

**UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER**

**FACULTÉS DE MÉDECINE**

---

ANNÉE 2021

2021 TOU3 1684

**THÈSE**

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE**

Présentée et soutenue publiquement par

**Ines MESSAI**

**Le 27 SEPTEMBRE 2021**

**TRAUMATISME PSYCHIQUE DES POPULATIONS EXPOSÉES À LA  
MÉDIATISATION D'ÉVÉNEMENTS TRAUMATIQUES ET ÉVALUATION DE  
L'IMPACT SUR LE FLUX DES STRUCTURES D'URGENCE**

Directrice de thèse : Pr Sandrine CHARPENTIER

**JURY**

Monsieur le Professeur Vincent BOUNES

Président

Madame le Professeur Sandrine CHARPENTIER

Assesseur

Monsieur le Docteur Hervé MOUROU

Assesseur

Monsieur le Docteur Frédéric BALEN

Assesseur

**1**

# HONORATS



## TABLEAU du PERSONNEL HOSPITALO-UNIVERSITAIRE des Facultés de Médecine de l'Université Toulouse III - Paul Sabatier au 1<sup>er</sup> septembre 2019

### Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michela
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ALBAREDE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LARENG Louis
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVONIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. TKACZUK Jean
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

### Professeurs Émérites

Professeur ADER Jean-Louis	Professeur JOFFRE Francis
Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur ARBUS Louis	Professeur LARENG Louis
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur LAURENT Guy
Professeur BOCCALON Henri	Professeur LAZORTHES Yves
Professeur BONEU Bernard	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur CARATERO Claude	Professeur MANELFE Claude
Professeur CHAMONTIN Bernard	Professeur MASSIP Patrice
Professeur CHAP Hugues	Professeur MAZIERES Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur COSTAGLIOLA Michel	Professeur RISMANN Pascal
Professeur DABERNAT Henri	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur DELISLE Marie-Bernadette	Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur SIMON Jacques

## FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1<sup>ère</sup> classe

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E.)	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE Paul (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-Entéro
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'urgence
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAUDA Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno (C.E)	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-Entérologie
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian (C.E)	Hématologie
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-Entérologie

Doyen : Didier CARRIE

P.U. - P.H.

2<sup>ème</sup> classe

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphaël	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie Cellulaire et Cytologie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme TREMOLLIÈRES Florence	Biologie du développement
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

**P.U. Médecine générale**

M. MESTHÉ Pierre  
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

**Professeur Associé Médecine générale**

M. ABITTEBOUL Yves  
M. POUTRAIN Jean-Christophe

**Professeur Associé en Neurologie**

Mme PAVY-LE TRACON Anne

**Professeur Associé en Bactériologie - Virologie ; Hygiène Hospitalière**

Mme MALAUDA Sandra

**FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL**

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

**P.U. - P.H.**

Classe Exceptionnelle et 1<sup>ère</sup> classe

**Doyen : Elie SERRANO**

**P.U. - P.H.**

2<sup>ème</sup> classe

M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	Mme DALENC Florence	Cancérologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	Mme FARUCH-BILFELD Marie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie	M. GARRIDO-STOWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. CONSTANTIN Amaud	Rhumatologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. TACK Ivan	Physiologie
Mme DÜLY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie		
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire		
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique		
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie		
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prév.	<b>P.U. Médecine générale</b>	
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie		
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie		
M. HUYGHE Eric	Urologie		
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie		
M. LARRUE Vincent	Neurologie	<b>Professeur Associé de Médecine Générale</b>	
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie	M. BOYER Pierre	
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie	M. STILLMUNKES André	
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie		
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation		
M. OTAL Philippe	Radiologie		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition		
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

**M.C.U. - P.H.**

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol André	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme BELLIERE-FABRE Julie	Néphrologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétiq
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZÉNSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENDOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaires
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Marysa	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurora	Hématologie ; Transfusion
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

**M.C.U. Médecine générale**

M. BRILLAC Thierry  
Mme DUPOUY Julie

**M.C.U. - P.H.**

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CÂMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétiq
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie; Hygiène Hospit.
Mme GALLINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie ; Addictologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Banoil	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et Médecine Nucléaire
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'Adultes ; Addictologie

**M.C.U. Médecine générale**

M. BISMUTH Michel  
Mme ESCOURROU Brigitte

**Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale**

Dr CHICOULAA Bruno  
Dr FREYENS Anne  
Dr PUECH Marielle

Dr BIREBENT Jordan  
Dr BOURGEOIS Odile  
Dr LATROUS Leila  
Dr. BOUSSIER Nathalie

## REMERCIEMENTS AU JURY

***Au Professeur Sandrine CHARPENTIER,***

directrice de cette thèse, merci de m'avoir proposé ce sujet et de la confiance que vous m'avez accordée. Merci pour votre disponibilité, votre investissement et votre soutien durant mon travail de thèse et mon parcours d'interne.

***Au Professeur Vincent BOUNES,***

merci de me faire l'honneur de présider ce jury.

***Au Docteur Hervé MOUROU,***

qui a inspiré cette thèse, merci de me faire l'honneur de votre présence dans ce jury.

***Monsieur le Docteur Frédéric BALEN,***

merci pour ta disponibilité durant mon travail de thèse et de manière plus générale merci pour ton investissement dans les formations des internes de médecine d'urgence.

## REMERCIEMENTS PERSONNELS

A mon père, ma mère et mes grands-pères que j'aime tendrement

Au bienveillant Miou, merci pour le regard aguerris porté sur mon travail

A Farida pour son investissement, sa disponibilité à toute heure et sa gentillesse à toute épreuve

A mon confrère, artiste peintre ascendant « coconphore », à mon frère

A mon bien aimé oncle Louardi

A Sarra et Mickie, êtres de lumière qui ont su m'accompagner à chaque instant

A mes cousins Adam, Sohel et Mayassane sans oublier Leïla et Salem

A la psychiatre et amie Pauline Massot

A Vincent le Grand, le Premier

Enrichie d'une formation médicale jalonnée de rencontres je ne peux taire ici les noms suivants : Constance Meslin, Cécile Becques, Alice Coulon, Matthieu Mascoët, Pauline Forgeon, Benjamin Denis, Maxime Cagic, Alexandre Zahn, Hugo Desfontaines et Marie Deslefosse.

A mes grands-mères Simone et Aldjia

## Table des matières

<b>1</b>	<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>MATERIELS ET METHODES .....</b>	<b>16</b>
2.1	Schéma d'étude.....	16
2.2	Considérations éthiques .....	17
2.3	Population et critères d'inclusion .....	17
2.4	Critères de jugement .....	17
2.5	Recueil de données.....	20
2.6	Analyse statistique .....	20
<b>3</b>	<b>RESULTATS .....</b>	<b>21</b>
3.1	Critère de jugement principal.....	21
3.2	Analyses complémentaires du critère de jugement principal.....	22
3.3	Critères de jugement secondaires .....	25
<b>4</b>	<b>DISCUSSION .....</b>	<b>29</b>
4.1	Résultats et limites .....	29
4.2	Dissociation péri-traumatique intégrée à l'état de stress aigu .....	31
4.3	Réflexions sur les tendances de l'étude .....	31
<b>5</b>	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>35</b>
	<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>37</b>
	<b>ANNEXES.....</b>	<b>39</b>
	<i>Annexe 1. Classification clinique des maladies des urgences modifiée (CCMU).....</i>	<i>39</i>
	<i>Annexe 2. Evaluation de la dissociation péri-traumatique. ....</i>	<i>40</i>
	<b>RESUME EN FRANCAIS.....</b>	<b>42</b>

## 1 INTRODUCTION

Notre société voit ses citoyens constamment exposés aux médias. L'avènement des smartphones mais aussi le déploiement des réseaux sociaux, la multiplication des médias en ligne et des chaînes de télévision diffusant de l'information en continu 24h/24 ont fait de nous, en à peine une décennie, des individus surexposés à l'information délivrée par ces médias en tous genres. Du fait de leur caractère spectaculaire, les catastrophes collectives (attentats, désastres climatiques...) qui ponctuent notre époque [1] disposent d'une couverture médiatique de choix [2,3]. Il est ainsi devenu de nos jours quasiment impossible de ne pas être informé d'un événement tragique survenu de l'autre côté du globe.

Le traitement médiatique des catastrophes notamment sanitaires est ainsi un fait de société notable qu'il convient de considérer. Les modes et stratégies de diffusion de l'information sont aujourd'hui tels qu'on assiste à la médiatisation quasiment en temps réel d'une catastrophe. À peine s'est-elle produite que l'information, abondamment relayée et commentée par les journalistes et les experts, se propage sur la toile médiatique et circule en boucle, délivrant des récits sans cesse renouvelés. On ne nous dit pas ce qui se passe, on raconte ce qui nous arrive [2,3]. Nul ne semble pouvoir y échapper. La population, ainsi exposée au drame, se trouve indirectement confrontée à la menace de mort par cette médiatisation à outrance de l'information de l'émoi.

On admet aisément que les personnes directement exposées à des événements traumatiques puissent développer des traumatismes psychiques ou psychotraumatismes [4,5,6]. Il est vrai que ces derniers se définissaient initialement comme les conséquences psychologiques de la confrontation brutale d'un individu à une agression ou une menace pour sa vie, ou celle d'autres personnes présentes. Mais l'impact psychologique se révèle en fait très étendu et des personnes non concernées directement peuvent ressentir des effets néfastes [2]. Ainsi le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux VI [7], dans sa définition la plus récente du psychotraumatisme, précise que la menace directe de l'intégrité du sujet n'est plus un critère nécessaire de traumatisme psychique. Aujourd'hui l'ampleur de la réaction émotionnelle a disparu de la classification internationale et il n'est plus exigé que l'individu ait ressenti « une peur intense, un sentiment d'impuissance ou

d'horreur face à l'événement ». Le cadre du psychotraumatique s'élargissant, on admet également qu'une personne puisse se trouver traumatisée par une confrontation répétée et indirecte à des faits choquants. Au travers de cette définition, le caractère traumatisant d'une exposition répétée à un contenu médiatique « choc » prend toute sa place [8].

Les conséquences psychologiques de l'exposition répétée à des événements traumatiques au travers des médias pourraient avoir un retentissement sur les services d'urgence. Une récente étude du docteur Mourou [9], présentée lors du congrès de la Société Française de Médecine d'Urgence en 2019, a en effet objectivé que des événements exceptionnels et très médiatisés entraînaient, passé l'afflux initial de victimes, une diminution significative du recours aux services d'urgence avoisinants. Cette étude rapporte une baisse de 20 % du nombre de passages aux urgences dans les centres hospitaliers de proximité (Carcassonne et Perpignan) les jours suivant l'attentat de Trèbes en 2018, et une diminution de 10 % après l'accident de car à Millas en 2017. L'auteur explique cette variation de flux par un état de sidération de la population [9].

La sidération renvoie au phénomène de dissociation péri-traumatique qu'il convient préalablement d'aborder [10].

La dissociation péri-traumatique s'intègre à l'entité nosographique des troubles dissociatifs définis dans le DSM et la Classification internationale des maladies (CIM). Le terme « dissociatif » tel qu'il est utilisé en psychiatrie peut prêter à confusion et il faut bien distinguer le syndrome dissociatif, qui renvoie à la désorganisation psychoaffective schizophrénique, des troubles dissociatifs que nous abordons ici. Ces derniers se caractérisent par la « perte partielle ou complète des fonctions normales d'intégration des souvenirs, de la conscience, de l'identité ou des sensations immédiates et du contrôle des mouvements corporels » [10].

Les troubles dissociatifs n'apparaissent pas exclusivement à la suite d'un traumatisme psychique et répondent à des caractéristiques communes. Les définitions actuelles des troubles dissociatifs dont l'origine est traumatique, reposent sur la théorie de la dissociation du médecin et psychologue français Pierre Janet, développée dans les années 1880. Cette théorie fait l'objet d'un regain d'intérêt auprès des psychiatres depuis les années 2000 [11].

Le caractère essentiel de la dissociation dite péri-traumatique consiste en un phénomène d'effraction du psychisme à la suite d'un traumatisme. Il en résulte une fragmentation qui génère la formation d'une pensée anormale, distincte de la pensée ordinaire et totalement ignorée de celle-ci. Il existe en réalité différentes formes de relation entre ces deux personnalités générées par la fragmentation psychique, mais nous considérerons ici qu'elles évoluent indépendamment l'une de l'autre et que la seconde pensée, subconsciente, génère une activité psychique automatique et domine la première : la personnalité est dite dissociée. Ainsi les perceptions, souvenirs, idées (représentations) ou émotions, cessent de pouvoir être rattachés au « moi » ce qui entraîne une perte de contact avec la réalité. La dissociation péri-traumatique peut être comprise comme un phénomène « auto-hypnotique », c'est-à-dire un état de conscience modifiée qui permet à l'individu de comportementaliser l'expérience traumatique et de se détacher émotionnellement et cognitivement parlant de l'expérience [12,13]. En ce sens la dissociation péri-traumatique est considérée comme une stratégie d'adaptation. C'est un mécanisme neurobiologique objectivable par IRM.

Les réactions dissociatives péri-traumatiques sont poly-symptomatologiques. Elles peuvent revêtir des présentations cliniques diverses tant dans la forme que dans la gravité. Les différents types de troubles dissociatifs observés sont : l'amnésie dissociative, la stupeur dissociative, le trouble de dépersonnalisation, la déréalisation, les actions automatiques, les troubles moteurs dissociatifs et la distorsion temporelle.

Poussée à son paroxysme la dissociation péri-traumatique peut conduire à des réactions comportementales de stress dite « dépassées » dont l'une est la sidération : les attributs de l'être se trouvent comme bloqués. Le sujet, figé, se meut tel un pantin. Les états de sidération sont décrits dans les situations de viol. S'il est méconnu de la justice, cet état est néanmoins bien connu par les agresseurs, qui l'utilisent à la fois pour atteindre leurs victimes et pour argumenter leur défense. L'état de sidération est ainsi mal pris en compte lors d'un jugement.

La sidération est à l'évidence une réaction de stress dépassé face un traumatisme psychique extrême. Il est ainsi reconnu que la sévérité du psychotraumatisme dépend principalement de la gravité de l'évènement traumatique. Les troubles dissociatifs s'expriment cliniquement dans un éventail de gravité [14].

Revenons sur l'impact psychologique de la médiatisation d'événements traumatiques et observons la dissociation péri-traumatique dans une présentation clinique moins sévère et dépassée que la sidération : il s'agit de la stupeur dissociative.

Celle-ci caractérise des victimes dans un état d'hébétude et de stupéfaction. Ces dernières manifestent une altération de la capacité à comprendre, raisonner, prendre des décisions et des initiatives. Elles paraissent indifférentes à ce qui leur arrive. Elles sont présentes physiquement, mais leur esprit semble absent. Comme nous l'avons développé plus haut, d'autres troubles dissociatifs peuvent venir agrémenter le tableau (amnésie, dépersonnalisation, distorsion...).

Ainsi plongées dans un état de stupeur (plutôt que de sidération), les populations situées à proximité d'événements exceptionnels et très médiatisés verraient le passage aux structures d'urgence de certains sujets à la contrôlabilité altérée inhibé. Le retentissement médiatique d'une catastrophe sanitaire étant simultané partout sur le territoire national [3] il nous a paru pertinent de savoir si la baisse de flux rapportée par le docteur Mourou [9] s'observait également dans des services d'urgence éloignés géographiquement. Ceci serait en faveur d'un effet traumatisant psychologiquement parlant du traitement médiatique de l'évènement. Dans ce travail nous envisagerons le phénomène de dissociation péri-traumatique touchant des populations surexposées médiatiquement à des évènements catastrophiques.

L'objectif principal de notre étude est donc d'évaluer si une population exposée à une catastrophe sanitaire largement couverte par les médias, de part une dissociation péri-traumatique, à moins recours aux structures d'urgence.

Les objectifs secondaires, si l'on met en évidence une baisse du flux, sont d'évaluer l'impact de la potentielle dissociation péri-traumatique sur le profil de gravité des patients somatiques et le recours pour des urgences psychiatriques.

Pour ce faire nous proposons une analyse des flux aux urgences de Toulouse après l'attentat de Nice de 2016.

## **2 MATERIELS ET METHODES**

### **2.1 Schéma d'étude**

Nous avons mené une étude observationnelle, rétrospective et monocentrique, conduite pendant les mois de juillet 2015 et 2016 au sein du CHU de Toulouse, dans les services d'accueil des urgences de Rangueil et Purpan. Nous y avons plus particulièrement étudié le recours dans les jours qui ont suivi l'attentat terroriste de Nice, survenu le 14 juillet 2016.

Rappelons ici les évènements [15]. À l'occasion de la célébration de la fête nationale, un feu d'artifice est donné vers 22 heures sur la promenade des Anglais à Nice, réunissant environ 30 000 personnes, habitants comme touristes. Peu avant la fin du spectacle, un camion-bélier de 19 tonnes déboûle sur la partie piétonne à une vitesse de 90 km/h et effectue plusieurs embardées, prenant pour cible la foule. Le massacre se déroule ainsi sur près de 2 kilomètres. Le conducteur tire ensuite à plusieurs reprises sur des agents de la Police nationale avant d'être neutralisé. Le bilan fait état de 86 morts dont 10 enfants, et 434 blessés, une importance comparable à l'attaque du Bataclan à Paris le 13 novembre 2015. L'attentat sera revendiqué dès le lendemain par l'organisation terroriste État islamique dite « Daech » basée en Syrie.

Le choix de cet évènement se justifie par sa gravité et son éloignement, Nice étant situé à 560 kilomètres de Toulouse. L'importance de sa médiatisation, d'autant plus que l'attentat a été commis le jour symbolique de la fête nationale, représente également un élément clé de notre étude. En effet beaucoup pointeront du doigt le manque de pudeur de certains médias suite à la diffusion d'une profusion d'informations jugées choquantes : photos trash, interviews dans un décor macabre de corps sans vie, témoignages de victimes désemparées, propagation de rumeurs infondées de prises d'otages... Le conseil supérieur de l'audiovisuel reçu ainsi près de 400 signalements pour ces dérives médiatiques et engendra une procédure de sanction contre France 2 [16].

## **2.2 Considérations éthiques**

Cette étude n'entre pas dans le cadre de recherches impliquant la personne humaine selon la loi Jardé n° 2012-300 du 5 mars 2012 modifiée par l'ordonnance n° 2016-800 du 16 juin 2016. L'avis du comité de protection des personnes n'a donc pas été requis.

## **2.3 Population et critères d'inclusion**

Les patients inclus devaient être âgés de plus de 15 ans et s'être présentés dans les services d'urgences somatiques de Purpan et Rangueil durant les week-ends de l'étude, définis ci-dessous.

Les patients ayant bénéficié d'une prise en charge préhospitalière ont également été inclus. Ceux ayant quitté le service contre avis médical n'ont pas été retenus.

## **2.4 Critères de jugement**

### **A. Critère de jugement principal**

Le critère de jugement principal est la moyenne de passages quotidiens aux urgences les trois jours suivant l'attentat - à savoir le week-end du vendredi 15, samedi 16 et dimanche 17 juillet 2016 - que nous avons comparé aux autres week-ends de juillet 2016 (référence 1) ainsi qu'aux week-ends de juillet 2015 (référence 2). Nous nous sommes assurés de l'absence d'évènements susceptibles d'impacter le flux durant ces week-ends de référence. Les données des deux sites Purpan et Rangueil ont ici été confondues.

Notre étude a porté sur les trois jours qui ont suivi l'attentat car nous savons que la dissociation péri-traumatique survient dans les suites immédiates du traumatisme psychique et dure généralement deux à trois jours. Toutefois l'attentat ayant eu lieu vers 22h30 et tenant compte du temps nécessaire pour que l'information soit connue, nous avons considéré que les éventuelles modifications du flux n'apparaîtraient qu'à partir du lendemain. Par conséquent les admissions du jour de l'attentat n'ont pas été prises en compte.

## **B. Analyses complémentaires**

### **1. Etude du flux de juillet 2016**

Nous avons pu constater une poursuite de la couverture médiatique de l'attentat sur plusieurs jours voire semaines. Envisageant alors des possibilités de dissociation péri-traumatique plus tardive il nous a dès lors semblé judicieux de déterminer si le flux de patients aux urgences était impacté au-delà de trois jours.

Nous avons donc porté un regard plus global sur les passages quotidiens aux urgences, considérant ici l'ensemble du mois de juillet 2016. Nous nous sommes intéressés à la moyenne des passages quotidiens les jours suivant l'attentat, soit les 17 jours de juillet restants. Nous avons comparé ces données d'abord à la moyenne de passages des jours précédant l'attentat, soit les 13 premiers jours de juillet, puis au flux du mois de juillet 2015. Enfin nous avons au travers de présentations graphiques analysé le flux journalier du mois de juillet 2016, en gardant comme référence juillet 2015.

### **2. Analyses séparées des flux de Rangueil et Purpan**

Les urgences adultes du CHU de Toulouse sont accueillies sur deux sites : Rangueil et Purpan. Les patients sont orientés sur l'un ou l'autre de ces services selon leurs motifs de recours. En effet le site de Purpan dispose des plateaux techniques de traumatologie et neurologie et Rangueil ceux de médecine cardiovasculaire. Par ailleurs, à la différence de Rangueil, l'hôpital de Purpan est situé au cœur de Toulouse et dispose d'un accès facilité puisqu'il est desservi par le tramway jusque tard dans la nuit. Ces éléments y engendrent une activité ambulatoire élevée. La moyenne d'âge des patients « purpanais » est de fait plus faible.

Ces deux sites absorbent ainsi des flux aux caractéristiques différentes et il nous a semblé intéressant d'approfondir notre étude en complétant nos analyses sur les deux sites séparés.

## C. Critères de jugement secondaires : analyse qualitative du flux

### 1. Evaluation du profil de gravité des patients somatiques

Il nous a paru pertinent, à l'instar de l'étude réalisée par le docteur Mourou [9], d'étudier si les caractéristiques des patients étaient modifiées par l'évènement : si l'on objective une baisse du flux potentiellement imputable à une dissociation péri-traumatique touchant la population, il semble logique de penser que les patients n'ayant pas eu recours aux urgences étaient les moins graves. On conçoit difficilement que des troubles dissociatifs péri-traumatique, même profonds, inhibent le recours aux urgences de patients au pronostic vital engagé. Par ailleurs si les patients les moins graves en viennent à moins consulter, le taux d'hospitalisation devrait indirectement être plus important.

Ainsi nous proposons dans cette partie d'étudier le profil de gravité des patients par la classification CCMU et le taux d'hospitalisation. Pour rappel la classification CCMU (Classification Clinique des Malades aux Urgences) codifie l'état de gravité initiale du patient en préhospitalier ou à son arrivée aux urgences au travers de l'évaluation clinique et d'examens complémentaires. La gravité est cotée de 1 (état clinique stable ne justifiant pas d'examens complémentaires) à 5 (pronostic vital engagé nécessitant des manœuvres de réanimation immédiates). Il a récemment été ajouté les classes D pour les patients décédés et P pour les patients présentant des problèmes psychiatriques et psychologiques [Annexe 2].

### 2. Evaluation du recours aux urgences pour des motifs psychiatriques

Notre étude s'interroge sur une potentielle dissociation péri-traumatique de la population qui impacterait le flux des urgences. Il nous a donc semblé intéressant, si une baisse s'observait, d'objectiver la majoration de la dissociation péri-traumatique dans la population. Malheureusement les troubles dissociatifs n'étaient pas cotés dans le PMSI à l'époque de l'attentat de Nice (ils le sont maintenant avec le logiciel Orbis récemment implanté sur le CHU de Toulouse). Nous avons donc examiné l'ensemble des recours psychiatriques aux urgences et porté une attention particulière sur les troubles anxieux, qui étaient cotés et que nous considérons comme une approche indirecte de la dissociation. Nous avons par conséquent essayé de déterminer si l'attentat de Nice a causé une majoration des admissions aux urgences pour troubles anxieux.

En résumé, les critères de jugements secondaires retenus sont les suivants :

- Le taux d'urgences non vitales (CCMU 1 et 2) et le taux d'hospitalisation
- Le taux de recours aux urgences pour troubles psychiatriques et troubles anxieux

Ces données ont été recueillies les trois jours suivant l'attentat et comparées aux références 1 et 2 utilisées dans le critère de jugement principal.

## **2.5 Recueil de données**

Les données ont été fournies par le département d'informatique médicale du CHU de Toulouse. Pour chaque patient inclus nous avons recueilli puis traité les données suivantes : la date d'arrivée, la structure d'accueil (Rangueil ou Purpan), le motif de recours initial, la classification CCMU, le diagnostic principal et enfin le devenir post urgences (hospitalisation ou non).

## **2.6 Analyse statistique**

L'analyse des données sera effectuée, lorsque cela sera pertinent à l'aide du logiciel d'analyse de données et de statistiques XLSTAT. Les variables quantitatives seront exprimées sous forme de moyenne. Les variables qualitatives seront exprimées sous forme de pourcentage. Les analyses comparatives seront réalisées en utilisant le test de Student. Le seuil de significativité statistique est considéré comme étant atteint quand le risque d'erreur est inférieur à 5 % ( $p < 0,05$ ).

### 3 RESULTATS

#### 3.1 Critère de jugement principal

Nous avons recensé le nombre de personnes venues aux urgences de Ranguel et Purpan confondues le week-end suivant l'attentat de Nice, ainsi que durant les week-ends des références 1 (week-ends de juillet 2016) et 2 (week-ends de juillet 2015) qui constituent nos éléments de comparaison. Nous avons ensuite calculé les moyennes de passages quotidiens pour chacune de ces périodes. Les données figurent dans le tableau 1.

Tableau 1. Flux de patients le week-end après l'attentat de Nice et les week-ends des références 1 et 2.

		Passages quotidiens aux urgences	Moyennes des passages quotidiens	
<b>Week-end suivant l'attentat de Nice</b>	vendredi 15/07/16	293	303	
	samedi 16/07/16	304		
	dimanche 17/07/16	312		
<b>Week-ends de juillet 2016 Référence 1</b>	vendredi 01/07/16	267	284	
	samedi 02/07/16	291		
	dimanche 03/07/16	293		
		vendredi 08/07/16	261	289
		samedi 09/07/16	335	
		dimanche 10/07/16	271	
		vendredi 22/07/16	286	279
		samedi 23/07/16	255	
		dimanche 24/07/16	295	
		vendredi 29/07/16	296	308
		samedi 30/07/16	315	
		dimanche 31/07/16	315	
<b>Week-ends de juillet 2015 Référence 2</b>	vendredi 03/07/15	265	299	
	samedi 04/07/15	299		
	dimanche 05/07/15	332		
		vendredi 10/07/15	282	298
		samedi 11/07/15	311	
		dimanche 12/07/15	302	
		vendredi 17/07/15	288	295
		samedi 18/07/15	294	
		dimanche 19/07/15	303	
		vendredi 24/07/15	329	305
		samedi 25/07/15	278	
		dimanche 26/07/15	309	

Le week-end suivant l'attentat on recense une moyenne de passages quotidiens de 303 patients, contre 290 les week-ends de référence 1 et 299 les week-ends de référence 2. Ainsi nous observons non pas une baisse de l'afflux de patients à la suite de l'évènement

mais une hausse de 13 patients (soit 4,8 %) pour la référence 1 et de 4 patients (soit 1,3 %) pour la référence 2.

L'absence de baisse de flux que l'on cherchait à mettre en évidence dans cette étude n'existe pas. Par conséquent l'analyse statistique n'a pas été jugée pertinente.

### 3.2 Analyses complémentaires du critère de jugement principal

Comme nous l'avons justifié dans la partie méthode nous avons étudié les passages aux urgences au-delà des trois jours ayant suivi l'attentat. Les données des structures d'urgence de Purpan et Ranguel ont été confondues puis analysées séparément.

Nous avons dans un premier temps calculé la moyenne des passages quotidiens les 17 jours ayant suivi l'attentat et l'avons comparée à celle des 14 jours qui le précèdent. Ces données ont été comparées à celles du mois de juillet 2015. Elles sont présentées dans le tableau 2.

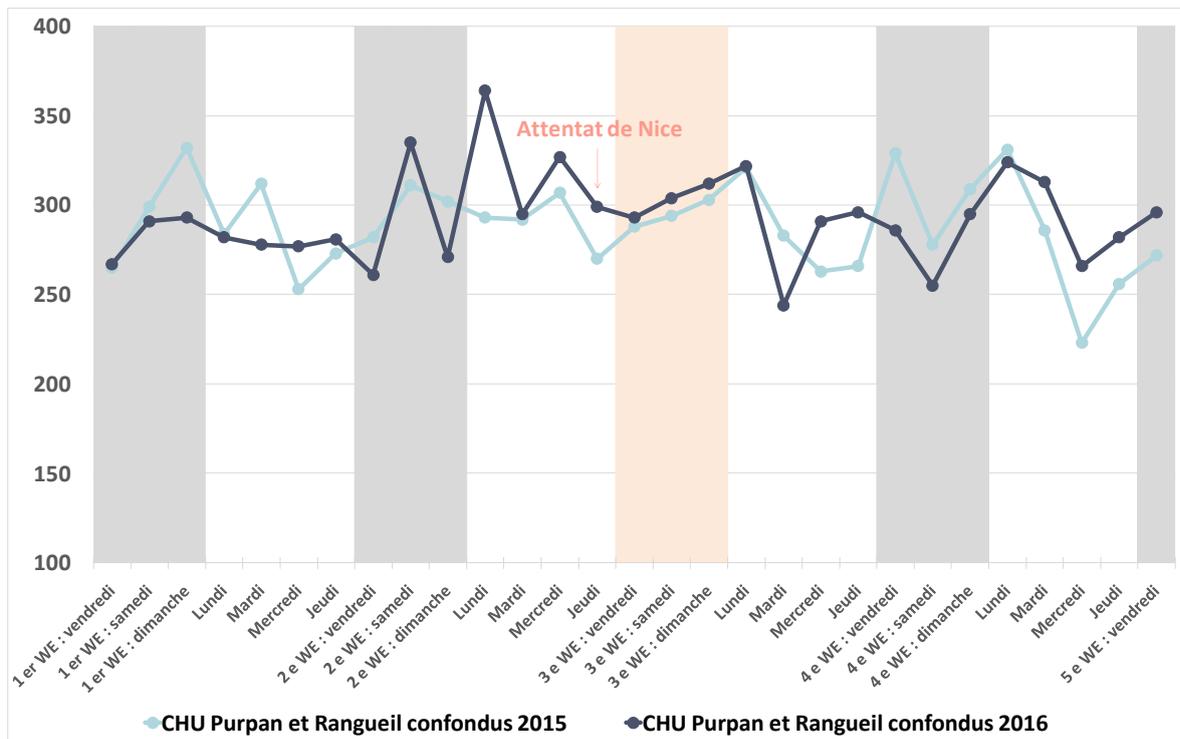
Tableau 2. Flux quotidiens moyens avant et après l'attentat de Nice comparés au mois de juillet 2015.

<b>Moyennes des passages quotidiens</b>	<b>Juillet 2016</b>	<b>Juillet 2015</b>
<b>Urgences de Ranguel et Purpan</b>		
Les 13 jours précédant l'attentat	294	293
Les 17 jours suivant l'attentat	292	290
<b>Urgences de Purpan</b>		
Les 13 jours précédant l'attentat	195	190
Les 17 jours suivant l'attentat	197	191
<b>Urgences de Ranguel</b>		
Les 13 jours précédant l'attentat	99	103
Les 17 jours suivant l'attentat	99	99

On constate à la lecture du tableau 2 que le passage quotidien moyen des 17 jours suivant l'attentat est comparable à celui des 13 jours qui le précèdent. La moyenne des passages quotidiens est sensiblement la même durant ces mois de juillet avec 300 passages sur l'ensemble des urgences du CHU, dont 200 passages aux urgences de Purpan et 100 passages aux urgences de Ranguel.

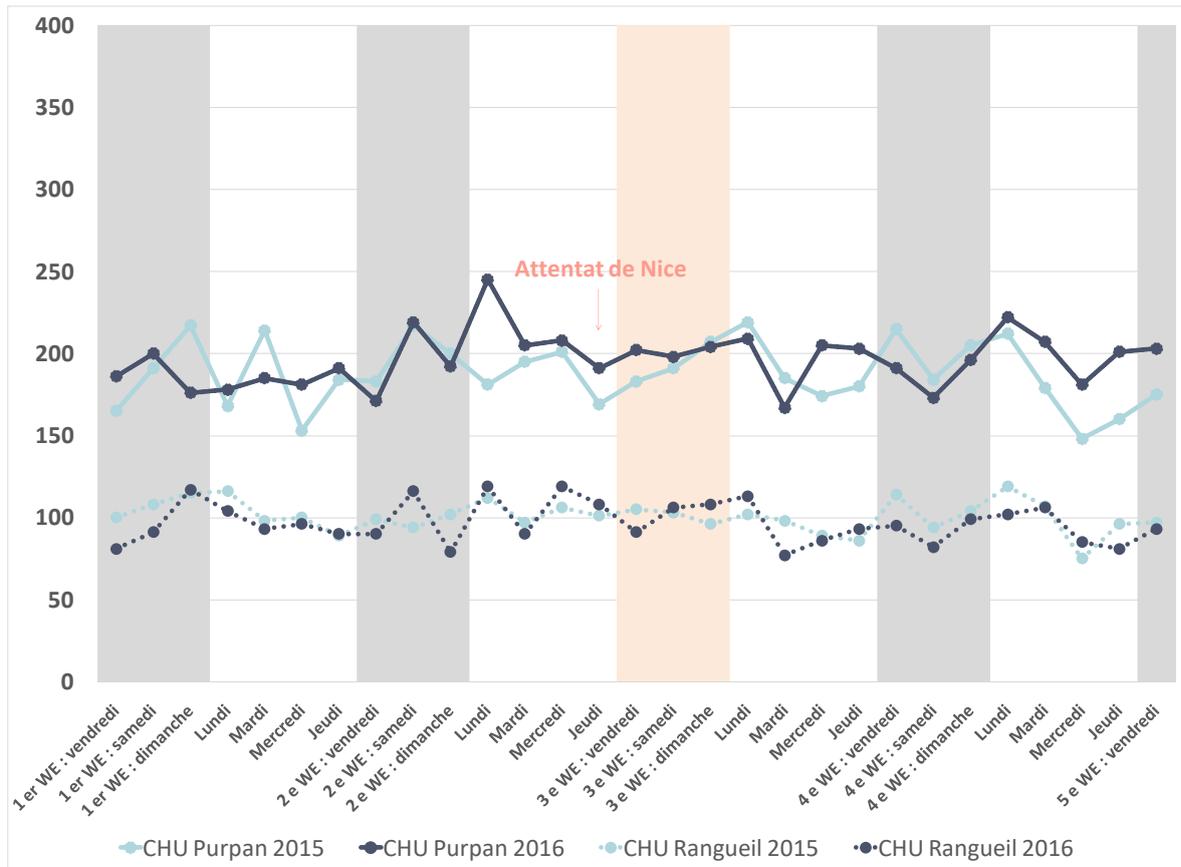
Les figures 2 et 3 complètent l'analyse du flux à distance de l'attentat. Elles visualisent les passages quotidiens sur l'ensemble du mois de juillet 2016 en gardant comme référence juillet 2015.

**Figure 2.** Passages quotidiens en juillet 2015 et 2016 aux urgences de Rangueil et Purpan confondues.



L'étude du flux de patients aux urgences de Rangueil et Purpan confondues (Figure 2) visualise une baisse isolée à J5 de l'évènement (le mardi 19 juillet) avec un passage de 244 patients contre 332 le 18 juillet et 295 le 20 juillet. Nous observons également une baisse de flux à la même période en juillet 2015 et qui se prolonge pendant 3 jours alors qu'aucun évènement susceptible de modifier les flux n'est survenu. Cette baisse du passage aux urgences est observée en 2016 à Purpan comme à Rangueil tel que cela apparaît sur la figure 3. On note également, les 14 juillet 2015 et 2016 une baisse du passage aux urgences qui n'est observée qu'à l'hôpital de Purpan.

**Figure 3.** Passages quotidiens en juillet 2015 et 2016 aux urgences de Rangueil et Purpan séparées.

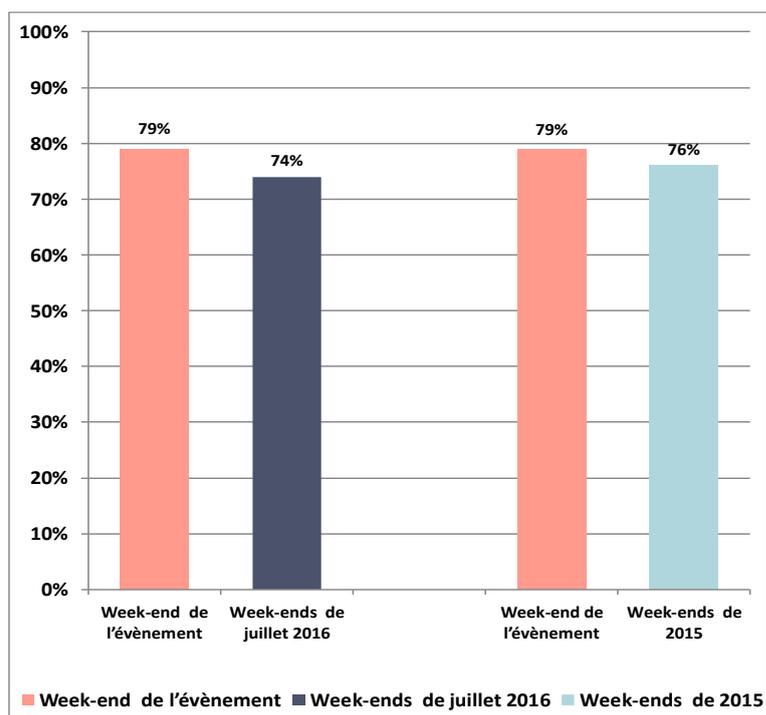


### 3.3 Critères de jugement secondaires

#### A. Evaluation du taux de patients classés CCMU 1 et 2

Le week-end suivant l'attentat de Nice le taux de recours aux urgences pour des motifs de faible gravité classés CCMU 1 et 2 s'élève à 79 %. Il existe donc une légère hausse de respectivement 5 % et 3 % par rapport aux références 1 (74 %) et 2 (76 %). (Figure 4)

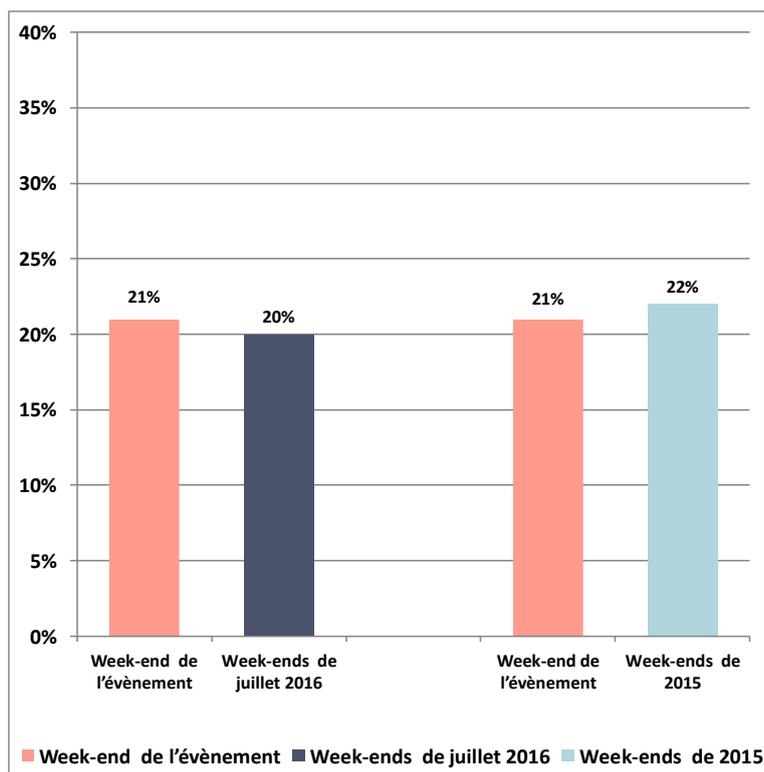
Figure 4. Taux de patients ayant recours aux urgences pour CCMU 1 et 2.



## B. Evaluation du taux d'hospitalisation quotidien

Le week-end suivant l'évènement on observe un taux d'hospitalisation quotidien moyen de 21% qui est comparable à celui des références 1 et 2, respectivement 20 et 22 % (Figure 5)

Figure 5. Taux d'hospitalisation quotidien.



## C. Evaluation du recours aux urgences pour motifs psychiatriques et troubles anxieux

Le week-end au décours de l'attentat on observe un taux de recours aux urgences pour des motifs d'ordre psychiatrique, tous motifs confondus, de 4 %. Il existe (figure 6) une baisse en comparaison aux références 1 (7 %) et 2 (6 %). Parmi ces recours, la part des patients ayant consulté pour des troubles anxieux - qui sont ici notre marqueur de dissociation péri-traumatique - est de 19 % le week-end suivant l'attentat, 10 % pour la référence 1 et 14 % pour la référence 2 (figure 7). Ainsi on constate une majoration du taux

de recours pour des troubles anxieux le week-end suivant l'attentat de Nice. Comme il s'agit là de variations de flux concernant moins de dix patients par jour nous n'avons pas jugé l'analyse statistique pertinente.

Figure 6. Recours aux urgences somatiques pour des motifs psychiatriques.

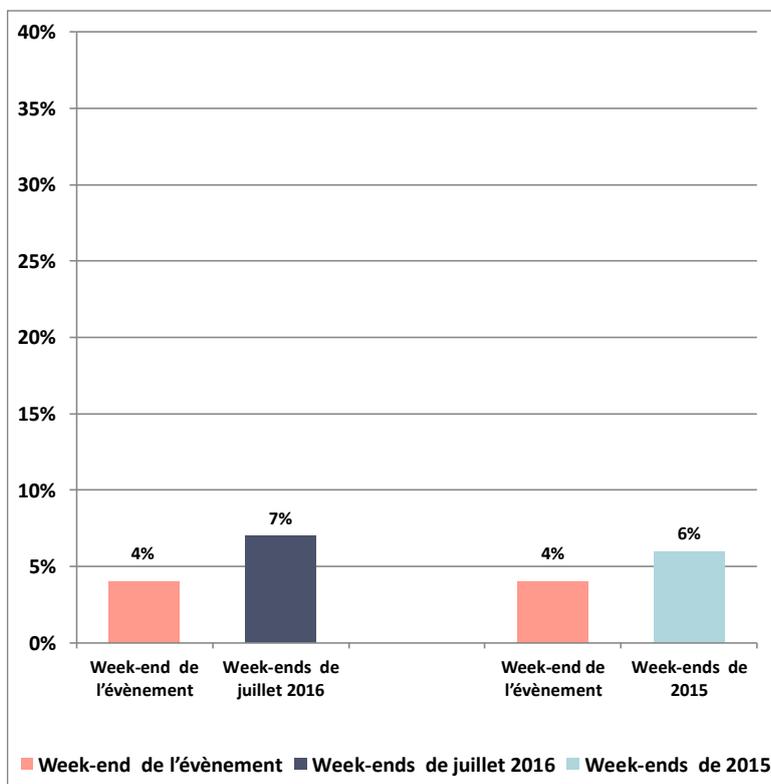
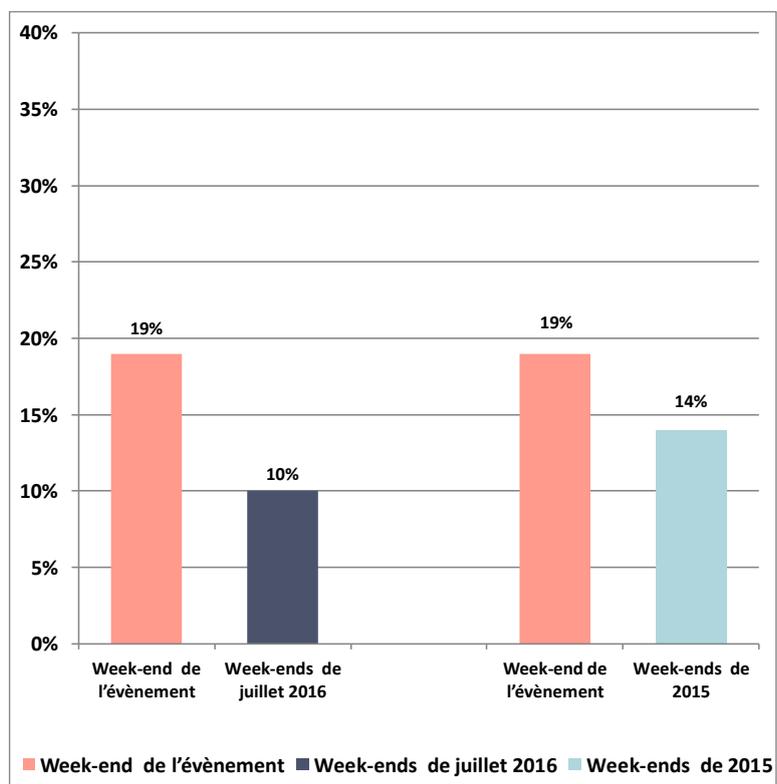


Figure 7. Pourcentage de troubles anxieux parmi les recours aux urgences pour des motifs psychiatriques.



## 4 DISCUSSION

### 4.1 Résultats et limites

Notre étude sur les flux des services d'urgence du CHU de Toulouse n'objective pas de baisse dans les trois jours suivant l'attentat de Nice. L'analyse des flux plus à distance renforce ce constat puisque la moyenne de passages des 17 jours suivant l'attentat est semblable à celle des 13 jours qui le précèdent. Ces valeurs sont comparables à celles de juillet 2015. Il existe certes une baisse isolée du flux au 5<sup>ème</sup> jour de l'attentat mais qui n'est pas significative puisqu'elle s'observe à la même période de juillet 2015. Au regard de ces résultats on ne peut pas incriminer un phénomène de dissociation péri-traumatique qui amènerait les populations exposées médiatiquement à des événements catastrophiques à moins consulter. Le fait curieux de cette étude est que l'absence de baisse du flux se manifeste par une paradoxale hausse de la moyenne de passages dans les 3 jours qui suivent l'attentat.

Par ailleurs on n'observe pas de baisse du recours des patients CCMU 1 et 2 aux urgences de Toulouse les trois jours ayant suivi l'attentat de Nice. Ainsi l'hypothèse selon laquelle une population, dont une partie serait devenue stuporeuse dans les suites d'un événement traumatique largement médiatisé [9], verrait son recours aux urgences pour des motifs de faible gravité entravé n'est pas retrouvée dans notre étude.

Enfin faute de données accessibles concernant la dissociation nous avons pris le parti d'étudier les taux de recours pour des troubles anxieux et pour tous les motifs psychiatriques confondus. Bien que les variations soient peu importantes, cette évaluation révèle deux faits intéressants : le premier est que le recours aux urgences pour des troubles anxieux est majoré après l'attentat de Nice, le second est que le recours pour motif psychiatrique toutes pathologies confondues tend à baisser.

Si cette étude n'objective pas les variations de flux escomptées, l'analyse séparée des flux aux urgences de Purpan et Rangueil met néanmoins en lumière une baisse inattendue le jour de l'attentat et offre l'occasion d'un aparté toulousain ; en effet on observe en 2015 comme en 2016 un infléchissement du flux le 14 juillet, qui ne concerne que les urgences de Purpan. Ceci s'explique par la mise en place de dispositifs, en partenariat avec la Croix-Rouge, pour décharger les urgences de Purpan situées en plein centre-ville.

Le caractère monocentrique apparaît néanmoins comme une limite dans cette étude. En effet même si une partie des analyses porte sur les deux secteurs de Ranguel et Purpan séparés, qui offrent une vision de deux populations différentes en termes d'âge et de motifs de recours, le flux quotidien qui avoisine les 300 patients, représente un assez faible échantillon de population. Par ailleurs nous avons insisté sur le caractère quasi simultané de la médiatisation des événements exceptionnels. Etendre cette étude sur plusieurs centres aurait permis de faire un état des lieux plus global de la situation et peut être apporté des conclusions plus robustes à nos travaux.

Poursuivons l'analyse critique de notre étude et attardons-nous sur nos principaux écueils. Notre réflexion suppose l'existence d'un phénomène de dissociation péri-traumatique. Il existe plusieurs échelles d'évaluation de la dissociation appliquée au psychotraumatisme dont le Questionnaire des expériences de dissociation péri-traumatiques et l'Inventaire de détresse péri-traumatique qui permettent en respectivement 10 et 13 items de mesurer l'intensité de l'état dissociatif ainsi que le présente l'annexe 2 [17,18]. Ces outils d'auto-évaluation sont reproductibles et simples à mettre en place mais inadaptés dans le cadre d'une étude rétrospective.

Nous nous sommes néanmoins attachés à essayer de mettre en évidence un état de dissociation péri-traumatique dans la population générale après l'attentat de Nice. Il faut reconnaître que l'approche par les troubles anxieux est approximative, car une grande partie évolue indépendamment d'une quelconque exposition traumatique.

Ayant à présent constaté l'absence de baisse de flux aux urgences de Toulouse les trois jours suivant l'attentat de Nice et discuté les limites de cette étude, il convient de s'étendre sur les tendances qui s'en dégagent :

- Une accentuation de l'ensemble des passages
- Une baisse des passages pour des motifs psychiatriques tous troubles confondus
- Une augmentation du recours pour troubles anxieux.

Des explications font sens mais nécessitent des éclaircissements sur l'entité psychiatrique qu'est le syndrome de stress post-traumatique.

## 4.2 Dissociation péri-traumatique intégrée à l'état de stress aigu

Abordons à présent le syndrome de stress post-traumatique dans lequel l'implication de la dissociation a permis de mieux en comprendre les mécanismes [4,19]. Autrement qualifié de trouble de stress post-traumatique (TSPT), cette pathologie correspond à la survenue de symptômes caractéristiques à la suite de l'exposition à un facteur traumatique.

Une forme précoce du TSPT, l'état de stress aigu, intéresse tout particulièrement à notre étude. L'état de stress aigu se manifeste dans les suites immédiates du traumatisme et dure entre deux jours et un mois. Sa sémiologie psychiatrique associe : la reviviscence, qui correspond à une répétition involontaire et stéréotypée de l'événement traumatique (cauchemars, images récurrentes, agissements soudains, impressions de « comme si » l'événement allait se reproduire), une anxiété permanente avec hypervigilance notamment et enfin des manifestations dissociatives [20].

La dissociation est le critère diagnostique central dans l'état de stress aigu. Elle représente un phénomène ponctuel et récurrent, qui entoure le traumatisme ; il tend à être au plus haut dans les suites immédiates, pour ensuite connaître un déclin progressif. Bien qu'il soit la plupart du temps résolutif, l'état de stress aigu peut évoluer vers une forme chronique de TSPT, appelé l'état de stress post-traumatique. Sa prévalence est élevée dans nos sociétés : elle varie entre 8 % et 15 % selon les populations étudiées. La dissociation est un des meilleurs facteurs prédictifs de chronicisation vers un état de stress post-traumatique. Elle occupe aujourd'hui une place centrale dans la constitution du traumatisme psychique. [11, 19].

Considérant à présent le TSPT, et plus particulièrement l'état de stress aigu, analysons nos trois tendances.

## 4.3 Réflexions sur les tendances de l'étude

### A. L'augmentation du flux s'expliquerait par une majoration des troubles somatoformes.

La première constatation intéressante de notre travail réside dans cette hausse certes modeste que l'on observe sur le flux général, et dans une moindre mesure chez les

patients de faible gravité. Nous l'expliquons par l'importance de la somatisation dans les troubles dissociatifs TSPT. Développons.

Les troubles somatoformes qualifient des troubles d'expression somatique, dont l'examen médical et les examens complémentaires n'identifient pas de lésion organique. Certaines formes sont aussi qualifiées de « fonctionnelles », terme jugé moins stigmatisant pour les patients. Ces troubles sont fréquemment apparentés à de la simulation or ils ne sont pas volontaires.

La CIM 11 reconnaît ainsi des troubles dissociatifs à tendance somatoformes. Leur présentation est alors volontiers neurologique. Ainsi des états dissociatifs à type de paralysie sensitive ou motrice ainsi que des crises pseudo-épileptiques [7] sont décrits. Cela dit, les recherches montrent une majoration des troubles somatoformes chez les personnes souffrant de TSPT. Il a en effet été mis en évidence, dans une population américaine ayant vécu l'attaque du World Trade Center le 11 septembre 2001, qu'il existe une corrélation entre la fibromyalgie et le TSPT et que des facteurs de risque psychobiologiques semblaient crédibles entre les deux pathologies [21]. On note que cette étude traite de la forme chronicisée d'état de stress. Or l'évolution des troubles somatoformes est fluctuante [7] et la relation temporelle entre l'exposition traumatique et les troubles somatoformes dissociatifs est établie et renforce d'ailleurs son caractère psychogène.

Ainsi nous pensons que les jours suivant l'attentat de Nice, un état de stress aigu a touché certains individus de la population toulousaine, dont les troubles dissociatifs auraient pris une composante somatoforme prédominante ce qui expliquerait la majoration du recours aux urgences. Les troubles somatoformes sont dépourvus de tout substrat organique, ainsi ils ne mettent pas en jeu le pronostic vital et correspondent à des CCMU 1, 2 et 3 ne nécessitant généralement pas d'hospitalisation. Ainsi l'invariabilité du taux d'hospitalisation, malgré une majoration du passage moyen quotidien à cette même période va dans le sens d'une majoration des troubles somatoformes. Bien qu'elle soit modeste, la tendance à l'augmentation des patients de faible gravité renforce l'hypothèse.

B. La baisse des recours aux urgences pour des motifs psychiatriques : la dissociation péri-traumatique toucherait-elle préférentiellement les patients psychiatriques ?

Le second constat de notre étude est la baisse du recours aux urgences pour des motifs psychiatriques. Les données de la littérature concernant les TSPT font état des facteurs de vulnérabilité. Ainsi, la présence d'une dépression majeure préexistante multiplie le risque de développer un syndrome de stress post traumatique par 2 [8,10]. De la même manière les antécédents de troubles psychiatriques, plus particulièrement les troubles du comportement et de la personnalité, fragilisent le sujet exposé à une situation de stress extrême. Fait d'autant plus important, les patients psychiatriques seraient plus sujets à des stress dépassés.

Notre étude observe après l'attentat de Nice une baisse du recours aux urgences de Toulouse pour des motifs psychiatriques, ce qui pourrait témoigner d'une plus grande sensibilité des patients psychiatriques à développer une dissociation péri-traumatique sur un versant de stupeur dissociative. Plongés dans un état stuporeux, peut-être même sidérés, ils en viendraient à moins consulter.

C. Quid de l'augmentation du recours pour troubles anxieux ?

Abordons pour finir l'augmentation du recours pour troubles anxieux, troisième constatation notable de cette étude. Si le TSPT présente des facteurs de vulnérabilité, il est également associé à des comorbidités psychiatriques, et il s'avère que la majorité des personnes présentant un TSPT ont des troubles anxieux et addictifs associés.

Nous avons défini plus haut l'anxiété comme un symptôme faisant partie intégrante de l'état de stress aigu, qui s'accompagne en effet de symptômes d'hyperactivation neurovégétative qui se caractérisent par des manifestations d'angoisse. L'anxiété est par ailleurs reconnue comme un facteur de renforcement et d'entretien des troubles somatiques, composante dissociative importante de l'état de stress dans notre étude comme nous l'avons développé plus haut.

Il ressort de cette étude que les toulousains ont été plus anxieux les jours suivant l'attentat de Nice. On ne peut exclure l'origine traumatique de ces troubles et leur intégration à un état de stress aigu de la population.

Les variations de flux observées dans cette étude laissent donc suggérer la possibilité d'état de stress aigu dans la population toulousaine après l'attentat de Nice au travers des éléments suivants :

- Une augmentation de fréquence des troubles anxieux
- Une augmentation de fréquence des troubles dissociatifs péri-traumatiques incluant
  - Une composante somatoforme prédominante, aggravée par l'anxiété
  - Une stupeur dissociative chez les patients psychiatriques.

Si l'anxiété est un paramètre imparfait d'estimation des troubles dissociatifs elle participe néanmoins, tout comme les troubles dissociatifs, à l'état de stress aigu.

Au regard de nos travaux, considérant plus généralement le TSPT, nous avons observé que le caractère psycho-traumatisant d'une exposition intense aux médias commençait à être objectivé et que le TSPT s'appliquait à la médiatisation d'événements catastrophiques. Une étude récente a de fait constaté que les personnes ayant regardé pendant plus de 6 heures par jour les médias dans le contexte du double attentat terroriste de Boston en 2013 présentaient des symptômes de TSPT [22]. Une autre étude a objectivé que les personnes ayant régulièrement regardé la télévision après les attentats du World Trade Center avaient un risque accru de 17 % de développer des TSPT et des symptômes dépressifs [23].

L'étude du TSPT secondaire à la médiatisation d'événements catastrophiques abordé dans cette étude a d'emblée exclu une population qui nous apparaît rétrospectivement particulièrement sensible. Considérons d'un regard plus attentif les enfants.

Parents et professionnels de santé sont conscients des problématiques inhérentes à la multiplication des écrans chez les enfants et à l'individualisation de leurs usages. Les pédiatres alertent des répercussions négatives sur le développement des fonctions cognitives, détaillant notamment des troubles des acquisitions et des aptitudes [24]. Mais d'usage difficile à réguler, les écrans sont omniprésents et il en découle une surexposition médiatique inéluctable. Certains contenus médiatiques génèrent des moments de stress et leur exposition soutenue les entretient. Selon une étude, 38 % des enfants de 9 à 11 ans déclarent avoir déjà été choqués par des contenus vus en ligne et 78 % des parents ne le savent pas. Ainsi une étude menée sur des enfants de 11 ans a montré que l'exposition à

des images choquantes ou à des témoignages chargés d'émotion à la télévision était liée à des TSPT jusqu'à sept semaines plus tard, et que le degré d'exposition à la télévision était corrélé à la gravité des symptômes psychotraumatiques [23]. La surexposition médiatique après les attentats est également reconnue comme un facteur de traumatisme. Il est recommandé d'éviter l'exposition aux chaînes d'information aux enfants en bas âge et de décrypter les informations pour les plus grands.

## 5 CONCLUSION

L'objectif principal de notre travail était de déterminer, dans la continuité d'une précédente étude [9], si une population indirectement exposée à des événements traumatiques avait, du fait d'une couverture médiatique intense, moins recours aux structures d'urgence. L'analyse des flux aux urgences de Toulouse après l'attentat de Nice de 2016 ne confirme pas l'hypothèse selon laquelle une population surexposée médiatiquement à un événement traumatique distant géographiquement développerait une dissociation péri-traumatique qui conduirait ses membres à moins consulter.

Néanmoins il pourrait y avoir au sein de la population étudiée des individus atteints d'un état de stress aigu, dans lequel la composante dissociative occupe une place prépondérante. Ceci est en accord avec le fait que la médiatisation d'évènements traumatiques est reconnue comme pourvoyeuse de TSPT.

Il conviendrait de mener des études plus approfondies pour évaluer l'importance de ce problème de santé publique en prêtant une attention plus particulière aux enfants dont les répercussions sur le développement des dimensions psychologiques, relationnelles et scolaires pourraient être majeures.

Notre travail, même s'il n'observe pas de baisse globale sur les flux aux urgences, tend à montrer des répercussions qualitatives. Il s'agit plus particulièrement des d'urgences psychiatriques. Leur expression clinique qui est très variée, plus particulièrement dans sa composante somatoforme, pourrait peser sur le recours aux urgences somatiques. Dans un contexte d'accroissement de fréquence des évènements catastrophiques notamment sanitaires, il conviendrait d'étudier davantage leurs répercussions sur les structures d'urgences et d'anticiper des situations de tension potentielle [25].

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Viriot-Barial D (2013) Les catastrophes sanitaires. Les cahiers de droit de la santé 17: 408-432
2. Sapio G (2019) L'image-martyre. Réappropriations télévisuelles des images d'amateurs de l'attentat de Nice. Le Temps des Médias. 32: 184-199
3. Carli P (2016) Média et crise. Journal européen des Urgences et de réanimation. 28: 136-138
4. Versporten A, Zech E, De Soir E, Van Oyen H (2006) Etude de l'impact de la catastrophe de Ghislenghien sur l'état de stress post-traumatique et sur la santé de la population. Institut scientifique de santé publique. ISP/EPI Reports n° 2006-025
5. Le Maléfan P, Coq JM (2015) L'instant du traumatisme. Annales Médico-psychologiques 2: 180-185
6. Joboory Al, Soulan, X, Lavandier A et al (2019) Psychotraumatologie: prendre en charge les traumatismes psychiques. Annales Médico-psychologiques 7: 717-727
7. Pull CB (2014) DSM-5 et CIM-11 Annales Médico-psychologiques 8: 677-680
8. Fareng M, Lopez G, Fischer L, Morali D (2020) Étude des victimes des attentats du 13 novembre 2015, pris en charge au centre du psychotrauma de l'institut de victimologie. Pratiques Psychologiques 3: 183-198
9. Pourcel L, Delisle E, Grolleau S, Mourou H (2019) Analyse de l'impact d'évènements exceptionnels et très médiatisés sur le recours aux urgences. Congrès de médecine d'urgence.
10. Crocq L (2016) Secours psychologiques aux victimes d'attentats terroristes. Partie 1 : Tableaux cliniques relatifs aux attentats de 1986 et 1995. Perspectives Psychiatriques 4: 253-266
11. Kédia M (2009) La dissociation : un concept central dans la compréhension du traumatisme. L'Évolution Psychiatrique 4: 487-496
12. Canan F, North CS (2019) Dissociation and disasters: A systematic review. World Journal of Psychiatry 6: 83-98
13. Garrabé J (1999) La dissociation hystérique. Taxinomie actuelle des troubles dissociatifs. L'Évolution Psychiatrique 64: 717-726
14. Crocq L, Bouchard JP (2018) Histoire de la psychotraumatologie : « Les dramatiques attentats terroristes de 2015 et 2016 ont eu des répercussions considérables sur les psychismes ». Annales Médico-psychologiques 3: 305-309

15. Caubèrea A, Gonzalez JF, Thomas J et al (2018) Expérience d'un afflux massif de blessés en milieu civil: du préhospitalier au Damage Control orthopédique lors des attentats de Nice, le 14 juillet 2016. *Médecine et Armées* 3: 305-310
16. <https://www.lefigaro.fr/medias/2016/07/27/20004-20160727ARTFIG00263-attentat-de-nice-le-csa-engage-une-procedure-de-sanction-contre-france-2.php>
17. Brunet A, Weiss, D, Metzler T et al (2001) The Peritraumatic Distress Inventory: A proposed Measure of PTSD criterion A2. *American Journal of Psychiatry* 8: 480-485
18. Birmes P, Brunet A, Benoit M et al (2004). Validation of the Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire self-report version in two samples of French-speaking individuals exposed to trauma. *European Psychiatry* 6: 1-7
19. Lazignac C, Cicotti A, Bortoli AL et al (2005) Des états dissociatifs vers une clinique des troubles dissociatifs. *Annales Médico Psychologiques* 163 : 889-895
20. Mouhica A (2017) Symptômes dissociatifs et psychotiques dans le trouble stress post-traumatique : revue de la littérature et illustration dans une situation spécifique, les populations migrantes. Thèse pour l'obtention du diplôme d'état de docteur en médecine
21. Ahern J, Galea S, Resnick H, Kilpatrick D et al (2015) Television Images and Psychological Symptoms after the September 11 Terrorist Attacks. *Psychiatry* 4: 289-300
22. Holman EA, Garfin PR, Silver RC (2014) Media role in broadcasting acute stress following the Boston marathon bombings. *Proc Natl Acad Sci U S A* 111: 93-98
23. Pfefferbaum B, Nixon S, Tivis R, Doughty D et al (2001) Television Exposure in Children after a Terrorist Incident. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes* 3: 201-211
24. Harlé B, Desmurget M (2012) Effets de l'exposition chronique aux écrans sur le développement cognitif de l'enfant. *Archives de pédiatries* 19: 772-776
25. Foucher S, Le Loch J, Desbrest A, Lefort H et al (2018) Catastrophe avec nombreuses victimes en milieu urbain: plan blanc et difficultés de gestion des places hospitalières. *Médecine et Armées* 3: 213-222

## ANNEXES

### Annexe 1. Classification clinique des maladies des urgences modifiée (CCMU).

#### La Classification Clinique des Malades des Urgences modifiée

La CCMU modifiée classe selon 7 degrés de gravité les patients de l'urgence pré hospitalière (SMUR) et de l'accueil hospitalier. C'est le médecin SMUR ou de l'accueil qui détermine à la fin de l'examen clinique initial ce degré. L'examen clinique comprend interrogatoire, examen physique et éventuellement E.C.G., SpO<sub>2</sub>, glycémie capillaire, bandelette urinaire ou hémocrite par micro méthode.

Cette classification est issue de la CCMU à 5 classes à laquelle a été ajoutée 2 nouvelles classes :  
- CCMU D, patients déjà décédés à l'arrivée du SMUR ou aux urgences, aucune manœuvre de réanimation n'est entreprise  
- CCMU P, patients souffrant d'une pathologie psychiatrique dominante sans atteinte somatique instable associée.

#### Définitions :

**CCMU P :** Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable

**CCMU 1 :** Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.

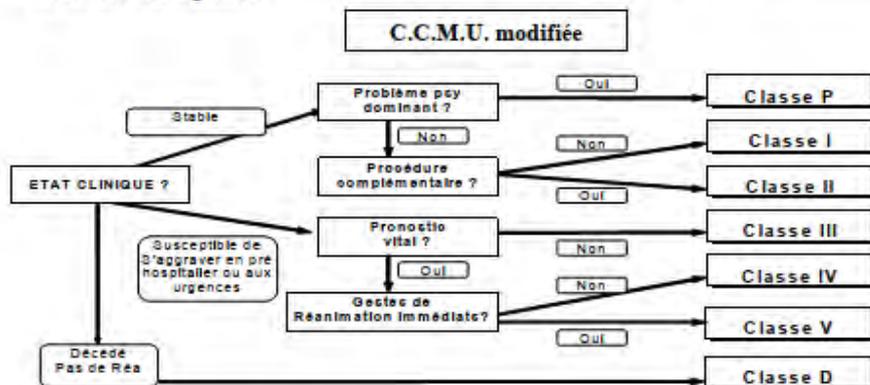
**CCMU 2 :** Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences

**CCMU 3 :** Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.

**CCMU 4 :** Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate.

**CCMU 5 :** Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.

**CCMU D :** Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou du service des urgences.



Evaluation à réaliser à la fin de l'interrogatoire, du bilan des fonctions vitales et de l'examen clinique qui peut comprendre aussi :

E.C.G., SpO<sub>2</sub>, glycémie capillaire, Hématocrite par microméthode.

Les procédures complémentaires sont réalisées par le SMUR ou doivent l'être au sein d'un service d'urgence : Sutures, ponctions, drainages, traitement parentéral, radiographies, bilans biologiques, consultations spécialisées somatiques

## Annexe 2. Evaluation de la dissociation péri-traumatique.

### a) Questionnaire des expériences de dissociation péri-traumatique.

Complétez les énoncés qui suivent en entourant le nombre qui correspond au mieux à ce que vous avez ressenti pendant et immédiatement après l'événement. Si une proposition ne s'applique pas à votre expérience de l'événement, alors entourer la réponse correspondant à « Pas du tout vrai ».

Il y a eu des moments où j'ai perdu le fil de ce qui se passait – j'étais complètement déconnecté(e) ou, d'une certaine façon, j'ai senti que je ne faisais pas partie de ce qui se passait	1	2	3	4	5
Je me suis retrouvé(e) sur "le pilote automatique", je me suis mis(e) à faire des choses que (je l'ai réalisé plus tard) je n'avais pas activement décidé de faire	1	2	3	4	5
Ma perception du temps a changé les choses avait l'air de se dérouler au ralenti	1	2	3	4	5
Ce qui se passait me semblait irréel, comme si j'étais dans un rêve, ou au cinéma, en train de jouer un rôle	1	2	3	4	5
C'est comme si j'étais spectateur de ce qui m'arrivait, comme si je flottais au-dessus de la scène et l'observais de l'extérieur	1	2	3	4	5
Il y a eu des moments où la perception que j'avais de mon corps était distordue ou changée. Je me sentais déconnecté(e) de mon propre corps, ou bien il me semblait plus grand ou plus petit que d'habitude	1	2	3	4	5
J'avais l'impression que les choses qui arrivaient aux autres arrivaient à moi aussi, comme par exemple être en danger alors que je ne l'étais pas	1	2	3	4	5
J'ai été surpris(e) de constater après coup que plusieurs choses s'étaient produites sans que je m'en rende compte, des choses que j'aurais habituellement remarquées	1	2	3	4	5
J'étais confus(e), c'est-à-dire que par moment j'avais de la difficulté à comprendre ce qui se passait vraiment	1	2	3	4	5
J'étais désorienté(e), c'est-à-dire que par moment, j'étais incertain(e) de l'endroit où je me trouvais ou de l'heure qu'il était	1	2	3	4	5

## b) Inventaire de détresse péri-traumatique

Compléter le test en entourant le nombre qui décrit le mieux l'expérience que vous avez vécu pendant l'événement traumatique et dans les minutes et les heures qui ont suivi. Si les items ne s'appliquent pas à votre expérience, veuillez entourer «pas du tout vrai ».

Je me sentais incapable de faire quoi que ce soit	1	2	3	4	5
Je ressentais de la tristesse et du chagrin	1	2	3	4	5
Je me sentais frustré(e) et en colère car je ne pouvais rien faire de plus	1	2	3	4	5
J'avais peur pour ma propre sécurité	1	2	3	4	5
Je me sentais coupable	1	2	3	4	5
J'avais honte de mes réactions émotionnelles	1	2	3	4	5
J'étais inquiet(e) pour la sécurité des autres	1	2	3	4	5
J'avais l'impression que j'allais perdre le contrôle de mes émotions	1	2	3	4	5
J'avais envie d'uriner et d'aller à la selle	1	2	3	4	5
J'étais horrifié(e) de ce que j'avais vu	1	2	3	4	5
J'avais des réactions physiques comme des sueurs, des tremblements et des palpitations	1	2	3	4	5
J'étais sur le point de m'évanouir	1	2	3	4	5
Je pensais que j'allais mourir	1	2	3	4	5

Si un des deux scores est supérieur à 15, il est recommandé à la personne qui a effectué le test de consulter un professionnel de santé mentale spécialisé dans la prise en charge du psychotraumatisme. Ce conseil sera donné dans le but de réduire ou d'empêcher le développement du trouble de stress post-traumatique.

**TRAUMATISME PSYCHIQUE DES POPULATIONS EXPOSEES A LA MEDIATISATION D'EVENEMENTS TRAUMATIQUES ET EVALUATION DE L'IMPACT SUR LE FLUX DES STRUCTURES D'URGENCE**

## RESUME EN FRANCAIS

**Introduction :** une récente étude a montré que des catastrophes sanitaires du fait d'une médiatisation intense entraînaient, passé l'afflux initial de victimes, une diminution significative du recours aux services d'urgence avoisinants. Ceci pourrait s'expliquer par un phénomène de dissociation péri-traumatique, composante du psychotraumatisme. Cette étude a pour but d'évaluer si ce phénomène, du fait d'une large couverture médiatique, génère une baisse de l'afflux des patients dans les structures d'urgence distantes géographiquement de l'évènement.

**Matériels et méthodes :** étude épidémiologique rétrospective monocentrique conduite aux urgences adultes de Toulouse. Comparaison des flux le week-end suivant l'attentat de Nice du 14 juillet 2016 aux autres week-ends de juillet 2016 (référence 1) ainsi qu'aux week-ends de juillet 2015 (référence 2). Analyses complémentaires portant sur le recours pour motifs psychiatriques.

**Résultats :** le week-end suivant l'attentat nous observons une hausse de 13 patients soit 4,8 % pour la référence 1 et de 4 patients soit 1,3 % pour la référence 2. le recours pour des motifs de faible gravité classés CCMU 1 et 2 qui est de 79 % présente une légère hausse de respectivement 5 % et 3 % par rapport aux références 1 (74 %) et 2 (76 %). le taux de recours pour motifs psychiatriques est de 4 %, en baisse comparativement aux références 1 (7 %) et 2 (6 %) mais la part des troubles anxieux est accrue 19 % le week-end suivant l'attentat, 10 % pour la référence 1 et 14 % pour la référence 2. Ces variations quantitativement faibles non pas rendu l'analyse statistique pertinente.

**Conclusion :** nous n'observons pas de baisse de l'afflux des patients aux urgences de Toulouse dans les trois jours après de l'attentat de Nice. Ce résultat ne semble pas en faveur du caractère traumatisant de la médiatisation sur des populations éloignées de l'évènement. Néanmoins les variations de flux observées dans cette étude pourraient laisser supposer des réactions de stress aigu. Des études sur de plus grands effectifs seraient souhaitables pour vérifier ce dernier point.

**TITRE EN ANGLAIS :** Psychic traumatism of populations exposed to the media coverage of traumatic events and assessment of the impact on the flow of emergency structures

**DISCIPLINE ADMINISTRATIVE :** Médecine d'urgence

**MOTS-CLÉS :** Urgences. Psychotraumatisme. Anxiété. Catastrophe. Médiatisation

**INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :** Université Toulouse III-Paul Sabatier  
Faculté de médecine Toulouse-Purpan, 37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse. Directeur de thèse : Professeur Sandrine CHARPENTIER