

MÉMENTO

PRISE EN  
CHARGE DES

**URGENCES**



EN CONTEXTE

ADDICTO  
LOGIQUE

## MÉMENTO

### Prise en charge des urgences en contexte addictologique

*Directeur de publication* : Nicolas Bonnet

*Coordination* : Nicolas Bonnet et David Michels

*Secrétariat de rédaction* : Maria Baraud

#### **Ont contribué à sa rédaction :**

Samir Atroun (délégué régional du RESPADD en Ile-de-France, centre hospitalier des 4 villes – Sèvres/Saint-Cloud), Yannick Auffret (centre hospitalier de Cornouaille – Quimper), Nicolas Authier (centre hospitalo-universitaire de Clermont-Ferrand), Annie Baulay (déléguée régionale du RESPADD en Bourgogne-Franche-Comté, centre hospitalier intercommunal de la Haute-Saône), Sophie Birolleau (déléguée régionale du RESPADD en Nouvelle-Calédonie, centre hospitalier territorial de Nouvelle-Calédonie), Fred Bladou (AIDES), Nicolas Bonnet (RESPADD), Anne Borgne (présidente du RESPADD, clinique Montevideo – Boulogne), Jean-Yves Breurec (délégué régional du RESPADD en Normandie, centre hospitalier de l'Estran – Pontorson), Georges Brousse (centre hospitalo-universitaire de Clermont-Ferrand), Laurène Collard (Fédération Addiction), Hélène Commerly (déléguée régionale du RESPADD en Guyane, AKATIJ), Anne-Cécile Cornibert (RESPADD), Marie-Anne Courné (ANSM), Patrick Fabry (pharmacien), Ezra Daniel (DGS), Hans Gadelius (centre Danielle Casanova, hôpital militaire du Lavéran – Marseille), Véronique Garguil (secrétaire générale de la Fédération Addiction, centre hospitalier Charles Perens – Bordeaux), Ruth Gozlan (MILDECA), Muriel Grégoire (hôpital Marmottan – Paris), Xavier Guillery (délégué régional du RESPADD en Bretagne, centre hospitalier Guillaume Rognier – Rennes), Pascale Hérédia-Rodier (déléguée régionale du RESPADD en Languedoc-Roussillon Midi-Pyrénées, centre hospitalier Gérard Marchant – Toulouse), Nathalie Joannard (DGS), Diane Lesboueyriès (Caarud Aurore 93 – Aulnay), Serge Longère (délégué régional du RESPADD en Provence-Alpes-Côtes d'Azur, Bus 31/32 – Marseille et PROSES – Montreuil), Claude Magnin (médecin généraliste), Philippe Michaud (délégué régional du RESPADD en Ile-de-France, hôpital Nord 92 – Villeneuve-la-Garenne), David Michels (RESPADD), Serge Mounsande (délégué régional du RESPADD en Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes, centre hospitalier de Niort), Thomas Néfau (OFDT), Phuc Nguyen (délégué régional du RESPADD en Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes, centre hospitalier de Roanne), Karine Pansiot (pharmacienne), Fabrice Perez (ASUD, Techno +), Caroline Petit (centre hospitalier de Cornouaille – Quimper), Pierre Poloméni (président d'ELSA France), Pierre Pascal Vandini (délégué régional du RESPADD en Provence-Alpes-Côte d'Azur, Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille), Sami Scerra (délégué régional du RESPADD à la Réunion, SAOME).

L'élaboration de ce mémento a reçu le soutien financier de la Direction générale de la santé.

© Edition Respadd, 2016, [www.respadd.org](http://www.respadd.org)

**Pour commander le mémento ou poser une question : [contact@respadd.org](mailto:contact@respadd.org)**

*Couverture et mise en page* : Bernard Artal Graphisme  
Achevé d'imprimer en février 2016 – Imprimerie Peau, Berd'huic  
*Dépôt légal* : février 2016 – Exemplaire gratuit, ne peut être vendu  
ISBN 978-2-9550677-2-7 / EAN 9782955067727



Relation d'aide en urgence  
et bonnes pratiques motivationnelles

1



**SITUATIONS  
D'URGENCE  
LES PLUS  
COURANTES**

Arrêt cardiorespiratoire  
Utilisation d'un défibrillateur

2

Inconscience  
Mise en position latérale de sécurité

3

Hypothermie

4

Hyperthermie  
Crise convulsive

5

Quelques éléments généraux sur les états de « crise »

6

Crise de panique, crise d'angoisse  
Confusion et incohérence

7

Etat d'agitation psychomotrice  
Etat délirant aigu, « crise de paranoïa »

8

Urgences sociales

9



**INTOXICATIONS  
AIGÜES ET  
SUBSTANCES  
PSYCHO-  
ACTIVES**

Alcool

10

Opioïdes

11

Stimulants majeurs

12

Stimulants mineurs  
Poppers, colles et solvants

13

Hallucinogènes

14

Cannabis  
Tranquillisants et somnifères

15



**ANNEXES**

Numéros et ressources utiles

16

# SOMMAIRE

	Page	Onglet
<b>AVANT-PROPOS</b> Hans Gadelius .....	3	
<b>INTRODUCTION</b> .....	4-5	
<b>1/</b> <b>RELATION D'AIDE EN URGENCE ET BONNES PRATIQUES MOTIVATIONNELLES</b> .....	6-7	<b>1</b>
<b>2/</b> <b>SITUATIONS D'URGENCE LES PLUS COURANTES EN CONTEXTE ADDICTOLOGIQUE</b>		
<i>URGENCES D'EXPRESSION SOMATIQUE</i>		
Arrêt cardiorespiratoire .....	8	<b>2</b>
Utilisation d'un défibrillateur .....	9	<b>2</b>
Inconscience .....	10	<b>3</b>
Mise en position latérale de sécurité .....	11	<b>3</b>
Hypothermie .....	12-13	<b>4</b>
Hyperthermie .....	14	<b>5</b>
Crise convulsive .....	15	<b>5</b>
<i>URGENCES D'EXPRESSION PSYCHOCOMPORTEMENTALE</i>		
Éléments généraux sur les états de « crise » .....	16-19	<b>6</b>
Crise de panique, crise d'angoisse .....	20	<b>7</b>
Confusion et incohérence .....	21	<b>7</b>
Etat d'agitation psychomotrice .....	22	<b>8</b>
Etat délirant aigu, « crise de paranoïa » .....	23	<b>8</b>
<i>URGENCES SOCIALES</i> .....	24-25	<b>9</b>
115 et Services intégrés d'accueil et d'orientation .....	24	
Accueil de première ligne en addictologie : les CAARUD .....	24	
Violences envers les femmes .....	25	
Enfance en danger .....	25	
<b>3/</b> <b>INTOXICATIONS AIGUËS ET SUBSTANCES PSYCHOACTIVES</b>		
<b>FOCUS</b> Syndrome de sevrage éthylique .....	26	
Alcool .....	27	<b>10</b>
<b>FOCUS</b> Overdose aux opioïdes .....	28	
Opioïdes .....	29	<b>11</b>
<b>FOCUS</b> Urgences et consommation de psychostimulants en contexte sexuel. ....	30	
Stimulants majeurs .....	31	<b>12</b>
Stimulants mineurs .....	32	<b>13</b>
Poppers, colles et solvants .....	33	<b>13</b>
Hallucinogènes .....	34-35	<b>14</b>
Cannabis .....	36	<b>15</b>
Tranquillisants et somnifères .....	37	<b>15</b>
<b>4/</b> <b>ANNEXES</b>		
Dispositifs de prise en charge .....	38	
Numéros et ressources utiles .....	39	<b>16</b>
Addictovigilance .....	40	
Tests de consommation .....	41	

À Jérôme Reynaud

C'est durant les nuits des missions Raves de Médecins du monde, qu'avec des intervenants en RDR<sup>(1)</sup>, j'ai pu évoquer l'idée d'un outil de transfert de compétences spécifiques. Dans ce champ (festif) d'application, le médecin intervient sur les consommations de substances avec leurs plaisirs, la RDR mais aussi sur des décompensations psychiatriques et des urgences vitales. Interventions nécessaires qui poussent donc les limites mais qui prennent surtout en compte les situations dans leur globalité.

Mais qu'en est-il sur le milieu urbain ? Comment transmettre ces compétences acquises et surtout avec quels outils ?

La clinique hallucinée (gestion expérimentale des Bad Trips et des Comas Toxiques) a ouvert la voie.

La première mission des urgentistes consiste au tri et à l'orientation de flux de patients. La seule réalité est alors de traiter les pathologies dont la prise en charge immédiate peut engager le pronostic vital et fonctionnel. Il est donc d'usage de remettre à plus tard les urgences ressenties et relatives. Or, l'addictologie, dans une approche globale, sait que la crise est un moment clef pour engager des changements profonds et durables de comportements. Cette approche est souvent négligée aux urgences et même ailleurs. Pire, les postures peuvent renforcer les résistances par le jugement et la maltraitance, discréditant le système de soin et retardant ainsi les résolutions des problèmes. La promotion de l'intervention brève dans la formation médicale et aux urgences est un premier pas. D'ailleurs, le travail des Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie est à saluer car elle permet depuis vingt ans d'optimiser la prise en charge et d'orienter nos populations. Quelques limites pourtant : les nuits, les week-ends et les différences sur le territoire quant à proposer des ELSA dans les structures hospitalières.

(1) Réduction des risques

La crise peut aussi survenir dans les centres prenant en charge les addictions avec des urgences vitales tels que le sevrage éthylique et aux benzodiazépines constitués, les comas toxiques et quelques complications somatiques (tels convulsions, toux et vomissements sanglants, abcès et affections fébriles post-intra veineuse, accident d'exposition aux virus, etc.). Ces situations relèvent des urgences et d'une potentielle évacuation (par le SAMU par exemple). Le brevet de secourisme et un téléphone sont un minimum préalable aux intervenants en RDR. Et là, c'est là encore un moment clef pour engager des changements.

Dans le même esprit, les urgences psychiatriques sont le recours des situations engageant l'intégrité physique et psychique d'une personne. Les forces de l'ordre peuvent être amenées à intervenir pour sécuriser le transfert vers l'hôpital. Pourtant il me semble qu'une bonne écoute, empathique et sincère, peut tempérer la crise et la patience peut la résoudre.

Ceci étant dit, ce memento aura donc, à mon sens, deux intérêts majeurs :

- Préparer les intervenants sanitaires et sociaux dans un contexte addictologique à gérer les crises somatiques, psychologiques et sociales en complément de la formation en Prévention et Secours Civiques de niveau 1 (PSC1).
- Donner les arguments de recours au droit commun. Ils sont appelés par l'urgentiste « critères de gravité ». De fait, ces derniers sont déterminés par la spécialité relevant de la pathologie concernée... à nous d'identifier et d'imposer les critères de gravité centrés sur la personne dans une démarche globale.

**Hans Gadelius,**  
Centre Danielle Casanova  
Hôpital militaire du Laveran

# INTRODUCTION

## Un outil simple et pratique...

Professionnels et intervenants sont régulièrement confrontés à des « urgences » liées à l'usage de produits psychoactifs.

Mais de quoi parlons-nous quand nous parlons d'« urgences » ? Quelles sont les situations qui nécessitent une réponse immédiate ? Comment faut-il agir et réagir ? Quelles sont les ressources à disposition des professionnels ?

Qu'il s'agisse d'urgences physiques, psychocomportementales ou sociales provoquées par une consommation de substances psychoactives ou, au contraire, par un arrêt brutal de cette consommation, l'objectif de ce travail est de rappeler et de diffuser les bonnes pratiques et les conduites à tenir.

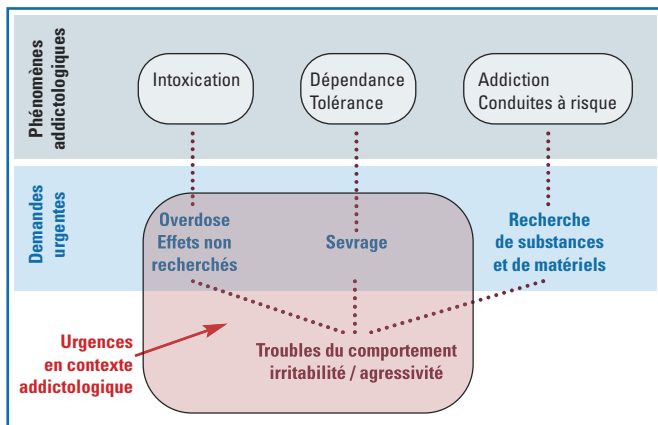
Elaboré et rédigé par un groupe de travail représentant l'ensemble des professionnels potentiellement impliqués, ce mémento propose ainsi des pratiques validées et des conseils simples pour savoir comment intervenir en fonction des ressources à disposition et du lieu d'intervention.

## ... À destination de tous

Il est destiné à tout professionnel ou intervenant, ayant ou non une formation médicale ou de secourisme, qui peut être confronté à ce type d'urgence dans son milieu ou cadre d'intervention :

- **le milieu du soin libéral** : cabinets de ville (médecins, infirmiers, etc.), pharmacies d'officine ;
- **le milieu de soin en institution** : hôpitaux, cliniques, maisons de retraite, structures spécialisées en addictologie et en réduction des risques ;
- **dans le travail social** : accueils ou services sociaux ;
- **la rue** : travail de rue, maraudes ;
- **les espaces festifs** : grands rassemblements festifs, milieu festif techno alternatif, clubs, concerts ;
- **le milieu de la santé au travail** ;
- **le milieu scolaire** : vie scolaire, infirmerie ;
- **le milieu carcéral**.

*Différents types d'urgence et définitions*



## Différents types d'urgence et définitions

Le principe de ce mémento n'est pas d'envisager les urgences en général, mais dans leur lien avec la consommation ou l'arrêt de consommation d'un produit psychoactif. Il ne s'agit pas de traiter pour autant des « urgences addictologiques », c'est-à-dire des urgences liées spécifiquement à la dépendance et à son suivi, mais de traiter des « urgences en contexte addictologique »<sup>(1)</sup>.

La consommation de produits psychoactifs peut en effet amener à différentes situations d'« urgences » se manifestant par différents types de problèmes :

- les intoxications aiguës (overdoses, effets indésirables, etc.) ;
- les phénomènes de sevrage ;
- les états d'angoisse, d'irritabilité, les comportements agressifs, etc.

*On distingue ainsi dans ce mémento :*

### LES URGENCES D'EXPRESSION SOMATIQUE

Du point de vue médical, l'urgence somatique désigne les états, qui en dehors d'une action immédiate ou rapide, engage le pronostic vital ou le pronostic fonctionnel<sup>(2)</sup> des personnes concernées. Elles peuvent être clairement et directement constatées par l'intervenant (inconscience, arrêt de la respiration, malaise ou chute, forts tremblements, accélération de la respiration, nausée, etc.), ou supposées à partir des déclarations du sujet (très froid, très chaud, accélération des battements du cœur, envie de vomir, ne sent pas bien physiquement, sueurs, etc.). Déclarations qui pourront être vérifiées, pour les intervenants formés et équipés, par des actes simples : prise de pouls, mesure de la tempéra-

ture, de la pression artérielle, etc. **Dans ces cas-là, au final, c'est l'intervenant qui décide en fonction de ses connaissances s'il s'agit d'une urgence.** Par ailleurs, c'est lui qui va décider des suites à donner après la prise en charge initiale de la personne.

### LES URGENCES D'EXPRESSION « PSYCHO-COMPORTEMENTALE »

Cela désigne des états aigus de souffrance psychique, des comportements « hors-norme » et inappropriés, des crises, des paroles, qui peuvent relever ou non de la maladie mentale. Ces situations n'engagent que très rarement le pronostic vital à très court terme, mais sans intervention rapide elles peuvent entraîner des dommages sévères pour la personne et/ou son entourage. **Le plus souvent, c'est la personne elle-même, par ses déclarations et/ou son comportement, qui interpelle l'intervenant sur le caractère urgent de son état ou de sa situation, et c'est l'intensité de cet appel qui peut amener l'intervenant à croire au besoin urgent d'une action.** Dans d'autres cas, la demande d'aide ne provient pas de la personne concernée mais de tiers ou bien résulte du constat manifeste de l'intervenant. Dans ces situations, la personne concernée et l'intervenant vont décider ensemble des procédures à mettre en place.

### LES URGENCES SOCIALES

L'intervenant a connaissance d'informations qui lui laissent penser que la personne qu'il suit ou auprès de qui il intervient connaît des difficultés sociales aiguës et/ou met en danger son entourage ou serait elle-même mis en danger par son entourage.

(1) **RAPPEL : dans la très grande majorité des cas et des situations, l'arrêt du comportement de consommation chez une personne dépendante ne constitue pas une urgence** telle que nous proposons de la définir ici. La réduction de la consommation ou son arrêt sont des processus qui peuvent être longs et qui sont l'objet des prises en charge addictologiques.

(2) Qui touche à une fonction du corps humain.

## Relation d'aide en urgence et bonnes pratiques motivationnelles

**L**a prise en charge d'une urgence débute toujours par la rencontre entre une personne et un intervenant dans un contexte ou dans un lieu spécifique. Les conditions de cette rencontre déterminent largement la tonalité et la nature des échanges ultérieurs et le déroulement de la prise en charge. Pourtant les savoir-être et savoir-faire propices à créer de bonnes conditions de collaboration entre la personne et l'intervenant peuvent être négligés au profit de l'application ou de la mise en œuvre de procédures ou de protocoles.

Dans cette perspective, les intervenants risquent d'adopter une posture et une attitude directives, qui ont le plus souvent pour conséquence de renforcer l'attitude défensive voire agressive des personnes et qui se révèlent donc contre-productives.

Or, il faut le rappeler, rien ne peut se faire sans prendre en compte le point de vue de la personne concernée et prendre du temps pour entrer en relation avec son interlocuteur permettra de gagner beaucoup de temps par la suite. La relation d'urgence peut faire intervenir des tiers, souvent des proches de la personne (amis, famille, pairs). Parfois ces tiers sont indispensables à l'intervenant pour initier et/ou maintenir une relation d'aide en urgence.

### ⊖ Arrêt cardiorespiratoire et état d'inconscience

Pour que la relation puisse s'engager, il faut toutefois que la personne en situation d'urgence soit en mesure de s'exprimer. L'état d'inconscience et l'arrêt cardiorespiratoire justifient que l'on agisse sans avoir échangé avec la personne, étant donné qu'il s'agit d'urgences réelles nécessitant une prise en charge médicale immédiate. Après avoir appelé les secours et effectué les premiers gestes d'urgence, il faut expliquer simplement à l'entourage les risques encourus et les premières étapes à suivre.

### ⊖ Autres états ou situations

A l'exception de ces deux situations, et même si des gestes urgents sont à faire, toutes les autres situations d'urgences d'expression somatique ou psychocomportementale nécessitent de nouer une relation avec la personne concernée par l'urgence et son entourage.

### ⊖ Après l'urgence

Une fois l'urgence traitée, si cela est possible, il peut être intéressant de revenir avec la personne sur la situation et sur ses habitudes de consommation afin qu'elle puisse à l'avenir prévenir ce genre de situation ou bien identifier les moyens d'autocontrôle dont elle dispose pour les gérer elle-même.



## Ce qu'il faut faire



### Cette entrée en relation et la suite de l'échange se font :

- En acceptant la personne de façon inconditionnelle (c'est-à-dire en adoptant une attitude de non-jugement et d'accueil, même si l'on ne partage pas les valeurs et le contenu des discours de la personne), en ne mettant de limite qu'aux discours et comportements qui menacent autrui ;
- En faisant ressentir à la personne qu'elle est bienvenue et mérite notre respect ;
- En expliquant qui on est et en affirmant sa disponibilité ;
- En laissant parler la personne et en l'aidant à verbaliser sa façon de percevoir sa problématique ;
- En exprimant son empathie, en reflétant et en résumant ce que dit la personne, ce qui lui permet de se sentir comprise ou à défaut d'exprimer en quoi elle ne l'est pas ;
- En limitant l'utilisation des questions fermées à la recherche des informations indispensables à la prise de décision, et en ne commençant pas l'entretien par un « interrogatoire » ;
- En retenant qu'on en sait toujours plus avec une question ouverte qu'avec dix questions fermées ;
- En donnant des informations après avoir demandé l'autorisation d'en apporter, sur un mode clair et non menaçant, en évitant le jargon et en vérifiant après sa délivrance ce que l'information donnée provoque chez la personne (en français courant : vous en pensez quoi de ce que je viens de vous dire ?) ;
- En expliquant pas à pas ce qui doit être décidé et fait ;
- En respectant l'espace personnel de la personne et en adaptant votre conduite selon les cas : pas de contact physique ou rapproché ou à l'inverse possibilité d'accompagner ses paroles de contacts physiques (par exemple prendre la main, passer le bras autour des épaules, prendre dans les bras) ;
- En acceptant la présence d'un tiers aidant (entourage, proche, pair).

### On sera d'autant plus efficace :

- En évitant la confrontation ;
- En évitant de se mettre en position supérieure, magistrale, moralisatrice ;
- En évitant de nier la compétence pratique et l'autonomie du sujet ;
- En évitant de donner un cours ;
- En évitant les questions de curiosité tournées vers le passé plus ou moins lointain.

Ces conseils s'appliquent également si vous ou des témoins parlent de la personne en sa présence (faites cesser les commentaires inutiles voire désobligeants), y compris si elle paraît inconsciente.

Il se peut que la relation d'aide ne puisse s'établir entre vous et la personne. S'il est possible de passer le relais ou bien de vous faire assister par une personne (quel que soit son statut) qui saura créer ce lien, n'hésitez pas à explorer cette voie.

**Hors urgences somatiques avérées qui nécessitent des actes précis, la mise en œuvre de ces bonnes pratiques communicationnelles peut suffire à régler à court terme un très grand nombre de situations. Certains cas présentent des problèmes ou urgences d'expression somatique associés à une urgence d'expression psychocomportementale. Il conviendra alors de bien établir ce qu'il est prioritaire de traiter. Les intervenants secouristes, paramédicaux ou médicaux, peuvent être particulièrement tentés de prioriser ce qu'ils connaissent le mieux, souvent le traitement somatique. Or ce dernier doit se dérouler autant que faire se peut selon les bonnes pratiques ci-dessus sous peine d'aggraver parfois l'état psychologique de la personne.**

ARRÊT CARDIORESPIRATOIRE

## Description

⊕ De manière très simple, la personne fait un arrêt cardiaque quand elle est inconsciente et qu'elle ne respire plus ou respire très anormalement.

Médicalement parlant, un arrêt cardiorespiratoire ou arrêt cardioventilatoire, plus communément appelé arrêt cardiaque, consiste en l'interruption simultanée de la circulation du sang et de la respiration chez une personne.

## i Ce qu'il faut savoir

→ Face à une personne inconsciente qui ne respire pas, ne bouge pas, ne tousse pas, il faut débiter un massage cardiaque le plus rapidement possible.

Même réalisé par un non-secouriste, le massage cardiaque ne fait qu'augmenter les chances de survie de la victime. Si la personne n'est pas réellement en arrêt cardiaque les complications éventuellement entraînées par la réanimation sont minimales comparées à l'enjeu majeur immédiat.

→ Une crise convulsive (voir p. 15) peut révéler un arrêt cardiaque.

## Produits psychoactifs le plus souvent impliqués en contexte addictologique

- Alcool
- Opiacés
- Stimulants majeurs
- Poppers, colles et solvants

## ? Ce qu'il faut faire

- Appelez ou faites appeler le plus vite possible le 15 ou le 112 et, si possible, ne restez pas seul.
- Réclamez un défibrillateur automatisé externe (DAE) ou munissez-vous du DAE s'il est immédiatement disponible.
- Allongez la victime sur le dos sur un plan dur (pas sur un lit).
- Débutez une réanimation cardiopulmonaire le plus rapidement possible (si besoin se faire aider à l'aide de conseils téléphoniques donnés par le centre 15) :
  - agenouillez-vous à ses côtés ;
  - placez vos mains, l'une sur l'autre, au milieu de la poitrine de la victime ;
  - bras tendus, appuyez fortement avec le talon de la main, en y mettant le poids de votre corps, en enfonçant le thorax d'au moins 5 cm et au maximum de 6 cm, à une fréquence comprise entre 100 et 120 compressions par minute ;
  - entre chaque compression, relâchez complètement la pression sur la poitrine ;
  - réduisez au maximum les interruptions entre les compressions thoraciques.

### Si vous êtes formé-e :

- faites 30 compressions suivies de 2 insufflations (bouche-à-bouche) (une seconde par ventilation en vérifiant que le thorax se soulève) ;

### Dans tous les cas :

- poursuivez la réanimation jusqu'à :
  - la mise en œuvre d'un défibrillateur automatisé externe. Suivre ses instructions une fois qu'il est en place ;
  - le relais par les services de secours ;
  - ou la reprise de la respiration et de l'activité cardiaque.

## Comment utiliser un DAE ?

*Poursuivez la réanimation cardiopulmonaire jusqu'à l'arrivée du DAE.*



**1/** Dès que celui-ci est disponible, mettez-le en marche et prenez connaissance des instructions figurant sur l'appareil. Pendant ce temps, si plusieurs personnes sont présentes, l'une d'elles doit poursuivre la réanimation cardiopulmonaire.

**2/** Dénudez la poitrine de la victime et placez les électrodes à même la peau conformément aux instructions figurant sur leur emballage ou sur les électrodes elles-mêmes.

Assurez-vous que personne ne touche la victime lorsque le DAE analyse son rythme cardiaque.



**3/** Si un choc électrique doit être administré, assurez-vous que toutes les personnes présentes sont éloignées de la victime et de son environnement immédiat.

Appuyez sur le bouton si cela vous est demandé. Un défibrillateur entièrement automatique administrera le choc électrique sans votre intervention.

**4/** Si le DAE vous y invite, effectuez des compressions thoraciques sans tarder.

Continuez à suivre les indications du DAE jusqu'à ce que la victime retrouve une respiration normale ou jusqu'à l'arrivée des secours.

Si la respiration redevient normale, arrêtez la réanimation, mais n'éteignez pas le DAE et laissez les électrodes en place sur la poitrine de la victime. Si celle-ci reste inconsciente, mettez-la sur le côté, en position latérale de sécurité (voir page 11).

Source : adapté à partir de [www.croix-rouge.fr](http://www.croix-rouge.fr)



POUR LOCALISER LES DAE, TÉLÉCHARGEZ L'APPLICATION **STAYING ALIVE** SUR VOTRE SMARTPHONE. 

INCONSCIENCE

## Description

⊕ L'inconscience, ou « perte de connaissance », correspond à une situation où la personne ne parle pas et ne réagit pas aux stimulations visuelles, physiques et sonores alors qu'elle respire correctement.

### i Ce qu'il faut savoir

Pour vérifier que la personne respire correctement :

- approchez la joue et l'oreille de la bouche et du nez de la victime et percevez ou écoutez la respiration ;
- observez les mouvements du thorax.

En attendant l'arrivée des secours, il est fortement conseillé de mettre en position latérale de sécurité (PLS) toute personne inconsciente qui respire.

→ Cela évite la chute de la langue vers l'arrière et facilite l'évacuation des régurgitations, du sang et des vomissements vers l'extérieur.

→ Cette position facilite la respiration, prévient des complications respiratoires mais ne doit pas conduire à faire cesser la surveillance de la personne (notamment la respiration et le pouls).



### Produits psychoactifs le plus souvent impliqués en contexte addictologique

- Alcool
- Opiacés
- Poppers, colles et solvants
- Hallucinogènes dissociatifs
- Tranquillisants et somnifères

### ? Ce qu'il faut faire

- Appelez à l'aide si vous êtes seul et appelez ou faites appeler le 15 ou le 112 afin de pouvoir être conseillé et aidé par un médecin urgentiste.
- Vérifiez l'état de conscience en demandant à la personne de serrer la main, d'ouvrir les yeux, de répondre à une question. Si elle ne répond pas et n'a pas de réaction, il faut considérer qu'elle est inconsciente.
- Dégrafez les vêtements serrés (col, foulard, ceinture, pantalon...).
- Si la personne se met à ne plus respirer correctement :
  - basculez prudemment la tête de la victime en arrière ;
  - assurez-vous que rien n'obstrue les voies respiratoires supérieures ;
  - retirez d'éventuels corps étrangers s'ils sont visibles.

**Pour les intervenants expérimentés en contexte festif :** la consommation à forte dose de produits anesthésiants de type kétamine, méthoxéthamine (cf. Hallucinogènes) peut produire une inconscience de quelques minutes à une ou deux heures qui cesse avec la fin des effets du produit. Dans la plupart des cas, la personne est consciente mais « dans son trip », « coupée » de son corps et incapable de répondre aux sollicitations basiques ou très peu. Pour éviter une prise en charge médicale non nécessaire et les conséquences pour la personne au sortir des effets, privilégiez dans ces cas l'observation des signes vitaux (respiration régulière, rythme cardiaque, voire prise de la tension artérielle si possible).

*Si la victime porte des lunettes, ôtez-les-lui.*

*Assurez-vous que ses jambes sont allongées côte à côte. Si ce n'est pas le cas, rapprochez-les délicatement l'une de l'autre de manière à les placer dans l'axe du corps.*



**1/** Disposez le bras de la victime le plus proche de vous à angle droit de son corps. Pliez ensuite son coude tout en gardant la paume de sa main tournée vers le haut. Placez-vous à genoux ou en trépiéd à côté de la victime.

**2/** Saisissez l'autre bras de la victime d'une main, placez le dos de sa main contre son oreille, de votre côté. Maintenez la main de la victime pressée contre son oreille paume contre paume.



**3/** Attrapez la jambe la plus éloignée de vous avec l'autre main, juste derrière le genou, et relevez-la tout en gardant le pied au sol. Placez-vous assez loin de la victime, au niveau de son thorax, pour pouvoir la tourner sur le côté vers vous, sans avoir à reculer.

**4/** Faites rouler la victime en tirant sur sa jambe jusqu'à ce que le genou touche le sol. Dégagez doucement votre main de sous la tête de la victime en maintenant son coude de votre autre main afin de ne pas entraîner sa main et d'éviter toute mobilisation de sa tête.



**5/** Ajustez la jambe située au-dessus de sorte que la hanche et le genou soient à angle droit.

**6/** Ouvrez la bouche de la victime d'une main, avec le pouce et l'index, sans mobiliser la tête, afin de permettre l'écoulement des liquides vers l'extérieur.



Source : [www.croix-rouge.fr](http://www.croix-rouge.fr)

HYPOTHERMIE

## Description

⊕ L'hypothermie est la baisse de la température du corps. En l'absence des instruments et/ou de la formation nécessaires pour mesurer cette température, on peut penser à une hypothermie face à certains symptômes. La difficulté est que ceux-ci diffèrent selon le degré de gravité de l'hypothermie. On distingue ainsi l'hypothermie légère, l'hypothermie modérée et l'hypothermie sévère.

	Hypothermie légère (35 °C – 32 °C)	Hypothermie modérée (32 °C – 28 °C)	Hypothermie sévère (< 28 °C)
<b>Description</b>	Une personne en état d'hypothermie légère frissonne vigoureusement et présente une peau froide. Son rythme cardiaque augmente et sa respiration est rapide.	En état d'hypothermie modérée, la personne est livide et <b>ne frissonne plus</b> . Elle est confuse, apathique. Elle présente une raideur des articulations et a une mauvaise coordination des mouvements. Son rythme cardiaque baisse. Sa respiration est plus lente.	La personne <b>ne frissonne plus</b> , est froide et rigide, n'a plus de réflexe, son état de conscience est très altéré et elle peut se présenter en état de mort apparente. Son pouls est très faible. Ses pupilles sont dilatées.
Frissons	Permanents	Absents	Absents
Dextérité	Conservée	Absente ± rigidité	Absente + rigidité
Conscience	Conservée	↘	Inconscient
Fréquence respiratoire	↗	↘	↘ ↘ ↘
Fréquence cardiaque	↗	↘	↘ ↘ ↘

↓  
**Produits psychoactifs  
le plus souvent impliqués  
en contexte addictologique**

- Alcool
- Opiacés
- Hallucinogènes dissociatifs
- Tranquillisants et somnifères

### i Ce qu'il faut savoir

→ L'hypothermie est favorisée par les conditions environnementales et par une exposition prolongée au froid mais peut avoir lieu en dehors de ces conditions, par exemple en été ou dans les situations de fortes amplitudes thermiques.

→ L'hypothermie perturbe les grandes fonctions de l'organisme avec des variations qui sont fonction de la profondeur de la chute thermique.

## ? Ce qu'il faut faire

- Contactez le 15 ou le 112 sans délai.
- Isolez la personne du froid et du vent en la mettant à l'abri ou en la mettant dans un endroit chauffé.
- Évaluez le degré de sévérité de l'hypothermie et adaptez votre conduite (cf. encadrés ci-contre et ci-dessous).
- Dans tous les cas : surveillez l'évolution : frissons, dextérité, conscience, respiration, pouls, température si vous disposez de l'équipement nécessaire.
- Parlez et réconfortez la personne.

### VICTIME CONSCIENTE + FRISSONS PERMANENTS

- Si la personne a séjourné dans l'eau, enlevez les vêtements humides ou mouillés
- Séchez la victime
- Enveloppez la victime de vêtements secs + couverture de survie
- Couvrez tête + mains + pieds
- Poches d'eau tiède (sans contact direct avec la peau)
- Donnez une boisson chaude sans alcool

### VICTIME NE FRISSONNE PLUS + PERTE DE DEXTÉRITÉ

#### Troubles de la conscience

- Si la personne a séjourné dans l'eau, enlevez les vêtements mouillés en mobilisant au minimum la victime (au besoin coupez les vêtements)
- Séchez prudemment sans frictionner
- Enveloppez la victime de vêtements secs + couverture de survie
- Couvrez tête + mains + pieds
- Ne donnez pas de boisson

#### Inconscient

##### Avec ventilation

- Ne déshabillez pas
- Couverture de survie
- Surveillez constamment la ventilation
- Mettez sous oxygène (si formé-e et habilité-e)
- Mettez en position latérale de sécurité (PLS)
- Réanimation cardiopulmonaire au moindre doute (voir p. 8)

##### Sans ventilation

- Réanimation cardiopulmonaire (voir p. 8)

Source : adapté d'après un document de la Société nationale de sauvetage en mer.

→ **HYPERTHERMIE**

## Description

⊕ L'hyperthermie désigne une augmentation de la température du corps, distincte de la fièvre d'origine infectieuse. En l'absence des instruments et/ou de la formation nécessaires pour mesurer cette température, l'hyperthermie doit être suspectée si on observe :

- **des signes physiques** : une peau chaude et rouge ; une fatigue brutale ; une sueur profonde ; une soif intense ; des crampes ; trismus (verrouillage ou crispation de la mâchoire qui ne peut plus s'ouvrir normalement) ; mydriase (dilatation de la pupille) ; des symptômes digestifs (nausées, vomissements) ;
- **(parfois) des signes psychocomportementaux** : agressivité ; agitation et excitation ; désorientation.

### **i** Ce qu'il faut savoir

→ L'hyperthermie est favorisée par les conditions environnementales et l'exposition prolongée à la chaleur, et est majorée par l'effort physique.

→ L'hyperthermie est une urgence médicale qui met en jeu le pronostic vital (risque de mort si la température est supérieure à 41,6 °C). Pour la prise en charge, il ne faut pas trop refroidir la surface du corps, car les vaisseaux sanguins vont alors « se refermer » (vasoconstriction), ce qui va ralentir la régulation de la température centrale.

**Produits psychoactifs  
le plus souvent impliqués  
en contexte addictologique**

▶▶ Stimulants majeurs

### ? Ce qu'il faut faire

Lorsque l'hyperthermie est avérée, il faut en premier lieu faire en sorte de rafraîchir la victime.

- Appelez le 15 ou le 112 dans les plus brefs délais, notamment si la victime est inconsciente.
- Éloignez la personne de la source de chaleur, mettez-la à l'ombre.
- Dégrafez les vêtements trop serrés et enlever les vêtements chauds (veste, pull, etc.).
- Couchez-la avec la tête posée sur un coussin.
- Mettez-la dans un courant d'air (ou près d'un ventilateur).
- « Brumisez-la » ou aspergez-la d'eau légèrement fraîche.
- Posez des poches d'eau froide aux plis (aisselle et aisselles).
- Calmez la personne, évitez qu'elle fasse des efforts.

L'ensemble de ces techniques de refroidissement passives par voie externe nécessite un massage cutané afin d'éviter de ne refroidir que l'enveloppe et d'assurer un retour veineux de qualité.



## Description

⊕ Une crise convulsive est la survenue brutale et inopinée de contractions musculaires involontaires pouvant concerner un muscle isolément, un groupe de muscles ou l'ensemble du corps. On distingue deux phases dans la crise convulsive :

- la phase dite « **tonicoclonique** » pendant laquelle surviennent les convulsions et qui ne dure en général que quelques minutes ;
- la phase dite « **postcritique** » pendant laquelle la personne est relâchée, n'a plus de convulsion, est dans un état semi-conscient et présente des difficultés respiratoires. Cette phase dure de plusieurs minutes à plusieurs heures pendant lesquelles la personne retrouve progressivement un état de conscience normal.

### i Ce qu'il faut savoir

- Les crises convulsives sont impressionnantes mais il ne faut pas s'affoler. Vous pouvez venir en aide à la personne en crise.
- Pendant la phase tonicoclonique l'objectif premier est d'éviter que la personne ne se blesse en la protégeant.
- Contrairement à une idée reçue, il ne faut pas mettre ses doigts ou une cuillère dans la bouche de la personne.

### Produits psychoactifs le plus souvent impliqués en contexte addictologique

- ▶▶ Alcool
- ▶▶ Opiacés
- ▶▶ Stimulants majeurs
- ▶▶ Tranquillisants et somnifères

### ? Ce qu'il faut faire

#### En phase tonicoclonique

- Appelez le 15 ou le 112 et notez l'heure de début de crise.
- Placez quelque chose de mou sous la tête et le cou afin de prévenir les blessures. Vous pouvez utiliser ce que vous avez sous la main comme un oreiller ou un vêtement plié.
- Écartez tout objet dangereux pour s'assurer que la personne ne se blesse pas.
- **Ne tentez pas d'immobiliser la personne.** Vous ne pouvez pas interrompre la crise en retenant ou en secouant la personne. Si vous tentez de l'immobiliser, son corps entier se mettra à se contracter et elle pourrait se blesser ou vous frapper accidentellement.

#### En phase postcritique

- Tournez la personne sur le côté pour prévenir la suffocation : durant une crise, la personne peut vomir ou saliver abondamment. Pour s'assurer qu'elle ne s'étouffe pas, tournez-la sur le côté de façon à permettre à la salive et à d'autres liquides de s'écouler et ainsi aider à dégager les voies respiratoires.
- Voir position latérale de sécurité page 11.

## Description

⊕ La crise peut être définie comme la perte d'un équilibre ressenti.

Elle peut se manifester de différentes façons : incapacité de faire face à des événements ou des émotions ; sentiment d'impuissance ; comportements inhabituels et/ou inadaptés ; etc.

Il existe deux types principaux de crise :

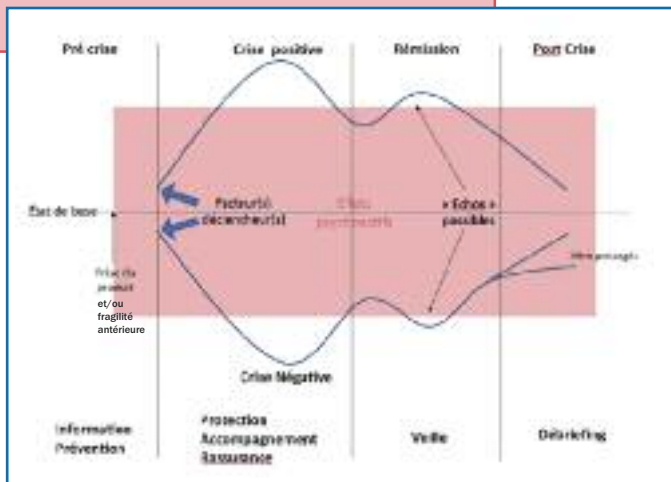
1) **la crise émotionnelle** : la personne est submergée par l'émotion soit en lien direct avec les effets du produit, soit parce que le produit a fait (re)surgir un événement heureux ou au contraire traumatique ;

2) **la crise psychologique** : la personne fait face à un questionnement ou à une préoccupation si forte qu'elle ne peut penser à rien d'autre. L'objet du questionnement peut être existentiel ou plus anodin, en rapport avec son vécu ou bien avec le contexte du moment.

⊕ La crise revêt toujours une expression psychocomportementale associée à la rupture d'équilibre, souvent sous la forme d'une modification de l'activité psychomotrice qui pourra aller d'une prostration/inhibition totale à une agitation majeure. Elle peut également s'accompagner d'idées suicidaires.

### i Ce qu'il faut savoir

→ Les raisons de la crise peuvent être multiples. Il est possible de la décrire de manière artificielle en plusieurs phases :



## ? Ce qu'il faut faire

Face à une personne qui est en crise, le principe est d'opter pour une stratégie d'apaisement ou de réconfort.

### Phrases possibles

- « Vous semblez énervé(e)/ inquiet(-ète) »
- « Que puis-je faire pour que vous alliez mieux ? »
- « Qu'aimeriez-vous que je fasse ? »
- « Je suis à votre disposition pour vous aider »
- « J'essaie de bien comprendre votre situation »
- « Les effets du produit vont se dissiper »

### Phrases inadéquates (car trop directives)

- « Restez poli »
- « Arrêtez de... »
- « Ce n'est pas comme ça que vous allez réussir »
- « Mais qu'est-ce que vous croyez, ... »
- « Ou bien vous faites ... ou bien je fais ... »

### Phrases à ne pas dire

- « Ce n'est pas comme ça que ça se passe »
- « Ce n'est pas comme ça que nous faisons »
- « Là, vous vous trompez »
- « Tout le monde sait que ... »
- « Si vous pouviez revenir à l'essentiel »
- « Si vous aviez bien écouté ... »
- « C'est contre le règlement »

## Le suivi d'une personne en crise, phase par phase

### ⊖ PHASE DE DÉCLENCHEMENT

Si la prise d'un produit psychoactif (sa nature, son dosage, sa connaissance par le consommateur) fait partie du contexte de déclenchement, il n'est pas forcément l'élément déclencheur de la crise. L'état psychologique antérieur de la personne, ses relations aux autres, son niveau de fatigue, l'environnement extérieur figurent parmi les principaux facteurs déclencheurs qui ne sont pas liés au produit.

### Que faire ?

#### ⊖ INFORMER et PRÉVENIR

La personne peut être informée sur les effets attendus du produit et sur les précautions qu'elle doit prendre si elle est déterminée à consommer la substance choisie : de ne consommer qu'une faible dose, de ne pas multiplier les prises même s'il n'y a pas d'effet immédiat, d'éviter de mélanger différents produits. Les informations concernent aussi les conditions de la prise telles que le fait de ne pas rester seul, de s'hydrater, de s'alimenter et d'éviter les consommations en cas de fatigue importante et si le moral est mauvais. Les substances telles que les hallucinogènes et la cocaïne sont particulièrement agressives chez les personnes souffrant de troubles psychiatriques et peuvent être des facteurs de décompensation de ces maladies.

.../...

### Le suivi d'une personne en crise, phase par phase

.../...

#### ⊕ ACMÉ DE LA CRISE

La personne est sous l'effet du produit (relaxation, détente, euphorie, évasion, etc.). Le vécu subjectif est plutôt positif chez le consommateur mais l'effet recherché peut s'avérer plus intense que prévu au point de ne pas pouvoir en maîtriser les émotions et les perceptions provoquées par le produit.

Par contre, lorsque l'effet obtenu n'est pas celui attendu, le vécu de la personne peut alors devenir très négatif. C'est le fameux « bad trip ». Les manifestations peuvent être très variables d'un sujet à un autre. Il peut s'agir d'une agitation psychomotrice, d'hallucinations visuelles ou auditives, d'un trouble délirant tel un sentiment important de persécution (la personne peut avoir l'impression d'être poursuivie et menacée). Ces manifestations génèrent systématiquement une anxiété importante et parfois s'accompagnent d'une charge émotionnelle intense.

**La crise peut durer quelques minutes à quelques heures.** Lorsqu'elle se prolonge, elle nécessite une prise en charge spécialisée et le plus souvent en structure psychiatrique. La durée, les manifestations de la crise et les fragilités sous-jacentes de la personne vont alors déterminer le pronostic. Une partie des personnes recouvrera son état antérieur en quelques jours et on parlera alors d'épisode de pharmacopsychose. Chez les personnes pour qui la récupération est beaucoup plus complexe, on peut s'interroger sur l'existence d'un trouble psychiatrique sous-jacent.

#### Que faire ?

#### ⊕ PROTÉGER, ACCOMPAGNER et RASSURER

La personne est en situation de vulnérabilité et doit être protégée et rassurée. Cela peut aussi signifier éviter toute attitude aggravante telle que de surélever une personne agitée au risque qu'elle ne tombe, d'utiliser une lumière puissante qui sera très agressive chez une personne sous l'effet de substances.

C'est probablement le cas d'urgence qui fait le plus appel à la créativité. Parfois dire à la personne « Bois un verre d'eau, ça ira mieux » suffit. D'autre fois l'accompagnement durera plusieurs heures. Dans le cas des crises émotionnelles (pleurs, peurs, joie), il arrive que la seule chose à faire soit de prendre la personne dans les bras.

Un discours calme et bienveillant permettra à la personne de se situer dans le temps et dans l'espace et de s'apaiser dans ce moment délicat.

C'est aussi le moment où il est pertinent de recueillir un maximum d'informations sur les conditions de la crise, sur le produit consommé et sur les témoignages de l'entourage.

**La vigilance doit être maintenue tant que les manifestations liées au produit n'ont pas disparu et que la personne n'a pas recouvré un comportement et un discours totalement adaptés.**

### ⊕ PHASE DE RÉMISSION

Elle correspond à la phase de récupération dont le délai est variable et dépend de nombreux paramètres tels que la cinétique du produit consommé, la dose ingérée, les autres produits associés, le contexte et l'environnement ainsi que les facteurs individuels de la personne.

**Pendant cette phase, des manifestations semblables à la crise sont possibles** et le plus souvent a minima tel l'écho d'une onde. Elles peuvent être assez mal vécues, car la personne pensant être sortie de la crise replonge dans les manifestations émotionnelles ou psychologiques déstabilisantes.

### Que faire ?

#### ⊕ VEILLER

Une fois l'acmé de la crise passée, il est bon de garder la personne en observation quelque temps encore afin de pouvoir intervenir rapidement en cas de nouvelle crise. Il est recommandé d'offrir à la personne un espace rassurant où elle pourra rester durant cette phase. Les amis ou toute personne bienveillante envers la personne en difficulté sont bienvenus dans cet espace.

Parfois la personne a besoin de se reposer, il convient alors qu'elle puisse s'allonger jusqu'à parfois s'endormir. Au contraire, dans d'autres cas, souvent avec des produits stimulants, après un épisode de crise émotionnelle ou psychologique, la personne a besoin de bouger, d'être active ou créative pour « se vider la tête », ne pas retomber dans cet état. Il convient alors de pouvoir proposer à la personne selon le lieu et le matériel à disposition, la possibilité de pouvoir sortir se dépenser, de dessiner ou d'écrire, d'aller danser.

### ⊕ RETOUR À L'ÉTAT DE « BASE »

La personne a récupéré toutes ses capacités cognitives et ne ressent plus de perturbations liées au produit. Elle prend connaissance de ce qui s'est passé pendant ces dernières heures (sachant qu'il existe dans certaines situations une amnésie totale des faits).

Dans certains cas, les personnes peuvent avoir, pendant toute la durée de la crise, conscience du caractère anormal de leur comportement. Au décours de la crise, elles peuvent alors exprimer une culpabilité et un sentiment de honte vis-à-vis de l'entourage qui a supporté leur discours et leurs actes. Ce moment est propice à ce qu'on nomme un débriefing.

### Que faire ?

#### ⊕ DÉBRIEFER

C'est le temps du débriefing où il est possible et souvent utile de reprendre avec la personne les différentes étapes de la crise. Cela veut dire expliquer ce qu'il s'est passé, dédramatiser la situation et accompagner la personne dans ses commentaires. Il ne s'agit pas de pousser la personne en situation de confiance à livrer des événements personnels qu'il sera ensuite impossible d'accompagner dans le cadre d'un processus psychothérapeutique. Si elle le fait toutefois, il est alors utile de connaître les ressources locales de soins et de proposer à la personne qui vient de vivre un moment difficile une rencontre avec des professionnels de ces structures.

**Dans la majorité des situations rencontrées, un simple échange bienveillant suffit à la personne pour reprendre le cours de sa vie.**

## Description

⊕ Une attaque de panique (également appelée crise d'angoisse ou crise de panique) est un épisode transitoire de sensations de peur (anxiété) et d'inconfort intenses, d'installation typiquement brutale et durant quelques minutes à plusieurs heures. Les symptômes physiques (cf. ci-dessous) sont associés à des sensations de perte de contrôle ou de danger imminent sans lien avec la réalité. L'intensité des symptômes va alimenter et aggraver la peur ressentie par la personne qui a l'impression de perdre totalement le contrôle.

### i Ce qu'il faut savoir

→ Médicalement, l'attaque de panique est définie par la présence d'au moins quatre des symptômes de la liste ci-dessous, atteignant leur paroxysme en moins de 10 minutes :

• palpitations • transpiration • tremblements ou secousses musculaires • sensation de souffle court ou d'étouffement • sensation d'étranglement • douleur ou gêne dans la poitrine • nausées ou gêne abdominale • sensation de vertige, d'instabilité, de tête légère ou impression d'évanouissement • sentiment d'irréalité ou d'être détaché de soi-même • peur de perdre le contrôle ou de devenir fou • peur de mourir • sensation d'engourdissements ou de picotements dans les mains • frissons ou bouffées de chaleur

→ Certains facteurs comme le stress peuvent favoriser la survenue de telles crises. En cas d'attaques de panique récidivantes, elles peuvent entrer dans le cadre d'un trouble panique.

⬇  
**Produits psychoactifs  
le plus souvent impliqués  
en contexte addictologique**

- Stimulants majeurs
- Hallucinogènes
- Cannabis

### ? Ce qu'il faut faire

→ **L'objectif est de rassurer et calmer la personne.** L'entretien de réassurance est préconisé.

→ Faites sentir à la personne qu'elle est bienvenue.

→ Identifiez-vous clairement.

→ Si la crise est liée à la prise d'un produit, assurez la personne que son état psychique est dû aux effets de la substance, qu'il est réversible et que les symptômes de l'angoisse vont disparaître dans un certain laps de temps ;

– Si la personne a consommé des stimulants et est au début des effets (« montée »), invitez-la à ne pas essayer de lutter contre eux. Les stimulants donnent envie de s'exprimer, de bouger, de toucher... Il ne faut donc pas entraver ces élans mais les canaliser : activité physique, chewing-gum...

– Si la personne a consommé des stimulants et est à la fin des effets (« descente ») privilégiez le calme et l'invitation au repos : baisse de la luminosité, chuchotement, position assise ou allongée, tisane... Si besoin laissez-la dormir en revenant la voir régulièrement et en lui signalant que vous êtes là si besoin.

→ Aidez la personne à verbaliser son vécu.

→ Répétez et confirmez ce que dit la personne.

→ Fournissez des informations simples et concrètes.

## Description

☉ La confusion mentale est un syndrome clinique caractérisé par une altération de la conscience qui se traduit par une désorientation temporo-spatiale et des difficultés de perception. Elle représente un trouble aigu fréquent.

La confusion mentale se traduit par :

- un trouble de l'attention ;
- une désorientation temporo-spatiale : altération de la reconnaissance de l'environnement ;
- une perturbation des opérations intellectuelles complexes : altération de la pensée avec baisse de l'efficacité intellectuelle, propos incohérents, défaut de pensée logique ;
- une perte du contrôle de soi ;
- des perturbations émotionnelles et affectives fréquentes.

### i Ce qu'il faut savoir

→ Il s'agit le plus souvent d'un état aigu, réversible avec le trouble qui l'a fait naître.

→ En contexte addictologique, cet état est très souvent lié au sevrage brutal d'un produit après une intoxication prolongée (alcool, hypnotiques, etc.).

### ↓ Produits psychoactifs le plus souvent impliqués en contexte addictologique

- ▶▶ Alcool
- ▶▶ Stimulants majeurs
- ▶▶ Poppers, colles et solvants
- ▶▶ Hallucinogènes
- ▶▶ Tranquillisants et somnifères

### ? Ce qu'il faut faire

- Appelez le 15 ou le 112
- Assurez la surveillance
- Réassurez la personne
- Réorientez la personne : pour cela vous pouvez poser deux questions :
  - « Où sommes-nous ? » ;
  - « Quel jour sommes-nous ? ».

**Pour les intervenants expérimentés en contexte festif :** la consommation d'hallucinogènes, de kétamine, de MDMA peut conduire à une désorientation temporaire. Pour éviter une prise en charge médicale non nécessaire et les conséquences pour la personne au sortir des effets, privilégiez dans ces cas l'observation et la surveillance. Si cet état perdure plus d'une heure, contactez les secours.

## Description

⊕ L'état d'agitation psychomotrice est un symptôme non-spécifique souvent associé à une importante violence et agressivité dirigées vers la personne elle-même ou une autre personne.

La catatonie est un cas particulier d'agitation, c'est une forme de discordance comportementale majeure avec une perte de l'initiative motrice (stupeur) et une rigidité musculaire. Ce ralentissement psychomoteur extrême peut faire brutalement place à une excitation désordonnée (fureur catatonique) et redoutable.

### Produits psychoactifs le plus souvent impliqués en contexte addictologique

- Alcool
- Stimulants majeurs
- Stimulants mineurs
- Hallucinogènes
- Cannabis

## ? Ce qu'il faut faire

- ➔ Pour des raisons de sécurité, le premier contact avec une personne agitée se fait en groupe et il faut s'assurer de l'adhésion de l'équipe présente. Avant d'intervenir, une évaluation de la situation s'impose : observation de l'intensité, du déroulement dans le temps (intermittent, permanent) et de l'agitation exprimée. Repérez les signes éventuels de violence.
- ➔ Mettez la personne à l'abri dans un endroit calme ou sécurisez l'endroit en éloignant les personnes non-concernées ou des personnes qui pourraient être à l'origine de l'agitation.
- ➔ L'écoute : on rencontre souvent une agitation mixte (verbale et gestuelle). La forme du langage et son contenu renseignent sur les préoccupations de la personne. Prenez au sérieux les menaces éventuelles exprimées.
- ➔ L'entretien de désescalade
  - Établissez un contact physique ; touchez la personne, en lui serrant la main pour la saluer ou en lui prenant le pouls.
  - Laissez parler la personne ; si elle ne parle pas, demandez-lui de quoi elle souffre.
  - Réflétez les paroles de la personne pour lui montrer vos efforts d'empathie.
  - Prenez au sérieux la personne et parlez-lui des situations « déclenchantes ».
  - Expliquez ce que l'on fait, ce que l'on va faire.
  - Ne réagissez pas à des provocations, évitez l'opposition frontale et le jugement
  - Informez sur les conséquences d'un éventuel comportement violent de sa part.



## Description

⊕ La bouffée délirante aiguë est un trouble du fonctionnement de la pensée atteignant particulièrement les capacités de jugement et de déduction ainsi que les perceptions. Le délire est soudain. Il se caractérise par son mécanisme (hallucinoire, interprétatif), son thème (mystique, jalousie, persécution, etc.), le degré d'envahissement, le degré d'organisation, le degré d'adhésion du sujet. Dans l'état délirant aigu, la personne passe du coq à l'âne, elle est incohérente et l'expérience délirante est vécue avec une conviction absolue.

### i Ce qu'il faut savoir

→ Le trouble délirant bref est un épisode fréquent survenant chez un sujet sans antécédent de même nature. Il touche généralement un individu assez jeune (âgé de moins de 30 ans). Il peut survenir dans un contexte de stress psychosocial ou environnemental marqué, ou encore au décours de la prise de certains produits psychoactifs.

⊕  
**Produits psychoactifs  
 le plus souvent impliqués  
 en contexte addictologique**

- ▶▶ Stimulants majeurs
- ▶▶ Hallucinogènes
- ▶▶ Cannabis

### ? Ce qu'il faut faire

→ La disponibilité de l'intervenant à l'écoute de la personne est essentielle. On comprend par là qu'il ne s'agit pas d'adhérer à son discours qui est complètement délirant et incompréhensible. **Il faut simplement la mettre en confiance, l'écouter sans angoisse ni agressivité**, en sachant que si la personne utilise agressivité et sarcasmes à l'égard de l'intervenant, cela sert à masquer son désarroi ou sa détresse liés à l'expérience qu'elle traverse. Il faut opter, dans la mesure du possible, pour une attitude positive.

→ La persistance des troubles ou leur augmentation après la fin des effets du produit nécessite une prise en charge psychiatrique.

## 115 et Services intégrés d'accueil et d'orientation

Si vous êtes interpellé-e par une personne à propos de ses conditions d'existence et en particulier de son hébergement, vous pouvez appeler ou l'inviter à appeler le 115.

- Le 115 est un numéro d'urgence. Son objectif est d'orienter les personnes sans domicile vers des lieux d'hébergement. Il est opérationnel dans toute la France, entièrement gratuit et accessible toute l'année, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24.

Dans chaque département le 115 est intégré à un service plus large et plus global, le **Service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO)** qui répond aux objectifs suivants :

- améliorer l'orientation et la prise en charge ;
- rendre plus simples, transparentes et équitables les modalités d'accueil ;
- favoriser un travail coordonné des acteurs de la veille sociale, de l'hébergement et du logement ;
- construire des parcours d'insertion adaptés vers le logement et favoriser dès que possible l'accès au logement (principe du logement d'abord).

## Accueil de première ligne en addictologie : les CAARUD

En matière addictologique, les usagers, notamment les plus précarisés, désocialisés et marginalisés peuvent être adressés vers les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD).

Ces centres assurent :

- l'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé pour usagers de drogues ;
- le soutien aux usagers dans l'accès aux soins qui comprend :
  - l'aide à l'hygiène et l'accès aux soins de première nécessité, proposés de préférence sur place ;
  - l'orientation vers le système de soins spécialisés ou de droit commun ;
  - l'incitation au dépistage des infections transmissibles.
- le soutien aux usagers dans l'accès aux droits, l'accès au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle ;
- la mise à disposition de matériel de prévention des infections ;
- l'intervention de proximité à l'extérieur du centre, en vue d'établir un contact avec les usagers ;
- le développement d'actions de médiation sociale en vue de s'assurer une bonne intégration dans le quartier et de prévenir les nuisances liées à l'usage de drogues.

➔ **POUR OBTENIR LES COORDONNÉES DU CAARUD LE PLUS PROCHE, APPELÉZ DROGUES INFO SERVICE AU 0 800 23 13 13**

## Violences envers les femmes

Si vous êtes témoin d'une situation de violence, il faut appeler la police ou la gendarmerie en composant le 17.

Si vous avez besoin de renseignements, vous pouvez appeler *Violences Femmes Info* en composant le 3919.

- Le 3919 est un numéro national de référence d'écoute téléphonique et d'orientation à destination des femmes victimes de violences (toutes les violences, violences conjugales, violences sexuelles, mariages forcés, mutilations sexuelles féminines, violences au travail), de leur entourage et des professionnels concernés. Anonyme, accessible, gratuit depuis un poste fixe ou mobile en métropole, comme dans les départements d'outre-mer, ce numéro national garantit une écoute, une information, et, en fonction des demandes, une orientation adaptée vers les dispositifs locaux d'accompagnement et de prise en charge. Il est ouvert 7 jours sur 7, du lundi au vendredi de 9h à 22h, les samedis, dimanches et jours fériés de 9h à 18h.

## Enfance en danger

Si vous êtes témoin d'une situation de violence envers un enfant, il faut appeler la police ou la gendarmerie en composant le 17.

Si vous avez besoin de renseignements, vous pouvez appeler le *Service national d'accueil téléphonique de l'enfance en danger* en composant le 119.

- Le 119 est un numéro d'urgence qui a pour but d'accueillir les appels d'enfants en danger ou en risque de l'être et ceux de toute personne confrontée à ce type de situations, pour aider au dépistage des violences et faciliter la protection des mineurs en danger. Il est opérationnel dans toute la France, entièrement gratuit et accessible toute l'année, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24.

### À SAVOIR

On considère qu'un enfant est en danger ou risque de l'être si sa santé, sa sécurité, sa moralité ou son développement physique, affectif, intellectuel et social sont compromis.

Toute personne qui s'abstient d'agir alors qu'elle a connaissance d'une situation où un enfant est en danger peut être punie de 3 ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

## FOCUS

## SYNDROME DE SEVRAGE ÉTHYLIQUE

Chez les consommateurs chroniques d'alcool, l'arrêt de la consommation peut provoquer des troubles et des difficultés psychologiques et physiques spécifiques que l'on regroupe sous le terme de « syndrome du sevrage éthylique ».

Ce syndrome s'inscrit dans un continuum de manifestations allant des symptômes les plus bénins jusqu'aux plus graves, voire au décès.

Si le contexte est évocateur d'un arrêt de la consommation chronique d'alcool, la possibilité d'une aggravation de la situation de la personne doit amener les intervenants à suspecter un syndrome de sevrage éthylique face à certains symptômes. Les situations d'institutionnalisation (hospitalisation, incarcération, garde à vue) qui conduisent à un sevrage « forcé » sont particulièrement à risque.

Ces manifestations de sevrage peuvent apparaître entre 6 h et 24 h après l'arrêt complet de la consommation.

Elles associent :

- les troubles subjectifs : anxiété, agitation, irritabilité, insomnie, cauchemars ;
- les troubles neurovégétatifs : sueurs, tremblements, tachycardie, hypertension artérielle, hyperthermie ;
- les troubles digestifs : anorexie, nausées, vomissements, diarrhées ;
- les troubles sensoriels : hypersensibilité à la lumière, aux bruits, fourmillements et picotements, hallucinations, confusion.

Dans les formes les plus aiguës, entre 12 h et 24 h après l'arrêt, le syndrome de sevrage éthylique peut provoquer des convulsions (voir page 15).

Chez environ 5 % des personnes alcoolodépendantes, le syndrome de sevrage éthylique évoluera, sous 2 à 5 jours, vers un *delirium tremens*. Cet état qui peut durer de 2 à 15 jours se manifeste par une aggravation des symptômes cités plus haut, accompagnés :

- de troubles de la conscience avec réduction de la capacité d'attention ;
- de troubles cognitifs nouveaux (perte de mémoire, désorientation, troubles du langage) ;
- d'hallucinations visuelles terrifiantes, de délires de persécution.

Ainsi, si dans un certain nombre de cas, le syndrome de sevrage éthylique se résoudra spontanément en 2 à 5 jours, des formes aiguës peuvent se manifester. **Dès les premiers signes, il est donc conseillé d'orienter ou d'accompagner sans tarder la personne concernée chez le médecin, dans un centre spécialisé en addictologie (CSAPA) ou dans un service d'urgences. A défaut de vous déplacer, appelez le 15 ou le 112 et dans l'attente, si sa situation le permet, vous pouvez lui donner de l'eau pour lutter contre la déshydratation.**

**PRODUIT ET PRINCIPAUX NOMS D'USAGE**

→ ETHANOL/ALCOOL : bière, spiritueux, vin, premix, etc.

**MODE DE CONSOMMATION**

→ On l'avale

**SIGNES DE CONSOMMATION**

- Agitation
- Ralentissement des mouvements, vacillements
- Bouche pâteuse
- Haleine sentant l'alcool
- Rougeur de la peau
- Yeux brillants
- Lourdeur des paupières, somnolence
- Modification de l'attention, de la mémoire et du jugement

**PRINCIPAUX EFFETS AIGUS**

- Perte des inhibitions, euphorie et diminution de la gêne
- Impression de chaleur et détente
- Ralentissement des réflexes
- Vision troublée et étourdissements
- Convulsions et ivresses pathologiques (pleurs, hallucinations, agressivité)

**SIGNES À L'ARRÊT DES EFFETS DU PRODUIT**

- Anxiété, agitation
- Insomnie, irritabilité
- Transpiration
- Tremblements, convulsions
- Nausées, vomissements
- Confusion, hallucinations, *delirium tremens*

**SIGNES EN CAS DE SURDOSE**

- Problèmes de coordination, absence de réflexes
- Pupilles dilatées (mydriase) et yeux rouges
- Hypothermie
- Ralentissement du pouls
- Relâchement des muscles
- Confusion, perte de conscience
- Dépression respiratoire, coma, mort

**COMMENTAIRES**

- Attention aux vomissements (importance de la PLS)



**Situations d'urgence pouvant être en lien avec la consommation ou l'arrêt de consommation de ce type de produit**

- ▶> Arrêt cardiorespiratoire
- ▶> Inconscience
- ▶> Hypothermie
- ▶> Crise convulsive
- ▶> Confusion et incohérence
- ▶> Etat d'agitation psychomotrice


**FOCUS**

## OVERDOSE AUX OPIOÏDES

**L'**overdose dépend de l'opioïde consommé, de la voie d'administration (inhalation, injection, etc.). Elle peut être due à une dose trop forte, à une baisse de tolérance après une période d'arrêt (sorties d'hospitalisation ou de prison sont des situations à risque).

Dans un contexte de consommation d'opioïdes et compte-tenu des risques d'aggravation de la situation, il faut penser à une overdose quand la personne présente :

- des troubles de la conscience ou une inconscience ;
- un ralentissement important de la respiration : moins de 12 respirations par minute ;
- des pupilles très serrées, en « tête d'épingle » ;
- des lèvres bleues.

**L'overdose aux opioïdes est une urgence vitale. Il faut agir très vite.**

- **Appelez le 15 ou le 112**
- **Frictionnez le sternum de la personne pour voir si elle réagit et tentez de la maintenir éveillée**

**Si vous êtes formé-e**

- **Commencez un bouche-à-bouche**
- Si vous êtes en possession d'un kit de naloxone en spray nasal**

- **Administrez une dose de naloxone dans chaque narine (une dose = un spray nasal à usage unique)**
- **Poursuivez le bouche-à-bouche le temps que la naloxone fasse effet**
- **Vérifiez la respiration après 3-5 minutes : en l'absence d'effet sur la respiration, administrez une nouvelle dose dans chaque narine**
- **Reprenez le bouche-à-bouche**
- **Surveillez la personne au moins deux heures, pour vérifier l'absence d'effets indésirables ou imprévus**
- **Attendez l'arrivée des secours**

### → La naloxone

La naloxone est utilisée dans le traitement des overdoses aux opioïdes. Son temps d'action varie de quelques secondes à quelques minutes. Son effet est de courte durée (20-90 mn). Les opioïdes ayant une durée d'action plus longue, il y a donc un risque d'« effet rebond » pouvant nécessiter une nouvelle administration de produit. Elle peut aussi entraîner un réveil brutal et induire un syndrome de manque si la dose s'avère trop élevée. Après avoir administré ce produit, il faut donc surveiller la personne pendant deux heures, même si elle est réveillée et semble aller bien.

**PRINCIPAUX PRODUITS ET NOMS D'USAGE**

- BUPRÉNORPHINE HAUT DOSAGE : Subutex<sup>®</sup>, sub, subu, Suboxone<sup>®</sup>
- CODÉINE : Neo-Codion<sup>®</sup>
- HÉROÏNE : blanche, came, héro, brown sugar, brune, rabla
- MÉTHADONE → MORPHINE : Skénan<sup>®</sup>
- OPIUM → OXYCODONE
- FENTANYL → TRAMADOL

**MODE DE CONSOMMATION**

- On les avale
- On les fume
- On se les injecte
- On les sniffe

**SIGNES DE CONSOMMATION**

- Perte des inhibitions
- Nausées, vomissements
- Constipation
- Pupilles rétrécies
- Ralentissement des gestes
- Ralentissement du rythme cardiaque et de la respiration

**PRINCIPAUX EFFETS AIGUS**

- Réduction de la douleur
- Impression de chaleur
- Sensation de bien-être et de relaxation
- Perturbation de l'humeur
- Retard de l'éjaculation

**SIGNES À L'ARRÊT DES EFFETS DU PRODUIT**

- Nez qui coule, larmoiements
- Bâillements, spasmes
- Chair de poule, frissons
- Nausées, vomissements
- Diarrhée, crampes, douleurs abdominales
- Mydriase (pupilles dilatées)
- Anxiété, irritabilité
- Insomnies

**SIGNES EN CAS DE SURDOSE**

- Transpiration importante
- Pâleur
- Gargouillis, ronflements, sons étouffés
- Lèvres et ongles bleutés
- Tension très basse
- Problèmes de coordination
- Perte de conscience progressive
- Dépression respiratoire
- Ralentissement de la fréquence cardiaque
- Myosis (pupilles très serrées, en « tête d'épingle »)
- Coma, mort



**Situations d'urgence pouvant être en lien avec la consommation ou l'arrêt de consommation de ce type de produit**

- ▶▶ Arrêt cardiorespiratoire
- ▶▶ Inconscience
- ▶▶ Hypothermie
- ▶▶ Crise convulsive

## FOCUS

## URGENCES ET CONSOMMATION DE PSYCHOSTIMULANTS EN CONTEXTE SEXUEL

Depuis le milieu des années 2000, on assiste au développement d'une offre de nouveaux produits psychoactifs, désigné sous le terme « Nouveaux Produits de Synthèse » (NPS) dont la caractéristique est de chercher à « copier » les molécules des produits psychoactifs interdits par la législation sur les stupéfiants. Parmi ces NPS, on trouve les cathinones de synthèse qui sont des dérivés de la cathinone naturelle présente dans la plante de khat, originaire d'Afrique et notamment d'Éthiopie.

Les effets des cathinones étant assez proches de ceux des psychostimulants déjà connus des usagers (amphétamines, ecstasy, cocaïne), c'est essentiellement dans les milieux et groupes où ces produits étaient déjà consommés que ces nouvelles molécules se sont mises à circuler. Les cathinones (méphédronne, 4-MEC, MDPV, etc.) ont notamment trouvé leur place dans la gamme des produits consommés parmi les groupes d'homosexuels masculins pratiquant le « slam », c'est-à-dire l'injection de produits psychostimulants en contexte

sexuel. Si la pratique était restée confidentielle, les cathinones, compte tenu de leurs très forts effets favorisant l'euphorie, l'empathie, les contacts et de leur faible coût, ont largement participé à sa diffusion. Cela a conduit depuis cinq ans environ à une augmentation du recours aux soins par des usagers en « perte de contrôle ».

En ce qui concerne l'urgence, les situations provoquées par le slam décrites par les professionnels sont surtout des situations d'urgences d'expression psychocomportementales particulièrement aiguës : crise d'angoisse, crise de panique, état délirant aigu, « crise de parano », des troubles de l'humeur (irritabilité), de l'insomnie, etc.

L'attitude à adopter face à ces états de crise ne diffère pas face à ce public et il s'agit de mettre en œuvre les bonnes pratiques communicationnelles proposées dans ce mémento. Si l'état de crise ne se dissipe pas, il faut contacter le 15 ou les urgences psychiatriques.

**> IMPORTANT** Dans la mesure où il s'agit d'une pratique quasi exclusivement pratiquée par des homosexuels masculins et qu'elle concerne de manière concomitante l'exercice de la sexualité et la consommation de drogue, les personnes concernées, même en grande difficulté, peuvent avoir très peur de l'homophobie et du jugement d'autrui. Il faut donc être particulièrement attentif à ne pas stigmatiser les personnes relativement à leur orientation et leurs pratiques sexuelles.



**PRINCIPAUX PRODUITS ET NOMS D'USAGE**

- AMPHÉTAMINES : speed, amphé /// → CATHINONES : méphédrone, 4-MEC, MDPV...  
 → COCAÏNE : base, C, crack, coke, freebase, caillou /// → MÉTHYLPHÉNIDATE : Ritaline  
 → MÉTHAMPHÉTAMINES : meth ice, crystal /// → MDMA : ecstasy, X, xtc, love, MD, Taz, D,...

**MODE DE CONSOMMATION**

- On les avale → On les fume  
 → On se les injecte → On les sniffe  
 → On les applique sur certaines muqueuses

**SIGNES DE CONSOMMATION**

- Perte de l'inhibition
- Anxiété
- Gestes répétitifs, tremblements
- Agitation, insomnie
- Paranoïa, délire
- Narines gerçées, écoulement nasal
- Augmentation du rythme cardiaque
- Pupilles dilatées
- Fièvre, transpiration abondante
- Contraction de la mâchoire

**PRINCIPAUX EFFETS AIGUS**

- Excitation et stimulation
- Réduction de la faim et de la fatigue
- Augmentation de l'éveil et de la force musculaire
- Sensation de puissance
- Idées de grandeur, euphorie
- Déshydratation

**SIGNES À L'ARRÊT DES EFFETS DU PRODUIT**

- Anxiété, irritabilité
- Dépression, idées suicidaires
- Fatigue, faiblesse
- Difficulté de concentration
- Nausées
- Augmentation de l'appétit
- État de manque
- Envie irrépressible de consommer (craving)

**SIGNES EN CAS DE SURDOSE**

- Difficultés respiratoires (halètement)
- Sensation d'étouffement
- Hypertension
- Propos incohérents
- Paralyse partielle
- Hallucinations, paranoïa, délire
- Maux de tête, fièvre, troubles cardiaques, douleurs dans la poitrine (infarctus)
- Tremblements, convulsions, coma, mort
- Accident vasculaire cérébral (AVC)



**Situations d'urgence pouvant être en lien avec la consommation ou l'arrêt de consommation de ce type de produit**

- ▶▶ Arrêt cardiorespiratoire
- ▶▶ Hyperthermie
- ▶▶ Crise convulsive
- ▶▶ Crise de panique, crise d'angoisse
- ▶▶ Confusion et incohérence
- ▶▶ Etat d'agitation psychomotrice
- ▶▶ Etat délirant aigu, « crise de paranoïa »

## STIMULANTS MINEURS

## PRINCIPAUX PRODUITS ET NOMS D'USAGE

- CAFÉINE : café, thé, chocolat, cola, certains analgésiques, boissons énergisantes, energydrink
- NICOTINE : tabac, cigarettes, cigares, tabac à pipe, tabac à chiquer, patch, gomme, e-cig

## PRÉSENTATION

- Solide ou liquide (caféine)
- Capsules
- Comprimés
- Tabac
- Chique
- Gommages à mâcher
- Timbres (patch)

## MODE DE CONSOMMATION

- On les avale
- On les fume
- On se les applique sur la peau
- On les mâche

## SIGNES DE CONSOMMATION

- Agitation, anxiété
- Insomnie
- Toux, nausées
- Odeurs de tabac
- Doigts jaunis
- Tremblements, nervosité (caféine)
- Accélération du rythme cardiaque
- Irritation gastrique
- Hypertension

## PRINCIPAUX EFFETS AIGUS

- Excitation et stimulation
- Réduction de la fatigue
- Perte de poids
- Augmentation de l'éveil et de la force musculaire

## CONSOMMATION RÉGULIÈRE

- Bronchites et insuffisance respiratoire chronique
- Perturbation du sommeil (caféine)

## SIGNES EN CAS DE SURDOSE

- Nausées, vomissements
- Diarrhée
- Fatigue
- Anxiété
- Confusion, difficulté de concentration

## SIGNES À L'ARRÊT DES EFFETS DU PRODUIT

- Fatigue, faiblesse
- Difficulté de concentration
- Irritabilité
- Dépression
- Insomnie
- Augmentation de l'appétit (nicotine)
- Maux de tête (caféine)

## COMMENTAIRES

- La fumée du tabac est associée à différents cancers



**Situations d'urgence pouvant être en lien avec la consommation ou l'arrêt de consommation de ce type de produit**

►► Etat d'agitation psychomotrice

**PRINCIPAUX PRODUITS ET NOMS D'USAGE**

- COLLE : colle à rustine
- DÉCAPANT
- DISSOLVANT
- ESSENCE : gaz
- POPPERS : pop
- PROTOXYDE D'AZOTE : proto, gaz hilarant, N2O, ballon, ...

**MODE DE CONSOMMATION**

- On les inhale (ex. : inspiration dans des sacs de papier ou de plastique)

**SIGNES DE CONSOMMATION**

- Etourdissements, somnolence
- Bouche pâteuse
- Ecoulement du nez et des yeux
- Rougeurs à l'entrée des narines
- Toux
- Nausées, vomissements
- Modification de l'attention, de la mémoire et du jugement

**PRINCIPAUX EFFETS AIGUS**

- Euphorie, excitation
- Etourdissements, ralentissement des réflexes
- Vertiges, vision troublée
- Hallucinations, délire

**SIGNES À L'ARRÊT DES EFFETS DU PRODUIT**  
(symptômes ressemblant à ceux du sevrage éthylique)

- Anxiété, agitation
- Insomnie, irritabilité
- Transpiration
- Tremblements, convulsions
- Nausées, vomissements
- Confusion, hallucinations, syndrome de sevrage éthylique

**SIGNES EN CAS DE SURDOSE**

- Perte de conscience
- Dépression respiratoire
- Convulsions, troubles cardiaques, mort
- Troubles oculaires

↓

**Situations d'urgence pouvant être en lien avec la consommation ou l'arrêt de consommation de ce type de produit**

- ▶▶ Arrêt cardiorespiratoire
- ▶▶ Inconscience
- ▶▶ Crise convulsive
- ▶▶ Confusion et incohérence

## HALLUCINOGENÈS

Il existe de nombreux produits hallucinogènes, nous les avons donc séparés en hallucinogènes et hallucinogènes dissociatifs qui engendrent des situations d'urgence différentes.

## HALLUCINOGENÈS

## PRINCIPAUX PRODUITS ET NOMS D'USAGE

- 2C-B, DOC, DOB → 25x-NBOMe  
 → CHAMPIGNONS : champignons magiques, psylo, champis, mushroom, mush, ...  
 → DATURA → DMT → LSD : acide, buvard, micro-pointe, goutte, trip  
 → Mescaline → SALVIA

## MODE DE CONSOMMATION

- On les avale
- On les fume
- On les sniffe
- On se les injecte
- On les mâche (datura)

## SIGNES DE CONSOMMATION

- Euphorie
- Délire
- Désorientation, panique
- Tremblements

## PRINCIPAUX EFFETS AIGUS

- Désorientation
- Euphorie
- Humeur changeante
- Hallucinations : déformation des perceptions (on « voit » des sons, on « entend » des couleurs)

## SIGNES À L'ARRÊT DES EFFETS DU PRODUIT

- Irritabilité
- Symptômes dépressifs et anxieux possibles

## SIGNES EN CAS DE SURDOSE

- Confusion, agitation
- Délire
- Accidents, suicide
- Hypertension, fièvre

## COMMENTAIRES

- Attention aux « mauvais voyages »
- Il est très dangereux de consommer des champignons inconnus cueillis au hasard



**Situations d'urgence pouvant être en lien avec la consommation ou l'arrêt de consommation de ce type de produit**

- ▶▶ Crise de panique, crise d'angoisse
- ▶▶ Confusion et incohérence
- ▶▶ Etat d'agitation psychomotrice
- ▶▶ Etat délirant aigu, « crise de paranoïa »

## PRINCIPAUX PRODUITS ET NOMS D'USAGE

- KÉTAMINE : Kétalar, spécial K, vitamine K, kéta, ké
- METHOXETAMINE : MXE, Méthax

## MODE DE CONSOMMATION

- On les avale
- On les fume
- On les sniffe
- On se les injecte

## SIGNES DE CONSOMMATION

- Euphorie
- Délire
- Désorientation, panique
- Tremblements
- Réduction de la sensibilité à la douleur

## PRINCIPAUX EFFETS AIGUS

- Désorientation
- Euphorie
- Humeur changeante
- Hallucinations : déformation des perceptions (on « voit » des sons, on « entend » des couleurs)

## SIGNES À L'ARRÊT DES EFFETS DU PRODUIT

- Symptômes dépressifs et anxieux possibles

## SIGNES EN CAS DE SURDOSE

- Anxiété
- Angoisse
- Signes de persécution
- Confusion, agitation
- Délire
- Accidents, mise en danger
- Pensée et/ou tentative suicidaire

## COMMENTAIRES

- Attention aux « mauvais voyages »
- Attention aux chutes
- Attention aux vomissements (importance de la PLS)
- Les effets de ces produits peuvent induire un état apparent d'inconscience chez les consommateurs



**Situations d'urgence pouvant être en lien avec la consommation ou l'arrêt de consommation de ce type de produit**

- ▶▶ Inconscience
- ▶▶ Hypothermie
- ▶▶ Crise de panique, crise d'angoisse
- ▶▶ Confusion et incohérence
- ▶▶ Etat d'agitation psychomotrice
- ▶▶ Etat délirant aigu, « crise de paranoïa »

#### CANNABIS

##### PRINCIPAUX PRODUITS ET NOMS D'USAGE

- CANNABIS : pétard, joint, spliff, bhang, ...
- HASCHICH : hasch, shit, sum
- THC concentré : huile, bud, shatter, BHD, dab, ...
- MARIJUANA : skunk, weed, herbe, marijane, beuh, ganja

##### MODE DE CONSOMMATION

- On le fume
- On l'avale
- On l'inhale

##### SIGNES DE CONSOMMATION

- Fringales
- Difficulté de prononciation, voix rauque
- Ralentissement de la pensée, propos décousus
- Rougeur des yeux
- Irritation de la gorge, toux
- Problèmes de mémoire

##### PRINCIPAUX EFFETS AIGUS

- Désorientation
- Euphorie
- Détente
- Réduction de l'anxiété
- Troubles de l'humeur
- Distorsion des perceptions, perte du sens du temps
- Accélération du pouls

##### SIGNES À L'ARRÊT DES EFFETS DU PRODUIT

- Fatigue, diminution de la concentration
- Anxiété, agitation, irritabilité
- Dépression
- Troubles de l'appétit et du sommeil (insomnie)

##### SIGNES EN CAS DE SURDOSE / SIGNES NÉGATIFS

- Nausée
- Vertige
- Hypotension
- Confusion
- Excitation
- Anxiété
- Paranoïa
- Psychose
- Problèmes cardiovasculaires

##### COMMENTAIRES

- De nombreux cannabinoïdes de synthèse sont disponibles ; leur toxicité et leurs effets sont encore mal connus



**Situations d'urgence pouvant être en lien avec la consommation ou l'arrêt de consommation de ce type de produit**

- ▶▶ Crise de panique, crise d'angoisse
- ▶▶ Etat d'agitation psychomotrice
- ▶▶ Etat délirant aigu, « crise de paranoïa »

**PRODUITS ET NOMS D'USAGE**

- BENZODIAZÉPINES : Rivotril<sup>®</sup>, Seresta<sup>®</sup>, Valium<sup>®</sup>, Xanax<sup>®</sup>, roches, downers
- GHB (gamma-hydroxybutyrate) : Ecstasy liquide, G, GBL, Gamma-OH, drogue du viol

**MODE DE CONSOMMATION**

- On les avale
- On se les injecte

**SIGNES DE CONSOMMATION**

- Perte des inhibitions, euphorie, excitation
- Sensation de détente et de calme
- Somnolence
- Difficulté d'élocution
- Mouvements involontaires des yeux

**PRINCIPAUX EFFETS AIGUS**

- Etourdissements, ralentissement des réflexes
- Vertiges, vision troublée
- Hallucinations, délire

**SIGNES À L'ARRÊT DES EFFETS DU PRODUIT**

- Anxiété, panique, irritabilité
- Dépression
- Insomnie
- Fièvre, nausées, vomissements
- Troubles perceptuels
- Tremblements, convulsions, *delirium tremens*

**SIGNES EN CAS DE SURDOSE**

- Sommeil profond
- Amnésie
- Nausées, vomissements
- Problèmes de coordination
- Excitation, délire
- Stupeur
- Dépression respiratoire
- Lèvres et ongles bleutés
- Accélération du pouls
- Tension très basse
- Mort (risque majoré en cas de mélange avec de l'alcool ou autres dépresseurs du système nerveux central)

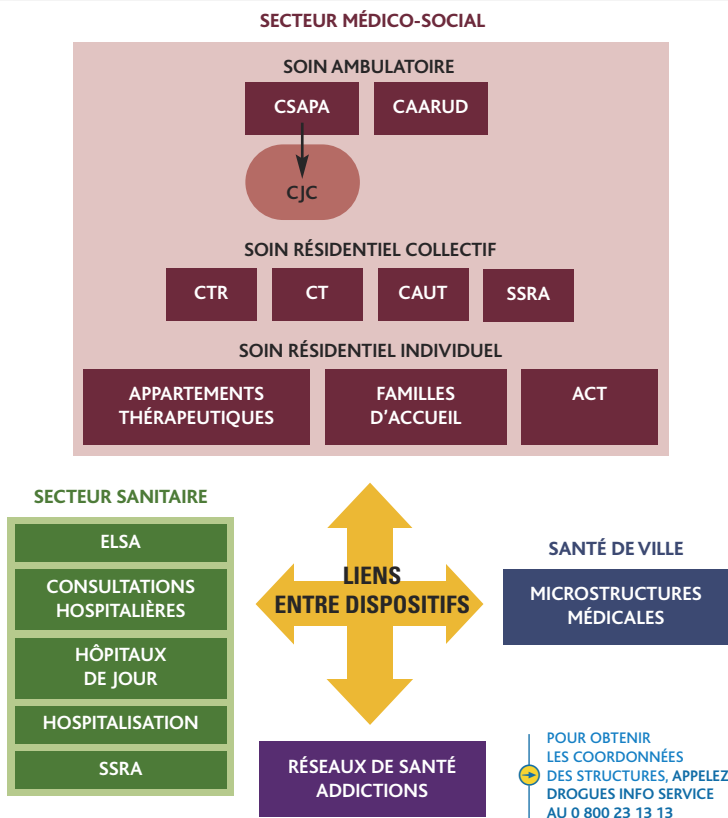


**Situations d'urgence pouvant être en lien avec la consommation ou l'arrêt de consommation de ce type de produit**

- Inconscience
- Hypothermie
- Crise convulsive
- Confusion et incohérence

## Les dispositifs de prise en charge

### Principales ressources spécialisées en addictologie



Source : d'après [www.intervenir-addictions.fr](http://www.intervenir-addictions.fr)

ACT : appartement de coordination thérapeutique – CAARUD : centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues – CAUT : centre d'accueil d'urgence et de transition – CJC : consultation jeune consommateur – CSAPA : centre de soins, d'accompagnement et de prévention des addictions – CT : centre thérapeutique – CTR : centre thérapeutique résidentiel – ELSA : équipe de liaison et de soins en addictologie – SSRA : soins de suite et de réadaptation en addictologie.



## Numéros et ressources utiles

### NUMÉROS D'URGENCE

15 ..... URGENCE MÉDICALE / SAMU

17 ..... POLICE-SECOURS

18 ..... SAPEURS-POMPIERS

112 ..... NUMÉRO UNIQUE EUROPÉEN

**Rappel important :** le 112 ne se substitue ni au 15, ni au 17, ni au 18, numéros que l'on doit continuer à utiliser pour obtenir directement le service de secours adapté à la situation. En revanche le 112 a vocation à être utilisé pour toute urgence nécessitant une ambulance, les services d'incendie ou la police lorsque vous êtes en déplacement dans un pays européen, par les voyageurs étrangers qui ne connaissent pas les numéros d'urgence en France, par les utilisateurs d'un portable.

115 ..... URGENCE SOCIALE / SAMU SOCIAL

119 ..... ENFANCE EN DANGER

### AUTRES NUMÉROS

3919 ..... VIOLENCE FEMMES INFO

0 800 23 13 13 ..... DROGUES INFO SERVICE

### SITES INTERNET

- > [addictovigilance.fr](http://addictovigilance.fr)
- > [drogues-info-service.fr](http://drogues-info-service.fr)
- > [erowid.org](http://erowid.org)
- > [firstaidinaction.net](http://firstaidinaction.net)
- > [intervenir-addictions.fr](http://intervenir-addictions.fr)
- > [technoplus.org](http://technoplus.org)
- > [tripsit.me](http://tripsit.me)

### APPLICATIONS



Croix-rouge



Staying-alive



Erowid

## Addictovigilance

**L'**addictovigilance est la surveillance des cas d'abus et de pharmacodépendance liés à la prise de toute substance ayant un effet psychoactif, qu'elle soit médicamenteuse ou non, à l'exclusion de l'alcool éthylique et du tabac.

L'ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé) est chargée de la mise en œuvre de cette vigilance qui repose sur le réseau national des Centres d'Évaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance (CEIP) implantés dans les centres hospitalo-universitaires de 13 villes en France.

Les CEIP sont chargés de recueillir et d'évaluer les cas d'abus, de pharmacodépendance ou d'usage détourné liés à la consommation de substances psychoactives comme par exemple les médicaments de substitution aux opiacés, les antalgiques, les psychostimulants, les drogues « anciennes » ou nouvelles, les plantes, etc.

La déclaration par les professionnels de santé (médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens) des cas d'abus graves et de pharmacodépendance graves liés à la prise de substances ou plantes ayant un effet psychoactif ainsi que tout autre médicament ou produit est en effet obligatoire (articles R. 5132-113 et 114). Cependant, toute personne ayant eu connaissance d'un tel cas dans le cadre de son activité peut également en informer le CEIP sur le territoire duquel ces cas ont été constatés.

Pour déclarer un cas, vous pouvez consulter l'adresse suivante où vous trouverez les coordonnées de tous les CEIP :

- <http://ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Votre-declaration-concerne-un-medicament/Votre-declaration-concerne-un-medicament/Votre-declaration-concerne-un-medicament-Vous-etes-un-professionnel-de-sante#abus>

ou

- [http://ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Votre-declaration-concerne-un-autre-produit-de-sante/Votre-declaration-concerne-un-autre-produit-de-sante/\(offset\)/0](http://ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Votre-declaration-concerne-un-autre-produit-de-sante/Votre-declaration-concerne-un-autre-produit-de-sante/(offset)/0)

Les CEIP ont également pour mission de contribuer au développement de l'information sur le risque de pharmacodépendance et l'abus des substances psychoactives. Tout professionnel de santé ou toute personne à la recherche d'information sur ce sujet peut donc les contacter.

Enfin, les CEIP ont également développé des enquêtes annuelles pour améliorer les connaissances sur l'abus et la pharmacodépendance liés à ces substances.

Le dispositif est un instrument d'information des autorités sanitaires, des professionnels de santé et du grand public. Il permet ainsi aux autorités de santé de prendre toute mesure adaptée pour préserver la santé publique.

Pour plus d'information, vous pouvez consulter le site de l'ANSM à l'adresse suivante : [http://ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Pharmacodependance-Addictovigilance/Pharmacodependance-Addictovigilance/\(offset\)/0](http://ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Pharmacodependance-Addictovigilance/Pharmacodependance-Addictovigilance/(offset)/0)

DURÉES DE POSITIVITÉ DES PRODUITS													
MATRIÈRE	USAGE	Cannabis		Opiocides et substituts		Cocaïne (poudre ou crack)	Amphétamine et méthamphétamine (dont MDMA/Ecstasy)	GHB / GBL	LSD	Benzodiazépine			
		unique	occasionnel	régulier	Héroïne et opiacés						BHD	Méthadone	occasionnel
URINE <i>Avantages</i> : recueil assez facile, existence de nombreux tests de dépistage fiables, fenêtre de détection de plusieurs jours. <i>Inconvénient</i> : un dépistage positif ne signifie pas un sujet sous influence.		2 à 3 jours	5 à 20 jours	21 à 60 jours	1 à 2 jours	3 à 7 jours	2 à 4 jours	10 à 14 jours	2 à 4 jours	quelques heures	1 à 2 jours	1 à 3 jours	25 à 40 jours
SANG <i>Avantage</i> : la positivité au test indique que le sujet est sous influence. <i>Inconvénients</i> : prélevement invasif qui doit être fait par du personnel médical, fenêtre de détection étroite, obligation de faire le test en laboratoire (absence de kit de dépistage).		quelques heures	quelques heures	quelques heures	quelques heures	quelques heures	quelques heures	quelques heures	2 à 4 jours	quelques heures	quelques heures		
SALIVE <i>Avantages</i> : recueil facile, une présence salivaire indique une présence sanguine. <i>Inconvénients</i> : peu de kits de dépistage fiables disponibles, fenêtre de détection étroite.		quelques heures	quelques heures	quelques heures	quelques heures	quelques heures	quelques heures	quelques heures	quelques heures	quelques heures	quelques heures		

Source : d'après Pascal Kintz, *Institut de médecine légale*, Strasbourg, et [www.droques-info-service.fr](http://www.droques-info-service.fr)

**RESPADD**

Réseau des Etablissements de Santé  
pour la Prévention des Addictions  
contact@respadd.org  
www.respadd.org



Le mémento *Prise en charge des urgences en contexte addictologique* s'adresse à tous les professionnels et intervenants qui sont en contact avec des usagers de produits psychoactifs.

Petit et pratique, le mémento rappelle les bonnes pratiques relationnelles qui permettent de s'engager dans une relation d'aide en urgence de qualité. Il détaille les conduites à tenir face aux situations d'urgence les plus courantes et fournit les informations essentielles sur les principales familles de produits.

L'élaboration de ce guide a reçu le soutien financier de la Direction générale de la santé

