



UNIVERSITÉ DE LILLE

FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2019

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

**Avis spécialisés dermatologiques aux urgences pédiatriques du
CHRU de Lille : étude rétrospective sur 3 ans**

Présentée et soutenue publiquement le 23 septembre 2019 à 18h
Au Pôle Recherche
Par Manon ROBERGE

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Laurent MORTIER

Asseseurs :

Monsieur le Professeur Alain MARTINOT

Madame la Professeure Delphine STAUMONT-SALLE

Monsieur le Docteur Benoît CATTEAU

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Sébastien BUCHE

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des Abréviations

UP : Urgences Pédiatriques

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

IOA : Infirmière d'Accueil et d'Orientation

SAUV : Service d'Accueil des Urgences Vitales

HCD : Hospitalisation de Courte Durée

NFS : Numération Formule Sanguine

CRP : C-Reactive Protein

ECBU : Examen Cytobactériologique des Urines

CH : Centre Hospitalier

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

PMI : Protection Maternelle et Infantile

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	1
INTRODUCTION.....	3
MATERIEL ET METHODES	6
I. CONCEPT DE L'ÉTUDE.....	6
II. SERVICE IMPLIQUE.....	6
III. POPULATION	6
IV. ASPECT REGLEMENTAIRE.....	7
V. RECUEIL DES DONNEES	7
A. Méthode de recueil	7
B. Nature des données recueillies	7
VI. ANALYSE STATISTIQUE	11
RESULTATS.....	13
I. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES ET CLINIQUES.....	13
A. Effectifs.....	13
B. Sexe	13
C. Âge.....	13
D. Mode d'adressage aux urgences pédiatriques.....	14
E. Évaluation antérieure	15
F. Délai d'évolution	16
G. Diagnostics.....	17
1. Pédiatres.....	17
2. Dermatologues.....	19
H. Orientation.....	20
I. Caractère approprié de la venue aux urgences.....	23
1. Critères de Soins d'Urgence.....	23
2. Critères de De Angelis.....	23
J. Délai de l'avis dermatologique et suivi	23
II. DONNEES COMPARATIVES	24
A. Critères de Soins d'Urgence	24
B. Critères de De Angelis.....	26
C. Hospitalisation.....	27
D. Concordance diagnostique.....	29
1. Diagnostics précis.....	29
2. Diagnostics groupés par grandes familles.....	29
3. Étude des passages sans diagnostic proposé par les pédiatres	30
DISCUSSION	32
I. DONNEES DEMOGRAPHIQUES ET CLINIQUES :	32
A. Diagnostics	36
B. Orientation.....	38
C. Caractère approprié de la venue aux urgences.....	39
D. Concordance diagnostique.....	43
1. Dermatoses infectieuses :	44
2. Dermatoses inflammatoires :	45
II. FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE	47
A. Limites de l'étude	47
B. Forces de l'étude	47
CONCLUSION.....	52
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	54
ANNEXES.....	59

RÉSUMÉ

Contexte : À l'instar des urgences générales, le nombre de passages aux urgences pédiatriques (UP) augmente chaque année. Les motifs de recours sont variés. Les pathologies dermatologiques représentent 4 à 40% des venues. La démographie médicale actuelle rend difficile l'accès à une consultation dermatologique ou pédiatrique libérale en urgence. Il existe peu d'études portant sur les motifs dermatologiques de recours aux UP. Elles sont encore plus rares à analyser les avis spécialisés dermatologiques qui y sont donnés. L'objectif principal de cette étude était de faire un état des lieux des avis spécialisés dermatologiques donnés aux UP du CHRU de Lille.

Méthode : Nous avons mené une étude rétrospective monocentrique portant sur les avis spécialisés dermatologiques aux UP du CHRU de Lille, entre le 1^{er} janvier 2015 et le 31 décembre 2017. Nous avons recueilli les données cliniques et démographiques dans les dossiers médicaux informatisés des patients.

Résultats : 455 venues aux UP ont bénéficié d'un avis spécialisé dermatologique en 3 ans, soit 0.53% de l'ensemble des passages aux UP. L'âge médian des enfants était de 28 mois. Dans 74.7% des cas, la venue aux UP était décidée par les parents et dans 69.9% des cas, l'enfant avait déjà été évalué par un médecin. Les diagnostics les plus fréquents étaient les dermatoses infectieuses (53.4%), puis les dermatoses inflammatoires. Pour 77.1% des passages, la sortie était autorisée. 13.4% des cas étaient hospitalisés en secteur conventionnel. Le caractère approprié de la venue aux UP était retenu dans 24.4% selon les critères de Soins d'Urgence, et dans 34.1% selon les critères de De Angelis. La concordance diagnostique globale entre pédiatres et dermatologues se situait entre 40 et 75%. Les pathologies semblaient

poser des difficultés diagnostiques étaient les dermatoses bactériennes notamment l'impétigo bulleux, les pathologies inflammatoires comme les dermatites atopiques compliquées, les eczémas non atopiques et les urticaires.

Conclusion : Les dermatologues sont souvent sollicités aux UP, pour des motifs variés. A l'instar des urgences adultes, les motifs de consultation n'étaient pas de réelles urgences dans la majorité des cas. Notre étude plaide pour une meilleure collaboration entre dermatologues et pédiatres, et l'amélioration de l'accès à la formation pratique dermatologique.

INTRODUCTION

Le nombre de passage aux urgences générales augmente chaque année et les UP sont également concernées, avec une augmentation moyenne des admissions de 3 à 5% par an (1–4). Ceci engendre une majoration du délai de prise en charge et des coûts ainsi qu'une insatisfaction des patients et des soignants.

Au 1^{er} janvier 2019, l'INSEE rapportait une population de 11 479 457 enfants de moins de 15 ans en France, soit 17.7% de la population générale. En 2014, le GFRUP (Groupe Francophone de Réanimation et d'Urgences Pédiatriques) a dénombré 154 services publics d'urgences pédiatriques sur 394 établissements publics de santé accueillant des urgences (soit 39.1%)(5).

Les motifs de recours aux UP sont d'une grande variété (6,7). Selon la littérature, les motifs dermatologiques de recours aux UP sont fréquents, représentant 4 à 40% des venues selon les études (8–11). Les chiffres les plus élevés seraient liés à l'inclusion des pathologies traumatiques (brûlures, plaies suturables notamment) (11). Lorsque ces dernières sont exclues, le taux va de 4 à 20%, avec une variabilité relativement importante qui peut s'expliquer par l'hétérogénéité du type d'hôpital, du climat, et du mode de recueil des données. De plus, l'âge, l'ethnie, la géographie, les conditions socioéconomiques, l'état nutritionnel et d'hygiène, les facteurs génétiques influencent l'incidence des pathologies dermatologiques.

L'avis des dermatologues est fréquemment sollicité par les pédiatres aux UP, dans 10 à 31% des venues pour motif dermatologique selon les études (8,9,12). Les pédiatres

considèrent même qu'un avis spécialisé dermatologique est essentiel dans 16% des cas (12). Dans l'étude d'Auvin et al. (9), les dermatologues eux-mêmes considéraient que leur avis était nécessaire dans 57% des cas, voire urgent dans 19% des cas pour lesquels ils étaient sollicités.

Néanmoins, peu de pathologies dermatologiques mettent en jeu le pronostic vital. Comme aux urgences adultes, les recours aux UP pour motif dermatologique sont fréquemment non justifiés(13,14). Il existe cependant une grande inquiétude parentale et un désir de prise en charge immédiate concernant les pathologies dermatologiques. Les difficultés d'accès à une consultation dermatologique sont un facteur aggravant. Les patients viennent aux urgences dans l'espoir d'obtenir un avis spécialisé. La démographie médicale actuelle laisse penser que ce phénomène va s'amplifier.

Il existe en effet une diminution du nombre de médecins généralistes et spécialistes en exercice en France. Les dermatologues constituent une population vieillissante, notamment en libéral, et les départs à la retraite ne sont pas remplacés. Il en résulte d'importantes difficultés pour satisfaire les demandes de consultation urgentes en libéral, et les patients sont nombreux à se tourner vers les urgences des hôpitaux. De plus, il semble que la population pédiatrique soit beaucoup plus représentée que la population âgée en consultation dermatologique d'urgence (15).

Les études analysant les motifs dermatologiques de passage aux UP sont peu nombreuses. Ainsi, nous avons réalisé une étude rétrospective descriptive sur les passages aux urgences pédiatriques du Centre Hospitalier Régional Universitaire

(CHRU) de Lille ayant bénéficié d'un avis spécialisé dermatologique entre 2015 et 2017.

L'objet de ce travail rétrospectif était de faire un état des lieux des passages aux urgences pédiatriques du CHRU de Lille pour lesquels les enfants avaient bénéficié d'un avis spécialisé dermatologique. Une étude épidémiologique observationnelle descriptive rétrospective était donc réalisée.

L'objectif principal de notre étude était de décrire les caractéristiques épidémiologiques des enfants bénéficiant d'un avis spécialisé dermatologique lors de leur passage aux urgences pédiatriques.

Ainsi, nous souhaitons :

- Déterminer la nature et la fréquence des affections cutanées rencontrées aux urgences pédiatriques ayant bénéficié d'un avis spécialisé dermatologique
- Déterminer le caractère approprié ou non du passage aux urgences pédiatriques
- Déterminer comment le passage aux urgences pédiatriques a été décidé
- Déterminer le délai d'évolution des symptômes cutanés avant le passage aux urgences
- Déterminer l'orientation des patients
- Déterminer le suivi prévu au décours du passage aux urgences pédiatriques

Les objectifs secondaires étaient multiples. Nous souhaitons étudier les facteurs influençant le caractère approprié de la venue aux UP. Nous souhaitons également analyser la concordance diagnostique entre pédiatres et dermatologues.

MATERIEL ET METHODES

I. Concept de l'étude

Nous avons mené une étude observationnelle, descriptive, rétrospective, monocentrique au CHRU de Lille sur une période de 3 ans, du 1^{er} janvier 2015 au 31 décembre 2017 inclus.

II. Service impliqué

Le service des urgences pédiatriques du CHRU de Lille a ouvert en 1997. En 2015, 2016, 2017, on y recensait respectivement 27 818, 28 938 et 28 925 passages et respectivement 5 830, 5 936 et 6 193 admissions dans le service d'hospitalisation de courte durée.

Le service comprend 10 box dont 1 salle de plâtre, 1 salle de suture, 1 salle de traumatologie, 1 box ORL, 1 salle de prélèvement, 1 salle de surveillance, 1 salle d'orientation ou l'IOA (infirmière d'accueil et d'orientation), et 1 salle de SAUV (réservée aux urgences vitales), et 10 places d'hospitalisation de courte durée (HCD). À titre de comparaison, en 2002, le service était moins important : il comprenait 4 salles d'examen, 1 salle de plâtre, 1 salle de réanimation et 10 chambres d'hospitalisation de courte durée (HCD).

III. Population

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Âge inférieur à 15 ans et 3 mois : les patients consultant aux urgences pédiatriques remplissaient par définition ce critère.

- Consultant pour une atteinte cutanée
- Ayant bénéficié d'un avis spécialisé dermatologique

Un même patient pouvait ainsi être inclus plusieurs fois, tant que ces critères étaient respectés pour chaque passage aux urgences pédiatriques.

IV. Aspect réglementaire

Ce travail a été déclaré au GHT Lille métropole Flandre intérieure et enregistré au numéro DEC19-048.

V. Recueil des données

A. Méthode de recueil

Les données étaient extraites du dossier médical informatisé des patients (logiciel Sillage) au CHRU de Lille. Les données étaient classées dans un fichier de manière anonymisée.

B. Nature des données recueillies

Les données recueillies concernaient :

- L'âge
- Le sexe
- Le mode d'adressage du patient aux UP
- Si l'enfant avait déjà été vu par un médecin avant le passage aux UP, et si oui par quel type de médecin ou structure

- Le délai d'évolution des symptômes dermatologiques avant la consultation aux UP
- Le diagnostic proposé par les pédiatres si mentionné. Quand plusieurs diagnostics étaient proposés et que l'un d'eux coïncidait avec le diagnostic des dermatologues, nous retenions ce diagnostic.
- Le diagnostic proposé par les dermatologues. Lorsque plusieurs diagnostics étaient proposés, nous retenions celui qui était décrit comme le plus probable. Le diagnostic final retenu était celui du dermatologue.
- L'orientation du patient
- Déterminer le caractère approprié ou non de la venue aux UP, en fonction de deux séries de critères :
 - o La présence de critères de Soins d'Urgence, en dehors du critère « avis spécialisé », ce dernier étant rempli par définition
 - o La présence de critères de De Angelis
- Le délai d'obtention de l'avis dermatologique
- Si un suivi dermatologique était prévu au décours ou non

Nous avons utilisé les critères de Soins d'Urgences tels que définis dans le travail d'Auvin et al(9). Ces critères correspondaient aux soins non réalisables en ville :

- Surveillance supérieure ou égale à quatre heures, sans tenir compte de l'attente d'examens complémentaires ou de résultats
- Examens complémentaires non réalisables en ville, définis comme tout examen autre que la biologie standard (NFS, CRP, ionogramme sanguin, glycémie, urée et créatinine plasmatiques, bilan hépatique, ECBU, coproculture) ou la radiologie standard pendant les heures ouvrables, tout examen paraclinique en

dehors de ces horaires et les examens complémentaires devant être effectués dans un délai incompatible avec une réalisation en ville

- Traitements définis comme non réalisables en ville, dans l'heure qui suit :
oxygénothérapie, aérosol, injection intraveineuse
- Avis spécialisé : non pris en compte car par définition, un avis spécialisé dermatologique était donné.

La présence d'un critère ou plus permettait de considérer la venue aux urgences comme étant appropriée d'après les Critères de Soins d'Urgence.

Nous avons également utilisé les critères de De Angelis pour déterminer le caractère approprié de la venue aux UP. Ces critères ont été utilisés dans plusieurs études(9,16,17), bien qu'ils ne soient pas validés scientifiquement. Ils sont présentés dans le **tableau 1**.

Tableau 1

Diagnostics	Motifs et symptômes
Affection médicale sévère	Fièvre
Arrêt respiratoire ou cardiaque	≥ 38° chez nourrisson < 2 mois ou enfant drépanocytaire
Episode de cyanose	≥ 39° quelque soit l'âge
Convulsion	Signes gastro-intestinaux
Crise drépanocytaire	≥ 2 vomissements dans les 24h chez nourrisson < 2 mois
Etat de choc	≥ 2 épisodes de diarrhée dans les 24h chez nourrisson < 2 mois
Insuffisance cardiaque	Déshydratation
Acido-cétose diabétique	Rectorragie
Méningo-encéphalite	Hématémèse
Coma	Toute douleur sévère
Ingestion de corps étranger	Douleur localisée avec fièvre ≥ 38°
Intoxication médicamenteuse	Traumatisme
Traumatisme	Crânien
Fracture	Oculaire
Lacération	Abdominal
Morsure	Thoracique
Brûlure >5% ou affectant une articulation	Gynécologique
SéVICES	Géni-urinaire
Cicatrice infectée	Rash diffus de survenue brutale
Corps étranger	Inquiétude parentale
Affection chirurgicale sévère	Histoire de
Abdomen aigu	Somnolence
Hernie étranglée	Irritabilité prononcée
Torsion testiculaire	Otalgie
Réaction allergique aigue	Vomissement ou diarrhée > 5 fois par 24h
Affection respiratoire	Hypotonie brutale
Crise d'asthme	Raideur de nuque
Laryngite	Fièvre > 39°
Pneumopathie	
Bronchiolite	
Epiglottite	
Abscès péri-amygdalien ou rétro-pharyngé	
Otite moyenne aigue avec fièvre, douleur ou otorrhée	
Tout diagnostic aboutissant à une hospitalisation	

Un seul de ces critères suffisait à considérer que la venue aux urgences était appropriée.

Dans notre étude, nous avons donc pris le parti d'utiliser les critères de Soins d'Urgence et de De Angelis, à l'instar de l'étude d'Auvin et al(9), réalisée dans le même service. Cependant, la classification de Lombrail (18) est aussi utilisée en France. Nous n'avons pas choisi cette échelle en raison de sa grande subjectivité, et de sa difficulté d'utilisation en rétrospectif. Elle distingue les « urgences prioritaires », les « urgences simples ou ressenties » et les « consultations ». Les « urgences prioritaires » concernent les nourrissons de moins de deux mois, et les enfants atteints de pathologies pouvant entraîner des conséquences graves pour leur santé ou leur

pronostic vital en l'absence de soins immédiats. Les « urgences simples ou ressenties » concernent les passages pour lesquels les parents amènent leur enfant aux UP pour des pathologies ne menaçant pas immédiatement leur pronostic fonctionnel ou vital, avec cependant une apparition ou aggravation récente (moins de 24 heures) de symptômes qui les inquiètent. Les « consultations » concernent des enfants amenés aux urgences sans nécessité de visite médicale urgente, avec des symptômes anciens, sans aggravation récente. L'urgence ressentie est un concept très présent en dermatologie de manière générale, et également en pédiatrie. En effet, la peau est un organe accessible à la vue de tous, et les affections dermatologiques peuvent être impressionnantes, générant une anxiété importante pour les patients et/ou les parents.

VI. Analyse statistique

Les variables quantitatives ont été décrites par la moyenne et l'écart type ou par la médiane et l'intervalle interquartile. La normalité des distributions a été vérifiée graphiquement ainsi que par l'intermédiaire du test de Shapiro-Wilk. Les variables qualitatives ont été décrites par la fréquence et le pourcentage.

Si les effectifs étaient suffisants, les variables qualitatives ont été comparées entre les groupes grâce à des tests de Khi-Deux. En cas de non validité de ces tests (effectifs théoriques < 5), des tests exacts de Fisher ont été utilisés.

Si les effectifs étaient suffisants, les variables quantitatives ont été comparées entre les groupes par l'intermédiaire de tests de Student. En cas de non normalité des données, des tests non paramétriques de Wilcoxon ont été utilisés.

Le seuil de significativité a été fixé à 0.05. Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel SAS version 9.4 (SAS Institute, Cary NC, USA).

RESULTATS

I. Données épidémiologiques et cliniques

A. Effectifs

En 2015, 135 passages aux UP correspondaient à des enfants ayant bénéficié d'un avis spécialisé dermatologique aux urgences pédiatriques. En 2016, on dénombrait 168 passages, contre 152 en 2017. Cela correspond donc à 455 passages pour les années 2015, 2016 et 2017, soit 0.53% de l'ensemble des passages aux UP.

284 passages (62.4%) concernaient des enfants déjà venus aux urgences pédiatriques quel que soit le motif, dont 128 (28.1%) pour un motif dermatologique non traumatique. Parmi eux, 56 passages (44.1%) correspondaient à des enfants déjà passés aux UP pour le même épisode aigu, avec un nombre de passages de 2 pour 44 (78.6%) d'entre eux, et de 3 pour 12 (21.4%) d'entre eux.

B. Sexe

Les passages aux UP ayant bénéficié d'un avis spécialisé dermatologique concernaient dans 242 cas des enfants de sexe masculin (53.2%) et dans 213 cas des enfants de sexe féminin (46.8%).

C. Âge

L'âge moyen des enfants lors du passage aux UP était de 48.3 mois, avec un écart-type de 49.7 mois.

L'âge médian était de 28 mois, avec un premier quartile de 11 mois et un troisième quartile de 74 mois.

L'âge minimal était de 0 mois et l'âge maximal de 182 mois.

D. Mode d'adressage aux urgences pédiatriques

Dans 340 cas (74.7%), la venue des enfants aux UP était décidée par leurs parents.

Dans 68 cas (14.9%), les enfants étaient adressés par leur médecin traitant ou pédiatre de ville.

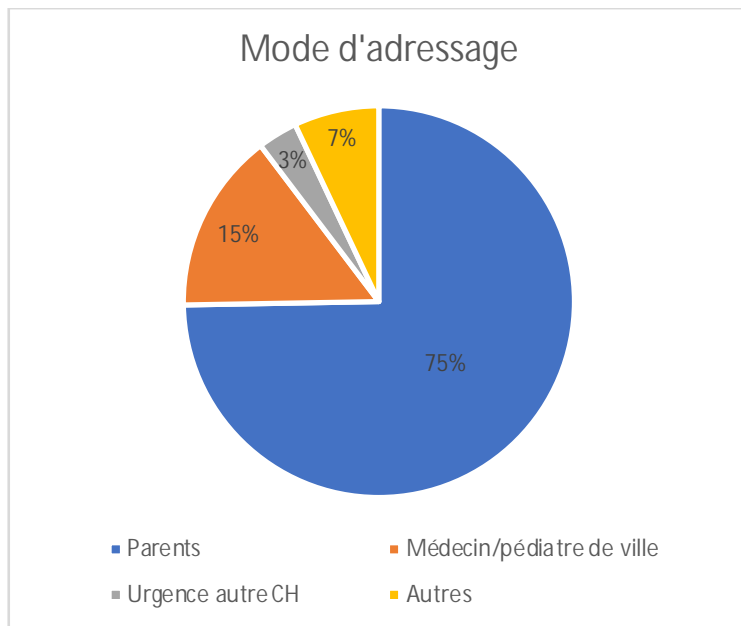
Dans 15 cas (3.3), les enfants étaient adressés par des urgences d'un autre CH. Dans 10 cas (2.2%), les enfants consultaient sur consigne des UP du CHRU. Dans 5 cas (1.1%), les enfants étaient adressés par un médecin du CHRU n'appartenant pas aux UP.

Dans 4 cas (0.9%), les enfants étaient adressés par un dermatologue de ville.

Dans 3 cas (0.7%) respectivement, les enfants étaient adressés par SOS médecin (ou un médecin de garde) ; ou sur consigne d'un dermatologue du CHRU.

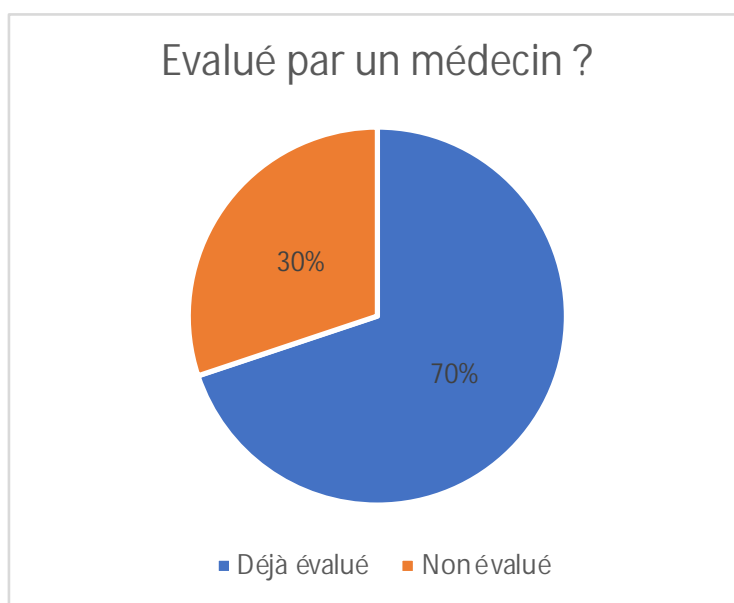
Dans 2 cas (0.4%) respectivement, les enfants étaient adressés par leur pharmacien, ou le SAMU. Dans 1 cas (0.2%) respectivement, les enfants étaient adressés par leur kiné, leur assistante maternelle ou un médecin spécialiste de ville.

Ces données sont présentées sur la **figure 1**.

Figure 1:

E. Évaluation antérieure

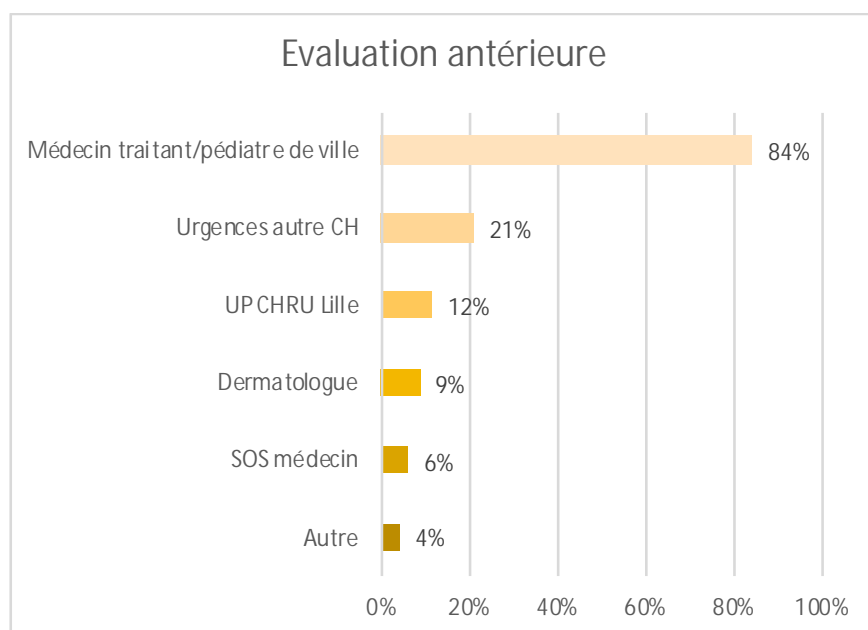
Dans 318 passages (69.9%), l'enfant avait déjà été évalué par un médecin pour l'épisode actuel. Il restait donc 137 passages (30.1%) où l'enfant n'avait pas été évalué pour l'épisode aigu amenant à consulter aux UP. Ces chiffres sont présentés dans la **figure 2**.

Figure 2 :

Parmi les cas où l'enfant avait déjà été évalué par un médecin, 268 (84.3%) avaient été évalués par leur médecin traitant (médecin généraliste ou pédiatre de ville), 67 (21.1%) par les urgences d'un autre CH, 37 (11.6%) par les UP du CHRU de Lille, 28 (8.8%) par un dermatologue, 20 (6.3%) par SOS médecin ou un médecin de garde, 8 (2.5%) par un médecin hospitalier d'un autre CH, 3 (0.9%) par le SAMU, et 2 (0.6%) par des praticiens de PMI.

Ces données peuvent être visualisées sur le diagramme en aires de la **figure 3**.

Figure 3 :



F. Délai d'évolution

La durée moyenne d'évolution des symptômes de l'épisode aigu amenant à consulter aux urgences était de 18.2 jours avec un écart type de 33.4 jours.

La durée médiane d'évolution était de 7 jours, avec un premier quartile de 2 jours et un troisième quartile de 19.5 jours.

Le délai minimal était de 0 jours et le délai maximal de 270 jours.

G. Diagnostics

La liste des familles de diagnostics proposées par les dermatologues et les pédiatres concernant les différents passages aux UP est présentée dans le **tableau 2**.

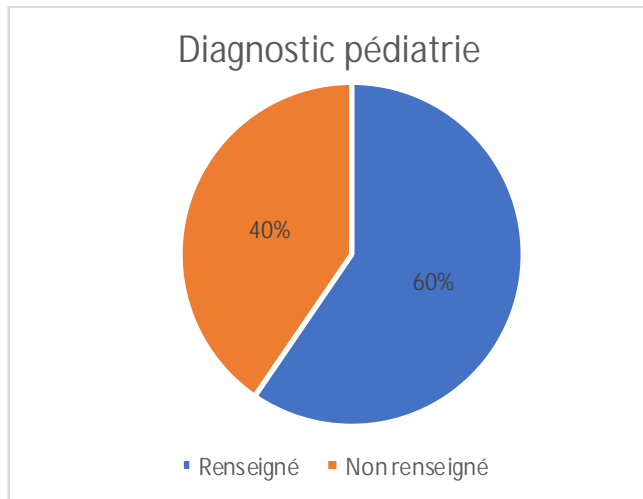
Tableau 2 :

Famille proposée (nb passage) par :	Dermatologues	% Total	Pédiatres	% Total
Autre pathologie bactérienne	2	0,4%	2	0,4%
Autre purpura	4	0,9%	10	2,2%
Autre xérose	0		2	0,4%
Autres angiomes	18	4,0%	21	4,6%
Autres eczémas	22	4,8%	2	0,4%
Autres oedèmes	2	0,4%	1	0,2%
Autres psoriasis	6	1,3%	4	0,9%
Autres tuméfactions	4	0,9%	5	1,1%
Autres urticaires	20	4,4%	14	3,1%
Dermatite atopique	44	9,7%	35	7,7%
Dermatose bactérienne	92	20,2%	47	10,3%
Dermatose factice	2	0,4%	0	
Dermatose inflammatoire	49	10,8%	21	4,6%
Dermatose mycologique	18	4,0%	12	2,6%
Dermatose parasitaire	26	5,7%	25	5,5%
Dermatose traumatique	6	1,3%	1	0,2%
Dermatose vasculaire	9	2,0%	4	0,9%
Dermatose virale ou para virale	107	23,5%	49	10,8%
Éruption généralisée due à des médicaments	3	0,7%	1	0,2%
Examen normal	1	0,2%	1	0,2%
Maladie systémique	13	2,9%	10	2,2%
Naevus	1	0,2%	0	
Non renseigné	0		184	40,4%
Pathologie non dermatologique	4	0,9%	3	0,7%
Pathologies bulleuses	2	0,4%	1	0,2%
Total	455	100,0%	455	100,0%

1. Pédiatres

Parmi les diagnostics proposés par les pédiatres, il existait 184 cas (40.4%) où aucune hypothèse diagnostique n'était retrouvée dans l'observation médicale des urgences. Ces passages correspondent à la ligne « non renseigné ». On peut observer ces proportions sur la **figure 4**.

Figure 4 :



On trouvait ensuite au premier rang les dermatoses infectieuses avec 49 cas (10.8%) de dermatoses virales ou para virales, 47 cas (10.3%) de dermatoses bactériennes, 25 cas (5.5%) de dermatoses parasitaires, 12 cas (2.6%) de dermatoses mycologiques.

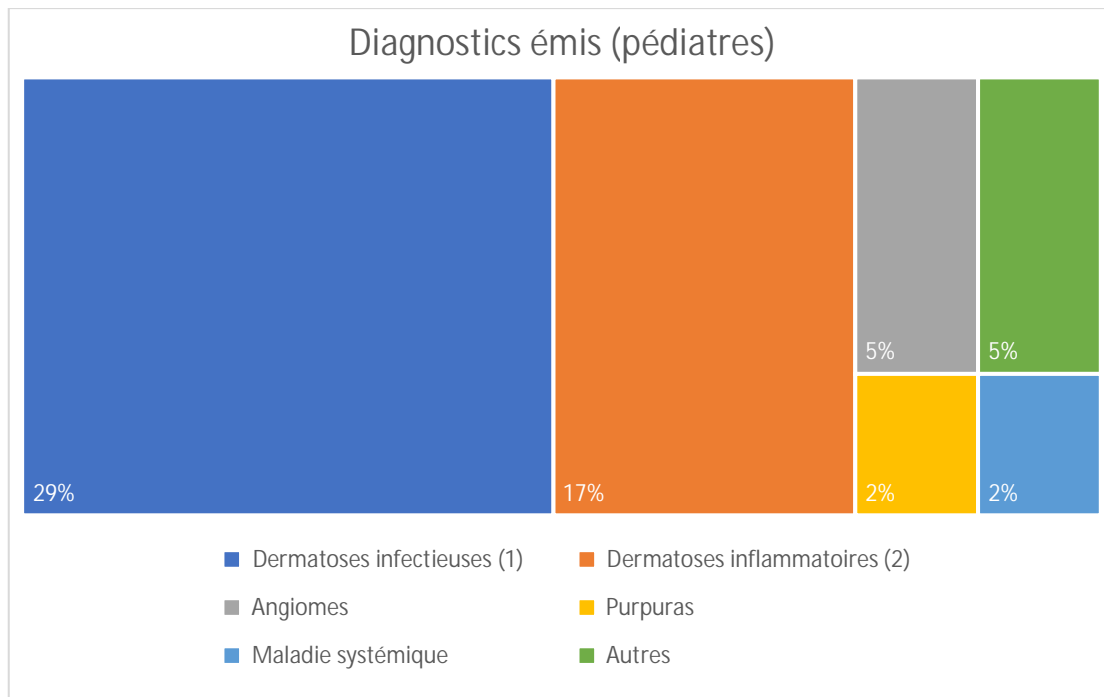
Venaient ensuite les dermatoses inflammatoires avec notamment :

- 35 cas (7.7%) de dermatite atopique
- 21 cas (4.6%) de dermatoses inflammatoires diverses
- 14 cas (3.1%) d'urticaires
- 4 cas (0.9%) de psoriasis
- 2 cas (0.4%) d'autres eczémas

Le diagnostic d'angiome était proposé dans 21 cas (4.6%). Puis on trouvait les purpuras : 10 cas (2.2%) et les maladies systémiques : 10 cas (2.2%).

Ces résultats sont présentés dans la **figure 5**.

Figure 5 :



2. Dermatologues

Parmi les diagnostics proposés par les dermatologues, on trouvait également au premier rang les dermatoses infectieuses avec 107 cas (23.5%) de dermatoses virales ou para virales, 92 cas (20.2%) de dermatoses bactériennes, 26 cas (5.7%) de dermatoses parasitaires, 18 cas (4.0%) de dermatoses mycologiques.

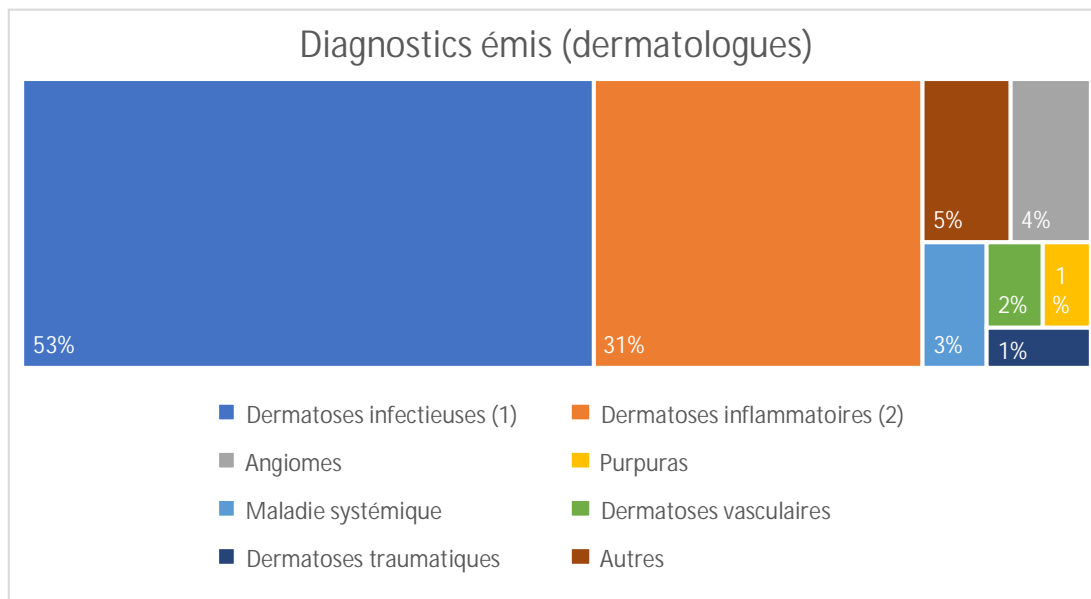
Venaient ensuite les dermatoses inflammatoires avec notamment :

- 49 cas (10.8%) de dermatoses inflammatoires diverses
- 44 cas (9.7%) de dermatite atopique
- 22 cas (4.8%) d'autres eczémas
- 20 cas (4.4%) d'urticaire
- 6 cas (1.3%) de psoriasis

Le diagnostic d'angiome était proposé pour 19 cas (4.2%). On trouvait ensuite les maladies systémiques : 12 cas (2.6%), les purpuras : 6 cas (1.3%), les dermatoses vasculaires : 7 cas (1.5%) et les dermatoses traumatiques : 6 cas (1.3%).

Ces données sont présentées dans la **figure 6**.

Figure 6 :



H. Orientation

Concernant 351 passages (77.1%), la sortie était autorisée. Pour 61 passages (13.4%), les patients étaient hospitalisés en service conventionnel, pour motif dermatologique. Concernant 24 passages (5.3%), les patients étaient hospitalisés en unité d'hospitalisation de courte durée puis retournaient au domicile. Un retour au domicile avec reconvoction pour un geste complémentaire ou une consultation complémentaire dans des délais rapides était proposé pour 9 passages (2%). Pour 7 passages (1.5%), les patients étaient hospitalisés mais pour un motif non dermatologique. Un retour au domicile avec hospitalisation quand la disponibilité de

lits le permettait était proposé pour 3 passages (0.7%). Ceci est visualisable dans la **figure 7**.

Figure 7 :



Parmi les passages où les patients étaient hospitalisés en secteur conventionnel, les motifs les plus fréquents étaient les dermatoses bactériennes (20 cas soit 33% des hospitalisations de ce type), puis les dermatoses virales ou para virales (11 cas soit 18% des hospitalisations de ce type), puis les maladies systémiques (8 cas soit 13% des hospitalisations), et les DA (6 cas soit 10% des hospitalisations de ce type).

Les cas où une hospitalisation était proposée mais différée faute de place immédiate correspondaient à 2 cas de DA et 1 cas de psoriasis.

Parmi les passages où les patients étaient hospitalisés en HCD avec retour au domicile au décours, les motifs les plus fréquents étaient également les dermatoses bactériennes (6 cas soit 25% des hospitalisations de ce type), puis les dermatoses

virales ou para virales (5 cas soit 21% des hospitalisations de ce type), puis les urticaires (3 cas soit 13% des hospitalisations de ce type).

Ces résultats sont visualisables sur le **tableau 3**.

Les pathologies avec les plus forts taux d'hospitalisation en secteur conventionnel étaient les toxidermies (67%), les maladies systémiques (62%), les purpuras (50%), les « autres tuméfactions » (25%), les dermatoses bactériennes (22%), les dermatoses traumatiques (17%), les DA (14%), les angiomes (11%) puis les dermatoses virales ou para virales (10%).

Tableau 3 :

Famille de Diagnostic	Orientation						Total général
	1	2	3	4	5	6	
Dermatose bactérienne	64	20		6	2		92
Dermatose virale ou para virale	87	11		5	2	2	107
Maladie systémique	3	8		2			13
Dermatite atopique	34	6	2	1		1	44
Dermatose inflammatoire	42	4		1	1	1	49
Autres angiomes	14	2		1	1		18
Autre purpura	2	2					4
Éruption généralisée due à des médicaments	1	2					3
Dermatose parasitaire	22	2		1		1	26
Autres tuméfactions	2	1			1		4
Dermatose traumatique	5	1					6
Autres eczémas	19	1		2			22
Autres urticaires	16	1		3			20
Autre pathologie bactérienne	1			1			2
Pathologie non dermatologique	3					1	4
Pathologies bulleuses	1			1			2
Dermatose mycologique	18						18
Examen normal	1						1
Dermatose vasculaire	7				2		9
Dermatose factice	2						2
Naevus						1	1
autres oedèmes	2						2
Autres psoriasis	5		1				6
Total général	351	61	3	24	9	7	455

1 = Retour à domicile

2 = Hospitalisation en service conventionnel pour motif dermatologique

3 = Retour à domicile avec hospitalisation quand place

4 = Hospitalisation en unité d'hospitalisation de courte durée puis retour à domicile

5 = Retour à domicile puis reconvoqué pour geste complémentaire ou consultation complémentaire rapide

6 = Hospitalisation pour motif non dermatologique

I. Caractère approprié de la venue aux urgences

1. Critères de Soins d'Urgence

110 passages (24.2%) présentaient un ou plusieurs critères de Soins d'Urgence, définissant donc le passage comme approprié. Ainsi, 345 (75.8%), donc la grande majorité, n'en présentaient aucun et étaient considérés comme inappropriés.

2. Critères de De Angelis

155 passages (34.1%) présentaient un ou plusieurs critères de De Angelis, définissant donc le passage comme approprié. Ainsi, 300 passages (65.9%), donc la grande majorité, n'en présentaient aucun et étaient considérés comme inappropriés selon ce critère.

J. Délai de l'avis dermatologique et suivi

L'avis spécialisé était donné le jour même du passage aux urgences pédiatriques pour 428 cas (94.1%). Dans 27 cas (5.9%), il était donné le lendemain de la date d'entrée. Ceci correspondait généralement aux enfants arrivés le soir ou la nuit, hospitalisés en HCD et pour lesquels l'avis est sollicité le lendemain matin, pendant les horaires ouvrables, avec présence des dermatologues.

Suite à 217 passages (47.7%), un suivi en consultation de dermatologie était prévu.

II. Données comparatives

A. Critères de Soins d'Urgence

Les enfants adressés par un professionnel de santé avaient significativement plus de critères de Soins d'Urgence que ceux adressés par leurs parents ($p=0.017$) (**tableau 4**).

Tableau 4 :

Mode d'adressage	Parents/Assistante maternelle	%	Professionnel de santé	%	Total	Test	Pvalue
Non	268	78,6%	77	67,5%	345	Khi-Deux	0,017
Oui	73	21,4%	37	32,5%	110		
Total	341	100,0%	114	100,0%	455		

Les enfants hospitalisés à l'issue du passage aux UP avaient significativement plus de critères de Soins d'Urgence que ceux qui ne l'étaient pas ($p<0.001$) (**tableau 5**).

Tableau 5 :

Orientation	Hospitalisation	%	Sans hospitalisation	%	Total	Test	Pvalue
Non	2	2,3%	343	95,3%	345	Khi-Deux	<0,001
Oui	86	97,7%	17	4,7%	103		
Total	88	100,0%	360	100,0%	448		

Les enfants ayant un délai d'évolution médian plus court des symptômes avaient significativement plus de critères de Soins d'Urgence que ceux ayant un délai d'évolution médian plus long ($p<0.001$) (**tableau 6**).

Tableau 6 :

Délai d'évolution des symptômes (jours)	Médiane	Q1	Q3	Test	Pvalue
Non	7.0	3.0	21.0	Wilcoxon	<0.001
Oui	4.0	1.0	9.5		

Il n'y avait pas de différence significative concernant la présence de critères de Soins d'Urgence parmi les enfants :

- Étant déjà passés aux UP pour le même épisode aigu ou non ($p=0.40$) (**tableau 7**)
- Âgés de moins de 1 mois, âgés de 1 à 24 mois, ou âgés de plus de 24 mois ($p=0.47$) (**tableau 8**)
- Ayant déjà été évalués par un médecin ou non ($p=0.35$) (**tableau 9**)
- Pour lesquels une consultation de suivi de dermatologie était prévue ou non ($p=0.064$). (**tableau 10**)

Tableaux 7, 8, 9, 10 :

Même épisode aigu	Identique	%	Différent	%	Total	Test	Pvalue
Non	53	74,6%	38	67,9%	91	Khi-Deux	0,40
Oui	18	25,4%	18	32,1%	36		
Total	71	100,0%	56	100,0%	127		

Âges	< 1 mois	%	de 1 à 24 mois	%	> 24 mois	%	Total	Test	Pvalue
Non	8	61,5%	148	76,7%	189	75,9%	345	Khi-Deux	0,47
Oui	5	38,5%	45	23,3%	60	24,1%	110		
Total	13	100,0%	193	100,0%	249	100,0%	455		

Déjà évalué par un médecin ?	Déjà évalué	%	Non évalué	%	Total	Test	Pvalue
Non	100	73,0%	245	77,0%	345	Khi-Deux	0,35
Oui	37	27,0%	73	23,0%	110		
Total	137	100,0%	318	100,0%	455		

Suivi dermatologique prévu ?	Suivi prévu	%	Pas de suivi	%	Total	Test	Pvalue
Non	172	72,3%	173	79,7%	345	Khi-Deux	0,064
Oui	66	27,7%	44	20,3%	110		
Total	238	100,0%	217	100,0%	455		

B. Critères de De Angelis

Les enfants hospitalisés à l'issue du passage aux UP avaient significativement plus de critères de De Angelis ($p < 0.01$) (**tableau 11**).

Tableau 11 :

Orientation	Hospitalisation	%	Sans hospitalisation		Total	Test	Pvalue
Non	0	0,0%	300	83,3%	300	Khi-Deux	<0,001
Oui	88	100,0%	60	16,7%	148		
Total	88	100,0%	360	100,0%	448		

Les enfants ayant un délai d'évolution médian plus court des symptômes avaient significativement plus de critères de De Angelis que ceux ayant un délai d'évolution médian plus long ($p < 0.001$) (**tableau 12**).

Tableau 12 :

Délai d'évolution des symptômes (jours)	Médiane	Q1	Q3	Test	Pvalue
Non	10.0	4.0	30.0	Wilcoxon	<0.001
Oui	3.0	1.0	7.0		

Il n'y avait pas de différence significative concernant la présence de critères d'urgence selon De Angelis parmi les enfants :

- Étant déjà passés aux UP pour le même épisode aigu ou non ($p = 0.58$) (**tableau 13**)
- Âgés de moins de 1 mois, âgés de 1 à 24 mois, ou âgés de plus de 24 mois ($p = 0.14$) (**tableau 14**)
- Étant adressés par un professionnel de santé ou non ($p = 0.34$) (**tableau 15**)
- Ayant déjà été évalués par un médecin ou non ($p = 0.072$) (**tableau 16**)
- Pour lesquels une consultation de suivi de dermatologie était prévue ou non ($p = 0.7$). (**tableau 17**)

Tableaux 13, 14, 15, 16, 17:

Même épisode aigu	Identique	%	Différent	%	Total	Test	Pvalue
Non	44	62,0%	32	57,1%	76	Khi-Deux	0,58
Oui	27	38,0%	24	42,9%	51		
Total	71	100,0%	56	100,0%	127		

Âges	< 1 mois	%	de 1 à 24 mois	%	> 24 mois	%	Total	Test	Pvalue
Non	6	46,2%	122	63,2%	172	69,1%	300	Khi-Deux	0,14
Oui	7	53,8%	71	36,8%	77	30,9%	155		
Total	13	100,0%	193	100,0%	249	100,0%	455		

Mode d'adressage	Parents/Assistante maternelle	%	Professionnel de santé	%	Total	Test	Pvalue
Non	229	67,2%	71	62,3%	300	Khi-Deux	0,34
Oui	112	32,8%	43	37,7%	155		
Total	341	100,0%	114	100,0%	455		

Déjà évalué par un médecin ?	Déjà évalué	%	Non évalué	%	Total	Test	Pvalue
Non	82	59,9%	218	68,6%	300	Khi-Deux	0,072
Oui	55	40,1%	100	31,4%	155		
Total	137	100,0%	318	100,0%	455		

Suivi dermatologique prévu ?	Suivi prévu	%	Pas de suivi	%	Total	Test	Pvalue
Non	155	65,1%	145	66,8%	300	Khi-Deux	0,70
Oui	83	34,9%	72	33,2%	155		
Total	238	100,0%	217	100,0%	455		

C. Hospitalisation

Les enfants ayant des symptômes dont le délai d'évolution médian était plus court étaient significativement plus souvent hospitalisés que ceux ayant un délai d'évolution des symptômes médian plus long ($p < 0.001$) (**tableau 18**).

Tableau 18 :

Délai d'évolution des symptômes (jours)	Médiane	Q1	Q3	Test	Pvalue
Non	7.0	3.0	21.0	Wilcoxon	<0.001
Oui	4.0	1.0	10.0		

Il n'y avait pas plus d'hospitalisation à l'issue de la venue aux UP selon :

- Si les enfants étaient déjà passés aux UP pour le même épisode aigu ou non ($p=0.60$)

- L'âge des enfants (inférieur à 1 mois, de 1 à 24 mois, de plus de 24 mois) (p=0.20)
- Si les enfants étaient adressés par un professionnel de santé ou non (p=0.25)
- Si les enfants avaient déjà été évalués par un médecin ou non (p=0.66),
- Si une consultation de dermatologie était prévue au décours du passage aux UP ou non (p=0.21) (**tableaux 19 à 23**).

Tableaux 19, 20, 21, 22, 23 :

Même épisode aigu	Différent	%	Identique	%	Total	Test	Pvalue
Avec Hospitalisation	14	19,7%	13	23,6%	27	Khi-Deux	0,60
Sans Hospitalisation	57	80,3%	42	76,4%	99		
Donné Manquante	0		1				
Total	71	100,0%	55	100,0%	126		

Ages	< 1 mois	%	de 1 à 24 mois	%	> 24 mois	%	Total	Test	Pvalue
Avec Hospitalisation	5	38,5%	38	20,1%	45	18,3%	88	Khi-Deux	0,20
Sans Hospitalisation	8	61,5%	151	79,9%	201	81,7%	360		
Donné Manquante	0		4		3				
Total	13	100,0%	189	100,0%	246	100,0%	448		

Mode d'adressage	Parents/Assistante maternelle	%	Professionnel de santé	%	Total	Test	Pvalue
Avec Hospitalisation	62	18,4%	26	23,4%	88	Khi-Deux	0,25
Sans Hospitalisation	275	81,6%	85	76,6%	360		
Donné Manquante	4		3				
Total	337	100,0%	111	100,0%	448		

Déjà évalué par un médecin ?	Non évalué	%	Déjà évalué	%	Total	Test	Pvalue
Avec Hospitalisation	28	20,9%	60	19,1%	88	Khi-Deux	0,66
Sans Hospitalisation	106	79,1%	254	80,9%	360		
Donné Manquante	3		4				
Total	134	100,0%	314	100,0%	448		

Suivi dermatologique prévu ?	Pas de suivi	%	Suivi prévu	%	Total	Test	Pvalue
Avec Hospitalisation	51	21,9%	37	17,2%	88	Khi-Deux	0,21
Sans Hospitalisation	182	78,1%	178	82,8%	360		
Donné Manquante	5		2				
Total	233	100,0%	215	100,0%	448		

D. Concordance diagnostique

1. Diagnostics précis

La concordance diagnostique entre pédiatres et dermatologues était de 40% concernant les diagnostics précis, et ce taux atteignait 67.2% si les diagnostics non renseignés par les pédiatres étaient exclus.

Les résultats sont visibles dans l'**annexe 1**.

2. Diagnostics groupés par grandes familles

La concordance diagnostique entre pédiatres et dermatologues était de 45% concernant les grandes familles de diagnostics, et ce taux atteignait 75% si les diagnostics non renseignés par les pédiatres étaient exclus. L'ensemble des résultats est présenté en **annexe 2**.

Parmi les 107 diagnostics de dermatoses virales ou para virales proposés par les dermatologues, ce diagnostic avait été proposé par les pédiatres dans 39 cas, soit 36%. Si l'on excluait les diagnostics « non renseignés » par les pédiatres, le taux de concordance atteignait 80%.

Les dermatologues ont posé 92 diagnostics de dermatoses bactériennes, qui avaient déjà été évoqués par les pédiatres dans 39 cas, soit 42%. Lorsque les diagnostics « non renseignés » par les pédiatres étaient retirés, le taux de concordance atteignait 78%.

Pour 44 passages où le diagnostic de DA était proposé par les dermatologues, ce diagnostic avait été proposé par les pédiatres dans 28 cas, soit 64%. Concernant les 22 diagnostics d'autres eczémas proposés par les dermatologues, ce diagnostic avait été évoqué par les pédiatres dans 2 cas, soit 9%. En excluant les diagnostics « non renseignés » par les pédiatres, le taux de concordance restait faible à 17%.

Les diagnostics de dermatoses inflammatoires étaient proposés par les dermatologues pour 49 passages. Les pédiatres avaient posé le même diagnostic dans 14 cas, soit 29%. Si l'on excluait les diagnostics « non renseignés » par les pédiatres, le taux de concordance atteignait 67%.

Parmi les 20 diagnostics « d'autres urticaires » proposés par les dermatologues, 6 avaient été évoqués par les pédiatres, soit 30%. Lorsque les diagnostics « non renseignés » par les pédiatres étaient retirés, le taux de concordance atteignait 55%.

3. Étude des passages sans diagnostic proposé par les pédiatres

Les grandes familles de diagnostic et les diagnostics proposés par les dermatologues où les pédiatres n'avaient pas proposé de diagnostic identifiable dans l'observation médicale des urgences étaient notamment :

- Les dermatoses virales ou para virales
- Les dermatoses bactériennes : notamment l'impétigo bulleux
- Les dermatoses inflammatoires : particulièrement les « autres eczémas » (eczémas non atopiques), la dermatite atopique et les urticaires.

Ceci peut être visualisé dans le **tableau 24 et dans l'annexe 3**.

Tableau 24 :

Famille proposée (nb passage) par :	Dermatologues	Non renseignés par pédiatre	% Non renseignés
Autre pathologie bactérienne	2	0	0%
Autre purpura	4	0	0%
Autres angiomes	18	0	0%
Autres eczémas	22	10	45%
Autres oedèmes	2	1	50%
Autres psoriasis	6	3	50%
Autres tuméfactions	4	1	25%
Autres urticaires	20	9	45%
Dermatite atopique	44	9	20%
Dermatose bactérienne	92	42	46%
Dermatose factice	2	1	50%
Dermatose inflammatoire	49	28	57%
Dermatose mycologique	18	5	28%
Dermatose parasitaire	26	7	27%
Dermatose traumatique	6	2	33%
Dermatose vasculaire	9	2	22%
Dermatose virale ou para virale	107	58	54%
Éruption généralisée due à des médicaments	3	1	33%
Examen normal	1	0	0%
Maladie systémique	13	2	15%
Naevus	1	1	100%
Pathologie non dermatologique	4	1	25%
Pathologies bulleuses	2	1	50%
Total	455	184	40%

DISCUSSION

I. Données démographiques et cliniques :

Il existait 455 passages aux UP ayant bénéficié d'un avis spécialisé dermatologique entre le premier janvier 2015 et le 31 décembre 2017. Ceci correspondait à 0.53% des passages totaux aux UP.

À titre de comparaison, dans l'étude Américaine de Moon et al (19), 347 consultations de dermatologie pédiatrique étaient données aux UP sur une période de 3 ans, au sein de l'hôpital universitaire de Philadelphie, qui accueille environ 90 000 passages par an. Cela correspond à 0.12% des passages totaux aux UP.

Dans l'étude de Kramkimel et al (10)., il était décrit 1 999 passages aux UP pour motif dermatologique avec ou sans avis spécialisé dermatologique, sur 20 652 passages pendant un an. Dans l'étude de Dolan et al. (8), 4% des passages aux UP avaient un motif primaire de consultation dermatologique et un avis dermatologique était demandé pour 0.38% du nombre total de passages aux UP.

Nous n'avons pas pu obtenir le nombre total de passages aux UP pour motif dermatologique, intégrant ceux n'ayant pas bénéficié d'un avis spécialisé dermatologique sur la période de notre étude. Il aurait été intéressant de comparer cette donnée avec la littérature, où les motifs dermatologiques de recours aux UP représentent entre 4 et 40% des venues selon les études (8–11). Les chiffres les plus élevés seraient liés à l'inclusion des pathologies traumatiques (brûlures, plaies suturables notamment) (11). Lorsque ces dernières sont exclues, le taux va de 4 à

20%. Aux urgences adultes, 13% des motifs de recours parmi les consultations spontanées aux urgences sont d'ordre dermatologique (14).

Les enfants concernés étaient de sexe masculin dans 53.2% des cas et de sexe féminin dans 46.8% des cas. La même répartition était observée dans l'étude de Moon et al (19). Cette légère prédominance masculine peut s'expliquer par la natalité masculine plus forte qui est observée en France comme dans la plupart des pays du monde. En effet, en 2015, 2016 et 2017, on observait entre 104.8 et 104.9 naissances de garçons pour 100 naissances de filles.

L'âge moyen des enfants était de 48.3 mois, et l'âge médian était de 28 mois, avec un premier quartile de 11 mois et un troisième quartile de 74 mois. Les plus jeunes étaient seulement âgés de quelques jours de vie et l'âge maximal était de 182 mois.

Ces données étaient concordantes avec la littérature, où l'on retrouve également un âge jeune des enfants bénéficiant d'un avis spécialisé dermatologique aux UP : dans l'étude de Moon et al., 50% des consultations dermatologiques concernaient des enfants âgés de 1 jour à 5 ans. L'inquiétude parentale est plus forte lorsqu'il s'agit de jeunes enfants, amenant donc les parents à consulter plus facilement aux UP(20–23). Ceci pourrait expliquer la forte proportion de jeunes enfants.

Dans la grande majorité des cas (74.7%), les enfants étaient amenés directement par leurs parents. Tous les autres ont été adressés par un professionnel de santé (25.1%), et en particulier par le médecin traitant (généraliste ou pédiatre de ville) (14.9%). Dans l'étude d'Auvin et al., réalisée dans le même service, la venue aux UP était décidée dans 69% des cas par les parents.

Dans une étude réalisée en 2000 aux UP du CH de Douai, 61% des passages correspondaient à des enfants adressés par leurs parents (13).

On notait donc une augmentation de la proportion d'enfants amenés directement par leurs parents. Dolan et al. (8) décrivaient même le chiffre de 93% d'enfants directement amenés par leurs parents.

Dans notre étude, pour 69.9% des cas, l'enfant avait déjà été évalué par un médecin pour l'épisode l'amenant aux UP. Cela laisse tout de même 30.1% des cas pour lesquels les UP étaient le premier recours. Dans l'étude d'Auvin et al., les enfants avaient déjà été évalués par un médecin avant le passage aux UP dans 52% des cas. On observait donc une augmentation de ce taux dans notre travail. Néanmoins, le caractère rétrospectif de notre étude nous incite à interpréter ces données avec précaution, car il est difficile d'être certain que l'évaluation antérieure éventuelle intéressait réellement le même motif.

La démographie médicale actuelle engendre un manque de disponibilité de la médecine libérale, où l'offre de soins semble insuffisante. On observe actuellement une diminution du nombre de médecins généralistes et spécialistes en exercice en France, liée à une forte réduction du numérus clausus entre 1990 et 2000. En 2011, la densité des dermatologues libéraux était de 5.1/100 000 habitants en France métropolitaine (4.3/100 000 dans le Nord, 2.7/100 000 dans le Pas de Calais). En 2018, 95 nouveaux postes d'interne de dermatologie et vénérologie étaient proposés en France, un chiffre en légère hausse : 82 à 89 nouveaux dermatologues étaient formés par an entre 2011 et 2015. Les départs en retraite ne seront pas compensés : en 2011, 44% des dermatologues du Nord et 46% des dermatologues du Pas de

Calais étaient âgés de plus de 55 ans. Selon Halioua et al. (24), en 2021, 54% des dermatologues libéraux actuellement en exercice seront âgés de plus de 65 ans. La situation ne devrait pas s'améliorer avant 2030, ce qui laisse encore une dizaine d'années de pénurie. En 2003, le Dr Lulin décrivait une forte demande de consultation auprès des dermatologues libéraux pour des urgences non satisfaites, de l'ordre de 10 à 30 appels quotidiens (25). De plus, certains dermatologues libéraux consacrent une part importante de leur activité à la dermatologie esthétique. Ceci limite encore plus l'accès aux soins dermatologiques pour les patients. La population pédiatrique est concernée, représentant une part non négligeable de la pratique dermatologique quotidienne. Les jeunes médecins s'orientent plus vers l'exercice salarié, qu'ils soient dermatologues ou pédiatres. En 2018, 58% des dermatologues avaient une activité libérale, 20% une activité mixte et 22% une activité salariée. La même année, seuls 22% des pédiatres avaient une activité libérale, 11% une activité mixte et 68% une activité salariée (26). On observe une importante baisse du nombre de pédiatres libéraux depuis plusieurs années.

Ceci contribue à l'augmentation totale du nombre de passage aux urgences, et à l'augmentation de la proportion d'enfants amenés directement par leurs parents. Cependant, on note également une augmentation du nombre d'enfants déjà évalués par un médecin entre l'étude d'Auvin et al. et la nôtre. On peut donc penser qu'il existe dans certains cas une insatisfaction par rapport à la prise en charge proposée par le médecin traitant. Les patients ont une impression de prise en charge de meilleure qualité en structure hospitalière, qui a été démontrée dans plusieurs études (20,27). Ceci peut s'expliquer par la présence de spécialistes disponibles, et surtout d'un plateau technique complet à disposition. Le comportement de « consommateur » de

certain patients peut également être évoqué. L'immédiateté de l'accès aux soins est une exigence croissante des patients. Il s'agit d'un phénomène sociétal, qui concerne bien d'autres domaines que la médecine. Toutefois, ce type de comportement s'applique certainement davantage à la médecine adulte.

Dans notre étude, la durée moyenne d'évolution des symptômes de l'épisode aigu amenant à consulter aux urgences était de 18.2 jours, la durée médiane de 7 jours, avec un premier quartile de 2 jours et un troisième quartile de 19.5 jours. Le délai minimal était de 0 jours et le délai maximal de 270 jours. 50% des patients consultaient donc pour des symptômes de moins d'une semaine, dont la moitié pour des symptômes de moins de 2 jours. Il restait donc 50% de patients qui consultaient pour des symptômes évoluant depuis plus d'une semaine, dont la moitié avec plus de 19 jours d'évolution. Ces chiffres sont révélateurs de l'organisation actuelle des soins, où la vocation des urgences est modifiée. Elle n'est plus uniquement de gérer l'urgence réelle, mais également de répondre à la demande de patients n'ayant pas d'accès aux soins.

A. Diagnostics

Concernant les diagnostics proposés par les pédiatres, il existait 184 cas où aucun diagnostic n'était identifiable dans l'observation médicale des urgences, ce qui constitue une limite importante de l'étude. En effet, un diagnostic était probablement évoqué oralement dans l'immense majorité des cas. L'absence de ces données dans l'observation médicale informatique entraînait donc une surestimation du nombre de cas sans diagnostic proposé par l'équipe pédiatrique.

Les diagnostics les plus fréquemment proposés par les pédiatres étaient les dermatoses infectieuses : 10.8% de dermatoses virales ou para virales, 10.3% de dermatoses bactériennes, 5.5% de dermatoses parasitaires et 2.6% de dermatoses mycologiques. En seconde place, les pédiatres évoquaient les dermatoses inflammatoires : 7.7% de DA, 4.6% de dermatoses inflammatoires diverses, 3.1% d'urticaires.

Les dermatoses infectieuses étaient également les dermatoses les plus fréquemment évoquées par les dermatologues (53,4%), avec 23.5% de dermatoses virales ou para virales, 20.2% de dermatoses bactériennes, 5.7% de dermatoses parasitaires et 4% de dermatoses mycologiques. En seconde place, les dermatologues évoquaient également les dermatoses inflammatoires : 10.8% de dermatoses inflammatoires diverses, 9.7% de DA, 4.8% d'autres eczémas, 4.4% d'urticaires.

Ceci concorde avec les données de la littérature : dans l'étude de Moon et al (19), et de Kramkimel et al. (10), les dermatoses infectieuses représentaient respectivement 40% et 46.5% des cas. Dans l'étude de Dolan et al. (8), les dermatoses infectieuses représentaient également le premier diagnostic dermatologique rencontré aux UP. Les dermatoses infectieuses peuvent être favorisées par les carences d'hygiène, le manque d'éducation, la pollution et divers facteurs, notamment dans les pays en voie de développement. Ceci pourrait expliquer que les dermatoses infectieuses représentaient 67.9% des cas dans l'étude Argentine de Dei-Cas et al (28).

Ces données incitent à valoriser dans la formation des médecins non dermatologues les pathologies les plus fréquemment rencontrées en pratique. Les dermatoses

infectieuses, notamment virales et bactériennes, la dermatite atopique, les eczémas non atopiques et l'urticaire sont particulièrement concernés.

B. Orientation

Pour 77.1% des passages, le retour au domicile était autorisé. Le taux d'hospitalisation en service conventionnel pour motif dermatologique était de 13.4%. À cela s'ajoute 0.7% de cas où les patients rentraient au domicile dans l'attente d'une place disponible en hospitalisation (essentiellement pour des soins locaux intensifs pour DA en poussée). Pour 5.3% des passages, une hospitalisation en HCD avant retour à domicile était proposée. Les patients pour lesquels l'avis dermatologique n'était pas disponible (entrée le week-end, ou en soirée), mais jugé nécessaire pour autoriser une sortie entraient dans ce cadre.

Les enfants ayant un délai d'évolution médian plus court des symptômes étaient significativement plus souvent hospitalisés que ceux ayant un délai d'évolution médian plus long ($p < 0.001$). Ceci confirme que les pathologies aiguës sont plus souvent de réelles urgences, par rapport aux pathologies évoluant depuis un délai plus important.

Dans la littérature, les taux d'hospitalisation semblent inférieurs. Il était de 5.2% dans l'étude de Landolt et al (12)., mais tous les passages pour motif dermatologique étaient étudiés, avec ou sans avis spécialisé dermatologique, qui était donné dans 25% des cas. Dans l'étude de Kramkimel et al. (10), le taux d'hospitalisation était de 8.2%. Dans l'étude d'Auvin et al., le retour à domicile était autorisé dans 84% des cas, tandis que 9% des cas étaient hospitalisés en service conventionnel, et 7% étaient hospitalisés en HCD. Le taux plus élevé de notre étude est probablement lié au fait que nous ne prenions en compte que les passages où un avis spécialisé dermatologique était

donné. En effet, un avis spécialisé est plus souvent sollicité dans les cas les plus les plus sévères.

Dans notre étude, un suivi en consultation de dermatologie était prévu pour 217 passages (47.7%). Ce chiffre est tout à fait concordant avec la littérature : 48.1% des passages aux UP étaient concernés dans l'étude de Moon et al (19). Les UP constituent donc une source de recrutement important pour les consultations de dermatologie pédiatrique.

Les dermatoses infectieuses représentaient le premier motif d'hospitalisation en secteur conventionnel pour motif dermatologique (54%) : 33% de dermatoses bactériennes avec 20 cas, 18% de dermatoses virales ou para virales avec 11 cas, 3% de dermatoses parasitaires avec 2 cas. Les recours aux UP pour maladie systémique présentaient de manière attendue un fort taux d'hospitalisation : 62%. Elles représentaient 13% des hospitalisations de ce type avec 8 cas.

Les dermatoses infectieuses étaient également les premiers motifs d'hospitalisation dans plusieurs études(10,28,29).

C. Caractère approprié de la venue aux urgences

Le caractère approprié de la venue aux urgences était confirmé par les critères de Soins d'Urgence dans 24.2% des cas.

Cela laisse tout de même 75.8% des passages aux urgences qualifiés de non appropriés selon les critères de Soins d'Urgence.

Selon les critères de De Angelis, 34.1% des passages étaient considérés comme appropriés. La plus grande sensibilité de ce critère par rapport aux critères de soins

d'urgence s'explique probablement par le critère : « rash diffus de survenue brutale », que l'on ne trouve pas dans les critères de Soins d'Urgence. L'exemple type de pathologie pouvant être considérée comme un motif de venue approprié de venue aux UP selon De Angelis, mais non approprié par les critères de Soins d'Urgence serait l'urticaire aiguë superficielle (9).

L'étude d'Auvin et al. (9), réalisée dans le même service, mettait en évidence que les admissions pour motif dermatologique étaient appropriées dans 1 passage pour 3 selon les critères de De Angelis, et dans 1 passage sur 5 selon les critères de Soins d'Urgence. Ceci concorde avec nos résultats. Ainsi, malgré l'augmentation du nombre de passages annuels entre les deux études, le caractère approprié ou non de la consultation semble stable. Selon nos résultats, l'augmentation du nombre de passages aux UP n'est donc probablement pas expliquée par l'exacerbation du comportement de « consommateur » des patients.

Nos résultats concordent avec les données de la littérature : dans l'étude de Dolan et al. (8), la majorité des passages aux UP pour motif dermatologique n'étaient pas appropriés. Les véritables urgences dermatologiques ont d'ailleurs une incidence faible en pédiatrie (30–32). Dans l'étude menée par Clémentine COSAERT (13), 66% de l'ensemble des passages aux UP n'étaient pas justifiés, et environ 90% des consultations ayant un motif dermatologique n'étaient pas justifiées. Ainsi, les admissions pour motif dermatologique étaient plus souvent inappropriées par rapport à l'ensemble des admissions. Les passages inappropriés aux urgences générales représentent quant à eux 4.8% à 90% de l'activité selon les études, avec une médiane de 32% (33). Les recours spontanés aux urgences adultes pour motif dermatologique sont considérés comme inappropriés dans environ 68% des cas (14), ce qui semble

proche de la situation aux urgences pédiatriques. L'importante variabilité entre les différentes études est en grande partie expliquée par l'hétérogénéité des critères retenus pour considérer le passage comme approprié.

Cependant, les critères de Soins d'Urgence et les critères de De Angelis ne prennent pas en compte l'urgence ressentie par les parents. L'urgence ressentie est un concept très présent en dermatologie et également en pédiatrie. En effet, la peau est un organe accessible à la vue de tous. Les affections dermatologiques peuvent être impressionnantes, générant une anxiété importante pour les patients et/ou les parents malgré la bénignité d'un grand nombre d'affections qui peuvent être impressionnantes aux yeux des patients. En pédiatrie, l'urgence ressentie par les parents n'est toujours pas corrélée à la sévérité clinique, que les parents ont tendance à surestimer notamment chez les enfants les plus jeunes. Cependant, pour les passages aux UP considérés comme justifiés, il semble que l'urgence ressentie par les parents soit en adéquation avec celle du médecin (34).

Dans notre étude, les enfants adressés par un professionnel de santé et ceux hospitalisés à l'issue du passage aux UP avaient significativement plus de critères de Soins d'Urgence que ceux adressés par les parents ($p=0.017$) et ceux qui n'étaient pas hospitalisés ($p<0.001$). Les enfants ayant un délai d'évolution médian plus court des symptômes avaient significativement plus de critères de Soins d'Urgence que ceux ayant un délai d'évolution médian plus long ($p<0.001$).

Dans plusieurs études (9,35), les passages aux UP étaient plus souvent considérés comme appropriés si l'enfant était adressé par un médecin plutôt que sur décision des parents.

Les enfants hospitalisés avaient significativement plus de critères de De Angelis ($p < 0.01$). Ce résultat était attendu, « tout diagnostic aboutissant à une hospitalisation » figurant dans la liste des critères selon De Angelis. Les enfants ayant un délai d'évolution médian plus court des symptômes avaient significativement plus de critères de De Angelis que ceux ayant un délai d'évolution médian plus long ($p < 0.001$).

La prépondérance des passages à caractère non approprié incite à la réflexion sur le mode d'utilisation des UP pour motif dermatologique. Les urgences ont initialement pour but de prendre en charge les urgences réelles. Du fait des données démographiques déjà exposées, elles assument actuellement un rôle supplémentaire en répondant aux demandes des patients ayant des difficultés d'accès aux soins. Des circuits courts ont été mis en place dans de nombreux services d'urgence pour tenter de les désengorger. On pourrait imaginer un système de régulation téléphonique de l'accès aux urgences, comme cela a été fait à Copenhague. Cependant, ce système nécessite une profonde réorganisation du système de santé, comme celle qui a été menée au Danemark ces dernières années.

Les nombreux recours aux urgences non appropriés pour motif dermatologique posent également la question de la mise en place de créneaux d'urgences par les dermatologues libéraux. En pratique, ceci est déjà mis en œuvre dans certains cabinets, et cela reste parfois difficile à mettre en place chez des praticiens déjà surchargés.

D. Concordance diagnostique

La concordance diagnostique entre pédiatres et dermatologues était de 40% concernant les diagnostics précis, et de 45% si les diagnostics étaient classés par grandes familles. Si les diagnostics non renseignés par les pédiatres étaient exclus, ces taux de concordance atteignaient respectivement 67.2% et 75%. Le caractère rétrospectif de l'étude limitait considérablement la fiabilité de ces analyses. En effet, le fait de retirer les diagnostics non renseignés augmente artificiellement le taux de concordance. Parallèlement, il existait très certainement de nombreuses situations où les pédiatres avaient déjà posé le diagnostic parmi les cas sans diagnostic proposé, et souhaitaient une confirmation par un dermatologue. Nous avons retenu le diagnostic présenté comme le plus probable par les dermatologues, ceci constitue également un biais. De plus, les lésions de plusieurs dermatoses pouvaient parfois être intriquées. Le taux réel de concordance se situait probablement entre les deux extrêmes, à savoir 40 et 75%.

Dans la littérature, un taux de concordance de 58% était trouvé dans les études de Moon et al.(19), d'Auvin et al.(9). Il était de 66% dans l'étude de Dolan et al.(8). Dans l'étude de Falanga et al.(36), la concordance diagnostique était très variable d'un service hospitalier à l'autre, estimée à 29% aux UP. Nos confrères décrivaient que les diagnostics non concordants étaient souvent des pathologies fréquentes, avec une prise en charge codifiée.

Selon Auvin et al.(9), il existait une adéquation entre la concordance diagnostique et la demande d'avis spécialisé : ainsi, un avis était plus fréquemment demandé a priori par les pédiatres en cas de discordance. De la même façon, les dermatologues

jugeaient la demande d'avis à priori nécessaire s'il existait une discordance. Cependant, il était montré que les demandes d'avis étaient probablement trop fréquemment jugés nécessaires par les pédiatres et les dermatologues. En effet, dans la majorité des cas de l'étude d'Auvin et al.(9), les avis spécialisés dermatologiques pouvaient être donnés sans urgence ou en semi-urgence.

1. Dermatoses infectieuses :

La concordance diagnostique globale pour les dermatoses bactériennes allait de 42 à 72%, l'interprétation en était donc difficile.

Les impétigos semblaient mieux reconnus par les pédiatres (taux de concordance de 43.8 à 87.5%) que les impétigos bulleux (14.3 à 50%) ou les impétiginisations d'autres dermatoses hors DA impétiginisées (16.7 à 25%).

Concernant les éruptions virales ou para virales, l'interprétation du taux de concordance est difficile, allant de 36 à 80%. En effet, leur caractère non spécifique explique en partie la fréquente absence de diagnostic précis identifiable provenant des pédiatres dans l'observation médicale des urgences. Beaucoup d'exanthèmes pédiatriques restent sans diagnostic étiologique précis, et une origine virale est vraisemblable dans la majorité des cas (37–39).

La concordance diagnostique globale pour les dermatoses parasitaires semblait bonne, allant de 62 à 84%. Les cas de gale semblaient bien reconnus par les pédiatres dans la majorité des cas (taux de concordance de 62.5 à 83.3%).

Dans l'étude de Dolan et al. (8), les dermatoses infectieuses étaient également sous diagnostiquées par les pédiatres des UP par rapport aux dermatologues. Dans l'étude

de Soriano-Hernandez et al (40)., la concordance entre dermatologues et pédiatres était faible concernant les exanthèmes non spécifiques .

2. Dermatoses inflammatoires :

Parmi les diagnostics fréquents, la DA simple semblait beaucoup mieux diagnostiquée par les pédiatres (taux de concordance de 66.7 à 81.5%) que la DA impétiginisée (36.4 à 50%) ou les autres formes d'eczéma (9 à 17%).

L'ensemble des urticaires semblaient mal reconnues par les pédiatres dans la majorité des cas avec une concordance diagnostique allant de 30 à 55%. Ceci se confirmait pour les urticaires aiguës superficielles, avec une concordance diagnostique allant de 23.5 à 50%. Les fréquentes formes atypiques des urticaires aiguës pédiatriques expliquent probablement partiellement ce constat(41).

La concordance globale semble s'accorder avec les données de la littérature. On trouvait ainsi une faible concordance pour l'eczéma de contact, la DA et l'urticaire dans l'étude de Cruz-Manzano et al (42).

Ceci suggère qu'un approfondissement de la formation en dermatologie pédiatrique pour les pédiatres et les dermatologues serait bénéfique. Il semblerait que l'enseignement actuel insiste beaucoup sur les pathologies les plus sévères, ce qui est bien sûr indispensable. Toutefois, il serait bénéfique d'insister également sur les pathologies les plus fréquemment rencontrées, notamment pour les pédiatres : les dermatoses infectieuses notamment l'impétigo bulleux, l'impétiginisation d'autres dermatoses, le syndrome de Gianotti Crosti ; les dermatoses inflammatoires et

notamment la DA et ses complications, les eczémas non atopiques, et les urticaires. Ceci était déjà suggéré par des études relativement anciennes(43). Selon Hayden et al.(44), les consultations de pédiatrie générale (hors UP) seraient motivées par un motif dermatologique pour 6% d'entre elles. Malgré la grande diversité des affections dermatologiques observée au sein de ces consultations, il apparaît que 9 pathologies sont les plus fréquemment rencontrées : les infections cutanées bactériennes, virales, fongiques, les dermites du siège, la DA, la dermite séborrhéique, les miliaires, l'eczéma de contact, l'acné, la xérose cutanée et les infections parasitaires.

Les enseignements de dermatologie devraient donc être particulièrement axés sur ces pathologies, qui sont à bien connaître des pédiatres. Peu d'internes de pédiatrie et de médecine générale ont l'occasion de réaliser un stage pratique de dermatologie, dont l'accès doit donc être amélioré. En effet, l'apprentissage théorique seul semble clairement insuffisant pour une discipline aussi clinique que la dermatologie. Il existe actuellement peu de places disponibles pour les stages hospitaliers de dermatologie. Ainsi, on pourrait encourager le développement de stages de dermatologie en milieu libéral.

La fréquence des pathologies dermatologiques rencontrées en pratique pédiatrique générale et en particulier aux UP est importante, et il existe une forte demande d'avis spécialisés. En pratique dermatologique quotidienne, notamment libérale, la patientèle pédiatrique représente une activité non négligeable. Selon Parisot et al(45), un quart des patients vus en dermatologie libérale ont moins de 25 ans. Ces résultats suggèrent également que la dermatologie pédiatrique doit également être valorisée dans la formation des dermatologues, y compris dans la formation continue des praticiens libéraux.

II. Forces et limites de l'étude

A. Limites de l'étude

Les principales limites de notre étude étaient son caractère rétrospectif et monocentrique.

L'utilisation du dossier médical informatisé pour le recueil des données représente un biais important. En effet, il existait 184 passages pour lesquels il n'était pas trouvé de diagnostic identifiable de la part des pédiatres dans l'observation médicale des urgences, ce qui sous estimait probablement la concordance diagnostique entre pédiatres et dermatologues. Par ailleurs, lorsque plusieurs hypothèses diagnostiques étaient émises par les dermatologues, nous avons tranché pour celle qui était décrite comme la plus probable.

De plus, par cette méthode les avis informels n'étaient pas pris en compte : avis téléphoniques, sur photographie envoyée par smartphone, avis oraux faits sur place. Ceci diminue probablement considérablement le nombre de demande d'avis dermatologique de la part des UP.

B. Forces de l'étude

Il existe peu d'études récentes portant sur les passages aux UP pour motif cutané ayant bénéficié d'un avis spécialisé dermatologique. De plus, le caractère approprié ou non de la venue aux urgences est rarement évalué. La principale force de notre étude était donc son originalité.

Cette étude incite à la réflexion pour améliorer la prise en charge des patients venant aux UP pour motif dermatologique.

Plusieurs pistes seraient envisageables afin d'améliorer cette situation. D'un point de vue organisationnel, on pourrait imaginer des plages de consultation dermatologiques dédiées aux enfants passés aux urgences pédiatriques ne présentant pas de critère de gravité immédiat. Ces plages pourraient être accessibles aux médecins des urgences pédiatriques, qui pourraient directement inscrire les patients en consultation avec un dermatologue.

Des postes dédiés aux demandes d'avis dermatologiques dans les hôpitaux sont souvent déjà mis en place afin de répondre aux mieux à ce genre de demandes. On note d'ailleurs dans notre étude une forte rapidité de réponse à ces demandes. Cependant, une disponibilité totale des dermatologues peut également être nuisible. En effet, la pénurie actuelle de dermatologues ne devrait pas s'améliorer avant 2030. Ainsi, il est illusoire de penser que les dermatologues pourront prendre en charge l'intégralité des patients ayant des symptômes dermatologiques. Une délégation de certaines pathologies dermatologiques courantes doit donc être envisagée. Des créneaux de consultation d'urgence pourrait être mis en place par les libéraux, comme c'est déjà le cas pour certains cabinets. Des critères permettant de filtrer les demandes qui nécessitent réellement un avis dermatologique rapide sont donc nécessaires, et une formation des secrétaires à la gestion des demandes est indispensable. Les demandes prioritaires concernent généralement les lésions pigmentées, les symptômes aigus, les enfants jeunes avec forte inquiétude parentale. Le développement de postes d'assistants médico-techniques devrait également contribuer à dégager du temps médical afin de pouvoir répondre à plus de demandes de consultations.

Une consultation libre d'accès est proposée dans certains centres.

Dans l'étude de Dolan et al.(8), il était décrit que la création d'une consultation de dermatologie libre d'accès améliorerait la prise en charge avec une augmentation de la précision diagnostique et donc une meilleure prise en charge thérapeutique. Les retours du spécialiste, notamment via un courrier de compte rendu de la consultation, contribuent à la formation des médecins demandeurs de l'avis. Cela est d'autant plus vrai qu'avant la création de la consultation libre d'accès, il semblerait que les cas où aucun diagnostic n'était posé aux UP n'étaient majoritairement pas adressés pour autant en consultation de dermatologie pour avis. De plus, les parents ayant besoin d'information sur la pathologie et sa prise en charge, cette consultation semblait plus pertinente que les UP pour répondre à ces attentes.

Cette consultation libre peut cependant être la porte ouverte à de nombreux abus. Les pathologies bénignes comme les verrues ou l'acné non sévère, les patients non adressés par un médecin ne semblent pas prioritaires.

La délégation de certaines demandes de prise en charge dermatologique aux médecins généralistes se heurte également aux difficultés démographiques médicales actuelles les concernant. Par ailleurs, la possibilité de déléguer une partie de la patientèle dermatologique implique une amélioration de l'accès à la formation pratique dermatologique des autres médecins, notamment généralistes et pédiatres. La possibilité de réaliser un stage dans un service de dermatologie avec accès aux consultations semble donc essentiel pour les internes de ces spécialités. En raison du manque de postes disponibles, l'ouverture aux terrains de stage libéraux peut être une piste intéressante. La formation théorique initiale et continue devrait également être renforcée.

L'exercice libéral semble effrayer les jeunes médecins. Les dermatologues et les pédiatres sont concernés. L'accès à des stages en libéral lors de l'internat commence à se mettre en place dans ces deux spécialités. Cela semble important pour faire découvrir aux jeunes médecins un autre aspect de la pratique, et améliorer l'attractivité de l'exercice libéral, dont la démographie est inquiétante.

Il a été démontré dans l'étude de Beal et al(46), que l'ouverture d'un service de dermatologie pédiatrique a permis de diminuer les consultations aux urgences pédiatriques pour motif dermatologique, et a permis d'améliorer la prise en charge des patients au profit d'une prise en charge ambulatoire appropriée. Les visites aux UP pour prise en charge de DA ont ainsi baissé de 36.6%. Les coûts de fonctionnement des UP pour les passages pour DA ont donc également baissé de 36.6%.

La télémédecine pourrait également être intéressante dans ce cadre(47–49). Elle comprend la téléconsultation, dont le déroulement et la rémunération sont semblables à une consultation classique, réalisée à distance du patient, et la télé-expertise. Cette dernière consiste pour un médecin à solliciter l'avis d'un confrère en raison de son expérience, compétence ou formation particulière. Elle est rémunérée entre 12 et 20€ pour le médecin qui donne l'avis, en fonction de la complexité du dossier. Deux types de télé-expertises dermatologiques existent. La télé-expertise dermatologique en temps réel consiste à mettre en relation directe le patient, le médecin et le dermatologue à l'aide d'un système de vidéoconférence. La télé-expertise dermatologique différée consiste pour le médecin à prendre des photographies de lésions cutanées et recueillir l'histoire de la maladie. Une fois la consultation terminée,

le médecin contacte le dermatologue par mail sécurisé ou bien par une plate-forme internet dédiée à la demande d'avis. Ce dernier répond de manière différée.

Le faible effectif des dermatologues, la fréquence des pathologies dermatologiques en pédiatrie, le faible nombre d'urgences dermatologiques mettant en jeu le pronostic vital, et le caractère visuel de la discipline suggèrent que cela pourrait être utile pour donner des avis dermatologiques à distance. De plus, il est décrit dans la littérature portant sur la télédermatologie que les demandes d'avis différés proviennent en majorité de la pédiatrie(50).

Ce dispositif semble parfaitement accepté par les patients, et permet l'obtention rapide d'une réponse, avec pose d'un diagnostic ou d'une hypothèse diagnostique principale, et débouchant parfois sur un suivi dermatologique(48). La concordance entre les diagnostics établis par télédermatologie et ceux établis par consultation dermatologique classique semble très bonne(49,51). En revanche, il existe une différence significative entre les diagnostics proposés par les pédiatres aux UP et les dermatologues(52), ce qui semble confirmé par notre étude. Cela pourrait diminuer la majoration du taux d'hospitalisation liée au manque de disponibilité d'un avis dermatologique(53).

La pérennité et la viabilité économique de la télédermatologie restent néanmoins à valider.

Au vu de l'ensemble de ces données, une collaboration plus étroite entre pédiatres et dermatologues semble indispensable.

CONCLUSION

Les dermatologues sont régulièrement sollicités aux UP, pour des motifs variés. Les pathologies les plus fréquemment concernées sont les dermatoses infectieuses, notamment virales et bactériennes, et les dermatoses inflammatoires.

La majorité des venues aux UP et ayant bénéficié d'un avis spécialisé dermatologique sont considérées comme non appropriées, n'étant pas de réelles urgences. Le rôle des UP est de prendre en charge les urgences véritables. Cependant, la démographie médicale actuelle rend difficile l'accès à des consultations libérales, notamment pour les demandes de consultation rapide ou en semi-urgence. Ainsi, les urgences ont de nouvelles missions, et il convient de mener une réflexion pour les désengorger afin d'optimiser la prise en charge des patients.

La mise en place systématique de créneaux d'urgences par les dermatologues, la possibilité pour les urgentistes de planifier une consultation dermatologique et le développement de la télédermatologie semblent être des pistes intéressantes. Elles restent cependant à intégrer au sein d'une réflexion plus large sur l'évolution de notre spécialité, en proie à de grandes difficultés démographiques.

Notre étude plaide pour un approfondissement de la formation dermatologique concernant les pathologies les plus fréquentes, et pour une meilleure accessibilité aux terrains de stage en dermatologie pour les pédiatres. Le développement de terrains de stage avec activité libérale peut être une option envisageable. Au vu de la forte demande de consultation

d'urgence de dermatologie pédiatrique, les spécificités pédiatriques devraient également être valorisées dans la formation des dermatologues. La preuve est également faite que notre spécialité conserve un rôle important, et incite à une collaboration plus étroite entre dermatologues et pédiatres.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Stagnara J, Vermont J, Jacquel J, Bagou G, Masson S, Kassaï B, et al. Feasibility study of a call centre to reduce non-scheduled visits and unjustified consultations in pediatric emergencies units. *Presse Med.* 2010;39(11):e258-63.
2. Hue V, Dubos F, Pruvost I, Martinot A. Organization and resource utilization of pediatric emergency care : a French nationwide survey in 2008. *Arch Pediatr.* 2011;18(2):142-8.
3. Portas M, Brémond V, Giraud P, Coste M-E, Jouve J-L. Trial scale implementation in a pediatric emergency department. *Arch Pediatr.* 2009;16(6):739-41.
4. Claudet I, Joly-Pedespan L. Routine consultations in emergency departments : deal or fight? *Arch Pediatr.* 2008;15(12):1733-8.
5. Naud J. Annuaire des urgences pédiatriques - GFRUP [Internet]. [cité 4 août 2019]. Disponible sur : <http://gfrup.sfpediatrie.com/page/annuaire-urg>
6. Krauss BS, Harakal T, Fleisher GR. The spectrum and frequency of illness presenting to a pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care.* 1991;7(2):67-71.
7. Nelson DS, Walsh K, Fleisher GR. Spectrum and frequency of pediatric illness presenting to a general community hospital emergency department. *Pediatrics.* 1992;90(1 Pt 1):5-10.
8. Dolan OM, Bingham EA, Glasgow JF, Burrows D, Corbett JR. An audit of dermatology in a paediatric accident and emergency department. *J Accid Emerg Med.* 1994;11(3):158-61.
9. Auvin S, Imiela A, Catteau B, Hue V, Martinot A. Paediatric skin disorders encountered in an emergency hospital facility: a prospective study. *Acta Derm Venereol.* 2004;84(6):451-4.
10. Kramkimel N, Soussan V, Beauchet A, Duhamel A, Saiag P, Chevallier B, et al. High frequency, diversity and severity of skin diseases in a paediatric emergency department. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2010;24(12):1468-75.
11. Shivaram V, Christoph RA, Hayden GF. Skin disorders encountered in a pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care.* 1993;9(4):202-4.
12. Landolt B, Staubli G, Lips U, Weibel L. Skin disorders encountered in a Swiss pediatric emergency department. *Swiss Med Wkly.* 2013;143:w13731.
13. Cosaert C. Analyse des consultations justifiées et non justifiées aux urgences

pédiatriques par rapport à la médecine libérale : première étape de la création d'un outil d'éducation pour la santé ayant pour objectif le désengorgement des urgences pédiatriques [thèse]. Lille : faculté de médecine ; 2016

14. Sorcinelli J. État des lieux des consultations spontanées au Service d'Accueil des Urgences en 2017 : devenir des patients et évaluation des recours [thèse]. Nancy : faculté de médecine ; 2018

15. Wakosa A, Roussel A, Delaplace M, Le Bidre E, Binois R, Valéry A, et al. Interest of emergency dermatological consultation in a regional hospital. *Presse Med.* 2013;42(12):e409-15.

16. DeAngelis C, Fosarelli P, Duggan AK. Use of the emergency department by children enrolled in a primary care clinic. *Pediatr Emerg Care.* 1985;1(2):61-5.

17. Prunier-Duparge J. Pertinence des venues aux urgences médico-chirurgicales pédiatriques des nouveau-nés de moins de 30 jours à l'HCE du CHU de Grenoble sur une période de six mois [thèse]. Grenoble : faculté de médecine ; 2014

18. Lombrail P, Alfaro C, Vitoux-Brot C, Brodin M, Bourrillon A, Beaufiles F. Analysis of emergency recruitment in a pediatric hospital. Effect on the organization of available care. *Arch Fr Pediatr.* 1993;50(4):313-7.

19. Moon AT, Castelo-Soccio L, Yan AC. Emergency department utilization of pediatric dermatology (PD) consultations. *J Am Acad Dermatol.* 2016;74(6):1173-7.

20. Tobie-Gueguen M-J. Recours aux urgences pédiatriques du CHRU de Brest. Analyse des comportements des usagers et de leur prise en charge. Axes d'amélioration [thèse]. Brest : faculté de médecine ; 2012

21. Demonchy D, Haas H, Gillet Vittori L, Montaudie I, Piccini-Bailly C, Tran A. A short track to relieve pediatric emergency department overload. *Arch Pediatr.* 2015;22(3):247-54.

22. Doctor K, Correa K, Olympia RP. Evaluation of an after-hours call center: are pediatric patients appropriately referred to the emergency department? *Pediatr Emerg Care.* nov 2014;30(11):798-804.

23. Leclerc F, Martinot A, Sadik A, Hue V, Dorkenoo A. The increase in pediatric emergencies. *Arch Pediatr.* 1999;6:S454-6.

24. Halioua B, Beaulieu P, Le Maitre M. Socio-demographic study of privately practicing dermatologists in metropolitan France in 2011. *Ann Dermatol Venereol.* 2012;139(12):803-11.

25. Lulin J. Requests for emergency dermatological consultation in private practice: the shortage of dermatologists. *Ann Dermatol Venereol.* 2003;130(2 Pt 1):157-9.

26. La démographie médicale [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins.

2019 [cité 4 août 2019]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medicale>

27. Poitou P, Loge I, Hastier-Gouin N, Guyet S, Belgaid A, Dufour D, et al. P508 - Motivation des consultations aux urgences pédiatriques. *Arch Pediatr.* 2010;17(6S1):177.
28. Dei-Cas I, Carrizo D, Giri M, Boyne G, Domínguez N, Novello V, et al. Infectious skin disorders encountered in a pediatric emergency department of a tertiary care hospital in Argentina: a descriptive study. *Int J Dermatol.* 2019;58(3):288-95.
29. Mathias RC, Jayaseelan E, Augustine M. Spectrum of pediatric dermatological emergencies at a tertiary care hospital in India: a descriptive study. *Int J Dermatol.* 2013;52(1):27-31.
30. Bourrat E, Bourrillon A, Rybojad M. The role of the dermatologist in pediatric emergency. *Ann Dermatol Venereol.* 2002;129(1 Pt 1):11-3.
31. Duarte AM, Pruksachatkunakorn C, Schachner LA. Life-threatening dermatoses in pediatric dermatology. *Adv Dermatol.* 1995;10:329-70; discussion 371.
32. Cambazard F. Neonatal dermatological emergencies. *Ann Dermatol Venereol.* 1999;126(12):939-49.
33. Durand A-C, Gentile S, Devictor B, Palazzolo S, Vignally P, Gerbeaux P, et al. ED patients: how nonurgent are they? Systematic review of the emergency medicine literature. *Am J Emerg Med.* 2011;29(3):333-45.
34. Jeandidier B, Dollon C, Laborde H, Paries J, Gaudelus J. The false debate about false emergencies. *Arch Pediatr.* 1999;6:S464-6.
35. Martinot A, Boscher C, Roustit C, Hue V, Leclerc F, Mouzard A. Methods of recourse in pediatric emergencies: how is the activity inscribed in the field of ambulatory care?. *Arch Pediatr.* 1999;6S2:461-3.
36. Falanga V, Schachner LA, Rae V, Ceballos PI, Gonzalez A, Liang G, et al. Dermatologic consultations in the hospital setting. *Arch Dermatol.* 1994;130(8):1022-5.
37. Bodemer C, de Prost Y. Exanthema in infants and in children. Where are we in 1993? *Arch Pediatr.* 1994;1(10):867-9.
38. Goodyear HM, Laidler PW, Price EH, Kenny PA, Harper JI. Acute infectious erythemas in children: a clinico-microbiological study. *Br J Dermatol.* 1991;124(5):433-8.
39. Drago F, Rampini E, Rebora A. Atypical exanthems: morphology and laboratory investigations may lead to an aetiological diagnosis in about 70% of cases. *Br J Dermatol.* 2002;147(2):255-60.
40. Soriano-Hernández YL, Orozco-Covarrubias L, Tamayo-Sánchez L, Durán-

McKinster C, Sosa-de-Martínez C, Ruiz-Maldonado R. Exanthems in hospitalized pediatric patients: concordance between pediatric and dermatological diagnoses. *Dermatol Basel Switz.* 2002;204(4):273-6.

41. Mortureux P, Léauté-Labrèze C, Legrain-Lifermann V, Lamireau T, Sarlangue J, Taïeb A. Acute urticaria in infancy and early childhood: a prospective study. *Arch Dermatol.* 1998;134(3):319-23.

42. Cruz-Manzano M, Brau-Javier CN, Valentín-Nogueras S, Figueroa-Guzmán LD. Pediatric Inpatient and Emergency Dermatology Consultations: A 5-Year Retrospective Analysis. *P R Health Sci J.* 2018;37(2):105-9.

43. Prose NS. Dermatology training during the pediatric residency. *Clin Pediatr (Phila).* 1988;27(2):100-3.

44. Hayden GF. Skin diseases encountered in a pediatric clinic. A one-year prospective study. *Am J Dis Child* 1960. 1985;139(1):36-8.

45. Parisot J, Penso-Assathiany D, Farcet Y, Raynaud E, Consigny S, Feton-Danou N, et al. Outpatient expectations in dermatology consultations : A pilot study. *Ann Dermatol Venereol.* 2015;142(11):639-45.

46. Beal BT, Prodanovic E, Kuo JE, Armbrecht ES, Peter JR, Siegfried EC. Impact of a Pediatric Dermatology Service on Emergency Department Utilization for Children with Dermatitis. *Pediatr Dermatol.* 2016;33(1):69-74.

47. Ventéjou S, Lévy J-L, Morren M-A, Christen-Zaech S. Telemedicine in pediatric dermatology: focus on current practices. *Rev Med Suisse.* 2019;15(644):674-7.

48. Nathanson S, Dommergues M-A, Hentgen V, Arditty F, Greder Belan A, Carton B, et al. Contribution of teledermatology in a hospital pediatrics department. *Arch Pediatr.* 2018;25(1):13-7.

49. Heffner VA, Lyon VB, Brousseau DC, Holland KE, Yen K. Store-and-forward teledermatology versus in-person visits: A comparison in pediatric teledermatology clinic. *J Am Acad Dermatol.* 2009;60(6):956-61.

50. Tesnière A, Leloup P, Quéreux G, Maillard H, Pedailles S, Leccia M-T, et al. Remot dermatological advice : a survey in three French regions. *Ann Dermatol Venereol.* 2015;142(2):85-93.

51. Nami N, Massone C, Rubegni P, Cevenini G, Fimiani M, Hofmann-Wellenhof R. Concordance and time estimation of store-and-forward mobile teledermatology compared to classical face-to-face consultation. *Acta Derm Venereol.* 2015;95(1):35-9.

52. Federman DG, Concato MJ, Robert M, Kirsner S. Comparison of dermatologic diagnoses by primary care practitioners and dermatologists. *Arch Fam Med.* 1999;170-172.

53. Duong TA, Cordoliani F, Julliard C, Bourrat E, Regnier S, Pontual L de, et al. Emergency department diagnosis and management of skin diseases with real-time teledermatologic expertise. *JAMA Dermatol.* 2014;150(7):743-7.

ANNEXES

Annexe 1 :

Diagnostic proposé (nb passage) par :	Dermatologues	Concordance Pédiatre	Concordance Pédiatre	Dermatologues	% concordance
Abcès froids staphylococciques du nouveau né	1	0	0.0%	1	0.0%
Abcès sous-cutané	5	1	20.0%	2	50.0%
Adénophlegmon	1	1	100.0%	1	100.0%
Arnite streptococcique	2	0	0.0%	2	0.0%
arthrite post streptococcique	1	1	100.0%	1	100.0%
Autres épidermolyses bulleuses	1	1	100.0%	1	100.0%
Autres kystes osseux - Cheville et pied	1	0	0.0%	0	0.0%
Autres myosites	1	1	100.0%	1	100.0%
Autres purpuras (non thrombopéniques)	3	3	100.0%	3	100.0%
Balanite candidosique	1	1	100.0%	1	100.0%
Brûlure	1	0	0.0%	0	0.0%
Cellulite de la face	2	2	100.0%	2	100.0%
Contusion de(s) doigt(s) avec lésion de l'ongle	1	1	100.0%	1	100.0%
DA	33	22	66.7%	27	81.5%
DA impétiginisée	11	4	36.4%	8	50.0%
Dermatophytie de la peau glabre	5	4	80.0%	5	80.0%
Dermatose bulleuse, sans précision	1	0	0.0%	0	0.0%
Dermatose factice	1	0	0.0%	0	0.0%
Dermite fessière du nourrisson	2	1	50.0%	1	100.0%
Dermite irritative	3	0	0.0%	1	0.0%
Dermite séborrhéique	5	0	0.0%	1	0.0%
Dermite vésiculaire due au virus de l'herpès	6	3	50.0%	3	100.0%
Desquamation post streptococcique	3	0	0.0%	0	0.0%
Douleur aigüe	1	1	100.0%	1	100.0%
Eccymoses traumatiques	1	0	0.0%	1	0.0%
Ecthyma	4	0	0.0%	1	0.0%
Eczéma de contact	9	0	0.0%	5	0.0%
Eczéma dyshidrosique	2	0	0.0%	0	0.0%
Eczéma nummulaire	1	0	0.0%	1	0.0%
Eczéma post scabieux	5	1	20.0%	4	25.0%
Eczéma, sans précision	5	0	0.0%	2	0.0%
Effet toxique du venin d'autres arthropodes	8	5	62.5%	5	100.0%
Epidermolyse staphylococcique	3	1	33.3%	2	50.0%
Éruption généralisée due à des médicaments	2	1	50.0%	2	50.0%
Éruption printanière des oreilles	1	0	0.0%	0	0.0%
Erysipèle	13	8	61.5%	9	88.9%
Erythème annulaire centrifuge	1	0	0.0%	1	0.0%
Erythème chronique migrant	1	1	100.0%	1	100.0%
Erythème noueux	1	1	100.0%	1	100.0%
Erythème polymorphe	4	1	25.0%	2	50.0%
Examen normal	1	1	100.0%	1	100.0%
Folliculite	5	0	0.0%	2	0.0%
Furoncle	1	0	0.0%	0	0.0%
Furoncle récidivant	1	1	100.0%	1	100.0%
Gale	24	15	62.5%	18	83.3%
Gianotti Crosti	11	1	9.1%	6	16.7%
Gingivostomatite herpétique	3	1	33.3%	1	100.0%
Granulome post vaccinal	1	0	0.0%	0	0.0%
Granulome pyogénique	6	4	66.7%	5	80.0%
Hémangiomatose	2	2	100.0%	2	100.0%
Hémangiome	8	7	87.5%	8	87.5%
Hémangiome ulcéré	8	8	100.0%	8	100.0%
Hématome	1	0	0.0%	1	0.0%
Histiocytose à cellules de Langerhans multifocale et multisystémique (disséminée) [Maladie de Letterer-Siwe]	1	1	100.0%	1	100.0%
Impétiginisation d'autres dermatoses	12	2	16.7%	8	25.0%
Impétigo [tout micro-organisme] [toute localisation]	16	7	43.8%	8	87.5%
Impétigo bulleux	14	2	14.3%	4	50.0%
Intertrigo à streptocoque	1	0	0.0%	1	0.0%
Intertrigo mycosique	1	1	100.0%	1	100.0%

Annexe 1 (suite) :

Diagnostic proposé (nb passage) par :	Concordance		Concordance		Dermatologues	% concordance
	Dermatologues	Pédiatre	Dermatologues	Pédiatre		
Lésions auto provoquées	1	0	0.0%	0.0%	1	0.0%
Lichen scléro atrophique vulvaire	4	1	25.0%	25.0%	2	50.0%
Livedo	1	1	100.0%	100.0%	1	100.0%
Lupus engelure	1	0	0.0%	0.0%	1	0.0%
Lupus érythémateux systémique	1	1	100.0%	100.0%	1	100.0%
Lymphangiome	1	0	0.0%	0.0%	1	0.0%
Lymphangite	1	0	0.0%	0.0%	0	0.0%
Malformation lymphatique	1	0	0.0%	0.0%	1	0.0%
Mastocytose	2	1	50.0%	50.0%	1	100.0%
Mégalérythème épidémique	2	0	0.0%	0.0%	1	0.0%
Méningococcémie	1	1	100.0%	100.0%	1	100.0%
Miliaire sudorale	1	0	0.0%	0.0%	1	0.0%
Molluscum contagiosum	1	0	0.0%	0.0%	0	0.0%
Mononucléose infectieuse, sans précision	2	1	50.0%	50.0%	1	100.0%
Naevus congénital	1	0	0.0%	0.0%	0	0.0%
Oedème aigu hémorragique du nourrisson	1	0	0.0%	0.0%	1	0.0%
Oedème de membre sur Syndrome de Klippel Trenaunay	1	1	100.0%	100.0%	1	100.0%
Oedème localisé	1	0	0.0%	0.0%	0	0.0%
Onycholyse post traumatique	1	0	0.0%	0.0%	0	0.0%
ostéomyélite	1	1	100.0%	100.0%	1	100.0%
PEAG virale	2	0	0.0%	0.0%	0	0.0%
Pédiculose	2	1	50.0%	50.0%	1	100.0%
Phlegmon des doigts et des orteils	1	1	100.0%	100.0%	1	100.0%
Phytophotodermatose	3	0	0.0%	0.0%	0	0.0%
Pityriasis rosé de Gibert	3	0	0.0%	0.0%	0	0.0%
Polype ombilical du nouveau-né	1	0	0.0%	0.0%	0	0.0%
Primoïnfection herpétique chez atopique (Kaposi Juliusberg)	1	0	0.0%	0.0%	0	0.0%
Prurigo strophulus	9	1	11.1%	11.1%	3	33.3%
Pseudoangiomatose éruptive	1	0	0.0%	0.0%	0	0.0%
Pseudoteigne amiantacée	1	0	0.0%	0.0%	0	0.0%
Psoriasis	3	2	66.7%	66.7%	2	100.0%
Psoriasis des langes	2	0	0.0%	0.0%	0	0.0%
Psoriasis en gouttes	1	0	0.0%	0.0%	1	0.0%
Purpura rhumatoïde	1	1	100.0%	100.0%	1	100.0%
Pustulose néonatale	5	1	20.0%	20.0%	2	50.0%
Pustulose streptococcique	1	0	0.0%	0.0%	1	0.0%
Pytiriasis versicolor	1	0	0.0%	0.0%	0	0.0%
Rash et autres éruptions cutanées non spécifiques	47	15	31.9%	31.9%	21	71.4%
Rash scarlatiniforme	2	1	50.0%	50.0%	1	100.0%
Réaction photoallergique à un médicament	1	0	0.0%	0.0%	0	0.0%
Rougeole	1	1	100.0%	100.0%	1	100.0%
Suspicion de maltraitance	1	0	0.0%	0.0%	1	0.0%
Syndrome adéno-cutanéomuqueux [Kawasaki]	3	2	66.7%	66.7%	2	100.0%
Syndrome APEC	3	1	33.3%	33.3%	2	50.0%
Syndrome de réponse inflammatoire systémique d'origine non infectieuse avec défaillance d'organe	1	1	100.0%	100.0%	1	100.0%
Syndrome de choc toxique	1	1	100.0%	100.0%	1	100.0%
Syndrome pied main bouche	13	6	46.2%	46.2%	8	75.0%
Teigne du cuir chevelu	5	3	60.0%	60.0%	4	75.0%
Tuméfaction et masse localisées, sans précision	2	2	100.0%	100.0%	2	100.0%
Tumeur palatine non précisée	1	1	100.0%	100.0%	1	100.0%
Urticaire aiguë ecchymotique	3	1	33.3%	33.3%	3	33.3%
Urticaire aiguë superficielle	17	4	23.5%	23.5%	8	50.0%
Varicelle Impétiginisée	4	3	75.0%	75.0%	3	100.0%
Varicelle non compliquée	5	2	40.0%	40.0%	2	100.0%
Vascularite	4	2	50.0%	50.0%	3	66.7%
Verrue vulgaire	3	2	66.7%	66.7%	2	100.0%
Vulvovaginite aiguë	1	0	0.0%	0.0%	0	0.0%
Zona	3	0	0.0%	0.0%	1	0.0%
Total	455	182	40.0%	40.0%	271	67.2%

Annexe 2 :

Famille proposée (nb passage) par :	Concordance Pédiatre			% Concordance	
	Dermatologues	Concordance Pédiatre	% Concordance	Dermatologues hors non renseignés	% Concordance hors non renseignés
Autre pathologie bactérienne	2	2	100%	2	100%
Autre purpura	4	4	100%	4	100%
Autres angiomes	18	18	100%	18	100%
Autres eczémas	22	2	9%	12	17%
Autres oedèmes	2	1	50%	1	100%
Autres psoriasis	6	2	33%	3	67%
Autres tuméfactions	4	3	75%	3	100%
Autres urticaires	20	6	30%	11	55%
Dermatite atopique	44	28	64%	35	80%
Dermatose bactérienne	92	39	42%	50	78%
Dermatose factice	2	0	0%	1	0%
Dermatose inflammatoire	49	14	29%	21	67%
Dermatose mycologique	18	10	56%	13	77%
Dermatose parasitaire	26	16	62%	19	84%
Dermatose traumatique	6	1	17%	4	25%
Dermatose vasculaire	9	4	44%	7	57%
Dermatose virale ou para virale	107	39	36%	49	80%
Éruption généralisée due à des médicaments	3	1	33%	2	50%
Examen normal	1	1	100%	1	100%
Maladie systémique	13	9	69%	11	82%
Naevus	1	0	0%	0	
Pathologie non dermatologique	4	3	75%	3	100%
Pathologies bulleuses	2	1	50%	1	100%
Total	455	204	45%	271	75%

Annexe 3 :

Diagnostic proposé (nb passage) par :	Dermatologues	NR pédiatre	% NR
Abcès froids staphylococciques du nouveau né	1	0	0.0%
Abcès sous-cutané	5	3	60.0%
Adénophlegmon	1	0	0.0%
Anite streptococcique	2	0	0.0%
arthrite post streptococcique	1	0	0.0%
Autres épidermolyses bulleuses	1	0	0.0%
Autres kystes osseux - Cheville et pied	1	1	100.0%
Autres myosites	1	0	0.0%
Autres purpuras (non thrombopéniques)	3	0	0.0%
Balanite candidosique	1	0	0.0%
Brûlure	1	1	100.0%
Cellulite de la face	2	0	0.0%
Contusion de(s) doigt(s) avec lésion de l'ongle	1	0	0.0%
DA	33	6	18.2%
DA impétiginisée	11	3	27.3%
Dermatophytie de la peau glabre	5	0	0.0%
Dermatose bulleuse, sans précision	1	1	100.0%
Dermatose factice	1	1	100.0%
Dermite fessière du nourrisson	2	1	50.0%
Dermite irritative	3	2	66.7%
Dermite séborrhéique	5	4	80.0%
Dermite vésiculaire due au virus de l'herpès	6	3	50.0%
Desquamation post streptococcique	3	3	100.0%
Douleur aiguë	1	0	0.0%
Ecchymoses traumatiques	1	0	0.0%
Ecthyma	4	3	75.0%
Eczéma de contact	9	4	44.4%
Eczéma dyshidrosique	2	2	100.0%
Eczéma nummulaire	1	0	0.0%
Eczéma post scabieux	5	1	20.0%
Eczéma, sans précision	5	3	60.0%
Effet toxique du venin d'autres arthropodes	8	3	37.5%
Epidermolyse staphylococcique	3	1	33.3%
Éruption généralisée due à des médicaments	2	0	0.0%
Éruption prurigineuse des oreilles	1	1	100.0%
Erysipèle	13	4	30.8%
Erythème annulaire centrifuge	1	0	0.0%
Erythème chronique migrant	1	0	0.0%
Erythème noueux	1	0	0.0%
Erythème polymorphe	4	2	50.0%
Examen normal	1	0	0.0%
Folliculite	5	3	60.0%
Furoncle	1	1	100.0%
Furoncle recidivant	1	0	0.0%
Gale	24	6	25.0%
Gianotti Crosti	11	5	45.5%
Gingivostomatite herpétique	3	2	66.7%
Granulome post vaccinal	1	1	100.0%
Granulome pyogénique	6	1	16.7%
Hémangiomatose	2	0	0.0%
Hémangiome	8	0	0.0%
Hémangiome ulcéré	8	0	0.0%
Hématome	1	0	0.0%
Histiocytose à cellules de Langerhans multifocale et multisystémique (disséminée) [Maladie de Letterer-Siwe]	1	0	0.0%
Impétiginisation d'autres dermatoses	12	4	33.3%
Impétigo [tout micro-organisme] [toute localisation]	16	8	50.0%
Impétigo bulleux	14	10	71.4%
Intertrigo à streptocoque	1	0	0.0%
Intertrigo mycosique	1	0	0.0%

Annexe 3 (suite):

Diagnostic proposé (nb passage) par :	Dermatologues	NR pédiatre	% NR
Lésions auto provoquées	1	0	0.0%
Lichen scléro atrophique vulvaire	4	2	50.0%
Livedo	1	0	0.0%
Lupus engelure	1	0	0.0%
Lupus érythémateux systémique	1	0	0.0%
Lymphangiome	1	0	0.0%
Lymphangite	1	1	100.0%
Malformation lymphatique	1	0	0.0%
Mastocytose	2	1	50.0%
Mégalérythème épidémique	2	1	50.0%
Méningococcémie	1	0	0.0%
Miliaire sudorale	1	0	0.0%
Molluscum contagiosum	1	1	100.0%
Mononucléose infectieuse, sans précision	2	1	50.0%
Naevus congénital	1	1	100.0%
Oedème aigu hémorragique du nourrisson	1	0	0.0%
Oedème de membre sur Syndrome de Klippel Trenaunay	1	0	0.0%
Oedème localisé	1	1	100.0%
Onycholyse post traumatique	1	1	100.0%
ostéomyélite	1	0	0.0%
PEAG virale	2	2	100.0%
Pédiculose	2	1	50.0%
Phlegmon des doigts et des orteils	1	0	0.0%
Phytophotodermatose	3	3	100.0%
Pityriasis rosé de Gibert	3	3	100.0%
Polype ombilical du nouveau-né	1	1	100.0%
Primoinfection herpétique chez atopique (Kaposi Juliusberg)	1	1	100.0%
Prurigo strophulus	9	6	66.7%
Pseudoangiomatose éruptive	1	1	100.0%
Pseudoteigne amiantacée	1	1	100.0%
Psoriasis	3	1	33.3%
Psoriasis des langes	2	2	100.0%
Psoriasis en gouttes	1	0	0.0%
Purpura rhumatoïde	1	0	0.0%
Pustulose néonatale	5	3	60.0%
Pustulose streptococcique	1	0	0.0%
Pytiiriasis versicolor	1	1	100.0%
Rash et autres éruptions cutanées non spécifiques	47	26	55.3%
Rash scarlatiniforme	2	1	50.0%
Réaction photoallergique à un médicament	1	1	100.0%
Rougeole	1	0	0.0%
Suspicion de maltraitance	1	0	0.0%
Syndrome adéno-cutanéomuqueux [Kawasaki]	3	1	33.3%
Syndrome APEC	3	1	33.3%
Syndrome de réponse inflammatoire systémique d'origine non infectieuse avec défaillance d'organe	1	0	0.0%
Syndrome du choc toxique	1	0	0.0%
Syndrome pied main bouche	13	5	38.5%
Teigne du cuir chevelu	5	1	20.0%
Tuméfaction et masse localisées, sans précision	2	0	0.0%
Tumeur palatine non précisée	1	0	0.0%
Urticaire aiguë ecchymotique	3	0	0.0%
Urticaire aiguë superficielle	17	9	52.9%
Varicelle Impétiginisée	4	1	25.0%
Varicelle non compliquée	5	3	60.0%
Vascularite	4	1	25.0%
Verrue vulgaire	3	1	33.3%
Vulvovaginite aiguë	1	1	100.0%
Zona	3	2	66.7%
Total	455	184	40.4%

AUTEUR : Nom : ROBERGE

Prénom : Manon

Date de soutenance : 23/09/2019

Titre de la thèse : Avis spécialisés dermatologiques aux urgences pédiatriques du CHRU de Lille : étude rétrospective sur 3 ans

Thèse - Médecine - Lille 2019

Cadre de classement : Dermatologie et Vénérologie

DES + spécialité : Dermatologie et Vénérologie

Mots-clés : Urgences pédiatriques, avis spécialisés, dermatologie

Résumé :

Contexte : A l'instar des urgences générales, le nombre de passages aux urgences pédiatriques (UP) augmente chaque année. Les motifs de recours sont variés. Les pathologies dermatologiques représentent 4 à 40% des venues. La démographie médicale actuelle rend difficile l'accès à une consultation dermatologique ou pédiatrique libérale en urgence. Il existe peu d'études portant sur les motifs dermatologiques de recours aux UP. Elles sont encore plus rares à analyser les avis spécialisés dermatologiques qui y sont donnés. L'objectif principal de cette étude était de faire un état des lieux des avis spécialisés dermatologiques donnés aux UP du CHRU de Lille.

Méthode : Nous avons mené une étude rétrospective monocentrique portant sur les avis spécialisés dermatologiques aux UP du CHRU de Lille, entre le 1^{er} janvier 2015 et le 31 décembre 2017. Nous avons recueilli les données cliniques et démographiques dans les dossiers médicaux informatisés des patients.

Résultats : 455 venues aux UP ont bénéficié d'un avis spécialisé dermatologique en 3 ans, soit 0.53% de l'ensemble des passages aux UP. L'âge médian des enfants était de 28 mois. Dans 74.7% des cas, la venue aux UP était décidée par les parents et dans 69.9% des cas, l'enfant avait déjà été évalué par un médecin. Les diagnostics les plus fréquents étaient les dermatoses infectieuses (53.4%), puis les dermatoses inflammatoires. Pour 77.1% des passages, la sortie était autorisée. 13.4% des cas étaient hospitalisés en secteur conventionnel. Le caractère approprié de la venue aux UP était retenu dans 24.4% selon les critères de Soins d'Urgence, et dans 34.1% selon les critères de De Angelis. La concordance diagnostique globale entre pédiatres et dermatologues se situait entre 40 et 75%. Les pathologies semblant poser des difficultés diagnostiques étaient les dermatoses bactériennes notamment l'impétigo bulleux, les pathologies inflammatoires comme les dermatites atopiques compliquées, les eczémas non atopiques et les urticaires.

Conclusion : Les dermatologues sont souvent sollicités aux UP, pour des motifs variés. A l'instar des urgences adultes, les motifs de consultation n'étaient pas de réelles urgences dans la majorité des cas. Notre étude plaide pour une meilleure collaboration entre dermatologues et pédiatres, et l'amélioration de l'accès à la formation pratique dermatologique.

Composition du Jury :

Président : Professeur Laurent MORTIER

Asseseurs : Professeur MARTINOT, Professeur Delphine STAUMONT-SALLE, Docteur Benoît CATTEAU

Directeur de thèse : Docteur Sébastien BUCHE