

Année 2017

2017 TOU3 1147

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE SPECIALITE MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement
par
Arnaud FEROUELLE

Le 13 octobre 2017

Douleurs abdominales non traumatiques de l'adulte : Etude de la discordance diagnostique entre service d'accueil des urgences et service d'aval et des facteurs l'influençant

Directeur de thèse : Docteur Éric LAFFORGUE

JURY :

Madame le Professeur Sandrine CHARPENTIER
Monsieur le Professeur Dominique LAUQUE
Monsieur le Professeur Bertrand SUC
Monsieur le Professeur Philippe OTAL
Madame le Dr. Magali Hinh-Thai

Présidente
Assesseur
Assesseur
Assesseur
Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2016

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. BARRLET André
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHORE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. ESCAT Jean		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques		
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard		

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur SALVAYRE Bernard
Professeur MURAT	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur LOUVET P.	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	
Professeur CARATERO Claude	
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	
Professeur COSTAGLIOLA Michel	
Professeur ADER Jean-Louis	
Professeur LAZORTHES Yves	
Professeur LARENG Louis	
Professeur JOFFRE Francis	
Professeur BONEU Bernard	
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	
Professeur MAZIERES Bernard	
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	
Professeur SIMON Jacques	
Professeur FRAYSSE Bernard	
Professeur ARBUS Louis	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépat-Gastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BRASSAT David	Neurologie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. GAME Xavier	Urologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. LOPEZ Raphael	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. LANGIN Dominique	Nutrition	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	M. PERON Jean-Marie	Hépat-Gastro-Entérologie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. MALVAUD Bernard	Urologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses	Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MAZIERES Julien	Pneumologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie		
		P.U. Médecine générale	
		M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale
		M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale

Professeur Associé de Médecine Générale
POUTRAIN Jean-Christophe

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ACCADBLE Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	M. CHAUFOR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. BUSCAIL Louis	Hépatogastro-Entérologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. COURBON Frédéric	Biophysique	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie	M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme MAZEREUW Juliette	Dermatologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. OTAL Philippe	Radiologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prévention	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénie	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TACK Ivan	Physiologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène		
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition		
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie		
M. ROLLAND Yves	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

Professeur Associé de Médecine Générale
Pr STILLMUNKES André

Professeur Associé en O.R.L
Pr WOISARD Virginie

M.C.U. - P.H.

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. MONTOYA Richard	Physiologie
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLLIERS Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
M. CMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel	Médecine Générale
M. BISMUTH Serge	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maitres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOULEA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge
Dr BIREBENT Jordan

Remerciements

A Madame la présidente de jury, le Pr. Sandrine CHARPENTIER,

Vous m'honorez de votre présence à cette soutenance, je vous remercie de votre intérêt porté envers ce travail et pour votre implication dans la formation du DESC d'urgence de Toulouse. Recevez l'assurance de ma sincère considération.

A mon directeur de thèse, Monsieur le Docteur Éric LAFFORGUE,

Merci à toi et à ton investissement permanent aux urgences et pour ma thèse. Ton intérêt pour ce sujet, ta disponibilité et ton aide permanente ont permis la réalisation de ce travail et bien plus encore. Reçois toute ma sympathie.

A Monsieur le Professeur Dominique LAUQUE,

Merci de siéger à cette soutenance et d'accepter de juger ce travail à la lumière de vos qualités et votre implication dans la médecine d'urgence. Veuillez trouver ici mes sentiments les meilleurs.

A Monsieur le Professeur Bertrand SUC,

Merci d'avoir accepté de siéger au sein de ce jury et de l'intérêt que vous portez envers ce sujet de soutenance, veuillez accepter l'expression de ma gratitude.

A Monsieur le Professeur OTAL,

Je vous remercie de l'honneur que vous me témoignez en siégeant à cette thèse. Recevez ici l'expression de mon profond respect.

A Madame le Dr. Magali Hinh-Thai,

Merci d'être présente au sein de ce jury de thèse et de représenter ainsi la médecine générale pilier de notre formation actuelle. Veuillez accepter l'expression de mon respectueux souvenir

A **Marion**, pour m'avoir suivi à l'autre bout de la France, loin de chez toi, de tes amis et de ton travail, et de m'avoir supporté aussi longtemps.

A **mes parents**, car votre soutien a largement participé à l'aboutissement de toutes ces années, du pays du champagne jusqu'à la ville rose.

A **Cécile & Marie**, malgré la distance géographique, je sais que vous n'étiez jamais très loin et avez toujours été d'un soutien constant, merci les frangines !

A **Val**, j'ai l'impression que nos années de fac se poursuivent encore maintenant, des TDs d'anglais jusqu'aux fléchettes du Kill en passant par nos retours à vélo mouvementés... des prémices jusqu'à maintenant, et plus encore ! (...Party all day, \m/)

A **l'équipe des urgences de Charleville-Mézières**, ce fut un passage court mais ou votre intense implication pour mon apprentissage fut suffisante pour être entrainer un changement d'orientation brutal de mon orientation au profit des urgences, je vous en remercie.

A **Louis**, tes conseils étaient tout autres, mais ton enseignement et ta vision de la médecine sont deux éléments responsables de mon parcours que tu as su enrichir.

A **Manu, Seb, et l'équipe des urgences Tarbaises**, merci d'avoir accueilli un étranger et d'avoir introduit mon séjour en Midi-Pyrénées. Seb et Manu, vous avez largement contribué au plaisir que j'ai eu à travailler à Tarbes, et m'avez permis d'accéder au DESC.

A **Jean-Eudes, Jean-Philippe et l'équipe des urgences lourdaises**, mon intérêt et mes connaissance pratique de l'échographie ont débuté avec vous (certes au prix d'une épaule !), merci de ce que vous apportez à la médecine d'urgence, ne serait-ce que par votre capacité à motiver les internes vous côtoyant à faire de l'urgence.

A **l'ensemble des chefs, spécialistes, généralistes, IDE, AS, ASH, secrétaires**, vous avez tous participé à ma formation et j'ai appris à vos côtés que, quel que soit notre statut, notre parcours, notre âge, nous sommes une équipe mobilisée dans l'intérêt de nos patients.

A **mes confrères et amis**, nous avons tous appris les uns des autres dans une entraide confraternelle. Le travail avec vous est un vrai plaisir et pour cela je vous en remercie.

A **mes amis**, soutien toujours présent, je n'ai pas vu ces années passées à vos côtés, bien heureusement il en reste plein d'autres... A Bientôt !

Table des abréviations

SFMU	Société Française de Médecine d'Urgence
IMC	Indice de Masse Corporelle
TTCMD	Temps de Travail Cumulé au Moment du Diagnostic
NDN	Nombre De Nuits non travaillées depuis la dernière nuit de garde
AP	Ambulance Privée
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
TDM	Tomodensitométrie

Table des matières :

Introduction	2
Matériel et Méthode	3
Type d'étude	3
Population :	3
Méthode et protocole de recueil	4
Critères de Jugements	5
Analyse statistique	5
Résultats	5
Statistiques descriptives	5
Statistiques analytiques	7
Critère de jugement principal	7
Critères de jugements secondaires	7
Analyses de facteurs associés	9
Discussion	11
Conclusion	16

Introduction

Les douleurs abdominales sont responsables d'un grand nombre de consultation au sein des services d'urgences. C'est le motif le plus fréquent avec plus d'une admission sur dix au sein des services d'urgences adultes de Midi-Pyrénées (1,2) mais aussi Outre-Atlantique (3). Les douleurs abdominales non traumatiques représentent un défi du fait d'un large éventail de pathologies médicales ou chirurgicales sous-jacentes, allant du symptôme mineur jusqu'aux étiologies pouvant menacer le pronostic vital. Plus d'un tiers des individus consultant pour douleur abdominale bénéficieront d'une hospitalisation post-urgence (2).

Cette décision d'hospitalisation à lieu dans un environnement sous la pression d'un flux d'entrées constant, de pathologies variées, d'imprévus, au sein de patients non familiers et dont les antécédents ou traitements sont souvent initialement inconnus. C'est un défi constant pour l'urgentiste, premier maillon du parcours de soin hospitalier, de proposer un traitement et une orientation pour son malade, fondé sur un diagnostic effectué avec une contrainte de temps et dont la suite de la prise en charge dépend de son expertise.

Le référentiel métier de l'urgentiste publié par la *Société Française de Médecine d'Urgence* (SFMU) suppose des capacités diagnostiques variées et transversales (4). Aussi, un diagnostic initial erroné est susceptible de retarder la prise en charge, d'être responsable de l'initiation d'un traitement non adapté voir iatrogène, de coûts supplémentaires et d'assombrir le pronostic (5). Même si quelques études existent sur ce sujet elles restent peu nombreuses et sont souvent réalisées par des médecins non urgentistes (6). Le terme d'« erreur » suppose la comparaison à un gold standard, celle-ci n'est alors évaluable immédiatement qu'au sein de services chirurgicaux (7) ou bien basée sur l'imagerie pour des pathologies identifiables de façon performante pour lesquelles l'expertise respective du chirurgien ou du radiologue fera foi.

Au-delà de l'erreur diagnostique évaluée au sein des urgences entre 0.6 et 12.6% (8,9), la comparaison avec un diagnostic de suivi a déjà montré des performances variables des services d'hospitalisation dans l'étude des douleurs abdominales (10). Ceci traduit la difficulté à définir et mesurer l'erreur diagnostique et justifie l'étude de la corrélation des diagnostics. Ainsi son étude entre le service d'urgence et le service effectuant le diagnostic final ne préjuge pas d'une erreur, mais s'intéresse à la conséquence qu'engendre le

désaccord des praticiens à différents moments de la prise en charge ; et il semblerait en effet que l'inadéquation diagnostique soit à l'origine d'une majoration de la mortalité (11) et de la durée d'hospitalisation (12).

Les grandes revues médicales (6,13) reconnaissent un manque d'intérêt du corps médical pour l'analyse des diagnostics réalisés aux urgences plutôt que pour celles portant sur les thérapeutiques (14). Les difficultés de mesures, d'interactions avec l'ensemble du processus médical et la lente inertie des conséquences en cas d'erreurs éventuelles sont autant de raisons justifiant la difficulté d'analyses des diagnostics (15). Par conséquent, mais aussi pour améliorer les pratiques, le *New England Journal of Medicine* en 2015 ainsi que *l'Academic Emergency Medicine* en 2000 ont souligné l'importance des données portant sur les diagnostics aux urgences.

Cette étude a donc pour objectifs d'analyser la discordance diagnostique entre celui de sortie des urgences et celui de sortie d'hospitalisation pour tous les patients majeurs hospitalisés présentant une douleur abdominale en motif principal d'admission aux urgences ou à l'examen, ainsi que les facteurs l'influençant.

Matériel et Méthode

Type d'étude :

Il s'agit d'une étude épidémiologique, rétrospective, analytique, descriptive et monocentrique réalisée au sein du service d'accueil des urgences adultes du centre hospitalier de Bigorre, situé en France dans la ville de Tarbes, département des Hautes-Pyrénées et totalisant près de 40 000 passages par an.

Population :

De septembre 2016 à Avril 2017, l'ensemble des patients de l'hôpital de Bigorre adultes présentant une douleur abdominale à l'admission et secondairement hospitalisés ont été inclus. Sont exclus les patients ne présentant pas de douleur abdominale, les patients mineurs, les patients perdus de vue, ceux dont le diagnostic aux urgences ou au sein du service d'hospitalisation n'est pas renseigné, ou lorsqu'il est effectué par le même médecin.

Méthode et protocole de recueil :

Après information préalable des médecins urgentistes de la mise en place d'une étude sur les douleurs abdominales, un recueil systématique et exhaustif des patients atteint de douleurs abdominales a été mis en place. L'informatisation du dossier patient a permis l'imposition à l'ensemble des praticiens de devoir renseigner la présence ou non d'une douleur abdominale, avant même de pouvoir le compléter. Les dossiers de patients avec douleurs abdominales étaient isolés puis relus afin d'en décider l'inclusion ou non selon les critères déjà mentionnés. Ont ainsi été recueillis :

- Les paramètres « patients », c'est-à-dire les données épidémiologiques, l'âge, le sexe, l'indice de masse corporelle (IMC) et les variables cliniques. Nous avons également recueilli le diagnostic du patient aux urgences et en service d'hospitalisation, l'ancienneté des symptômes, l'évolution vers le décès et l'existence d'antécédents personnels de pathologies intra-abdominales, défini par toutes pathologies ou chirurgies intéressants l'abdomen intra ou extra-péritonéal. L'existence d'une admission dans les 3 derniers mois au sein de l'accueil des urgences, que le patient ait été hospitalisé ou non, a également été recueilli.

- Les paramètres « médecin », c'est-à-dire les données propres au médecin, tel que son profil de travail diurne ou nocturne, la présence d'un second médecin ou interne noté sur le dossier et la fatigue du médecin évaluée selon 3 méthodes :

- Le nombre d'heures posté effectuées en continu au moment du diagnostic (TTCMD) depuis la prise de fonction du médecin signataire du dossier évaluant une fatigue « intellectuelle ».

- Le nombre de nuits « de plein sommeil » (NDN), non posté depuis la dernière nuit de garde.

- Le nombre de nuits de travail effectuées la semaine précédente ;

Ces deux derniers critères évaluant la fatigue liée au manque de sommeil chronique.

Compte tenu de l'impossibilité d'analyser avec précision le moment du diagnostic, l'évaluation de la charge de travail du médecin était évaluée par la quantité horaire travaillée précédent le moment de transfert du malade.

- Les paramètres « services » : L'heure, la période nocturne exclusive de 19h à 07h ou diurne exclusive de 07h à 19h et de week-end étaient renseignées. Le mode d'admission en ambulance privée (AP), moyen personnel (Perso) ou en Service Médical d'Urgence et de Réanimation (SMUR) était également recueilli tout comme les durées de séjours et le nombre de patients admis aux urgences durant les trois heures précédant l'admission.

- Les paramètres de « prise en charge », où étaient renseignés la réalisation ou non d'une imagerie échographique ou scannographique, la demande d'un deuxième avis, d'un recours au spécialiste, la rédaction des examens complémentaires et de biologie au sein de l'observation et la filière médicale ou chirurgicale d'orientation du patient à l'issue de sa prise en charge aux urgences. Les diagnostics étaient codés selon la conclusion du compte-rendu des urgences et du service d'hospitalisation.

De plus, les éléments non présents ou complémentaires de l'observation initiale étaient recueillis par un questionnaire (Annexe 1) glissé dans le dossier patient afin d'être rempli par les praticiens. Les éléments recueillis ainsi, étaient les caractéristiques de l'interrogatoire, l'orientation initiale par un médecin généraliste, la réalisation d'une échographie par l'urgentiste, la demande à un autre sénior urgentiste ou spécialiste, l'heure de prise de fonction et enfin l'impression subjective de surcharge du flux.

Critères de jugements

Le critère de jugement principal était la proportion de dossiers discordants.

Les relations entre les facteurs associés (paramètres patients, médecins, service et prise en charge) et la discordance diagnostique a été évaluée en critère de jugement secondaire.

Analyse statistique

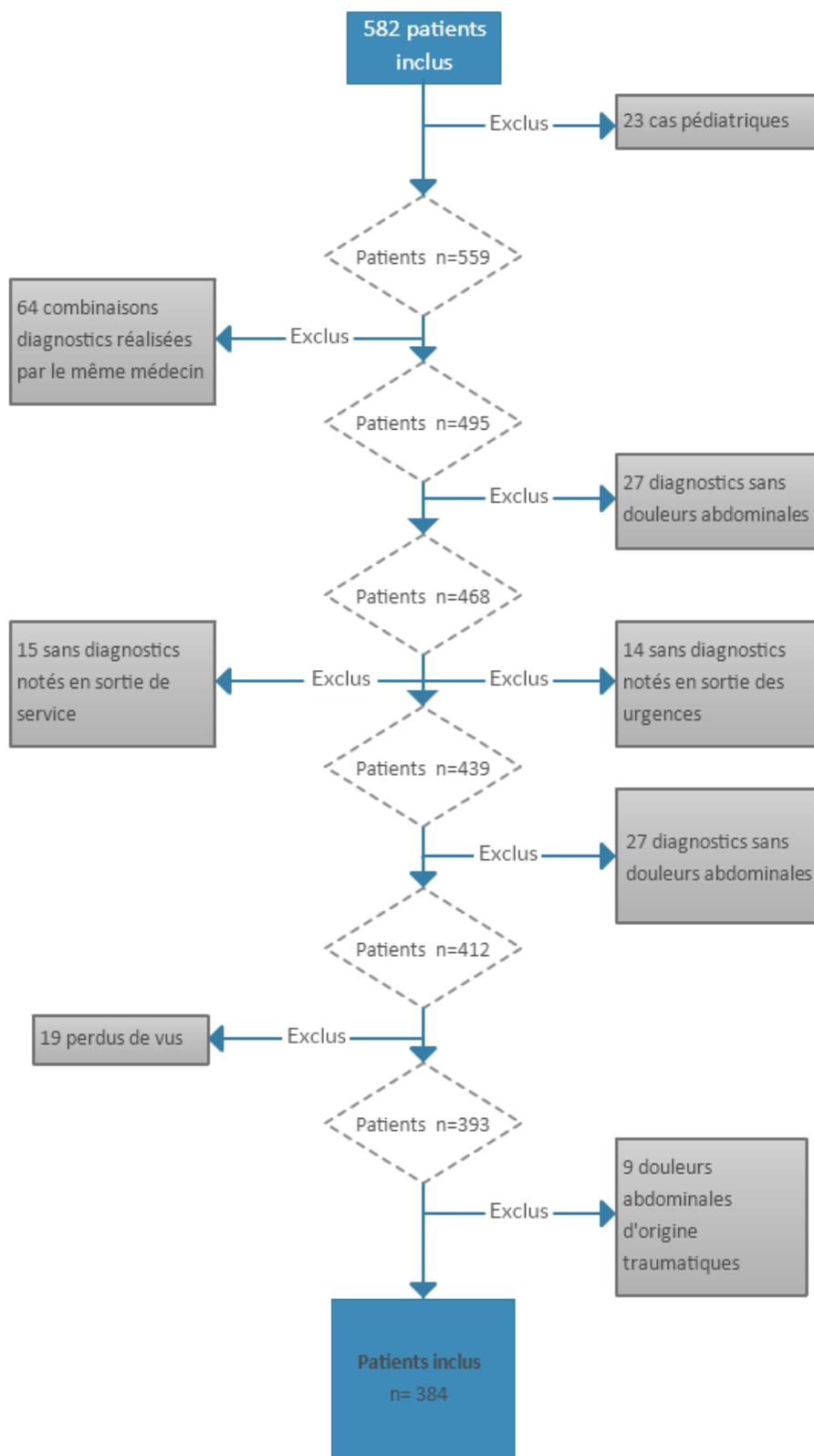
Les analyses statistiques ont été effectuées sur logiciel JMP (JMP® for Macintosh, Version 9.0. SAS Institute Inc., Cary, NC, 1989-2017). Les tests du Chi-2, le test t de Student et les tests de Wilcoxon-Kruskal-Wallis ont été utilisés pour les analyses univariées. Une modélisation logistique multiple a été effectuée pour l'analyse multivariée. Un risque alpha inférieur à 5% ($p < 0.05$) était admis comme significatif.

Résultats

Statistiques descriptives

Cette étude a permis entre septembre 2016 et avril 2017 l'inclusion de 582 dossiers patients. Après relecture, il en a été retenu 384 répondant aux critères d'analyse (Flowchart 1). Quarante-quatre médecins urgentistes ont été impliqués dans la prise en charge de ces

malades. La moyenne d'âge était de 60ans (écart-type 23ans) pour un sex-ratio H/F de 0.78, et un IMC moyen 25.7 (écart-type 5.7).



Flowchart 1, Diagramme de flux de l'inclusions des patients.

Statistiques analytiques

Critère de jugement principal

L'analyse du critère de jugement principal a révélé une proportion de discordance diagnostique au sein de la population de 13% avec 50 dossiers discordants versus 334 (87%) concordants.

Critères de jugements secondaires

Parmi les paramètres patients, l'analyse des données épidémiologiques n'a pas permis de retrouver de lien significatif avec la discordance diagnostique (Tableau 1). Il existait néanmoins une tendance à une différence de sex-ratio avec une part plus importante de femmes dans le groupe dont les diagnostics étaient discordants.

Compte tenu d'une perte d'information liée à la proportion très faible de questionnaire remplis recueillis (14%), l'orientation par un médecin généraliste, la qualité de l'interrogatoire et la perception subjective de flux surchargé n'ont pas pu être analysés. Les autres données ont été extraites par analyses des dossiers informatiques et des plannings des praticiens.

Tableau 1. Analyse univariée des paramètres patients.

<i>Paramètres patients</i>	<i>Diagnostics</i>		
	<i>Concordant n=334</i>	<i>Discordant n=50</i>	
Sexe Ratio H/F	0,83	0,52	p=0,09
Age [†]	60 (23)	62 (23)	NS
IMC [†]	25,7 (5,8)	25,9 (5,3)	NS
Température [†]	36,9 (0,8)	36,8 (0,8)	NS
Fréquence cariaque [†]	86 (19)	87 (19)	NS
Tension artérielle: Systolique [†] / Diastolique [†]	136(26)/ 76(15)	136(30)/ 75(17)	NS
Saturation [†]	96 (3)	96 (3)	NS
Antécédent pathologie abdominale	40,7% (196)	42% (21)	NS
Admission les 3 derniers mois [†]	0,34 (0,68)	0,18 (0,39)	NS
Décès	3,6% (12)	4% (2)	NS
Orientation par un médecin généraliste	NA.		

NA: non analysé

[†]: Moyenne (écart-type)

*: significatif avec risque $\alpha < 5\%$

L'analyse des paramètres de prise en charge (Tableau 2) montre une discordance diagnostique significativement associée à la filière d'orientation du malade avec un taux de discordance diagnostique supérieur chez les patients orientés en filière médicale.

Tableau 2. Analyse univariée des paramètres de prise en charge.

<i>Paramètres de prise en charge</i>	<i>Diagnostics</i>		
	Concordant n=334	Discordant n=50	
Examens complémentaires notés	92,8% (310)	92% (46)	NS
Examens de biologie notés	89,5% (299)	88% (44)	NS
TDM abdominal réalisé	35,9% (120)	26% (13)	p=0,11
Echographie abdominale réalisée	13,8% (46)	18% (9)	NS
Filière d'orientation : médicale/chirurgicale	54,8%(183)/ 43,7%(146)	76%(38)/ 24%(12)	p<0,004*
2ème avis de médecin sénior demandé	74% (247)	78% (39)	NS
Avis du médecin spécialiste demandé	78,4% (262)	74% (37)	NS

NA: non analysé

†: Moyenne (écart-type)

*: significatif avec risque $\alpha < 5\%$

La prescription d'un scanner abdominal est liée uniquement par une tendance à la discordance diagnostique. Les autres éléments de prises en charge n'ont pas montré de lien avec la concordance diagnostique.

Les paramètres médecin (Tableau 3) et plus particulièrement les éléments de fatigue avec le nombre de nuits de garde dans la semaine qui précède pour le médecin signataire du dossier n'était pas significativement associé à une discordance diagnostique mais une tendance était néanmoins observée (p=0.16). Le nombre de cycle de 24h sans travail nocturne n'a aussi montré qu'une tendance mais plus prononcée. Son analyse qualitative, par une transformation de la variable avec cut-off à plus ou moins 3 cycles sans travail nocturne depuis la dernière garde, ($NDN \leq 3$ ou $NDN > 3$) a montré qu'un nombre de nuits sans travail posté inférieur à 3 était significativement associé à une fréquence accrue de discordance diagnostique (p=0.009). Aucune relation significative n'a été mise en évidence pour les autres paramètres médecins avec la discordance diagnostique.

Tableau 3. Analyse univariée des paramètres médecin.

Paramètres médecins	Diagnostics		
	Concordant n=334	Discordant n=50	
TTCMD*	8,62(0,9-23,6)	9,74(0-18,38)	NS
Profil de travail, N/J/JN	38,7%(129)/ 32,6%(109)/ 28,7%(96)	44%(22)/ 30%(15)/ 24%(12)	NS
NDN*	5(1-7)	3(1-7)	p=0,06
NDN≤3 / NDN>3	38%(127) / 62%(207)	57%(28) / 43%(21)	p<0,009*
Nombre de nuits travaillées dans la semaine qui précède*	1(0-3)	1(0-3)	p=0,16
2ème médecin signataire	17% (57)	18% (9)	NS
Interne signataire	53,3% (178)	50% (25)	NS

NA: non analysé

†: Moyenne (écart-type)

*: significatif avec risque $\alpha < 5\%$

Médecin ne travaillant que la nuit (N), le jour (J) ou travaillants 24h (JN)

NDN≤3: Nombre de nuits non travaillées depuis la dernière garde inférieurs ou égal à 3 jours.

NDN>3: Nombre de nuits non travaillées depuis la dernière garde supérieurs à 3 jours.

L'analyse des paramètres services (Tableau 4) n'a pas mis en évidence de lien significatif avec la discordance diagnostique.

Tableau 4. Analyse univariée des paramètres de services.

Paramètres services	Diagnostics		
	Concordant n=334	Discordant n=50	
Tranche horaire d'admission (H Base 10)†	12,5 (5,9)	13,8 (6,4)	p=0,15
Tranche horaire de sortie (H Base 10)†	12,7 (7,6)	14,2 (7,6)	p=0,17
Durée de séjour au SAU (H Base 10)†	6,6 (4,3)	7,1 (4)	NS
Durée de séjour hospitalier (H Base 10)†	147,7 (171,6)	151,5 (208,9)	NS
Nombre de passage dans les trois heures précédentes†	16,9 (7,6)	17,2 (7,2)	NS
Patients admis la nuit	30,8% (103)	36% (18)	NS
Patients admis le week-end	29% (97)	18% (9)	0,07
Mode d'admission (AP/Perso/SMUR)	49,4%(165)/ 45,8%(153)/ 4,8%(16)	50%(25)/ 48%(24)/ 2%(1)	NS

NA: non analysé

†: Moyenne (écart-type)

*: significatif avec risque $\alpha < 5\%$

Analyses de facteurs associés

L'analyse en multivariée des paramètres ayant une tendance à la significativité en univariée a été effectuée en considérant l'âge, le sexe, la réalisation d'une TDM, la filière d'orientation et le nombre de nuits sans travail posté depuis la dernière garde.

Les résultats (représentés Figure 1) ont confirmé l'association de la discordance diagnostique avec la filière d'orientation d'une part (p=0.01) et le nombre de nuits sans travail posté depuis la dernière garde d'autre part (p=0.006). La tendance observée d'une discordance diagnostique plus importante chez les patients de sexe féminin ne se dissipe pas (p=0.05).

Analyse multivariée

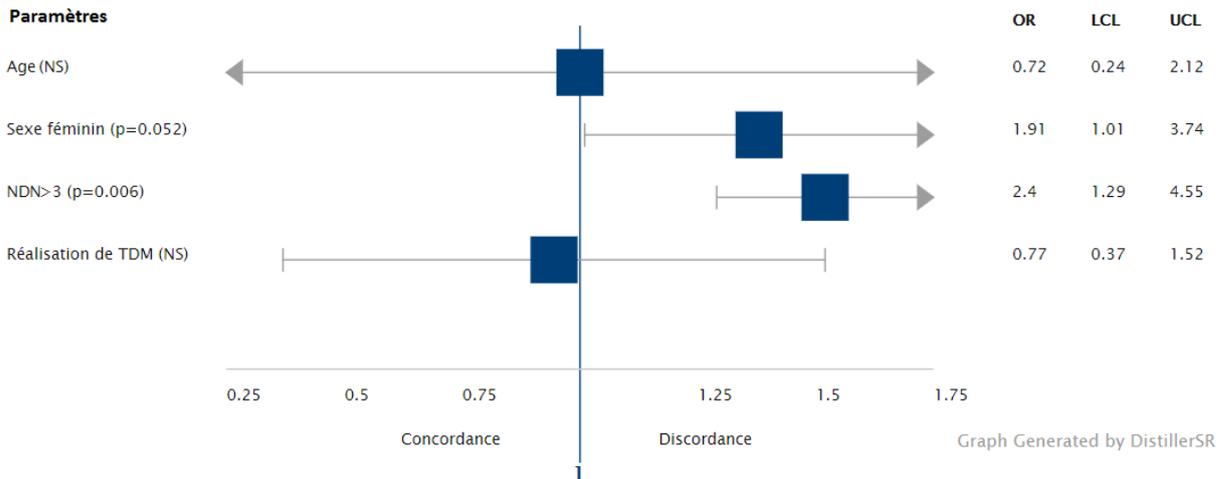


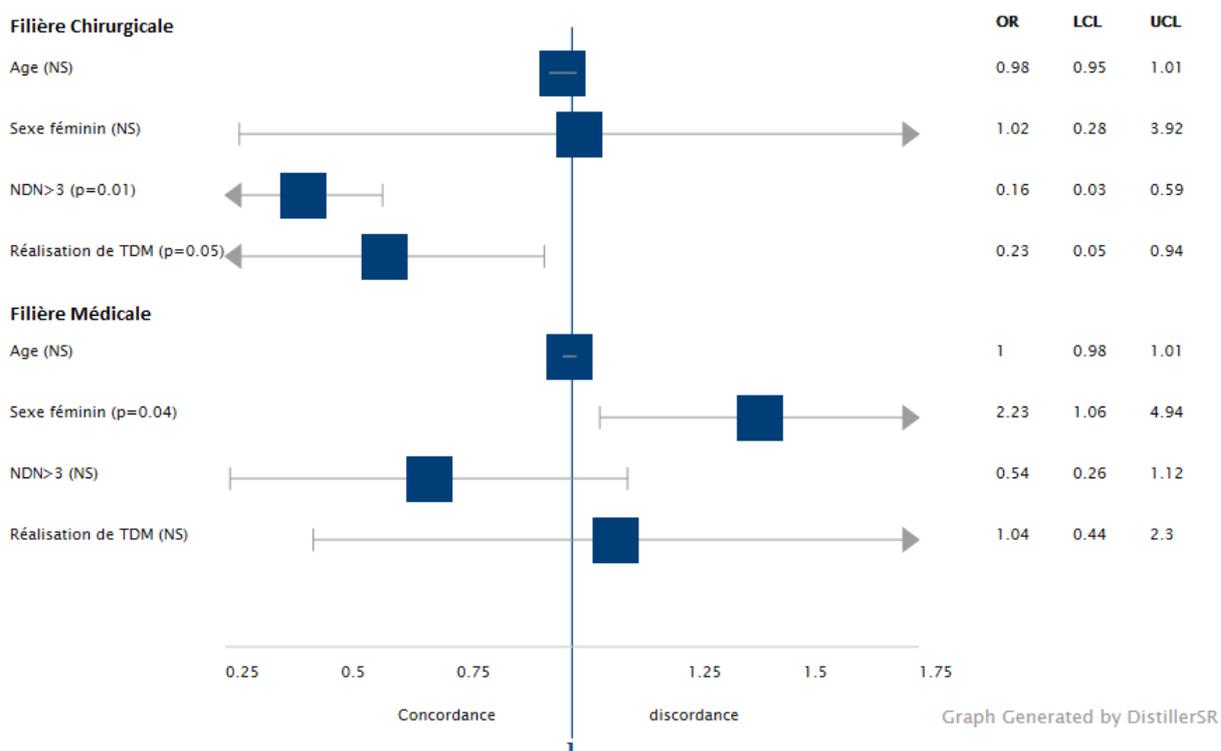
Figure 1. Analyse multivariée, ajustée à l'âge, le sexe, le nombre de nuit de repos depuis la dernière garde de nuit, la prescription de TDM et le type d'orientation.

OR: Odds Ratio, LCL: Lower Confidence Limits 95%, UCL: Upper Confidence Limits 95%

Dans le sous-groupe des patients orientés en filière chirurgicale (Figure 2), la relation entre le niveau de fatigue du médecin (nombre de nuits non travaillées depuis la dernière garde postée) et la discordance diagnostique reste significative ($p=0.01$). La tendance s'affine entre la prescription d'un scanner abdominal et la concordance diagnostique ($p=0.05$). Le sexe n'a pas montré dans ce contexte de lien avec la discordance ($p=0.97$)

A l'inverse, pour le sous-groupe de patients orientés en filière médicale, le niveau de fatigue du médecin n'est plus significativement associé à la discordance diagnostique, seule une tendance faible est observée ($p=0.09$). De même, la réalisation d'une TDM n'a pas montré de lien significatif avec la discordance diagnostique ($p=0.91$), alors que le sexe féminin le devient ($p=0.04$).

Analyse en sous groupes



*Figure 2. Analyse en sous-groupes selon les deux orientations, filière chirurgicale ou filière médicale.
OR: Odds Ratio, LCL: Lower Confidence Limits 95%, UCL: Upper Confidence Limits 95%*

Par ailleurs, notre taux de prescription de scanner global était de 34,7%, avec des prescriptions significativement plus importantes dans les groupes de patients orientés en filières chirurgicales -47.5%- par rapport à celui de la filière médicale -25.6%- ($p < 0.0001$).

Discussion

Les douleurs abdominales non traumatiques représentent un défi pour l'urgentiste, du fait de leurs symptomatologies variées selon des étiologies multiples et pas uniquement liées aux pathologies abdominales (16). Nous avons pu mesurer un taux de discordance de 13% entre les diagnostics posés au service d'urgences et celui de sortie d'hospitalisation. Certains facteurs significativement associés ont pu être retrouvés.

Notre étude souffre néanmoins de quelques limites :

L'absence de diagnostic de référence, en sus du diagnostic de sortie des urgences et de celui de sortie d'hospitalisation est une première limite. Ce diagnostic de référence, établi par un collectif d'expert après relecture in extenso de tous les dossiers aurait permis de glisser de la notion de concordance diagnostique à celle de pertinence.

Chiu et al. ont montré la validité du regroupement de diagnostics proches en syndromes cohérents (17). Nous avons fait le choix d'un regroupement similaire compte tenu de la grande différence de temps imparti pour poser le diagnostic entre le service des urgences et celui d'hospitalisation. Ce mode de codage moins précis et moins exigeant a assurément influencé à la baisse le taux de discordance diagnostique.

Malgré notre intuition d'une dispersion mentale liée au stress (18) et aux interruptions répétées (19) en contexte d'engorgement du service d'urgence, nous n'avons pas pu montrer de lien significatif entre l'importance du flux et la discordance diagnostique.

Du fait d'un manque de retour des questionnaires et l'absence de ressenti des urgentistes sur la perception du flux au moment de la prise en charge et de par l'absence de moyen informatique permettant sa mesure objective nous n'en avons réalisé qu'une approximation numérique par dénombrement des patients admis les 3 dernières heures.

Les caractéristiques de ces malades admis, couchés, ambulatoires, âgés ou graves à l'admission n'ont pas été recueillies du fait des difficultés d'accès à ces informations, alors qu'elles peuvent jouer un rôle sur la surcharge du flux (20,21). Le manque de précision de la méthode de mesure tant qualitative (par l'absence de recueil de ces caractéristiques) que quantitative (par la sélection arbitraire d'une plage horaire à moins de 3 h et non de la mesure complexe du nombre d'entrées depuis la prise de fonction du médecin) a pu considérablement dégrader la sensibilité de l'analyse.

Les deux approches de la fatigue du médecin, que ce soit par le nombre de cycles sans nuit travaillée depuis la dernière nuit de garde postée ou bien le nombre de nuits travaillées la semaine précédente montre pour la première, une relation significative avec la discordance pour un cut-off à 3 jours et une tendance seulement pour la seconde. La mesure de l'accumulation de travail horaire par le TTCMD ainsi que l'organisation des plages de travail (24 heures versus découpage en jours/nuits) la période de travail 12

heures de jour ou nuit versus 24 heures n'a pas montré de lien avec la discordance diagnostique.

Le caractère complexe et plurifactoriel de la fatigue, l'imprécision du moment du diagnostic, ainsi que certaines périodes de prise en charge à cheval sur la relève de deux praticiens peuvent en être responsable.

L'analyse uniquement de la fatigue physique et non de la fatigue psychique connue comme influençant défavorablement l'implication au travail, les capacités de concentration et de remise en question lors de périodes d'activités cognitives prolongées (22) a pu amputer la portée de nos résultats. Nous avons étudié le découpage de la période de travail jours/nuits, cette analyse n'aurait pu porter rigoureusement que sur l'activité de nuit pour laquelle il est logique de suspecter un effet sur la discordance diagnostique, mais l'imprécision de l'heure où est effectué le diagnostic et son approximation au moment de la sortie du patient a rendu l'analyse difficile.

Le caractère monocentrique de notre étude limite l'extrapolabilité de nos résultats. L'absence de service de chirurgie urologique, vasculaire ou thoracique pour lesquels certaines étiologies peuvent se manifester par des douleurs abdominales représente un biais de sélection de nos patients.

Le taux de discordance diagnostique dans notre étude se situe dans la fourchette basse des valeurs retrouvées dans la littérature variant entre 14.2% et 60% (12,23). Le choix d'analyser les conclusions brutes de chaque séjour et de regrouper les diagnostics proches a déjà été décrit comme pouvant être responsable d'une proportion de discordance diagnostique plus faible (24). Bien qu'indulgente, cette méthode se rapproche de la pratique quotidienne de communication entre médecin urgentiste et médecin de service ; les codages des diagnostics bruts, type CIM-10 ont montré un manque d'exhaustivité (25) par rapport aux données textuelles. De plus, l'absence de ce type de codage dans notre service d'urgence ne nous a pas permis de le comparer et le biais d'un codage rétrospectif aurait compromis l'exploitation des résultats.

La fatigue est connue pour influencer défavorablement les performances cognitives de l'urgentiste (26–29). Certains avancement une diminution des capacités cognitives de 25% (30) après une nuit de garde ; avec une baisse des performances et une augmentation des erreurs. Ces effets délétères sont bien décrits dans le domaine aéronautique (31,32) et plus largement dans des domaines non médicaux (33). Notre étude a permis de confirmer cette

influence en condition réelle avec mise en évidence d'une proportion plus importante de discordance dans les trois cycles nycthémeraux suivant une nuit de garde.

Nous n'avons pas montré de lien significatif mais une tendance apparaît néanmoins entre le sexe féminin du patient et la discordance diagnostique, tendance qui semble se renforcer lorsque la filière d'orientation du malade est non-chirurgicale ($p=0.04$). Comme pour le syndrome coronarien où le sexe féminin représente une difficulté au diagnostic avec des présentations cliniques aspécifiques (34), ce facteur semble être retrouvé au sein des douleurs abdominales (12,35) et des douleurs aspécifiques (36).

Pour cette dernière catégorie, les auteurs affirment un lien avec le sexe et les infections des voies urinaires, dont le diagnostic parfois délicat, mimant d'autres étiologies peut majorer la discordance. Certains diagnostics se prêtent à un temps court de l'urgence, soit de manière intrinsèque (37) soit par nécessité thérapeutique (38); tandis que d'autres nécessitent un temps long pour prendre en compte un certain degré d'évolution de la pathologie, représentant un élément propre pouvant perturber notre taux de discordance diagnostique, indépendamment de la qualité d'analyse du médecin ou du contexte extérieur du patient ou du service.

Le flux aux urgences est difficilement mesurable et ses méthodes de mesures ont déjà montré leurs limites (39). En nous basant sur une approximation numérique de l'encombrement du service, nous avons recherché une association entre discordance diagnostique et flux de patients, mais sans résultat. Bien que certaines études australiennes pointent le lien entre la mortalité des patients et l'encombrement du service d'urgence (40,41), l'association avec la discordance diagnostique ne semble pas étudiée. L'étude d'un critère fort comme la mortalité montre l'effet délétère de l'encombrement, mais plus d'études sont nécessaires pour évaluer la part attribuable à la discordance diagnostique liée au flux.

Notre étude démontre une concordance diagnostique significativement plus importante pour les patients orientés en filière chirurgicale qu'en filière médicale. L'analyse en sous-groupe montre la réalisation de TDM abdominales également plus importante dans cette catégorie de patients ($p=0.05$). Ces deux éléments semblent cohérents avec la pratique de l'urgentiste consistant à éliminer en première intention une pathologie chirurgicale urgente ; deux éléments concourent à augmenter le taux des scanners effectués aux urgences dans les pathologies abdominales orientées en filière chirurgicale :

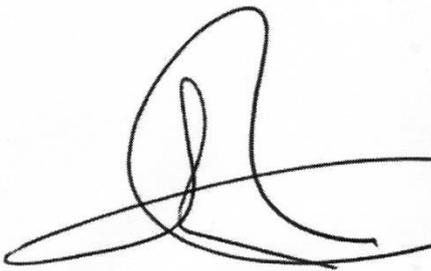
- Le fait que le scanner abdominal soit l'examen de choix pour préciser la pathologie lorsque l'urgentiste pressent un tableau chirurgical.
- Le fait que le recours à l'avis chirurgical quasi-constant par l'urgentiste pour une orientation en filière chirurgicale conduise plus souvent à appuyer qu'à écarter la demande de scanner abdominal.

Depuis son développement au cours des années 70, le scanner abdominal est devenu un outil capital au sein de nos services d'urgences (42), il précise nos suspicions cliniques (43) et l'orientation des malades (44). La réalisation des TDM aux Etats-Unis et au Canada est d'environ 30% pour l'ensemble des patients hospitalisés et 45% concernant les douleurs abdominales complexes (45). Deux éléments peuvent expliquer notre faible prescription de scanner par rapport aux données de la littérature :

- Un « effet centre » peut exister dans notre étude monocentrique.
- Notre choix arbitraire d'inclure les patients souffrant de douleur abdominale mais dont le motif d'admission n'est pas la douleur abdominale élargie la population incluse. Ceci diversifie les pathologies retrouvées avec des pathologies non abdominales pour lesquelles le bilan, dont fait partie le scanner abdominal, n'est pas prescrit aux urgences.

Conclusion

Le défi d'amélioration constante de la médecine d'urgence passe par l'auto-critique de ses pratiques afin d'améliorer la prise en charge de nos patients. Malgré l'imprécision de notre étude de terrain, sur une population de patients tout-venant et d'effectif limité, nous avons pu mettre en évidence un taux proche des valeurs de la littérature concernant la discordance diagnostique des douleurs abdominales. Notre étude identifie plusieurs facteurs influençant significativement la discordance diagnostique. La fatigue du médecin urgentiste exerce une influence délétère et majore la discordance diagnostique, néanmoins en cas d'étiologie possiblement chirurgicale il reste à même d'effectuer un diagnostic concordant au prix d'une prescription accrue de scanner. Cette influence de la fatigue, déjà connue en aéronautique, pose la question d'une nécessaire prise de conscience de cette composante dans l'organisation du travail. Un effectif plus important de patients, une inclusion plus précise et un suivi des diagnostics à distance permettraient de préciser l'influence d'éléments plus discrets et de confirmer le ressenti du praticien quant à l'influence du flux de malade.



Professeur Sandrine CHARPENTIER
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
Service des Urgences - Hôpital Rangueil
1, av. du Pr Jean Poulhès - TASA 50032
31059 TOULOUSE Cedex 9 - Tél. 05 61 32 27 95

Toulouse, le 29 septembre 2017

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
D.CARRIÉ



Références bibliographiques

1. Panorama2015.pdf [Internet]. [cited 2017 Aug 3]. Available from: <https://www.orumip.fr/wp-content/uploads/2016/09/Panorama2015.pdf>
2. Livret-Chiffres-Clés-2016.pdf [Internet]. [cited 2017 Aug 11]. Available from: <https://www.orumip.fr/wp-content/uploads/2017/04/Livret-Chiffres-Cl%C3%A9s-2016.pdf>
3. Bhuiya FA, Pitts SR, McCaig LF. Emergency department visits for chest pain and abdominal pain: United States, 1999-2008. NCHS Data Brief. 2010 Sep;(43):1-8.
4. Nemitz B, Carli P, Carpentier F, Ducassé J-L, Giroud M, Pateron D, et al. Référentiel métier-compétences pour la spécialité de médecine d'urgence. Ann Fr Médecine Urgence. 2012 Mar 1;2(2):125-38.
5. Medford-Davis L, Park E, Shlamovitz G, Suliburk J, Meyer AND, Singh H. Diagnostic errors related to acute abdominal pain in the emergency department. Emerg Med J EMJ. 2016 Apr;33(4):253-9.
6. Biros MH, Adams JG, Wears RL. Errors in Emergency Medicine A Call to Action. Acad Emerg Med. 2000 Nov 1;7(11):1173-4.
7. Navarro Fernández JA, Tárraga López PJ, Rodríguez Montes JA, López Cara MA. Validity of tests performed to diagnose acute abdominal pain in patients admitted at an emergency department. Rev Espanola Enfermedades Dig Organo Of Soc Espanola Patol Dig. 2009 Sep;101(9):610-8.
8. O'Connor PM, Dowey KE, Bell PM, Irwin ST, Dearden CH. Unnecessary delays in accident and emergency departments: do medical and surgical senior house officers need to vet admissions? Emerg Med J. 1995 Dec 1;12(4):251-4.
9. Chellis M, Olson J, Augustine J, Hamilton G. Evaluation of missed diagnoses for patients admitted from the emergency department. Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med. 2001 Feb;8(2):125-30.
10. Laurell H, Hansson L-E, Gunnarsson U. Diagnostic pitfalls and accuracy of diagnosis in acute abdominal pain. Scand J Gastroenterol. 2006 Oct;41(10):1126-31.

11. Disagreement between emergency department admission diagnosis and hospital discharge diagnosis: mortality and morbidity [Internet]. ResearchGate. [cited 2017 Aug 11]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/294724472_Disagreement_between_emergency_department_admission_diagnosis_and_hospital_discharge_diagnosis_mortality_and_morbidity
12. Johnson T, McNutt R, Odwazny R, Patel D, Baker S. Discrepancy between admission and discharge diagnoses as a predictor of hospital length of stay. *J Hosp Med*. 2009 Apr 1;4(4):234–9.
13. D K, Ak J, Ab J. Reducing Diagnostic Errors--Why Now?, Reducing Diagnostic Errors — Why Now? *N Engl J Med* *N Engl J Med*. 2015 Dec 24;373, 373(26, 26):2491, 2491–3.
14. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. To Err is Human: Building a Safer Health System [Internet]. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/>
15. Wachter RM. Why Diagnostic Errors Don't Get Any Respect—And What Can Be Done About Them. *Health Aff (Millwood)*. 2010 Sep 1;29(9):1605–10.
16. Sasegbon A. When is pneumonia not pneumonia? *BMJ Case Rep*. 2015 Jun 8;2015.
17. Chiu HS, Chan KF, Chung CH, Ma K, Au KW. A comparison of emergency department admission diagnoses and discharge diagnoses: retrospective study. *Hong Kong J Emerg Med*. 2003;10(2):70–5.
18. To what extent do nurses and physicians working within the emergency department experience burnout: A review of the literature [Internet]. ResearchGate. [cited 2017 Sep 18]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/244827479_To_what_extent_do_nurses_and_physicians_working_within_the_emergency_department_experience_burnout_A_review_of_the_literature
19. Chisholm CD, Collison EK, Nelson DR, Cordell WH. Emergency Department Workplace Interruptions Are Emergency Physicians “Interrupt- driven” and “Multitasking”? *Acad Emerg Med*. 2000 Nov 1;7(11):1239–43.
20. Freund Y, Vincent-Cassy C, Bloom B, Riou B, Ray P, APHP Emergency Database Study Group. Association between age older than 75 years and exceeded target waiting times in the

- emergency department: a multicenter cross-sectional survey in the Paris metropolitan area, France. *Ann Emerg Med.* 2013 Nov;62(5):449–56.
21. McCarthy ML, Zeger SL, Ding R, Levin SR, Desmond JS, Lee J, et al. Crowding delays treatment and lengthens emergency department length of stay, even among high-acuity patients. *Ann Emerg Med.* 2009 Oct;54(4):492–503.e4.
 22. Boksem MAS, Tops M. Mental fatigue: costs and benefits. *Brain Res Rev.* 2008 Nov;59(1):125–39.
 23. McNutt R, Johnson T, Kane J, Ackerman M, Odwazny R, Bardhan J. Cost and quality implications of discrepancies between admitting and discharge diagnoses. *Qual Manag Health Care.* 2012 Dec;21(4):220–7.
 24. Heuer JF, Gruschka D, Crozier TA, Bleckmann A, Plock E, Moerer O, et al. Accuracy of prehospital diagnoses by emergency physicians: comparison with discharge diagnosis. *Eur J Emerg Med Off J Eur Soc Emerg Med.* 2012 Oct;19(5):292–6.
 25. Juhra C, Schenkel J, Albert J, Butz N, Born J. In Case of Emergency - Are ICD-10 Codes Enough? *Stud Health Technol Inform.* 2015;208:195–9.
 26. Dula DJ, Dula NL, Hamrick C, Wood GC. The effect of working serial night shifts on the cognitive functioning of emergency physicians. *Ann Emerg Med.* 2001 Aug 1;38(2):152–5.
 27. Smith-Coggins R, Rosekind MR, Hurd S, Buccino KR. Relationship of day versus night sleep to physician performance and mood. *Ann Emerg Med.* 1994 Nov;24(5):928–34.
 28. Patterson PD, Weaver MD, Frank RC, Warner CW, Martin-Gill C, Guyette FX, et al. Association between poor sleep, fatigue, and safety outcomes in emergency medical services providers. *Prehospital Emerg Care Off J Natl Assoc EMS Physicians Natl Assoc State EMS Dir.* 2012 Mar;16(1):86–97.
 29. Machi MS, Staum M, Callaway CW, Moore C, Jeong K, Suyama J, et al. The Relationship Between Shift Work, Sleep, and Cognition in Career Emergency Physicians. *Acad Emerg Med.* 2012 Jan 1;19(1):85–91.
 30. Croskerry P. ED cognition: any decision by anyone at any time. *CJEM.* 2014 Jan;16(1):13–9.

31. Houston S. FAA Final Rule on Pilot Duty and Rest Requirements [Internet]. The Balance. [cited 2017 Sep 24]. Available from: <https://www.thebalance.com/faa-final-rule-pilot-duty-and-rest-requirements-282927>
32. Goode JH. Are pilots at risk of accidents due to fatigue? *J Safety Res.* 2003;34(3):309–13.
33. Costa G. Sleep deprivation due to shift work. *Handb Clin Neurol.* 2015;131:437–46.
34. Mehta LS, Beckie TM, DeVon HA, Grines CL, Krumholz HM, Johnson MN, et al. Acute Myocardial Infarction in Women: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation.* 2016 Mar 1;133(9):916–47.
35. Eames J, Eisenman A, Schuster RJ. Disagreement between emergency department admission diagnosis and hospital discharge diagnosis: mortality and morbidity. *Diagnosis.* 2016;3(1):23–30.
36. Peng A, Rohacek M, Ackermann S, Ilsemann-Karakoumis J, Ghanim L, Messmer AS, et al. The proportion of correct diagnoses is low in emergency patients with nonspecific complaints presenting to the emergency department. *Swiss Med Wkly.* 2015;145:w14121.
37. Kreindler SA, Cui Y, Metge CJ, Raynard M. Patient characteristics associated with longer emergency department stay: a rapid review. *Emerg Med J EMJ.* 2016 Mar;33(3):194–9.
38. Parikh R, Faillace R, Hamdan A, Adinaro D, Pruden J, DeBari V, et al. An emergency physician activated protocol, “Code STEMI” reduces door-to-balloon time and length of stay of patients presenting with ST-segment elevation myocardial infarction. *Int J Clin Pract.* 2009 Mar;63(3):398–406.
39. Jones SS, Allen TL, Flottesch TJ, Welch SJ. An Independent Evaluation of Four Quantitative Emergency Department Crowding Scales. *Acad Emerg Med.* 2006 Nov 1;13(11):1204–11.
40. Sprivulis PC, Da Silva J-A, Jacobs IG, Frazer ARL, Jelinek GA. The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. *Med J Aust.* 2006 Mar 6;184(5):208–12.

41. Bernstein SL, Aronsky D, Duseja R, Epstein S, Handel D, Hwang U, et al. The effect of emergency department crowding on clinically oriented outcomes. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med*. 2009 Jan;16(1):1–10.
42. Rubin GD. Computed tomography: revolutionizing the practice of medicine for 40 years. *Radiology*. 2014 Nov;273(2 Suppl):S45-74.
43. Modahl L, Digumarthy SR, Rhea JT, Conn AK, Saini S, Lee SI. Emergency department abdominal computed tomography for nontraumatic abdominal pain: optimizing utilization. *J Am Coll Radiol JACR*. 2006 Nov;3(11):860–6.
44. Systemans BJ, Devitt PG. Computed tomography in acute abdominal pain: an overused investigation? *ANZ J Surg*. 2014 Mar;84(3):155–9.
45. Berdahl CT, Vermeulen MJ, Larson DB, Schull MJ. Emergency department computed tomography utilization in the United States and Canada. *Ann Emerg Med*. 2013 Nov;62(5):486–494.e3.

Annexe 1 :

Thèse corrélation diagnostique des urgences dans les ¹ douleurs abdominales hospitalisées non traumatiques.

Patient: Etiquette	Merci de remplir ce document et de le déposer dans la bannette prévue en salle de soins. <i>Recueil de thèse : Arnaud FEROUELLE Directeur de Thèse: Dr. LAFFORGUE</i>	
	OUI	NON
<ul style="list-style-type: none"> • L'interrogatoire était-il optimal? <small>(non optimal exemple: comateux, ne comprends pas les questions, dément etc...)</small> 		
<ul style="list-style-type: none"> • Est-il adressé par un médecin? 		
⇒ Avec un courrier?		
⇒ Avec une biologie?		
⇒ Avec Imagerie?		
<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous pratiqué une échographie? <small>(aux urgences, par l'urgentiste)</small> 		
⇒ Était-elle Contributive?		
<ul style="list-style-type: none"> • Avis d'un 2ème médecin sénior demandé? 		
⇒ Autre Urgentiste		
⇒ Spécialiste (étages, autre CH...)		
<ul style="list-style-type: none"> • A quelle heure le sénior référent a t-il pris sa garde? <small>(matin = 9h // soir = 19h)</small> 		
<ul style="list-style-type: none"> • Le flux était-il surchargé? <small>(impression subjective)</small> 		

Annexe 1, questionnaire de renseignements glissé dans les dossiers des patients présentant une douleur abdominale, à but de recueil d'informations par le médecin urgentiste.

Douleurs abdominales non traumatiques de l'adulte : Etude de la discordance diagnostique entre service d'accueil des urgences et service d'aval et des facteurs l'influençant

Résumé :

Contexte : Une admission sur dix aux urgences est une symptomatologie de douleurs abdominales, elles représentent un défi pour l'urgentiste devant prendre les décisions de prise en charge dans un environnement sous pression pouvant émousser son expertise. La discordance diagnostique est associée à une augmentation de la morbidité, la mortalité et la durée d'hospitalisation. **Objectif :** Evaluer l'importance de la discordance diagnostique du service d'urgences avec le service d'hospitalisation concernant les douleurs abdominales non traumatiques de l'adulte hospitalisé et les facteurs qui l'influence. **Type d'étude, population et recueil :** Analyse rétrospective, au sein du service d'accueil des urgences de l'hôpital de Tarbes en France. Recueil et comparaison des dossiers de l'ensemble des patients majeurs avec douleurs abdominales non traumatiques admis entre Septembre 2016 et Avril 2017. Comparaison des diagnostics textuels émis aux urgences et en service d'hospitalisation, ainsi que des données concernant le médecin urgentiste, la prise en charge, le patient et le service. **Critères de jugements :** Le taux de discordance diagnostique entre l'admission aux urgences et le service d'hospitalisation. Nous avons recherché les éléments statistiquement liés à la discordance. **Résultats :** La discordance diagnostique était de 13% avec un lien significatif avec l'orientation en filière médicale ($p=0.004$) et une durée de repos depuis la dernière nuit de garde inférieure à 3 nuits ($p=0.006$). **Conclusion :** Notre design d'étude explique des valeurs basses de discordance diagnostique. La concordance diagnostique entre le service d'urgences et d'hospitalisation est meilleure lors d'une orientation chirurgicale, mais la fatigue de l'urgentiste majore sa discordance.

Mots clés : discordance diagnostique, douleur abdominale, non-traumatique, urgences, hospitalisation, adultes.

Non-traumatic abdominal pain in adults: Study of the diagnostic discrepancy between emergency department and downstream service, and the factors influencing it

Abstract :

Background: One out of 10 admissions in emergency departments presents with abdominal pain, it's a challenge for the emergency physician to make decision in an environment under pressure that could infringe his expertise. Discrepancy is associated with increases of morbidity, mortality and length of stay. **Objective:** To evaluate discrepancy rate between emergencies admission and discharge diagnosis among adult inpatient which came with abdominal pain, as well as elements that influence it. **Study design, population, and data collection:** Retrospective study in Emergency department of Tarbes hospital, France. Data collection and comparison of all adult's patients with non-traumatic abdominal pain admit from September 2016 to April 2017. We Compared diagnosis written at the admission in the emergency file with the discharge one written in the ward, and collect data relative to the emergency physician, the patient, and medical management. **Outcomes:** Discrepancy rate between admission and discharge diagnosis. We search for characteristics linked with emergencies diagnosis discrepancy. **Results:** Diagnosis discrepancy rate was 13%, with a significative relationship with medical sector orientation ($p=0.004$) and a rest period from last night of guard less than 3 night ($p=0.006$). **Conclusion:** Our study design can explain the low values of diagnosis discrepancy. Agreement is better during a surgical orientation between emergency and ward, but fatigue and overstrain increases discrepancy.

Keywords : diagnosis discrepancy, abdominal pain, non-traumatic, emergencies, admission, adults.