exprime et la situation réelle que vous avez constatée.

C'est l'authenticité.

Ex: Vous dites que vous avez mal à la jambe, mais je vous vois courir comme un lapin.

Néanmoins il ne faut pas trop le vexer.

Il faut laisser le temps au malade de répondre.

Il ne faut exclure ni parents ou un membre de la famille.

L'auto-feed-back consiste à décrire tous les gestes que l'on fait au fur et à mesure.

Communication non verbale

Les sens permettent de recevoir et de transmettre des messages non verbaux. Citons:

Le silence

Il est aussi une façon d'écouter et se comprendre.

Les mots comme "oui, je vois, je vous écoute, je vous comprends, continuer" est une invitation à poursuivre le dialogue même s'il s'agit d'un monologue.

C'est une technique très utilisée en psychanalyse.

Il faut savoir décoder non seulement les phrases du malade mais sa mimique.

Il faut reconnaître l'importance de l'information captée par la vue, par le regard.

Le toucher ou être touché

C'est aussi une autre forme de dialogue même sans paroles.

C'est une excellente fonction de communication émotionnelle.

N'oublions pas que nous avons aimé les câlins de notre maman lors de notre petite enfance !

Une bonne poignée de mains exprime que nous sommes ouverts, détendus. C'est un geste de confiance et d'ouverture (Précautions d'hygiène nécessaire: lavage des mains soluté hydro alcoolique)

Il faut caresser un vieillard avec douceur.

Saisir un bras avec le pouce et l'index, c'est agressif, comme une tenaille !

La posture

Elle est importante car elle traduit le niveau d'écoute.

Le regard

Il faut regarder les yeux du malade.

Il ne faut pas fuir le malade en regardant ses pieds.

Il faut tenter de capter le regard en se mettant à la hauteur du visage et le plus près possible.

La distance

On doit être ni trop près ni trop loin.

Rappel :

Il est classique de définir des zones d'approche autour du malade ou de la victime. Notre attitude sera différente selon la distance entre vous et la personne à examiner.

- zone intime : tout près du malade

- zone personnelle : moins d'un mètre

- zone sociale : de 1 à 3 m

- zone publique : après 3 m

Il faut être relativement prêt du malade dans sa zone dite "intime" à moins de 50 cm.

Surtout il faut être à hauteur du patient pour croiser son regard, au besoin en s'agenouillant pour que votre face soit au niveau du brancard ou le plus près du sol s'il est allongé par terre.

La salutation

Elle est variable selon l'ethnie, de la poignée de main à la flexion.

N'oublions pas la transmission des microbes par les mains.

La mimique

Elle exprime peur, joie, méfiance, dégoût. Il ne faut pas avoir l'impression d'être ailleurs avec un visage lisse sans expression.

Attention à vos mimiques péjoratives même si vous croyez qu'elles ne sont pas vues!

Cas particuliers

Le trachéotomisé

Certaines canules sont parlantes, mais il faut être attentif.

Les patients sans larynx pour cause de cancer (laryngectomie) ne parlent plus, mais au bout d'un certain temps parlent un peu avec de l'air stocké dans l'œsophage.

La communication est néanmoins possible par l'écrit avec un papier et un stylo ou la classique ardoise magique.

◀ Revoir cours trachéotomie (M2)

Personnes étrangères

Les différences socio-culturelles sont à respecter si cela ne nuit pas aux soins du malade.

Même si la personne ne parle pas notre langue, une communication non verbale est néanmoins toujours possible.

Un dictionnaire sera la bienvenue ou des plaquettes traduites en plusieurs langues posant les questions les plus courantes en urgence : douleur, traitement....

Les smartphones peuvent maintenant traduire (Google traduction)

Enfants

Il est indispensable qu'un parent accompagne pendant le transport.

Il ne faut jamais le refuser sous un faux prétexte comme le véhicule n'est pas assuré pour les accompagnants !

On peut s'aider d'une poupée, de sa peluche préférée comme intermédiaire, expliquant ainsi les gestes que l'on va faire.

Même si l'enfant ne s'exprime pas, il est indispensable de lui expliquer tout ce que l'on fait en se mettant à sa hauteur.

Personne âgée

Il faut parler lentement et un peu plus fort mais pas trop non plus et en évitant le tutoiement et les expressions de style "Papy, Mamy..."

Il ne faut pas rabaisser les patients sous prétexte qu'ils retombent en enfance.
Le rythme de vie est plus lent que le vôtre et fatigable vite. Il faut donc s'adapter.

Sourd muet

En général, en se plaçant en face de lui, il comprend en lisant vos lèvres à condition de bien articuler lentement, visage éclairé.

Aveugle

Il faut se présenter et lui proposer de l'aide comme il préfère car souvent ils ont une certaine habitude de se mouvoir tout seul.

Il faut le guider en lui prenant le bras (et non pas la main) et lui signaler les obstacles en anticipant et de manière détaillée. Si on doit le quitter, il faut le prévenir.

Savoir dialoguer avec le patient

Expliquer

Il est important de commenter au patient tout ce que l'ambulancier fait.

Si possible, la participation du malade est indispensable.

Le dialogue est dans les 2 sens.

Il a besoin de savoir, c'est pourquoi l'ambulancier lui transmet en continue ce qui va se passer :

ex.: Le transfert sur le brancard, le trajet, le temps de parcours, le pourquoi des signes qu'il a...les examens que l'on va faire à la radio.

La communication est là pour rassurer, dissiper l'inquiétude du malade.

Il ne faut pas rentrer dans les détails et ne pas donner des explications compliquées qui risquent d'être contradictoires avec celles données par le personnel soignant.

Ne pas avoir une attitude négative, rassurer ne passe pas forcément par un mensonge du style "c'est pas grave, la douleur va disparaître, dites donc vous êtes douillet vous!"

S'informer

L'ambulancier a besoin de savoir l'identité de la personne, son âge, ses antécédents.

Un dialogue appelé bilan est donc à amorcer.

Attention au questionnaire appris par cœur et que l'on récite sur un ton monocorde, sans pause et en regardant sa feuille et non pas le patient.

La somme des informations recueillies (bilan) est analysée par vous-même, aidé éventuellement par la régulation du centre 15.

Il en résulte :

- un diagnostic (détresse circulatoire ou non par ex.)
- des gestes à faire

◀ Revoir Bilan (module 1)

Négociation

Les conclusions (transport, hospitalisation ...par ex.) sont transmises au patient et à sa famille.

Parfois le patient refuse dans un premier temps ou veut ignorer vos conclusions.

Il va falloir donc négocier. C'est tout un art pas facile à apprendre.

Tout repose sur le dialogue, la patience et la répétition des propos.

Mais il ne faut pas trop être rigide, se mettre à la place du malade et envisager d'autres options qui parfois n'existent pas.

Donc dialogue mais aussi fermeté avec la transmission au patient que vous maîtrisez bien la situation avec une voix ferme et calme.

En résumé :

- intervenir les rôles et se mettre à la place du patient
- trouver des alternatives réalisables
- ferme mais concessions possibles
- rester sur de soi, avec une voix ferme et douce à la fois, sans faille
- rassurer en expliquant, en dédramatisant

Savoir poser des questions

Il faut apprendre à poser la bonne question et surtout être clair dans la demande.

Les questions ont des formulations différentes:

Question ouverte

"Comment c'est passé l'accident?"

Le blessé répond selon son idée, son rythme. Il faut surtout lui laisser le temps de s'exprimer.

On voit si la personne peut faire une synthèse, s'il s'exprime clairement.

Il ne faut surtout pas lors d'un bilan orienter le patient en lui suggérant la réponse.

Ex: "Votre douleur à la poitrine est comme un étau qui broie mais plutôt comment est votre douleur dans la poitrine ?"

Question fermée

"Êtes-vous enceinte?"

La réponse est simple : oui ou non

Question à choix multiples

"Comment êtes-vous tombé?"

Plutôt que de proposer d'emblée plusieurs possibilités, vous laissez le choix au patient de choisir et de répondre à une hypothèse que vous n'aviez pas pensée!

Question alternative

"Êtes-vous bien installé?"

La réponse n'est pas un simple oui ou non. Le patient peut demander une modification de position. Le choix est limité mais possible.

Question projective

"Où vous voulez vous être hospitalisé?"

La personne doit se projeter vers le futur puisque son choix se fera aussi en fonction des distances pour les visites...

Reformulation

Le patient a besoin d'un "accusé de réception", de savoir s'il a été bien compris. C'est un effet miroir.

Même si le dialogue est banal, répondez par un "bien sûr", "d'accord"...

De même l'ambulancier souhaite parfois des précisions si la réponse n'est pas claire.

Dans ce cas il repose la question sur un angle différent.

Il utilise une autre formule. Il "reformule" la question.

Les silences

Parfois le dialogue n'est pas possible. Il faut savoir pourquoi.

Passons sur le patient sourd ou qui ne comprenant pas notre langue...

Silence hostile

L'attitude du patient est franchement fermée. Cela se voit dans son regard.

Silence de réflexion

Le malade est dans ses pensées et cherche une réponse

Silence de repli

Le patient a l'impression de rêver. Il dans son monde à lui.

Sidération

Après une peur (accident, attentat) la personne peut être figée.

Informer et droits du patient

Information du malade

Pour l'ambulancier, elle sera limitée.

Le malade sait ou ne sait pas. Souvent il prêche le faux pour savoir le vrai. Il faut répondre avec prudence, le patient cherchant les contradictions.

L'information de l'ambulancier se résume au transport: les gestes, l'installation, la durée.

Des paroles rassurantes et des explications claires sont possibles, lors d'une course pour un examen complémentaire : par exemple lors d'un transport pour scanner, l'ambulancier ayant déjà assisté à l'examen peut expliquer et donc rassurer.

Aucun avis n'est fourni sur l'équipe médicale.

Bien entendu, le dossier médical n'est pas lu et le secret médical est respecté.

Si le dossier médical est donné pour le transport, il faut le garder à distance du malade.

Dossier médical

La loi explique la démarche du patient pour son accès à son dossier médical, mais sous certaines conditions. En résumé le dossier est plutôt lu et expliqué par un médecin. (Les comptes rendus sont adressés au médecin traitant).

Information de la famille

Officiellement la famille est dite "nucléaire" par les sociologues, c'est-à-dire grand parents, parents, enfant, petit enfants. Mais cette hiérarchie est souvent différente: pacs, famille recomposée. Il faut savoir qui est l'interlocuteur.

Dans les grandes familles comme les gitans, il est très important de savoir qui est le chef, le "patriarche". C'est lui qui transmettra les demandes de l'ambulancier

Les informations sont uniquement en rapport avec le transport en cours.

L'ambulancier est tenu au secret professionnel, ne communique pas les confidences du patient à la famille.

Secret professionnel

Le code pénal sanctionne cette violation. Il est appelé aussi " le secret médical".

Il ne doit pas divulguer tout ce qu'il a vu, entendu, non seulement sur la maladie mais aussi sur les paroles du malade et de sa famille, y compris sur sa vie privée.

L'identité du malade transporté ne doit pas être révélée à des tiers.

L'ambulancier ne doit pas lire le dossier médical, ne pas décacheter les lettres d'accompagnement des médecins. (Certains contestent, voir blogs).

Le secret est partagé avec l'ensemble des équipes soignantes. Vous pouvez donc transmettre à l'arrivée, tout ce qui est survenu pendant le transport. Par contre comme simple témoin, il n'y a pas de secret si vous êtes interrogé par les autorités de police pour ce qui concerne les horaires, circonstances de découverte de la victime. Mais si dans l'ambulance, le patient a parlé, vous ne devez pas transmettre.

Secret levé

Le secret est levé pour les déclarations légales :

- maladie infectieuse contagieuse (Art.L.3113-1 du code de santé publique)
- sévices à enfant
- déclaration de naissance (Art.56 du code civil)
- déclaration des décès (Art. L2223-42 du code des collectivités)
- hospitalisation d'office en structure psychiatrique (Art.L.3212-1 à L.3213-10 du code de santé publique)
- déclaration d'accident du travail
- déclaration de maladie professionnelle

La loi

Le code de déontologie de l'ordre des Médecins

Il précise:

- article 11 : " Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des malades, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est à dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu et compris ".
- article 12: obligation aux personnes qui assistent le médecin de se conformer au secret professionnel
- article 13: le médecin doit veiller à la protection de ses fiches cliniques contre toute indiscretion.

Le code pénal

Il précise :

Art 226-13: " La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende."

Art 226-14: " L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret.

En outre, il n'est pas applicable:

- à celui qui informe les autorités judiciaires, médicale ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligés à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique.
- au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises lorsque la victime est mineure, son accord n'est pas nécessaire.
- aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et à Paris le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une. Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire.

La loi du 4 Mars 2002

Le secret protège le patient. C'est lui qui décide de lever le secret.
Il est l'acteur de ses soins. On doit toujours lui demander son accord avant tout acte médical.

Partage des informations

De nombreux acteurs de soin, y compris les ambulanciers interviennent dans la prise en charge d'un patient.
Cette notion de partage des informations est désormais bien définie par la loi du 4 Mars 2002.
Elle se justifie, uniquement que s'il permet une meilleure continuité des soins.

Soins aux mineurs

Entre parents et enfants, il n'y a pas de secret. Ce sont les parents qui reçoivent l'information et consentent aux soins.
Mais il existe des exceptions :

- prescription d'une contraception
- Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) (Accompagné d'une personne majeure de son choix)
- les cas d'urgence (On peut opérer en cas d'urgence vitale sans autorisation. Un coup de fil au procureur de garde suffit)
- si le mineur veut garder le secret

Informations pendant le transport

Comme l'ambulancier, acteur de la chaîne de soins du patient est tenu au secret professionnel (loi du 4 mars 2012), toute information confiée pendant le transport ne doit pas être divulguée à des tiers.

S'il s'agit d'informations à caractère médical, elles seront transmises à l'équipe médicale.

S'il s'agit de confidences privées, elles ne seront pas divulguées.

Exemples :

"Lorsque j'urine ça me brûle". Je transmets.

"Je suis fâché avec mon époux nous faisons chambre à part". Je garde ça pour moi.

Secret et dossier médical

Il est un véritable outil de travail contenant beaucoup d'informations.

A l'hôpital, c'est le directeur, représentant de l'administration qui est le propriétaire.

Il est conservé 20 ans voire plus dans certains cas.

Le médecin traitant doit recevoir le compte rendu d'hospitalisation (qui est le résumé officiel du dossier).

Le secret médical n'est pas opposable au malade.

C'est le médecin et non pas l'ambulancier qui communiquera sur l'état de santé.

Le patient peut désigner une personne à qui le médecin peut transmettre toutes les informations nécessaires.

Le malade ne peut emporter son dossier, mais il peut avoir des copies payantes des résumés d'hospitalisation, compte rendu opératoire et d'exams, radiographies mais le dossier lui-même où il y a des informations non objectives.

Le dossier, sous conditions, peut être saisi par la justice, mis sous scellé et confié à des experts médicaux.

Le secret ne s'arrête pas avec la mort du patient.

La transmission de dossiers aux héritiers est très limitée et strictement définie par la loi.

En aucun cas il ne doit communiquer d'informations par écrit ou téléphone notamment sur l'identité d'une personne transportée.

Il ne doit pas se faire piéger par une personne qui au téléphone (il peut s'agir d'un journaliste) demande si le transport de X a bien eu lieu ou "Le transport de Mr X, s'est-il bien passé ?". Si vous donnez une réponse vous avouez de fait le transport!

L'ambulancier doit particulièrement faire attention avec les compagnies d'assurances: aucune transmission sur l'état du patient ou du blessé pendant le transport.

Textes officiels

Code civil

- justice 2Art 16: "La loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain..."
- Art 16.1: "Chacun a droit au respect de son corps qui est inviolable..."
- Art 16.3: "...Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui..."

Charte du patient hospitalisé

Une circulaire ministérielle du 2 mars 2006 définit en 11 points les droits des personnes hospitalisées

On l'appelle charte de la personne hospitalisée.

Elle est affichée dans les services.

Lors de l'admission, le patient reçoit un livret d'accueil avec la charte, un contrat antidouleur et un questionnaire de sortie.

Chapitre 8 : La personne hospitalisée est traitée avec égards

" Le respect de l'intimité de la personne doit être préservé lors des soins, des toilettes, des consultations et des visites médicales, des traitements pré et post-opératoires, des radiographies, des brancardages et, plus généralement, à tout

moment de son séjour hospitalier. La personne hospitalisée est traitée avec égards et ne doit pas souffrir de propos et d'attitudes équivoques de la part du personnel..."

Loi du 4 Mars 2002 relative aux droits du malade

Il s'agit du vrai texte officiel, très détaillé.

La chartre du patient hospitalisé est un résumé de cette loi.

- Art L.1110-2. "La personne malade a droit au respect de sa dignité"
- Art L.1110-3. "Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès aux soins"

Chartre européenne des enfants hospitalisés

Ce n'est pas une loi, mais un texte issu d'associations, rédigé à Leiden (Pays bas) en 1988.

Chartre des personnes âgées

Il s'agit d'un texte non réglementaire de la Fondation Nationale de Gérontologie de 1997.

Elle a pour objectif de reconnaître la dignité de la personne âgée devenue dépendante et de préserver ses droits."

Consentement du malade

Il est loin le temps où le malade était passif, ne connaissant parfois pas l'avenir de sa maladie. Seulement les proches étaient au courant.

Actuellement le patient est informé sauf s'il ne le souhaite pas. Pour les cancers, la loi prévoit même une consultation d'annonce obligatoire.

L'information donnée par l'équipe médicale doit selon la loi être "claire, loyale, progressive et évolutive appropriée au malade, à sa maladie et au traitement."

Le malade a droit de refuser les traitements à condition d'être bien informé.

La loi

La loi du 4 Mars 2002 confirme ces obligations d'information et de consentement.

Exceptions

- Urgence

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation (radios, examens) ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance ou à la famille ou à défaut un de ses proches ait été consulté.

Il est bien souvent difficile de trouver la limite du degré d'urgence.

Pour les urgences vitales (intervention chirurgicale pour hémorragie interne en état de choc par ex.) la question ne se pose plus, y compris pour un mineur. Il faut opérer d'urgence. En cas de refus persistant, la somnolence qui va apparaître due à la baisse de tension réglera alors le problème puisqu'il sera dans une incapacité de répondre.

- Incapables

Il s'agit de personnes dans l'incapacité de répondre comme une personne inconsciente.

Les soins appropriés sont débutés.

Cela devient plus difficile si la personne se réveille comme un drogué ou un suicide par médicaments qui ne souhaite pas se faire hospitaliser.

- Mineurs

Jusqu'à 18 ans, le mineur est sous l'autorité parentale, c'est à dire le père et la mère.

Mais il doit pouvoir exprimer son souhait.

Pour les actes courants, l'autorisation d'un seul parent est suffisante mais pour un acte grave l'accord des 2 est nécessaire.

Pour les urgences vitales, en l'absence des parents ou en cas de désaccord, le médecin peut demander immédiatement l'accord du procureur de la république. (Substitut du procureur de garde).

L'ambulancier, puis le service des urgences est tenu de mettre tout en œuvre pour prévenir les parents.

Personne de confiance

La cellule familiale est de plus en plus éclatée (divorce, personne seule, pacs...).

La loi du 4 Mars 2002 a introduit la notion d'une personne de confiance qui sera le relais entre le malade et l'équipe soignante. Elle est choisie par le patient.

Cette personne majeure sera un parent, un proche, voire le médecin traitant.

D'une relation médecin-patient à 2, on passe à une relation à 3.

Si le malade le souhaite, cette personne l'accompagne dans les démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

La loi Léonetti du 22 Avril 2005 fait référence à cette personne pour être consultée avant toute décision d'arrêt ou de limitation d'un traitement chez une personne hors d'état de s'exprimer.

Mais elle n'a pas accès au dossier médical et le secret médical n'est pas levé.

Refus de soins

Le malade a droit de refuser les traitements à condition d'être bien informé.

Les raisons sont diverses: religieuse (pas de transfusion chez les témoins de Jéhovah par ex.) ou fin de vie

Pour l'ambulancier, il s'agit du refus de transport à l'hôpital. Il faut user de temps et de dialogue.

Au pire, on fera appel à une tierce personne. Une décharge sera rédigée et signée en double exemplaire. Surtout il est important de connaître le nom des témoins présents.

Mais il n'est pas question de faire signer une décharge à une personne incapable.

Droit à être informé sur son état de santé

L'information doit être la plus large possible: examens, traitement...

Le bénéfice-risque est bien expliqué pour que le patient puisse décider lui-même de son avenir.

Le mieux est l'entretien individuel.

Le professionnel de santé doit pouvoir fournir la preuve qu'il a bien donné toutes les informations nécessaires.

Cette information n'est pas limitée dans le temps même en cas de dommage.

Mais certains malades ne souhaitent pas ou ne peuvent pas être informés.

Droit à l'accès à dossier médical

Tout patient qui en fait la demande a un accès à son dossier à l'hôpital comme au cabinet médical.

L'accès est possible qu'après un délai de 48h et doit être opérationnel sous 8 jours.

L'ayant droit d'un patient décédé n'a accès qu'aux informations pour connaître la cause de la mort.

Droit du malade en fin de vie

La loi dite "Leonetti" d'avril 2005 donne la possibilité au malade de se laisser mourir.

Mais attention elle n'autorise pas en France l'euthanasie (donner la mort).

Toute décision se fait à plusieurs. Ce n'est pas un médecin seul qui décide

Droit au soulagement de la douleur

Tous les moyens sont mis en œuvre pour soulager le malade.

Si la guérison n'est pas possible, des soins palliatifs sont entrepris.

Droit à l'information sur la tarification

Elle repose sur 2 choses: affichage et devis

Les tarifs, y compris les dépassements sont affichés dans la salle d'attente des médecins.

Si les sommes dépassent un certain seuil fixé par arrêté (70 euros en 2011), un devis est nécessaire, quel que soit le type de prestation.

Droit de désigner une personne de confiance

Le patient peut désigner (par écrit) un parent, un proche, son médecin traitant qui l'accompagne, assiste aux entretiens et aide aux prises de décisions.

Le décret médical n'est pas levé et n'a pas accès au dossier médical.

Droit à obtenir réparation d'un préjudice

Des commissions de conciliation et d'indemnisation ont été mises en place pour règlement à l'amiable.

Si non il y a la voie judiciaire.

Droit des usagers à être représentés au sein des instances de santé

Pour les établissements de santé, des usagers représentatifs ont leur place.

Fin de vie

La fin de vie est souvent un processus qui fait suite à une longue maladie, comme un cancer.

La personne va passer par différents stades psychologiques qu'il faut connaître pour pouvoir répondre aux besoins de la personne transportée.

Il existe une chartre du malade hospitalisé reconnaissant les droits du malade et son respect.

Les soins palliatifs sont apportés à une personne atteinte d'une maladie grave qui tôt ou tard se terminera par la mort.

La loi Leonetti de 2005 explique les démarches pour limiter ou arrêter les traitements inutiles.

C'est une équipe médicale et paramédicale qui se concertent. Ce n'est pas une personne seule qui décide.

En cas il s'agit de donner la mort (euthanasie).

Le module est orienté vers l'accompagnement du patient et le respect des lois.

Les soins, l'installation et le transport sont détaillés au module 2

Approche de la mort

Elle peut survenir brutalement (mort subite, accident) ou après un long processus appelé "fin de vie".

Personne âgée

Elle peut s'éteindre :

- sans véritable maladie prédominante,
- d'une maladie aiguë impossible à guérir ou avec complications
- d'une maladie chronique arrivée à son terme.

Cancer

C'est l'exemple même du malade souvent transporté par l'ambulancier.

Nombres de cancers guérissent ou sont en rémission grâce au progrès de la médecine.

Mais hélas certains cancers sont dépistés tardivement ou le traitement est inefficace.

Peu à peu le malade "décline" et la mort est inéluctable.

Les stades de la fin de vie et les besoins (M2)

Elle évolue par 5 étapes successives.

La personne a des besoins physiques ou psychiques exprimés ou non.

Son état général est altéré avec fatigue, amaigrissement et déshydratation.

Soins palliatifs

Ce sont les soins apportés à une personne atteinte d'une maladie grave qui tôt ou tard se terminera par la mort.

Contrairement à une idée reçue, la prise en charge doit être précoce.

Il faut un consensus de l'ensemble des soignants, du patient et de son entourage.

La plupart des malades sont conscients de leur fin de vie et il ne faut pas fuir la réalité en censurant son discours.

Accompagner la personne en fin de vie c'est reconnaître et respecter ses droits, son histoire, sa situation sociale, sa culture, sa religion...

L'objectif est de soulager les douleurs physiques ainsi que les autres symptômes et de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle. Tout cela en conservant la dignité du patient.

Un congé d'accompagnement pour un membre de la famille est possible. (Loi n°99-447 du 9 Juin 1999)

La loi

La charte du malade hospitalisé prévoit le respect du malade et du corps surtout en cas de faiblesse.

La loi du 4 Mars 2002 explique les droits du malade, notamment la désignation d'une personne de confiance qui élargit la relation médecin-malade à une personne supplémentaire et parle des soins palliatifs.

Le décret parle aussi de l'organisation des soins palliatifs. "Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement".

La loi du 22 Avril 2005 dit loi Leonetti et le décret du 6 février 2006 comporte 3 parties :

- La volonté de chacun

Toute personne peut rédiger des directives anticipées au cas où elle ne pourrait plus s'exprimer

- Procédure collégiale

Elle est mise en œuvre avant toute décision de limitation ou d'arrêt de traitement inutiles alors que le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté.

C'est une équipe médicale et paramédicale qui se concertent. Ce n'est pas une personne seule qui décide.

Tout doit être consigné par écrit.

- Soins palliatifs

Le décret parle de l'organisation des soins palliatifs

Cette loi introduit l'interdiction d'obstination déraisonnable et la possibilité chez une personne consciente le refus de traitement.

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre tout traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Il peut faire appel à un autre membre du corps médical. Dans tous les cas, le malade doit réitérer sa décision après un délai raisonnable. Celle-ci est inscrite dans son dossier médical. (Article L1111-4 /10 CSP).

Chez une personne inconsciente, l'avis de la personne de confiance prévaut sur tout autre avis non médical. (L 1111-13 CSP).

Cette personne peut être un membre de la famille, un voisin, le médecin traitant, voir un ambulancier qui a l'habitude de transporter ce patient.

Principes de base

Accompagner la personne en fin de vie, c'est reconnaître et respecter ses droits, son histoire, sa situation sociale, sa culture, sa religion...

- Il faut être à l'écoute, le dialogue et la compréhension permettent d'ajuster les attitudes et de satisfaire aux attentes exprimées.
- Ne jamais ramener l'approche de la personne aux aspects immédiats de son âge, de sa maladie ou de son handicap.
- S'efforcer en toute circonstance de concevoir les projets d'accompagnement de la personne en tenant compte de ses choix, de ses ressources et des capacités de son environnement.
- Être attentif au respect de confidentialité
- Ne pas usurper le rôle de la famille ou s'approprier la personne malade.

Le médecin doit respecter le refus exprimé...

- Tenter de convaincre
- Informer sur les conséquences
- Proposer une alternative (ordonnance, suivi, médecin traitant ...)

En résumé :

Patient conscient :

- Respect de la volonté du patient avec information sur les conséquences de son choix
- Décision inscrite au dossier médical
- Soins palliatifs

Patient inconscient :

- Avis de la personne de confiance prévaut sur tout autre avis non médical
- Prise en compte des directives anticipées
- Procédure collégiale-
- Soins palliatifs

Ecoute

Elle repose sur 3 principes:

Accompagner

On ne doit pas abandonner le patient et éviter le dialogue sous prétexte qu'on ait mal à l'aise avec le reflet de sa propre mort.

Disponibilité

Lors d'une demande, il ne faut pas fuir avec comme argument d'être débordé. Souvent le toucher, le silence sont importants même si cela prend du temps.

Observer

Il faut anticiper, regarder le malade et aller au-devant de ses besoins.

Conseil

- Ne pas fuir le malade en fin de vie
- Rester à l'écoute

Respect des volontés

Elles sont expliquées dans la loi du 22 Avril 2005 et le décret du 6 février 2006.

Toute personne peut rédiger des directives anticipées au cas où elle ne pourrait plus s'exprimer.

Rappel des principaux soins (M2)

Afin d'apaiser le malade, celui-ci a besoin de confort et de dignité.

Ceux-ci sont réalisés à domicile (HAD), dans une unité de soins palliatifs ou dans un service conventionnel où une équipe spécialisée peut se déplacer.

Toilette

En plus de l'hygiène, c'est un moment d'apaisement avec massages, et aussi une phase privilégiée d'intimité et de dialogue. Il faudra porter une attention sur les soins buccaux en évitant une bouche sèche et une mauvaise haleine.

Lutte anti escarres

Les massages sont importants surtout au niveau des points de contacts. (< Révisions escarres, M2)

Confort

Le malade doit être bien installé dans son lit sans oublier tout ce qui est autour.

Pudeur

Il faudra respecter son intimité du malade qui souvent perd ses cheveux et porte une perruque.

Alimentation

Elle sera adaptée. Entre la théorie et la réalité il y a une différence. Il faut que le malade prenne du plaisir et il ne faut donc pas le forcer s'il n'a pas faim. Par contre la déshydratation étant désagréable il faudra veiller au renouvellement des bouteilles d'eau mis à sa disposition et l'aider à boire.

Douleur

Elle sera bannie. (↩ Révisions douleur, M2)

Arrêt des soins

La référence est la loi Leonetti. L'équipe médicale et paramédicale prend une décision collégiale selon les volontés exprimées du patient et en son absence de la famille.

On arrête les traitements inutiles et pour le confort, notamment pour soulager la douleur, les soignants utiliseront des doses d'analgésiques et/ou de sédatifs risquant de précipiter l'heure de la mort.

En aucun cas il s'agit de donner la mort (euthanasie). En France elle est illégale.

Transport (M2)

Le malade, du fait des nombreux soins et examens est souvent transporté.

Dans la mesure du possible le même ambulancier effectuera ce transport, afin d'établir un bon contact.

La ponctualité dans les RDV est importante.

Le malade est souvent immunodéprimé. Il faudra donc respecter les règles d'hygiène.

Le type d'ambulance, couché ou VSL ne sera pas imposé par la société sous prétexte d'un 100%, mais répondre à une prescription médicale écrite adaptée.

On surveillera perfusion, pompe antidouleur, oxygène, trachéotomie...↩ Revoir cours transport d'un malade appareillé (M2).

La mort

L'ambulancier est en contact avec la mort. La mort est angoisse.

Souvent la religion donne ou essaye de donner des réponses aux questions habituelles.

Le décès est constaté par un médecin. En urgence l'ambulancier poursuit au moindre doute les gestes de réanimation jusqu'à l'arrivée des secours spécialisés.

En présence d'une rigidité cadavérique ou de circonstances évidentes, la mort ne fait aucun doute.

Le médecin peut refuser le permis d'inhumer en qualifiant la mort de suspecte ou violente. Dans ce cas, on dit qu'il y a un obstacle médico-légal. Le médecin légiste prendra le relais pour trouver l'origine de la mort.

La plupart des personnes âgées meurent en milieu hospitalier.

L'ambulancier ne touchera pas un cadavre et il n'est pas habilité à le transporter. Tout ce que vous observez n'est pas du secret professionnel. Vous êtes un simple témoin.

L'annonce d'un décès est délicate et peut déclencher des réactions incontrôlables. L'ambulancier, dans des circonstances exceptionnelles peut être affecté. Et aura besoin d'un soutien psychologique.

Le coma dépassé correspond à la mort du cerveau (absence d'activité électrique). Des prélèvements d'organe en vue d'une greffe sont possibles.

Le décès

Constat de décès

Seul le médecin peut confirmer la mort.

Selon le code de santé publique (voir article L 1232-1)

" Le constat de mort ne peut être établi que si les 3 critères suivants sont simultanément présents:

- absence total de conscience et d'activité motrice
- abolition de tous les réflexes du tronc cérébral
- absence totale de ventilation spontanée et de pouls carotidien"

En résumé:

Signes négatifs de la vie:

- arrêt cardio-respiratoire
- abolition totale de la conscience, de la sensibilité
- aréflexie
- perte du tonus musculaire et mydriase bilatérale
- pâleur, refroidissement

Signes positifs de la mort :

- rigidité cadavérique (à partir de la 3 ème heure jusqu'à 24-48h)
- déshydratation: hypotonie globes oculaires, plaques sur la peau

Certificat de décès

Le médecin remplit un certificat de décès sur papier ou électronique

Sur la partie visible supérieure, concerne l'état civil, un obstacle médico-légal et une mise en bière rapide (risque infectieux).
La partie inférieure concerne la cause du décès. Elle est rendu anonyme et servira aux statistiques.

Qualification de la mort

Le médecin qui constate la mort (appelé médecin d'état civil) va la qualifier en 3 types :

La mort naturelle

Elle survient après une longue maladie ou sur une personne âgée en fin de vie.

Mais elle peut être brutale lors d'une complication d'une maladie aigue.

La mort violente

Elle survient après un accident, un suicide, un crime. Il y a une action extérieure à la personne.

La mort suspecte

Elle survient dans des circonstances anormales ou la mort ne peut être expliquée comme une mort brutale chez un sujet jeune.

Au moindre doute il signale dans le certificat de décès l'incertitude. On dit que : "le permis d'inhumation n'est pas délivré".

Le corps est alors transporté à l'institut médico-légal (morgue), où un médecin légiste prend le relais en pratiquant une autopsie (ouverture du corps) ou/et scanner et analyses diverses. (Voir les feuillets style "les experts")

Lieu de la mort

Hôpital

La médicalisation fait que de plus en plus de personnes meurent à l'hôpital

Un délai de 2 heures est respecté avant le transfert à la chambre mortuaire.

L'examen médical est obligatoire afin de confirmer que la personne est bien morte.

Lorsque l'hospitalisé est en fin de vie, il est transporté, avec toute la discrétion souhaitable, dans une chambre individuelle.

Ses proches sont admis à rester auprès de lui et à l'assister dans ses derniers instants. Ils peuvent être admis à prendre leur repas dans l'établissement et à y demeurer en dehors des heures de visite si les modalités d'hospitalisation du malade le permettent.

La famille ou les proches sont prévenus dès que possible et par tous moyens appropriés de l'aggravation de l'état du malade et du décès de celui-ci.

Le retour à domicile

Si la personne est encore vivante, en phase terminale, rien ne s'oppose au transport en ambulance.

Par contre le transport du corps avant mise en bière nécessite l'emploi d'un véhicule aménagé agréé par la Préfecture, en général une entreprise de pompes funèbres plutôt qu'une société d'ambulances.

Voie publique

Le corps est transporté à la chambre mortuaire après qu'un médecin est signé le certificat de décès, ce qui peut poser problèmes faute de médecin disponible...

Domicile

Le médecin se rendra au chevet du mort pour rédiger le certificat.

Mort subite du nourrisson

Si les parents ont accepté l'autopsie, la gestion des transports, examens cliniques, biologiques, anatomo-pathologiques est assurée par des centres de références régionaux, sans participation financière des familles.

Hypothermie

Attention, en milieu froid (noyade eau glacée par ex), le constat de décès peut être difficile. Poursuivre encore plus les gestes de réanimation jusqu'à l'arrivée des secours spécialisés.

Le cadavre

Rôle de l'ambulancier

Ne rien toucher

On ne touchera pas au cadavre.

Si des manœuvres de réanimation sont effectués, on ne déplacera que le strict nécessaire.

Par exemple on dépendra un pendu et on desserra le nœud.

Le secret professionnel n'existe pas sur les constatations que vous avez faites en arrivant sur place. Vous êtes un simple témoin.

L'article 55 du code pénal précise : "Dans les lieux où un crime a été commis, il est interdit, sous peine de l'amende prévue pour les contraventions de la 4^e classe, à toute personne non habilitée, de modifier avant les premières opérations de l'enquête judiciaire l'état des lieux et d'y effectuer des prélèvements quelconques.

Toutefois, exception est faite lorsque ces modifications ou ces prélèvements sont commandés par les exigences de la sécurité ou de la salubrité publique, ou par les soins à donner aux victimes."

Prévenir

Le centre 15 sera contacté et avertira la police. En attendant vous restez sur place

Constat de décès

Seul le médecin peut le confirmer.

En présence d'une rigidité cadavérique ou de circonstances évidentes, la mort ne fait aucun doute.

Pour les morts subites avec réanimation, les manœuvres seront poursuivies jusqu'à l'arrivée d'une équipe médicale (SMUR)

Ne pas transporter

Le transport simple du corps avant mise en bière n'est plus du domaine des ambulanciers.

Il est obligatoirement effectué par des véhicules spécifiques (Décret n°2000-192 du 3 Mars 2000).

Mais rien n'empêche une société d'ambulance de demander l'agrément.

Démarches administratives

Certificat de décès

Le certificat mentionnant l'absence d'obstacle médico-légal permet d'entreprendre les démarches administratives

Déclaration de décès

Elle est faite au bureau d'état civil du lieu du décès dans les 24 heures (jours non ouvrables non comptés).

A l'hôpital, souvent c'est le bureau de la morgue qui s'occupe des démarches en mairie et les pompes funèbres de récupérer pour la famille plusieurs attestations de décès, indispensable pour tous les organismes à prévenir.

Transfert en chambre funéraire (funérarium)

A l'hôpital, maison de retraite ou long séjour, il y a en général une chambre mortuaire appelée "amphithéâtre, dépositaire, morgue". Le séjour gratuit est au maximum de 3 jours.

Le transfert vers une chambre funéraire est à la charge de l'établissement sauf demande faite par la famille.

Le funérarium est une structure privée ou communale.

L'ambulancier doit connaître les formalités à accomplir et les pièges à éviter afin de conseiller la famille parfois accompagnée en VSL comme de rajouter sur le formulaire: "transfert à la demande du directeur de la famille, sans frais pour la famille".

Deuil

Réactions au deuil

Un processus se met en place inconsciemment et va durer longtemps.

On passe par plusieurs phases, mais l'immédiate est le choc. Celle que l'ambulancier rencontre.

Elle peut se manifester par une profonde prostration, la famille est déconnectée du monde extérieur et toute parole ou conseil n'est pas écouté. C'est pourquoi le médecin doit revoir la famille une deuxième fois, plus tard pour bien expliquer ce qui s'est passé.

Parfois les pleurs et une agitation intense apparaissent. Il faut essayer d'isoler la famille dans un endroit calme. Le débordement est possible avec agressivité, coup contre les murs. Cela peut aller jusqu'à une manifestation hystérique.

Il faut rester calme, à l'écoute, respectueux. Souvent une simple présence (longue) suffit sans parole.

Un malaise est toujours possible. Il faut distinguer la simple "hystérie" avec des paramètres vitaux normaux et le vrai malaise avec hypotension, bradycardie.

Un arrêt cardiaque est toujours possible ou un infarctus, une crise d'asthme.

L'ambulancier

Même si il est en contact avec la mort, certains décès peuvent "marquer" plus que d'autres (enfants, accident, catastrophes).

Il ne faut pas garder pour soi son ressenti. Au minimum un débriefing de l'équipe est nécessaire en se réunissant.

Il ne faut pas hésiter à consulter la cellule psychologique qui se met en place après une catastrophe.

Plus tard, il peut apparaître des "flashbacks", c'est à dire des visions de la scène, puis des cauchemars, de l'insomnie.

Cet état va s'effacer peu à peu ou persister. Surtout une nouvelle situation similaire ou plus faible peut entraîner une rechute.

En général, notre caractère fait face mais souvent ne suffit pas. Il faut en parler avec l'équipe et si possible demander à un psychologue de vous aider. (Demandez au SAMU ou aux urgences). Il ne faut pas attendre.

On parle alors de syndrome post traumatique. Il faut prendre l'expression au sens le plus large et ne concerne pas que les victimes d'accidents.

Rites mortuaires

Souvent la religion donne ou essaye de donner des réponses aux questions habituelles comme qu'il y a-t-il après la mort?

Religion catholique

La mort du corps est la conséquence du péché de l'homme. Mais il y a une résurrection après avec le paradis ou l'enfer. On nie la mort avec à la clef si on fait le point sur ses fautes (ses péchés) le paradis...

Religion musulmane

La mort sépare le corps de l'âme. Celui-ci après un jugement divin par Dieu ira au paradis ou en enfer selon les actions qu'il a fait sur terre.

Religion juive

La mort est une étape n'ayant rien de définitif. L'âme est libérée de la vie physique.

Religion bouddhiste

La mort n'est qu'une étape, ce n'est pas la fin d'une vie. Elle continue après. Mais il faut bien orienter le mourant en l'aidant à trouver sa nouvelle voie.

Mort cérébrale ou coma dépassé

Seul le cerveau est mort.

Les autres fonctions:

- respiratoires
- circulatoires

sont maintenues artificiellement en service de réanimation.(Le patient est sous ventilation artificielle).

Signes

Le cœur bat et l'activité électrique apparaît sur le scope ou monitoring cardiaque.

Par contre l'analyse électrique du cerveau (e.e.g. ou électro encéphalogramme) est absente.

On dit que le tracé est plat.

Circonstances

Elle survient après:

- traumatisme crânien grave avec coma d'emblée
- A.V.C. accident vasculaire cérébrale par hémorragie (sujet jeune)
- arrêt cardiaque tardivement réanimé avec anoxie des cellules nerveuses

Don d'organes

Il repose sur la loi du 6 août 2004 sur la bioéthique et du code de santé publique, article L-1232-2.

De son vivant, la personne doit signaler son refus. Mais un simple témoin, comme vous, peut transmettre cette information au bureau des admissions où un registre est prévu à cet effet.

Si non rien ne s'oppose, après 2 e.e.g plat aux prélèvements.

Mais l'usage veut que l'on demande l'avis à la famille proche.

Le don d'organe est pris en charge par l'hôpital qui effectue le prélèvement.

Le receveur ne peut pas connaître l'identité du donneur

La loi "":Ce prélèvement peut être pratiqué dès lors que la personne n'a pas fait connaître, de son vivant, son refus d'un tel prélèvement. Ce refus peut être exprimé par tout moyen, notamment par l'inscription sur un registre national automatisé prévu à cet effet. Il est révoquant à tout moment.

Si le médecin n'a pas directement connaissance de la volonté du défunt, il doit s'efforcer de recueillir auprès des proches l'opposition au don d'organes éventuellement exprimée de son vivant par le défunt, par tout moyen, et il les informe de la finalité des prélèvements envisagés.

Les proches sont informés de leur droit à connaître les prélèvements effectués."