



UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2019

**THÈSE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Étude descriptive des motifs dermatologiques aux urgences  
pédiatriques à l'Hôpital de Saint Vincent de Paul à Lille sur  
l'année 2018.**

Présentée et soutenue publiquement le 19 décembre 2019 à 18h  
Au Pôle Formation, salle numéro 3  
**Par Morgane CHAMBRE**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Alain MARTINOT**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur François DUBOS**

**Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE**

**Madame le Docteur Marie MOUKAGNI PELZER**

**Directeur de Thèse :**

**Monsieur le Professeur Philippe MODIANO**

**Avertissement**

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



## Liste des abréviations

CIM : Classification Internationale des Maladies

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPP : Comité de Protection des Personnes

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

GHICL : Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille

IAO : Infirmière d'Accueil et d'Orientation

INED : L'Institut National des Études Démographiques

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

PMI : Protection Maternelle et Infantile

RGPD : Règlement général sur la protection des données

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

UF : Unité Fonctionnelle

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

UP : Urgences Pédiatriques

## Table des matières :

1. RESUME	18
2. INTRODUCTION	20
3. MATERIELS ET METHODES	24
3.1 CONCEPT DE L'ETUDE	24
3.1.1 TYPE DE L'ETUDE	24
3.1.2 POPULATION ETUDIEE	24
3.2 DEROULEMENT DE L'ETUDE	25
3.2.1 LIEU DE L'ETUDE	25
3.2.2 METHODE ET RECUEIL DES DONNEES	25
3.2.3 NATURE DES DONNEES RECUEILLIES	26
3.3 OBJECTIFS DE L'ETUDE	28
3.4 ANALYSE STATISTIQUE	29
3.4.1 LOGICIEL	29
3.4.2 ANALYSE DESCRIPTIVE	29
3.4.3 ANALYSE BIVARIEE	29
3.5 ACCORDS ETHIQUES	30
4. RESULTATS	32
4.1 ANALYSE DESCRIPTIVE DES DONNEES	32
4.1.1 CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION	32
4.1.1.1 AGE DE L'ENFANT	32
4.1.1.2 SEXE DE L'ENFANT	33
4.1.1.3 ANTECEDENT DERMATOLOGIQUE ET ALLERGIE	33
4.1.2 CARACTERISTIQUES DE LA CONSULTATION AUX URGENCES	33
4.1.2.1 MOTIFS DE LA CONSULTATION	33
4.1.2.2 MODE D'ENTREE AUX URGENCES PEDIATRIQUES	34
4.1.2.3 FREQUENTATION	35
4.1.2.3.1 HORAIRE DE LA CONSULTATION	35
4.1.2.3.2 SAISON DE LA CONSULTATION	36

4.1.2.4	DELAI D'EVOLUTION DES SYMPTOMES	36
4.1.2.5	AVIS OBTENUS	37
4.1.2.6	EXAMENS COMPLEMENTAIRES	37
4.1.2.7	ACTE THERAPEUTIQUE	38
4.1.2.8	CRITERES DE GRAVITE	39
4.1.3	HOSPITALISATION ET CONSULTATION JUSTIFIEE	39
4.1.3.1	LES SERVICES D'HOSPITALISATION	39
4.1.3.2	LES CARACTERISTIQUES DU PATIENT HOSPITALISE	40
4.1.3.3	LA CONSULTATION A DISTANCE	41
4.1.4	LE MOTIF FINAL	42
4.1.4.1	LE TYPE DE LESIONS	42
4.1.4.2	LE DIAGNOSTIC ATTRIBUE	42
4.2	ANALYSE BI VARIEE	44
4.2.1	LE SEXE ET HOSPITALISATION	46
4.2.2	MODE D'ENTREE ET HOSPITALISATION	46
4.2.3	TYPE DE LESIONS ET HOSPITALISATION	48
4.2.4	AVIS DERMATOLOGIQUE ET HOSPITALISATION	48
4.2.5	CRITERES DE GRAVITE ET HOSPITALISATION	50
5.	DISCUSSION	51
5.1	LES CARACTERISQUES DE LA CONSULTATION DU PATIENT SE PRESENTANT AUX URGENCES	51
5.1.1	LE SEXE DU PATIENT	51
5.1.2	L'AGE DU PATIENT	51
5.1.3	LE POURCENTAGE DES PATIENTS CONSULTANT POUR UN MOTIF DERMATOLOGIQUE AUX URGENCES PEDIATRIQUES	51
5.1.4	LA DESCRIPTION DES DIFFERENTS MOTIFS RETROUVES	53
5.1.4.1	LES DERMATOSES INFECTIEUSES	53
5.1.4.2	LES DERMATOSES INFLAMMATOIRES	54
5.1.4.3	VARIATIONS DU MOTIF DERMATOLOGIQUE ENTRE LES ETUDES	55

5.1.4.4	TABLEAU RECAPITULATIF DES DIVERS DIAGNOSTICS RETROUVES DANS LES DIFFERENTES ETUDES	56
5.1.5	LA FREQUENTATION	56
5.1.6	L'ANALYSE DU MODE D'ENTREE AUX URGENCES	57
5.1.7	LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES EFFECTUES OU NON	59
5.1.8	LE NOMBRE D'HOSPITALISATIONS POUR UN MOTIF DERMATOLOGIQUE APRES LE PASSAGE AUX URGENCES	60
5.1.9	EXISTE-T-IL UNE DIFFERENCE ENTRE CONSULTATION JUSTIFIEE ET HOSPITALISATION ?	62
5.1.10	DISCORDANCE DIAGNOSTIQUE ENTRE LE PEDIATRE ET LE DERMATOLOGUE	63
5.1.11	LE SUIVI ULTERIEUR DU PATIENT APRES SON PASSAGE AUX URGENCES	64
5.2	LES FORCES DE L'ETUDE	65
5.3	LES BIAIS DE L'ETUDE	65
5.4	LES PERSPECTIVES D'AVENIR	66
6.	CONCLUSION	70
7.	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	72
8.	ANNEXES	76

## 1. Résumé

**Contexte** : Le nombre de consultations aux urgences pédiatriques ne cesse d'augmenter au fil des années. Les motifs de consultation sont divers et les pathologies dermatologiques représentent 4 à 40% des demandes. Celles-ci ne relèvent pas toutes d'un caractère urgent mais les créneaux de consultation en urgence en cabinet libéral sont de plus en plus rares. Peu d'études ont décrit les motifs dermatologiques de recours aux urgences pédiatriques en analysant la pertinence de ces consultations.

**Objectif** : Décrire les motifs dermatologiques des patients consultant au service d'accueil des urgences pédiatriques (UP) et mettre en évidence le taux d'hospitalisation au décours d'une consultation.

**Méthode** : Nous avons mené une étude descriptive rétrospective observationnelle monocentrique réalisée aux urgences pédiatriques de l'Hôpital de Saint Vincent de Paul à Lille du 1<sup>er</sup> janvier 2018 au 31 décembre 2018. Le recueil de données a été effectué via un logiciel informatique Excel en consultant chaque dossier médical informatisé via le logiciel Trackare des urgences.

**Résultats** : 685 patients ont consulté aux UP pour un motif dermatologique. L'âge médian était de 3,6 ans. 95,5% des enfants ont consulté spontanément aux UP, avec leurs parents. Peu d'enfants ont été envoyés par leur médecin traitant (2,6%). 65% des patients ont consulté pendant les heures ouvrables des cabinets libéraux. Les symptômes des patients évoluaient depuis plus de 24 heures dans 49,7% des cas. Les dermatoses infectieuses étaient majoritairement représentées avec 66,9% des cas. 10,7% des patients ont bénéficié



d'un avis dermatologique. Le traitement par voie orale était majoritairement prescrit (63,8%). La plupart des patients a été autorisée à retourner à leur domicile (92%) et 8% des patients ont été hospitalisés (n=55). Sur toutes les consultations, 16,4% avaient une consultation de suivi à distance programmée avec un spécialiste. Les patients hospitalisés avaient 8 fois plus de chance d'avoir des critères de gravité que les patients non hospitalisés.

**Conclusion** : La majorité des consultations n'a pas obtenu d'avis dermatologique et, pour la plupart, n'a pas nécessité d'hospitalisation au décours. Cela relevait plus d'une consultation motivée par une inquiétude parentale majeure et probablement une absence de possibilité rapide de consultation libérale disponible. Il serait donc intéressant de créer des créneaux de consultations d'urgences dermatologiques au sein de l'hôpital de Saint Vincent de Paul à Lille. Cela permettrait de réduire le nombre de passages aux urgences pédiatriques pour des motifs dermatologiques anodins, d'avoir un diagnostic de certitude précis et une prise en charge adaptée à la problématique cutanée du patient.

## 2. Introduction

En France, depuis quelques décennies, nous assistons à une crise sanitaire, avec de profondes transformations de la société, des pratiques médicales et une modification de la démographie médicale (1),(2). On compte actuellement 296 755 médecins inscrits à l'ordre des médecins avec 67% en activité régulière et dont 41% d'entre eux sont âgés de plus de 60 ans (3). A titre d'exemple, on compte 3400 dermatologues en France avec une nette pénurie dans certaines régions et des délais de consultation pouvant aller jusqu'à six mois, malgré la multiplication des affections cutanées. L'impact est négatif sur la prise en charge médicale de la population. Devant la raréfaction des créneaux en pratique libérale, c'est tout naturellement que les patients se rendent prioritairement aux services d'accueil des urgences.

Régulièrement, les chaînes d'information relaient la problématique épineuse des services d'accueil des urgences, souvent surchargés quotidiennement, avec comme corollaire un délai d'attente excessif, un surmenage des équipes et un potentiel retard diagnostic et thérapeutique. Les patients sont surtout intéressés par la rapidité de la prise en charge, et si possible à moindre coût (1) (4). Certaines consultations aux urgences pourraient être gérées en pratique libérale ou lors de consultations spécialisées programmées. Cet engorgement reste valable autant dans les services d'urgences « adultes », que dans le domaine des urgences « pédiatriques ». En 2016, les services des urgences pédiatriques enregistraient plus de 2,4 millions de passages par an (4).

Les différentes études rapportent une majoration moyenne des consultations aux urgences pédiatriques entre 3 et 5 % par an et cela ne cesse d'augmenter (5).

Au sein de l'hôpital de Saint Vincent de Paul à Lille, les chiffres sont démonstratifs. Ainsi en 2014, on comptait 13833 consultations aux urgences pédiatriques contre 22177 en 2018 (dont 3378 patients hospitalisés) mais aucune étude n'a été réalisée sur ce thème dans ce centre hospitalier.

En pédiatrie, la majorité des passages au service d'urgences concerne des enfants de 4 à 12 mois. Les motifs les plus fréquents sont les éruptions cutanées, les pathologies ORL, les signes digestifs, les symptômes respiratoires, les traumatismes et la fièvre. Les motifs de consultation en dermatologie diffèrent selon l'âge (enfant versus adulte) (6) et selon le type d'activité des dermatologues (libérale ou hospitalière).

La dermatologie, et en particulier la dermatologie pédiatrique, est une spécialité à part entière, très vaste domaine sur lequel les médecins urgentistes, généralistes ou les pédiatres peuvent connaître quelques difficultés diagnostiques. Certaines études ont déjà prouvé et authentifié la disparité des diagnostics proposés, sur des cas soumis simultanément, à des pédiatres et des dermatologues (7).

Le plus important en dermatologie est d'assurer un diagnostic fiable, rapide, pour mettre rapidement en route un traitement adapté et ciblé (8).

Certains diagnostics dermatologiques amènent à une hospitalisation sans équivoque : le purpura fulminans, la fasciite nécrosante et la nécrolyse épidermique toxique.

D'autres pathologies dermatologiques, jusqu'alors éradiquées grâce à la vaccination, sont également en recrudescence. La rougeole, maladie virale, pourtant dotée d'un vaccin efficace, reste une cause potentielle de décès de par ses complications ORL et neurologiques.

Certaines pathologies infectieuses comme la varicelle, pathologie à priori banale, se surinfecte et nécessite une prise en charge hospitalière. Même si les complications sont rares, elles représentent un grand nombre de cas car la varicelle touche la totalité des enfants.

La plupart des affections dermatologiques ne mette pas en jeu le pronostic vital. Indépendamment de la gravité des lésions, c'est plutôt le contexte, le retentissement sur l'état général du patient, l'inquiétude des parents qui amènent souvent à une prise en charge urgente de ces situations aiguës (9).

En effet, chez les enfants, les exanthèmes fébriles, les réactions allergiques, les pédiculoses, les phénomènes inflammatoires comme l'urticaire ou la dermatite atopique représentent la majorité des consultations (10)(11). Celles-ci ne sont pas des urgences vitales au sens strict, mais certaines nécessitent la mise en route d'un traitement rapide, pour éviter, par exemple, la contamination de l'entourage ou pour diminuer les symptômes impactant la qualité de vie.

Le problème actuel est de connaître le pourcentage exact d'urgences « vraies » et le pourcentage d'urgences considérées comme non justifiées ou « déguisées » (12).

Peu d'études ont analysé les consultations dermato - pédiatriques qui conduisent à une prise en charge spécifique urgente voire à une hospitalisation. En revanche, certaines mettent en exergue l'intérêt d'une consultation semi - urgente, dans les 48 heures, pour environ un tiers des patients consultant aux urgences (13).

Dans ce contexte, il semblait intéressant de réaliser une étude rétrospective sur cette problématique au sein de l'Hôpital de Saint Vincent de Paul à Lille où aucune étude n'avait été réalisée au sujet des urgences dermato pédiatriques. L'objectif actuel de ce travail est donc de décrire et d'étudier les motifs dermatologiques des patients consultant aux urgences pédiatriques du 1<sup>er</sup> janvier 2018 au 31 décembre 2018, et de mettre en évidence le taux d'hospitalisation secondaire, tout en analysant sa pertinence.

### **3. Matériel et méthodes**

#### 3.1 Concept de l'étude :

##### 3.1.1 Type de l'étude :

Il s'agissait d'une étude descriptive observationnelle monocentrique et rétrospective de tous les patients ayant consulté aux urgences pédiatriques de l'Hôpital de Saint Vincent de Paul à Lille du 1<sup>er</sup> janvier 2018 au 31 décembre 2018 pour un motif dermatologique.

##### 3.1.2 Population étudiée :

Sur la période de l'étude, les patients qui étaient inclus sont des enfants :

- D'âge inférieur ou égal à 15 ans et 3 mois : les patients consultant aux UP remplissaient par définition ce critère.
- Se présentant à l'IAO (UF 6602)
- Consultant pour un motif dermatologique à l'hôpital de Saint Vincent de Paul à Lille du 1<sup>er</sup> janvier 2018 au 31 décembre 2018.
- Selon la catégorie L « Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané » de la CIM 10 ainsi que la catégorie B « certaines maladies infectieuses et parasitaires ».

Les critères d'exclusion :

- l'âge supérieur à 15 ans et 4 mois
- Les pathologies dermato-chirurgicales : abcès, phlegmons, panaris, ongles incarnés infectés.

### 3.2 Déroulement de l'étude :

#### 3.2.1 Lieu de l'étude :

L'étude s'est déroulée sur le Centre Hospitalier de Saint Vincent de Paul à Lille, hôpital appartenant au GHICL. Les hôpitaux du GHICL sont des établissements privés d'intérêt collectif.

#### 3.2.2 Méthode de recueil des données :

Dans un premier temps, grâce au laboratoire de données réunissant tous les systèmes d'informations « Kashmir », nous avons pu obtenir tous les dossiers des patients ayant consulté pour un motif dermatologique, selon la CIM 10. Au total, 685 dossiers ont été retenus.

Dans un second temps, chaque dossier médical informatisé a été analysé de manière rétrospective grâce à l'utilisation du logiciel Trakcare des urgences pédiatriques à l'Hôpital de Saint Vincent. La collecte de données a été réalisée en examinant et récupérant les observations médicales de chaque patient qui s'est présenté auprès de l'IAO des urgences pédiatriques au cours de la période mentionnée. Ces observations médicales avaient été rédigées par des internes ou des pédiatres travaillant aux urgences.

Toutes les données recueillies dans les dossiers médicaux ont été rassemblées, de manière anonyme, dans une base de données informatisée, à l'aide d'un tableur Excel. Celles-ci ont été copiées manuellement, il n'y a pas eu de transfert de données. Un premier travail a été effectué sur 186 dossiers selon la catégorie L de la CIM 10 puis dans un second temps, un deuxième recueil a été effectué en étendant la recherche à la catégorie B de la CIM 10. Lors du recueil, beaucoup de données étaient manquantes sur l'année 2017

car le service des urgences de Saint Vincent n'était pas informatisé, ainsi nous avons donc décidé de réaliser l'analyse descriptive sur la seule année 2018.

### 3.2.3 Nature des données recueillies :

Les données recueillies étaient les suivantes :

- Les caractéristiques du patient : Age, sexe, antécédent dermatologique connu ou non (ex : dermatite atopique, eczéma), allergie
- L'orientation et le parcours du patient aux urgences : mode d'entrée aux urgences (patient accompagné par ses parents ou adressé par un médecin généraliste, par SOS médecin ou par un autre spécialiste)
- La lésion cutanée ayant motivée la consultation aux urgences : durée d'évolution, critère de gravité, les signes cliniques associés, le risque de surinfection, l'inquiétude parentale
- Les caractéristiques de la consultation aux urgences : obtention d'un avis dermatologique ou d'un autre spécialiste, l'heure de la consultation, la période de l'année
- la réalisation ou non d'examens complémentaires (bilan sanguin, imagerie, prélèvement lésionnel)
- Les diagnostics finaux établis aux urgences, décrits de manière exhaustive puis regroupés en 4 catégories :
  - ° infectieux : les pathologies virales, bactériennes, parasitaires et fongiques



° inflammatoire et immuno-allergique : la dermatite atopique, l'urticaire sans précision, les cicatrices

° traumatique : les brûlures, les scarifications

° autres : les lésions non spécifiques, les lésions vasculaires (érythème noueux, maladie de Behçet)

- le type de traitement : traitement per os, intraveineux ou local.

- la gravité, regroupée en trois catégories : pronostic fonctionnel, psychologique ou vital. Nous avons choisi de ne pas choisir d'échelle de gravité déjà présente dans la littérature car beaucoup d'entre elles ne sont pas validées scientifiquement ou sont subjectives, notamment celle de Lombrail (14). De plus, cette classification était difficile à mettre en œuvre dans une étude rétrospective.

- le devenir et le suivi du patient : une sortie à domicile, une hospitalisation au décours de la consultation, une consultation à distance prévue. A noter qu'une hospitalisation pouvait soit se faire dans le service de pédiatrie (UF 6718) soit à l'UHCD (UF 6789) soit en néonatalogie, soit en médecine ado-pédiatrique ou encore en surveillance continue pédiatrique.

Lorsque deux diagnostics étaient présents, seul le motif dermatologique était retenu. Lorsque le même patient se présentait deux fois pour le même motif ou se présentait plusieurs fois dans l'année, chaque épisode était comptabilisé pour obtenir une liste exhaustive des passages aux urgences pour des motifs dermatologiques.

### 3.3 Objectifs de l'étude :

Cette étude avait pour objectif principal de déterminer la pertinence de la consultation pour un motif dermatologique aux urgences pédiatriques de Saint Vincent de Paul.

\* Le critère de jugement principal était d'évaluer le taux d'hospitalisation pour une lésion dermatologique nécessitant potentiellement une prise en charge urgente au service d'accueil des urgences pédiatriques de Saint Vincent de Paul à Lille.

\* Concernant les critères de jugement secondaires :

- Évaluer le nombre de consultations ayant nécessité un avis dermatologique entre le 1<sup>er</sup> janvier 2018 et le 31 décembre 2018.

- Décrire le type de lésions dermatologiques selon 4 catégories (infectieux, inflammatoire/immuno - allergique, traumatique et autres) et évaluation de la gravité selon le traitement prescrit, l'atteinte cutanée, les signes cliniques associés, les troubles hémodynamiques.

- Décrire par quel moyen le patient consulte aux urgences : envoyé par un médecin traitant, un spécialiste, le SMUR ou consultation spontanée par l'intermédiaire des parents.

- Étudier le type de traitement prescrit : traitement intraveineux, traitement per os, perfusion, surveillance hospitalière.

### 3.4 Analyse statistique :

L'analyse des données recueillies et la réalisation des statistiques ont été effectuées par le statisticien, M PREDA Cristian puis par Melle VINCENT Camille. Les analyses statistiques effectuées étaient descriptives.

#### 3.4.1 Logiciel :

Le traitement des données statistiques a été réalisé avec l'aide des logiciels R et Excel (Microsoft).

#### 3.4.2 Analyses descriptives :

Dans un premier, une analyse descriptive a été réalisée pour mettre en évidence les caractéristiques de la population.

Le principal objectif de l'étude était de déterminer le taux d'hospitalisation pour un motif dermatologique après un passage aux urgences pédiatriques à l'hôpital de Saint Vincent à Lille. Pour cela une analyse descriptive a été également réalisée.

Les variables quantitatives étaient décrites au moyen des moyennes et écart-types en cas de distribution normale, ou au moyen des médianes et intervalles interquartiles en cas de distribution non normale.

Les variables qualitatives étaient décrites au moyen d'effectifs et de pourcentages.

#### 3.4.3 Analyses bivariées :

Les moyennes étaient comparées à l'aide d'un test paramétrique de Student (si les groupes sont  $> 30$  individus et que la variable suit une loi Normale)

ou à l'aide d'un test paramétrique de Wilcoxon lorsque les conditions pour effectuer le test de Student n'étaient pas réunies.

Les proportions étaient comparées à l'aide d'un test paramétrique de Khi2 (lorsque les groupes sont > 30 individus) ou à l'aide d'un test paramétrique de Fisher lorsque les conditions pour effectuer le test de Student ne sont pas réunies.

Les résultats étaient dits significatifs lorsque « p » était <0,05.

### 3.5 Accords éthiques :

Conformément à l'article 54 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, les traitements de données à caractère personnel ayant une finalité d'intérêt public d'évaluation dans le domaine de la santé devaient être autorisés par la CNIL. Le présent protocole a été soumis à cette obligation d'autorisation. Cette étude répondait à la définition d'une étude « interne » selon la CNIL, c'est-à-dire qu'elle a été menée :

- à partir de données recueillies dans le cadre du suivi (thérapeutique ou médical) individuel des patients
- par les personnels assurant ce suivi
- pour leur usage exclusif

Elle n'était donc pas soumise au chapitre IX de la loi Informatique et Libertés, et aucune formalité n'était requise.

Par ailleurs, conformément à l'article 30 du RGPD, cette étude a été inscrite au registre des activités de traitement du GHICL, géré par le Délégué à la Protection des Données du GHICL.

Le comité d'éthique interne et de recherche a été sollicité et celui-ci a donné un avis favorable au protocole présenté. Suite à la réception du récépissé de déclaration de traitement produit par le GHICL, le Délégué à la protection des données de l'Université de Lille l'a intégré au sein de son propre registre des traitements.

De plus, un avis CPP n'était pas nécessaire du fait de l'anonymisation des patients.

## 4. Résultats :

### 4.1 Analyse descriptive des données :

Sur la période de recueil du 1<sup>er</sup> janvier 2018 au 31 décembre 2018, 22 177 passages, au total, ont été enregistrés aux urgences pédiatriques en 2018 avec 7916 enfants de moins de 10 ans. Parmi ces passages, 685 enfants ont consulté pour un motif dermatologique en 2018.

#### 4.1.1 Caractéristiques de la population :

##### 4.1.1.1 Age de l'enfant :

Nous avons étudié, dans un premier temps, la population pédiatrique. Elle est composée de tous les enfants âgés entre 0 et 15 ans et trois mois. L'âge moyen était de 3,6 ans avec un écart type de 3,59 ans. La majorité de la population (n=385) soit 56,2% avait entre 1 et 6 ans et une part importante (n=127) avait moins d'un an soit 18,5% de la population (*figure 1*).

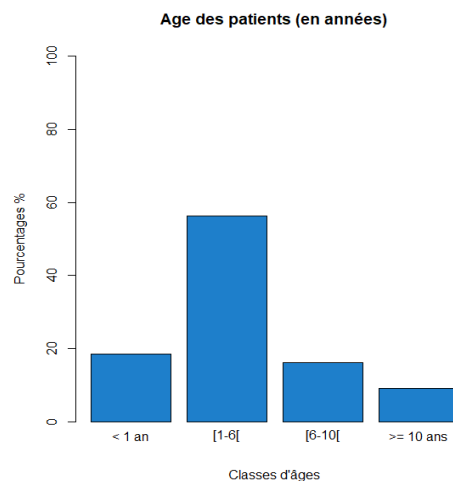


Figure 1 - Pourcentage des patients en fonction de leur âge en années

#### 4.1.1.2 Sexe de l'enfant :

L'échantillon était constitué de 347 garçons et 337 filles soit respectivement 50,7% et 49,2%.

#### 4.1.1.3 Antécédent dermatologique et allergie :

- 10,7% des enfants (n=73) présentaient un antécédent dermatologique déjà connu. Les différents antécédents dermatologiques retrouvés dans les dossiers sont les suivants : dermatite atopique, syndrome pied main bouche, angiome, dermatophytie, urticaire, varicelle, brûlure, œdème aigu hémorragique, botryomycome du cou, kératose pilaire, impétigo, molluscum, gale, glossite, herpès gingival, lichen du périnée, anaphylaxie, cephalématome, muguet, kyste dermoïde, roséole.
- 89,3% (n=612) des patients ne présentaient aucun antécédent dermatologique.
- 5,1% des enfants (n=35) avaient déjà présenté des réactions allergiques. Concernant les allergies, une allergie aux protéines de lait de vache était retrouvée chez certains enfants, d'autres ont présenté une allergie à des antibiotiques, une allergie aux trophallergènes ou pneumallergènes.

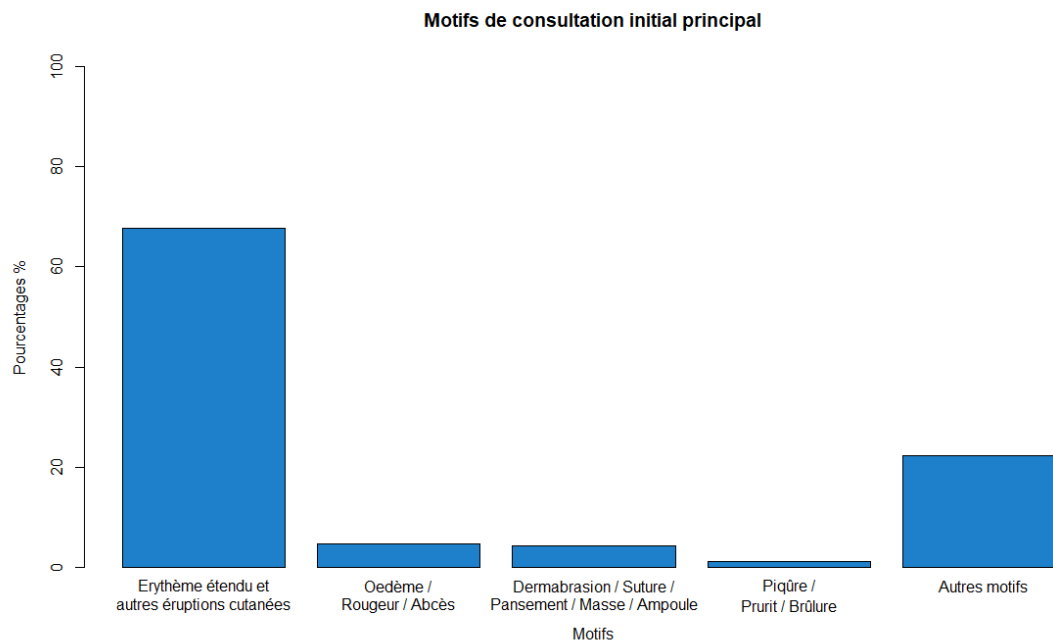
#### 4.1.2 Caractéristiques de la consultation aux urgences :

##### 4.1.2.1 Motifs de la consultation :

Les motifs initiaux correspondent aux motifs d'arrivée aux urgences, classés par l'IAO. Celle-ci classe les enfants en fonction de leurs symptômes. Certains motifs sont classés dans une catégorie qui ne correspond pas à un motif dermatologique mais qui in fine sont diagnostiqués par le corps médical comme des dermatoses.

Parmi les motifs de recours inscrits par l'infirmière d'accueil des urgences (avant d'avoir vu un médecin) (*figure 2*) :

- 67,7% des patients (n=464) ont consulté pour un érythème étendu et une autre éruption cutanée.
- 4,7% des patients (n=32) sont venus aux urgences pour une masse, une rougeur.
- 4,2% des patients (n=29) ont consulté pour une dermabrasion, un problème de pansement, une ampoule, ou un problème de suture.
- Les brûlures, les piqûres représentaient 1% des patients (n=7).
- Les autres motifs (traumatisme, pleurs, fièvre, douleur) correspondaient à 22,3% (n= 153).



*Figure 2- Motifs de consultation initiaux*

#### 4.1.2.2 Mode d'entrée aux urgences pédiatriques :

La majorité des enfants soit 95,5% (n=654) a consulté aux urgences avec leurs parents, sans avis médical préalable, ni passage chez leur médecin généraliste.



Dans 4,5% des cas (n=31), les enfants étaient adressés par un professionnel de santé (figure 3) :

- 2,6% des patients ont été envoyés par leur médecin traitant (n=18).
- 1,5% des patients ont été envoyés par un spécialiste/ PMI (n=10)
- 0,4% des patients (n=3) ont été envoyés par un dermatologue
- Aucun patient n'a été amené par le SMUR.

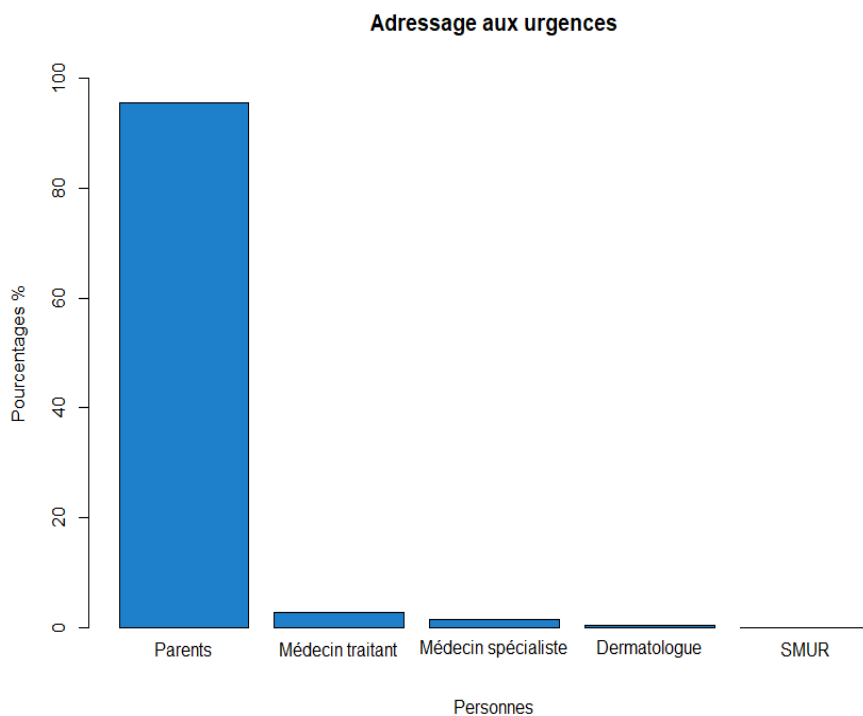


Figure 3 - Le mode d'entrée aux urgences

#### 4.1.2.3 Fréquentation :

##### 4.1.2.3.1 Horaire de la consultation :

Les consultations se répartissaient en 5 plages horaires (figure 4) :

- 8h-12h : 23,1% des cas (n=158)
- 12h-14h : 10,8% des cas (n=74)
- 14h-18h : 31,1 % des cas (n=213)

- **18h-00h : 29,6% des cas(n=203)**
- **00H-8h : 5,4% des cas (n=37)**

Ces deux dernières plages horaires correspondaient aux périodes de fermeture des cabinets libéraux et représentaient 35% de la totalité des consultations.

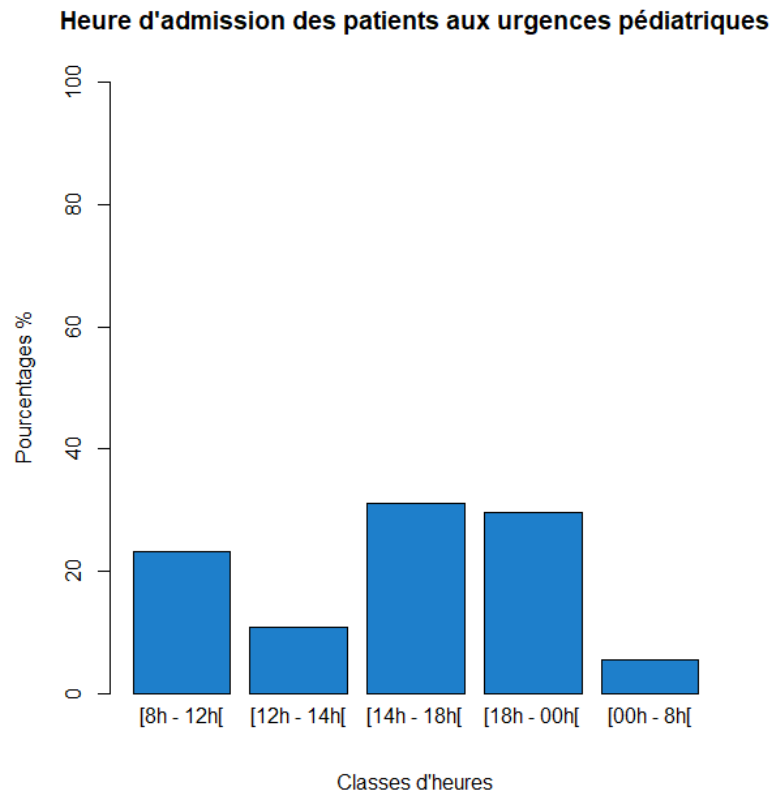


Figure 4 - L'heure d'admission des patients aux urgences

#### 4.1.2.3.2 Saison de la consultation :

Les pathologies dermatologiques peuvent évoluer différemment en fonction du climat. 50,5% ont consulté pendant les périodes estivales (printemps et été) (n=346) et 49,5% ont consulté pendant les périodes hivernales (automne et hiver) (n=339).

#### 4.1.2.4 Délai d'évolution des symptômes :

Sur 685 patients recueillis, voici le pourcentage pour chaque catégorie (figure 5)

:

- Symptômes inférieurs à 12h : 25,8% (n=177)
- Symptômes entre 12h et 14h : 24,2% (n=166)
- Symptômes évoluant depuis plus de 24h : 21,5% (n=147)
- Symptômes évoluant depuis plus d'une semaine : 28,2% (n=193)

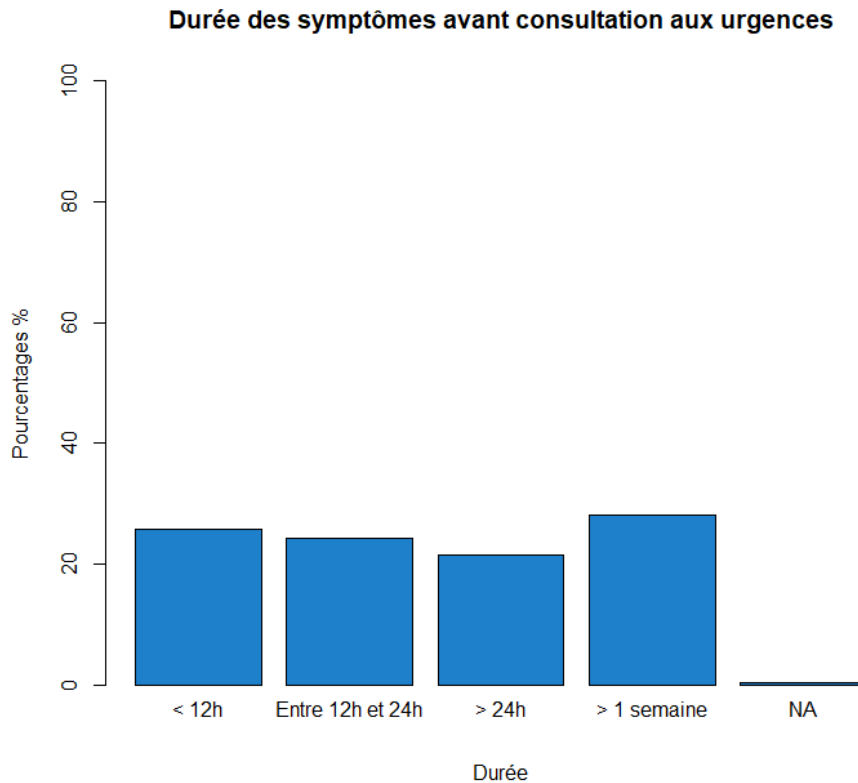


Figure 5 - L'évolutivité des symptômes

#### 4.1.2.5 Avis obtenus :

Au sein de nos patients, seulement 5,5% (n=38) ont bénéficié d'un avis dermatologique le jour même du passage aux urgences ou au cours de leur hospitalisation.

#### 4.1.2.6 Examens complémentaires :

Les examens complémentaires se regroupaient en 2 catégories :

- Bilan sanguin, sérologies infectieuses et test immunologique : 4,1% (n=28)
- Autre examen complémentaire : 0,9% (n=6).

La majorité des patients (95%) n'a bénéficié d'aucun examen complémentaire.

#### 4.1.2.7 Acte thérapeutique :

Parmi les traitements reçus par les patients, 4 classes se distinguaient (*figure 6*):

- Traitement par voie orale : 63,8% des patients (n=437) sont concernés. Cela comprenait les antalgiques, les anti - émétiques, les antibiotiques.
- Traitement topique : 47,7% des patients (n=327) ont bénéficié d'un traitement par application de dermocorticoïdes, désinfectant ou pommade antibiotique.
- Traitement intraveineux : 4,2% (n=29) des patients ont bénéficié d'une perfusion : sérum salé, antalgiques, antibiotiques, anti - émétiques.
- Aucun traitement : 4,8% (n=33) des patients n'ont bénéficié d'aucune prescription médicale pendant le séjour aux urgences ou à la sortie.

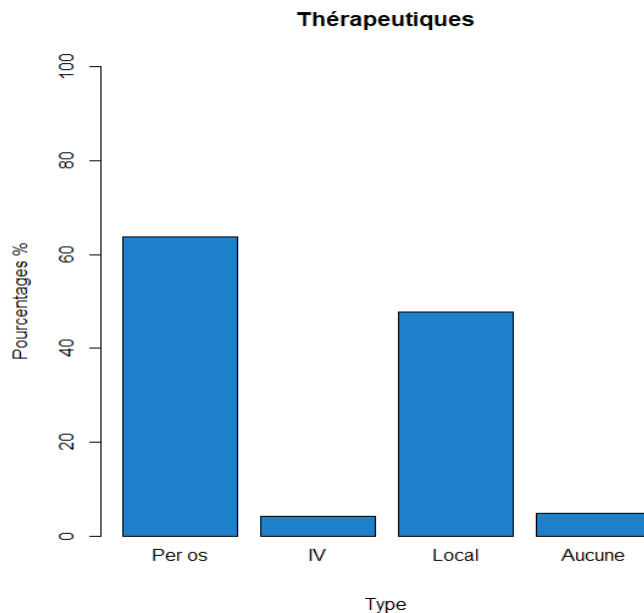


Figure 6 - Les thérapeutiques effectuées lors du passage aux urgences

#### 4.1.2.8 Critères de gravité :

Les critères de gravité se répartissaient en trois catégories :

- Le pronostic fonctionnel comprenant la fièvre et les signes de surinfection, les signes cliniques associés, la douleur. On comptait 15,2% (n=104) dans cette catégorie.
- Le pronostic psychologique est basé sur l'inquiétude parentale. 18,4% (n=126) des patients avaient une note particulière dans leur dossier concernant l'inquiétude des parents.
- Le pronostic vital comprenant des troubles hémodynamiques, une décompensation d'une pathologie connue, une surface corporelle atteinte supérieure à 60%. Cela ne concernait que 0,1% (n=1) de la totalité des urgences.

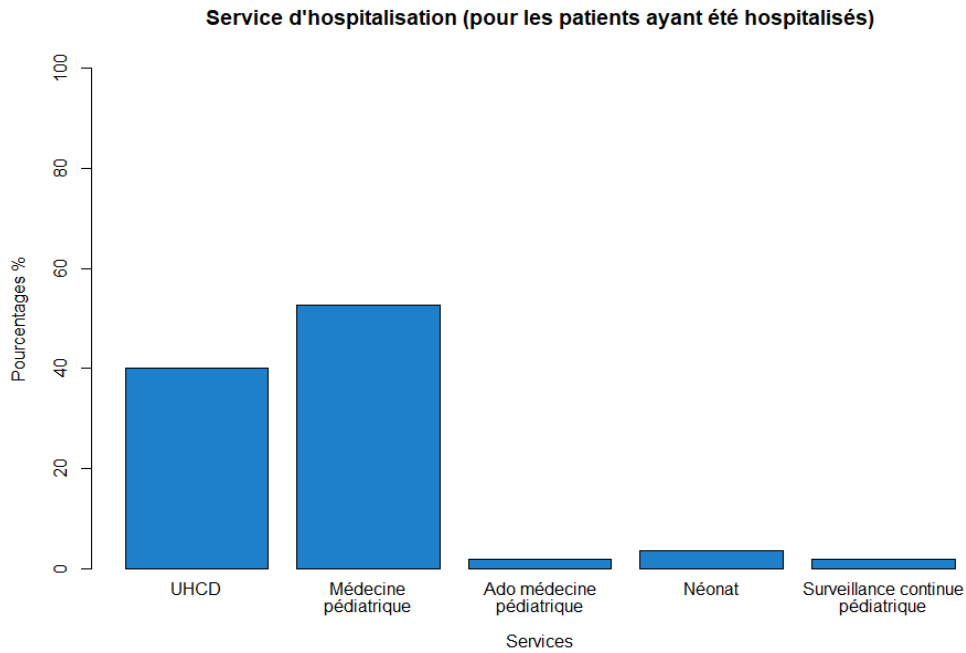
Un seul patient ayant consulté aux urgences avait un réel pronostic vital engagé. Il s'agissait d'un choc anaphylactique qui a bénéficié d'une injection d'adrénaline et d'une prise en charge en réelle urgence. Aucun autre patient n'a présenté de trouble hémodynamique.

#### 4.1.3 Hospitalisation et consultation justifiée :

Sur l'ensemble de la population étudiée, une hospitalisation a été nécessaire pour 8% des patients (n=55). Ces consultations étaient donc considérées comme justifiées.

##### 4.1.3.1 Les services d'hospitalisation :

Les différents services d'hospitalisation dans lesquels les patients ont été pris en charge sont représentés sur le diagramme ci-dessous (*figure 7*) :



*Figure 7 - Le pourcentage de patients hospitalisés dans les différents services*

#### 4.1.3.2 Les caractéristiques du patient hospitalisé :

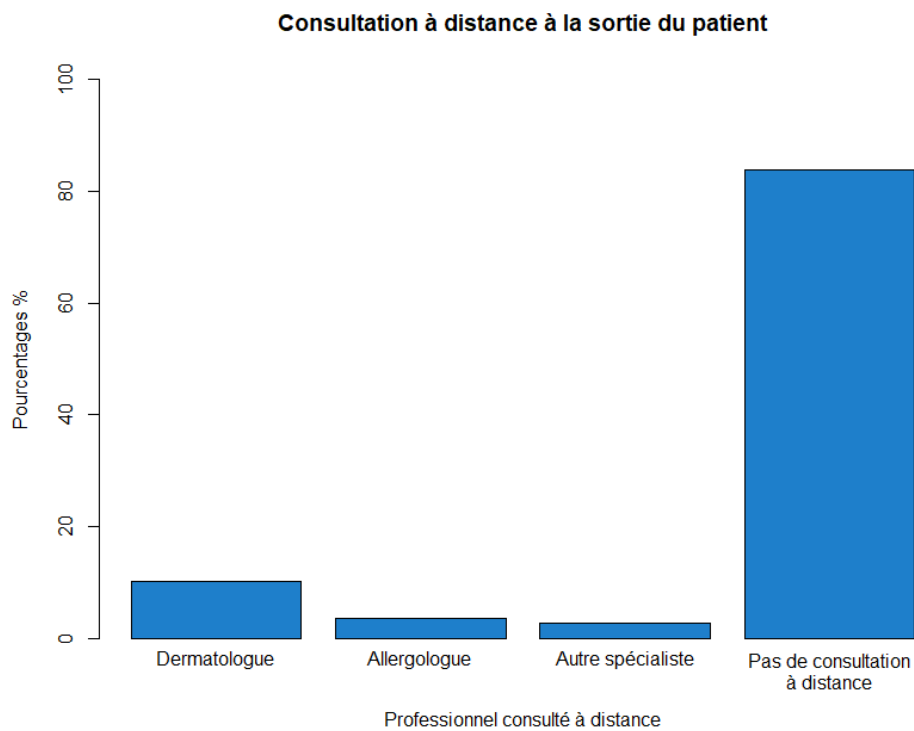
En analysant les dossiers des patients hospitalisés, en 2018, il ressort plusieurs caractéristiques :

- Sexe féminin (36 filles versus 19 garçons)
- < 6 ans (n=45) avec 17 patients de moins d'un an et un âge moyen de 2,69 ans
- Pas d'allergie connue ni antécédent dermatologique
- Enfant amené par les parents
- Peu de variabilité en ce qui concerne la saisonnalité
- Horaire : la majorité des patients hospitalisés a consulté entre 18h et 00h
- Principaux motifs retrouvés : gingivostomatite herpétique (n=10), gale (n=10) et varicelle (n=6)
- Évolution des symptômes supérieure à 24h
- Peu d'avis dermatologique donnés (25,5% d'avis)

- Thérapeutique locale (70,9%)
- Critère de gravité psychologique retrouvé dans la plupart des cas (87,3%)
- Bilan sanguin réalisé pour 20 patients sur les 55 patients hospitalisés
- 92,7% des patients hospitalisés l'ont été soit à l'UHCD soit dans le service de médecine pédiatrique.

#### 4.1.3.3 La consultation à distance :

113 patients soit 16,4% des patients ont bénéficié d'une consultation de suivi à distance dont 10,2% avec un dermatologue (*figure 8*).



*Figure 8 - Consultation à distance*

#### 4.1.4 Le motif final :

##### 4.1.4.1 le type de lésions :

Les principales classes diagnostiques concernaient les pathologies infectieuses et inflammatoires (*figure 9*). Les dermatoses infectieuses correspondaient à 66,9% (n=458). Les dermatoses inflammatoires et immuno-allergiques représentaient 30,4% (n=208). Cette classe était majoritairement représentée par l'urticaire.

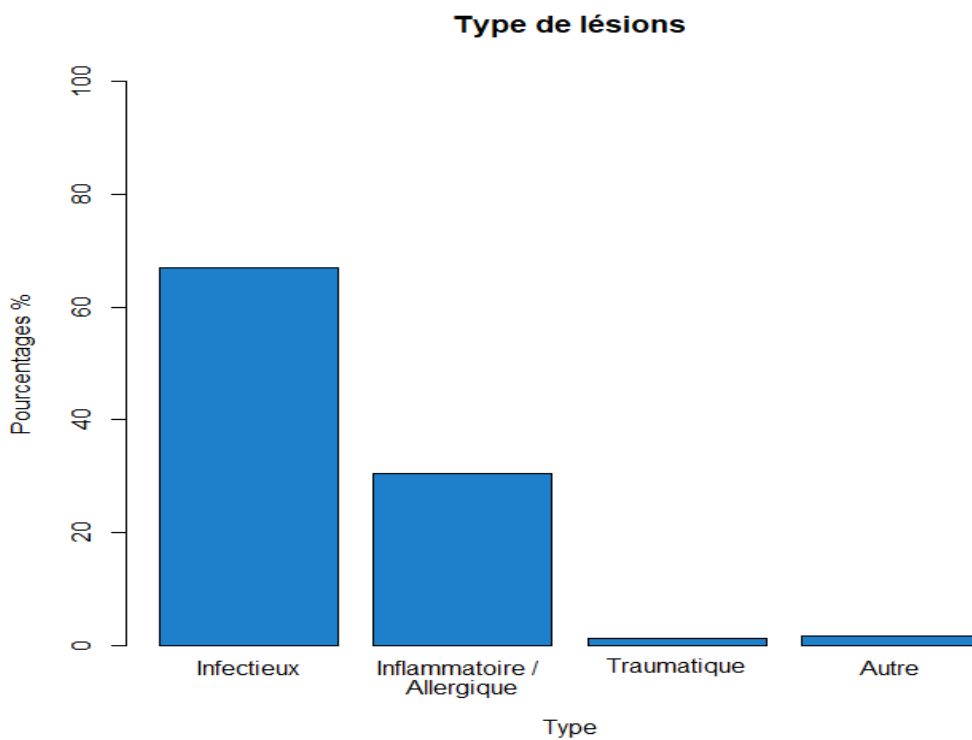


Figure 9 - Le type de lésions

##### 4.1.4.2 le diagnostic attribué :

Les diagnostics sont nombreux et diversifiés. Nous les avons regroupés, pour avoir un aperçu global des motifs et faire un état des lieux complet (*tableau 1*).



<b>Diagnostics</b>	<b>n (%)</b>
Varicelle (sans complication)	100 (14.6)
Urticaire sans précision	90 (13.1)
Mycose / candidose / dermatophytose	50 (7.3)
Urticaire virale	49 (7.3)
Gale	42 (6.1)
Gingivostomatite et primo-infection dues au virus de l'herpès	41 (6.0)
Urticaire allergique	34 (5.0)
Impétigo	30 (4.4)
Exanthème subit	24 (3.5)
Verrues	22 (3.2)
Oxyurose	21 (3.1)
Dermite atopique (sans précision)	17 (2.5)
Impétiginisation d'autres dermatoses	15 (2.2)
Autres affections de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	13 (1.9)
Molluscum contagiosum	12 (1.8)
Urticaire idiopathique	11 (1.6)
Dermite irritante de contact (cause non précisée)	9 ( 1.3)
Prurit	8 (1.2)
Dermite fessière du nourrisson	7 (1.0)
Zona	7 (1.0)
Varicelle (avec complication)	7 (1.0)
Pédiculose	6 (0.9)
Syndrome pied main bouche	5 (0.7)
Eczéma	5 (0.7)
Brûlure	4 (0.6)
Piqûre d'insecte	4 (0.6)
Dermite séborrhéique infantile	3 (0.4)
Érythème (sans précision)	3 (0.4)
Folliculite décalvante	2 (0.3)
Pityriasis rosé de Gilbert	2 (0.3)
Dermatite atopique	2 (0.3)
Érysipèle	2 (0.3)
Prurigo sur ectoparasitose	2 (0.3)
Érythème infectieux	2 (0.3)
Xérosis cutané	2 (0.3)
Acné (sans précision)	2 (0.3)
Pelade	2 (0.3)
Cicatrice et fibrose cutanée	2 (0.3)

Folliculite	2 (0.3)
Eczéma herpétique	2 (0.3)
Acrodermatite papuleuse infantile [Giannotti-Crosti]	2 (0.3)
Acné infantile	1 (0.1)
Angioedème de la face	1 (0.1)
Autres formes d'alopecie cicatricielle	1 (0.1)
Granulome pyogénique [Botryomycome]	1 (0.1)
Dermite infectée	1 (0.1)
Dermite péri orale	1 (0.1)
Dyshidrose [pompholyx]	1 (0.1)
Exanthème viral	1 (0.1)
Fissure anale	1 (0.1)
Éruption localisée due à des médicaments	1 (0.1)
Furonculose staphylococcique	1 (0.1)
Kyste sébacé	1 (0.1)
Lichen nitidus	1 (0.1)
Mégalérythème parvovirus B19	1 (0.1)
Miliaire rouge	1 (0.1)
Œdème idiopathique	1 (0.1)
Purpura rhumatoïde	1 (0.1)
Pustulose membre	1 (0.1)
Rougeole (sans complication)	1 (0.1)
Scarification	1 (0.1)
Stomatite vésiculaire avec exanthème due à un entérovirus	1 (0.1)
Teigne de la barbe et du cuir chevelu	1 (0.1)
Réaction anaphylactique stade 3	1 (0.1)

Tableau 1 - Liste des diagnostics retrouvés, leurs pourcentages et le nombre de patients associés

Les principaux diagnostics pour les patients adressés par un autre professionnel de santé sont les suivants : oxyurose, urticaire allergique, virale, érythème polymorphe, Syndrome de Gianotti-Crosti, gale, mycose, gingivostomatite herpétique, zona, brûlure au deuxième degré, varicelle, lésion impétigineuse, verrues, pelade, pédiculose.

#### 4.2 Analyse bi variée :

Cette analyse a eu pour objectif de comparer le profil des patients ayant été hospitalisés à ceux ne l'ayant pas été en fonction des variables suivantes : sexe, mode

d'entrée aux urgences, le type de lésion initiale, l'obtention ou non d'un avis dermatologique et les critères de gravité (*tableau 2*).

Au vu du faible effectif de patients hospitalisés comparativement à ceux ne l'ayant pas été, les résultats de ces analyses doivent être interprétés avec précaution.

	Patients hospitalisés	Patients n'ayant pas été hospitalisés	<i>p</i>
<b>N</b>	<b>55</b>	<b>630</b>	
<b>Sexe, n (%)</b>			<b>0.01*</b>
Masculin	19 (34.5)	328 (52.1)	
Féminin	36 (65.5)	301 (47.9)	
<b>Adressage aux urgences, n (%)</b>			<b>0.003*</b>
Parents	49 (89.1)	650 (96.0)	
Médecin traitant	1 (1.8)	17 (2.7)	
Spécialiste	3 (5.5)	7 (1.1)	
Dermatologue	2 (3.6)	1 (0.2)	
<b>Type de lésions, n (%)</b>			<b>0.009*</b>
Infectieux	47 (85.5)	411 (65.2)	
Inflammatoire / Allergique	7 (12.7)	201 (31.9)	
Traumatique	1 (1.8)	7 (1.1)	
Autre	0 (0.0)	11 (1.7)	
<b>Avis dermatologique, n (%)</b>			<b>&lt; 0.001*</b>
Oui	14 (25.5)	24 (3.8)	
Non	41 (74.5)	605 (96.2)	
<b>Critères de gravité, n (%)</b>			
Pronostic psychologique	48 (87.3)	78 (12.4)	<b>&lt; 0.001*</b>
Pronostic fonctionnel	41 (74.5)	63 (10.0)	<b>&lt; 0.001*</b>
Pronostic vital	0 (0.0)	0 (0.0)	–
Pas de critères de gravité	6 (10.9)	524 (83.2)	<b>&lt; 0.001*</b>

*\*Résultats significatifs*

*Tableau 2 - Analyse bi variée comparant les patients hospitalisés ou non en fonction des variables suivantes : sexe, adressage aux urgences, type de lésions, avis dermatologique et critères de gravité*

#### 4.2.1 Sexe et hospitalisation :

Selon l'analyse bi variée, on remarque que les patients hospitalisés sont deux fois plus de sexe féminin (*figure 10*). (Différence significative avec  $p=0,01$ ).



Figure 10 - Comparaison des patients hospitalisés ou non en fonction du sexe

#### 4.2.2 Mode d'entrée aux urgences et hospitalisation :

Les résultats semblent montrer une différence entre les patients hospitalisés et ceux n'ayant pas été hospitalisés en fonction de la personne qui a dirigé l'enfant vers le service d'urgences (*figure 11*).

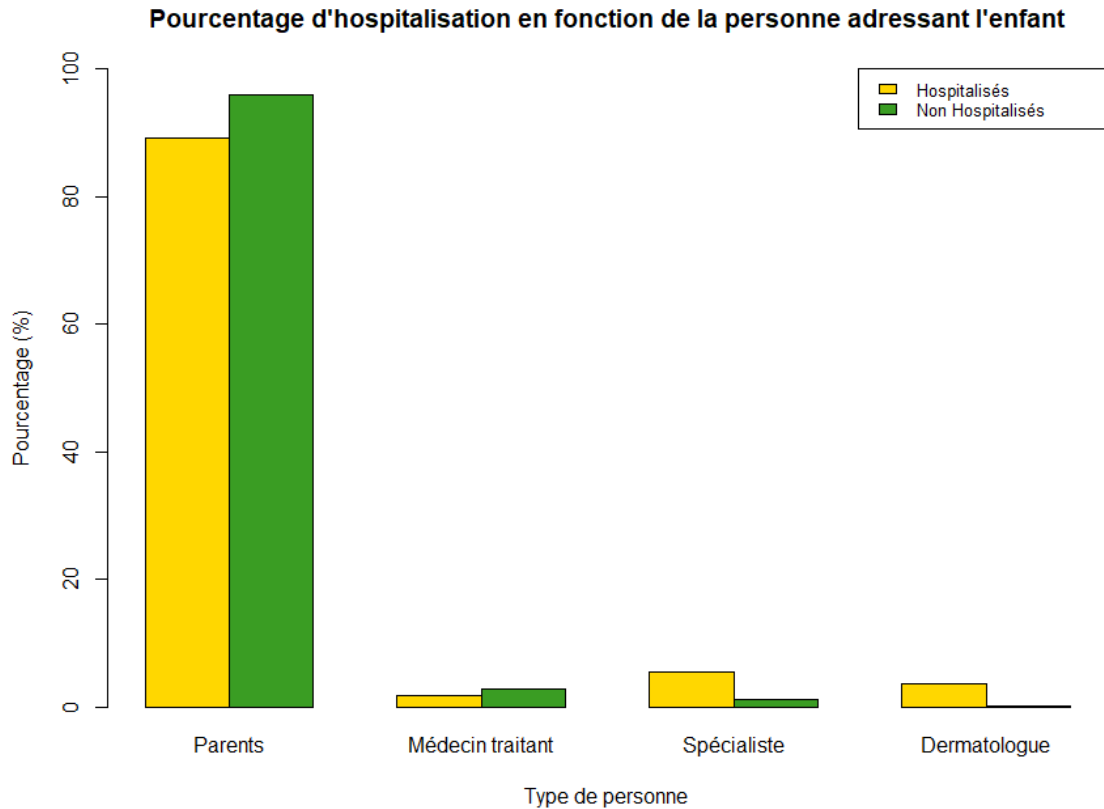


Figure 11 - Comparaison des patients hospitalisés ou non en fonction du mode d'adressage

La majorité des patients hospitalisés consulte avec leurs parents, reflet du principal mode d'entrée aux urgences. On note également que les patients envoyés par le médecin traitant sont peu hospitalisés (n=1). Il y a trois patients envoyés par un dermatologue et deux d'entre eux sont hospitalisés. La différence est significative avec un  $p=0,003$ .

#### 4.2.3 Type de lésions et hospitalisation :

Au vu de ces analyses, 85,5% des patients hospitalisés ont une dermatose infectieuse. En revanche, les dermatoses inflammatoires et immuno-allergiques ne sont pas hospitalisées dans 31,9% des cas. En ce qui concerne les pathologies traumatiques, 7 patients sur 8 repartent à domicile (figure 12). On peut conclure que la variable « type de lésions » est liée de manière significative à l'hospitalisation ( $p=0,009$ ).

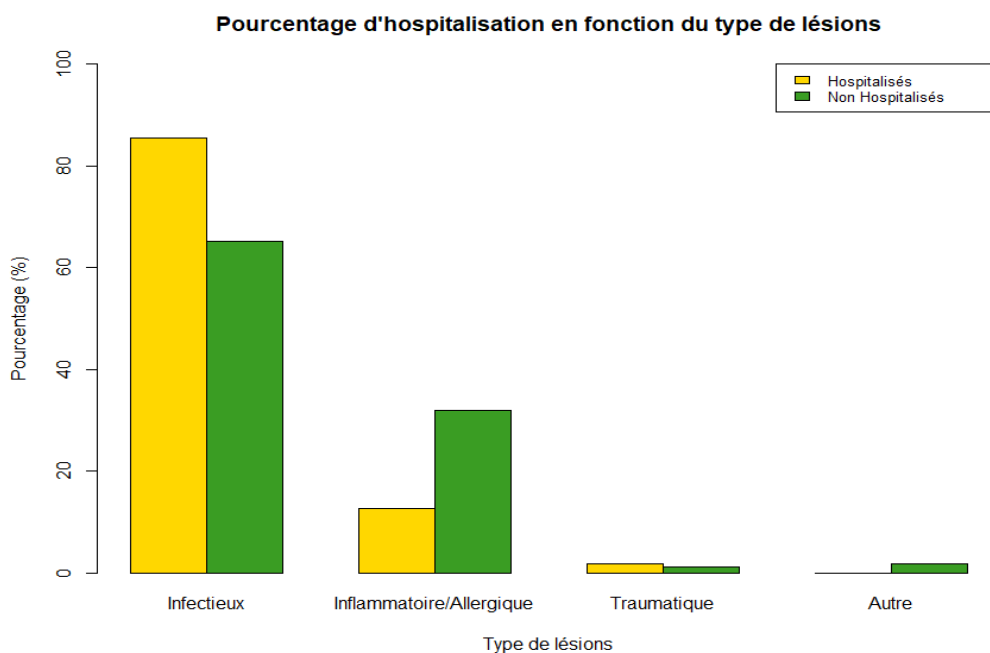


Figure 12 - Comparaison des patients hospitalisés ou non en fonction du type de lésions

#### 4.2.4 Avis dermatologique et hospitalisation :

En comparant les deux catégories (patients hospitalisés versus patients non hospitalisés), on remarque que les patients hospitalisés sont plus susceptibles d'obtenir un avis dermatologique. Ils ont 6 fois plus de chance d'avoir un avis dermatologique. A l'inverse, la majorité des patients non hospitalisés (96,2%) ne bénéficie pas souvent d'avis dermatologique (figure 13).

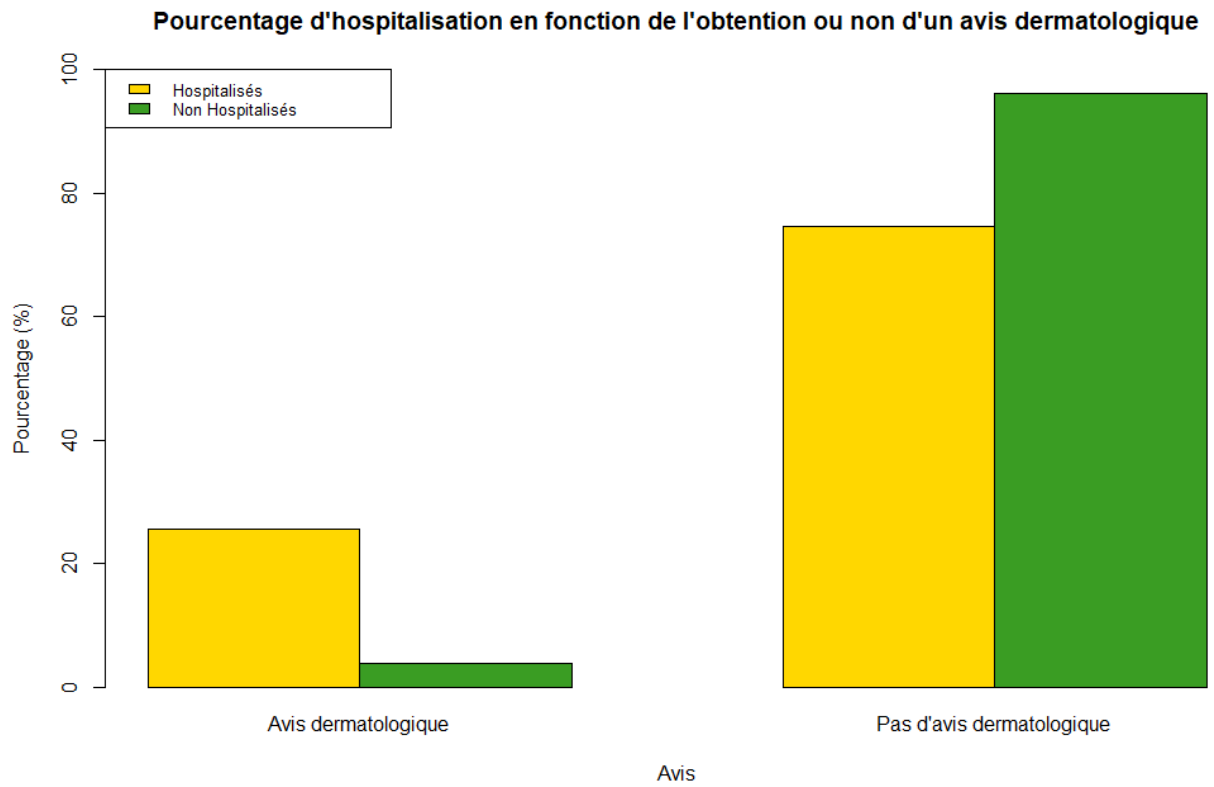


Figure 13 - Comparaison des patients hospitalisés ou non en fonction de l'obtention ou non d'un avis dermatologique

#### 4.2.5 Critères de gravité et hospitalisation :

Au travers de cette analyse, on remarque que les patients hospitalisés ont 7 fois plus de chance d'avoir des critères de gravité d'ordre psychologique, fonctionnel. En revanche, les patients non hospitalisés ont 8 fois plus de chance de n'avoir aucun critère de gravité (figure 14). L'association entre ces deux variables semble significative avec un  $p < 0,001$ .

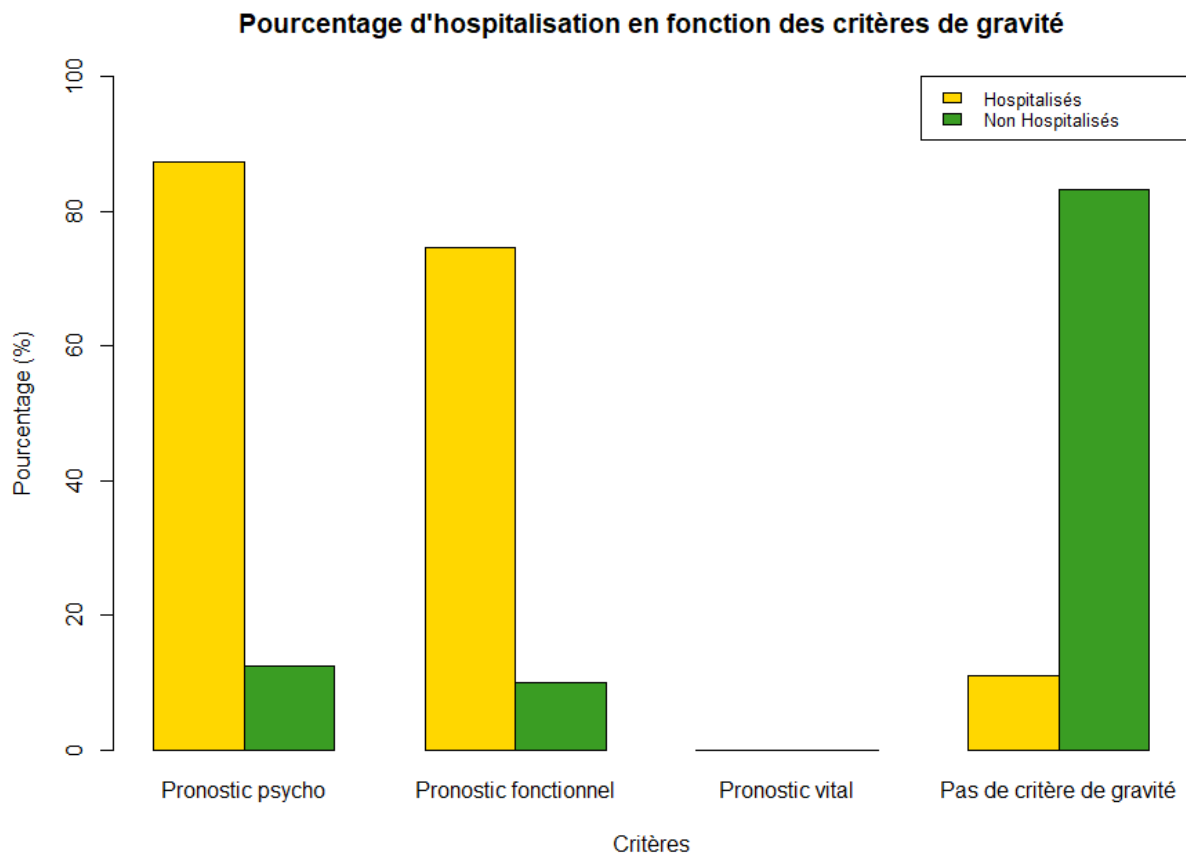


Figure 14 - Comparaison des patients hospitalisés ou non en fonction des critères de gravité



## 5. Discussion

5.1 Les caractéristiques de la consultation du patient se présentant aux urgences :

### 5.1.1 Le sexe du patient :

Dans notre étude, on note une très faible prédominance masculine (50,7%), chiffre retrouvé dans la littérature (15) (16). La prédominance est minime mais cela pourrait être expliqué par une natalité masculine plus importante en France ces dernières années selon l'INED. En effet, en 2017 et 2018, on note respectivement 104,8 et 105,3 naissances masculines contre 100 naissances féminines (17).

### 5.1.2 L'âge du patient :

Dans notre étude, l'âge moyen était de 3,6 ans avec 18,5% des enfants de moins d'un an, chiffres en adéquation avec la littérature. Moon et al. ont mis en évidence que la majorité des enfants a un âge inférieur à 5 ans avec une prédominance pour les enfants âgés de 1 à 23 mois (15).

### 5.1.3 Le pourcentage de patients consultant pour un motif dermatologique aux urgences pédiatriques :

Un des buts de notre étude était de décrire les différents motifs dermatologiques menant à une consultation aux urgences. On remarque qu'il y a une variation du pourcentage du taux de motifs dermatologiques.

Dans notre étude, on a comptabilisé 685 motifs dermatologiques en 2018 sur 22 177 passages aux urgences, ce qui correspond à 3% des passages totaux aux UP.

A titre de comparaison, dans l'étude de Dolan et Al à Belfast en Irlande (16), est retrouvé également un pourcentage autour de 4%. A l'opposé, l'étude de Wakosa et

al. (18) ainsi que l'étude parisienne de Kramkimel et al. (19) mettent en évidence des taux respectivement plus élevés de 8 % et 9,2 %. Ce taux est un peu plus faible dans l'étude de Moon et al. (15), qui obtient un pourcentage de 0,12% de consultations dermato pédiatriques (347 consultations sur 90 000 passages aux UP en 3 ans, à Philadelphie).

Or, des études antérieures rapportent un taux très fluctuant, variant de 4 à 40 %. En effet, l'étude de Leclercq et al. (5) relève 30% de motifs dermatologiques au sein des consultations aux urgences pédiatriques. Leur hypothèse est que l'incidence des consultations dermatologiques diminuerait si les critères d'exclusion étaient plus restreints (exclusion des lésions traumatiques) et se situerait plutôt en réalité, entre 4 à 20% des passages aux urgences.

A l'Hôpital de Saint Vincent, le nombre de consultations programmées en dermatopédiatrie est de 1984 en 2018. On s'aperçoit que sur la totalité des demandes dermatologiques (consultations aux urgences et consultations programmées), un quart des patients sont examinés aux urgences. En ce qui concerne les demandes de rendez-vous urgents, elles sont souvent validées dans la semaine, aux heures ouvrables, par un pédiatre ou un dermatologue. Le problème survient souvent en dehors des heures ouvrables.

Cette variabilité de résultats peut être due également à la différence de taille des hôpitaux, la proximité d'autres hôpitaux prenant en charge également les nouveaux nés et les enfants (maternité à Jeanne de Flandres, CHU), les zones géographiques (déserts médicaux), la présence ou non de créneaux de consultations dermato - pédiatriques dans les différents centres, la disponibilité de dermatologues ou de médecins généralistes en libéral. Les patients vus en consultation programmée de

dermato pédiatrie permettent de diminuer le flux des consultations dermatologiques aux urgences.

#### 5.1.4 La description des différents motifs retrouvés :

Les diagnostics dermatologiques rencontrés aux urgences (infections cutanées, eczémas, éruptions et urticaires) et à l'hôpital, diffèrent de ceux en cabinet libéral (maladie chronique, dermatite atopique, molluscum contagiosum, acné, nævus mélanocytaires, vitiligo, alopécie, psoriasis, hémangiomes) (20). Il est intéressant d'étudier la dermato-pédiatrie car les urgences dermatologiques chez les adultes ne sont pas les mêmes (maladies bulleuses, lésions pré cancéreuses, toxidermies, cellulites ou érysipèles) (6) .

##### 5.1.4.1 Les dermatoses infectieuses :

Dans notre étude, les dermatoses infectieuses représentaient 66,9% des consultations, soit la majorité. Cela concorde avec la littérature : dans l'étude de Duhamel et al. (21), de Moon et al. (15), de Lombart et al. (22), les dermatoses infectieuses représentaient respectivement 46,52%, 40% et 57%. C'est le cas également dans l'étude de Schofield et al. où les atteintes cutanées infectieuses sont au premier rang (23).

Plus précisément, dans notre étude, on retrouve une majorité de varicelles (14,6%), c'est également le cas dans l'étude de Deis-cas et Al (24) avec 16% de varicelles. Ensuite nous avons retrouvé les mycoses (7,3%), les urticaires viraux (7,3%), la gale (6,1%) et les gingivostomatites herpétiques (6%). Dans l'étude de Moon et Al (15), 50,1% des éruptions sont virales et comprennent les infections herpétiques, la varicelle, les molluscums et le syndrome pied main bouche. En ce qui concerne les infections fongiques, aucun cas d'infection fongique profonde n'est recensé ici, c'est le cas également dans l'étude de Moon et Al (15). Dans l'étude de

Auvin et Al (7) les exanthèmes viraux sont à la première place avec 17% de la totalité des consultations, la varicelle arrive en troisième position avec 9% des patients. Dans cette étude, ils retrouvent 3% de purpura de Henoch-Schonlein, diagnostic peu représenté (0,1%) dans la nôtre.

Dans notre étude, nous avons relevé 42 patients infectés par la gale, dermatose parasitaire la plus fréquente, comme c'est le cas dans l'étude de Dei-cas et Al (24). Celle-ci nécessitant parfois une hospitalisation pour effectuer le traitement correctement. Cette constatation doit être mise en lien avec le niveau socio-économique du patient et reflète l'épidémie actuelle observée en France. Les différences obtenues peuvent être attribuées à un déficit d'hygiène dans les pays en voie de développement, aux variations atmosphériques ou à la propagation des pathologies à la crèche ou à l'école.

#### 5.1.4.2 Les dermatoses inflammatoires :

Dans notre étude, nous avons regroupé la catégorie inflammatoire avec la catégorie immuno-allergique et le pourcentage global de ces motifs s'élevait à 30,4%. L'urticaire est un motif de consultation prépondérant aux urgences pédiatriques. En effet, 22,7% (n= 154) des patients appartenaient à cette catégorie, toute étiologie confondue. Comparativement, dans l'étude de Auvin et Al (7), l'urticaire est la première dermatose inflammatoire aux urgences pédiatriques avec 15% des consultations. La plupart des étiologies des urticaires est de nature virale ou allergique (alimentaire ou médicamenteuse). Lorsqu'une éruption cutanée prurigineuse est aspécifique, celle – ci est classée dans la catégorie « urticaire sans précision » devant une incertitude diagnostique. On peut se demander si l'urticaire n'est pas parfois confondue avec d'autres dermatoses plus spécifiques. Une consultation dermatologique permettrait sûrement

de diminuer ce pourcentage. La part importante des formes atypiques des urticaires aiguës pédiatriques explique probablement cette discordance diagnostique (25).

Enfin, la dermatite atopique est un motif fréquent avec 8% des patients dans l'étude de Auvin et Al (7). Dans notre étude et celle de Kramkimel (19), le pourcentage est aux alentours de 3% mais la dermatite atopique se trouve au deuxième rang des dermatoses inflammatoires.

#### 5.1.4.3 variations du principal motif dermatologique entre les études :

Selon l'étude de Shivaram et al. (10), le principal motif dermatologique est traumatique, suivi par ordre décroissant de problèmes infectieux, les piqûres, les éruptions cutanées non spécifiques et enfin l'urticaire. Tout dépend des critères d'inclusion, d'exclusion, des facteurs environnementaux et parfois de l'organisation des urgences pédiatriques. Certaines structures prennent en charge les traumatismes au sein des urgences pédiatriques, d'autres services les prennent en charge aux soins externes dans le cadre des urgences adultes, expliquant ainsi cette variabilité selon les centres.

Dans l'étude de Landolt et Al (11), les dermatoses inflammatoires sont majoritaires car les diagnostics suivants ont été classés dans la catégorie inflammatoire : Syndrome de Henoch-Schoenlein, Syndrome de Kawasaki et les exanthèmes parainfectieux.

D'autres études retrouvent, comme la nôtre, les dermatoses infectieuses au premier rang (15), (24).

## 5.1.4.4 Tableau récapitulatif des divers diagnostics retrouvés

dans les différentes études :

Etudes	Notre étude	Deis Cas et Al	Auvin et AL	Lan-doldt et Al	Moon et Al	Kram-kimel et Al
Dermatoses :						
<b>INFECTIEUSES</b>						
Varicelle	14,60%	23,60%	9%	17,60%		7,50%
Mycose	7,30%	2%		1,30%		1,20%
Urticair viral	7,30%					
Gale	6,10%	6,50%			3,40%	0,50%
Gingivostomatite herpé-tique	6%	0,50%	4%	7,10%		2,30%
Impétigo	4,40%	22,40%	2%	1,30%		6,70%
Molluscum contagiosum	1,80%	0,20%	2%			0,60%
Exanthèmes viraux		5,90%	17%	17,60%		11,10%
Cellulite/érysipèle			2%	2,80%		2,00%
<b>INFLAMMATOIRES</b>						
Urticair	13%		15%	5%	3,70%	13%
Dermatite atopique	2,5%		8%	3%	14,40%	3,50%
Nécrolyse épidermique toxique					1,20%	
<b>VASCULAIRES</b>						
Syndrome de Kawasaki						0,20%
Syndrome de Henoch Schoenlein (purpura rhu-matoïde)	0,10%		3%			2,10%

Tableau 3 : Comparaison des différents motifs retrouvés entre plusieurs études et mise en évidence des diagnostics les plus représentés pour chacune d'entre elles.

## 5.1.5 La fréquentation :

Les urgences sont ouvertes 24H/24H. Lorsqu'on analyse les différentes études, on remarque qu'une part importante des consultations se déroule en dehors des heures ouvrables des cabinets libéraux. Cela souligne l'inadéquation entre l'offre libérale et la demande des patients. De plus, on note une diminution du nombre de pédiatres, de dermatologues et de médecins généralistes pressentis pour assurer une permanence des soins (2), (5), (26). A noter que les familles ne sont pas informées

réellement de la conduite à adopter en cas d'absence de leur médecin généraliste (27).

Or dans notre étude, une grande partie des patients (n=445) se rend aux urgences entre 8h et 18h avec 65% de la totalité des consultations. Aucun pic de fréquentation n'a été mis en évidence en analysant les heures de consultation, mais on note néanmoins 36,1% des patients consultant entre 17h et 23h.

#### 5.1.6 L'analyse du mode d'entrée aux urgences :

Dans notre étude, la plupart des enfants (>95%) consultait aux urgences spontanément avec leurs parents sans avis préalable. Dans l'étude de Dolan et al., 90% des patients sont également amenés par leurs parents (16). Ce pourcentage non négligeable reflète l'inquiétude et l'embarras des parents devant une atteinte cutanée de leur enfant, ce qui les pousse à consulter immédiatement, constat mis en évidence dans l'étude de Berthier et Al (28).

La DREES a publié en janvier 2003 un pourcentage élevé de patients se présentant aux urgences sans avoir consulté au préalable leur médecin traitant (64%) (29). L'explication identifiée était le plus souvent qu'ils n'y ont pas pensé (33 % d'entre eux) ou que le créneau se situait en dehors des heures de rendez-vous des cabinets libéraux (20 %).

Une autre explication est mise en évidence dans l'article de William et al où 18% des parents avouent se rendre aux urgences devant la disponibilité immédiate et conjointe de la médecine, de la radiologie et de la pharmacie sur le même plateau technique (30).

La plupart de ces patients amenés par leurs parents ne se rendait pas aux urgences pour une sensation de gravité mais plutôt pour les raisons suivantes : proximité avec l'hôpital, besoin d'un examen complémentaire ou d'un avis spécialisé et besoin d'une réponse rapide. Ces patients ne voulaient pas perdre de temps à joindre leur médecin généraliste pour essayer d'obtenir un rendez-vous dans la semaine.

Il y a donc d'une part, une anxiété importante des parents, d'autre part une facilité d'accès aux soins via les urgences, une dispense d'avance de frais et un coût moindre, une impression d'une meilleure prise en charge au sein d'une structure hospitalière (31), une méconnaissance des dispositifs tels que les maisons médicales de garde. En effet, l'étude de Northington en 2005 analyse les motivations de 563 patients considérés « non urgents » et 66% des patients dans cette étude ne connaissent pas d'alternative aux urgences (32).

Dans un rapport de 2006, sur les maisons médicales de garde, le Professeur Jy Grall, conseiller général des établissements de santé au Ministère de la santé, explique « qu'une information grand public est indispensable pour bien faire connaître le nouveau système de permanence de soins ».

Néanmoins, l'article de William et al. met également l'accent sur le déficit des soins primaires car deux tiers des patients avouent avoir essayé de consulter leur pédiatre ou leur médecin généraliste avant de se rendre aux urgences (29),(30). En effet, il persiste une faiblesse en amont pour obtenir un rendez-vous en urgence en libéral. Il est important de souligner que le médecin traitant a un rôle primordial dans le parcours de soin du patient et devrait réaliser un premier triage des patients pour limiter l'engorgement aux urgences.



Dans notre étude, la proportion d'enfants envoyés par leur médecin traitant est minime. Seulement 2,6% des patients (n=18) sont arrivés aux urgences via leur médecin traitant. Nous n'avons pas réussi à trouver dans les dossiers si un courrier explicatif était présent. Ce faible taux d'adressage peut s'expliquer par :

- un grand nombre de consultations réalisées après 18h, la nuit et le week-end : fermeture logique des cabinets libéraux.
- une absence de tentative de prise de rendez-vous en libéral.

Enfin, 0,4% (n=3) des enfants sont envoyés par un dermatologue libéral. Ce faible taux coïncide également avec l'étude de Blaise et al. concluant que 2% des enfants sont adressés par un dermatologue libéral (34).

On peut également se demander si le niveau socio-économique influe sur le choix du mode de consultation du patient. Dans notre étude, nous n'avons pas connaissance du niveau socio-économique des patients. Cela ne faisait pas l'objet de notre étude. Dans l'étude de Gentile et Al (27) 41,7% bénéficiaient de la CMU mais dans l'étude de Pisarek (33) publiée en 2003, il ne semble pas mettre en évidence un excès de consultations aux urgences chez les patients n'étant pas couvert par une assurance maladie. Cela reste un élément controversé et devra faire l'objet d'études plus précises.

#### 5.1.7 Les examens complémentaires effectués ou non :

Dans notre étude, la majorité des patients n'a eu aucun examen complémentaire, signifiant ainsi que la plupart des patients n'avait pas besoin des outils techniques disponibles sur le plateau des urgences et qu'in fine, une consultation en milieu libéral aurait été probablement suffisante.

### 5.1.8 Le nombre d'hospitalisations pour un motif dermatologique après le passage aux urgences :

Dans notre étude, sur 685 patients, 55 ont été hospitalisés, soit 8% des patients. En comparant avec d'autres articles, ce pourcentage varie dans les deux sens. Dans l'étude de Mirkamali et al. (13) le taux d'hospitalisation immédiate est de 3%. Selon l'étude de Deis-Cas et al. (24), le taux d'hospitalisation s'élève à 1% et tous les diagnostics ont été confirmés par un dermatologue ou un spécialiste. Ceci est retrouvé dans l'étude de Esteve et Al où l'hospitalisation a été demandée par un dermatologue dans 2,2% des cas (35). On pourrait penser que si un avis dermatologique était demandé à chaque incertitude, le taux d'hospitalisation serait moindre.

Cela met en exergue un faible taux d'hospitalisation en dermato pédiatrie. Via ces études, on pourrait en déduire que la majorité des lésions dermatologiques en pédiatrie n'engage pas le pronostic vital et une prise en charge invasive ne semble pas nécessaire. Ce résultat coïncide avec l'étude de Benhamed et al. (9) où presque 40% des urgences ne nécessitaient pas le plateau technique hospitalier. En revanche, cela est controversé dans d'autres travaux. Dans l'étude de Duhamel et al. (21), le taux d'hospitalisation est de 8,2% et met l'accent sur la sévérité des lésions dermato pédiatriques. C'est le cas également dans l'article de Kramkimel et al. (19) ainsi que dans l'étude de Lombard et Al où on retrouve un taux d'hospitalisation de 12% (22).

Le taux d'hospitalisation varie de manière conséquente dans la littérature. Tout dépend de la définition de l'urgence dermatologique, du degré de gravité et de la notion d'urgence justifiée. De plus, nous ne disposons pas toujours des mêmes critères d'inclusion et il n'existe pas d'échelle de gravité stricto sensu permettant une définition identique d'une urgence (11),(34).

Au travers de notre étude, on remarque qu'une hospitalisation est nécessaire généralement lorsqu'il y a la présence d'un trouble hémodynamique, d'un risque de surinfection ou de signes cliniques associés comme c'est le cas dans l'étude Landolt et al. (11), ou de pathologies nécessitant un traitement en intraveineux. Chaque cas est différent et doit être considéré en fonction du contexte, de l'atteinte cutanée et des facteurs associés. Effectivement, comme dans l'étude de Deis-Cas et Al (24), une hospitalisation s'avère nécessaire également en fonction des facteurs de risque sociaux. De plus, en dermatologie, le traitement local est le plus souvent prescrit et est parfois difficile à effectuer à domicile. Une hospitalisation est proposée aux parents pour mener à bien le traitement et effectuer une éducation thérapeutique. L'anxiété des parents et l'heure à laquelle ils consultent peuvent faire l'objet également d'une hospitalisation de confort (36).

On remarque que le taux d'hospitalisation, au total, des urgences pédiatriques est de 22% dans l'étude de Berthier et Martin Robin (28) à Poitiers et aux alentours de 11,8% dans l'étude lyonnaise de Stagnara et Al (37), cela révèle un grand nombre d'urgences ressenties. A l'Hôpital de Saint Vincent de Paul à Lille, seulement 6,5% de la totalité des patients qui consultent aux urgences pédiatriques a été hospitalisée. Dans notre analyse, parmi les patients envoyés par le médecin traitant, aucun patient n'a été hospitalisé. En revanche, le peu de patients envoyés par le dermatologue a été hospitalisé. On pourrait en déduire que l'usage des urgences serait plus approprié lorsque le patient est envoyé par un dermatologue. Celui-ci réalise alors un triage efficace en amont.

### 5.1.9 Existe-t-il une différence entre consultation justifiée et hospitalisation ?

Dans notre étude, une consultation qui nécessitait une hospitalisation était par définition justifiée. Les autres consultations n'aboutissant pas à une hospitalisation auraient pu être prises en charge par un spécialiste en ville (dermatologue, pédiatre ou médecin généraliste.)

8% des consultations aboutissent à une hospitalisation. Elles sont, selon notre définition, justifiées et nécessitent du plateau technique des urgences. La majorité des consultations restantes, n'aboutissant pas à une hospitalisation, n'était donc pas totalement justifiées.

Dans l'étude de Legoupil et al. (10), les consultations se justifiaient dans 40% des cas avec un taux d'hospitalisation de 6,6% et dans l'étude de Grimprel et al. (2), 10% des consultations justifiées aboutissaient à une hospitalisation. Cette différence est due à la définition d'une consultation justifiée. Le taux d'hospitalisation n'était pas synonyme de consultation justifiée comme c'est le cas dans notre étude. On pourrait alors se demander si nous n'avons pas sous-estimé le taux de consultation dermatologique justifiée.

En effet, certaines études mettent en évidence la nécessité d'une consultation « urgente » dans les 48 heures pour un tiers des patients ayant consulté aux urgences. Ces patients ne font pas tous l'objet d'une hospitalisation mais semblent nécessiter un avis rapide pour aboutir à un diagnostic précis et un traitement relevant de « l'urgence relative »(13). Dans l'étude AP News réalisée en décembre 2018, les dermatologues ont considéré qu'une consultation en urgence obtenue en moins de sept jours était justifiée dans 68% des cas et en moins de deux jours dans 29%. Ils ont également

estimé que la demande était justifiée médicalement pour 49% des patients et médicalement ou psychologiquement pour 74% (38).

Cela concorde avec l'étude réalisée par Penso Assathiany qui objective que la consultation en urgence était justifiée dans un tiers des cas. En revanche, les facteurs associés à une urgence justifiée sont plus généraux que réellement dermatologiques (39).

En effet, les dermatoses sévères type purpura fulminans, fasciite nécrosante n'ont pas été retrouvées dans notre recueil. En revanche, une hospitalisation pour des motifs non graves a été quelques fois effectuée devant des conditions de vie défavorables avec l'impossibilité de réaliser des soins à domicile pour certains parents, pour leur nourrisson ayant une gale par exemple. La question de l'accès aux soins doit être prise en compte. Certains soins cutanés ne bénéficient pas de couverture sociale en dehors de l'hôpital et nécessitent donc une hospitalisation.

#### 5.1.10 La discordance diagnostique entre le pédiatre et le dermatologue :

Au sein de notre étude, peu d'avis dermatologiques ont été sollicités. En effet un avis dermatologique a été demandé dans 5,5% des cas, contrairement à l'étude de Lombard et Al (22) où 16% des patients ont obtenu un avis dermatologique. Cela reste une faible proportion sur l'ensemble des patients.

Cette absence de confirmation du diagnostic est probablement dû à l'absence de gravité des lésions cutanées des enfants, un manque de disponibilité des dermatologues et/ou une formation de qualité des internes au sein des urgences grâce à des cours de dermatologie à l'Hôpital de Saint Vincent, réalisés par le Dr LASEK.

Or, dans certaines études, il existe une nette différence diagnostique entre le dermatologue et le pédiatre. On remarque parfois une différence de 42% et il s'en suit une modification thérapeutique après avis dermatologique de 30% selon l'étude de

Landoldt et al. (11) et selon l'étude de Lombardt et al. (22), le diagnostic principal du dermatologue était différent de celui du pédiatre dans 55 % des cas. Par conséquent, le diagnostic aux urgences peut être erroné et des pathologies dermatologiques peuvent passer inaperçues (38). L'étude de Shivaram et al. aborde cette difficulté diagnostique pour trancher entre différentes éruptions (10).

L'étude de Alegre Sanchez et al. met également en évidence qu'il n'y a aucun risque vital pour le patient mais qu'il préconise un avis dermatologique rapide et plus systématique pour ne pas retarder la prise en charge (8). En effet, l'avis d'un dermatologue rétablit le diagnostic dans 99% des cas (34).

#### 5.1.11 Le suivi ultérieur du patient après son passage aux urgences :

Dans notre étude, 10,2% des cas (n=70) avaient une consultation prévue avec un dermatologue, 3,6% (n=25) avec un allergologue et 2,6% avec un autre spécialiste soit environ 16,4% des patients au total. Si on compare avec la littérature, ce pourcentage est fluctuant. 1% des patients ont une consultation de suivi dans l'étude de Landolt et al. (11) alors que 48,1% des patients disposaient d'un suivi dans l'étude de Moon et al. (15). L'incertitude diagnostique ou l'absence de créneau de consultation dermatologique disponible en urgence pourraient s'avérer être des raisons de mise en place d'une consultation à distance. Notre faible pourcentage peut être le reflet également d'un nombre restreint de pathologies chroniques aux urgences, ces patients étant suivis régulièrement. On pourrait penser également que la majorité des pathologies dermatologiques aux urgences, pour la plupart, devraient être prises en charge par un médecin généraliste, certaines pathologies ne nécessitant pas d'avis spécialisé.

## 5.2 Les forces de l'étude :

Peu d'études récentes ont mis en évidence le pourcentage d'hospitalisation des enfants ayant consulté aux urgences pédiatriques pour un motif dermatologique. La principale force était donc son caractère innovant.

L'étude s'est déroulée sur une année avec une liste exhaustive de tous les motifs dermatologiques aux urgences pédiatriques et permet d'objectiver la fréquence des demandes en dermatologie pédiatrique à l'hôpital Saint Vincent de Paul.

Le recueil de données a permis de recueillir tous les motifs dermatologiques au fil des quatre saisons, caractère primordial de variabilité en dermatologie pédiatrique.

## 5.3 Les biais de l'étude :

Le caractère monocentrique de l'étude en est la principale limite. En effet, les résultats obtenus ne pouvaient pas être généralisés à d'autres services d'urgences pédiatriques et à la population générale devant l'étude centrée sur la population pédiatrique. Il pourrait être intéressant de réaliser cette étude dans plusieurs centres hospitaliers pour renforcer sa puissance.

Plusieurs biais sont retrouvés dans notre étude :

→Biais de sélection :

Les motifs initiaux choisis étaient basés sur les symptômes décrits par les parents et par l'interprétation de l'IAO. Ces propos étant déclaratifs, il existait une subjectivité et une incertitude sur la véracité de leurs informations.

L'inclusion des patients était basée sur le diagnostic final, diagnostic clinique établi par un pédiatre, urgentiste, interne. L'exactitude du diagnostic reste inconnue.

Se pose la question également de la définition d'un motif dermatologique. Quelle pathologie peut-on inclure ou non dans notre étude ? Nous avons déjà exclu les pathologies dermato-chirurgicales mais certains diagnostics font encore l'objet de doute.

→ Biais d'information :

Une des principales limites est le caractère rétrospectif de cette étude. Le recueil de données a été effectué en consultant les dossiers à l'aide de mots clés et de codes CIM et en classant les données dans un tableau Excel. Des dossiers étaient incomplets et certaines données n'ont pu être documentées. En effet, il se peut que certains avis ou caractéristiques ne soient pas retranscrits dans le dossier. L'incidence de nos résultats dépend de la méthode de collecte des données. Dans notre cas, les résultats à partir de données informatisées ont pu être sous exprimés.

Nous avons défini nos propres critères de gravité car peu de définitions strictes existent dans la littérature. Cela impacte évidemment les résultats. On peut se demander si le choix de nos critères de gravité sont pertinents. De plus, les pathologies dermatologiques ne sont peut-être pas des urgences vitales stricto sensu, la plupart du temps, mais nous devons aussi prendre en compte l'environnement social, culturel, géographique et l'impact psychique des pathologies dermatologiques, source d'anxiété pour les enfants et leurs parents.

#### 5.4 Les perspectives d'avenir :

Cette étude a mis en évidence que la plupart des consultations aux urgences pédiatriques pour des motifs dermatologiques sont injustifiées. D'autres études doivent être réalisées pour mettre en place des solutions destinées à éviter cet engorgement



tout en améliorant la qualité de la prise en charge. Plusieurs pistes peuvent être intéressantes :

- Une délégation des demandes dermatologiques au médecin généraliste. Cela implique une meilleure formation des médecins généralistes concernant la prise en charge des pathologies aiguës dermatologiques (infectieuses, inflammatoires) et la gestion de certaines pathologies chroniques (dermatite atopique, eczéma) mais aussi de reconnaître les urgences dermatologiques potentiellement graves pour ne pas retarder la prise en charge adaptée. Plus généralement, il faudrait pouvoir valider une formation sur les urgences pédiatriques (40). Cela nécessiterait des stages en dermatologie obligatoires durant l'internat de médecine générale et une formation médicale continue renforcée. Le problème actuel majeur est la pénurie des médecins généralistes et les créneaux urgents qui se font de plus en plus rares.

- Réussir à informer les patients sur les maisons médicales de garde via des campagnes publicitaires. Elles constituent un nouveau dispositif d'offre de soins ambulatoires dont la mission est d'assurer la continuité des soins en organisant une structure de garde pour les médecins de ville. Celles-ci sont disponibles pour des urgences sans critère de gravité et devraient permettre de désengorger les services d'urgences (41).

- Une formation des dermatologues à la télémédecine. La dermatologie, de par son approche clinique et en particulier visuelle, pourrait largement bénéficier de la télémédecine. Celle-ci comprend deux modes d'exercice : la télé expertise et la téléconsultation. La télé expertise consiste à prendre une photo de la lésion cutanée par le patient, le médecin traitant ou un dermatologue et de l'envoyer à un dermatologue référent libéral ou hospitalier pour avoir un avis diagnostique et thérapeutique. La téléconsultation, quant à elle, utilise un système de vidéoconférence. Les différents

professionnels de santé peuvent interagir en temps réel et avoir une consultation à distance mimant un face à face. Cette technique serait bénéfique pour les éruptions cutanées devant une fréquente discordance diagnostique entre le pédiatre et le dermatologue (42).

- La création d'une application sur smartphone ciblée pour les éruptions cutanées. Celle-ci mettrait en contact les médecins généralistes ou les urgentistes avec un dermatologue via des photos envoyées. Elle permettrait d'aboutir à une réponse dans la journée (comme c'est le cas avec Smart&mob pour des lésions ulcérées) avec une conduite à tenir et un diagnostic fiable.

- La mise en place d'un planning de consultation dermato pédiatrique pour les enfants aux urgences ne présentant pas de critère de gravité. Ce planning pourrait être accessible aux médecins urgentistes pour qu'ils puissent inscrire les patients concernés directement.

- La création de consultations dermatologiques urgentes, sans rendez-vous pour une permanence des soins dermatologiques. Il serait intéressant de mettre cela en place à l'Hôpital Saint Vincent de Paul comme c'est le cas au CHU d'Amiens avec la mise en place de consultations dermatologiques trois fois par semaine (22) ou à Rouen en Normandie avec des consultations d'urgence sans rendez-vous de 8h30 à 9h30 chaque matin (43). C'est aussi le cas à Paris avec des unités d'urgences dermatologiques ou encore à Nice avec la mise en place d'un circuit court de consultations délocalisées (44). Ces réseaux de soins sont des pré requis indispensables pour limiter les séquelles possibles liées au retard d'une prise en charge.

- La disponibilité d'un dermatologue ou d'un interne de garde en dermatologie au sein de l'hôpital pour des avis aux urgences, en dehors des heures ouvrables des cabinets libéraux. Cependant, devant la pénurie des dermatologues, cela semble difficile à mettre en place. Il est illusoire de penser que tous les patients ayant une affection cutanée puissent être examinés par un dermatologue.

- La création d'une page synthétique dans le carnet de santé avec différentes lésions devant alerter les parents et les amener à consulter. On pourrait s'aider de l'article paru dans Medscape en octobre 2019 pour réaliser un résumé dans le carnet de santé (45).

Cet outil permettrait une éducation nécessaire de la patientèle et surtout des parents pour gérer la plupart des situations bénignes qui ne relèvent pas réellement d'une consultation médicale urgente.

-Des affiches synthétiques sur les principaux exanthèmes fébriles pourraient être créés pour informer les patients sur les principales caractéristiques de ces pathologies. Le but serait de mettre en évidence les critères devant les alerter et les amener à consulter aux urgences. Si ces critères ne sont pas présents, cette affiche les inciterait à consulter leur médecin traitant (*annexe 1*).

## 6. Conclusion

Les pathologies recueillies dans le service d'accueil des urgences sont variées y compris dans le domaine de la dermatologie. Les motifs les plus fréquents sont les dermatoses infectieuses. Le taux d'hospitalisation à la suite d'une consultation aux urgences pédiatriques de l'hôpital de Saint Vincent de Paul à Lille pour un motif dermatologique n'était que de 8%. On peut donc en déduire que dans la plupart des cas, la consultation n'était pas « justifiée ». Cela contribue à un engorgement du service d'accueil des urgences pour des urgences probablement relatives.

La majorité des patients consultait spontanément, sans avoir eu d'avis médical au préalable, pour une éruption cutanée principalement infectieuse et la plupart des patients n'a pas eu d'avis dermatologique spécialisé au sein de l'hôpital. Ce problème vient de la démographie médicale actuelle avec une nette diminution des spécialistes (libéraux et hospitaliers) disponibles, mais aussi de la modification des attentes des patients.

Face à cette crise des urgences, la mise en place de certaines mesures serait intéressante pour optimiser la prise en charge des patients, à la fois au sein des urgences, et en secteur libéral. Ceci permettrait aux pathologies dermatologiques non urgentes d'être prises en charge spécifiquement par un dermatologue ou un médecin généraliste, réalisant un réel triage en amont.

Pour répondre à cette demande croissante, on pourrait envisager de mettre en place des consultations « semi urgentes » à l'Hôpital de Saint Vincent où un

dermatologue examinerait les patients demandeurs dans les 3 à 5 jours, d'intégrer la télé dermatologie dans nos pratiques actuelles et de mieux former les médecins généralistes sur les pathologies dermatologiques les plus fréquentes et d'encourager les patients à se rendre chez leur médecin traitant, pivot central dans le parcours de soin ou dans une maison médicale de garde (souvent méconnue).

## 7. Références bibliographiques

1. Hernandorena X. Urgences pédiatriques débordées : que faire des fausses urgences ? *Spirale*.2013;65:158-162.
2. Grimprel E, Bégué P. Les urgences en pédiatrie dans les hôpitaux d'enfants. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*. 2013;197:1127-1141.
3. La démographie médicale. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 25 nov 2019]. [En ligne]. <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medicale>. Consulté le 3 décembre 2019.
4. Claudet I, Joly-Pedespan L. Consultations de routine aux urgences : faut-il gérer ou lutter ? *Archives de Pédiatrie*.2008;15:1733-1738.
5. Leclerc F, Martinot A, Sadik A, Hue V, Dorkenoo A. L'inflation des urgences pédiatriques. *Archives de Pédiatrie*.1999;6:454-456.
6. Pelloni L, Cazzaniga S, Naldi L, Borradori L, Mainetti C. Emergency Consultations in Dermatology in a Secondary Referral Hospital in Southern Switzerland: A Prospective Cross-Sectional Analysis. *Dermatology*.mars 2019;1-7.
7. Auvin S, Imiela A, Catteau B, Hue V, Martinot A. Paediatric Skin Disorders Encountered in an Emergency Hospital Facility: A Prospective Study. *Acta Dermato-Venereologica*.2004;84:451-454.
8. Alegre-Sánchez A, de Perosanz-Lobo D, Pascual-Sánchez A, Pindado-Ortega C, Fonda-Pascual P, Moreno-Arrones ÓM, et al. Impact on Quality of Life in Dermatology Patients Attending an Emergency Department. *Actas Dermo-Sifiliográficas*.2017;108:918-923.
9. Benahmed N, Laokri S, Zhang WH, De Wever A, Alexander S. Utilisations inappropriées des urgences pédiatriques dans douze hôpitaux belges. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2012;60:57.
10. Shivaram V, Christoph RA, Hayden GF. Skin disorders encountered in a pediatric emergency department: *Pediatric Emergency Care*.1993;9:202-204.
11. Landolt B, Staubli G, Lips U, Weibel L. Skin disorders encountered in a Swiss pediatric emergency department. *Swiss Medical Weekly [Internet]*.janv 2013 [cité 1 août 2019];143(0102). [En ligne]. <https://smw.ch/en/article/doi/smw.2013.13731>. Consulté le 3 décembre 2019.
12. Legoupil D, Davaine A-C, Karam A, Peu Duvallon P, Dupré D, Greco M, et al. Évaluation d'une consultation d'urgences en dermatologie. *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie*. 2005;132:857-859.
13. Mirkamali A, Ingen-Housz-Oro S, Valeyrie-Allanore L, Bouvresse S, Duong T-A, Chosidow O, et al. Dermatological emergencies: a comparative study of activity in 2000 and 2010: Dermatological emergencies. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*.2013;27:916-918.
14. Miro O. Analysis of patient flow in the emergency department and the effect of an extensive reorganisation. *Emergency Medicine Journal*. 2003;20:143-148.
15. Moon AT, Castelo-Soccio L, Yan AC. Emergency department utilization of pediatric dermatology (PD) consultations. *Journal of the American*

Academy of Dermatology.2016;74:1173-1177.

16. Dolan OM, Bingham EA, Glasgow JF, Burrows D, Corbett JR. An audit of dermatology in a paediatric accident and emergency department. *Emergency Medicine Journal*. 1994;11:158-161.

17. Naissances totales par sexe. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 21 oct 2019]. [En ligne]. <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/naissance-fecondite/naissances-sexe>. Consulté le 3 décembre 2019.

18. Wakosa A, Roussel A, Delaplace M, Le Bidre E, Binois R, Valéry A, et al. Intérêt d'une consultation dermatologique d'urgence dans un centre hospitalier régional. *La Presse Médicale*.2013;42:409-415.

19. 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: Skin disorders in a paediatric emergency department. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2010;24:1468-1475.

20. Murr D, Bocquet H, Bachot N, Bagot M, Revuz J, Roujeau J-C. Intérêt d'une consultation hospitalière d'urgences dermatologiques. /data/re-vues/01519638/01300002/167/. 29 avr 2008 [cité 3 oct 2019]; [En ligne]. <https://www.em-consulte.com/en/article/154167>. Consulté le 3 décembre 2019.

21. Duhamel A, Soussan V, Kramkimel N, Beauchet A, Chevallier B, Mahe E. SFP-54 – Urgences – Prévalence des motifs dermatologiques aux urgences pédiatriques générales. *Archives de Pédiatrie*.2008;15:940.

22. Lombart F, Dadban A, Arnault J-P, Chaby G, Dhaille F, Brigant F, et al. Pathologies dermatologiques rencontrées aux urgences pédiatriques. Intérêt d'une collaboration entre pédiatres et dermatologues. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*. 2015;142:540.

23. Schofield JK, Fleming D, Grindlay D, Williams H. Skin conditions are the commonest new reason people present to general practitioners in England and Wales: Skin conditions presenting to GPs in England and Wales. *British Journal of Dermatology*.2011;165:1044-1050.

24. 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;58:288-295.

25. 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;134:319.

26. Baubeau D, Carrasco V. Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale. *Etudes et résultats de la DREES*. 2003;212:1-8.

27. Gentile S, Amadei E, Bouvenot J, Durand AC, Bongiovanni I, Haro J, et al. Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie. *Sante Publique*. 2004;16:63-74.

28. Berthier M, Martin-Robin C. Les consultations aux urgences pédiatriques étude des caractéristiques sociales, économiques et familiales de 746 enfants. *Archives de Pédiatrie*.2003;10:61-63.

29. Baubeau D, Carrasco V. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. *Etudes et résultats de la DREES*. 2003;215:1-12.

30. Williams A, O'Rourke P, Keogh S. Making choices: why parents

- present to the emergency department for non-urgent care. *Archives of Disease in Childhood*.2009;94:817-820.
31. Paediatric Skin Disorders Encountered in an Emergency Hospital Facility: A Prospective Study . [cité 6 déc 2018]. [En ligne]. <http://www.medicaljournals.se/acta/content/abstract/10.1080/00015550410021448>. Consulté le 3 décembre 2019.
  32. Northington WE, Brice JH, Zou B. Use of an emergency department by nonurgent patients. *The American Journal of Emergency Medicine*. 2005;23:131-137.
  33. Pisarek W, Auwera J-CV der, Smet M, Damme PV, Stroobants J. Insured versus uninsured patients in the emergency room: is there a difference?: *European Journal of Emergency Medicine*.2003;10:314-317.
  34. Blaise S, Trividic M, Boulinguez S, Sparsa A, Bonnetblanc J-M, Bédane C. Consultations d'urgence en dermatologie au CHU de Limoges. *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie*. 2004;131:1098-1100.
  35. Estève E, Ah-Toye C, Nseir A, Martin L. Démarche conduisant à l'hospitalisation des dermatoses aiguës. *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie*.2004;131:829-830.
  36. Martineau O, Martinot A, Hue V, Chartier A, Dorkenoo A, Guimber D. Utilité d'une unité d'hospitalisation de courte durée aux urgences pédiatriques. *Archives de Pédiatrie*. 2003;10:410-416.
  37. Stagnara J, Vermont J, Duquesne A, Atayi D, De Chabanolle F, Bellon G. Urgences pédiatriques et consultations non programmées — enquête auprès de l'ensemble du système de soins de l'agglomération lyonnaise. *Archives de Pédiatrie*. 2004;11:108-114.
  38. APMnews - Les consultations en urgence en dermatologie libérale semblent le plus souvent justifiées. *APM news*. 2018 [cité 21 août 2019]. [En ligne]. <https://www.apmnews.com/freestory/10/151251/les-consultations-en-urgence-en-dermatologie-liberale-semblent-le-plus-souvent-justifiees>. Consulté le 3 décembre 2019.
  39. Penso-Assathiany D, Bourdon-Lanoy E, Derancourt C, Roujeau J-C, Bastuji-Garin S. Demandes de rendez-vous en urgence en dermatologie libérale : Etude Urgences en Dermatologie libérale (ET.U.DE). /data/re-vues/01519638/01340001/23/.2008 [cité 15 août 2019]; [En ligne].<https://www.em-consulte.com/en/article/130485>. Consulté le 3 décembre 2019.
  40. Martinot A, Fourier-Lamisse C, Hue V, Diependaele J-F, Testard M-A, Flurin V, et al. Le médecin généraliste et l'urgence pédiatrique : enquête auprès des médecins du département du nord de la France. *Réanimation Urgences*.1994;3:255-260.
  41. Gentile S, Devictor B, Amadeï E, Bouvenot J, Durand AC, Sambuc R. Les maisons médicales de garde en France. *Sante Publique*. 2005; 17:233-240.
  42. Elsevier. La télémédecine: une application de choix pour la dermatologie. Elsevier Connect. [cité 16 oct 2019]. [En ligne].<https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/dermatologie/la-telemedecine-une-application-de-choix-pour-la-dermatologie>. Consulté le 3 décembre 2019.
  43. Consultation urgente en dermatologie. CHU de Rouen. [cité 8 oct 2019]. [En ligne]. <https://www.chu-rouen.fr/consultations-dermatologiques/consultation-urgente-dermatologie>. Consulté le 3 décembre 2019.



44. Demonchy D, Haas H, Gillet Vittori L, Montaudie I, Piccini-Bailly C, Tran A. Un circuit court pour désengorger les services d'accueil des urgences pédiatriques. *Journal Européen des Urgences et de Réanimation*. nov 2015;27:117-125.
45. Les éruptions cutanées pédiatriques : quand s'inquiéter ? | Medscape . [cité 3 oct 2019]. [En ligne]. <https://français.medscape.com/features/diaporama/3250575>. Consulté le 3 décembre 2019.

## 8. ANNEXES

# LA VARICELLE



### C'EST QUOI ?

C'est une **maladie infectieuse** causée par le virus VZV (Virus varicelle/zona) qui **se transmet par voie respiratoire et/ou par la salive**

### CA TOUCHE QUI ?

**90%** des enfants  
de **moins de 10 ans**

### COMBIEN DE TEMPS ?

Le temps de **guérison**  
est de **10 jours**

À savoir, qu'au fur et à mesure du développement de la varicelle, il se développe 2 à 3 poussées de boutons. Ainsi une nouvelle vague de boutons peut apparaître après la poussée précédente.

### COMMENT SAIT-ON ?

#### Les symptômes à surveiller :



- Enfant grognon
- Perte d'appétit (*si votre enfant ne boit plus son biberon, il ne s'hydrate plus - attention à la déshydratation*)
- Fièvre
- Apparition de vésicules rouges puis de croûtes, sur tout le corps, même dans la bouche
- Démangeaisons sur les zones de boutons

### CONSULTER VOTRE MÉDECIN TRAITANT

#### À ÉVITER PENDANT LA VARICELLE

##### Contre-indication

Les médicaments anti-inflammatoire comme l'Avdil, le Spifen ou l'ibuprofène...

#### LES SIGNES DEVANT AMENER À CONSULTER EN URGENCE

- des vésicules colorées en noir - nécrotiques
- des vésicules jaunâtres, couleur miel, surinfectées
- des démangeaisons importantes
- Une perte/absence d'appétit pendant 48h (*attention à la déshydratation de l'enfant*)

Annexe 1 : Affiche d'information sur la varicelle



**Déclaration de conformité au  
Règlement Général sur la Protection des Données  
-Récépissé-**

<b>Délégué à la protection des données du GHICL (DPO):</b>	Laetitia NASSER, <a href="mailto:contact.dpo@ghicl.net">contact.dpo@ghicl.net</a>
<b>Référent - Recherche à la protection des données au sein de la Délégation à la Recherche et à l'Innovation du GHICL:</b>	Dr Amélie LANSIAUX, <a href="mailto:correspondant.recherche@ghicl.net">correspondant.recherche@ghicl.net</a>

La délivrance de ce récépissé atteste que votre traitement est conforme à la réglementation en vigueur.

Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui sont détaillées sur votre protocole de recherche. Toute modification, ou tout constat de non-conformité, doit être signalé dans les plus brefs délais auprès de : [correspondant.recherche@ghicl.net](mailto:correspondant.recherche@ghicl.net)

Responsable du traitement de données	
<b>Organisme :</b>	Groupeement des Hôpitaux de l'Université Catholique de Lille (GHICL)
<b>Coordonnées :</b>	Rue du Grand But, BP 249 LOMME CEDEX Tél. : +33 (0) 3 20 22 50 50
<b>Responsable :</b>	Mr Laurent DELABY, directeur général

Traitement de données	
<b>UPED-DERMATO</b>	
Etude descriptive des motifs de consultations dermatologiques aux urgences pédiatriques de l'hôpital Saint-Vincent de Paul sur les années 2017-2018	
<b>Référence DRCI du projet :</b>	CIER-2019-16
<b>Référence de la fiche de registre :</b>	REGAT-DRCI-CIER-201916
<b>Responsable scientifique :</b>	Dr Marie MOUKAGNI, praticien hospitalier aux urgences <a href="mailto:moukagni.marie@ghicl.net">moukagni.marie@ghicl.net</a>

<b>Contexte :</b>
Cette étude est réalisée dans le cadre de la thèse d'exercice de médecine générale de Mme Morgane CHAMBRE.

Fait à Lille, le 12 septembre 2019  
Pour le Référent Recherche du Délégué à la Protection des Données,

Annexe 2 : Récépissé de déclaration de conformité au Règlement Général sur la protection des données

**AUTEUR : Chambre Morgane**

**Date de soutenance : 19 décembre 2019**

**Titre de la thèse : Etude descriptive des motifs dermatologiques aux urgences pédiatriques à l'Hôpital Saint Vincent de Paul à Lille sur l'année 2018.**

**Thèse - Médecine - Lille 2019**

**Cadre de classement : Médecine générale**

**DES + spécialité : Médecine générale et AEUC de pédiatrie**

**Mots-clés : Urgences pédiatriques, dermatologie, hospitalisation**

**Contexte** : Le nombre de consultations aux urgences pédiatriques ne cesse d'augmenter au fil des années. Les motifs de consultation sont divers et les pathologies dermatologiques représentent 4 à 40% des demandes. Celles-ci ne relèvent pas toutes d'un caractère urgent mais les créneaux de consultation en urgence en cabinet libéral sont de plus en plus rares. Peu d'études ont décrit les motifs dermatologiques ayant recours aux urgences pédiatriques et ont analysé la pertinence de ces consultations.

**Objectif** : Décrire les motifs dermatologiques des patients consultant au service d'accueil des urgences pédiatriques (UP) et mettre en évidence le taux d'hospitalisation au décours d'une consultation.

**Méthode** : Nous avons mené une étude descriptive rétrospective observationnelle monocentrique réalisée aux urgences pédiatriques de l'Hôpital de Saint Vincent de Paul à Lille du 1<sup>er</sup> janvier 2018 au 31 décembre 2018. Le recueil de données a été effectué via un logiciel informatique Excel en consultant chaque dossier médical informatisé via le logiciel Trackare des urgences.

**Résultats** : 685 patients ont consulté aux UP pour un motif dermatologique. L'âge médian était de 3,6 ans. Dans 95,5% les enfants ont consulté spontanément aux UP, avec leurs parents. Peu d'enfants ont été envoyés par leur médecin traitant (2,6%). 65% des patients ont consulté pendant les heures ouvrables des cabinets libéraux. Les symptômes des patients évoluaient depuis plus de 24 heures dans 49,7% des cas. Les dermatoses infectieuses étaient majoritairement représentées avec 66,9% des cas. 10,7% des patients ont bénéficié d'un avis dermatologique. Le traitement par voie orale était majoritairement prescrit (63,8%). La plupart des patients a été autorisée à retourner à leur domicile (92%) et 8% des patients ont été hospitalisés (n=55). Sur toutes les consultations, 16,4% avaient une consultation de suivi à distance programmée avec un spécialiste. Les patients hospitalisés avaient 8 fois plus de chance d'avoir des critères de gravité que les patients non hospitalisés.

**Conclusion** : La majorité des consultations n'a pas obtenu d'avis dermatologique et, pour la plupart, n'a pas nécessité d'hospitalisation au décours. Cela relevait plus d'une consultation motivée par une inquiétude parentale majeure et probablement une absence de possibilité rapide de consultation libérale disponible. Il serait donc intéressant de créer des créneaux de consultations d'urgences dermatologiques au sein de l'hôpital de Saint Vincent de Paul à Lille. Cela permettrait de réduire le nombre de passages aux urgences pédiatriques pour des motifs dermatologiques anodins, d'avoir un diagnostic de certitude précis et une prise en charge adaptée à la problématique cutanée du patient.

**Composition du Jury :**

**Président : Professeur Alain MARTINOT**

**Assesseurs : Professeur François DUBOS, Professeur Jean Marc LEFEVBRE, Docteur Marie MOUKAGNI PELZER**

**Directeur de thèse : Professeur Philippe MODIANO**