

Médecine d'urgence préhospitalière :

Les émotions des praticiens et le comportement pour y faire face

Aude Charles, MD ; Pierre Poles, MD ; Thierry Pelaccia, MD, PhD

Résumé

Contexte : la médecine d'urgence préhospitalière expose les soignants à de nombreuses émotions intenses, en raison des spécificités de l'environnement, du lieu et de la nature des interventions. Nous avons voulu identifier la nature des émotions ressenties par les médecins exerçant la médecine d'urgence préhospitalière et les stratégies qu'ils mettent en place pour les gérer.

Méthode : nous avons mené une étude observationnelle prospective par entretien semi-directif individuel. La saturation des données a été obtenue au neuvième entretien.

Résultats : les émotions qu'éprouvent les urgentistes en intervention sont principalement la peur, la tristesse, la colère et la joie. Les interventions pédiatriques sont les plus marquantes émotionnellement. Les médecins interviewés disaient ressentir une appréhension les conduisant à se préparer à l'intervention avant d'arriver auprès du patient. Ils s'engageaient rapidement dans la prise en charge technique des patients, dans le but de refouler leurs émotions. Ils disaient ensuite se réapproprier leurs émotions. Les médecins interviewés regrettaient de ne pas avoir été formés durant leurs études à la gestion des émotions.

Conclusion : les émotions sont très présentes en médecine d'urgence préhospitalière, malgré une volonté des médecins, parfois dictée par des règles prescriptives, de les censurer. Le développement de l'intelligence émotionnelle pourrait constituer une piste afin d'aider les praticiens à gérer au mieux ces émotions.

Mots clés : Urgentistes – émotions – préhospitalier – coping – intelligence émotionnelle

32 Introduction

33

34 Le contexte préhospitalier

35

36 Une des spécificités de la médecine d'urgence en France est la médicalisation préhospitalière.
37 En effet, à la différence d'autres pays comme les Etats unis, en France, les appels sont régulés
38 par des médecins urgentistes afin d'évaluer le degré d'urgence de la situation et d'envoyer les
39 moyens de secours adaptés à la situation. Ainsi pour les situations d'urgence vitale ou
40 nécessitant une prise en charge médicalisée spécialisée, des équipes de SMUR (service mobile
41 d'urgence et de réanimation) sont missionnées en dehors de l'hôpital. Ces équipes sont
42 constituées d'un médecin urgentiste, d'un infirmier ou infirmier anesthésiste, et d'un
43 ambulancier. Au regard de leurs missions, elles sont confrontées à des situations engendrant
44 une charge émotionnelle importante pour les intervenants pour différentes raisons. La notion
45 d'urgence implique le fait de se rendre sans délai sur les lieux, par exemple un domicile ou la
46 voie publique, et pour le médecin et son équipe, d'agir et de prendre des décisions rapidement.
47 La nature même des interventions, par exemple un accident de la voie publique, un arrêt
48 cardiaque, une défenestration ou un attentat, l'environnement parfois hostile, les relations avec
49 la famille, le public ou les spectateurs, la mise en jeu potentielle du pronostic vital des patients
50 et l'imprévisibilité de l'issue de la prise en charge sont autant de facteurs susceptibles de générer
51 de fortes émotions (1,2).

52

53 Les émotions

54

55 Les émotions constituent un thème d'importance croissante dans la sociologie de la santé depuis
56 une trentaine d'années et sont considérées comme un facteur explicatif déterminant du
57 comportement humain (2, 3).

58

59 Conceptuellement, l'émotion peut être appréhendée de façon variable, mais il est largement
60 admis qu'il existe un nombre déterminé d'émotions discrètes, c'est-à-dire différenciées les unes
61 des autres, appelées « émotions de base ». Elles sont au nombre de six : la peur, la joie, la
62 tristesse, la colère, la surprise et le dégoût (3, 4, 5, 6) d'intensité et d'expression circonstancielle
63 variable (7). Les autres émotions, dites « complexes », sont un mélange des émotions de base
64 (3).

65 Les chercheurs s'accordent également sur le fait que l'émotion a plusieurs composantes. La
66 triade émotionnelle constituée par l'affect, la réponse psychophysiological et le comportement,
67 ainsi que deux composantes essentielles face à l'évènement : la préparation à l'action, typique
68 à chaque émotion, et la composante « évaluation cognitive » ou « appraisal ». Cette dernière,
69 selon la théorie de l'évaluation cognitive, est le processus cognitif par lequel un événement
70 externe ou interne va être évalué, de manière à ce que la réponse émotionnelle déclenchée se
71 différencie en une émotion spécifique (3,8). Elle comporte quatre objectifs, évalués par la
72 personne en rapport avec la situation observée : (3, 8, 9)

- 73 - Détection de la pertinence : est-ce pertinent pour moi ou le groupe ?
- 74 - Estimation de l'implication : comment vais-je m'y impliquer ?
- 75 - Coping : comment vais-je pouvoir maîtriser ou m'adapter à la situation ?
- 76 - Signification normative : est-ce compatible avec mes valeurs ou les normes collectives ?

77 Ce processus étant idiosyncrasique, il existe de nombreuses différences interindividuelles et
78 culturelles dont il faut tenir compte.

79

80 Les émotions et le monde médical préhospitalier

81

82 Pour les émotions, la culture joue un rôle central, la notion « d'éthos » d'Aristote renvoyant à
83 une véritable culture émotionnelle (10). C'est un système de croyances, de valeurs, de normes
84 et d'habitudes en rapport avec les émotions, spécifique de chaque communauté, groupe social
85 ou culture. Dans le monde médical, les réactions émotionnelles sont souvent considérées
86 comme professionnellement indésirables et non conformes aux normes de la profession (1, 11).
87 Dans la pratique préhospitalière de la médecine d'urgence, les professionnels, en particulier le
88 médecin en tant que leader, doivent pouvoir gérer leurs propres émotions, celles du patient et
89 des témoins, et anticiper les situations susceptibles de mettre en péril l'équilibre émotionnel
90 d'un membre de l'équipe (2). En effet, les émotions non gérées peuvent avoir des graves
91 conséquences pour tous les participants, y compris des erreurs ou une incapacité à accomplir
92 son travail ou à travailler en équipe (2). Il s'agit là d'un enjeu important pour le bon
93 déroulement d'une intervention. Les médecins ont donc l'obligation de ne pas se laisser
94 submerger par leurs émotions (2), et de mettre en place des mécanismes de régulation
95 dénommés « coping ». Celui-ci est défini par Lazarus et Folkman comme « *l'ensemble des*
96 *processus cognitifs et comportementaux que la personne interpose entre elle et l'évènement*
97 *afin de maîtriser, réduire ou tolérer l'impact sur son bien-être physique et psychologique* »
98 (12).

99

100 Objectifs de recherche

101

102 Dans cette étude, nous avons voulu identifier quelles émotions ressentent les médecins
103 urgentistes lors de leurs interventions, du départ de l'hôpital jusqu'à la fin de la prise en charge
104 du patient, voire au-delà, et la façon dont ils gèrent ces émotions.

105

106

107 **Méthode**

108

109 Nous avons réalisé une étude observationnelle prospective monocentrique au smur de Reims
110 entre août 2017 et octobre 2017. Cette étude reposait sur une approche qualitative par entretien
111 semi-directif individuel. Elle a fait l'objet d'une déclaration au registre des traitements de
112 l'Université de Strasbourg, consultable sur cil.unistra.fr, et a reçu un avis favorable du comité
113 d'éthique de Strasbourg le 14 novembre 2017 (dossier#2017-60).

114

115 Population d'étude

116

117 Nous avons procédé à un échantillonnage de convenance auprès de praticiens hospitaliers
118 spécialisés en médecine d'urgence, travaillant au smur du CHU de Reims, volontaires pour
119 participer à la recherche et disponibles pour réaliser un entretien lors des périodes de présence
120 sur site du chercheur. Les inclusions ont été arrêtées lors de l'atteinte de la saturation des
121 données. Le consentement a été recueilli par écrit.

122

123 Protocole d'étude

124

125 AC a mené les entretiens semi-dirigés auprès des médecins urgentistes. Ils ont été réalisés avec
126 des questions ouvertes, afin d'accéder aux représentations subjectives des participants et de
127 favoriser l'expression personnelle sur le ressenti ou l'évocation des éléments de leur vie
128 professionnelle (1). Il a notamment été demandé à chaque praticien de se remémorer une
129 intervention marquante, idéalement dans les six derniers mois de leur exercice, et d'en faire le
130 récit complet. Dans un deuxième temps, chaque émotion de base a été évoquée plus

131 particulièrement en demandant aux praticiens si elles avaient été ressenties au cours de leur
132 exercice professionnel.

133

134 Les entretiens ont été enregistrés, retranscrits et anonymisés. Les verbatim ont ensuite été
135 analysés et codés. Un codage déductif a été utilisé pour chaque émotion de base. Un codage
136 inductif a été utilisé pour identifier les stratégies de régulation des émotions par les praticiens
137 et les mécanismes de défense mis en place. Les entretiens ont duré en moyenne une heure. Nous
138 avons obtenu la saturation des données au bout du neuvième entretien, aucune nouvelle donnée
139 n'ayant émergé lors de l'analyse de cet entretien. Nous avons interrogé 4 hommes et 5 femmes,
140 dont l'expérience en SMUR s'échelonnait entre six mois et vingt ans (médiane = 12,5 ans).

141

142 Résultats

143

144 Lors des entretiens, les praticiens relataient essentiellement des faits et avaient tendance à
145 occulter leurs émotions. Les interventions les plus marquantes étaient celles impliquant un
146 enfant. Plusieurs raisons ont été évoquées par les praticiens :

- 147 - L'ajout d'un côté émotionnel en pédiatrie : « *Ça rajoute un côté émotionnel en plus*
148 *qu'on n'a pas avec les adultes* » (Praticien 5), « *Ça m'a marquée et touchée parce que*
149 *c'était un enfant* » (Praticien 2), « *Ouais ça touche plus parce qu'il est jeune* » (Praticien
150 9)
- 151 - Pour les praticiens, un enfant malade, mourant ou accidenté n'était pas dans l'ordre des
152 choses : « *Un enfant ben voilà ça devrait aller bien, ça devrait pas être malade un*
153 *enfant* » (Praticien 9), « *Ça devrait pas être des gamins* » (Praticien 3)
- 154 - Ce type d'intervention renvoyait à leur vie privée et ils se mettaient à la place du parent
155 concerné : « *Tu t'imagines aussi toujours par rapport à toi, à ta vie personnelle* »
156 (Praticien 4), « *À l'époque mon fils avait peut-être un an de plus et tout de suite on*
157 *projette* » (Praticien 2), « *Émotionnellement parlant ça renvoie à ses propres enfants* »
158 (Praticien 5).
- 159 - Le côté inhabituel et peu fréquent des interventions pédiatriques fait que les praticiens
160 estimaient pour la plupart manquer de compétences dans la prise en charge de ces
161 patients : « *dès l'instant où il y a un enfant qui est impliqué, je pars stressé parce que*
162 *j'ai toujours peur de ne pas arriver à gérer* » (Praticien 5), « *on n'en fait tellement pas*
163 *souvent des enfants que j'ai toujours peur que ça se passe pas bien* » (Praticien 1)

164 - L'implication émotionnelle et physique importante : « *t'es un peu lessivé moralement*
165 *et physiquement, ça t'a pompé toute ton énergie* » (Praticien 4)

166

167 Les émotions de base

168

169 Nous avons constaté que les émotions prédominantes chez les praticiens interviewés étaient la
170 peur, la joie, la tristesse et la colère. Elles ponctuaient toutes les étapes de l'intervention, du
171 départ de l'hôpital jusqu'à l'arrivée auprès du patient, pendant et après sa prise en charge. Dans
172 les prochains paragraphes, nous détaillons chacune des émotions de base.

173

174 *La peur*

175

176 Elle était en général présente dès le départ de l'hôpital jusqu'à l'arrivée sur les lieux de
177 l'intervention, et ressentie globalement comme une appréhension, d'intensité plus ou moins
178 importante, de la situation que les praticiens imaginaient trouver sur place :

179 - « *Je sais pas sur quoi je vais tomber* » (Praticien 8)

180 - « *La peur, en allant sur intervention ouais* » (Praticien 5)

181 - « *On sort, départ de l'angoisse, de l'inquiétude* » (Praticien 9)

182 Elle se retrouvait dans les situations d'agression physique ou verbale :

183 - « *Je me dis ça va mal finir, j'ai pas envie de prendre un coup de couteau. Physiquement*
184 *t'es un peu tétanisé* » (Praticien 4)

185 - « *Il est agressif et là oui j'ai peur* » (Praticien 1)

186 Les peurs des praticiens ressortaient parfois au cours des interventions :

187 - « *J'ai peur de me faire mordre par les clébards. La première chose que je leur demande*
188 *quand y'a des chiens c'est vous isolez votre chien* » (Praticien 2)

189 - « *Dans la grande échelle des pompiers, j'ai une trouille bleue ; j'ai un vertige*
190 *terrible* » (Praticien 6)

191

192 *La joie*

193

194 Elle survenait en cours d'intervention ou après. Elle était principalement ressentie sous trois
195 formes :

196 • La satisfaction du travail bien fait, qui prédominait :

197 - « *J'étais satisfaite de la prise en charge* » (Praticien 1)

- 198 - «*La satisfaction sur les interventions d'arriver à faire les gestes ça me rassure sur mes*
199 *compétences*» (Praticien 9)
- 200 - «*La satisfaction aussi d'avoir réussi une réa* » (Praticien 7)
- 201 • La joie qualifiée de « vraie » ou spontanée apparaissait lors d'un événement heureux,
202 comme un accouchement eutocique :
- 203 - «*Quand on voit ce bébé sortir, c'est juste magique. C'est une joie personnelle qu'on*
204 *partage avec la maman* » (Praticien 1)
- 205 - «*C'est la vraie joie* » (Praticien 9)
- 206 - «*T'as des parents heureux ben t'es heureux aussi avec eux* » (Praticien 2)
- 207 • Un autre type de joie était le soulagement :
- 208 - «*Heureusement que la police arrive !* » (Praticien 1)
- 209 - «*T'es bien content que l'intervention se termine* » (Praticien 8)

210

211 *La tristesse*

212 La tristesse était retrouvée pendant ou après l'intervention sous différentes façons :

- 213 • Principalement par empathie :
- 214 - «*J'étais triste pour la maman* » (Praticien 3)
- 215 - «*Je vais être désolé pour mamie, ça me rend pas triste. Je suis triste pour elle, mais*
216 *pas pour moi* » (Praticien 8)
- 217 - «*C'est pas de la tristesse pour moi, c'est de la tristesse pour les gens. C'est de*
218 *l'empathie en fait* » (Praticien 5)
- 219 • Celle ressentie intérieurement par le praticien :
- 220 - «*Ca me donne envie de pleurer* » ; «*Je suis extrêmement touchée* » (Praticien 1)
- 221 - «*Très peinée ça m'a fait mal au cœur* » (Praticien 2)

222 La tristesse arrivait souvent au moment d'une annonce :

- 223 - «*L'annonce je trouve qu'il y a toujours cette tristesse* » (Praticien 1)
- 224 - «*Il va falloir faire un effort.... Pour garder les yeux secs, pour pas avoir la voix qui*
225 *chevrote* » (Praticien 3)
- 226 - «*J'ai régulièrement les larmes aux yeux quand j'annonce un décès..... parce que là*
227 *j'ai ramassé mes émotions et je vais voir la famille avec* » (Praticien 5)

228

229 *La colère*

230 La colère survenait dans différentes circonstances en cours de prise en charge :

- 231 • Dans des situations frustrantes, moralement insupportables, ou à liées par exemple à des
 232 défauts de prise en charge :
- 233 - « *Les pompiers avaient du mal à gonfler leur matelas, j'ai fini par m'énerver, je me suis*
 234 *un peu fâché, j'ai l'impression de perdre du temps pour la prise en charge* » (Praticien
 235 2)
- 236 - « *J'ai ressenti de la colère pour ce gars-là* » (Praticien 7), à propos d'un père qui avait
 237 battu son fils à mort.
- 238 - « *Un jour de la fête des Pères, tu te dis, mais comment il a pu faire un truc pareil à ses*
 239 *enfants. C'est symbolique. Ça me met en colère* » (Praticien 5)
- 240 • Par le manque de respect envers les praticiens, que ce soit par les autres acteurs de
 241 l'intervention, les patients ou les spectateurs qui ont des comportements inadaptés :
- 242 - « *Ça surprend quand même de venir aider les gens et en fin de compte au final d'avoir*
 243 *des gens désagréables, limite agressifs, ça me met en colère* » (Praticien 9)
- 244 - « *Ça me fout hors de moi que les gens filment pour mettre ça sur les réseaux sociaux* »
 245 (Praticien 6)

246 La colère était décrite comme une émotion très vive et violente intérieurement :

- 247 - « *Quand je suis en colère, j'ai l'impression d'une pression qui monte à l'intérieur, à*
 248 *l'extrême, ça me donne des fois comme envie de taper dans un punching-ball, une*
 249 *énergie que j'ai envie de faire sortir violemment* » (Praticien 7)
- 250 - « *C'est vraiment rouge la colère. C'est vraiment un truc qui monte et qui très*
 251 *rapidement t'envahit et te fait serrer les dents serrer les poings* ». (Praticien 6)
- 252 - « *Ça montre très vite, il faut que ça sorte, ça bouillonne en moi !* » (Praticien 2)

253 À un degré moindre, elle pouvait correspondre à de l'insatisfaction sur une frustration.

254

255 *La surprise*

256

257 Elle était peu éprouvée, car les médecins anticipaient la gestion de l'intervention en élaborant
 258 des scénarios et des actions, lors du trajet jusqu'au lieu d'intervention. Ils se montraient
 259 essentiellement surpris face à une situation non imaginée :

- 260 - « *J'ai ressenti comme de la surprise, c'était tellement déshumanisé du fait de sa forme* »
 261 (Praticien 3), à propos d'une patiente écrasée par un train.
- 262 - « *Quand on rentre là-dedans on a l'impression d'un tremblement de terre d'un tsunami,*
 263 *je m'attendais pas à voir un appartement aussi saccagé* » (Praticien 7)

264

265 *Le dégoût*

266

267 Plus rare, le dégoût se retrouvait principalement sous deux formes en cours d'intervention :

268 • Le dégoût physique : il a été retrouvé dans des contextes précis comme des découvertes de
269 cadavres, des appartements très négligés ou une situation visuelle insoutenable :

270 - « *C'est le dégoût par l'odeur, les larves, les insectes qui sont dessus, par l'aspect de*
271 *décomposition du corps, appartements vraiment dégueulasses* » (Praticien 4)

272 - « *un qui s'est éloigné, qui est parti vomir dans un coin, c'était vraiment une image*
273 *d'horreur* » (Praticien 5), à propos d'un accident.

274 • Le dégoût moral, qui peut lui-même engendrer de la colère.

275 - « *Dégoût plus intellectuel, moral dans le sens où c'est écœurant comme situation* »
276 (Praticien 3) à propos d'un enfant maltraité qui décéda au cours de la prise en charge.

277 Le sens le plus sollicité dans le dégoût était l'odorat :

278 - « *J'ai pas beaucoup d'odorat, ça m'aide, je sens pas les choses, je vois bien que des*
279 *fois dans l'équipe ils sont incommodés* » (Praticien 7)

280 - « *J'avais des nausées à l'odeur* » (Praticien 5)

281

282 Les émotions survenaient également lorsque les praticiens s'identifiaient dans certaines
283 situations, les renvoyant à leur vie personnelle :

284 - « *J'ai ressenti pendant quelques secondes, ouais ces cheveux ça m'a fait penser à mon*
285 *fil* » (Praticien 7)

286 - « *C'est un enfant, tu t'imagines aussi toujours par rapport à ta vie personnelle* »
287 (Praticien 4)

288 - « *J'ai été triste en me projetant en me disant comment je réagirais si c'était à un de mes*
289 *gamins que ça arrivait* » (Praticien 6)

290

291 Le comportement des praticiens vis-à-vis des émotions

292

293 Se sentant responsables aussi bien du patient que de l'équipe, les urgentistes se censuraient
294 émotionnellement. Ils disaient devoir être professionnels et efficaces tout au long de
295 l'intervention :

296 - « *Pour pouvoir aller jusqu'au bout de ta mission parce que ta mission c'est pas de te*
297 *morfondre et pleurer... c'est une prise en charge optimale de ton patient.... Faut aller*
298 *au-delà des émotions* » (Praticien 2)

- 299 - « *Je m'interdis de pleurer sur place* » (Praticien 5)
- 300 - « *Je m'en sens responsable, je dois leur donner tout ce que je peux faire de mieux pour*
- 301 *les aider, le meilleur de ce que je sais faire* » (Praticien 6)
- 302 - « *Le médecin a une obligation de gérer la situation médicalement parlant et puis*
- 303 *émotionnellement parlant* » (Praticien 5)
- 304 - « *Émotionnellement en tant que médecin et comme leader tu t'interdis aussi de craquer*
- 305 *sur des situations comme ça* » (Praticien 4)
- 306 - « *Un médecin urgentiste ça doit être fort, émotionnellement parlant, ça doit pas laisser*
- 307 *transparaître ce genre d'émotion* » (Praticien 9)
- 308 Les médecins interrogés estimaient pour certains devoir montrer l'exemple et ne pas
- 309 communiquer leurs émotions :
- 310 - « *Tu te dis c'est pas au médecin de flancher. Si le médecin panique, les autres vont*
- 311 *paniquer davantage parce que t'es quand même la tête* » (Praticien 4)
- 312 - « *T'es le médecin, il faut aussi montrer l'exemple* » (Praticien 4)
- 313 Certains interviewés disaient contrôler leurs émotions ou les repousser :
- 314 - « *La tristesse oui, même si je la verbalise pas, même si je la montre pas en intervention* »
- 315 (Praticien 6)
- 316 - « *T'es souvent dans le contrôle, que ce soit pour les gens que tu vas gérer, que ce soit*
- 317 *pour l'entourage des gens que tu gères et pour l'équipe* » (Praticien 4)
- 318 Pour ce faire, les médecins interviewés mettaient en œuvre différents mécanismes de défense
- 319 et de régulation tout au long de de l'intervention :
- 320 • Avant d'arriver sur les lieux de l'intervention, ils essayaient d'anticiper les actions pour se
- 321 réassurer :
- 322 - « *Tout le monde est un petit peu concentré et on se remémore un peu ce que chacun a à*
- 323 *faire, je rappelle ce qu'ils (l'équipe) sont censés faire, c'est plus de l'anticipation, ça*
- 324 *permet de réassurer* » (Praticien 4)
- 325 - « *C'est des choses bêtes, mais c'est de se remémorer les posologies, ce genre de*
- 326 *choses* », « *Selon les motifs j'essaye de me préparer un peu* » (Praticien 9)
- 327 • Au moment du contact avec le patient, ils disaient se concentrer sur les actes techniques
- 328 qu'ils maîtrisent, et entrer rapidement dans l'action :
- 329 - « *La famille qui hurle sur le bas-côté et toi tu te concentres sur ce que tu as à faire* »
- 330 (Praticien 4)
- 331 - « *Je me focalise dans mon travail du coup ça m'élimine tout stress et les émotions* »
- 332 (Praticien 5)

333 - « j'ai l'impression d'être dans la bulle de l'intervention, d'être sur le côté médical avec
334 les gestes » (Praticien 9)

335 - « de l'appréhension oui, avant oui, mais une fois la tête dedans à l'instant T je suis
336 dans l'action » (Praticien 8)

337 Certains se mettaient par ailleurs à l'abri des regards et de l'atmosphère de l'intervention dès
338 qu'ils le pouvaient :

339 - « On a travaillé dans le calme, dans le camion » (Praticien 2)

340 - « On a techniqué en se mettant au calme dans le camion » (Praticien 4)

341 - « On l'évacue [le patient]. Dans deux minutes je le veux dans le camion » (Praticien 7)

342 Certains disaient « abandonner » leurs émotions :

343 - « J'abandonne oui mes émotions, je les mets de côté et je les pose sur le pas de la porte
344 en rentrant, et je les récupère après » (Praticien 6)

345 - « Quand j'arrive en intervention je mets le cerveau émotionnel de côté » (P8)

346 D'autres disaient se détacher ou se distancier :

347 - « On est tous d'une façon ou d'une autre détaché sur le moment dans l'inter parce que
348 sinon on fait pas » (Praticien 3)

349 - « Tu te formes une carapace, t'es obligé » (Praticien 4)

350 - « C'est comme si je mettais un mur entre eux et moi et je rentre pas dedans » (Praticien
351 7)

352 D'autres disaient même se déshumaniser pendant l'intervention « Je suis en mode machine »
353 (Praticien 6). Quand ils avaient terminé leur prise en charge, c'est à ce moment « que les
354 émotions reviennent, que je redeviens humaine en quelque sorte » (Praticien 5)

355

356 Ces mécanismes de défense étaient parfois insuffisants, engendrant alors des comportements
357 jugés inadaptés par les intéressés :

358 - « Je me sentais dépassée par les événements, c'était difficile » (Praticien 1)

359 - « Je n'avais pas la même maîtrise de mes émotions face à cet enfant » (Praticien 2)

360 - « Sur quelques annonces (décès), fallait vraiment que je prenne sur moi » (Praticien 3)

361 - « À la mat ils m'ont dit ben elle est pas perfusée ? Bah non j'avais oublié de dire qu'il
362 fallait la perfuser » (Praticien 7)

363 Certains médecins regrettaient une insuffisance de formation pour gérer leurs émotions :

364 - « On n'est pas formé sur le plan émotionnel à gérer... la première fois que tu sors en
365 SMUR que t'annonces un décès, t'es comme un con » (Praticien 4)

366 - « *On a l'impression que c'est évident (de gérer les émotions), que le médecin il a pas*
367 *besoin de tout ça (de formation), ça manque* » (Praticien 5).

368 Mais ils pensaient qu'une formation pouvait être utile parce que « *le but d'être conscient de ses*
369 *émotions c'est d'anticiper, de développer les moyens de ne pas se laisser déborder avec, de*
370 *rester maître de ses moyens autant que possible* » (Praticien 3).

371

372 La gestion des émotions après l'intervention dépendait des individus et de l'impact émotionnel
373 que cette dernière avait eue sur eux :

374 - « *Quand je repars de la garde je suis passée à autre chose* » (Praticien 9)

375 - « *Il suffit que je mange un morceau, que je me lave les mains et ça y est, c'est fini* »
376 (Praticien 6)

377 - « *J'ai l'impression que je les empile (les émotions) et que y'a rien qui s'évacue.*
378 *Personne vient me demander, moi, si je vais bien* » (Praticien 5)

379 - « *Est-ce qu'on met pas tout ça dans une case et on ferme, on encaisse puis tant qu'il y*
380 *a de la place on en met* » (Praticien 4)

381 - « *Je ressens une émotion très forte...j'ai pris le choc en retour* » (Praticien 6)

382 - « *Je peux te dire exactement la date* » (Praticien 2)

383

384

385 Discussion

386

387 Notre étude a permis de mettre en évidence que les médecins impliqués dans la prise en charge
388 préhospitalière des patients en urgence ressentent de nombreuses émotions au décours des
389 interventions. Les émotions de base principalement retrouvées sont la tristesse, la joie, la peur
390 et la colère. Elles émergent selon les situations rencontrées et l'évaluation qu'en fait le praticien,
391 notamment par rapport à son vécu, aussi bien professionnel que personnel. La peur, la tristesse
392 et la colère font partie des émotions négatives (4), mais elles n'ont pas forcément un impact
393 négatif sur les praticiens interviewés.

394

395 La peur

396

397 La peur accroît la vigilance, met en alerte les sens et permet de se préparer à une situation (4).

398 Nous avons retrouvé cette anticipation chez les praticiens interviewés. Cet élément est positif

399 pour la prise en charge et va éviter de nombreux éléments de surprise. Cependant, elle peut
400 parfois entraîner des comportements inadaptés, comme des oublis dans la prise en charge du
401 patient.

402 La peur est parfois assimilée au stress par les praticiens, entre le départ et l'arrivée sur les lieux.
403 Or, le stress n'est pas une émotion. Lazarus (12) le définit en effet comme « *le produit d'un*
404 *déséquilibre entre les exigences et les ressources évaluées par le sujet* ». Les émotions liées à
405 la peur et vécues par les praticiens interviewés relèvent donc plutôt de l'appréhension ou de
406 l'angoisse, qui sont des émotions du registre de la peur. La peur est toutefois une émotion qui
407 peut être source de stress (12, 13).

408

409 La tristesse

410

411 Concernant la tristesse, nous avons retrouvé, comme dans la littérature, que c'est la plus
412 empathique des émotions (6). Les urgentistes interviewés partageaient la tristesse d'autrui, le
413 temps d'une intervention ou d'une annonce. Ils étaient tristes d'une situation ou pour des
414 personnes, mais ne se sentaient pas impactés personnellement. Cependant, ils pouvaient être
415 mis en difficulté par les manifestations physiques de cette tristesse, comme la montée de larmes.

416

417 Le dégoût et la colère

418

419 Tout ce qui fait partie de la pratique médicale habituelle comme la vue du sang ou d'une plaie
420 n'engendrait pas de dégoût chez les urgentistes interviewés, alors que des situations morales
421 insupportables ou injustes, n'entrant pas dans les normes sociales, étaient source de dégoût,
422 souvent associé à de la colère. La colère peut s'exprimer sous différentes formes, allant du
423 simple mécontentement à la fureur. Elle doit être réprimée par le praticien, pour lui-même et
424 pour son équipe, car elle peut être à l'origine de comportements inadaptés. Ainsi, Henckes et
425 Nuros (2) confirment que des émotions mal gérées ou mal contrôlées peuvent conduire à des
426 comportements irrationnels et avoir de graves conséquences sur tous les participants.

427

428 La joie

429

430 La seule émotion positive des émotions de base est la joie (6). Elle était principalement liée
431 dans notre étude à la satisfaction du travail bien fait, d'avoir été utile (par exemple, en ayant
432 sauvé une vie), et pour les plus jeunes, à la satisfaction d'avoir réussi à prendre en charge des

433 patients « difficiles », ce qui les rassurait sur leurs compétences. On retrouve ces facteurs
434 générateurs de joie dans d'autres professions et d'autres contextes (14). Il s'agit d'une émotion
435 importante dans la pratique professionnelle, car elle est source de motivation au travail
436 (1,14,15).

437

438 Un modèle des émotions ressenties en médecine d'urgence préhospitalière

439

440 Au regard des entretiens que nous avons menés, nous pouvons modéliser les émotions
441 ressenties par les médecins interviewés sur le plan temporel. Les praticiens présentent en effet,
442 avant d'arriver sur les lieux de l'intervention, une émotion du registre de la peur, sous forme
443 d'appréhension ou d'angoisse. Ils se préparent psychologiquement à la situation pour ne pas
444 être surpris, élaborent des scénarios, revoient certaines techniques ou spécificités de prise en
445 charge mentalement, afin de maîtriser l'intervention. En arrivant sur les lieux de l'intervention,
446 ils évaluent la situation, en quelques secondes, tout en se distanciant en mettant en place « une
447 carapace », un abandon ou un contrôle de leurs émotions. Puis, ils entrent rapidement dans
448 l'action en se concentrant sur les actes techniques, pour ne pas être perturbés et optimiser la
449 prise en charge du patient. Parfois, des émotions reviennent au cours des interventions. Les
450 médecins essaient alors de les éloigner de leur conscience en se focalisant sur la prise en charge
451 du patient. Ils « se réapproprient » leurs émotions quand la prise en charge est terminée. La fin
452 de l'intervention diffère selon les praticiens. Elle peut correspondre à la fin des actes purement
453 techniques, moment où des émotions comme la tristesse, par exemple, à l'annonce d'un décès,
454 reviennent. Pour d'autres, l'annonce d'un décès fait partie de l'intervention et les émotions sont
455 maîtrisées et intériorisées. Ensuite, généralement, les médecins interviewés évacuaient
456 rapidement « l'intervention » et gardaient en mémoire les plus marquantes, mais sans jamais
457 les éliminer complètement.

458

459 Les interventions marquantes

460

461 Schwartz explique que « *les émotions peuvent fortement influencer les processus cognitifs et*
462 *qu'on va pouvoir mieux encoder un souvenir s'il est relié à une émotion* » (16). Philippot et
463 précisent que *la charge émotionnelle de l'événement détermine sa saillance et sa consolidation*
464 *en mémoire* (17). Dans notre étude, les interventions les plus marquantes dans la mémoire des
465 urgentistes étaient celles liées à la prise en charge d'enfants. Elles sont donc liées à des émotions
466 intenses. Le phénomène d'identification, qui est la reconnaissance dans une caractéristique ou

467 une personne extérieure à soi (1, 14,18), était retrouvé dans la plupart des récits des praticiens
468 interviewés. Il engendre également des émotions et majore ainsi la charge émotionnelle.

469

470 Les réactions des praticiens face aux émotions

471

472 Face à toutes ces émotions, les praticiens interviewés faisaient « ce que l'on attend d'eux » en
473 tant que leader. Ils disaient vouloir rester professionnels en se censurant émotionnellement,
474 pour garder le contrôle de la situation, et éviter de mettre en danger l'équipe et les patients (2).
475 Ils se considèrent responsables du patient et des équipes et doivent ainsi « montrer l'exemple »
476 et ne pas « flancher ». Il a été démontré que l'émotion est contagieuse (2,19,20). Il est donc
477 important, pour le praticien responsable, de ne pas se laisser déborder émotionnellement, afin
478 de ne pas déstabiliser l'équipe en communiquant ses émotions à ses coéquipiers. De nombreux
479 praticiens interviewés pensaient qu'un urgentiste doit être fort émotionnellement et ne rien
480 laisser transparaître, sous peine de ne pas paraître professionnel. Ce résultat confirme le fait,
481 documenté dans la littérature scientifique, que l'expression émotionnelle est considérée comme
482 un signe de faiblesse dans les professions médicales (11).

483

484 Les stratégies de gestion des émotions

485

486 Face à tout cela, les médecins interviewés mettaient en place différentes stratégies de régulation
487 de leurs émotions, tout au long de l'intervention. Ils essayaient de contrôler et de réprimer les
488 émotions par différents mécanismes comme la distanciation ou la déshumanisation, considérée
489 comme un mécanisme de défense par Manus (21).

490

491 L'intelligence émotionnelle

492

493 Plusieurs médecins interviewés regrettaient l'absence de formation à la gestion des émotions,
494 durant leurs étudiants. Afin de répondre à ce manque, il serait intéressant de favoriser, chez les
495 médecins, l'apprentissage de l'intelligence émotionnelle. Celle-ci est définie comme la capacité
496 à identifier, comprendre, gérer et utiliser les émotions pour faciliter la pensée (23). Il a été
497 montré qu'un niveau élevé d'intelligence émotionnelle était associé à de meilleures relations
498 médecin/patient, un niveau d'empathie plus élevé, des compétences de communication accrues,
499 moins de risque de burn-out, et des carrières plus longues (24). Des programmes courts,
500 développés tôt durant le cursus médical, ont montré leur efficacité (24).

501

502 Limites

503

504 Nous avons travaillé à partir de données prospectives, sur des récits d'interventions passées,
505 vécues et perçues par le professionnel avec sa singularité (1). Le récit dépend donc de ce que le
506 professionnel a gardé en mémoire et de l'interprétation qu'il en fait. Il existe par ailleurs un
507 biais de mémoire induit par l'émotion (25, 26), dû à la focalisation de l'attention. L'attention
508 serait préférentiellement fixée sur les éléments émotionnels de la situation, au détriment des
509 autres éléments et générerait ce biais de mémoire. En outre, nous avons fait le choix d'analyser
510 uniquement l'expression verbale des entretiens. Or, le langage non verbal, qui est l'expression
511 des émotions à travers le visage, le corps et la voix, a potentiellement une place très importante
512 et constitue une fonction majeure dans la communication (5, 6). D'autres limites concernant le
513 fait que nous avons avant tout interrogé les praticiens sur des interventions qu'ils considéraient
514 comme « marquantes », et qui ne sont pas représentatives de l'ensemble des interventions. Sur
515 le plan méthodologique, enfin, le codage a été réalisé par une seule personne, même si des
516 échanges réguliers durant cette étape ont eu lieu entre les différents auteurs.

517

518 Conclusion

519

520 Notre étude, réalisée auprès des médecins urgentistes préhospitaliers, montre que les émotions
521 de base principalement éprouvées au cours de leur pratique sont la peur, la joie, la tristesse et
522 la colère, et que les interventions les plus marquantes concernent la pédiatrie. Les praticiens
523 disent se sentir obligés de mettre en place une censure émotionnelle et des comportements de
524 défense et de régulation multiples, afin de réprimer ces émotions, pour rester efficaces. Cette
525 démarche n'est pas toujours aisée à réaliser et les émotions peuvent générer des comportements
526 inappropriés. Le développement de l'intelligence émotionnelle (27, 28, 29), pourrait apporter
527 aux médecins une aide dans la gestion de leurs émotions et dans la mise en place de stratégies
528 de coping.

529

530

531

532 Auteurs affiliation : From the Prehospital Emergency care Unit, (Charles) Reims. From the
533 Center for Training and Research in Health Sciences Education (CFRPS), Faculty of Medicine

534 (Pelaccia), University of Strasbourg, Strasbourg. From the Emergency care Unit, (Poles)
535 Annecy.

536

537

538

539 Bibliographie

540

- 541 1. Laurent A. Les équipes mobiles d'urgence et de réanimation face aux interventions
542 potentiellement traumatiques. *Ann Méd Psychol* 2014;172:457-62.
- 543 2. Henckes N, Nurok M. 'The first pulse you take is your own' - but don't forget your
544 colleagues?. *Emotion teamwork in pre-hospital emergency medical services. Sociol*
545 *Health Illn* 2015;37:1023-38.
- 546 3. Sander D, Scherer KR. *Traité de psychologie des émotions*. Dunod, 2014
- 547 4. Sanders D., Scherer K.R. *Oxford Companion to Emotion and the affective sciences*.
548 Oxford University Press,2009.
- 549 5. Ekman P. Are there basic emotions? *Psychol Rev* 1992;99,550-3
- 550 6. Ekman P. An argument for basic emotions. *Cogn Emot* 1992 ;6:169-200.
- 551 7. Grandjean D, Scherer KR. Unpacking the cognitive architecture of emotion processes.
552 *Emotion*, 2008;8 :341-51.
- 553 8. Scherer KR. Appraisal considered as a process of multi level sequential checking. In
554 Scherer KR, Schorr A, Johnstone T. *Appraisal Processes in Emotion : Theory, Methods,*
555 *Research*. Oxford : Oxford University Press, 2001 :92-120.
- 556 9. Sander, D, Grandjean D, Scherer K. A systems approach to appraisal mechanisms in
557 emotion. *Neural Netw* 2005 ;18 :317-352
- 558 10. Tcherkassof A. *Les émotions et leurs expressions*. Presse universitaire de
559 Grenoble 2008 :26-8.
- 560 11. Laurent A, Chahraoui K, Carli P. Les répercussions psychologiques des interventions
561 médicales urgentes sur le personnel SAMU : étude portant sur 50 intervenants SAMU.
562 *Ann Méd Psychol* 2007;165:570-8.
- 563 12. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping*. New-York : Springer Publishing
564 company, 1984.

- 565 13. Folkman S, Lazarus RS. If it changes it must be a process : study of emotion and coping
566 during three stages of a college examination. *J Pers Soc Psychol* 1985;48 :150-70.
- 567 14. Fisher P, Byrne, V. Identity, emotion and the internal goods of practice: a study of
568 learning disability professionals, *Sociol Health Illn* 2012;34 :79–94.
- 569 15. Guy ME, Newman MA, Mastracci, SH. *Emotional Labor: Putting the Service in*
570 *Public Service*. Armonk, N.Y.: M.E. Sharpe (2008).
- 571 16. Schwartz N. Emotion, Cognition and Decision making. *Cogn Emot* 2000 ;14:433-40.
- 572 17. Schaefer A, Philippot P. Selective effects of emotion on the phenomenal characteristics
573 of autobiographical memories. *Memory* 2005 ;13 :148-61
- 574 18. Yzerbyt VY, Dumont M, Wigbodus D, Gordijn E. I fell for us: the impact of
575 categorization and identification on emotion and action tendencies. *Br J Soc Psychol*,
576 2003;42:533-49.
- 577 19. Rime B, Mesquita B, Philippot P, Boca S. Beyond the emotional event: six studies on
578 the social sharing of emotion. *Cogn Emot* 1991;5:435-65.
- 579 20. Rime B, Dozier S, Finkenauer C, Luminet O, Zech E, Philippot P. Social sharing of
580 emotion : New evidence and new questions. *Eur Rev of soc psychol* 1998;9:145-89.
- 581 21. McManus IC, Winder BC, Gordon D. The causal links between stress and burn out in a
582 longitudinal study of UK doctors. *Lancet* 2002;359:2089-90
- 583 22. Williams A. A study of emotion work in student paramedic practice. *Nurse Educ Today*
584 2013;33:512-7.
- 585 23. Mayer JD, Salovey P, Caruso DR. Emotional Intelligence: Theory, findings, and
586 implication. *Psychol Inq*. 2004;15:197-215.
- 587 24. Gorgas DL, Greenberger S, Bahner DP, Way P. Teaching Emotional Intelligence: A
588 control group study of a brief educational interventionn for emergency medicine
589 residents. *West J of Emerg med*, 2015 ;16 :899-906.
- 590 25. Christiansan SA. Emotional stress and eyewitness memory : a critical review. *Psychol*
591 *Bull* 1992 ;112 :284-309
- 592 26. Christiansan SA Safer MA. Emotionnal events and emotions in autobiographical
593 memories. In Rubin DC. *Remembering our past : studies in auto-biographical*
594 *memories*. Cambridge, UK : Cambridge University Press. 1996 :218-43.
- 595 27. Gillam L, Delany C, Guillemin M, Warmington S. The role of emotions in health
596 professional ethics teaching. *J Med Ethics*. 2014;40:331-5.

597 28. Martin EB, Mazzola NM, Brandano J, Luff D, Zurakowski D, Meyer EC. Clinicians'
598 recognition and management of emotions during difficult healthcare conversations. *Pat*
599 *Educ Couns*. 2015;98:1248-54.

600 29. Orri M, Revah-Lévy A, Farges O. Surgeons' Emotional Experience of Their Everyday
601 Practice - A Qualitative Study. *PLoS ONE* 24 2015;10(11):e0143763.

602

603

604

605

606

607

608