



Recommander
les bonnes
pratiques

FLASH SÉCURITÉ PATIENT

Erreurs diagnostiques dans les services des urgences

Diagnostic manqué, urgence aggravée

Avril 2025

Ça peut aussi vous arriver

Évènement 1

Diagnostic retardé d'un accident vasculaire cérébral entraînant le décès

Un patient octogénaire est admis au service des urgences avec un tableau neurologique associant confusion, dysarthrie, troubles de l'équilibre, vision floue binoculaire et paraparésie des membres inférieurs. Un angioscanner cérébral des troncs supra-aortiques est réalisé, ainsi que des examens biologiques, dont une bandelette urinaire qui s'avère positive. Le médecin urgentiste diagnostique une infection urinaire et renvoie le patient à son domicile avec une prescription d'antibiotique. Deux jours après, devant l'aggravation des symptômes du patient, son médecin traitant le réadresse au service des urgences. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) réalisée montre un accident vasculaire cérébral (AVC). Le patient est hospitalisé en service de soins spécialisés, où il décède quelques jours après.

Que s'est-il passé ? Cause immédiate

Le diagnostic d'AVC a été réalisé avec deux jours de retard.

Pourquoi est-ce arrivé ? Causes profondes, barrières absentes ou défaillantes

- Lors de son premier passage au service des urgences, le patient a été trié comme un cas non urgent et les signes neurologiques évocateurs d'AVC ont été négligés par le médecin urgentiste.
- Le compte rendu, rédigé par un interne, sans relecture par un senior, ne mentionnait pas le diagnostic d'AVC dans la conclusion, mais uniquement dans le corps du texte.
- L'urgentiste n'a pas vu que le compte-rendu de l'angioscanner cérébral mentionnait la présence d'un AVC.
- Le médecin urgentiste était intérimaire et ne maîtrisait pas les différents circuits de l'établissement : l'avis du neurologue n'a pas été demandé.
- La charge de travail était importante au sein du service des urgences ainsi qu'en imagerie.

Évènement 2

Diagnostic manqué d'embolie pulmonaire entraînant le décès

Une patiente septuagénaire est admise dans un service des urgences en raison d'une toux, d'une fièvre et d'une dyspnée apparues depuis 5 jours, associées à une hypoxémie. Elle est mise sous oxygène et est examinée quelques heures après par le médecin, qui, sur la base des signes cliniques et d'exams complémentaires, diagnostique une pneumopathie fébrile. Une antibiothérapie est prescrite. La patiente étant stable, elle est installée dans un box pour surveillance en attendant un lit en service de rhumatologie. Lors de la visite de sa fille le même jour, elle est trouvée en arrêt cardiorespiratoire ; celui-ci est pris en charge immédiatement mais la patiente décède.

Que s'est-il passé ? Cause immédiate

La patiente avait une embolie pulmonaire qui n'a pas été diagnostiquée.

Pourquoi est-ce arrivé ? Causes profondes, barrières absentes ou défaillantes

- Un biais cognitif est survenu (« arrêt de réflexion ») : les facteurs de risques cardiovasculaires de la patiente ainsi que son antécédent d'embolie pulmonaire n'ont pas été suffisamment pris en compte lors de l'évaluation médicale.
- Il y a eu un manque de communication entre l'équipe des urgences et la fille de la patiente sur les antécédents et le traitement habituel de la patiente (période pandémique de Covid-19).
- Il n'y a pas eu d'échographie cardiaque ou pleurale car les délais pour obtenir cet examen auprès de l'équipe de cardiologie étaient trop importants, faute de ressources suffisantes.
- Il existait une forte activité dans le service des urgences ce jour-là, avec un seul médecin sur place responsable de l'ensemble des patients. Aucun professionnel n'avait pu aller voir la patiente dans son box, avant son transfert en service de rhumatologie.

Évènement 3

Diagnostic retardé d'une méningite entraînant une hospitalisation en soins critiques

Une patiente âgée d'une vingtaine d'années est admise au service des urgences pour un tableau de sepsis avec fièvre, cervicalgie et céphalées. Des hémocultures sont réalisées immédiatement. La patiente est renvoyée le jour même à son domicile avec une prescription de paracétamol. Devant l'aggravation du sepsis et l'apparition d'un purpura, la patiente revient au service des urgences deux jours après. Elle est hospitalisée en soins critiques.

Que s'est-il passé ? Cause immédiate

Une méningite a été diagnostiquée avec retard.

Pourquoi est-ce arrivé ? Causes profondes, barrières absentes ou défaillantes

- Le tableau clinique n'a pas suffisamment alerté les professionnels de santé.
- Le résultat des hémocultures, positives à méningocoque, a été transmis par téléphone à l'interne un jour après la sortie de la patiente, mais celui-ci n'a pas réalisé l'urgence de la situation : la patiente n'en a pas été informée ni le médecin senior.
- Le laboratoire d'analyse biologique n'a pas informé le médecin senior : le répertoire téléphonique ne contenait pas les coordonnées directes des médecins seniors, mais seulement le numéro d'un téléphone fixe du service des urgences.
- Il n'existait pas de système d'alerte visuelle lors de la réception de résultats d'analyses biologiques (qu'ils soient critiques ou non) dans le système d'information.
- Il existait une surcharge de travail au service des urgences, avec de multiples interruptions de tâches.

Mots clés : erreurs diagnostiques – service des urgences – diagnostic retardé – diagnostic manqué – communication

Pour que cela ne se reproduise pas

Le diagnostic nécessite un ensemble complexe d'étapes pour recueillir, intégrer et interpréter les informations, et chacune est sujette aux erreurs. Les erreurs diagnostiques sont définies comme des diagnostics retardés, erronés, manqués ou non communiqués au patient¹. Elles sont très souvent multifactorielles, combinant des causes systémiques et cognitives.

Les erreurs en lien avec le diagnostic représentent la 5^e cause immédiate la plus citée dans les déclarations d'événements indésirables associés aux soins (EIGS) reçues à la HAS et la 2^e seulement si l'on considère uniquement les EIGS liés aux services des urgences².

1. Agency for Healthcare Research and Quality. Measure Dx. A resource to identify, analyze, and learn from diagnostic safety events. Rockville: AHRQ; 2022. www.ahrq.gov/diagnostic-safety/tools/measure-dx.html.

2. Haute Autorité de santé. AbrEIGS : un rapport synthétique annuel sur les événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) de 2023. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2024. www.has-sante.fr/jcms/p_3539434/fr/evenements-indesirables-graves-associes-aux-soins-eigs-rapport-annuel-2023

En effet, les services des urgences sont particulièrement exposés aux erreurs diagnostiques en raison des spécificités de leur travail : patients non connus, soins urgents et flux de patients important. Les professionnels des services des urgences doivent donc gérer une charge cognitive et décisionnelle importante, tout en assurant des diagnostics rapides et fiables pour tous les patients³.

Afin de diminuer le risque d'erreurs diagnostiques au sein des services des urgences, il est essentiel de :

- **sensibiliser les professionnels au risque d'erreurs diagnostiques ;**
- **mieux former les professionnels, de façon initiale et continue :**
 - aux connaissances médicales théoriques spécifiques à la médecine d'urgence (signes d'appel),
 - à la prescription, la réalisation dans certains cas, et surtout l'interprétation des examens essentiels au diagnostic,
 - et au diagnostic (techniques pour améliorer le raisonnement clinique) ;
- **améliorer le travail en équipe :**
 - favoriser l'intelligence collective pour améliorer la performance diagnostique (travail en binôme...),
 - s'assurer de la présence et de la disponibilité en continu d'un médecin senior dans les services des urgences et, si la supervision ne peut pas être systématique, formaliser les situations concernées (exemples : sortie des patients, validation des comptes-rendus d'imagerie, supervision des internes et stagiaires),
 - formaliser les situations pour lesquelles un avis spécialisé doit être sollicité. Pour ce faire, les médecins de spécialité doivent être facilement joignables en intra ou inter-établissement,
 - promouvoir une communication optimale entre le service des urgences et les services de biologie médicale et d'imagerie (délai et mode de transmission des résultats) ;
- **limiter les biais cognitifs :**
 - former les professionnels au fonctionnement cognitif et à ses failles,
 - identifier les situations à risque spécifiques à son environnement de travail (analyse collective d'événements indésirables associés aux soins avec autopsie cognitive, simulation en santé...),
 - avoir des prises en charge protocolées (arbre décisionnel, chemin clinique, *check-list*...) ;
- **améliorer les processus diagnostiques et les conditions de travail :**
 - favoriser l'utilisation des systèmes d'information comportant des aides au diagnostic, en particulier lors de l'étape de triage,
 - formaliser le circuit d'information des résultats d'examens critiques (présence de signes vitaux anormaux...) et paramétrer les alertes dans les systèmes d'information pour s'assurer de leur visibilité,
 - s'assurer de l'existence de moyens humains suffisants, d'équipements techniques fonctionnels et de locaux adaptés ;
- **engager les patients et leurs proches :**
 - systématiser l'interrogatoire de la famille et des aidants,
 - fournir aux patients et/ou à leurs proches des explications claires, oralement et par écrit, sur les signes qui doivent les alerter et nécessiter une nouvelle évaluation médicale.

3. Jacques E, Jacques J. L'erreur de diagnostic en médecine d'urgence - son incidence et ses causes. *Louvain Med* 2020;139(8):465-74.

La collection « Flash sécurité patient »

La collection « [Flash sécurité patient](#) » sensibilise les professionnels de santé à la gestion des risques à partir d'événements indésirables associés aux soins (EIAS) auxquels ils ont été confrontés, et qui sont toujours liés à une succession de dysfonctionnements. **La HAS ne modifie pas et n'interprète pas ces EIAS déclarés dans les bases de retour d'expérience nationales par les professionnels et sélectionnés dans les FSP.**

Ce flash s'intéresse aux EIAS liés à des erreurs de diagnostic au sein des services des urgences. Les événements décrits ne le sont pas dans leur ensemble et les analyses reportées ont été focalisées sur les causes profondes des erreurs diagnostiques.

Pour en savoir plus

- Haute Autorité de santé. [Les erreurs diagnostiques en médecine. État des lieux](#). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2024.
- Haute Autorité de santé. [Analyse des déclarations de la base nationale des événements indésirables graves associés aux soins \(EIGS\) en lien avec les services des urgences](#). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2024.
- Haute Autorité de santé. [L'effet tunnel en santé : comment faire pour en voir le bout ?](#) Saint-Denis La Plaine: HAS; 2023.
- Haute Autorité de santé, Société francophone de simulation en santé. [Simulation en santé et gestion des risques. 1 – Guide méthodologique](#). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2019.