



**HAL**  
open science

**Concordance entre les diagnostics posés à la Salle  
d'Accueil des Urgences Vitales et les diagnostics  
hospitaliers d'aval. Etude rétrospective de 512 dossiers,  
par comparaison des diagnostics principaux SAUV et  
services d'aval**

Romain Tack

► **To cite this version:**

Romain Tack. Concordance entre les diagnostics posés à la Salle d'Accueil des Urgences Vitales et les diagnostics hospitaliers d'aval. Etude rétrospective de 512 dossiers, par comparaison des diagnostics principaux SAUV et services d'aval. Sciences du Vivant [q-bio]. 2012. hal-01733844

**HAL Id: hal-01733844**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733844>**

Submitted on 14 Mar 2018

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : [ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



## **THÈSE**

Pour obtenir le grade de

### **DOCTEUR EN MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement  
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

**Romain TACK**

le 23 avril 2012

### **« Concordance entre les diagnostics posés à la Salle d'Accueil des Urgences Vitales et les diagnostics hospitaliers d'aval »**

Étude rétrospective de 512 dossiers, par comparaison des diagnostics  
principaux SAUV et services d'aval

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT	Président
M. le Professeur Sébastien GIBOT	Juge
M. le Professeur Gérard AUDIBERT	Juge
Mme le Docteur Aude VALANCE	Juge

**UNIVERSITÉ DE LORRAINE**  
**FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY**

**Administrateur Provisoire de l'Université de Lorraine : Professeur Jean-Pierre FINANCE**

**Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE**

Vice Doyen « Pédagogie » : Professeur Karine ANGIOI  
Vice Doyen *Mission « sillon lorrain »* : Professeur Annick BARBAUD  
Vice Doyen *Mission « Campus »* : Professeur Marie-Christine BÉNE  
Vice Doyen *Mission « Finances »* : Professeur Marc BRAUN  
Vice Doyen *Mission « Recherche »* : Professeur Jean-Louis GUÉANT

<b>Assesseeurs :</b>	
- 1 <sup>er</sup> Cycle :	Professeur Bruno CHENUÉL
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	M. Christophe NÉMOS
- 2 <sup>ème</sup> Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 <sup>ème</sup> Cycle :	
« DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
« DES Spécialité Médecine Générale	Professeur Francis RAPHAËL
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Commission de Prospective :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN
<b>Assesseeurs Relations Internationales</b>	Professeur Jacques HUBERT

**DOYENS HONORAIRES**

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX  
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

**PROFESSEURS HONORAIRES**

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY – Patrick BOISSEL  
Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL  
Claude CHARDOT - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE  
Jean-Pierre DESCHAMPS - Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE  
Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD  
Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET  
Christian JANOT – Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN  
Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS  
Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ – Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Denise MONERET-VAUTRIN  
Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS  
Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL  
Jean PREVOT - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT  
Michel SCHWEITZER – Claude SIMON - Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET – Jean-François STOLTZ  
Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT - Paul VERT  
Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS  
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

**42<sup>ème</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**

1<sup>ère</sup> sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2<sup>ème</sup> sous-section : *(Cytologie et histologie)*

Professeur Bernard FOLIGUET

3<sup>ème</sup> sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

**43<sup>ème</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE**

1<sup>ère</sup> sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2<sup>ème</sup> sous-section : *(Radiologie et imagerie médicale)*

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON – Professeur Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

**44<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

1<sup>ère</sup> sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2<sup>ème</sup> sous-section : *(Physiologie)*

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3<sup>ème</sup> sous-section : *(Biologie Cellulaire)*

Professeur Ali DALLOUL

4<sup>ème</sup> sous-section : *(Nutrition)*

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

**45<sup>ème</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**

1<sup>ère</sup> sous-section : *(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)*

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIIEWSKI

3<sup>ème</sup> sous-section : *(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)*

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

**46<sup>ème</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

1<sup>ère</sup> sous-section : *(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)*

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2<sup>ème</sup> sous-section : *(Médecine et santé au travail)*

Professeur Christophe PARIS

3<sup>ème</sup> sous-section : *(Médecine légale et droit de la santé)*

Professeur Henry COUDANE

4<sup>ème</sup> sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)*

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

**47<sup>ème</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

1<sup>ère</sup> sous-section : *(Hématologie ; transfusion)*

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2<sup>ème</sup> sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie)*

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3<sup>ème</sup> sous-section : *(Immunologie)*

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4<sup>ème</sup> sous-section : *(Génétique)*

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48<sup>ème</sup> Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,  
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1<sup>ère</sup> sous-section : *(Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence)*

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT – Professeur Thomas FUCHS-BUDER

2<sup>ème</sup> sous-section : *(Réanimation médicale ; médecine d'urgence)*

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3<sup>ème</sup> sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)*

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4<sup>ème</sup> sous-section : *(Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)*

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOI

**49<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Neurologie)**

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI  
Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE – Professeur Luc TAILLANDIER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Neurochirurgie)**

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN  
Professeur Thierry CIVIT

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)**

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)**

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

**5<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)**

Professeur Jean PAYSANT

**50<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Rhumatologie)**

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)**

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Dermato-vénéréologie)**

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)**

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

**51<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Pneumologie ; addictologie)**

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cardiologie)**

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)**

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)**

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

**52<sup>ème</sup> Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)**

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Néphrologie)**

Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Urologie)**

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

**53<sup>ème</sup> Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)**

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie générale)**

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

**54<sup>ème</sup> Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Pédiatrie)**

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie infantile)**

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)**

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)**

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

**55<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)**

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Ophtalmologie)**

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)**

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS**

**64<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

Professeur Jean-Marc BOIVIN

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

**42<sup>ème</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Anatomie)**

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cytologie et histologie)**

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)**

Docteur Aude BRESSENOT

**43<sup>ème</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)**

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)**

Docteur Damien MANDRY

**44<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)**

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Biologie Cellulaire)**

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

**45<sup>ème</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)**

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VÉNARD – Docteur Hélène JEULIN

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Parasitologie et mycologie)**

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

**46<sup>ème</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)**

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

**2<sup>ème</sup> sous-section (Médecine et Santé au Travail)**

Docteur Isabelle THAON

**3<sup>ème</sup> sous-section (Médecine légale et droit de la santé)**

Docteur Laurent MARTRILLE

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)**

Docteur Nicolas JAY



**47<sup>ème</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

**2<sup>ème</sup> sous-section :** (*Cancérologie ; radiothérapie ; oncologie (type mixte : biologique)*)

Docteur Lina BOLOTINE

**3<sup>ème</sup> sous-section :** (*Immunologie*)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

**4<sup>ème</sup> sous-section :** (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

**48<sup>ème</sup> Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,  
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**3<sup>ème</sup> sous-section :** (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

**50<sup>ème</sup> Section : RHUMATOLOGIE**

**1<sup>ère</sup> sous-section :** (*Rhumatologie*)

Docteur Anne-Christine RAT

**3<sup>ème</sup> sous-section :** (*Dermato-vénérologie*)

Docteur Anne-Claire BURSZTEJN

**53<sup>ème</sup> Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section :** (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie*)

Docteur Laure JOLY

**54<sup>ème</sup> Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,  
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**3<sup>ème</sup> sous-section :**

Docteur Olivier MOREL

**5<sup>ème</sup> sous-section :** (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

**MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

Docteur Elisabeth STEYER

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES**

**5<sup>ème</sup> section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE**

Monsieur Vincent LHUILLIER

**40<sup>ème</sup> section : SCIENCES DU MÉDICAMENT**

Monsieur Jean-François COLLIN

**60<sup>ème</sup> section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE**

Monsieur Alain DURAND

**61<sup>ème</sup> section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL**

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

**64<sup>ème</sup> section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

**65<sup>ème</sup> section : BIOLOGIE CELLULAIRE**

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY  
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA  
Madame Nathalie MERCIER

**66<sup>ème</sup> section : PHYSIOLOGIE**

Monsieur Nguyen TRAN

**67<sup>ème</sup> section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE**

Madame Nadine MUSSE

**PROFESSEURS ASSOCIÉS**

**Médecine Générale**

Professeur associé Francis RAPHAEL

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS**

**Médecine Générale**

Docteur Jean-Louis ADAM  
Docteur Paolo DI PATRIZIO  
Docteur Sophie SIEGRIST  
Docteur Arnaud MASSON

=====

**PROFESSEURS ÉMÉRITES**

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY – Professeur Patrick BOISSEL  
Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ  
Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Michèle KESSLER - Professeur Henri LAMBERT  
Professeur Alain LARCAN - Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Pierre MONIN  
Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON  
Professeur Jacques POUREL – Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER  
Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Paul VERT  
Professeur Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET

**DOCTEURS HONORIS CAUSA**

Professeur Norman SHUMWAY (1972)  
*Université de Stanford, Californie (U.S.A)*  
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)  
*Université Catholique, Louvain (Belgique)*  
Professeur Charles A. BERRY (1982)  
*Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)*

Harry J. BUNCKE (1989)  
*Université de Californie, San Francisco (U.S.A)*  
Professeur Daniel G. BICHET (2001)  
*Université de Montréal (Canada)*  
Professeur Brian BURCHELL (2007)  
*Université de Dundee (Royaume Uni)*

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)  
*Université d'Helsinki (FINLANDE)*  
Professeur James STEICHEN (1997)  
*Université d'Indianapolis (U.S.A)*  
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)  
*Centre Universitaire de Formation et de  
Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô  
Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)*  
Professeur Marc LEVENSTON (2005)  
*Institute of Technology, Atlanta (USA)*

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)  
*Brown University, Providence (U.S.A)*  
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)  
*Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)*

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)  
*Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)*  
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS  
(1996)  
*Université de Pennsylvanie (U.S.A)*  
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)  
*Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto  
(JAPON)*

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)  
*Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)*

A notre président de thèse

**Monsieur le Professeur Pierre Edouard Bollaert**

Professeur de Réanimation médicale; médecine d'urgence

Vous nous faites l'honneur d'accepter de présider notre jury.  
Pour votre disponibilité, vos précieux conseils qui nous ont permis de mener à bien ce travail.  
Veuillez trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.

A notre juge

**Monsieur le Professeur Sébastien Gibot**

Professeur de Réanimation médicale; médecine d'urgence

Nous sommes très sensible à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger cette thèse.  
Pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger cette thèse.  
Veuillez trouver ici l'expression de notre profond respect et de notre sincère reconnaissance.

A notre juge

**Monsieur le Professeur Gérard Audibert**

Professeur d'Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence

Nous sommes très sensible à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger cette thèse.  
Pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger cette thèse.  
Veuillez trouver ici l'expression de notre profond respect et de notre sincère reconnaissance.

A notre directeur de thèse

**Madame le docteur Aude Valance**

Docteur en médecine

Vous êtes à l'origine de ce travail  
Pour votre enthousiasme, votre dynamisme  
Pour votre constante disponibilité  
Veuillez trouver ici l'expression de notre gratitude et de notre profond respect.

A ma famille :

- à mes parents Marc et Annie, pour leur soutien indéfectible
- à mon frère Matthieu
- à ma grand-mère Laure
- à Anne-Laure

## SERMENT

*"Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

*Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.*

*Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.*

*J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.*

*Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque".*



# **TABLE DES MATIÈRES**

<b>Glossaire</b>	19
<b>Introduction</b>	23
<b>Présentation de l'étude</b>	25
<b>I. Les bases</b>	26
1. Activité de la salle d'accueil des urgences vitales	26
a. La SAUV	26
b. Les critères d'admission de la SAUV	26
c. Les équipements de la SAUV	27
d. Les moyens humains de la SAUV	28
2. La notion de concordance diagnostique	29
a. Définition	29
b. Les études déjà réalisées	29
3. L'objectif principal	29
<b>II. Patients et méthodes</b>	30
1. Le recueil des données	30
a. La recherche des dossiers médicaux	30
b. Le recueil des données	30
2. Classification	32
3. Evaluation de la concordance	32
a. Les diagnostics concordants	33
b. Les diagnostics discordants	33
<b>Résultats</b>	34
<b>I. Résultats détaillés</b>	35
1. Cadre « cardiovasculaire »	35
a. Dossiers exploitables pour la concordance	35
b. Concordance des diagnostics	36
I. Dossiers concordants	38
II. Dossiers discordants	39
2. Cadre « pneumologie »	40
a. Dossiers exploitables pour la concordance	40
b. Concordance des diagnostics	41
I. Dossiers concordants	42
II. Dossiers discordants	43

3. Cadre « neurologie »	45
a. Dossiers exploitables pour la concordance	45
b. Concordance des diagnostics	46
I. Dossiers concordants	47
II. Dossiers discordants	47
4. Cadre « traumatologie »	48
a. Dossiers exploitables pour la concordance	48
b. Concordance des diagnostics	49
I. Dossiers concordants	50
II. Dossiers discordants	51
5. Cadre « hépato gastroentérologie »	53
a. Dossiers exploitables pour la concordance	53
b. Concordance des diagnostics	55
I. Dossiers concordants	56
II. Dossiers discordants	56
6. Cadre « choc et sepsis »	58
a. Dossiers exploitables pour la concordance	58
b. Concordance des diagnostics	59
I. Dossiers concordants	59
II. Dossiers discordants	60
7. Cadre « intoxication »	61
a. Dossiers exploitables pour la concordance	61
b. Concordance des diagnostics	62
I. Dossiers concordants	63
II. Dossiers discordants	64
8. Cadre « endocrinologie »	65
a. Dossiers exploitables pour la concordance	65
b. Concordance des diagnostics	66
I. Dossiers concordants	66
II. Dossiers discordants	67
9. Cadre « urologie »	68
a. Dossiers exploitables pour la concordance	68
b. Concordance des diagnostics	68
10. Cadre « psychiatrie »	69
11. Cadre « autres »	69
a. Dossiers exploitables pour la concordance	69
b. Concordance des diagnostics	71
I. Dossiers concordants	72

II. Dossiers discordants	72
<b>II. Résumé des résultats</b>	73
1. Les diagnostics posés à la SAUV	73
2. Les diagnostics symptomatiques	74
3. Taux de concordance diagnostique SAUV/Hospitalisation	75
<b>Discussion de la méthodologie</b>	77
<b>I. Recueil de données</b>	78
1. Les potentielles sources d'erreurs	78
2. Difficultés rencontrées	78
<b>II. Classification nosologiques des diagnostics</b>	79
1. Choisir une classification	79
2. Classement des données	79
<b>III. Notion de concordance diagnostic</b>	
1. Concordance entre motif d'entrée et diagnostic de sortie de la SAUV	80
2. Les diagnostics symptomatiques	80
3. Méthode statistique	81
<b>Discussion des résultats</b>	82
<b>I. Concordance diagnostique</b>	83
1. Evaluation avec la littérature	83
a. Résultats de notre étude	83
b. Les données de la littérature	83
2. Evaluation des diagnostics concordants	88
a. Diagnostics concordants à 100%	88
b. Les diagnostics affinés lors d'une hospitalisation	88
c. Les faux discordants	88
<b>II. Discordance diagnostique</b>	90
<b>Conclusion</b>	91
<b>Bibliographie</b>	93
<b>Annexes</b>	97

# **GLOSSAIRE**

## **A**

ACFA : Arythmie Complète par Fibrillation Atriale

ACR : Arrêt Cardio Respiratoire

AIT : Accident Ischémique Transitoire

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

## **B**

BAV : Bloc Auriculo Ventriculaire

BGN : Bacille Gram Négatif

BPCO : Bronchopathie Chronique Obstructive

## **C**

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CHC : Carcinome Hépatocellulaire

CIM 9 : Classification Internationale des Maladies, 9<sup>ème</sup> édition

CIM 10 : Classification Internationale des Maladies, 10<sup>ème</sup> édition

## **D**

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

## **E**

ECG : Electrocardiogramme

E.Coli : Escherichia Coli

EME : Etat de Mal Epileptique

EP : Embolie Pulmonaire

## **H**

HGE : Hépto-gastroentérologie

## **I**

IMV : Intoxication Médicamenteuse Volontaire

IAO : Infirmier d'Accueil et d'Orientation

IRA : Insuffisance Respiratoire Aiguë

## **O**

OAP : Oedème Aigu du Poumon

## **P**

PTH : Prothèse Totale de Hanche

## **R**

RGO : Reflux Gastro-Oesophagien

## **S**

SAMS : Staphylocoque Aureus Méricilline Sensible

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SAUV : Salle d'Accueil des Urgences Vitales

SCA : Syndrome Coronarien Aigu

SCA ST + : Syndrome Coronarien Aigu avec sus décalage du segment ST

SCA ST - : Syndrome Coronarien Aigu avec sous décalage du segment ST

SDRA : Syndrome de Détresse Respiratoire Aigu

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

## **T**

TDM : Tomodensitométrie

## **U**

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

USA : United States of America

## V

VNI : Ventilation Non Invasive



# **INTRODUCTION**

La demande de soins non programmés dans les Services d'Accueil des Urgences (SAU) augmente(1;2). Cette demande comporte des urgences vitales et des urgences relatives.

La prise en charge des situations cliniques jugées vitales dans un SAU est réalisée au sein de la Salle d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV) (3).

La démarche diagnostique d'un médecin urgentiste qui travaille au sein de la SAUV répond à une obligation de rapidité et de précision du diagnostic posé.

De ce diagnostic dépend les mesures thérapeutiques immédiates ainsi que l'orientation future du patient vers un service hospitalier d'aval ou un éventuel retour au domicile.

L'objectif de notre étude est d'évaluer la pertinence du diagnostic réalisé lors du passage des patients dans la SAUV.

Nous allons donc comparer le diagnostic posé à la sortie de la SAUV avec le diagnostic posé à la sortie du service d'aval. Ainsi, nous pourrions établir un taux de concordance entre les diagnostics.

Cette étude nous permettra également de préciser l'apport diagnostique réalisé lors de l'hospitalisation, de cibler les inadéquations diagnostiques et de les analyser.

# **PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE**

# I. Les bases

## *1. L'activité de la Salle d'Accueil des Urgences Vitales*

### **a) La SAUV**

La salle d'accueil des urgences vitales est définie administrativement en France par la circulaire du 14 mai 1991 : « Elle doit permettre le traitement et la surveillance des défaillances des grandes fonctions vitales aux urgences dans l'attente de transferts intra ou interhospitaliers ». (4, 5)

Les urgences vitales ne représentent qu'une minorité des cas dans un Service d'Accueil des Urgences. Dans notre service environ 7%.

La SAUV répond aux principes suivants :

- elle est ouverte 24h/24,
- elle ne correspond ni à un lit de réanimation, ni à un lieu d'hospitalisation,
- elle doit être libérée dès que possible,
- elle est polyvalente, médicochirurgicale.

A Nancy, la SAUV comporte 5 emplacements situés dans une salle à part dans le service des urgences. Sa localisation permet un accès facile vers le plateau d'imagerie.

### **b) Les critères d'admission de la SAUV**

Les critères d'admission concernent tous les patients en situation de détresse vitale existante ou potentielle. (3)

La décision d'admettre un patient répond à de multiples situations.

Les patients sont donc admis dans la SAUV :

- soit directement par décision de l'infirmier d'accueil et d'orientation l'IAO après accord avec le médecin, ou devant une grande détresse vitale,
- soit par le médecin du service,

- soit par le médecin du Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) amenant un malade
- soit par le médecin régulateur adressant le patient et évoquant une potentielle évolutivité de la pathologie (6, 7).
- soit devant l'aggravation d'une situation gérée en filière classique.

De plus, il existe au sein de notre structure des protocoles qui permettent l'admission de certains patients de façon systématique à la SAUV.

C'est le cas pour l'adaptation antalgique de certaines pathologies comme la réduction d'une luxation d'épaule, la réduction d'une fracture/ luxation malléolaire, le drainage d'un pneumothorax, une douleur thoracique ou encore devant la suspicion clinique d'un accident vasculaire cérébral (AVC) pouvant rentrer dans le cadre de filières spécifiques.

Enfin tous les patients devant avoir une surveillance particulière lors de la mise en œuvre de certaines thérapeutiques comme la surveillance d'une ventilation non invasive (VNI), transfusion de médicaments dérivés du sang, sont également installés dans cette salle.

Nous voyons donc, compte tenu des potentielles indications d'entrée que le nombre de patient présent simultanément peut être important avec cependant une gravité variable.

### **c) Les équipements de la SAUV (6)**

La SAUV doit bénéficier des équipements permettant entre autres :

- Une réanimation respiratoire :
  - Un ventilateur automatique permettant une ventilation contrôlée et assistée,
  - Un dispositif permettant la Ventilation Non Invasive
  - Un nécessaire à intubation trachéale et à intubation difficile,
  - Un dispositif de drainage thoracique.
- Une réanimation cardiovasculaire :
  - Un monitoring électrocardioscope,
  - Un défibrillateur,
  - Un matériel permettant l'accès veineux central,
  - Un appareil de mesure de l'hémoglobine.
- Des médicaments :
  - Des solutés de remplissage,
  - Des médicaments nécessaires à la prise en charge des patients dont analgésiques, sédatifs, catécholamines, antibiotiques, thrombotiques et principaux antidotes.

## **d) Les moyens humains de la SAUV**

Les ressources humaines de la SAUV de Nancy se composent :

- D'un infirmier et d'un aide soignant détachés spécifiquement pour la SAUV. Le personnel bénéficie d'une formation spécifique pour la prise en charge de l'ensemble des situations menaçant le pronostic vital, et ne sont donc affectés à ce poste qu'après avoir acquis suffisamment d'expérience au sein du SAU.
- D'un médecin, qui occupe d'autres fonctions au sein du service. A Nancy, l'organisation est la suivante :
  - Le matin, le médecin s'occupant de la filière classique se détache temporairement vers la SAUV pour y gérer les patients.
  - Dans l'après midi, le médecin de l'unité d'hospitalisation de courte durée reprend le poste.
  - Celui-ci transmet alors les informations le soir à l'un des médecins du service pour la garde.
- D'une collaboration avec les autres services :
  - Gestion des patients polytraumatisés par le médecin de réanimation chirurgicale et les chirurgiens.
  - Les médecins réanimateurs médicaux viennent renforcer l'équipe de la SAUV à la demande du médecin du service,
  - Les chirurgiens réalisent des gestes techniques directement dans la SAUV. C'est le cas du drainage de pneumothorax par convention.

Cette présence médicale permet de mettre en œuvre une thérapeutique rapidement, celle-ci découlant d'une démarche diagnostique.

Les patients présents dans la SAUV doivent être acceptés en priorité dans les services d'aval et sans délai dès que leur départ peut être envisagé. Le médecin responsable de la SAUV doit donc poser un diagnostic clinique mais n'a que peu de recul pour la confirmation de celui-ci. (8, 9)

La confirmation diagnostique dans les services d'aval est donc intéressante pour plusieurs raisons :

- Par intérêt intellectuel,
- Par nécessité d'autoévaluation,
- Par obligation de moyen envers les patients.

## ***2. La notion de concordance diagnostique :***

### **a) Définition**

La mesure de la concordance diagnostique sert à évaluer la variabilité analytique d'une démarche décisionnelle médicale. La concordance représente alors la conformité de deux ou plusieurs jugements ou informations de même nature, qui se rapportent au même objet, par des techniques ou des observateurs différents (Définition de C.Le Bozec, *Informatique médicale et technologies de la communication*, 2001-2002).

### **b) Les études déjà réalisées**

Plusieurs études dans la littérature ont analysé la notion de concordance diagnostique. (10 ; 11 ;12 ; 13 ;14 ;15 ;16 ; 17 ;18 ; 19)

Ces études montrent la difficulté à effectuer une comparaison entre deux diagnostics. La majorité de ces études utilise la comparaison des diagnostics principaux, d'autres l'élaboration d'un score diagnostic complexe à l'aide de l'ensemble du dossier médical.

Le codage selon la Classification Internationale des Maladies (CIM) 9<sup>ème</sup> édition ou selon la CIM 10 des dossiers est également régulièrement utilisé.

La plupart de ces études sont rétrospectives avec un seul examinateur utilisé pour évaluer la concordance des diagnostics.

Concernant l'analyse statistique de la notion de concordance la littérature nous apprend qu'il est préférable d'utiliser une méthode simple et informative.

Nous retiendrons pour notre étude :

- une comparaison du diagnostic principal retenu par le médecin urgentiste à la SAUV,
- le diagnostic principal retenu par le médecin hospitalier.

## ***3. L'objectif principal***

L'objectif de cette étude est d'évaluer un taux de concordance entre le diagnostic établi à la sortie de la SAUV et le diagnostic établi en hospitalisation.

Nous avons voulu :

- savoir si le diagnostic établi à la SAUV est fiable,
- évaluer l'intérêt diagnostique du passage par la SAUV.

# II. Patients et méthodes

## 1. *Le recueil des données*

Nous avons analysé l'ensemble des dossiers des patients entrés dans la SAUV du 1<sup>er</sup> janvier 2010 au 28 février 2010, soit 512 dossiers de patients, de façon rétrospective.

Nous avons décidé de nous limiter aux patients pris en charge exclusivement à la SAUV afin de pouvoir cibler notre étude sur un certain type de patient et surtout de limiter le nombre de dossier. En effets on compte environ 42500 passages tout venant au SU de Nancy par an et se limiter à 8 jours ne nous semblait pas représentatif ni exploitable.

### a) **La recherche des dossiers médicaux**

Le dossier du patient est entièrement informatisé dans le logiciel Résurgences® depuis son entrée au sein de la structure d'accueil des urgences jusqu'à sa sortie.

Le passage d'un patient par la SAUV n'est pas précisé dans le logiciel, c'est pourquoi un cahier des passages à la SAUV est tenu avec une étiquette de chaque patient ayant transité par la SAUV.

Nous avons pu, par l'intermédiaire de ce cahier, retrouver les patients, leur numéro d'entrée et ainsi faire sortir leur dossier complet dans le logiciel Résurgences®.

### b) **Le recueil des données**

Pour chaque dossier de la SAUV nous avons relevé :

- Le motif d'entrée du patient dans le SAU, qui peut être différent du motif d'entrée dans la SAUV,
- Le diagnostic principal de sortie de la SAUV,
- Le service vers lequel le patient est orienté.

Sur les 512 dossiers :

- 20 dossiers correspondent à des polytraumatisés gérés uniquement par nos confrères de réanimation chirurgicale. Les dossiers Résurgences® sont non exploitables car vides ou très incomplets.



- 2 dossiers correspondent à des patients hospitalisés en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD), nécessitant la mise en place d'une VNI réalisée à la SAUV.
- 8 dossiers de patients décédés rapidement à la SAUV, sans diagnostic posé ou avec des dossiers incomplets.
- Les patients non hospitalisés à la sortie de la SAUV sont retournés au domicile (92 dossiers), ont fugué (3 dossiers) ou sont sortis contre avis médical (2 dossiers).

Suite à leur passage par la SAUV, 386 patients ont été hospitalisés dans les services d'aval.

Nous avons récupéré les courriers de sorties ou de transferts de ces services d'aval par l'intermédiaire d'appels ou de mails auprès des secrétaires d'hospitalisation après accord des chefs de service.

Afin d'éviter les erreurs de codage, nous effectuons une lecture complète de chaque dossier de patient passant par la SAUV et retenons un diagnostic principal. Nous le comparons avec le diagnostic principal retenu durant l'hospitalisation grâce à la lecture de la lettre de sortie d'hospitalisation du patient.

Cependant nous ne prenons pas en compte le dernier diagnostic, si après le premier service d'aval, le patient était secondairement transféré dans un autre service. Donc ces courriers n'ont pas été récupérés.

Ainsi, 37 dossiers n'ont pas pu être récupérés. Les raisons principales étaient :

- Courriers non dictés,
- Dossiers non retrouvés,
- Refus du service d'aval, représenté par les transferts de patients hospitaliser en service de psychiatrie.

Nous avons donc étudié la concordance diagnostic de 349 dossiers sur les 512 dossiers de patients de départ.

## ***2. Classification :***

La classification des diagnostics principaux à la sortie de la SAUV s'est effectuée par cadres nosologiques. Cette classification s'inspire du thésaurus réalisé par la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU). (21)

Nous avons retenu les cadres nosologiques suivants :

- Cardiovasculaire,
- Pneumologie,
- Neurologie,
- Traumatologie,
- Hépatogastroentérologie (HGE),
- Intoxication,
- Endocrinologie,
- Urologie,
- Psychiatrie.

Cette classification se différencie du thésaurus par l'ajout d'un cadre « choc et sepsis » qui n'existe pas dans le thésaurus.

Nous avons de plus réalisé un cadre « Autres » pour les pathologies ne correspondant pas aux précédents cadres nosologiques.

Par ailleurs, pour les cadres « cardiovasculaire », « pneumologie », « neurologie » et « hépatogastroentérologie » nous avons déterminé les motifs d'entrée symptomatiques et les diagnostics symptomatiques. Nous ne l'avons pas fait pour les autres cadres nosologiques car cela nous a semblé moins approprié.

## ***3. Evaluation de la concordance***

Nous avons évalué la concordance diagnostique par comparaison du diagnostic principal porté à la sortie de la SAUV et du diagnostic principal en hospitalisation.

## **a) Les diagnostics concordants**

Un diagnostic posé à la SAUV est jugé concordant si le diagnostic durant l'hospitalisation est équivalent ou sous jacent dans l'arbre diagnostique.

Nous avons différencié 2 catégories :

- les diagnostics concordants à 100% : ils correspondent au dossier dont le diagnostic principal en hospitalisation est le même qu'à la SAUV.
- les diagnostics affinés : lorsque le passage en hospitalisation permet d'avancer dans la recherche étiologique de la pathologie (exemple : préciser les lésions à la coronarographie d'un Syndrome Coronarien Aigu (SCA)).

## **b) Les diagnostics discordants**

Un diagnostic posé à la SAUV est jugé discordant si le diagnostic durant l'hospitalisation appartient à un autre cadre nosologique ou est sus jacent dans l'arbre décisionnel diagnostique.

Nous avons différencié 2 catégories :

- les diagnostics vrais discordants par inadéquation diagnostique
- les diagnostics faux discordants :
  - les dossiers avec diagnostics compatibles mais le patient présente plusieurs pathologies. Le diagnostic à la SAUV est donc correct mais c'est un autre diagnostic principal qui est retenu en hospitalisation.
  - les dossiers avec pathologie évolutive (exemple : pneumopathie=> choc septique).

De la sorte, les décès survenus en hospitalisation seront codés en faux discordants si la cause responsable est l'évolution du diagnostic principal posé à la SAUV.

Les dossiers faux discordants ont donc été intégrés au sein des dossiers concordants lors du calcul des taux de concordance après relecture du courrier d'hospitalisation.

# RÉSULTATS

# I. Résultats détaillés

## ***1. Cadre « cardiovasculaire »***

Sur les 100 dossiers codés « cardiovasculaire » à la sortie de la SAUV, les motifs d'entrée initiaux sont variés.

Les motifs d'entrée jugés symptomatiques sont de 70% (douleur thoracique, insuffisance respiratoire aiguë (IRA), dyspnée, palpitation, malaise).

A ces 100 motifs d'entrée correspondent 100 diagnostics posés à la SAUV, dont 21% sont symptomatiques. ( Cf. annexe 1)

### **a) Dossiers exploitables pour la concordance**

Sur les 100 dossiers, 34 dossiers ne peuvent pas être utilisés pour une concordance car :

- 23 patients sont retournés à leur domicile,
- 8 dossiers de patients hospitalisés n'ont pas été retrouvés durant l'étude,
- 2 patients sont sortis contre avis médical,
- 1 patient est décédé à la SAUV.

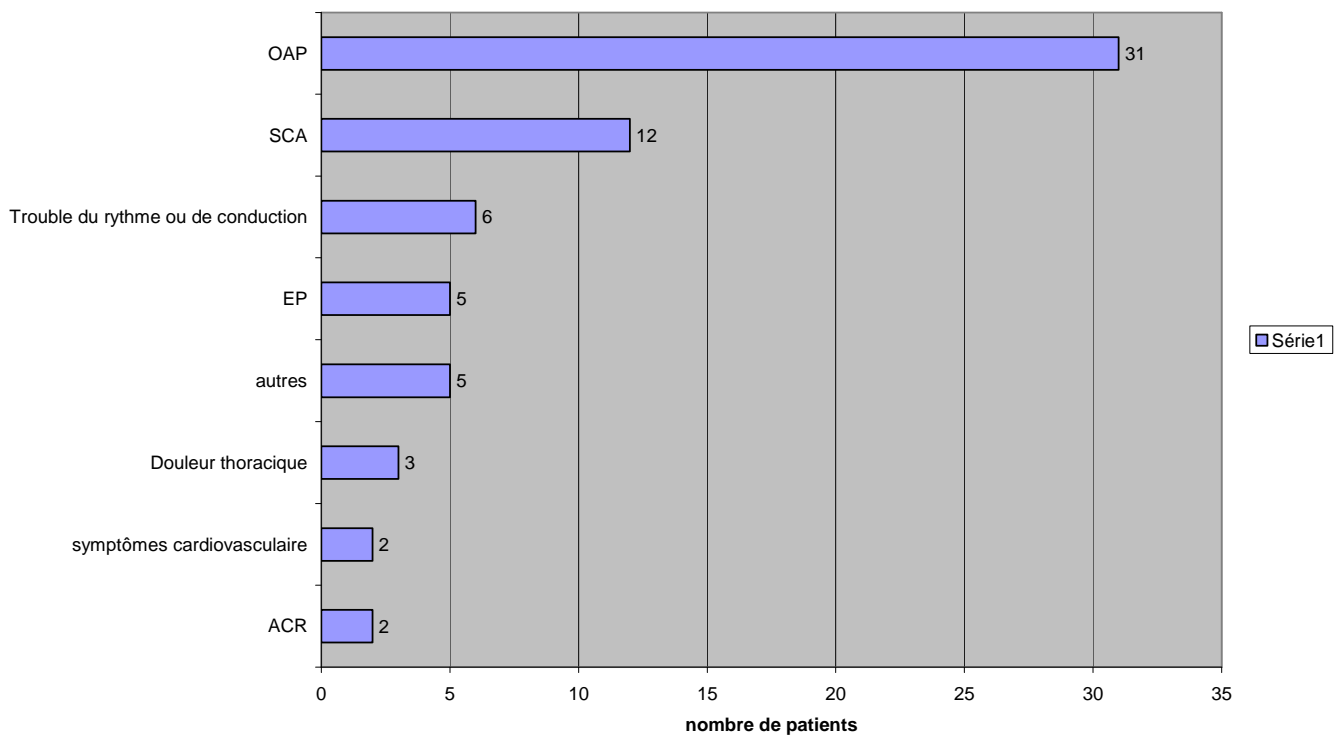
Les patients retournés à leur domicile sont au nombre de 21 et les diagnostics retenus à la sortie de la SAUV sont :

- 15 « douleurs thoraciques atypiques »,
- 4 « troubles du rythme ou conduction »,
- 2 « palpitations ».

Dans le cadre « cardiovasculaire » 66 dossiers, et donc 66 diagnostics principaux ont pu être comparés entre la SAUV et les services d'hospitalisation.

Ces diagnostics ont été regroupés en groupes diagnostics.

### diagnostics cardiovasculaire exploitables pour la concordance

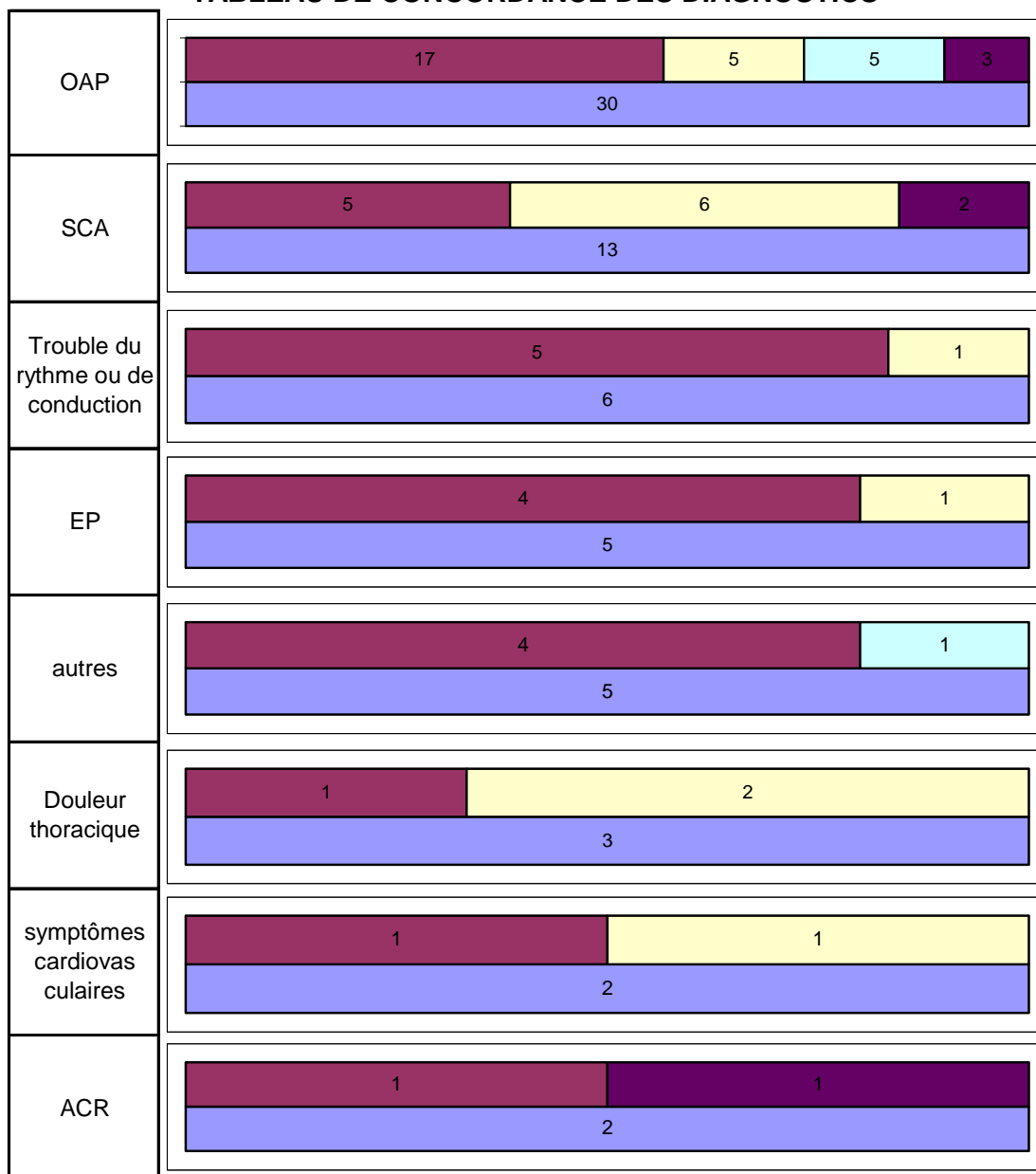


### b) Concordance des diagnostics

Le taux de concordance est de 92.5 % dont 24 % de diagnostics affinés en service.

Le taux de discordance est de 7.5 %.

### TABLEAU DE CONCORDANCE DES DIAGNOSTICS



Légende	100% concordant	
	Affiné	
	Discordant	
	Faux discordant	

## I. Les dossiers concordants

54 dossiers concordants :

- 38 dossiers 100% concordants :

Pour ces dossiers, le passage en hospitalisation ne modifie pas le diagnostic principal.

Il s'agit entre autres :

- de troubles du rythme et/ou de la conduction, dont le diagnostic est effectué à la SAUV par le médecin urgentiste grâce à l' Electrocardiogramme (ECG).
- d' Embolie Pulmonaire (EP), dont le diagnostic est réalisé à la SAUV suite à un angioscanner thoracique.

- 16 dossiers affinés :

Le passage en hospitalisation a permis de préciser :

- Groupe « Douleurs thoraciques » : 1 "douleur thoracique atypique", 1 "péricardite sèche",
- Groupe « Embolie pulmonaire » : une EP jugée massive,
- Groupe « Symptôme cardiovasculaire » : 1 "malaise" qui a été attaché à un passage en Bloc Auriculo Ventriculaire (BAV) de type 3 ;
- Groupe « Trouble du rythme ou conduction » : une tachycardie sur wolf-parkinson-white rattachée à une pneumopathie,
- Groupe « SCA » :
  - SCA ST – troponine + : 1 "sténose coronaires multiples", 1 "lésions de la circonflexe",
  - SCA ST+ troponine + : 1 " occlusion d'un stent de la coronaire droite", 1 "sténose de la circonflexe et de la coronaire droite", 1 "sténose de la coronaire droite",
  - SCA ST + : 2 patients avec une "sténose de la coronaire droite".

La coronarographie effectuée en hospitalisation permet d'objectiver des lésions coronaires dans près de 50% des SCA dont le diagnostic est porté en hospitalisation.



## II. Les dossiers discordants

### 12 dossiers discordants :

- 6 dossiers discordants vrais :
  - Groupe « Œdème Aigue du Poumon (OAP) » :
    - 1 dossier "choc septique à point de départ urinaire"
    - 1 dossier dont l'insuffisance respiratoire était liée à une embolie pulmonaire non diagnostiquée à la SAUV
    - 1 dossier pneumopathie infectieuse »
    - 1 dossier " SCA ST- troponine + "
    - 1 dossier " pneumothorax"
  - Groupe « Autres » :
    - 1 dossier avec une IRA initialement jugée avec un SCA ST+ s'est révélée être une insuffisance respiratoire dont l'élévation de la troponine est liée à une souffrance myocardique autre qu'un SCA, associé à une pneumopathie interstitielle.
  
- 6 dossiers faux discordants :
  - Groupe « Arrêt Cardio Respiratoire (ACR) » : 1 décès
  - Groupe « OAP » :
    - 1 décès,
    - 1 découverte de pneumopathie débutante dans le service (évolution),
    - 1 "OAP sur FA et pyélonéphrite" (diagnostics multiples)
  - Groupe « SCA ST – troponine- » :
    - 2 "myocardites" possibles avec doute diagnostic en hospitalisation, programmation d'une IRM myocardique.

Seul un diagnostic (une douleur thoracique) est resté symptomatique lors de l'hospitalisation, soit 1.5% des dossiers.

## **2. Cadre « pneumologie »**

Il existe 98 dossiers codés « pneumologie » à la sortie de la SAUV.

Les motifs d'entrée sont symptomatiques à 73% (IRA, dyspnée, douleur thoracique, autres).

A ces 98 motifs d'entrée, correspondent 98 diagnostics de posés en SAUV, dont 12% sont symptomatiques. (cf. annexe 2)

### **a) Dossiers exploitables pour la concordance**

Sur les 98 dossiers, 13 ne peuvent pas servir à la concordance des diagnostics avec les services car :

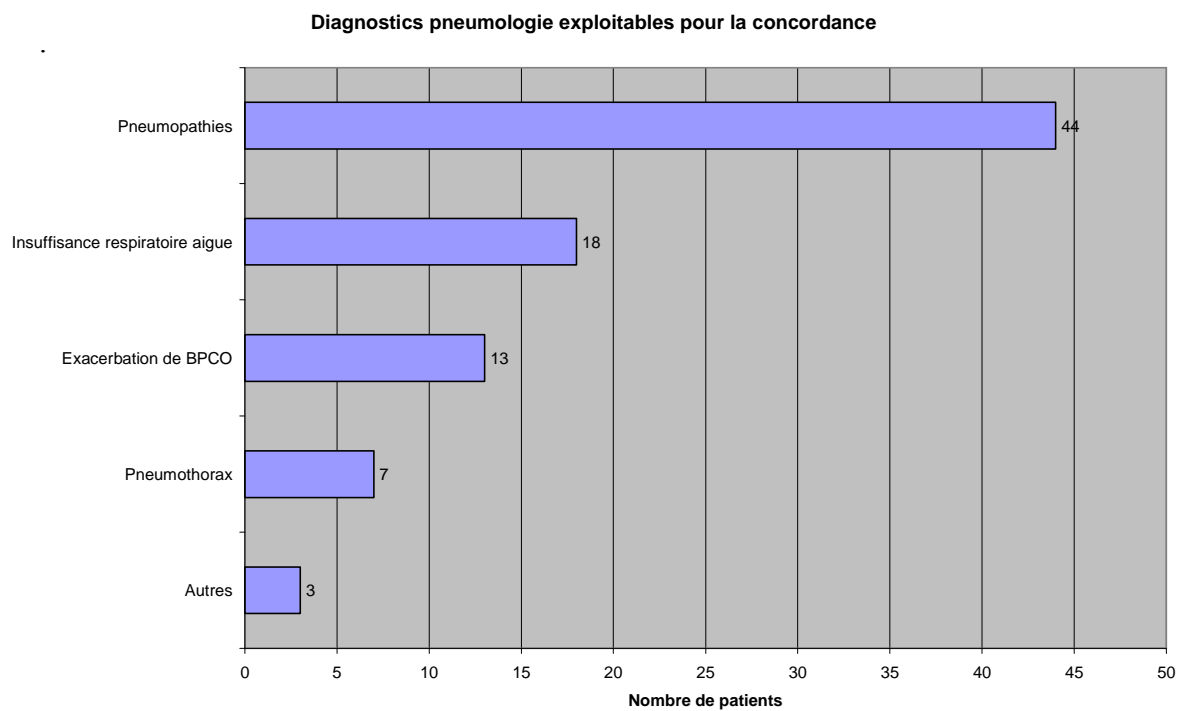
- 5 patients sont rentrés à domicile,
- 1 patient a été orienté vers le SAU enfant (bronchiolite),
- 7 dossiers n'ont pas pu être récupérés dans les services.

Diagnostiques des patients rentrés à domicile :

- 2 "pneumopathies"
- 1 "dyspnée" améliorée sous VNI
- 1 "atélectasie du poumon gauche"

Dans le cadre « pneumologie » 85 dossiers, et donc 85 diagnostics principaux ont pu être comparés entre la SAUV et les services d'hospitalisation.

Ces diagnostics ont été regroupés en groupes diagnostics.



### **b) Concordance des diagnostics**

Le taux de concordance est de 92 % dont 17.5 % de diagnostics affinés en service.

Le taux de discordance est de 8 %.

**TABLEAU DE CONCORDANCE DES DIAGNOSTICS**

Pneumopathie		
Insuffisance respiratoire aiguë		
Exacerbation de BPCO		
Pneumothorax		
Autres		
Légende	100% concordant	
	Affiné	
	Discordant	
	Faux discordant	

## I. Les dossiers concordants

63 dossiers concordants :

- 49 dossiers 100% concordants :

Pour ces dossiers, le passage en hospitalisation ne modifie pas le diagnostic principal. Il s'agit entre autres des pneumothorax, dont le diagnostic se fait facilement au SAUV.

- 14 dossiers affinis :
  - Groupe « Exacerbation Bronchopathie Chronique Obstructive (BPCO) » :
    - 1 sur surinfection bronchique, 1 sur pneumopathie.
  - Groupe « Insuffisance respiratoire aiguë » :
    - 3 "pneumopathies"
    - 1 "IRA sur psychotrope"
    - 1 "surinfection à candida albicans"
    - 1 "OAP"
    - 1 "pneumopathie à pneumocoque"

- Groupe « Pneumopathies » :
  - o 1 "pneumopathie à pneumocoque"
  - o 1 "pneumopathie à H1N1"
  - o 1 "pneumopathie inhalation"
  - o 1 "pneumopathie à staphylocoque"
  - o 1 "pneumopathie à Escherichia Coli (E.Coli) "

## II. Les dossiers discordants

### 22 dossiers discordants :

- 7 dossiers discordants vrais :
  - Groupe « Bronchopneumopathie » :
    - o un OAP sur fibrillation atriale et rétrécissement aortique.
  - Groupe « Douleur thoracique respiratoire » :
    - o 1 "péricardite".
  - Groupe « Exacerbations de BPCO » :
    - o 1 "pneumopathie inhalation"
    - o 1 dossier n'était pas une exacerbation de BPCO mais était en fait lié à la mauvaise observance de la VNI par le patient.
  - Groupe « Pneumopathies » :
    - o 1 diagnostic de pneumopathie s'est révélé être un SCA ST – troponine + avec insuffisance respiratoire aiguë,
    - o 1 exacerbation de BPCO qui est non infectieuse,
    - o 1 pyélonéphrite sur sonde.
- 15 dossiers faux discordants :
  - Groupe « Bronchopneumopathie » :
    - o 1 bronchopneumopathie initialement diagnostiquée finalement jugée exacerbation infectieuse de BPCO en hospitalisation.
  - Groupe « Insuffisance respiratoire aiguë » :
    - o 4 décès,
    - o 1 IRA initialement étiquetée liée à une pneumopathie en fait également hypercapnique.

- Groupe « Pneumopathie » :
  - o 1 "pneumopathie" s'aggravant en IRA
  - o 2 décès
  - o 2 "chocs septiques sur pneumopathie"
  - o 1 "sepsis sévère sur pneumopathie"
  - o 1 "pneumopathie bactérienne" avec H1N1 et Haemophilus influenzae,
  - o 1 "Syndrome de Détresse Respiratoire Aigu (SDRA) "
  - o 1 "choc hypovolémique sur pneumopathie"

Aucun diagnostic en hospitalisation n'a été symptomatique.

### 3. « Cadre neurologie »

Sur les 40 dossiers codés « neurologie » à la sortie de la SAUV, les motifs d'entrée sont à 7.5% symptomatiques.

A ces 40 motifs d'entrée, correspondent 40 diagnostics posés à la SAUV dont 5% sont symptomatiques. (cf. annexe 3)

#### a) Dossiers exploitables pour la concordance

Sur les 40 dossiers :

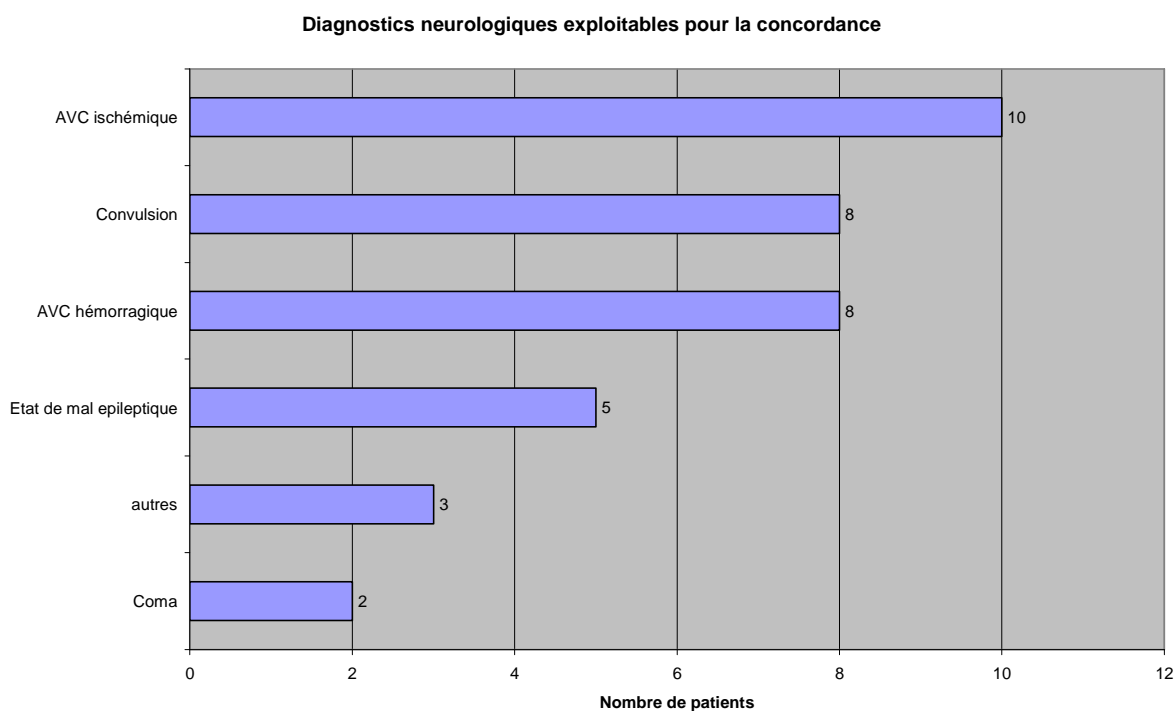
- 4 patients sont retournés au domicile

Les diagnostics des patients rentrés chez eux sont :

- 2 "convulsions"
- 1 "Accident Ischémique Transitoire (AIT) "
- 1 "migraine accompagnée"

Dans le cadre « neurologie » 36 dossiers, et donc 36 diagnostics principaux ont pu être comparés entre la SAUV et les services d'hospitalisation.

Ces diagnostics ont été regroupés en groupes diagnostics.

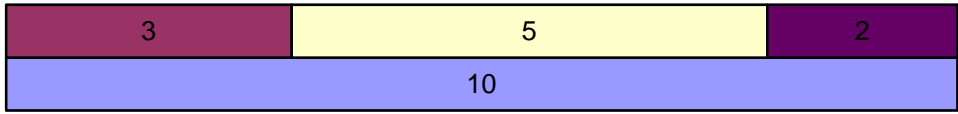
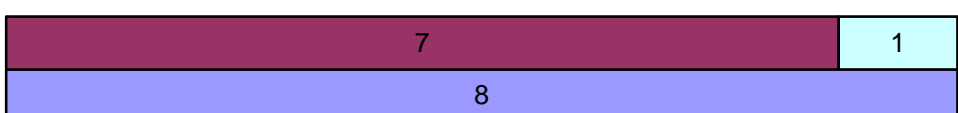
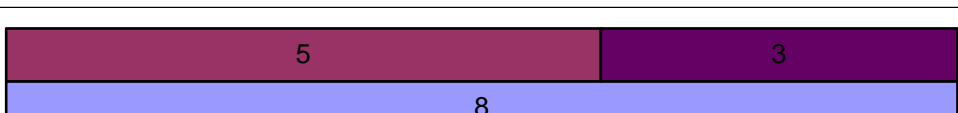
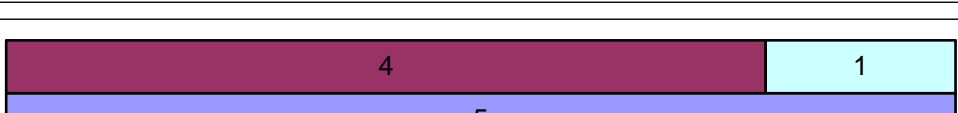
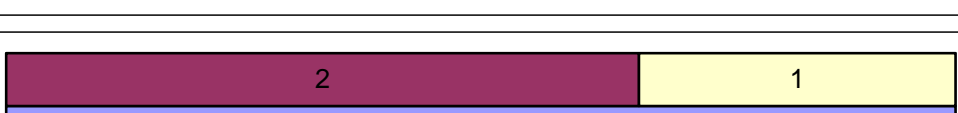
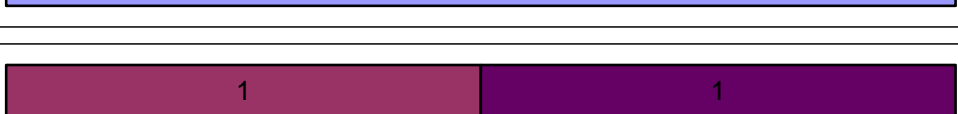






## b) Concordance des diagnostics

Le taux de concordance est de 94.5 % dont 16 % de diagnostics affinés en service.

Le taux de discordance est de 5.5 %.

**TABLEAU DE CONCORDANCE DES DIAGNOSTICS**

AVC ischémique	
Convulsion	
AVC hémorragique	
Etat de mal épileptique	
autres	
Coma	

Légende	100% concordant	
	Affiné	
	Discordant	
	Faux discordant	



## **I. Les dossiers concordants**

28 dossiers concordants :

- 22 dossiers 100% concordants

Pour ces dossiers, le passage en hospitalisation ne modifie pas le diagnostic principal.

Il s'agit entre autres :

- De diagnostic de convulsions qui surviennent souvent chez des patients épileptiques connus,
  - De même pour les patients en état de mal épileptique.
- 6 dossiers affinés :
    - Groupe « Accident Vasculaire Cérébral ischémique » : les diagnostics codés AVC sans précision ont été décrits durant l'hospitalisation :
      - 2 "AVC lacunaires"
      - 2 "AVC sylvien G"
      - 1 "AVC avec thrombus intra-auriculaire gauche"
    - Groupe « Autres » :
      - le syndrome confusionnel a été mis en relation avec une insuffisance surrénalienne aiguë.

## **II. Les dossiers discordants**

8 dossiers discordants :

- 2 dossiers discordants vrais :
  - Groupe « convulsion » :
    - un état de mal épileptique dont le diagnostic a été rectifié en hospitalisation.
  - Groupe « Etat de Mal Epileptique (EME) » :
    - un coma post critique prolongé.
- 6 dossiers faux discordants :
  - Groupe « AVC ischémique » :
    - 1 décès et 1 patient en état de mort encéphalique
  - Groupe « AVC hémorragique » :
    - 3 décès
  - Groupe « coma » :
    - patient étiqueté crise d'épilepsie mais avec doute dans le service.

Seul un diagnostic reste un diagnostic symptomatique après hospitalisation, soit 2.5%.

## **4. Cadre « traumatologie »**

Sur les 91 dossiers codés « traumatologie » à la sortie de la SAUV, les motifs d'entrée initiaux sont très variés.

A ces 91 motifs d'entrée, correspondent 91 diagnostics posés à la SAUV. (cf. annexe 4)

### **a) Dossiers exploitables pour la concordance**

Sur les 91 dossiers, 38 dossiers ne peuvent pas être utilisés pour la concordance diagnostic, car :

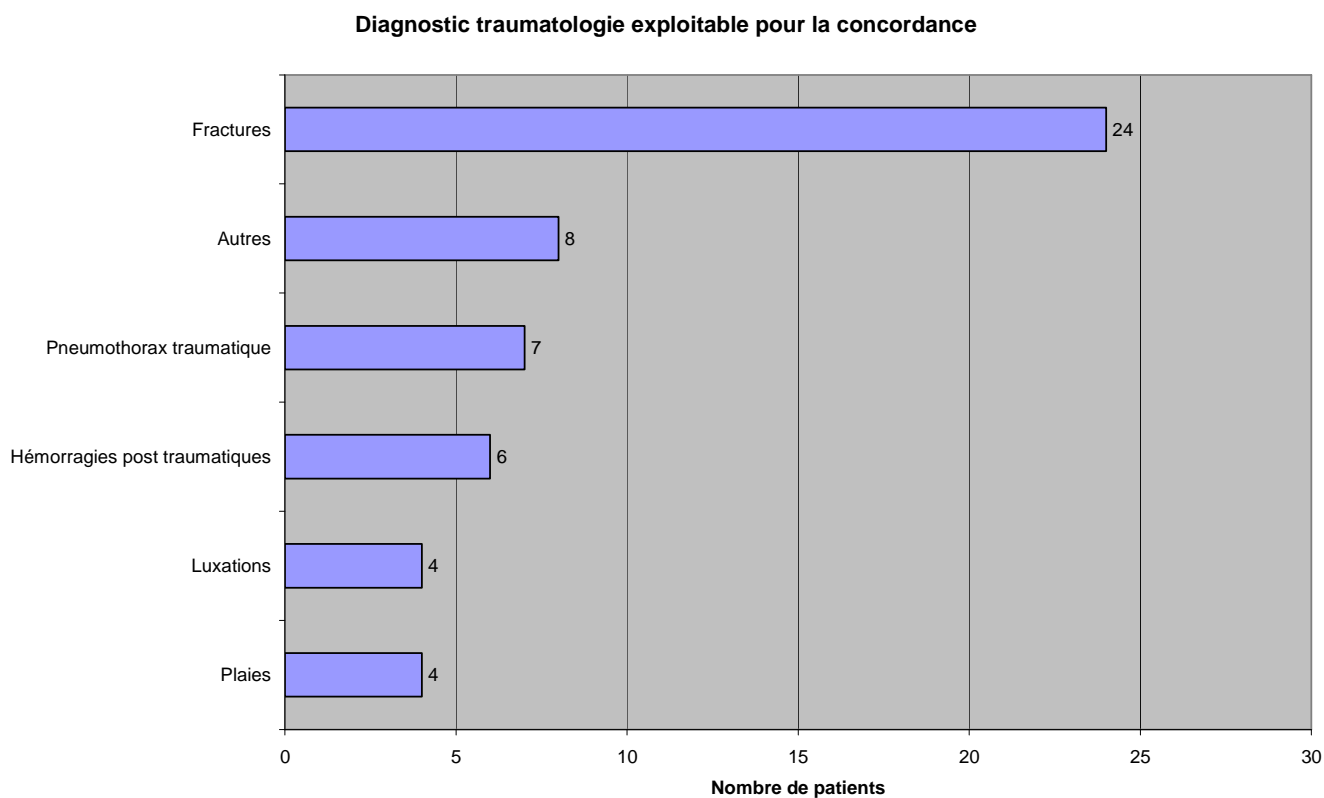
- 31 patients sont retournés à leur domicile,
- 1 patient a fugué,
- 6 dossiers de service n'ont pas pu être récupérés.

Les diagnostics des patients retournés à leur domicile sont :

- 23 dossiers "luxation d'épaule" (dont 1 fugue),
- 2 dossiers "contusion épaule"
- 2 dossiers de "plaies"
- 1 dossier "cervicalgies"
- 1 dossier "entorse C1 C2"
- 1 dossier "fracture os propre du nez"
- 1 dossier "fracture rotule"
- 1 "traumatisme crânien"

Dans le cadre « traumatologie » 53 dossiers, et donc 53 diagnostics principaux ont pu être comparés entre la SAUV et les services d'hospitalisation.

Ces diagnostics ont été regroupés en groupes diagnostics.



### **b) Concordance des diagnostics**

Le taux de concordance est de 98 % dont 7.5 % de diagnostics affinés en service.

Le taux de discordance est de 2 %.

**TABLEAU DE CONCORDANCE DES DIAGNOSTICS**

Fractures	<table border="1"> <tr> <td>20</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td colspan="3">24</td> </tr> </table>	20	2	2	24				
20	2	2							
24									
Autres	<table border="1"> <tr> <td>5</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td colspan="4">8</td> </tr> </table>	5	1	1	1	8			
5	1	1	1						
8									
Pneumothorax traumatique	<table border="1"> <tr> <td>7</td> </tr> <tr> <td>7</td> </tr> </table>	7	7						
7									
7									
Hémorragies post traumatiques	<table border="1"> <tr> <td>6</td> </tr> <tr> <td>6</td> </tr> </table>	6	6						
6									
6									
Luxations	<table border="1"> <tr> <td>3</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td colspan="2">4</td> </tr> </table>	3	1	4					
3	1								
4									
Plaies	<table border="1"> <tr> <td>2</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td colspan="3">4</td> </tr> </table>	2	1	1	4				
2	1	1							
4									

Légende	100% concordant	
	Affiné	
	Discordant	
	Faux discordant	

### I. Les dossiers concordants

54 dossiers concordants :

- 43 dossiers 100% concordants :

Pour ces dossiers, le passage en hospitalisation ne modifie pas le diagnostic principal.

Il s'agit entre autres des fractures et des pneumothorax traumatiques car le diagnostic est posé à la SAUV facilement grâce aux radiographies.

- 4 dossiers affinés :

Le passage en hospitalisation a permis de préciser :

- Groupe « fractures » :
  - 1 "fracture ouverte du genou droit" qui a été décrite avec plus de précision grâce à une tomodensitométrie (TDM) du genou réalisée dans le service.
  - 1 "fracture ouverte de jambe" décrite durant l'hospitalisation comme Cauchois 2 avec fracture ouverte du tiers moyen du tibia et fracture bifocale fibula.
- Groupe « plaies » :
  - 1 "plaie de la paroi abdominale" dont une TDM dans le service a révélé l'absence de lésion viscérale et le saignement minime d'une artère intercostale.
- Groupe « Autres » :
  - un "genou bloqué" s'est révélé être une lésion de la corne postérieure du ménisque externe grâce à une arthroscopie.

## II. Les dossiers discordants

6 dossiers discordants :

- 2 dossiers discordants vrais :
  - Groupe « plaie » :
    - 1 "plaie de la paroi abdominale", prise au bloc opératoire avec découverte d'une plaie gastrique transfixiante. Le patient est orienté rapidement vers le bloc opératoire où le diagnostic a été posé suite à l'exploration de la plaie.
  - Groupe « Autres » :
    - 1 "traumatisme thoraco-abdominal" s'est révélé être un hémopéritoine et un hémothorax. Diagnostic non réalisé lors de la prise en charge à la SAUV. Le patient est orienté rapidement vers un secteur de soins intensifs chirurgical pour la suite de la prise en charge.

- 4 dossiers faux discordants :
  - Groupe « fractures » :
    - Une "fracture T7 instable" est notée T6 dans le courrier d'hospitalisation.
    - Une "fracture de côte" a évolué secondairement en pneumothorax, mais le diagnostic est non présent initialement en hospitalisation.
  - Groupe « luxation » :
    - Une "luxation de hanche" s'est avérée être une fracture luxation antérieure de la tête fémorale droite.
  - Groupe « autres » :
    - Une "disjonction pubienne" s'est avérée être une disjonction pubienne et sacro-iliaque, sans modification de la prise en charge.

## **5. Cadre « hépato-gastroentérologie »**

Sur les 31 dossiers codés « hépato-gastroentérologie » à la sortie de la SAUV, les motifs d'entrée sont à 35% symptomatiques (douleur abdominale, douleur thoracique, vomissement fécaloïde, et autres).

A ces 31 motifs d'entrée, correspondent 31 diagnostics posés à la SAUV dont 22% sont symptomatiques. (cf. annexe 5)

### **a) Dossiers exploitables pour la concordance**

Sur les 31 dossiers, 7 dossiers ne peuvent pas être utilisés pour la concordance car :

- 5 patients sont rentrés à domicile
- 2 dossiers d'hospitalisation n'ont pas été retrouvés.

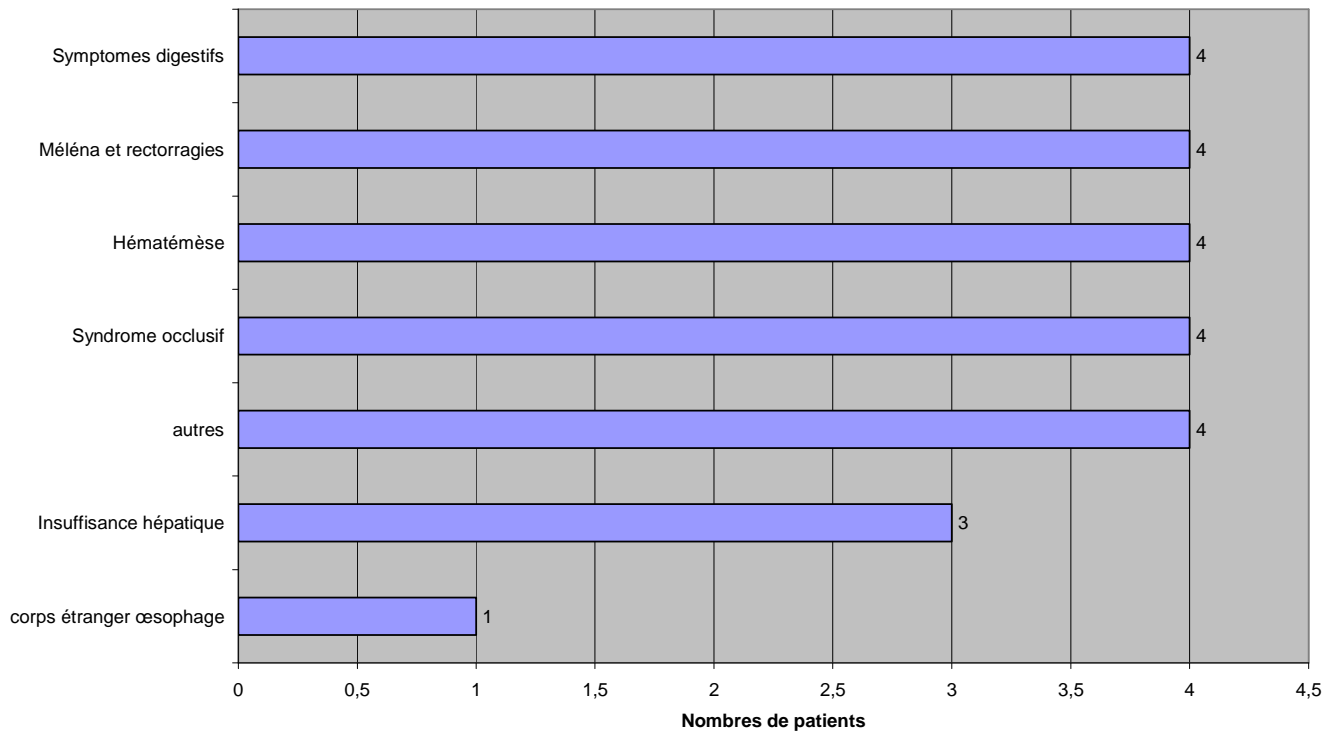
Les dossiers des patients rentrés à domicile sont :

- 3 "douleurs thoraciques" attribuées à un Reflux Gastro-Oesophagien (RGO)
- 1 "corps étranger oesophagien"
- 1 "méléna"

Dans le cadre « Hépato-gastroentérologie » 24 dossiers, et donc 24 diagnostics principaux ont pu être comparés entre la SAUV et les services d'hospitalisation.

Ces diagnostics ont été regroupés en groupes diagnostics :

### Diagnostiques HGE exploitables pour la concordance



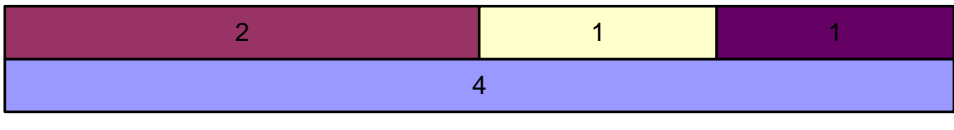
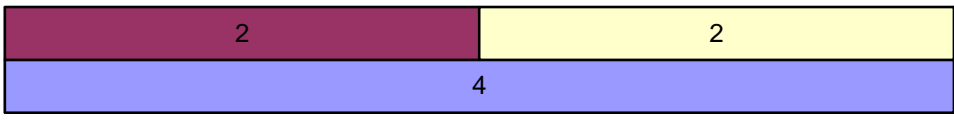

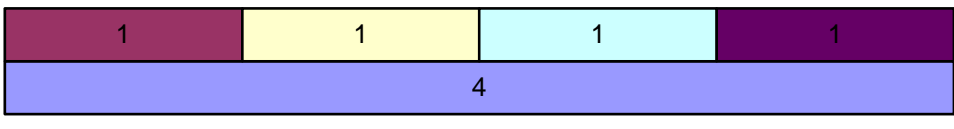
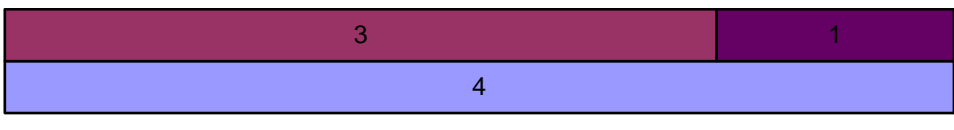
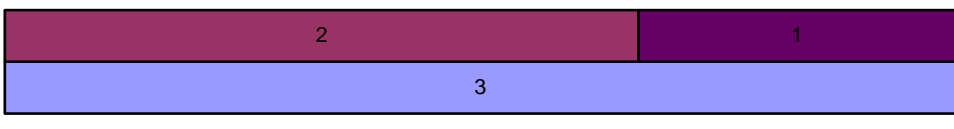
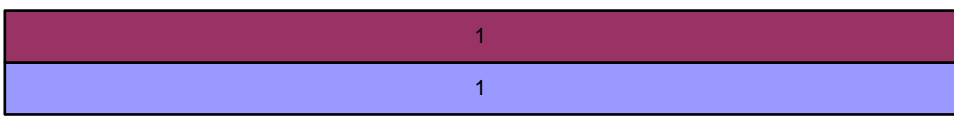


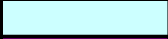



## b) Concordance des diagnostics

Le taux de concordance est de 96% dont 16.6% de diagnostics affinés en service.

Le taux de discordance est de 4 %.

**TABLEAU DE CONCORDANCE DES DIAGNOSTICS**

Syndrome occlusif		
Hématémèse		
Méléna et rectorragies		
Symptômes digestifs		
autres		
Insuffisance hépatique		
corps étranger œsophage		
Légende	100% concordant	
	Affiné	
	Discordant	
	Faux discordant	

## **I. Les dossiers concordants**

19 dossiers concordants :

- 15 dossiers 100 % concordants :

Pour ces dossiers, le passage en hospitalisation ne modifie pas le diagnostic principal.

Il s'agit entre autres des diagnostics de méléna et rectorragie, car les gastroscopies et coloscopies n'ont pas été réalisées durant l'hospitalisation ni même à la SAUV.

- 4 dossiers affinés :

Le passage en hospitalisation a permis de préciser :

- Groupe « hématomèse » :
  - Une "hématomèse" dont le diagnostic de syndrome de Mallory-Weiss a été posé suite à la gastroscopie.
  - Une "hématomèse" sur lésion néoplasique du fundus suspectée à la gastroscopie.
- Groupe « occlusion » : Le diagnostic d'une occlusion décrite comme étant une occlusion sur bride a été posé au bloc opératoire.
- Groupe « symptômes digestifs » : Un "vomissement fécaloïde" dont le diagnostic d'occlusion sur fécalome a été posé suite à hospitalisation en UHCD car la patiente était en isolement et donc n'a bénéficié de l'imagerie qu'en fin de journée.

## **II. Les dossiers discordants**

5 dossiers discordants :

- 1 dossier discordant vrai

Dans le groupe symptômes : un patient avec des vomissements a été adressé en HGE pour vomissements probablement d'étiologie digestive. Le diagnostic final retenu a été une insuffisance surrénalienne partielle potentiellement corticotrope.

- 4 dossiers faux discordants :
  - Dans le groupe « insuffisance hépatique » :
    - un décès suite coma hépatique.
  - Dans le groupe « occlusion » :
    - un décès.
  - Dans le groupe « symptômes digestifs » :
    - un patient avec des douleurs abdominales a fait un delirium tremens en hospitalisation, pas de signe dans la SAUV.
  - Dans le groupe « autre » :
    - 1 décès dans les suites d'une perforation digestive.

Il n'y a plus aucun diagnostic symptomatique après l'hospitalisation.

## 6. Cadre « choc et sepsis »

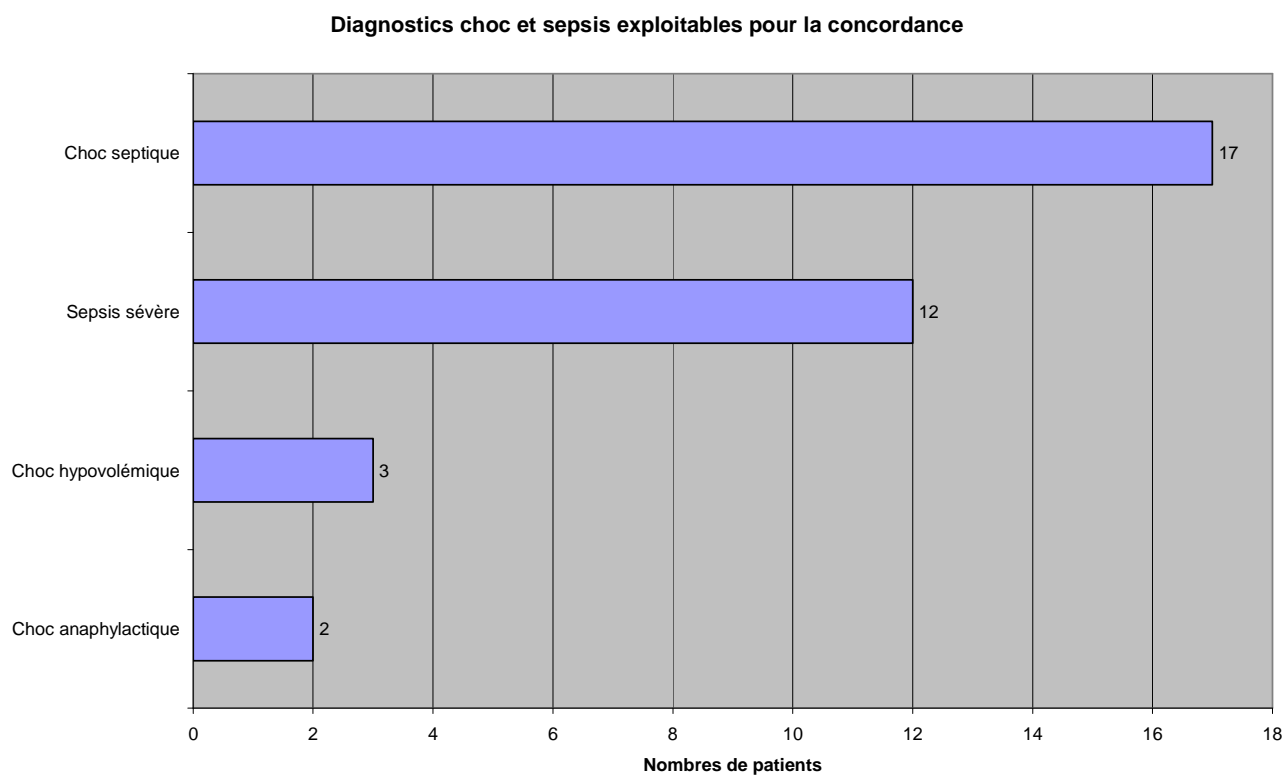
Les dossiers codés « choc et sepsis » à la sortie de la SAUV sont au nombre de 36. Les motifs d'entrée initiaux et les diagnostics posés à la SAUV. (cf. annexe 6)

### a) Dossiers exploitables pour la concordance

Tous les patients ont été hospitalisés, seuls 2 dossiers du groupe « choc septique » n'ont pas pu être récupérés.

Dans le cadre « choc et sepsis » 34 dossiers, et donc 34 diagnostics principaux ont pu être comparés entre la SAUV et les services d'hospitalisation.

Ces diagnostics ont été regroupés en groupes diagnostics :



## b) Concordance des diagnostics

Le taux de concordance est de 97% dont 12% de diagnostics affinés en service.

Le taux de discordance est de 3%.

**TABLEAU DE CONCORDANCE DES DIAGNOSTICS**

Choc septique	<table border="1"> <tr> <td>6</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td colspan="3">17</td> </tr> </table>	6	3	8	17				
6	3	8							
17									
Sepsis sévère	<table border="1"> <tr> <td>5</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td colspan="4">12</td> </tr> </table>	5	1	1	5	12			
5	1	1	5						
12									
Choc anaphylactique	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">2</td> </tr> <tr> <td colspan="2">2</td> </tr> </table>	2		2					
2									
2									
Choc hypovolémique	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">2</td> </tr> <tr> <td colspan="2">2</td> </tr> </table>	2		2					
2									
2									

Légende	100% concordant	
	Affiné	
	Discordant	
	Faux discordant	

### I. Les dossiers concordants

19 dossiers concordants :

- 15 dossiers 100% concordants :

Pour ces dossiers, le passage en hospitalisation ne modifie pas le diagnostic principal. Il s'agit entre autres des chocs anaphylactiques et des chocs hypovolémiques.

- 4 dossiers affinés :
  - Groupe « chocs septiques » :
    - 1 dossier de "choc septique sans précision", dont les hémocultures reviennent positives à Bacille Gram Négatif (BGN) en hospitalisation.
    - 1 dossier de "choc septique sans précision", dont les hémocultures reviennent positives à streptocoque A.
    - 1 dossier de "choc septique sans précision", dont l'origine est post opératoire, à J8 d'une amputation du 5ème orteil avec hémocultures à Staphylocoque Aureus Méricilline Sensible (SAMS).
  - Groupe « sepsis sévère » :
    - 1 dossier de "pneumopathie" dont l'hospitalisation précisera qu'elle est à Klebsiella.

## II. Les dossiers discordants

### 15 dossiers discordants :

- 1 dossier discordant vrai :
  - Groupe « sepsis sévère » :
    - 1 dossier de "sepsis sévère sur angiocholite" initialement diagnostiquée en SAUV, le patient a été traité pour un choc septique d'origine pulmonaire en réanimation.
- 14 dossiers faux discordants :
  - Groupe « chocs septiques » :
    - 7 décès,
    - 1 dossier de "choc septique sur pyélonéphrite" qui était en fait un choc septique sur prostatite à E. Coli.
  - Groupe « sepsis sévères » :
    - 2 décès,
    - 1 dossier de "sepsis sévère" qui s'aggrave en choc septique à E. Coli
    - 1 dossier de "sepsis sévère sans précision" qui évolue en choc septique sur pneumopathie,
    - 1 dossier de "sepsis sévère sur pneumopathie d'inhalation" qui se révèle être un sepsis sévère sur pneumopathie communautaire à pneumocoque.
  - Groupe « choc hypovolémique » :
    - 1 décès

## **7. Cadre « intoxication »**

Les dossiers codés « intoxication » à la sortie de la SAUV sont au nombre de 37. Les motifs d'entrée initiaux et les diagnostics posés à la SAUV (cf. annexe 7).

### **a) Dossiers exploitables pour la concordance**

Sur les 37 dossiers, 14 dossiers ne peuvent pas être utilisés pour une concordance diagnostic car :

- 8 patients sont rentrés à domicile,
- 2 patients ont fugués,
- 4 dossiers ne sont pas récupérables.

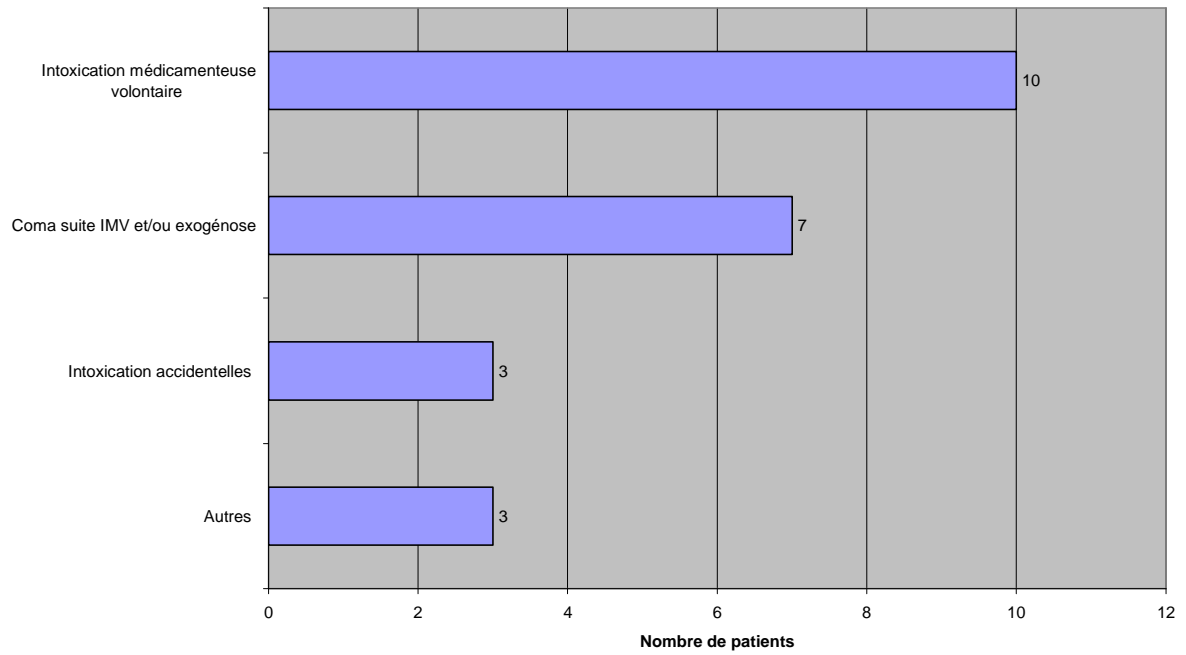
Les dossiers des patients retournés à domicile montrent :

- 7 "intoxications alcooliques aiguës"
- 1 "Intoxication Médicamenteuse Volontaire » (IMV)

Dans le cadre « intoxication », 23 dossiers, et donc 23 diagnostics principaux ont pu être comparés entre la SAUV et les services d'hospitalisation.

Ces diagnostics ont été regroupés en groupes diagnostics.

### Diagnostiques intoxication exploitables pour la concordance



### b) Concordance des diagnostics

Le taux de concordance est de 97% dont 3 % de diagnostics affinés en service.

Le taux de discordance est de 3 %.



**TABLEAU DE CONCORDANCE DES DIAGNOSTICS**

Intoxication médicamenteuse volontaire		
Coma suite IMV et/ou exogénose		
Intoxications accidentelles		
Légende	100% concordant	
	Affiné	
	Discordant	
	Faux discordant	

### I. Les dossiers concordants

20 dossiers concordants :

- 19 dossiers 100% concordants :

Pour ces dossiers, le passage en hospitalisation ne modifie pas le diagnostic principal.

Il s'agit de la majorité des dossiers dans les différents groupes.

- 1 dossier affiné :

Le passage en hospitalisation a permis de préciser :

- Groupe « IMV » :
  - 1 dossier d'"IMV sans précision" à la SAUV. Durant l'hospitalisation, on précise que l'IMV est liée à des Benzodiazépines et des Barbituriques.

## II. Les dossiers discordants

### 3 dossiers discordants :

- 1 dossier discordant vrai

Dans le groupe « intoxication » : un dossier a été étiqueté intoxication par Benzodiazépines. Le scanner cérébral réalisé durant l'hospitalisation a révélé un AVC hémorragique sur anévrisme.

- 2 dossiers faux discordants :
  - Dans groupe « IMV » :
    - une "IMV cardiotrope et anti-épileptique" s'est compliquée d'une pneumopathie inhalation.
  - Dans le groupe « coma » :
    - un "coma sur IMV sans précision" s'est compliqué de séquelles neurologiques.

## 8. Cadre « endocrinologie »

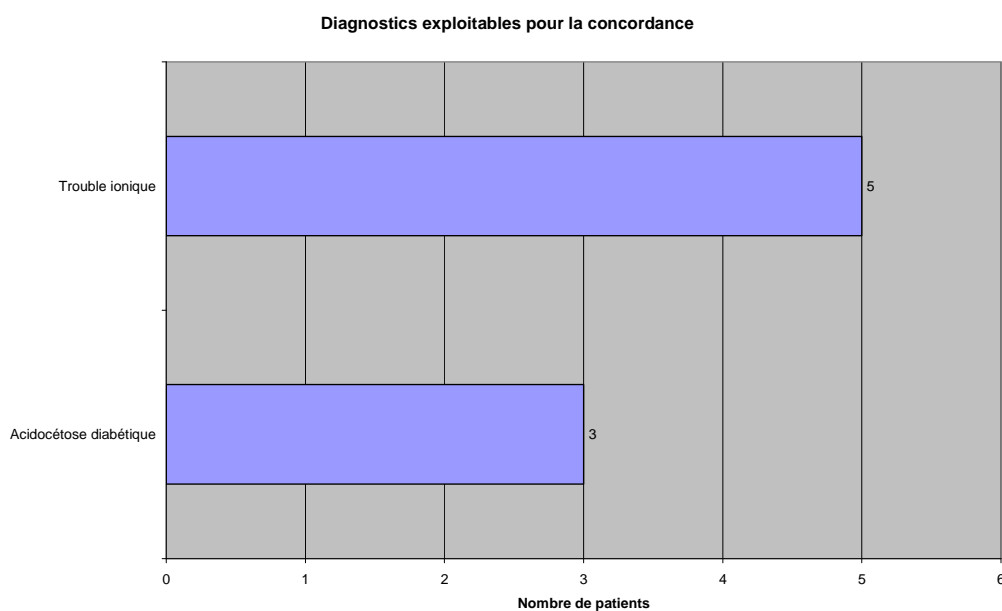
Les dossiers codés « endocrinologie » à la sortie de la SAUV sont au nombre de 12. Les motifs d'entrée initiaux et les diagnostics posés à la SAUV.(cf. annexe 8)

### a) Dossiers exploitables pour la concordance

Sur les 12 dossiers :

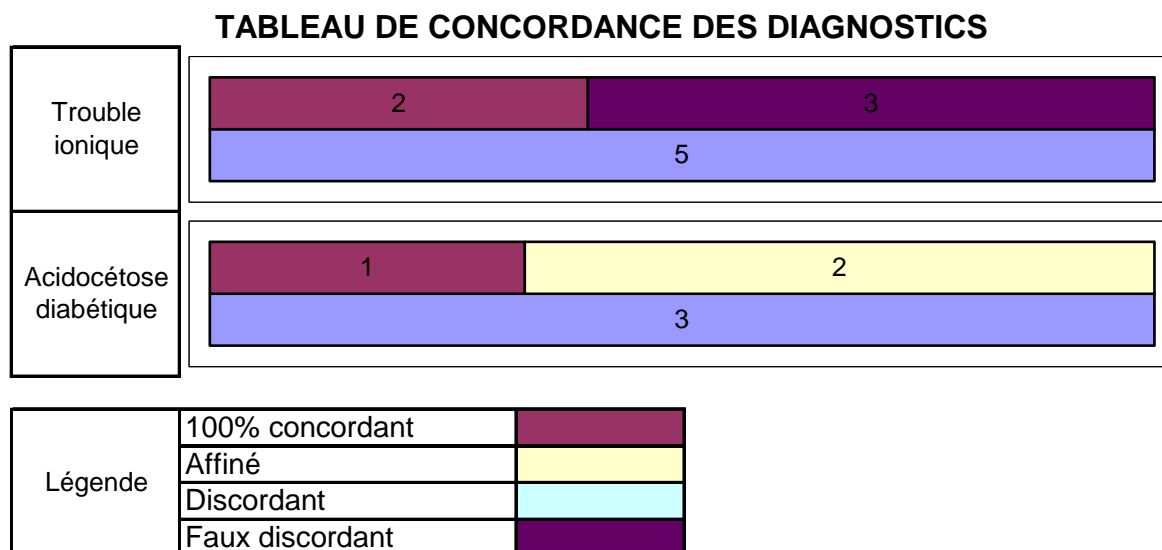
- 4 ne peuvent pas être utilisés pour la concordance car les patients sont rentrés à domicile :
  - o 3 "hypoglycémies"
  - o 1 "hypokaliémie".

Donc 8 dossiers sont exploitables pour la concordance.



## b) Concordance des diagnostics

Le taux de concordance est de 100 % dont 25 % de diagnostics affinés en service.



### I. Les dossiers concordants

5 dossiers concordants :

- 3 dossiers 100% concordants
- 2 dossiers affinés :
  - Dans le groupe « acidocétose » : l'hospitalisation a permis de révéler qu'un défaut d'observance était à l'origine d'une acidocétose diabétique.
  - Dans le groupe « insuffisance rénale aiguë » : une insuffisance rénale aiguë s'est révélée être liée à l'injection de produit de contraste iodé.

## II. Les dossiers discordants

### 3 dossiers discordants :

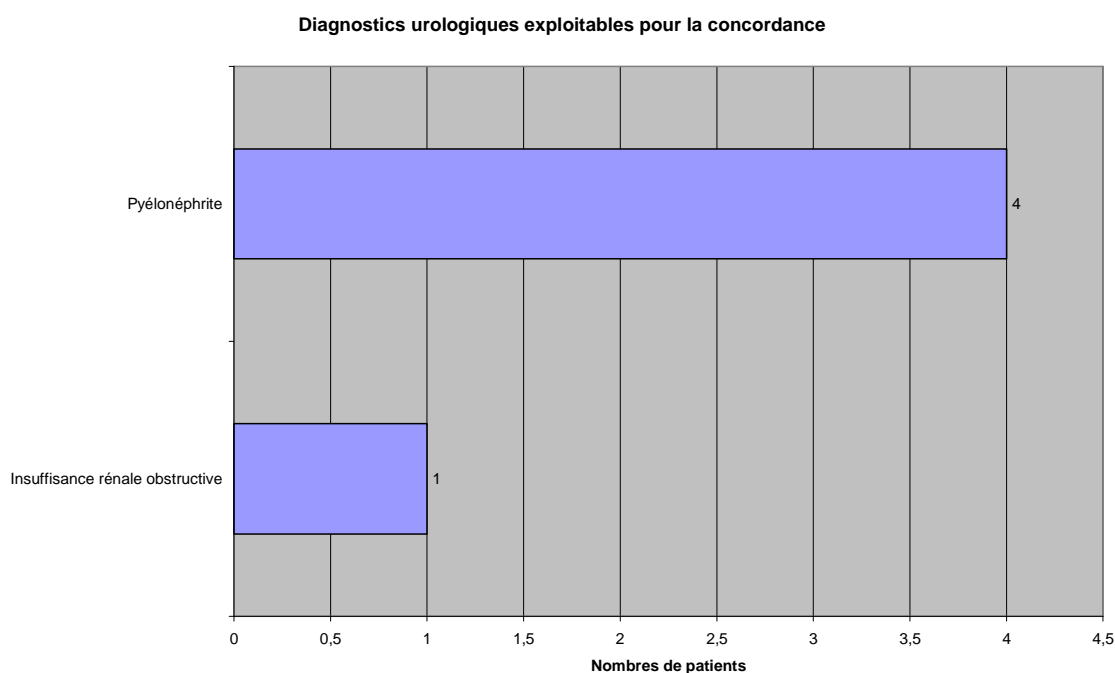
- dossiers discordants vrais : pas de dossier discordant vrai dans ce cadre nosologique.
  
- 3 dossiers faux discordants :
  - Dans le groupe « trouble ionique » :
    - Un dossier "coma hyperosmolaire sur pyélonéphrite" était en fait un coma hyperosmolaire sur gastro entérite aiguë.
    - Un dossier dont le diagnostic principal à la SAUV est "hyperkaliémie". En hospitalisation, une oesophagite candidosique sévère est retrouvée et est considérée comme diagnostic principal.
    - Un dossier "hypokaliémie", qui au SAUV a été mis en relation avec des diarrhées chroniques. Durant l'hospitalisation, le diagnostic d'hypokaliémie est confirmé mais l'étiologie est multifactorielle.

## 9. Cadre « urologie »

Les dossiers codés « urologie » à la sortie de la SAUV sont au nombre de 7. Les motifs d'entrée initiaux et les diagnostics posés à la SAUV (cf. annexe 9).

### a) Dossiers exploitables pour la concordance

5 dossiers sont exploitables pour la concordance car un dossier pyélonéphrite et un dossier insuffisance rénale obstructive n'ont pas pu être récupérés dans les services.



### b) Concordance des diagnostics

Durant les hospitalisations, il n'y a pas eu de remise en cause du diagnostic principal, et tous les diagnostics sont 100% concordants.

## ***10. Cadre « psychiatrie »***

Les dossiers codés « urologie » à la sortie de la SAUV sont au nombre de 7. Les motifs d'entrée initiaux et les diagnostics posés à la SAUV (cf. annexe 10).

Aucun dossier n'est exploitable pour la concordance car :

- 6 patients sont rentrés à domicile ;
  - o 4 diagnostics d'anxiété
  - o 2 d'hystéries
- 1 patient hospitalisé dont le dossier n'est pas récupérable.

## ***11. Cadre « Autres »***

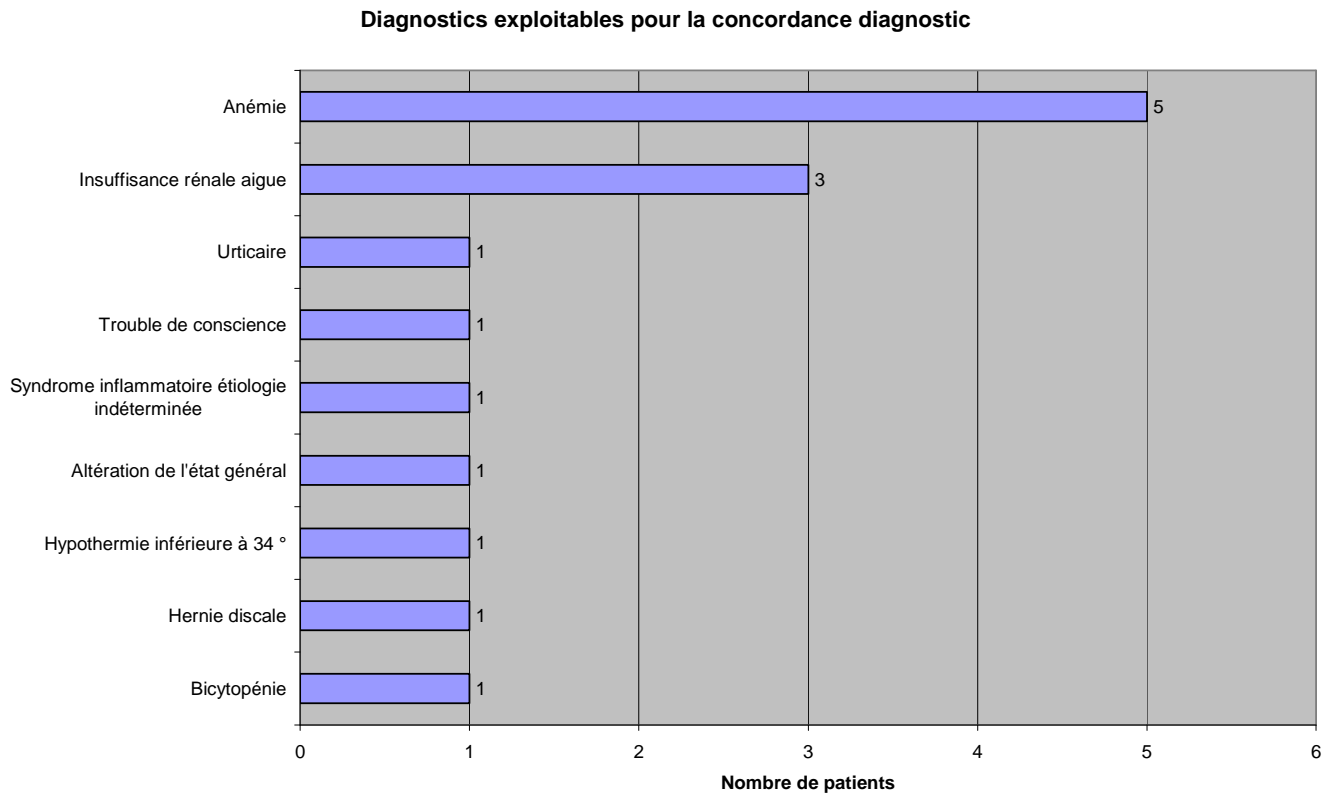
Il existe 23 dossiers non classés dans les précédents cadres nosologiques. Les motifs d'entrée initiaux et les diagnostics posés à la SAUV (cf. annexe 11).

### **a) Dossiers exploitables pour la concordance**

Sur les 23 dossiers, 8 ne sont pas exploitables pour la concordance car :

- 6 patients sont retournés à domicile :
  - o 2 "malaises vagues",
  - o 1 "anémie",
  - o 1 "épistaxis",
  - o 1 "érysipèle",
  - o 1 "urticaire".
- 1 dossier de "fascite nécrosante" retournée en hospitalisation après avis chirurgical maxillo facial.
- 1 dossier "anémie", non retrouvé en hospitalisation.

15 dossiers sont donc exploitables pour la concordance :





## b) Concordance des diagnostics

Le taux de concordance est de 100 % dont 15 % de diagnostics affinés en service.

**TABLEAU DE CONCORDANCE DES DIAGNOSTICS**

Anémie	
Insuffisance rénale aiguë	
Urticaire	
Hypothermie inférieure à 34 °	
Hernie discale	
Bicytopenie	
Altération de l'état général	
Syndrome inflammatoire étiologie indéterminée	
Trouble de conscience	

Légende	100% concordant	
	Affiné	
	Discordant	
	Faux discordant	

## **I. Les dossiers concordants**

### 13 dossiers concordants :

- 8 dossiers 100% concordants
- 5 dossiers affinés :
  - Dans le groupe « anémie » :
    - 1 "anémie" est précisée comme ferriprive durant l'hospitalisation,
    - 1 "anémie" est probablement liée à une leucémie aiguë, sans confirmation durant l'hospitalisation.
  - Dans le groupe « insuffisance rénale aiguë », une insuffisance rénale est étiquetée comme conséquence d'une injection de produit de contraste iodé.
  - Concernant le syndrome inflammatoire, une cause rhumatismale est évoquée sans certitude diagnostic durant l'hospitalisation.
  - Pour le diagnostic d'altération de l'état général, une néoplasie rénale est découverte durant l'hospitalisation.

## **II. Les dossiers discordants**

### 2 dossiers discordants :

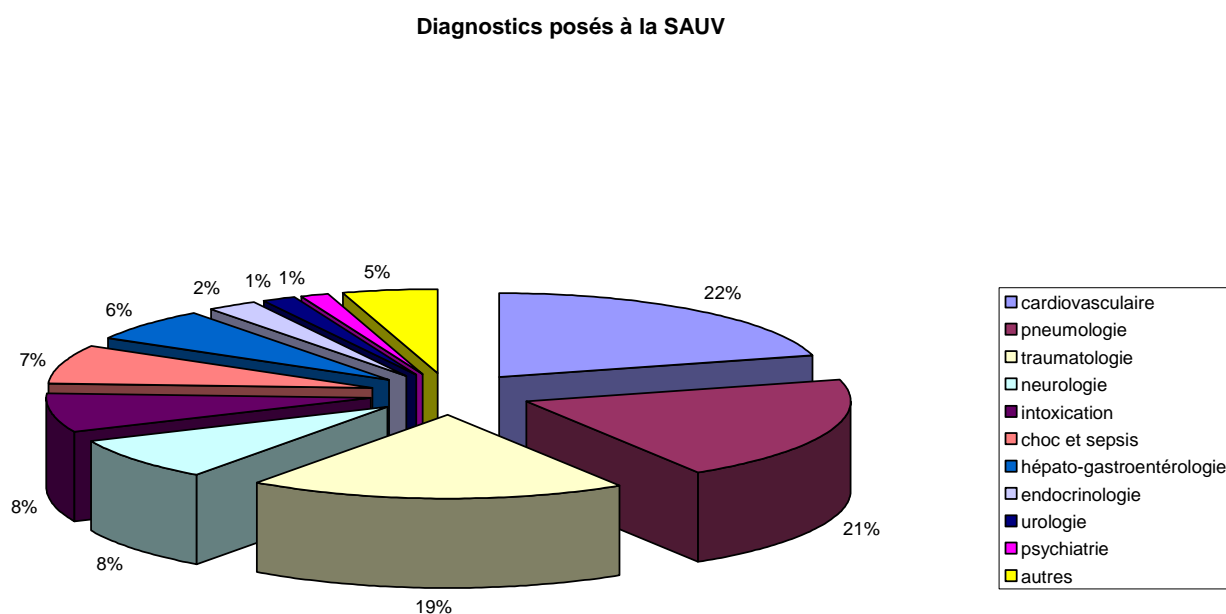
- Pas de dossier discordant vrai.
- 2 dossiers faux discordants :
  - Un des diagnostics d'anémie se confirme durant l'hospitalisation et une embolie pulmonaire est retrouvée dans le cadre de l'exploration de la dyspnée sur l'anémie.
  - Un trouble de conscience est étiqueté possible conversion hystérique durant l'hospitalisation

# II. Résumé des résultats

## 1. Les diagnostics posés à la SAUV

Au total 512 dossiers ont été étudiés, 349 ont pu être inclus.  
Les dossiers inclus ont été classés en 11 cadres nosologiques.

Au total, les diagnostics posés à la SAUV se répartissent de la façon suivante :



Trois cadres nosologiques se dégagent de cette analyse. Ils représentent environ 60% des diagnostics posés à la SAUV :

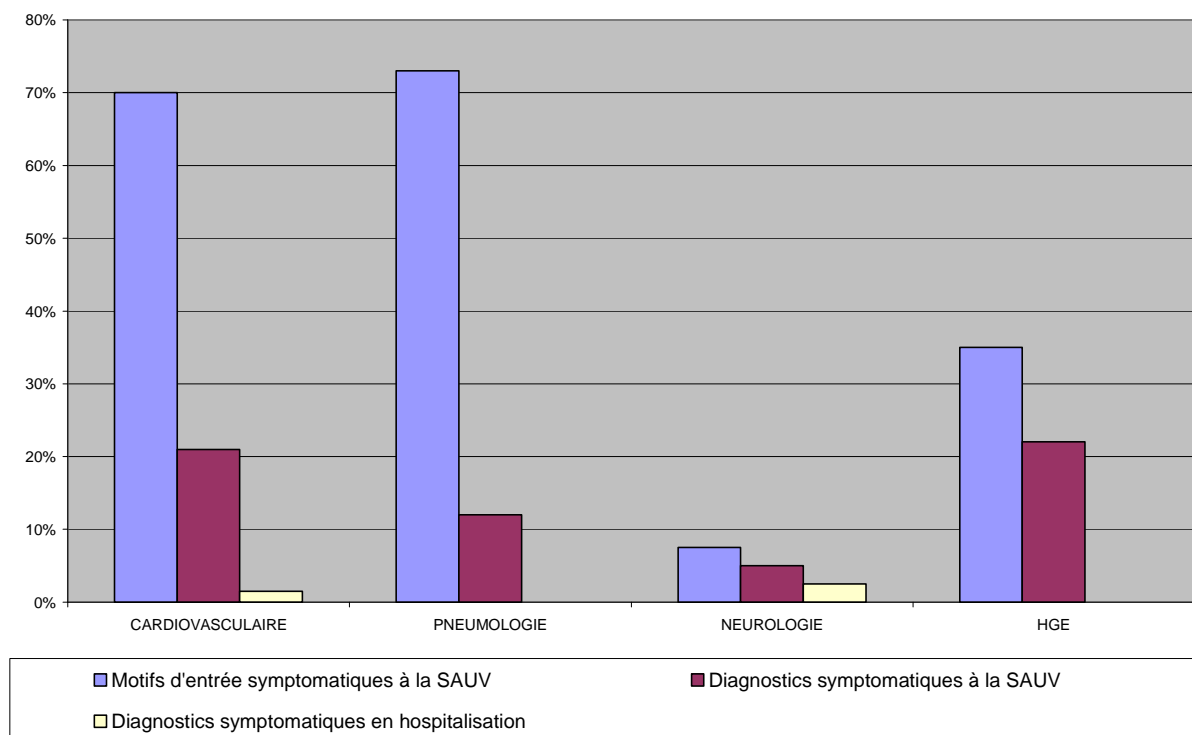
- le cadre « cardiovasculaire » : 22% des diagnostics,
- le cadre « pneumologie » : 21% des diagnostics,
- le cadre « traumatologie » : 19% des diagnostics.

Viennent ensuite les cadres nosologiques représentant un peu moins de 10% chacun des diagnostics posés à la SAUV :

- le cadre « neurologie » : 8% des diagnostics,
- le cadre « intoxication » : 8% des diagnostics,
- le cadre « choc et sepsis » : 7% des diagnostics,
- le cadre « hépato-gastroentérologie » : 6% des diagnostics.

## 2. Les diagnostics symptomatiques

Pour 4 cadres nosologiques il a été possible d'établir la notion de motif d'entrée symptomatique : les cadres « cardiovasculaire », « pneumologie », « neurologie » et « hépatogastroentérologie ».



Les proportions de codages symptomatiques concernant les motifs d'entrée s'expliquent par la part importante des items « douleur thoracique », « dyspnée », « insuffisance respiratoire aiguë », et « douleur abdominale » dans les différents cadres nosologiques.

L'évolution du codage symptomatique peut s'expliquer par l'apport diagnostique réalisé pendant le passage à la SAUV.

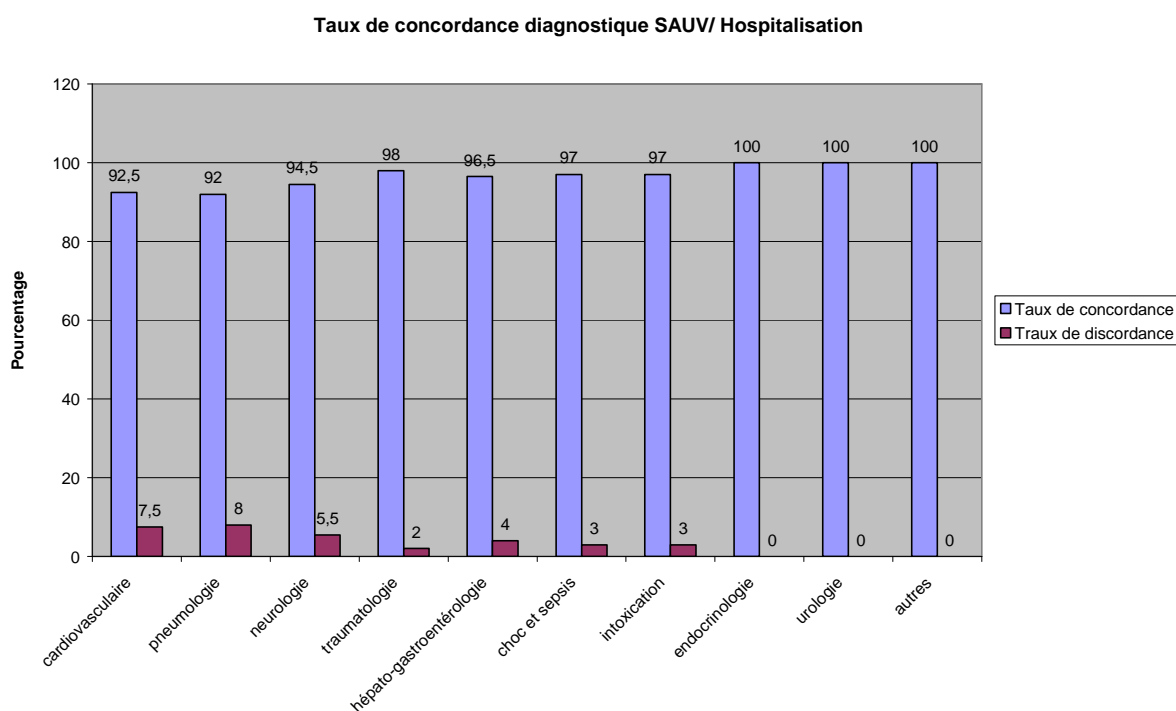
Pour illustrer cet apport diagnostique nous prendrons l'exemple du motif d'entrée « douleur thoracique » :

- Pour une partie des patients, les douleurs thoraciques sont diagnostiquées syndrome coronarien aigu, pneumothorax ou embolie pulmonaire et nécessitent une prise en charge hospitalière. Ainsi une partie importante des dossiers avec des motifs d'entrée symptomatiques trouvent un diagnostic étiologique après leur passage par la SAUV.

- D'autres patients rentrent chez eux avec le diagnostic symptomatique de douleur thoracique atypique ou de reflux gastro-oesophagien. Ces derniers présentent un symptôme sans signe de gravité ou de complication.
- Enfin, une partie des diagnostics de douleur thoracique reste symptomatique à la sortie de la SAUV: ces patients doivent être hospitalisés lorsqu'un doute diagnostique persiste sur la gravité de la situation.

Nous constatons le faible pourcentage de diagnostic restant symptomatique à la sortie du service d'aval.

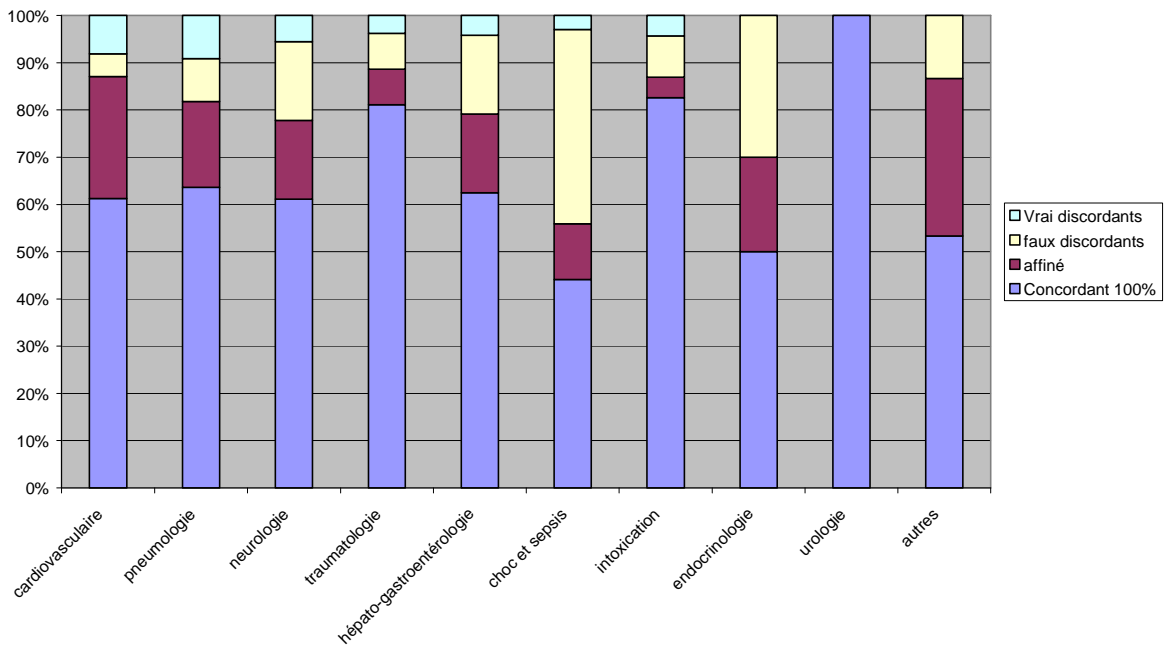
### 3. Taux de concordance diagnostique SAUV/Hospitalisation



Les taux de concordance diagnostique varie de 92% (« pneumologie ») à 100% (« endocrinologie », « urologie », « autres »).

Ces taux de concordance diagnostique comprennent les diagnostics 100% concordants, les concordants affinés et les faux discordants, comme l'illustre le graphique ci-dessous :

### Concordance diagnostique SAUV/ Hospitalisation



Le taux global de concordance diagnostique entre la SAUV et les services d'hospitalisation est de 94.2% (329 sur 349 dossiers).

Celui-ci comprend :

- Le taux global de diagnostics 100% concordants est de 62.2% (217 dossiers sur 349).
- Le taux global des dossiers dont le diagnostic est affiné en hospitalisation est de 16% (56 dossiers sur 349).
- Le taux global de faux discordant est de 16% (56 dossiers sur 349).

# **DISCUSSION DE LA MÉTHODOLOGIE**

# I. Le recueil des données

Le recueil des données représente une des difficultés de cette étude.

## *1. Les potentielles sources d'erreurs*

Les dossiers de passage des patients à la SAUV ont été récupérés grâce au registre papier tenu par l'équipe paramédicale.

Une première source d'erreur est possible ici car il n'est pas certain que tous les patients passant par la SAUV du 1<sup>er</sup> janvier au 28 février 2010 aient été notés dans ce registre en raison d'un oubli.

Il est effectivement difficile avec le logiciel Résurgences® de déterminer quel patient sont passés par la SAUV, raison pour laquelle le support papier a été retenu, même s'il n'est pas optimal.

Le numéro de dossier, ainsi récupéré permet d'extraire le dossier médical du logiciel Résurgences® de façon manuelle. Cela peut représenter une deuxième source d'erreur même si la correspondance entre numéro de dossier et nom du patient doit permettre de la limiter.

## *2. Difficultés rencontrées*

Pour récupérer les courriers de sortie des hospitalisations, les secrétaires de chaque service d'aval ont été contactées par mail ou téléphone afin de récupérer ces lettres. Cette méthode de recueil des informations, dépendante de facteurs humains, n'a pas permis de récupérer certains dossiers de patients hospitalisés (Cf. annexe 12)

Le recueil des courriers de sortie du premier service d'aval peut présenter un biais car il ne correspond pas toujours au courrier de sortie de fin d'hospitalisation. En effet, si du service d'hospitalisation d'aval de la SAUV le patient est transféré vers un autre service le diagnostic principal peut être confirmé, précisé ou infirmé dans un second temps.

En posant comme postula que le diagnostic en hospitalisation dans le service d'aval servait de référence nous n'avons pas inclus la possibilité d'une modification de ce diagnostic dans le cadre d'hospitalisation dans de multiples services.



# II. La classification nosologique des diagnostics

## *1. Choisir une classification*

Devant le nombre important de diagnostics rencontrés à la SAUV, l'une des difficultés de cette étude a résidé dans la classification des données.

La classification en cadre nosologique des diagnostics principaux permet une meilleure visibilité des résultats.

La littérature propose plusieurs exemples de classement. L'exemple retenu s'inspire de la classification proposée par la SFMU (21) : on y a ajouté le cadre « choc et sepsis ».

## *2. Classement des données*

La hiérarchisation des dossiers à l'intérieur des différents cadres nosologiques est parfois difficile en raison de diagnostics se situant à la frontière entre 2 cadres nosologiques.

Ainsi, en fonction de la vigilance, une intoxication médicamenteuse volontaire pourra se retrouver dans le cadre « intoxication » ou « pneumologie » si une insuffisance respiratoire aiguë est au premier plan.

Ce type de situation peut porter à discussion et une relecture des dossiers par plusieurs personnes aurait permis de limiter ce biais.

# III. La notion de concordance diagnostique

## *1. Concordance entre motif d'entrée et diagnostic de sortie de la SAUV*

Il n'y a pas eu de concordance réalisable entre les motifs d'entrée à la SAUV et les diagnostics de sortie de la SAUV.

En effet, les divers motifs d'entrée dans la SAUV ne correspondent pas toujours à des diagnostics, ils ne sont que des motifs d'entrée le plus souvent symptomatiques.

Les modes d'entrée à la SAUV sont divers comme nous l'avons vu précédemment (cf. chapitre I, 1, b):

- le patient peut se présenter seul et par ses propres moyens à l'IAO,
- le patient peut être pris en charge en pré-hospitalier par un médecin du SMUR : dans ce cas, un travail diagnostique a déjà été réalisé par un médecin.

Nous avons donc jugé qu'il n'était pas possible d'étudier une concordance diagnostique fiable entre un motif d'entrée à la SAUV et un diagnostic de sortie de la SAUV, ce qui est discutable.

## *2. Les diagnostics symptomatiques*

Nous avons, pour certains cadres nosologiques, étudié l'évolution du taux de diagnostics symptomatiques entre :

- les motifs d'entrée,
- les diagnostics à la sortie de la SAUV,
- les diagnostics à la sortie du service d'aval.

Ce taux permet d'étudier l'évolution du raisonnement diagnostique : du symptôme vers l'étiologie. Il est certain que la durée du passage à la SAUV puis en hospitalisation permet la réalisation d'examens supplémentaires rendant ainsi un diagnostic étiologique précis et dans la plupart des cas non symptomatique.

### ***3. Méthode statistique***

Nous n'avons pas pu utiliser le coefficient Kappa, coefficient statistique référent d'analyse de concordance, pour évaluer la concordance des diagnostics entre la sortie de la SAUV et la sortie du service d'aval en raison du nombre trop important d'items diagnostiques présents. Ceci après discussion et avis des statisticiens.

Dans les précédentes études, les méthodes statistiques utilisant le coefficient Kappa nécessitaient l'intégration de diagnostic associé. Cela n'était pas transposable à notre étude.

Enfin, nous avons évalué la concordance entre diagnostics à la sortie la SAUV et diagnostics à la sortie du service d'aval, et non la pertinence du diagnostic posé à la sortie de la SAUV.

Ce type de démarche demanderait, en plus de l'évaluation des diagnostics, d'apprécier les moyens cliniques et para cliniques mis en œuvre, ce qui était difficilement réalisable dans une étude rétrospective.

# **DISCUSSION DES RÉSULTATS**

# I. Concordance diagnostique

## *1. Evaluation avec la littérature*

### **a) Résultats de notre étude**

Dans notre étude, le taux global de concordance, entre les diagnostics à la sortie de la SAUV et les diagnostics hospitaliers, est de 94.2% (329 sur 349 dossiers).

Ce taux semble satisfaisant mais peut être modéré pour les raisons suivantes. Le diagnostic de sortie de la SAUV reste encore parfois symptomatique, ce constat s'explique en partie par le fait de laisser les patients rentrer au domicile avec un diagnostic symptomatique après avoir éliminé les éventuels diagnostics de gravité. C'est le cas par exemple de certains patients admis pour douleur thoracique.

Le fait d'hospitaliser des patients avec un diagnostic symptomatique, reflète la nécessité d'avis spécialisés ou d'examen complémentaires spécialisés nécessaires et parfois non disponibles à la SAUV.

Il est possible que le diagnostic porté à la sortie de la SAUV influence l'orientation et la démarche diagnostique effectuée durant une hospitalisation. La réalisation d'un nouvel examen clinique ainsi que l'apport d'examen complémentaires durant l'hospitalisation permet de penser que ce biais reste minime.

### **b) Les données de la littérature**

Les travaux présents dans la littérature qui réalisent des études proches de la notre, avec des méthodologies non uniformes et qui ne se basent pas que sur les patients de la SAUV mais les patients du SAU, retrouvent des taux similaires.

#### **I. L'exemple d'Aix (15)**

**Centre Hospitalier (CH) du Pays d'Aix :** « Pertinence du diagnostic médical Posé dans un service d'urgence. Analyse de concordance avec les diagnostics posés en hospitalisation ».

L'étude se base sur 1000 dossiers. L'intégration d'un score de concordance selon un modèle mathématique complexe se basant sur le diagnostic principal et les diagnostics associés aboutit à un score de concordance diagnostique et d'erreur diagnostique.

L'évaluation de la pertinence du diagnostic médical posé dans un service d'urgences du pays d'Aix par rapport au diagnostic posé en hospitalisation met en évidence un taux de pertinence diagnostique de 90%.

Ce travail a permis de déterminer un facteur global de cohérence.

L'étude met en évidence :

- 34% de concordants parfaits,
- 18% de très concordants,
- 10% de moyen concordants,
- 28% de peu concordants

L'étude étudie également :

- Les facteurs qui permettent plus de concordance :
  - o un patient porteur d'une pathologie fréquente au SAU,
  - o la présence d'un senior au SAU.
- Les facteurs qui permettent moins de concordance :
  - o un patient porteur d'une pathologie peu fréquente, si de nombreux examens para cliniques sont nécessaires au débrouillage et si la pathologie est non élucidée en pré hospitalier.
- Les facteurs qui n'influencent pas le niveau de concordance :
  - o modalité de transport sanitaire,
  - o l'avis pré-hospitalier ou spécialisé,
  - o l'indicateur de charge de travail.

Cette étude retrouve un taux de concordance de 90%, appelé ici taux de pertinence, proche de la notre de 94%. Mais notre étude n'est pas basée sur les facteurs influençant le taux de concordance.

Il a été permis d'étudier les facteurs qui influence le taux de concordance ce que ne permet pas la méthodologie de notre étude.

## II. L'exemple de Nantes (13)

**Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nantes :** «Une évaluation de l'exactitude diagnostique qui compare le diagnostic posé par le médecin généraliste, le diagnostic principal établi au SAU et le diagnostic principal retenu dans le service d'hospitalisation ».

Une analyse de la concordance diagnostic est effectuée à partir d'un groupe de concordance diagnostic et d'un groupe d'erreur diagnostic. De plus, il existe la notion de diagnostic symptomatique.

L'évaluation de l'exactitude diagnostique au CHU de Nantes retrouve un taux de concordance diagnostique de 81%.

Elle retrouve également 11% d'erreurs et 8% de diagnostics absents.

Le taux plus faible peut s'expliquer par une méthodologie différente. La concordance s'effectue sur 3 diagnostics différents :

- celui du médecin généraliste,
- celui posé au SAU,
- celui posé dans le service d'hospitalisation.

Nous avons décidé que pour ce travail de ne pas retenir ce processus mais nous aurions effectivement pu l'appliquer entre le diagnostic du médecin régulateur, diagnostic de sortie de la SAUV et diagnostic de sortie d'hospitalisation. Cependant même si ce travail aurait été intéressant, notre étude rétrospective, rendait difficile de le mettre en place.

De plus comme nous l'avons vu tous les patients entrant en SAUV n'arrivent pas tous par le SMUR, loin de là.

Il serait donc peut être intéressant d'envisager une étude prospective en prenant en compte ces 3 parties mais sur une période plus longue.

### **III. L'exemple de Marseille (12)**

**CHU de Marseille :** « Une évaluation de concordance entre le diagnostic établi au SAU de l'hôpital Sainte Marguerite et le diagnostic établi dans un service d'hospitalisation ». L'étude se base sur 206 dossiers. Il est alors défini un groupe de concordance diagnostique et un groupe d'erreur diagnostique.

L'étude effectuée au CHU de Marseille, entre le diagnostic du SAU et le diagnostic d'hospitalisation, retrouve un taux de 91% de concordance diagnostique :

- 57% de bonne concordance
- 34% de concordance syndromique

Malgré l'intégration de patients provenant du SAU (comme dans les autres études) les résultats sont proches de notre étude sur la SAUV.

### **IV. L'exemple de Thionville (10)**

**CH de Bel-Air à Thionville :** « Une évaluation des diagnostics de médecine établis au SAU ».

Cette étude compare les diagnostics du SAU aux diagnostics d'hospitalisation dans le même établissement.

La méthode est une analyse comparative de codages issus de la CIM 10. 6 groupes sont établis :

- bons diagnostics,
- diagnostics imprécis,
- diagnostics non trouvés,
- diagnostics erronés,
- diagnostics différentiels bons,
- groupe non exploitable

L'évaluation des diagnostics posés au SAU de Thionville par rapport à l'hospitalisation a retrouvé un taux de concordance global de 80% :

- 62% de concordance diagnostique,
- 18% de concordance syndromique,

La différence relativement importante du taux de concordance avec notre étude peut s'expliquer en partie par l'intégration des dossiers non exploitables et non trouvés dans le taux de concordance total.

## **V. L'exemple de Carcassonne (15)**

**CH de Carcassonne :** « Etude de la concordance diagnostique entre la sortie du SAU et la sortie de l'hôpital ».

Il s'agit d'une étude rétrospective sur 400 dossiers. Les diagnostics sont classés comme concordants, discordants et/ou étiologiques et symptomatiques.

L'étude de la concordance diagnostique entre la sortie du SAU et la sortie de l'hôpital au CH de Carcassonne est de 60,75%.

Ce taux est obtenu par comparaison directe des codages médicaux du SAU et de fin d'hospitalisation sans reprise des dossiers médicaux.

Ce taux se rapproche du taux que nous avons retrouvé sans adjonction des diagnostics affinés et faux discordants (62.2%).

## **VI. L'exemple de Dayton (United States of America (USA)) (18)**

**Hôpital de Dayton (USA) :** « Evaluation des erreurs diagnostiques pour les patients hospitalisés à partir du SAU ».

L'étude se base sur 10 000 dossiers. La concordance est effectuée par comparaison des diagnostics principaux puis deux groupes sont constitués : concordants et erreurs diagnostiques.

Dans l'étude réalisée à l'hôpital de Dayton (USA), qui évalue les erreurs diagnostiques des patients hospitalisés à partir du SAU, le taux de concordance diagnostique est de 99,4%.

Ce résultat semble particulièrement performant par rapport à notre étude et aux études précédentes. La méthodologie par comparaison directe des diagnostics explique peut-être ce résultat.



## VII. L'exemple de Barcelone (Espagne) (19)

**Hôpital de Barcelone (Espagne) :** « Etude de concordance entre le SAU et les services d'hospitalisation ».

Codage du diagnostic principal en CIM 9. 3 groupes ont été retenus :

- Diagnostics concordants,
- Diagnostics non concordants mais syndromes corrects
- Diagnostics erronés.

L'étude réalisée à Barcelone (Espagne) entre le SAU et l'hospitalisation, met en évidence :

- un taux de 88% de concordance diagnostique,
- un taux de 7.3% de concordance syndromique,
- un taux de 4.6% d'erreur diagnostique.

L'analyse causale des erreurs réalisées met en évidence une évaluation clinique insuffisante pour 50% d'entre elles.

Le taux de discordance est proche de celui retrouvé dans notre étude (5,7%).

### **Remarque :**

Les études qui recherchent l'origine d'un meilleur taux de concordance retrouvent l'importance de l'examen clinique. Nous ne nous sommes pas intéressés à ceci dans notre étude en ayant pris le parti de ne s'appuyer que sur les diagnostics de sortie de la SAUV et du service d'aval.

## ***2. Evaluation des diagnostics concordants***

### **a) Les diagnostics concordants à 100%**

Ils représentent 62.2% de nos dossiers.

Ces diagnostics sont confirmés en hospitalisation lorsqu'ils se basent sur une définition clinique à la SAUV. C'est le cas de la majorité des diagnostics de convulsions, d'états de mal épileptiques, d'intoxications médicamenteuses volontaires ou d'exacerbations de BPCO.

Une autre partie des diagnostics concordants, font suite à un ou des examen(s) para clinique. Ce qui est le cas de l'embolie pulmonaire, des trouble du rythme, du pneumothorax, d'une pneumopathie, où des examens simples et rapides confirment le diagnostic : RP, ECG ...

Un examen clinique et un faible nombre d'examens complémentaires permettent donc de diagnostiquer correctement la majorité des pathologies dans la SAUV. L'hospitalisation se justifie donc par la nécessité de poursuivre des traitements ou par l'aggravation potentielle de ces pathologies.

### **b) Les diagnostics affinés lors d'une hospitalisation**

Ils représentent 16% des dossiers. Ce taux est lié à l'apport diagnostique du passage en hospitalisation.

Ces diagnostics représentent pour une partie les diagnostics codés de façon symptomatique à la SAUV comme les douleurs thoraciques, les symptômes cardiovasculaires, les insuffisances respiratoires aiguës.

Enfin, une partie des diagnostics affinés le sont grâce au plateau technique des services comme dans le cadre des SCA, ou des hématémèses.

Cependant même si le diagnostic est affiné, il s'avère que ses patients semblent pour la plupart orientés dans le bon service.

### **c) Les faux discordants**

Ils représentent 16% des dossiers.

Ils sont inclus dans notre calcul du taux de concordance globale.

Cette classification a été rendue nécessaire par la présence de l'évolutivité de certaines pathologies, dont le diagnostic a été réalisé avec justesse lors du passage dans la SAUV, mais dont le pronostic s'est aggravé pendant l'hospitalisation.

C'est le cas par exemple de pneumopathies diagnostiquées lors du passage dans la SAUV qui ont secondairement évoluées en choc septique en hospitalisation. Cette évolutivité n'a pas été étudiée dans notre étude.

De même, nous y avons inclus les patients décédés en hospitalisation lorsque le diagnostic posé lors du passage dans la SAUV s'est confirmé en service et a été la cause du décès. Ce choix se discute mais il se révèle être le même que celui fait dans la littérature trouvée.

Ce groupe intègre également les dossiers de patients poly pathologiques, c'est à dire dont le diagnostic principal lors du passage dans la SAUV a été confirmé en hospitalisation mais avec d'autres diagnostics associés. Ceci pose le problème de codage au sein du service.

Enfin, une faible partie des dossiers avec une incertitude diagnostique en hospitalisation est incluse. Cela représente 2 dossiers de cardiologie qui nécessitaient des examens complémentaires à distance. Ces dossiers pourraient même être exclus puisque aucun diagnostic de certitude n'a été posé durant l'hospitalisation.

L'inclusion des faux discordants et des concordants affinés nous a permis d'obtenir un score de concordance diagnostique et non pas un score de concordance de codage.

# II. DISCORDANCE DIAGNOSTIQUE

Le taux de discordance global est de 5,7%.

Comme nous l'avons vu précédemment il est comparable à la littérature. (10, 12, 15, 19)

Une majorité des dossiers « discordants vrai » sont retrouvés dans les cadres « cardiovasculaire » et « pneumologie » (13 dossiers sur 20). Ces dossiers correspondent, à l'exception d'une douleur thoracique, tous à un syndrome de difficulté respiratoire.

Le nombre important d'étiologies possibles à une difficulté respiratoire peut expliquer en partie la difficulté que peut éprouver le médecin urgentiste à poser un diagnostic juste dans ce cas.

Cependant, nous n'avons pas évalué :

- l'impact, en terme de perte de chance pour le patient, d'un diagnostic erroné lors de son passage en SAUV,
- le retard de la mise en place d'un traitement adapté lorsqu'un diagnostic erroné est posé en SAUV.

Exemples de dossiers discordants vrais :

- 2 SCA ST – troponine + n'ont pas été diagnostiqués lors du passage en SAUV et sont rentrés dans le groupe OAP et pneumopathie.

Nous pouvons imaginer renforcer la formation des médecins urgentistes en cardiologie et pneumologie en incluant par exemple ces deux spécialités dans la maquette du futur Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de médecine d'urgence.

Cependant, il s'agit souvent de patients polypathologiques présentant plusieurs décompensations simultanées, et souvent sont pris en charge celles mettant rapidement le pronostic vital en jeu.

Les autres erreurs diagnostiques sont réparties de façon plus homogène dans notre étude. L'interprétation de ces résultats doit donc être plus réservée.

# **CONCLUSION**

La place du médecin urgentiste dans le système de soins en fait un acteur essentiel de la démarche diagnostique.

L'effort diagnostique réalisé par le médecin au sein de la SAUV semble réel et fiable.

Le diagnostic posé lors du passage d'un patient au sein de la SAUV est considéré comme concordant au diagnostic posé en hospitalisation dans la plupart des cas de notre étude 96.4% et correspond aux références bibliographiques.

Lors de l'hospitalisation d'un patient, l'apport étiologique, par affinement du diagnostic, est présent pour près d'un patient sur cinq.

La discordance diagnostique est faible. Les principales discordances diagnostiques sont notées pour les pathologies cardiaques et pulmonaires, en particulier les causes de dyspnée aiguë. Il est difficile dans le cadre de l'urgence de déterminer précisément certains diagnostics chez des patients atteints de multiples pathologies.

Nous pourrions dans un prochain travail étudier de façon prospective l'évolution du diagnostic principal évoqué par les acteurs des différentes filières de soins : du premier intervenant (médecin généraliste ou médecin régulateur) jusqu'à la sortie de l'hospitalisation.

Nous devons donc poursuivre notre effort d'exigence dans la recherche du diagnostic étiologique le plus sûr, afin de traiter et d'orienter au mieux nos patients.

# **BIBLIOGRAPHIE**

1. BAUDEAU D., DEVILLE A., JOUBERT M., FIVAZ C., GIRARD I., LE LAIDIER S.  
Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés  
Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques  
*Rapport de la DRESS. Etudes et Résultats n°72. Juillet 2000.*
2. CARRASCO V., BEAUDEAU D.  
Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale.  
Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques  
*Rapport de la DRESS. Etudes et Résultats n°212. Janvier 2003*
3. Circulaire n° DH. AB/D.G.S.3 E/91-34, relative à l'amélioration des services d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation général : guide d'organisation.
4. ROY P.M., LANNEHOA Y.  
Le triage aux urgences  
*Réanimation. Vol.11 N°7 Pages 480-485*
5. Congrès SFMU sur IAO : première journées régionales infirmières. Octobre 2004  
*Référentiel de la Société Française de Médecine d'Urgence (01-48). 15/03/2004*
6. Société Française de Médecine d'Urgence  
Recommandations concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation d'une salle d'accueil des urgences vitales (SAUV).  
*Conférence d'experts de la société francophone de médecine d'urgences (SFMU), de SAMU de France, de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR), de la Société de Réanimation de Langue Française (SRLF).*  
([www.sfm.org](http://www.sfm.org)).
7. STAIANO N., ALAZIA M.  
Le triage aux Urgences : rôle de l'infirmière d'Accueil et d'Orientation et du médecin senior.  
*Médecine d'Urgence 1998, 40<sup>ème</sup> Congrès National d'Anesthésie et de Réanimation. 1998. Elsevier Paris et SFAR. Pages 225-233*
8. JOURNAL OFFICIEL  
Décret n°2009-29 du 9 janvier 2009 relatif à la création et aux missions du Conseil national de l'urgence hospitalière.  
*JORF n°0008 du 10 janvier 2009 [www.legifrance.fr](http://www.legifrance.fr)*
9. Société Française de Médecine d'Urgence  
L'organisation de l'aval des urgences : état des lieux et propositions  
*Groupe de travail. Coordinateur Dr POTEL G. Mai 2005*
10. COURRIER A.  
Evaluation des diagnostics de médecine dans les services d'urgences de l'hôpital Bel Air de Thionville.  
*Thèse de médecin générale, Nancy, 2000*



11. JOSSILLET A.

Concordance entre les diagnostics pré hospitalier et hospitalier en médecine d'urgence. Etude rétrospective de 459 dossiers, par comparaison des diagnostics principaux SMUR et SAU.  
*Thèse de médecine générale, Toulouse 3, 2010*

12. GALIEZ F.

Evaluation des performances du service d'accueil des urgences de l'hôpital Saint Marguerite : étude de 206 dossiers sur les concordances diagnostiques et les hospitalisation appropriées.  
*Thèse de médecine générale, Aix Marseille 2, 2000*

13. RUSTERHOLTZ T., PRADIER C., POTEL G., BOYER O., TOUZE M.D., BARON D.,  
Evaluation de l'exactitude diagnostique et du délai thérapeutique dans un service d'urgences médicales.

*Réanimation, soins intensifs, médecine d'urgence, 1991, vol.7, n °4, Pages 199-203*

14. ARMANET M.

Cheminement du diagnostic pré-hospitalier et notion de travail diagnostic apporté en SMUR. Etude bicentrique prospective concernant les interventions primaires des SMUR de Roanne et de Bourg en Bresse.

*Thèse de médecine générale, Lyon 1, 2000*

15. LALLEMENT C.

Pertinence du diagnostic médical posé dans un service d'urgence. Analyse de concordance avec les diagnostics posés en hospitalisation au centre hospitalier du pays d'Aix.

*Thèse de médecine générale, Marseille, 2003*

16. BELHAMMOU A.

Diagnostic pré-hospitalier versus diagnostic hospitalier. A propos de 475 interventions primaires réalisées par le SMUR de Rennes

*Thèse de médecine générale, Rennes, 2002.*

17. FERRIER G., PEQUINOT V., KONAN B., GUITTENY S., BAIN P., MOUROU H.

Etude de la concordance diagnostique entre la sortie du SAU et la sortie de l'hôpital sur 400 patients au centre hospitalier de Carcassonne.

*Journal Européen des Urgences, 2009 .03.409*

18. CHELLIS M., OLSON J.E., AUGUSTINE J., HAMILTON GC.

Diagnoses for patients admitted from the emergency department.

*Academic emergency medicine, 2001, n°8, pp 125-130.*

19. TUDELA P., MODOL J.M., VENY A., TOR J., BONET M., REGO M.J.

Diagnostic concordance between emergency room and hospitalization in medical patients

*Med Clin (Barc). Oct 2002. 119(14) pp 531-533*

20. UEBERSAX J.S., GROVE W.M.

Latent class analysis of diagnostic agreement

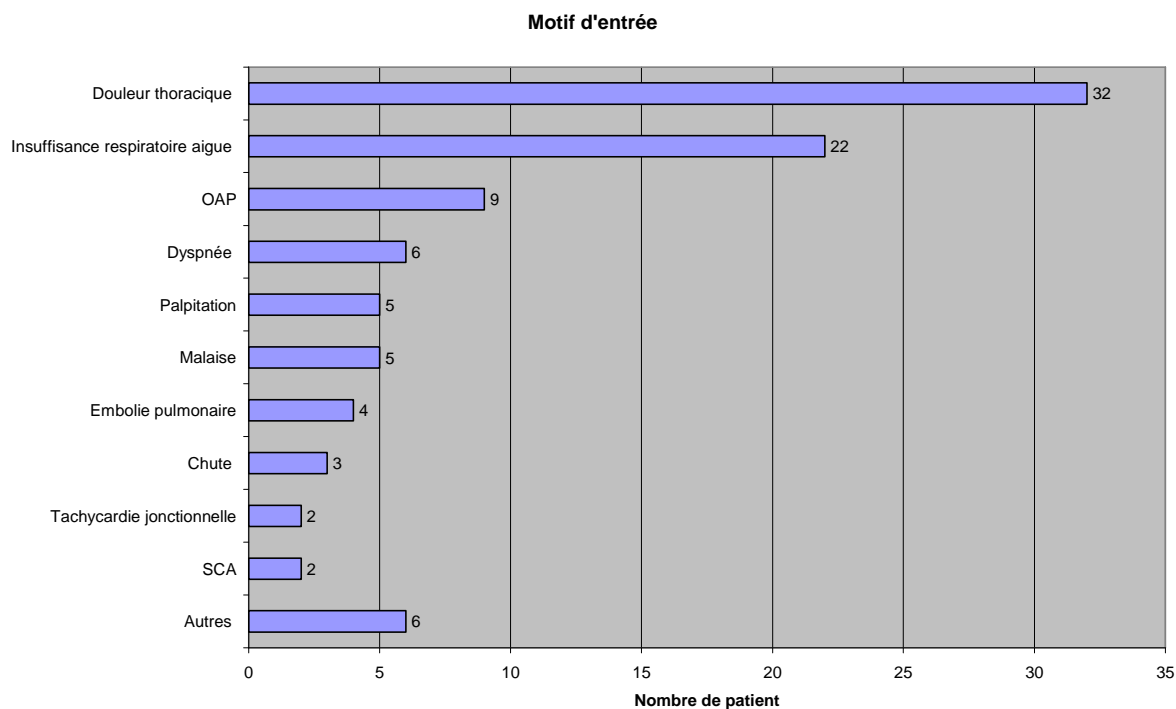
*Statistic in Medicine. Vol 9.pp 559-572*

21. Société Française de Médecine d'Urgence  
Thésaurus de Médecine d'Urgence 2009,  
*Référentiels d'évaluation, édité par la Société Française de Médecine d'Urgence.*  
([www.sfm.org](http://www.sfm.org)).

# **ANNEXES**

## Annexe 1 :

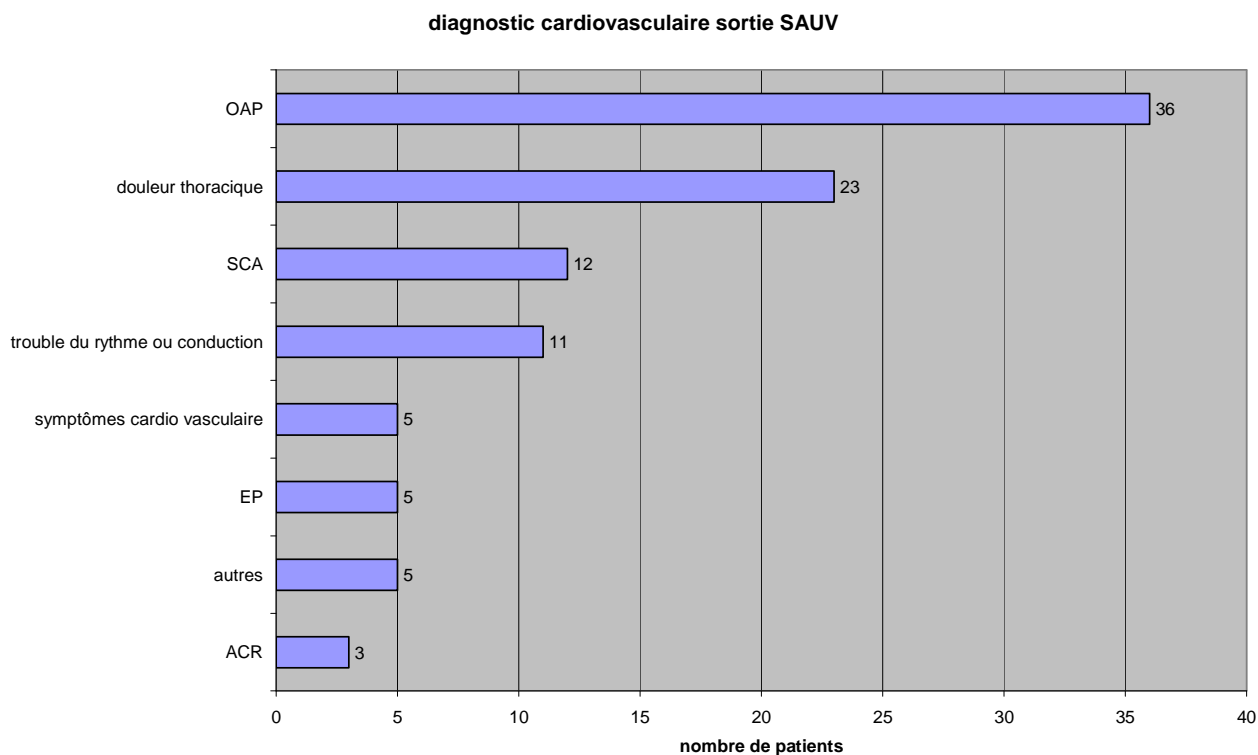
### Les motifs d'entrée du cadre « cardio-vasculaire » :



Le groupe « Autres » comprend :

- 1 bradycardie,
- 1 bloc auriculo ventriculaire,
- 1 choc cardiogénique,
- 1 dissection aortique,
- 1 exacerbation de BPCO,
- 1 infarctus du myocarde,
- 1 plaie des membres inférieurs.

## L'ensemble des diagnostics posés à la SAUV du cadre « cardiovasculaire » :



## Le détail des différents groupes diagnostiques exploitables pour la concordance:

### OAP ( 30 dossiers)

- ▶ 27 OAP sans précision
- ▶ 1 Insuffisance cardiaque globale
- ▶ 1 insuffisance cardiaque congestive sur insuffisance rénale aigue
- ▶ 1 Insuffisance cardiaque terminale

### SCA ( 13 dossiers)

- ▶ 6 SCA ST - troponine +
- ▶ 2 SCA ST - troponine -
- ▶ 1 SCA ST - sans précision
- ▶ 2 SCA ST + troponine +
- ▶ 2 SCA ST + sans précision

### Troubles du rythme ou de la conduction ( 6 dossiers)

- ▶ 3 arythmies complètes par fibrillation atriale
- ▶ 2 tachycardies jonctionnelles
- ▶ 1 bloc sino auriculaire

Embolie pulmonaire ( 5 dossiers)

- ▶ 3 EP sans précision
- ▶ 1 EP bilatérale segmentaire avec thrombose veineuse profonde
- ▶ 1 EP bilatérale proximale

Douleur thoracique ( 3 dossiers)

- ▶ 3 douleurs thoraciques sans précision

Symptômes cardiovasculaires ( 2 dossiers)

- ▶ 1 malaise
- ▶ 1 syncope sur QT long et BAV1

Arrêt cardiorespiratoire ( 2 dossiers)

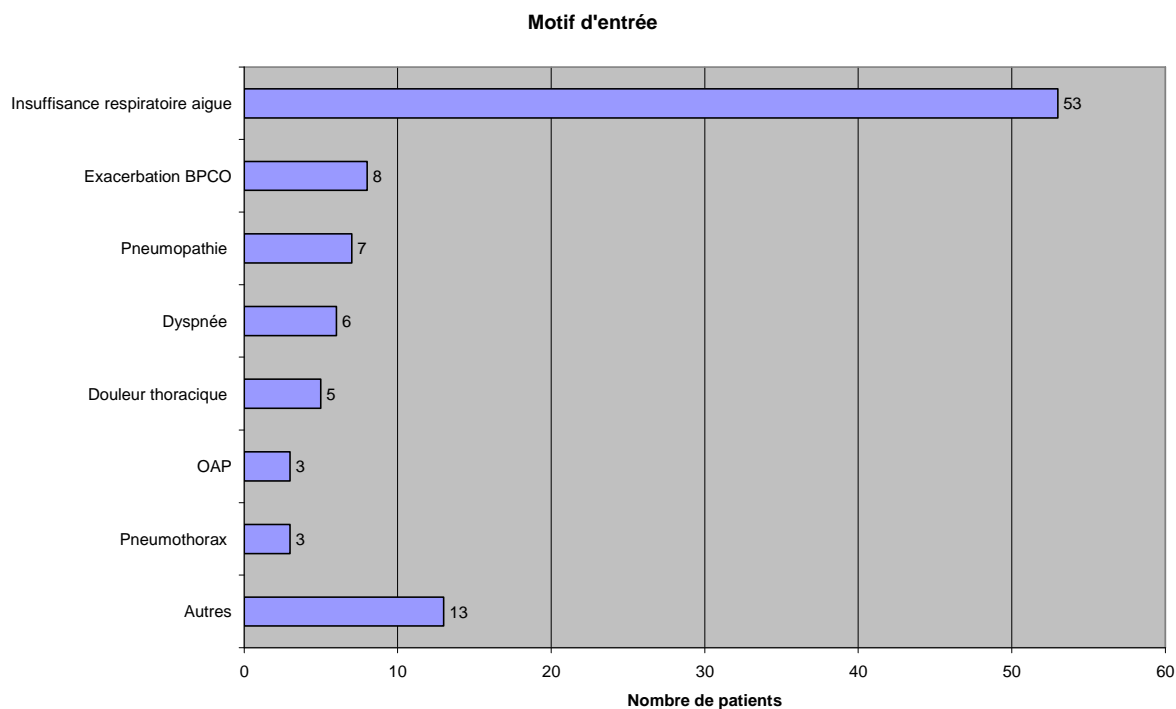
- ▶ 1 ACR hypoxique récupéré
- ▶ 1 ACR récupéré

Autres ( 5 dossiers)

- ▶ 1 dissection aortique
- ▶ 1 dyspnée sur Arythmie Complète par Fibrillation Atriale (ACFA)
- ▶ 1 myopéricardite
- ▶ 1 insuffisance respiratoire aiguë avec SCA ST+
- ▶ 1 tamponnade

## Annexe 2 :

### Motifs d'entrée du cadre « pneumologie »

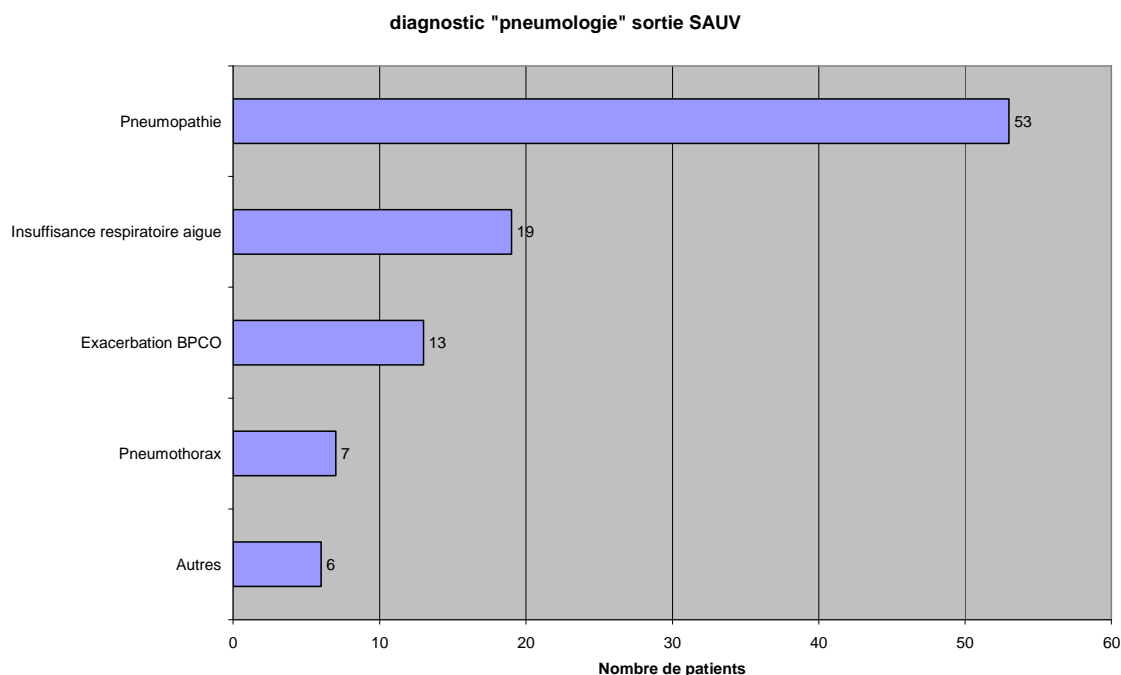


Remarque : les pneumothorax sont classés en pneumologie lorsqu'ils ne relèvent pas d'un mécanisme traumatique.

Le groupe « Autres » regroupe :

- 3 somnolences,
- 2 chutes,
- 1 altération de l'état général,
- 1 coma,
- 1 déshydratation sur vomissement,
- 1 hémoptysie,
- 1 intoxication héroïne et cocaïne,
- 1 malaise,
- 1 péricardite,
- 1 sepsis indéterminé.

## L'ensemble des diagnostics posés à la SAUV du cadre « pneumologie »



### Le détail des différents groupes diagnostiques exploitables pour la concordance :

#### Pneumopathies ( 44 dossiers)

- ▶ 35 pneumopathies sans précision
- ▶ 3 pneumopathies d'inhalation
- ▶ 2 bronchopneumopathies
- ▶ 2 pneumopathies basales
- ▶ 1 pleuropneumopathie
- ▶ 1 pneumopathie sur tumeur bronchique

#### Insuffisance respiratoire aiguë ( 18 dossiers)

- ▶ 6 IRA sans précision
- ▶ 6 IRA hypercapniques
- ▶ 4 IRA sur pneumopathie
- ▶ 1 IRA secondaire à cholécystite aigue
- ▶ 1 IRA sur bronchite

#### Exacerbations de BPCO ( 13 dossiers)

- ▶ 10 exacerbations sans précision
- ▶ 1 exacerbation hypercapnique
- ▶ 1 exacerbation sur pneumopathie
- ▶ 1 exacerbation sur défaut d'observance de la VNI

#### Pneumothorax ( 7 dossiers)

- ▶ 6 pneumothorax sans précision
- ▶ 1 hémopneumothorax

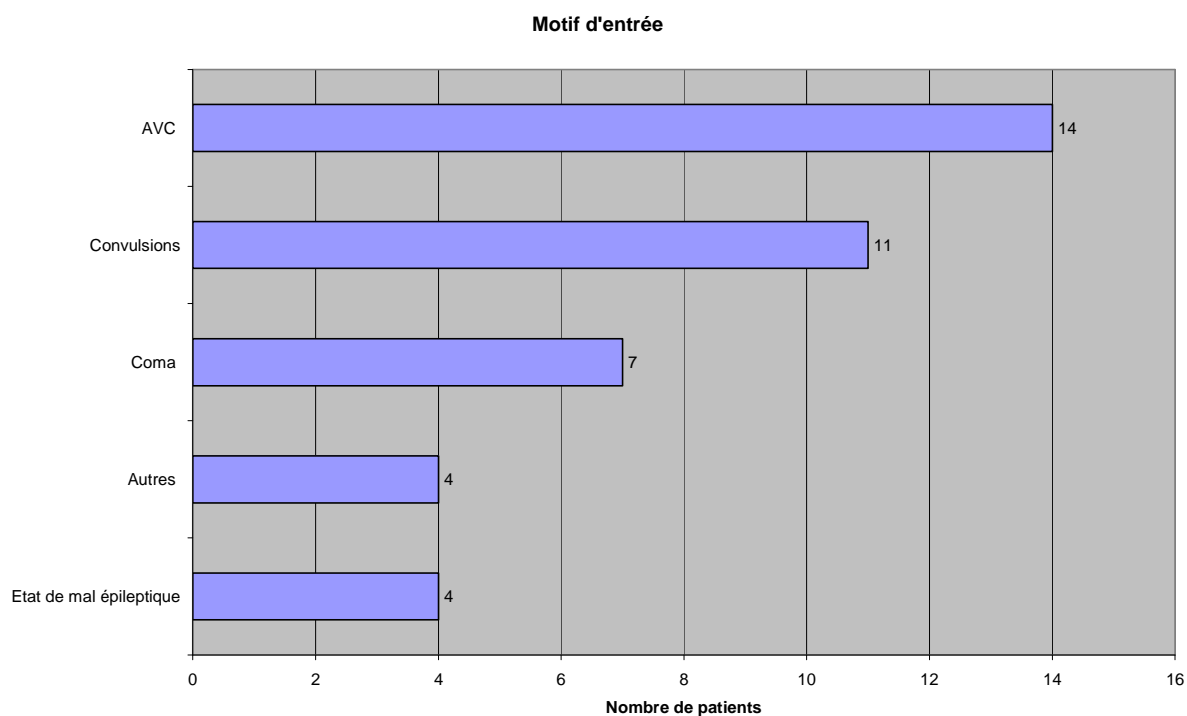
#### Autres ( 3 dossiers)

- ▶ 1 dyspnée
- ▶ 1 douleur thoracique respiratoire
- ▶ 1 hémoptysie



## Annexe 3 :

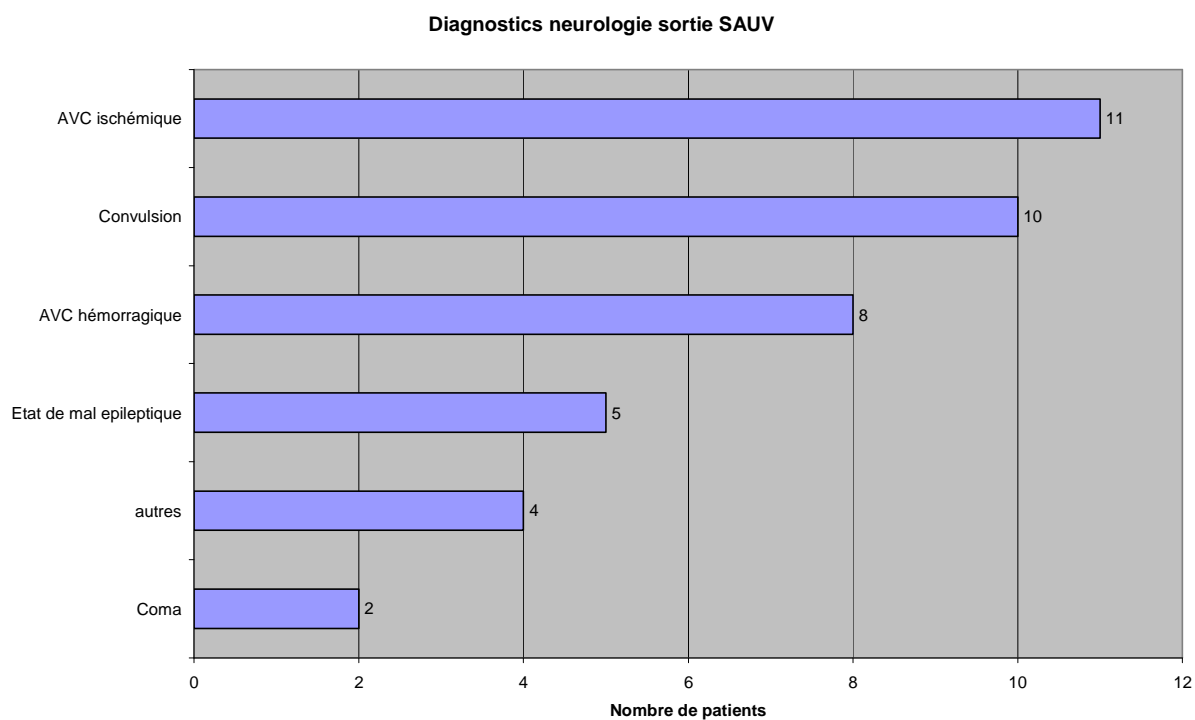
### Motifs d'entrée du cadre « neurologie » :



Le groupe « Autres » regroupe :

- 1 dysarthrie,
- 1 syndrome confusionnel,
- 1 vertige,
- 1 AIT.

### L'ensemble des diagnostics posés à la SAUV du cadre « neurologie »



## Le détail des différents groupes diagnostiques exploitables pour la concordance :

### AVC ischémique ( 10 dossiers)

- ▶ 7 AVC ischémiques sans précision
- ▶ 1 AVC carotide interne
- ▶ 1 AVC cérébelleux
- ▶ 1 thrombus du tronc artériel brachio céphalique

### Convulsions ( 8 dossiers)

- ▶ 4 convulsions sans précision
- ▶ 3 convulsions sur séquelle d'AVC
- ▶ 1 convulsion sur sevrage alcoolique

### AVC hémorragiques ( 8 dossiers)

- ▶ 3 AVC hémorragiques sans précision
- ▶ 2 hémorragies intra-cérébrales
- ▶ 1 AVC hémorragique intracérébelleux
- ▶ 1 hémorragie intracrânienne
- ▶ 1 hémorragie  
méningée

### Etats de mal épileptique ( 5 dossiers)

- ▶ 5 états de mal épileptique sans précision

### Comas ( 2 dossiers)

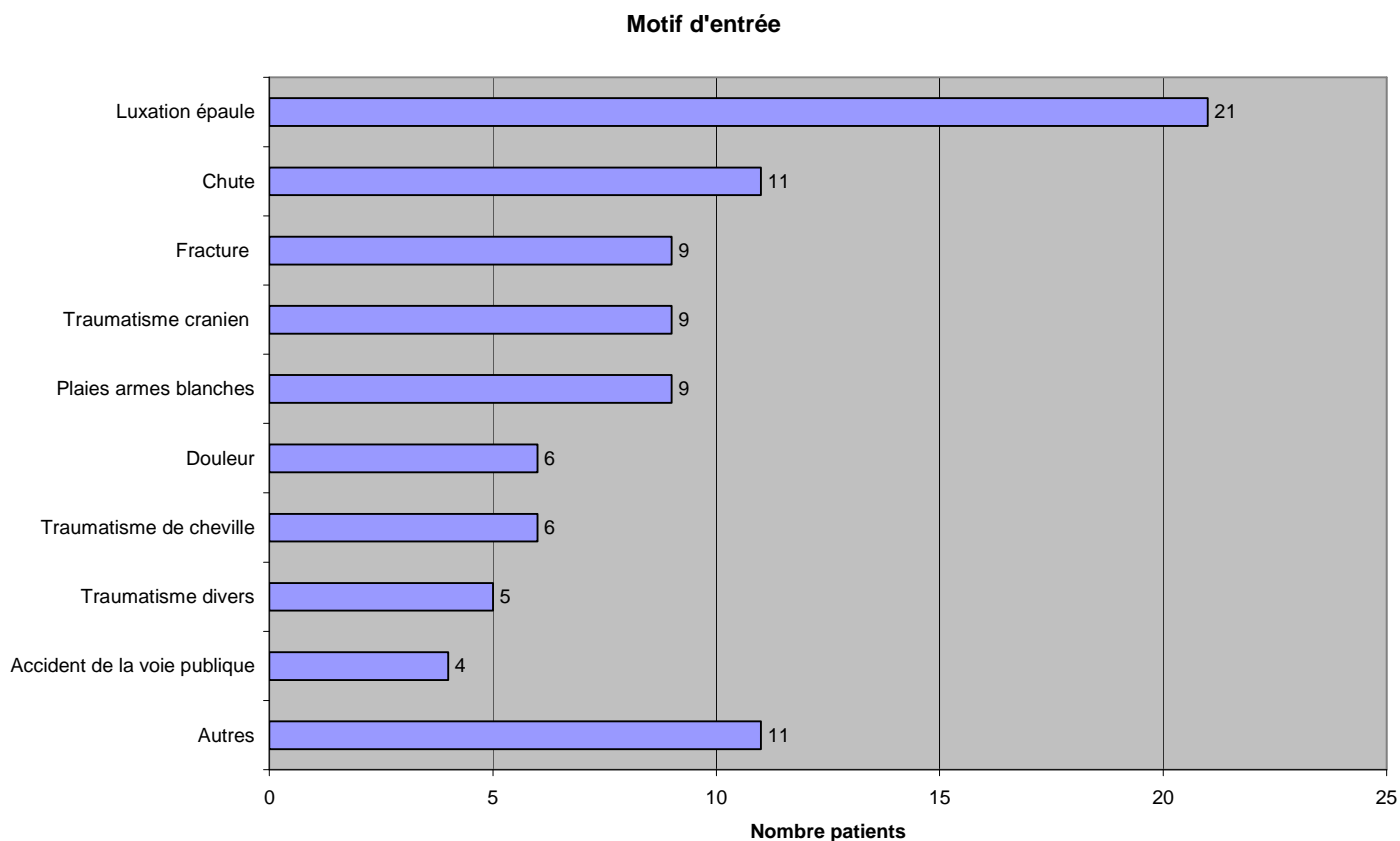
- ▶ 2 comas d'étiologie indéterminée

### Autres ( 3 dossiers)

- ▶ 1 dysarthrie
- ▶ 1 méningite
- ▶ 1 syndrome confusionnel

## Annexe 4 :

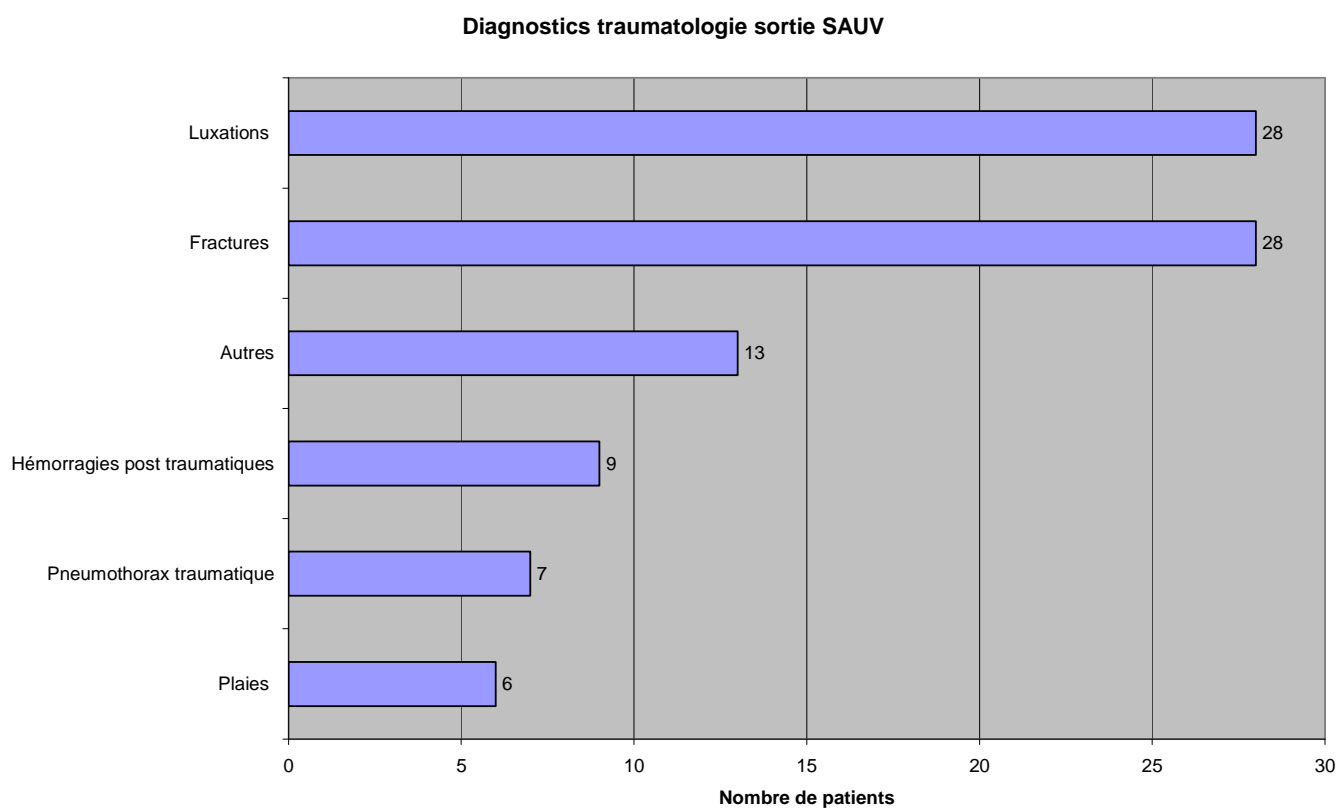
### Motifs d'entrée du cadre « traumatologie » :



Le groupe « Autres » comprend :

- 2 hématomes du flanc,
- 1 brûlure thermique 2ème degré visage,
- 1 dossier de cervicalgies,
- 1 disjonction pubienne,
- 1 genou bloqué,
- 1 hématome sous dural,
- 1 luxation de Prothèse Totale de Hanche (PTH),
- 1 pneumothorax,
- 1 plaie de jambe,
- 1 délabrement cutané du mollet.

## L'ensemble des diagnostics posés à la SAUV du cadre « traumatologie » :



## Le détail des différents groupes diagnostiques exploitables pour la concordance :

### Fractures ( 24 dossiers)

- ▶ 1 fracture bimalléolaire
- ▶ 1 fracture ouverte extrémité inférieure radius + luxation coude
- ▶ 4 fractures humérales
- ▶ 1 fracture de cote
- ▶ 1 fracture de Lefort II
- ▶ 7 fractures luxation bi ou trimalléolaires
- ▶ 1 fracture de l'extrémité inférieure du fémur
- ▶ 4 fractures ouvertes de la jambe
- ▶ 1 fracture ouverte du radius
- ▶ 1 fracture spiroïde du fémur
- ▶ 1 fracture T7 instable
- ▶ 1 fracture tibia fibula

### Pneumothorax traumatiques ( 7 dossiers)

- ▶ 6 pneumothorax
- ▶ 1 hémothorax

#### Hémorragies post traumatiques ( 6 dossiers)

- ▶ 1 hématome collecté flanc
- ▶ 1 hématome cuisse
- ▶ 1 hématome surdosage AVK sans précision
- ▶ 1 hématome sous dural
- ▶ 1 hémorragie intra-cérébrale avec fracture du rocher
- ▶ 1 hémorragie intracrânienne sans précision

#### Luxations ( 4 dossiers)

- ▶ 1 luxation coude
- ▶ 1 luxation épaule
- ▶ 1 luxation hanche
- ▶ 1 luxation PTH

#### Plaies ( 4 dossiers)

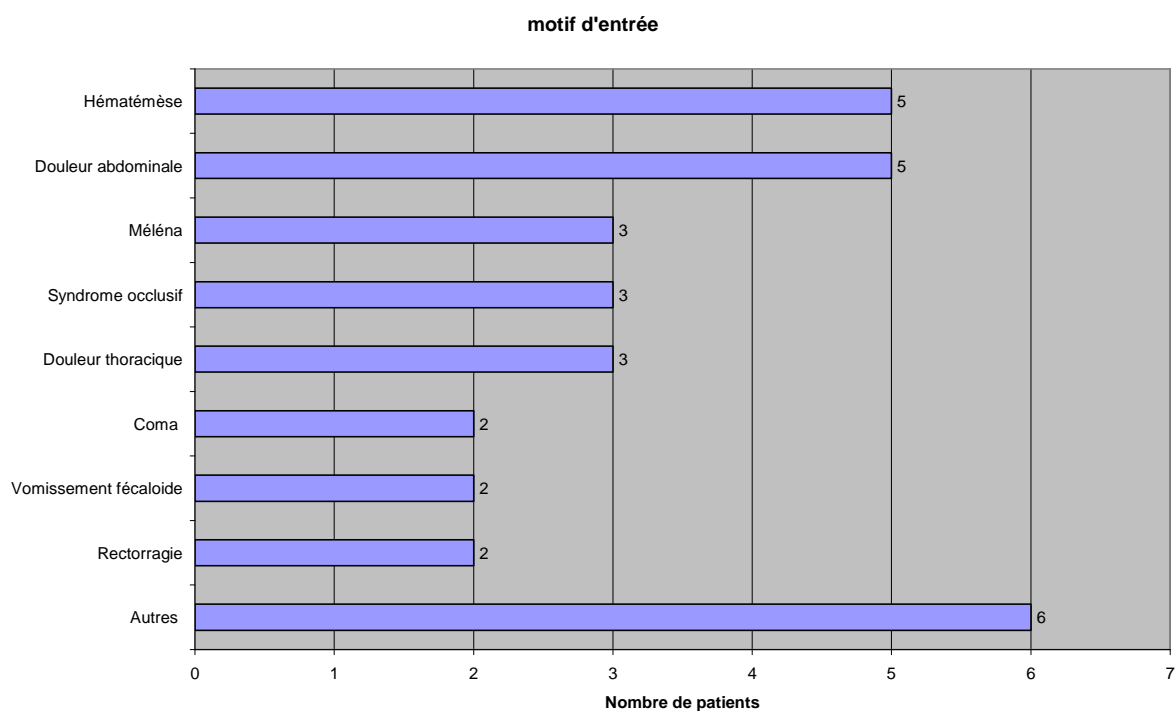
- ▶ 4 plaies arme blanche paroi abdominale

#### Autres ( 8 dossiers)

- ▶ 1 brûlure thermique 2ème degré visage
- ▶ 1 délabrement cutané muqueux mollet
- ▶ 1 disjonction pubienne
- ▶ 1 entorse cervicale
- ▶ 1 genou bloqué

## Annexe 5 :

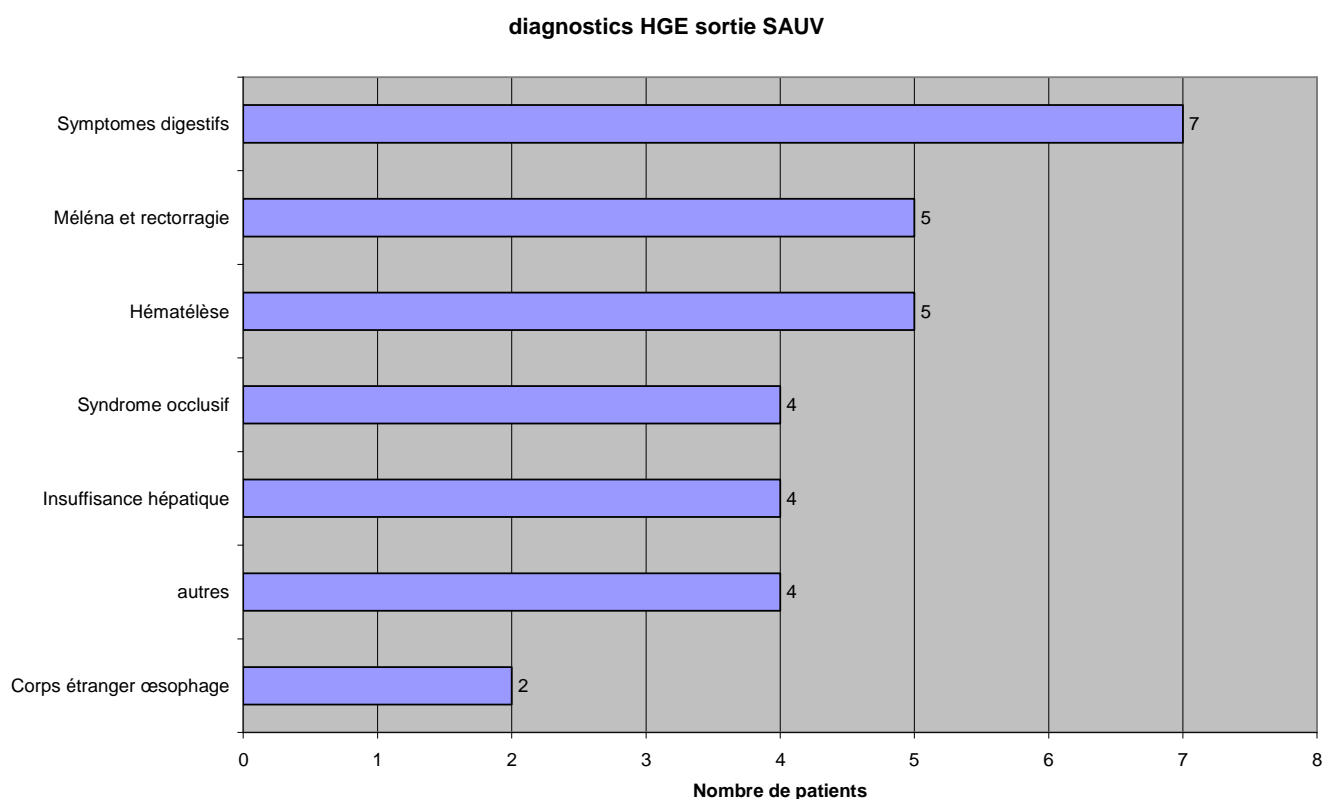
### Motifs d'entrée du cadre « hépato-gastroentérologie » :



Le groupe « Autres » regroupe :

- 1 altération de l'état général
- 1 dysphagie
- 1 ulcère perforé
- 1 encéphalopathie hépatique
- 1 fausse route
- 1 insuffisance surrénalienne

## L'ensemble des diagnostics posés à la SAUV du cadre « hépato-gastroentérologie » :



## Le détail des différents groupes diagnostiques exploitables pour la concordance :

### Méléna et rectorragies ( 4 dossiers)

- ▶ 1 méléna sur ulcère gastrique
- ▶ 1 méléna sans précision
- ▶ 1 rectorragie sur surdosage AVK
- ▶ 1 rectorragie sans précision

### Hématémèses ( 4 dossiers)

- ▶ 3 hématémèses sans précision
- ▶ 1 hématémèse sur Mallory Weiss

### Syndrome occlusif ( 4 dossiers)

- ▶ 2 occlusions sans précision
- ▶ 1 occlusion sur volvulus sigmoïde
- ▶ 1 occlusion sur probable bride

#### Symptômes digestifs ( 4 dossiers)

- ▶ 1 vomissement sans précision
- ▶ 1 vomissement fécaloïde
- ▶ 1 douleur abdominale
- ▶ 1 constipation

#### Insuffisance hépatique ( 3 dossiers)

- ▶ 2 comas hépatiques
- ▶ 1 encéphalopathie hépatique

#### Corps étranger dans œsophage ( 1 dossier)

- ▶ 1 corps étranger oesophagien sans précision

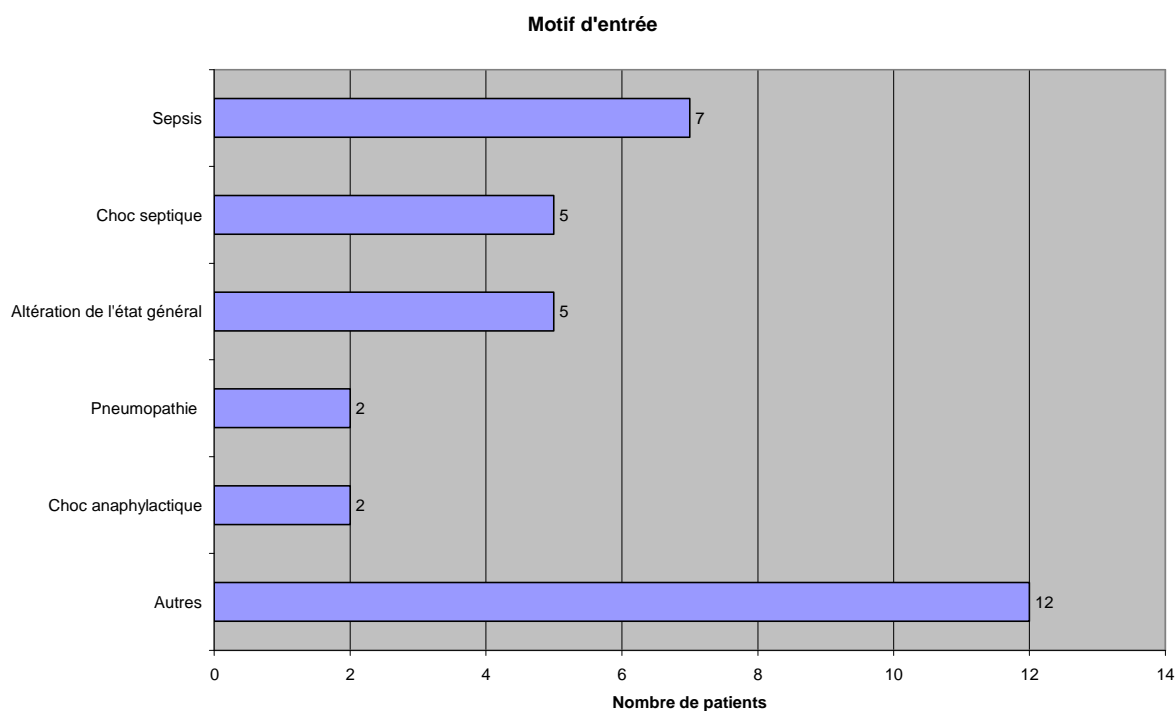
#### Autres ( 4 dossiers)

- ▶ 1 Carcinome Hépatocellulaire (CHC) saignement actif avec hémopéritoine
- ▶ 1 cholécystite aiguë lithiasique
- ▶ 1 pancréatite aigue
- ▶ 1 pneumopéritoine sur perforation digestive



## Annexe 6 :

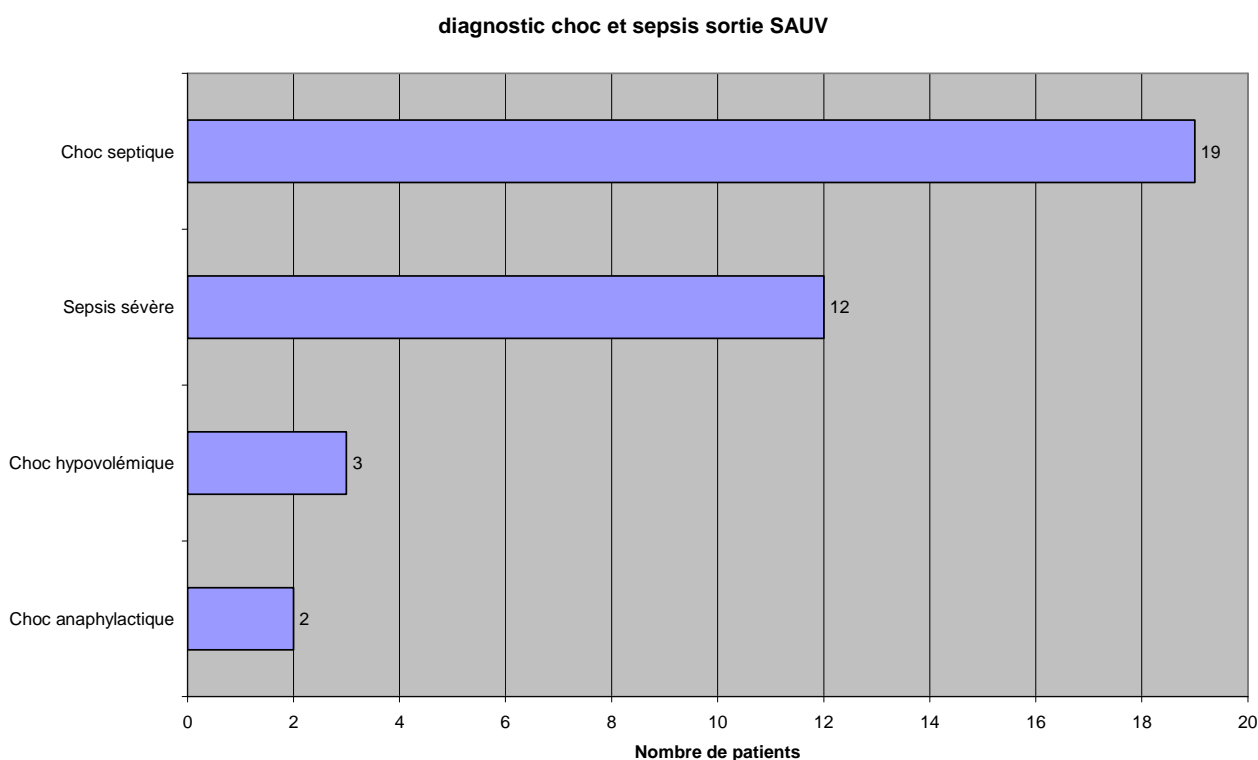
### Motifs d'entrée du cadre « choc et sepsis » :



Le groupe « Autres » comprend :

- 1 adénopathie axillaire inflammatoire,
- 1 choc hémorragique,
- 1 syndrome confusionnel fébrile,
- 1 dossier de vomissements fécaloïdes,
- 1 dossier convulsion,
- 1 dossier douleurs abdominales fébriles,
- 1 tableau d'exacerbation BPCO,
- 1 hématomène,
- 1 dossier hypotension,
- 1 hypothermie,
- 1 Insuffisance Respiratoire Aiguë,
- 1 malaise.

## L'ensemble des diagnostics posés à la SAUV du cadre « choc et sepsis » :



### Le détail des différents groupes diagnostiques exploitables pour la concordance :

#### Chocs septiques ( 17 dossiers)

- ▶ 8 chocs septiques sans précision
- ▶ 3 chocs septiques sur pneumopathie
- ▶ 1 choc septique origine pulmonaire probable
- ▶ 1 choc septique sur pyélonéphrite obstructive
- ▶ 1 choc septique sur pyélonéphrite
- ▶ 1 choc septique sur pneumopathie et pyélonéphrite
- ▶ 1 choc septique à point de départ abdominal
- ▶ 1 choc septique sur occlusion

#### Sepsis sévères ( 12 dossiers)

- ▶ 5 sepsis sévères sur pneumopathie
- ▶ 2 sepsis sévères sans précision
- ▶ 2 sepsis sévères sur pyélonéphrite
- ▶ 1 sepsis sévère sur pneumopathie d'inhalation
- ▶ 1 sepsis sévère sur angiocholite
- ▶ 1 sepsis sévère sur cellulite

#### Chocs hypovolémiques ( 3 dossiers)

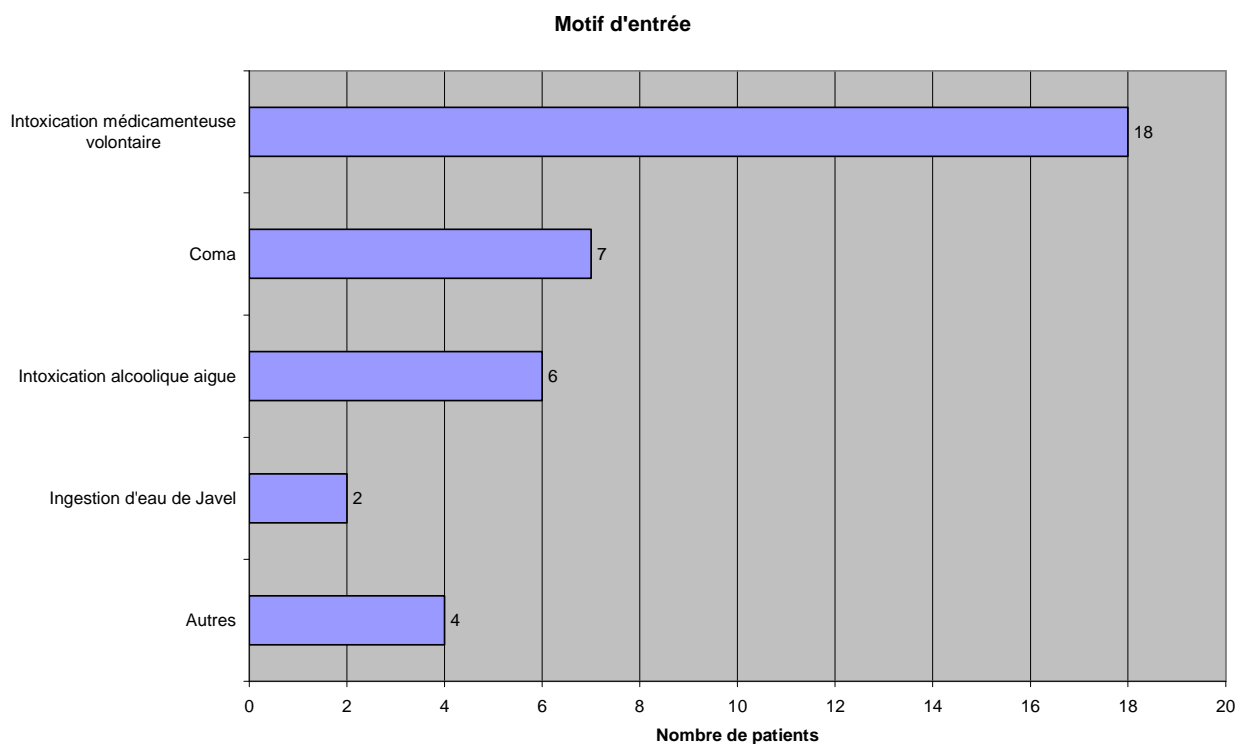
- ▶ 1 choc hypovolémique sur décompensation diabétique
- ▶ 1 choc hémorragique sur épistaxis
- ▶ 1 choc hémorragique d'origine digestive

#### Chocs anaphylactiques ( 2 dossiers)

- ▶ 2 Chocs anaphylactiques

## Annexe 7 :

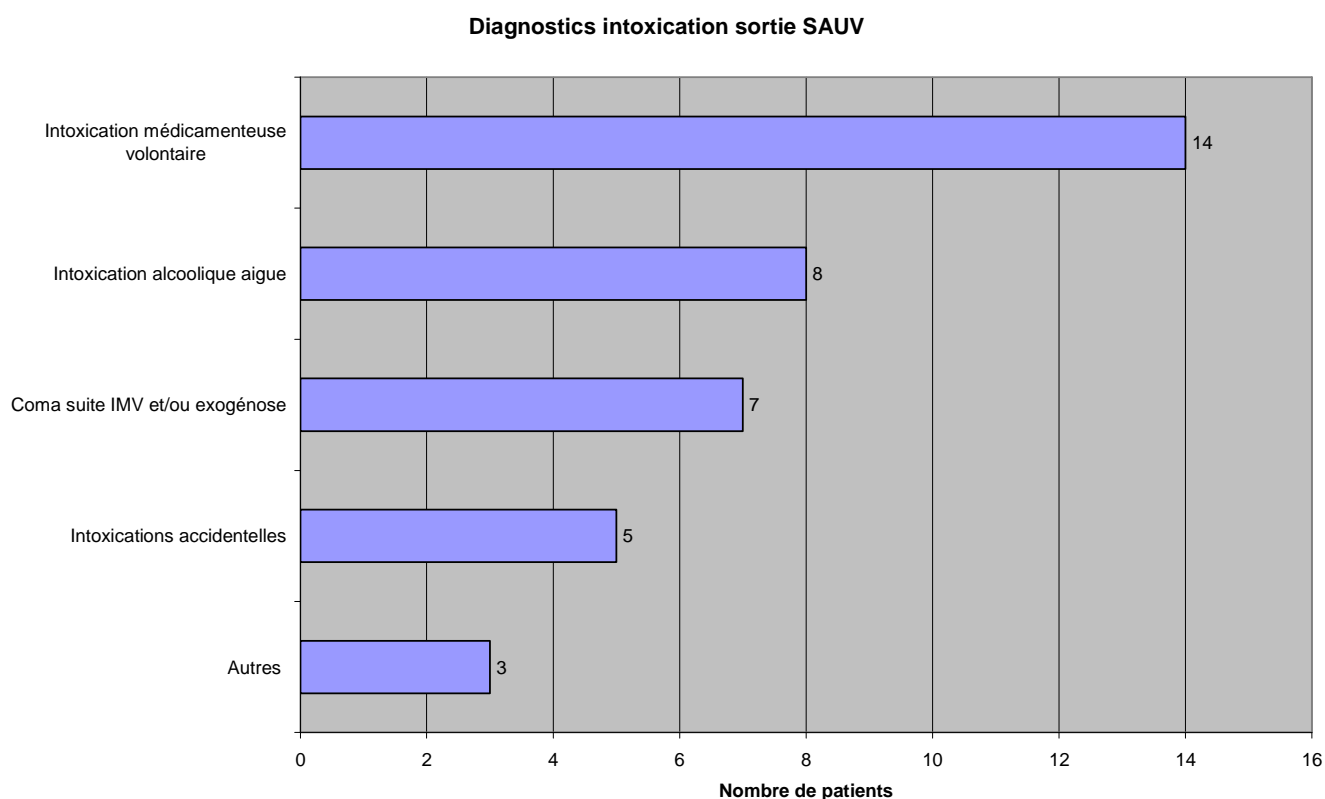
### Motifs d'entrée du cadre « intoxication » :



Le groupe « Autres » représente :

- 1 AVC,
- 1 crise convulsive,
- 1 douleur thoracique,
- 1 lipothymie.

## L'ensemble des diagnostics posés à la SAUV du cadre « intoxication » :



## Le détail des différents groupes diagnostiques exploitables pour la concordance :

### Intoxications médicamenteuses volontaires ( 10 dossiers)

- ▶ 4 IMV aux Benzodiazépines
- ▶ 2 IMV au bêta bloquant
- ▶ 1 IMV aux Benzodiazépines + alcool
- ▶ 1 IMV aux Benzodiazépines + paracétamol
- ▶ 1 IMV cardiotrope et anti-épileptique
- ▶ 1 IMV sans précision

### Comas sur IMV ( 7 dossiers)

- ▶ 2 comas sur IMV aux Benzodiazépines + alcool
- ▶ 1 coma éthylique
- ▶ 1 coma sur IMV aux Benzodiazépines
- ▶ 3 comas sur IMV sans précision

### Intoxications accidentelles ( 3 dossiers)

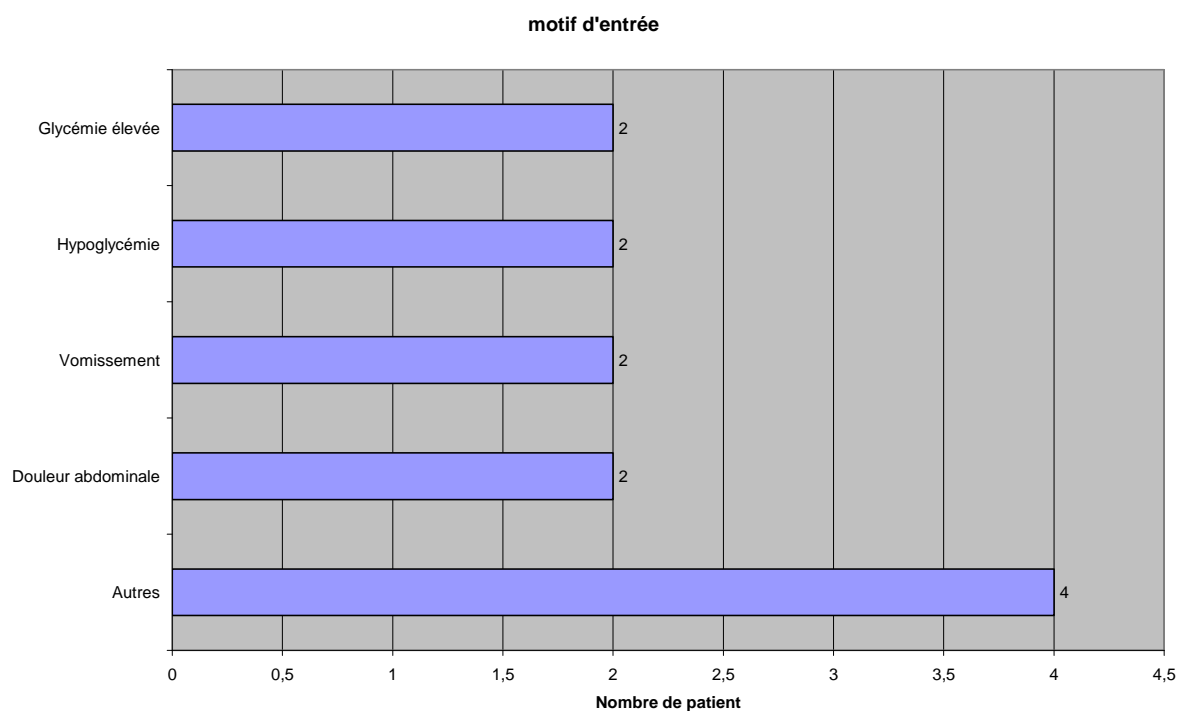
- ▶ 2 surdosages en Benzodiazépines
- ▶ 1 surdosage en Digoxine

### Autres ( 3 dossiers)

- ▶ 2 ingestions d'eau de Javel
- ▶ 1 dossier de crises convulsives IMV Topalgic®

## Annexe 8 :

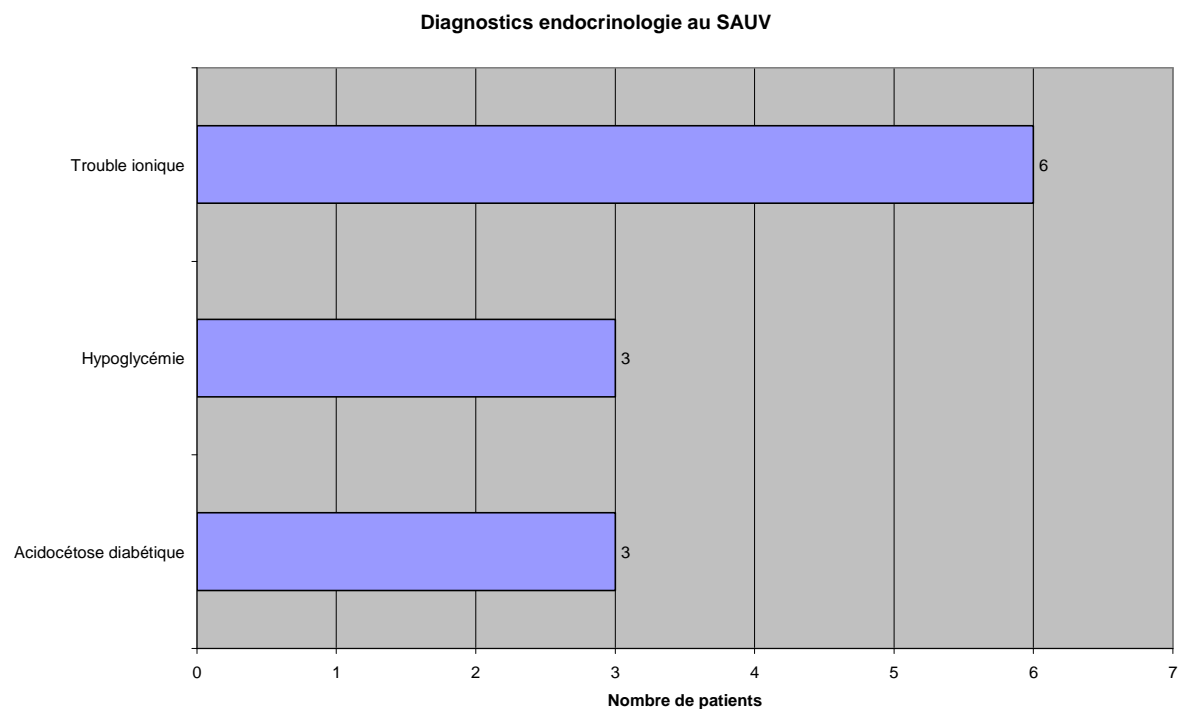
### Motifs d'entrée du cadre « endocrinologie » :



Le groupe « Autres » comprend :

- 1 altération de l'état général,
- 1 AVC,
- 1 hypokaliémie,
- 1 sepsis sévère.

## L'ensemble des diagnostics posés à la SAUV du cadre « endocrinologie » :



## Le détail des différents groupes diagnostiques exploitables pour la concordance :

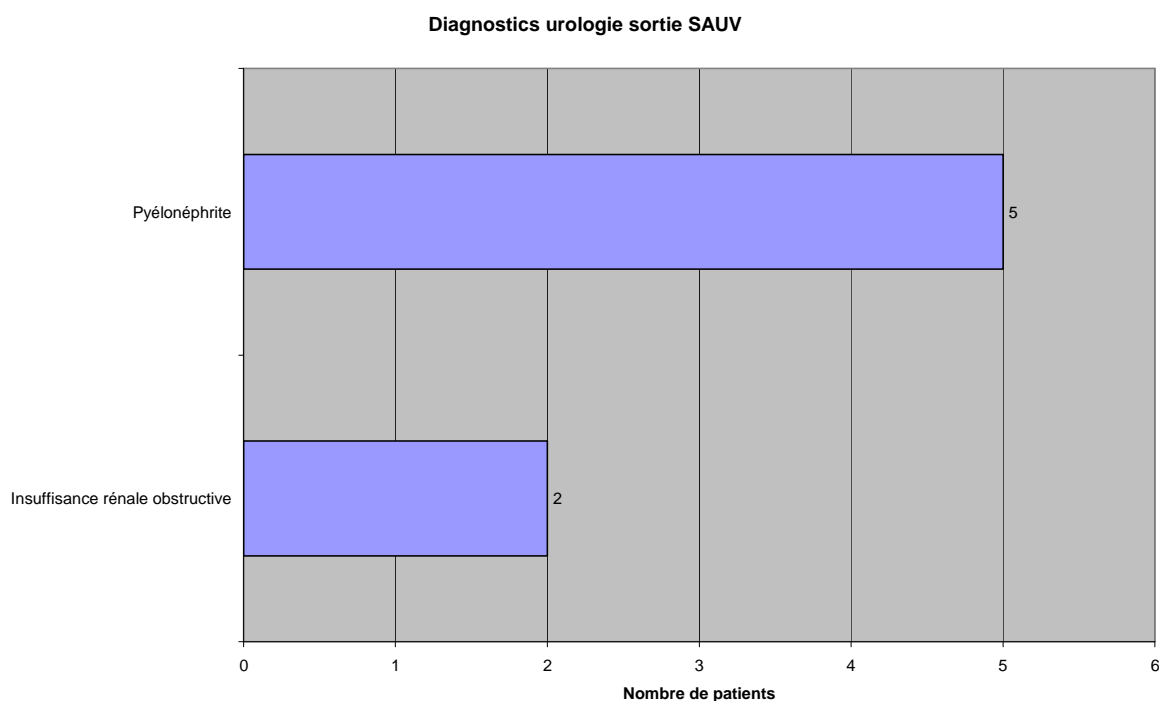
- Troubles ioniques ( 5 dossiers)**
- ▶ 2 hypokaliémies
  - ▶ 1 hypernatrémie
  - ▶ 1 hyperkaliémie
  - ▶ 1 coma hyperosmolaire
- Acidocétoses diabétiques ( 3 dossiers)**
- ▶ 3 acidocétoses diabétiques sans précision

## Annexe 9 :

### Motifs d'entrée du cadre « urologie » :

- 2 altérations de l'état général,
- 1 tableau d'anurie,
- 1 chute,
- 1 déshydratation,
- 1 tableau de douleur abdominale,
- 1 insuffisance rénale aiguë.

### L'ensemble des diagnostics posés à la SAUV du cadre « urologie » :



### Le détail des différents groupes diagnostiques exploitables pour la concordance :

Pyélonéphrites ( 4 dossiers)

- ▶ 4 pyélonéphrites sans précision

Insuffisance rénale aiguë obstructive ( 1 dossier)

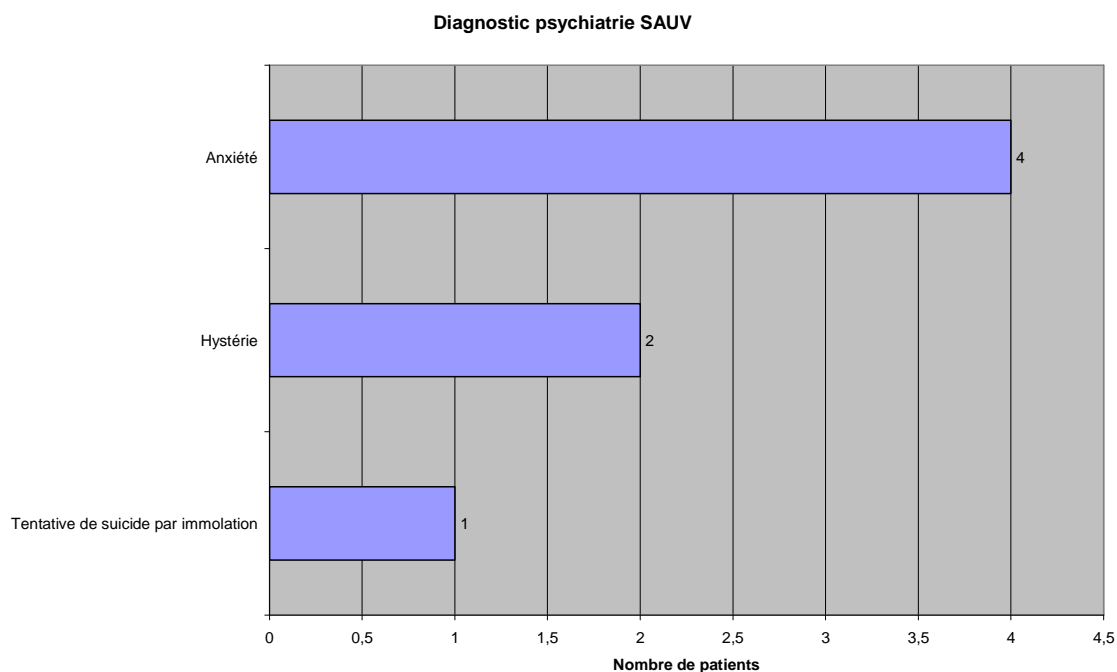
- ▶ 1 insuffisance rénale aiguë obstructive sans précision

## **Annexe 10 :**

### **Motifs d'entrée du cadre « psychiatrie » :**

- 2 convulsions,
- 1 anxiété,
- 1 douleur thoracique,
- 1 dossier de palpitations,
- 1 tentative de suicide par immolation,
- 1 trouble de la conscience.

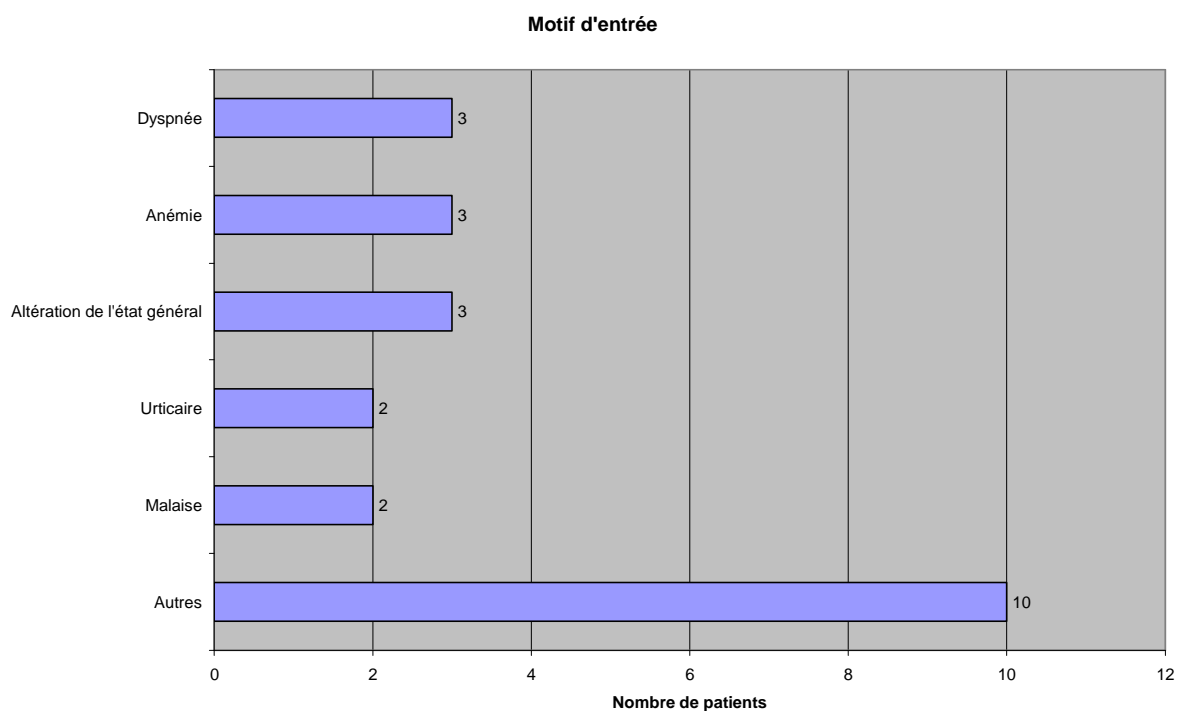
### **L'ensemble des diagnostics posés à la SAUV du cadre « psychiatrie » :**





## Annexe 11 :

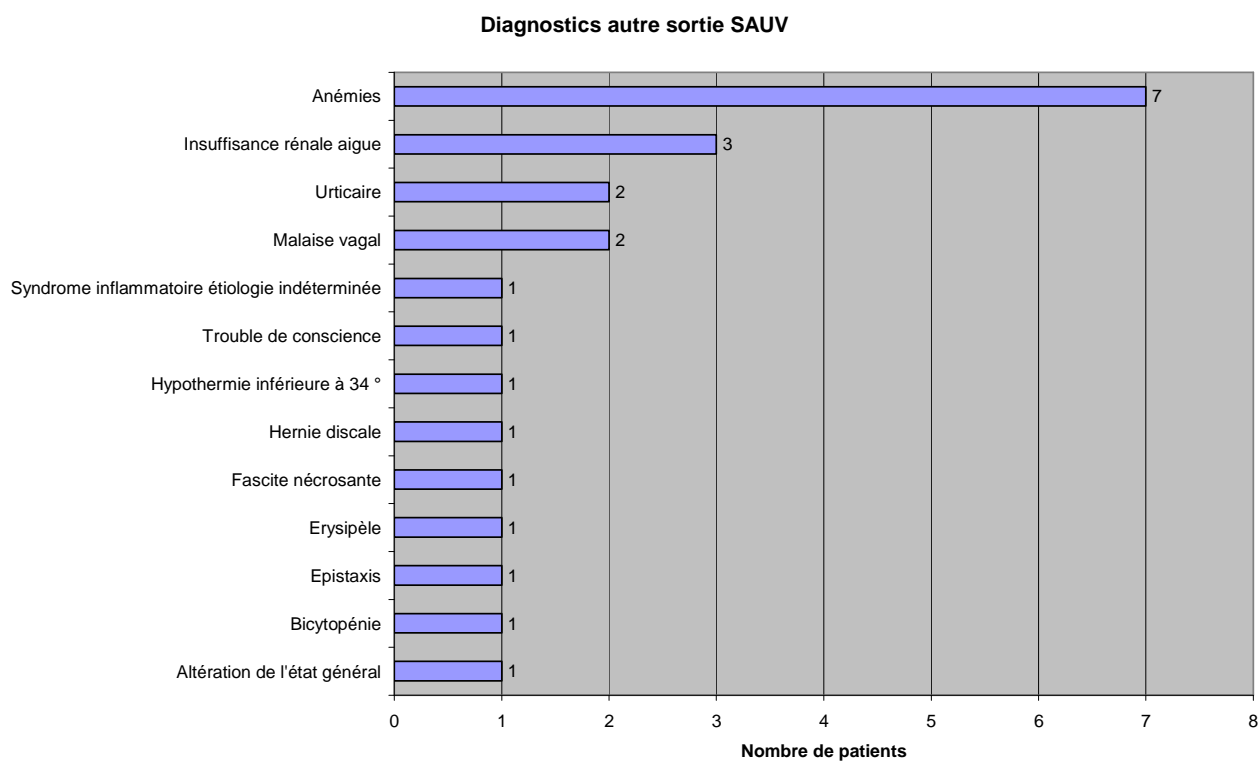
### Motifs d'entrée « autres »



Le groupe « Autres » représente :

- 1 bicytopenie,
- 1 chute,
- 1 état de mal épileptique,
- 1 épistaxis,
- 1 érysipèle,
- 1 fascite nécrosante,
- 1 fièvre,
- 1 hypothermie inférieure à 34,
- 1 insuffisance rénale aiguë,
- 1 sciatique hyperalgique.

## L'ensemble des diagnostics posés à la SAUV du cadre « autres » :



## **Annexe 12 :**

Patients hospitalisé à partir de la SAUV, dont les dossiers n'ont pas pu être récupérés :

hématémèse  
Intoxication ADO  
Intoxication BB  
IMV benzodiazépine et alcool  
Intoxication alcoolique aigue  
insuffisance rénale aigue obstructive  
I cardiaque globale  
OAP  
OAP  
OAP  
Pneumopathie  
pneumopathie  
Pneumopathie  
pneumopathie  
bronchiolite  
pneumopathie  
Pneumopathie  
Insuffisance respiratoire aigue  
Choc septique sur pneumopathie  
luxation épaule récidivante  
malaise  
Hématome sous dural  
hémorragie intracérébrale  
Brûlure 3ème degré  
Pyélonéphrite  
insuffisance hépatique décompensée  
anémie  
BAV  
choc septique  
fracture ouverte extrémité inf avant bras  
fracture massif facial  
Douleur thoracique

VU

NANCY, le **27 mars 2012**

Le Président de Thèse

**Professeur P.E BOLLAERT**

NANCY, le **29 mars 2012**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

**Professeur H. COUDANE**

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE 3945

NANCY, le 10/04/2012

L'ADMINISTRATEUR PROVISOIRE DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE

**Professeur J.P. FINANCE**



## Résumé

---

L'objectif de notre étude est d'évaluer la fiabilité du diagnostic posé lors du passage dans la salle d'accueil des urgences vitales.

Après analyse des dossiers médicaux aux urgences et des courriers de sortie d'hospitalisation, nous avons établi un taux de concordance diagnostique entre les diagnostics principaux posés suite au passage dans la SAUV et les diagnostics établis suite à l'hospitalisation.

512 dossiers ont été traités, 349 ont été retenus pour l'exploitation de ce travail. Le taux de concordance diagnostique global est de 94.2% tout cadres nosologiques confondus, il existe cependant 4.6 % de vrai discordant.

Durant l'hospitalisation 16% des diagnostics ont pu être affinés par des examens complémentaires spécifiques ne pouvant être fait au service d'urgence, ou pouvant être différés.

Le diagnostic posé à la SAUV semble donc fiable dans une majorité des cas, les erreurs diagnostiques concernent essentiellement les étiologies d'une dyspnée aiguë.

Une formation continue des médecins urgentistes en pneumologie et cardiologie pourrait optimiser certains diagnostics, ainsi que la sensibilisation à la prise en charge de ces pathologies.

Pour améliorer encore la pertinence diagnostic, un rappel sur les principes du codage semble nécessaire afin de limiter le nombre de diagnostic symptomatique.

Enfin, il pourrait être envisager une étude prospective sur ce sujet, débutant de l'appel au SAMU jusqu'à la sortie d'hospitalisation, dans le but d'évaluer l'ensemble de la chaîne de soins.

---

TITRE EN ANGLAIS : Agreement between resuscitation room and hospital services diagnosis.

---

THÈSE de MÉDECINE GÉNÉRALE- ANNÉE 2012

---

Mots clés : concordance diagnostique, diagnostic SAUV, diagnostic hospitalier

---

**UNIVERSITÉ DE LORRAINE**  
**Faculté de Médecine de Nancy**  
9, avenue de la Forêt de Haye  
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex